

3. CREȚU, V. *Incluziunea socială și școlară a persoanelor cu handicap. Strategii și metode de cercetare*. București: Editura Printech, 2006.
4. VERZA, E.; VERZA, F. E., (coord.). *Tratat de psihopedagogie specială*. București: Editura Universității din București, 2011.
5. RACU, A.; RACU, S. *Dicționar enciclopedic de Psihopedagogie specială*. Chișinău: Tipografia Centrală, 2013.
6. RACU, A.; VERZA, FI.; RACU, S. *Pedagogia Specială*. Chișinău: Editura Tipografia Centrală, 2012.
7. RADU, GH. Contradicții ale sistemului actual de însușire și educație specială a handicapaților mintal. Studiu în *Revista de Educație Specială*, nr. 1, 1992.
8. RADU, GH. *Psihologie școlară pentru învățământul special*. București: Ed. Fundației Humanitas, 2002.
9. RACU, A. *Istoria psihopedagogiei speciale*. Chișinău: Editura Pontos, 2003.
10. RACU, A.; POPOVICI, D.V.; RACU, S.; DANII, A. *Psihopedagogia integrării*. ÎS F.E.-P. Chișinău: „Tipografia Centrală”, 2014.
11. RACU, A. Strategii tradiționale și moderne în psihopedagogia școlii incluzive. ÎS F.E.-P „Tipografia Centrală” Chișinău, 2016.
12. RACU A.; CEBOTARU, N.; BELIBOVA, S., 25 years of school education in Moldova towards inclusion p. 40., University of Gavle, Faculty of Education and Business studies, Sweden. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hig:diva-31994>.
13. KALINIKOVA MAGNUSSON L.; JEREMIS ROSENGVIST., Social inclusion through segretion ? A three-country cooperation Moldova, Ukraina and Sweden, Published by Gavle University Press. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hig:diva-31994>.
14. NIRJE, B., *The Normalization Principle Implications and Comments*, *British Journal of Mental Subnormality*, 1970, nr. 16.
15. ШИПИЦЫНА, Л. М., *Необучаемый» ребенок в семье и обществе: социализация детей с нарушением интеллекта*. Изд. Речь, СПб, 2005.

TRĂSĂTURI DISTINCTIVE ÎNTRE FORMELE BULBARE DE DISARTRIE

*Olărescu Valentina, dr., conf. univ., UPS „Ion Creangă” din Chișinău
Alexa Sergiu, doctorand, UPS „Ion Creangă” din Chișinău*

CZU: 376.37:616.89-008.434.3

Abstract

The article describes the forms of dysarthria that have high interference, require delimitation and specific approach. Bulbar and pseudobulbar dysarthria are found in people of different ages. The lesion is located on the spinal bulb (oblong marrow); it has specific symptoms and requires careful differential diagnosis

Key-words: bulbar dysarthria, pseudobulbar dysarthria, symptomatic complex, cranial nerves, reticular formation, swallowing, bundling and fibrillation.

Literatura de specialitate oferă definiții clare ale dezordinii, numită disartrie. Disartria reprezintă un decalaj dintre vorbirea expresivă, ce este profund afectată, și vorbirea impresivă, care se conservă mai bine, și care permite înțelegerea relativ bună a comunicării verbale; o articulare defectuoasă a sunetelor și cuvintelor, ce apare în afecțiuni ale nervilor participanți la articularea cuvintelor și în alterări ale sistemelor ce mențin tonusul muscular și coordonează mișcările aparatului periferic al vorbirii.

Cauzele se extind pe toate perioadele ontogenetice, și se deosebesc: *prenatale*: infecții virotice ale embrionului în primele 16 săptămâni, incompatibilitatea Rh a mamei și a copilului, diabetul mamei, expunerea la radiații, bolile psihice, somatice grave ale mamei; *perinatale*: asfixia la naștere, prematuritatea, naștere prelungită, traumele în timpul nașterii; *postnatale*: stările convulsive febrile, icterul prelungit, traume craniocerebrale (TCC), neuroinfecțiile în primii 4 ani de viață [1].

În structura tulburării disartrice vom evidenția - dereglarea tonusului muscular articular cu manifestări diferite în formă de: spasticitate, pareticitate și distonie musculară.

În lucrare ne vom concentra asupra formelor bulbare de disartrie care au o interferență înaltă, necesită delimitare și abordare specifică.

Forma bulbară de disartrie

Forma bulbară de disartrie este cauzată de paralizie atonică/flască (*lipsit de vigoare, energie*), asociată cu leziunea medullei oblongate (bulb rahidian) și a nucleilor nervilor cranieni, pe unde trec căile (descendente și ascendente) care unește medulla oblongată cu măduva spinării, partea superioară a trunchiului cerebral, sistemul striopalidar, cortexul cerebral, formațiunea reticulată, sistemul limbic.

Spre deosebire de alte forme de disartrie, în disartria bulbară, pot fi afectate grupe musculare izolate, cauzată de disfuncția anumitor nervi cranieni sau spinali (de ambele părți), precum și de combinația lor [3]. Complexul simptomatic al tulburărilor motorii sub formă de paralizia atonică/flască – este determinată de leziunea de focar a nucleelor, rădăcinilor sau a trunchiurilor periferice ale nervilor cranieni IX (glosofaringian), X (vag) și XII (sublingual). Fibrele motorii ale acestor nervi inervează mușchii faringelui, laringelui, epiglotei, uvulei palatului moale și limbii. Acești mușchi asigură articularea vorbirii, sonoritatea vocii, precum și actul de deglutiție (înghițire).

Paralizia mușchilor faringieni conduce la dificultăți de înghițire, astfel încât la înghițire, persoana se sufocă. Paralizia mușchilor epiglotei conduce la ingestia alimentelor lichide în laringe și trahee. Paralizia mușchilor palatului moale provoacă scurgeri de alimente în cavitatea nazală. Paralizia mușchilor laringelui duce la deformarea (lipsa tonusului) coardelor vocale, ce provoacă afonie sau hipofonie - vocea devine lipsită de sunet.

Datorită deformării (lăsării) palatului moale, vocea poate lua o nuanță nazalizată. Alături de articularea și vocea afectată, suferă funcțiile de reflexe necondiționate, precum mestecarea și înghițirea (disfagia sau afagia). La adulți, pierderea automatismului de înghițire este o complicație serioasă, recuperarea nefiind posibilă fără o pregătire specială. Dispar reflexele palatine și faringiene.

Formele clinice de disartrie în formă „pură” se întâlnesc în leziuni de focar ale creierului la adulți, la care, înainte de debutul paraliziei, vorbirea a fost complet formată și funcționa normal. Disfagia se manifestă prin dificultatea procesului de deglutiție sau absența completă a mișcărilor de înghițire. În aceste cazuri, disfagia poate fi complicată de pneumonia de aspirație, ceea ce reprezintă o amenințare pentru viață. Este cunoscut faptul că pentru înghițirea normală sunt necesare anumite condiții funcționale: tonus al mușchilor buzelor, mișcări rotative laterale normale ale maxilarului și mobilitatea limbii. *Fazele deglutiției (înghițirii) sunt* [3]:

– Faza pregătitoare orală. Mâncarea sau lichidul se găsește în cavitatea bucală, buzele sunt închise, mâncarea este mestecată, amestecată cu salivă și se formează un bulgăre de alimente cu ajutorul mușchilor limbii, obrajilor și palatului. Această fază este asigurată de perechile de nervi

cranieni V, VII, XII. Mișcările organelor cavității bucale în această fază sunt voluntare - *faza de transfer oral*. Această fază începe în momentul în care bucata de mâncare începe să se miște în spatele limbii. În acest moment, cavitatea nazală se închide datorită contracției palatului moale. Se începe reflexul de înghițire, realizat de implicarea perechii a XI de nervi cranieni.

– Faza faringiană – începe cu reflexul de înghițire, în acest timp laringele se ridică, înclinându-se, ceea ce duce la coborârea epiglotei. Coardele vocale se unesc și respirația se oprește. Mișcările limbii împing bolul alimentar spre epiglotă, deschizând partea superioară a esofagului, ceea ce permite alimentelor să intre în esofag. Perechile de nervi cranieni IX, X, XI sunt implicați în acest proces.

– Faza esofazală (esofagiană). Peristaltismul esofagului mișcă alimentele în stomac. Perechea a X-a de nervi cranieni este implicată în controlul acestei mișcări. Toate fazele, cu excepția primei, sunt mișcări înnăscute, necondiționate.

Simptomele disfagiei pot fi: dificultăți de masticatie, căderea alimentelor din gură în timpul înghițirii, voce răgușită, „gâfâind”, dereglări respiratorii.

Principalele caracteristici ale tulburărilor de limbaj pot fi explicate prin slăbiciune musculară (pareticitate), scăderea tonusului muscular și influența acestor tulburări asupra ritmului, volumului și exactității articulațiilor verbale. De la starea flască a mușchilor, provine un alt nume pentru această formă de disartrie - „paretic”, adică, flasc.

În paralizia bulbară, mușchii articulatori, vocali și respiratori ai aparatului verbal periferic au tonus scăzut și se caracterizează prin hipotonie, până la atonie, probleme de circulație sanguină, venele sunt atonice, dilatate. Mușchii scad în volum, devin lipsiți de tonus și nu răspund în mod reflex la iritații (areflexie).

Fenomenul de atrofiere a mușchilor generează *fasculația* și *fibrilația*. Fascularia reprezintă ticuri nervoase aritmice, izolate ale fibrei musculare, vizibile în starea de repaus; fibrilația reprezintă contracții izolate, spontane ale fibrelor musculare invizibile în exterior [3, 1].

În mușchii atonici, capacitatea de a se contracta ca răspuns la stimul/iritație este puternic afectată, fiind însoțită de o scădere a reflexelor necondiționate. Astfel, în disartria bulbară, paralel cu fenomenele atrofice și de hipotonie, apare/coexistă hiporeflexia și chiar areflexia

La persoana suferindă de disartrie bulbară lipsesc mișcările voluntare și involuntare în acea secțiune a aparatului verbal periferic afectată de paralizia musculară flască, la rândul-i, cauzată de insuficiența inervației, deoarece este inactiv neuronul de la care pleacă un axon. Axonul este nervul periferic care inervează direct mușchiul. Astfel, mușchiul nu primește impulsuri nervoase transmise de-a lungul nervului periferic.

La examinarea cavității bucale, se constată că, în cazurile în care mușchiul limbii este paralizat, limba este subțiată, uneori se observă cianoză, adesea mozaicitate, zone de culoare mai palidă (atrofie), în cazurile de atrofii severe sunt vizibile fasciculații. Limba stă plată în gură, nu participă la captarea și mișcarea învăluitoare a alimentelor. Persoana nu este capabilă să facă mișcări voluntare, precum să scoată limba, să o miște lateral, jos/sus.

În paralizia flască/paretică a vălului palatin, observăm paloare, atârănarea lui în cavitatea bucală, uvula ajunge până la rădăcina limbii. Buzele sunt cianotice, subțiri, nu se pot mișca în zâmbet, să facă „tub” și strâns să se închidă. Fața este palidă, amimică [3, 1].

La adulții cu disartrie bulbară, înțelegerea vorbirii este păstrată, citirea pentru sine și scrierea este păstrată pe deplin. La toți pacienții cu disartrie bulbară, articulația este afectată, ceea ce înseamnă că structurarea/designul fonetic al vorbirii suferă, în același timp, structura

gramaticală și posibilitățile de utilizare a vocabularului nu se schimbă. Vorbirea este neclară, ștearsă/înțeșată, nediferențiată, greu perceptibilă ascultătorului.

În pareza flască izolată a mușchilor coardelor vocale, se afectează pronunția consoanelor. Opoziționarea surdă-sonoră este slăbită, uneori dispare totalmente. Deoarece scade sonoritatea vocii, pacienții pronunță în loc de „dună” – „tună” etc., greu diferențiază sunetele perechi.

Ca în orice proces patologic, se observă atât fenomene compensatorii pozitive, cât și negative. Astfel, în cazul insuficienței inervației coardelor vocale, creșterea tensionării mușchilor faringelui și a rădăcinii limbii, drept efect compensator. În aceste cazuri, sunetele vocale încep adesea să sune/să fie pronunțate ca combinație de sunete însoțită de un zgomot, de ex.: în loc de „a”, se aude/pronunță „ha”, adică, se pierde independența vocalelor și, în consecință, se modifică sonoritatea vocii.

Pareza mușchilor vălului palatin perturbă utilizarea selectivă a trecerii șuvoiului de aer prin cavitatea bucală, astfel că la rostirea tuturor sunetelor aerului expirat va trece, atât prin gură, cât și prin nas și, prin urmare, vocea va fi nazalizată.

Abateri, perturbări deosebit de severe în articulație apar în pareza mușchilor limbii, care este de obicei însoțită de pareza mușchilor maxilarului inferior, ceea ce împiedică participarea acestora în vorbirea orală. Pareticitatea mușchiului limbii înlătură barierele care se creează în cavitatea bucală în timpul trecerii fluxului de aer expirat în rostirea consoanelor.

După cum știm, consoanele se contrapozizionează: surde-sonore, sonante-nesonante, după locul articulării: constrictive, ocluzive, africcate, lichide și vibrante. La pronunția sunetului „l” partea posterioară a limbii (rădăcina), pierde din tonus și, de exemplu, în loc de „lampă” – pronunță „vampa” – „ampa”.

Pareza izolată a mușchilor vârfului limbii face imposibilă pronunțarea sunetului „R” - vibrant, care necesită activarea foarte coordonată și specializată a fibrelor musculare a zonei strict circumscrise a mușchiului mare lingual, și, de ex., cuvântul „rac” – e pronunțat „ak”, „lac” - „ak”. Atât „L” cât și „R” devin constrictive [3, 4].

Când toți mușchii limbii sunt paralizați, cele mai afectate sunete vor fi antero-ligualele.

Pareza mușchilor rădăcinii limbii conduce la articularea defectuoasă a sunetelor postero-linguale (de exemplu, în loc de „cuc” - „tuc”), iar sonora „G” va deveni surdă („gama – hama”, „gara – hava”).

Afonizarea (asurzire, devocalizare) sunetelor sonore, transformarea sunetelor explosive în constrictive și imposibilitatea de a forma o deschizătură rotundă a buzelor soldează prin aceea că rostirea sunetelor anterolinguale (D,T) este identică/asemănătoare pronunției sunetelor surde ocluzive.

Paralizia mușchilor circulari ai gurii și a mușchilor labiali alterează pronunția sunetelor explozive/ocluzive (P – B, T – D, C (K) – G) și a africcatelor/semiexplozive (semiocluzive) (C, G, Ț). Ele se transformă constrictive. În același timp, exploziva bilabială sonoră (B) converge către surdă (P), („bilă” – „pilă”). Astfel, pareza limbii și a buzelor modifică articularea și sunetele explosive sonore se transformă în sunete surde cu nuanță constrictivă sau semiocluzivă.

Încălcarea pronunției vocalelor. Sunetele vocale contrastează după *gradul de deschidere, poziție și labializare*. Paraliza flască a mușchilor articulatori nu permite contrastarea/diferențierea vocalelor. Toate converg către un singur sunet, cum ar fi „a” sau „o”.

Reacțiile musculare compensatorii implică adesea în pronunția vocalelor grupuri musculare, care, în mod normal, nu participă în articularea lor (sinchinezii patologice). Astfel,

apar vocale nazale, „a” sau „o”, asemănătoare consoanelor sonore cu nuanță de zgomot (neclaritate). Independența păstrează vocala „a”. Astfel, în cazul disartriei bulbare, se observă diverse opțiuni pentru simplificarea articulației verbale, care este asociată cu distribuția și profunzimea paraliziei în mușchii coardelor vocale, palatului moale, limbă, maxilarul inferior și buze.

În paralel cu simptomele de simplificare a articulației în disartria bulbară, sunt observate simptome de restructurare spontană a reglării neuromotorii a articulației, o astfel de compensare spontană nu întotdeauna face vorbirea mai lizibilă. Deci, în paralizia paretică/flască a mușchilor coardelor vocale, sonoritatea vocii se schimbă și, prin urmare, vocalele izolate capătă nuanță zgomotoasă postero-laringiană constrictive, deoarece în pronunție se implică mușchii faringelui și rădăcinii limbii, complicând inteligibilitatea vorbirii [2].

Un exemplu de compensare pozitivă poate servi pronunția înmuiată a sunetelor care conferă o ușoară inteligibilitate a vorbirii orale. Deseori se pierde nazalitatea sunetelor „m”, „n”, ele fiind înlocuite cu perechile de sunete orale. Cu cât este mai profundă pareza mușchilor aparatului verbal cu atât este mai afectată articularea sunetelor, pierzându-se calitatea sunetelor inerente limbii vorbite.

Deoarece pareza flasca în disartria bulbara este distribuită în mod neuniform pe grupele musculare ale aparatului articulator, tulburările de articulație la diferite persoane va fi selectivă. În cazuri grave cu disartrie bulbară, abilitățile de pronunție ale persoanei pot fi reduse la câteva dintre cele mai simple sunete. Astfel, în disartria bulbară, capacitatea de a folosi vorbirea este perturbată înlocuită de un set de sunete, în dependență de disponibilitatea anatomică și fiziologică. Caracteristica capacităților articulare în cazurile severe de disartrie bulbară nu va avea, aparent, diferențe semnificative la pacienții de diferite naționalități.

Forma pseudobulbară a disartriei

Forma pseudobulbară a disartriei este cauzată de paralizia spastică a mușchilor aparatului articular periferic [3, 4]. Paralizia centrală se caracterizează printr-un tonus muscular ridicat, o zonă extinsă de reflexe necondiționate. Mișcărilor sunt încetinite și reduse. Denumirea acestei forme de paralizie se datorează istoric faptului că, inițial, a fost descrisă paralizia asociată cu leziunea bulbului rahidian, în care survine adesea moartea. Deci, tabloul clinic al paraliziei bulbare a fost primul identificat cu locul leziunii. Ulterior a fost descrisă paralizia spastică, fără a se putea localiza leziunea pe creier, și, în contrast cu cea bulbară, a fost numită pseudobulbară.

Activitatea patologică ridicată a aparatului neuromuscular periferic se datorează faptului că efectul de control al neuronului motor central, situat în partea inferioară a girului central anterior al cortexului cerebral, puternic slăbește/diminuează și, prin urmare, activitatea în nucleele nervilor cranieni crește brusc, datorită mecanismului înăscut.

Hipertensiunea musculară și hipereflexia la adulții cu paralizie centrală, duce la apariția actelor reflexe necondiționate complexe, care, în mod normal, le întâlnim doar în copilăria timpurie. Acestea includ: reflexe de supt și proboscis (trompă), zâmbete involuntare, râs și plâns. Reflexele necondiționate, inhibitate în copilăria timpurie, dar care reapar la adult sunt desemnate ca patologice.

Natura centrală a parezei în disartria pseudobulbară se manifestă în selectivitatea denaturării mișcărilor voluntare, deoarece. conexiunea dintre neuronul motor situat în cortexul cerebral cu neuronul motor al bulbului rahidian sau măduva spinării este întreruptă. În același timp, mișcărilor involuntare (reflexe necondiționate) sunt păstrate complet. Un pacient cu

disartrie, nu poate scoate limba din gură, în mod voluntar, dar își linge buzele în timp ce mănâncă, linge mâncarea de pe lingură, adică execută mișcări reflexe. Tusea, strănutul, înghițirea, plânsul sunt însoțite de voce, deși ea lipsește când încearcă să vorbească. În unele cazuri, tulburările pseudobulbare ale mișcărilor voluntare ale buzelor, obrazilor, palatului moale și faringelui contrastează cu capacitatea de a realiza mișcări emoționale expresive complexe. Bucuria, mâhnirea/tristețea, plăcerea experimentate/trăite de pacient sunt realizate în mișcări faciale normale. Modificările tonusului muscular pot afecta funcția de înghițire/degluțiție. Cu toate acestea, întrucât majoritatea nucleelor nervilor cranieni motorii sunt conectate cu neuronii corticali motori, atât pe dreapta cât și pe partea stângă, datorită intersecției incomplete a căilor piramidale, deteriorarea unilaterală a căilor piramidale nu provoacă tulburări funcționale grave de masticatie, înghițire și vocalizare.

Simptomele disartriei pseudobulbare, de regulă, se dezvoltă în prezența paraliziei bilaterale. La examinarea cavității bucale, se observă încordarea limbii, încovoierea și retractia ei posterioară, închizând intrarea în faringe [1, 3, 4]. Toate mișcările limbii, pasive și active, sunt îngreuiate. Când se încercă să scoată limba din gură, aceasta cade pe buza inferioară, alunecând până la bărbie, însă vârful limbii (apexul) nu se apleacă și nu atinge bărbia. Sunt greutăți de mișcare în sus și îndoirea vârfului spre nas. La efectuarea acestor mișcări, apar sinchinezii: încercările de a ridica limba în sus sunt însoțite de mișcarea maxilarului inferior și a buzei inferioare. De regulă, vârful limbii nu se îndoiește și nu atinge buza superioară. Mușchiul limbii nu menține poza, iar limba scoasă din cavitatea bucală este retrasă rapid în gură. Mișcările limbii în părți sunt de amplitudine mică. De regulă, limba scoasă imediat înclină în lateral. Acest lucru indică faptul că activismul nucleilor nervilor hioizi (hypoglossus) nu este aceeași chiar și în cazul parezei bilaterale. Limba se abate spre mușchiul mai afectat. Deoarece mușchiul limbii este contractat în ansamblu, vârful afectat al limbii nu face mișcări izolate.

Nivelul ridicat al reflexelor necondiționate caracteristice paraliziei pseudobulbare se manifestă prin iritarea, de exemplu, a mucoasei faringiene sau a laringelui (în timpul examinării cu o spatulă). Atingerea mucoasei cu o spatulă determină mișcări reflexe puternice sub formă de vomă și tuse. În acest caz, se observă contracții intense ale mușchilor palatului moale (reflex necondiționat), care diferă semnificativ de o ușoară reducere sau absență a contracției mușchilor palatului în procesul de fonație a vocalelor.

În paralizia spastică a mușchilor laringelui, coardele vocale sunt încordate, lipite, astfel încât apar sunete fonice suplimentare. Deoarece coardele vocale tensionate nu produc mișcări oscilatorii, subtil diferențiate, sub presiunea unui flux de aer, vocea în disartria pseudobulbară este slabă, răgușită și hârâită/șuierătoare, lipsită de intonație. Proprietățile rezonatoare ale faringelui și ale cavității bucale se schimbă semnificativ; în primul rând, lipsește dinamismul din cauză că laringele este „fixat” de mușchi spastici într-o poziție relativ superioară, care scurtează lungimea și micșorează volumul/spațiul rezonatorului laringofaringian.

Mușchiul limbii este încordat/spastic; limba deplasată spre peretele posterior al faringelui și apasă pe epiglotă, închide intrarea în laringe. Această stare a organelor cavității bucale, în primul rând, împiedică formarea cavității laringiene unice în timpul fonației; în al doilea rând, reduce capacitatea faringelui de a colecta undele sonore și de a le reflecta în cavitatea bucală. În aceste condiții, undele sonore sunt mai bine modulate în cavitatea/rezonatorul nazală. Aceste fenomene provoacă nasalizarea vocii. Tembrul nazal al vocii caracterizează pronunția vocalelor și articularea celor mai complexe consoane [2, 3, 4].

Reducerea volumului și a forței de contracție a mușchilor spastici ai limbii și ai aparatului verbal periferic, modifică semnificativ articularea aproape a tuturor sunetelor verbale. Incapacitatea de a efectua mișcări precise izolate cu vârful limbii determină pierderea naturii vibrante și a sonorității sunetului „R”, care este înlocuit, în aceste cazuri, cu un sunet constrictiv anterolingual. „L” se înmoaie, deoarece limba e retrasă spre partea posterioară și se află în cavitatea orală „cocoșată”. Sunetul „L” dispăre ca imposibilitate a ridicării părților laterale ale limbii, iar apexul nu se unește de boltă, și, atunci, sunetul „l”, precum și „r”, devin semioclusive și mai puțin sonore. Sunetele „ș” și „j” devin înmuiate, deoarece sunt articulate de întreaga suprafață a mușchiului spastic al limbii. Sunetele oclusive „p”, „b”, „c”, mai des decât alte sunete consonante păstrează contraste fonologice, dar sunt, de asemenea, înlocuite cu cele constrictive („fiică” - „viică”). Natura spastică a paraliziei în disartria pseudobulbară se manifestă în selectivitatea tulburărilor articulare. În primul rând, în toate cazurile, sunetele cele mai complexe și diferențiate în structurile lor articulatorii - „R”, „L”, „Ș”, „Ț”, „Ci” sunt afectate. Deplasarea/retracția limbii spastice spre posterior produce efectul acustic al consoanelor „împinse în spate”, în special antero-lingualele „r”, „l” și postero-linguale „h”, „c”, „g” [3, 4].

Spasticitatea mușchilor aparatului periferic de vorbire, limitează dinamismul modificării/rearanjării coardelor vocale în timpul vorbirii orale. Coardele vocale practic nu fluctuează/vibrează, ceea ce înseamnă că nu există schimbări funcționale ale mușchilor, specifice pentru pronunția diferitor sunete. Aceasta poate conduce la sonorizarea consoanelor surde sau afonizarea consoanelor sonore.

Vocalele sunt în primul rând un efect al rezonanței orale și faringiene. În acest timp, limba se relaxează activ și se contractă în timpul vorbirii, își schimbă forma și dimensiunea și, prin urmare, proprietățile rezonante ale cavității bucale depind substanțial de activismul ei. Limba spastică își schimbă în mod semnificativ forma (e ca un bulgăre în cavitatea bucală) și este, deplasată spre partea posterioară a cavității bucale; este inertă și, proprietățile rezonatoare ale cavității bucale sunt grav agravate. Aceasta afectează pronunția vocalelor, în special „i” și „ă”. Toate vocalele, inclusiv vocalele posterioare „u” și „o” și neutra „a”, au o nuanță acustică de „împinse în spate”. Datorită spasticității mușchilor coardelor vocale, în unele cazuri, se remarcă sonorizarea vocalelor.

Simptome non-verbale în disartria pseudobulbară. În cazul disartriei pseudobulbare, funcția de deglutiție poate fi afectată. Acest fenomen este asociat cu intrarea alimentelor în cavitatea nazală și datorită scăderii frecvenței mișcărilor de înghițire și lipsei de control voluntar asupra umplerii cavității bucale cu salivă. Salivația poate fi observată atât în timpul vorbirii, cât și în scris, precum și în repaus și mai ales în neliniște. Cu cât spasticitatea mușchilor este mai pronunțată, cu atât sunt mai dificile și încetinite mișcărilor de înghițire [1, 3].

La o persoană cu paralizie spastică, expresiile faciale sunt sărace, reflectând adesea expresia mișcărilor faciale înghețate: un zâmbet sau, dimpotrivă, o expresie facială nemulțumită. La astfel de pacienți, se observă râsul involuntar; în cazuri mai severe, dobândesc caracter stereotipic, dificil de oprit. Toate mișcărilor sunt încetinite, au un volum mic și, prin urmare, ritmul vorbirii este încetinit. Datorită faptului că fazele ciclurilor respiratorii sunt scurtate, de asemenea e scurtată expirația în timpul vorbirii, prin urmare, se observă „ruperea” frazei, ruperea „tonului”. Așadar, deoarece calea motorie centrală este o cale de la neuronul cortexului până la neuronul bulbului sau măduvei spinării, adică neuronul care realizează

mişcarea, devine clar de ce, la adulții cu disartrie pseudobulbară, este încălcat controlul mișcărilor.

BIBLIGRAFIE

1. OLĂRESCU, V.; PONOMARI, D. *Asistența logopedică și psihologică*. Ch.: Elena-V.I., 2012.
2. PYROZYNSKI, T. *Elemente de psihologie medicală și logopedie*. Iași: IMF, 1988.
3. БЕЛЯКОВА, Л.И.; ВОЛОСКОВА Н.Н. *Дизартрия. Учебно-пособие для вузов*. М.: Просв., 2009.
4. СЕРБИНА, Л.Ф. *Дизартрия: клинический, роллингвистический, психолого-педагогический аспекты проблемы. Учебно-методическое пособие*. Ставрополь, 1996.
<http://elar.uspu.ru/bitstream/uspu/12106/2/2019Vostrikova.pdf> (vizitat 16.03.2020)

REFLECȚII ȘI COORDONATE ÎN DIAGNOSTICUL ȘI SIMPTOMATOLOGIA DISARTRIEI

*Olărescu Valentina, dr., conf. univ., UPS „Ion Creangă” din Chișinău
Buganu Diana, doctorandă, UPS „Ion Creangă” din Chișinău*

CZU: 376.37:616.89-008.434.3

Abstract

Dysarthria as a neurological language disorder, we find it associated with various forms of disontogenes and pathologies, often in multiple disabilities, but also in mild encephalopathic forms.

Reference is made to the forms, causes, symptoms of dysarthric disorder. The characterization of each form of dysarthria ends with findings, in which the essential moments are summarized.

Key-words: dysarthria, symptom, phonation, nasal resonance, prosody, spasticity, pareticity, muscular dystonia, dysphagia.

Disartria reprezintă o afecțiune care presupune o tulburare a vorbirii, apărută ca rezultat al slăbirii mușchilor implicați în vorbire. Această slăbire a mușchilor implicați în actul vorbirii este cauzată, de obicei, de afecțiuni neurologice. Disartria afectează înțelegerea vorbirii, natura lezei sau, chiar, pe ambele, însă există cazuri când inteligibilitatea nu suferă.

Disartria apare împreună cu alte tulburări, o întâlnim asociată diverselor forme de disontogenii și patologii, frecvent în dizabilități multiple, dar și în forme encefalopaticе ușoare, însă adevărata sa incidență și prevalență nu sunt cunoscute. Estimările variază în funcție de localizarea leziunii, de natura și cauza afecțiunii. Afecțiunile neurologice, atât dobândite, cât și congenitale, dar și leziunile cerebrale sunt cauze ale disartriei [5].

Afecțiunile neurologice care determină apariția disartriei pot fi rezultatul unor afecțiuni neurologice precum epilepsia, scleroza amiotrofică laterală, boala Parkinson; tumorile cerebrale; traumatismele la nivelul creierului sau gâtului; afecțiunile inflamatorii precum bolile autoimune, encefalita sau meningita; afecțiunile vasculare precum accidentul vascular cerebral sau boala Moyamoya; expunerea la substanțe toxice precum alcoolul, metalele grele, monoxidul de carbon.

În funcție de localizarea leziunii neurologice, se pot dezvolta diferite tipuri de disartrie:

Disartria spastică (corticală): persoanele care suferă de această formă prezintă dificultăți în vorbire, alături de o slăbiciune generalizată și de reflexe anormale. Ea apare ca rezultat al lezării neuronilor motori de la nivelul sistemului nervos central [1, 5].

Disartria flască (bulbară): în cazul căreia persoanele nu pot pronunța consoanele. Ea rezultă ca urmare a unor leziuni de la nivelul neuronilor din sistemul nervos periferic.