

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.

Disartria ataxică (cerebelară): apare în urma unor leziuni la nivelul cerebelului. Cerebelul fiind regiunea creierului responsabilă pentru primirea informațiilor senzoriale și coordonarea mișcărilor, persoanele care suferă de această formă de disartrie întâmpină probleme de coordonare.

Disartria hipokinetică (pseudobulbară): cauzată de leziuni ale sistemului extrapiramidal de la nivelul creierului. Persoanele cu disartrie hipokinetică pot prezenta: o voce liniștită, monotonă; dificultăți în începerea propozițiilor; dificultăți în pronunțarea consoanelor; rigiditate și mișcări reduse ale feței și gâtului; dificultate la înghițire; spasme musculare.

Disartria hiperkinetică (subcorticală): apare ca rezultat al unor leziuni la nivelul ganglionilor bazali. Pacienții care suferă de această formă de disartrie prezintă simptome precum: vorbire lentă; oboseală în timpul vorbirii; spasme musculare; mișcări involuntare; tonus muscular anormal. Leziunile la nivelul ganglionilor bazali pot surveni în urma unor boli neurodegenerative precum boala Huntington sau Parkinson [4, 5].

Disartria prezintă simptome similare cu alte tipuri de afecțiuni neurologice, precum: afazia, disfazia și apraxia. Ea poate afecta unul sau mai multe dintre următoarele cinci sisteme implicate în vorbire:

Respirația: aceasta deplasează aerul de-a lungul corzilor vocale, producând sunete care sunt transformate în cuvinte cu ajutorul gurii și al nasului.

Fonația: utilizează fluxul de aer din plămâni și vibrațiile corzilor vocale pentru a produce sunete.

Rezonanța: se referă la calitatea sunetelor produse.

Articularea: presupune transformarea sunetelor în cuvinte recunoscutibile, implicând formarea vocalelor și consoanelor.

Prozodia: se referă la ritmul și intonația vorbirii, care conferă cuvintelor și frazelor înțelesul corespunzător.

Cele cinci sisteme sunt implicate împreună în actul vorbirii, ceea ce înseamnă că în cazul în care unul dintre ele este afectat și celelalte vor avea de suferit.

Oamenii care suferă de disartrie pot prezenta simptome precum: voce aspră sau răgușită; ton monoton; voce nazală; vorbire prea rapidă sau prea lentă; tremur vocal.

Din cauza faptului că leziunile care duc la apariția disartriei afectează și nervii care controlează mușchii, persoanele cu disartrie pot prezenta simptome fizice precum: tremur sau mișcări involuntare ale maxilarului, limbii sau buzelor; slăbiciune musculară; reflex de vomă accentuat.

Cu toată varietatea de cauze și leziuni ale diferitor niveluri ale creierului, se pot urmări asemănări în formele disartriei. În primul rând, toate formele de disartrie se rezumă la dereglări motorii în articularea sunetelor, cauzate de insuficiența reglării neuromusculare (distonie musculară) sau de fenomenele apraxice.

În continuare, reflecțiile noastre se vor axa asupra a câtorva forme de disartrie: cerebeloasă, subcorticală și corticală [4, 5].

Forma cerebeloasă a disartriei

Apare în urma leziunii, hemoragiei sau tumori ale cerebelului. Fața persoanelor cu leziuni cerebeloase este amimică. Cutele/încrêțiturile nazolabiale sunt lăsate, actele de înghițire și respirație sunt dereglate. În această formă de disartrie, apare frecvent disfagia [2].

Starea mușchilor aparatului verbal: scăderea tonului în mușchii buzelor, palatului moale, obrazilor și a limbii.

Limba e subțire, lată și retrasă/împinsă spre posteriorul cavității bucale, mobilitatea este limitată, ritmul de mișcare este încetinit. Se remarcă dificultatea menținerii pozițiilor articulatorii și diminuarea senzațiilor chinestezice. Mișcările limbii sunt inexacte cu manifestarea hiper sau hipometriei (redundanță sau insuficiență a amplitudinii mișcării). În mișcări articulatorii voluntare fine apare tremurul limbii. Fenomene de atrofie nu apar.

Palatul moale atârână, masticăia defectuoasă spre grea, încetinită, expresii faciale lipsesc.

Vorbirea este lentă, sacadată, modularea este dereglată, spre sfârșitul cuvântului, frazei are tendință țipătoare, ce permite să interpretăm vorbirea drept scandată. La auz, vorbirea este neplăcută, disprozodică, ritmul și claritatea/inteligibilitatea vorbirii - dereglate. Predomină nazalizarea puternică a majorității sunetelor; vocea slabă, înfundată, cu sonoritate fluctuantă.

Sunt caracteristice atonia musculară, hipermetria și dismetria mișcărilor, dereglări de sinergie fiziologică în activitatea comună a mușchilor implicați în asigurarea unei anumite mișcări. Tremurul apare în respirație când e nevoie să producă voce, să articuleze sunete. În respirație spontană fiziologică, tremurul este absent.

Dereglări de natură non-verbală.

La persoanele cu leziuni cerebeloase, hipotensiunea musculară este observată în timpul repausului și în timpul mișcării.

Mersul este nesigur, se caracterizează prin supraextensia genunchilor, dezechilibrare și necoordonare. Mișcările brațelor nu se coordonează cu cele ale picioarelor. Se remarcă manifestarea unei forme speciale de insuficiență mentală de tipul „sindromului frontal”, scade capacitatea de adaptare în diverse situații sociale: râs inadecvat, expresii obscene și anecdote nespecifice comportamentului obișnuit anterior al acestei persoane [2, 3].

Constatări

1. Leziunea cerebelului și a conexiunilor sale conduce la scăderea tonusului muscular și dismetria mișcării.

2. Apare o prozodicitate specifică: inconstanța puterii vocii, atenuarea ei, pauze și scandare în vorbire.

3. Dezorganizarea silabelor accentuate și a consoanelor la sfârșitul cuvântului determină neclaritate în exprimare.

4. Ataxia respiratorie ca urmare a tremurului mușchilor respiratorii, ce conduce la respirație sacadată și voce tremurătoare.

5. Postura încordată în timpul vorbirii este însoțită de reacții vasomotorii (ba se înroșește, ba devine palid).

Disartria subcorticală sau extrapiramidală

Disartria subcorticală, precum cea pseudobulbară are frecvență înaltă. Este cauzată de leziuni de focar ale nucleelor caudat, talamus, subthalamus, substanța roșie, neagră, precum și a conexiunilor acestora cu alte structuri ale creierului [1].

Leziunile sistemului extrapiramidal produc tulburări de locomoție, tonus muscular și al posturii, a automatismelor congenitale, incluzând diverse sinergii musculare, hipochinezie sau hiperchinezie (coreo-atetoze, tremur, mioclonie). Hiperchinezia extrapiramidală tinde uneori să dispară în procesul de efectuare a mișcărilor voluntare. În forme grave, apar atetoze – împietrire, înlemnire în posturi speciale.

În stare calmă, tonusul muscular poate fi apropiat de normal, dar la cea mai mică încercare de mișcare sau, mai cu seamă, de a vorbi, tonusul muscular crește brusc, până la spasme

musculare. Spasmul tonic și hiperchinezii se pot transmite și la mușchii respiratori, mușchii laringelui, provocând tulburări în voce și respirația verbală. Implicarea vocii este dificilă, deoarece intervine o lungă perioadă latentă între articularea silențioasă (fără voce) și fonație.

Adeesea, hiperchinezia provoacă deschiderea forțată a gurii, aruncând limba înainte. În această poziție, persoana poate „împietri” un timp, fără să poată vorbi, ceea ce e greu de acceptat de persoană.

Leziunea subcorticală conduce la adinamie, tonus muscular scăzut, hiperchinezii, zâmbet forțat și plâns.

Hiperchinezia mușchilor diafragmei și a mușchilor intercostali produc opriri/pauze involuntare în vorbire, gemete, strigăte involuntare. Tulburările respiratorii depind de hiperchinezia la nivelul diafragmei, care se poate încorda/tensiona brusc în momentul expirației verbale.

Spasmele musculare tonice sau, dimpotrivă, diminuarea accentuată a tonusului lor pot exclude totalmente vibrația coardelor vocale, ceea ce înseamnă că în aceste momente consoanele sonore sunt înlocuite cu cele surde care nu necesită participarea vocii și a coardelor [2, 3].

Tulburările descrise reprezintă patogeneza disartriei extrapiramidale și a variantelor ei.

Caracteristica tulburărilor vorbirii orale.

Fluxul de vorbire este intermitent/întrerupt, ritmul de vorbire fie că e accelerat (unele silabe se pronunță rapid), fie că este încetinit (alte silabe sunt întinse); sunt dificultăți de inițiere a vorbirii, apar diverse stereotipii și perseverații în pronunția unor sunete, silabelor, cuvintelor. Articulația sunetelor (vocale și consoane) poate fi încetățată, ștearsă, în unele cazuri, în altele - este destul de lizibilă, însoțită de tulburări prozodice.

Se modifică și perturbă modulația vocii, expresivitatea vorbirii, ceea ce subliniază tulburările disprosodice în tabloul disartriei extrapiramidale. Tulburările prosodice se asociază cu ataxia respirației verbale. Tremurul respirator determină natura sacadată a vorbirii și este observată în toate tipurile de respirație voluntară care servește scopului formării vocii. În același timp, în respirația involuntară care întreține schimbul de gaze, tremurul de obicei este absent.

Vocea este slabă, înăbușită, de un timbru nedeterminat, sonoritate oscilantă și monotonie în vorbirea orală.

Schimbarea tonusului muscular și hiperchinezii determină diversitatea și instabilitatea tulburărilor aspectului fonetic al limbajului și prozodiei.

Constatări

1. Forma extrapiramidală a disartriei este asociată cu lezarea formațiunilor subcorticale ale creierului.

2. Hiperchinezii și variabilitatea tonusului mușchilor aparatului verbal distorsionează grav vorbirea.

3. Nu există stabilitate și uniformitate în imperfecțiunile articulatorii și, prin urmare, fonetice.

4. Există discrepanțe de timp între contracția mușchilor respiratorii, vocali și articulatorii în timpul vorbirii orale.

5. Dificultățile de conexiune voluntară a vocii și epuizarea rapidă a acesteia în procesul vorbirii reprezintă greutate în formarea vocii.

6. Sunt perturbate ritmul vorbirii și structura sa intonațional-melodică.

Disartria corticală

Tulburările motore în vorbire, de nivel cortical, la adulți sunt descrise de E.N. Vinarskaya (1971, 2005) și A.M. Pulatov [3]. Trebuie remarcat faptul că afaziologia interpretează disartria corticală drept tulburare de limbaj în afazia motorie (aferentă și eferentă) de intensitate ușoară.

Potrivit autorilor, disartria corticală poate fi asociată cu pareza spastică a unor mușchi și poate fi însoțită de apraxie. Apraxia este o dereglare la nivelul constituirii mecanismelor psihofiziologice de mișcare, în care sunt păstrate mecanismele de execuție. În același timp, persistă perturbări în acțiuni voluntare, cum ar fi arătarea dinților, extensia buzelor, umflarea obrazilor etc. În același timp, aceste mișcări pot fi efectuate involuntar.

Disartria corticală afectează doar latura motorie a vorbirii orale. De regulă, în disartria corticală nu există tulburări de voce și respirație, nu există salivare.

Pareza corticală este similară cu tulburările căilor cortico-nucleare, manifestându-se printr-o scădere a reglării activismului funcțional al nucleelor situați pe trunchiul cerebral.

Disartria corticală se observă în leziunile emisferei dominante în partea inferioară a girului central anterior (câmpuri postcentrale și precentrale). Dacă leziunea este unilaterală atunci dereglările se compensează treptat de zonele similare ale emisferei opuse.

Există forme de disartrie corticală eferentă (premotor) și aferentă (postcentrale).

Forma eferentă a disartriei corticale apare atunci când este afectată regiunea gyrusului central anterior, unde este reprezentată inervația mușchilor articulatori. Se constată o încălcare izolată a mișcărilor articulare. În acest caz, conținutul verbal nu este încălcat, ceea ce distinge fundamental disartria corticală de afazie. Este important de menționat că disartria articulară corticală afectează doar mișcări specifice ale vorbirii, în timp ce alte mișcări voluntare și involuntare ale limbii și buzelor rămân intacte. Datorită apropierii anatomice a zonelor de inervație a mușchilor limbii și mâinilor, tonusul muscular al mâinilor poate fi ridicat [2, 3].

Cel mai des se perturbă, mișcările vârfului limbii, de aceea pronunțarea sunetelor antero-linguale este afectată. Mișcările articulare sunt lente, imperfecte. Există dificultăți în a reproduce serii de mișcări și mișcări succesive după indicație. Asociate dereglărilor musculare sunt reducerile/scăderile de memorie chinestează și cinetică, a automatizării. Articulația sunetelor este distorsionată, apar multiple sinchinezii. Aceste sinchinezii se manifestă în mod clar în teste specializate: urmărirea cu ochii a mișcărilor degetului care se mișcă spre stânga și spre dreapta. Urmărirea face ca limba scoasă să se miște după mișcarea degetului; când desenează, limba se mișcă spre mână, ochii se închid, încruntă fruntea etc.

Dificultatea tonusului muscular este asociată cu dificultăți în integrarea fonetică. În limbaj atestăm: dificultăți de a trece de la un sunet la altul; încetinirea generală a vorbirii, lipsa de fluentă, pauză în interiorul cuvântului, în special în consecutivitate de consoane, voce ridicată în vorbire [2, 3].

Sunetele sub formă de articulare intermediată („t” și „d” – „ts” etc.), schimbarea vocalelor (necare, apropiate de „a” – „ă”), vocalele silabelor accentuate se prelungesc; consoanele (inițiale și finale) adesea se prelungesc (de exemplu, vuvulpe etc.); adăugiri de sunete, omisiuni de sunete.

Adesea se observă hemipareză spastică de dreapta, apar reflexe de înhățare (simptome de disartrie pseudobulbară). Disartria corticală este adesea combinată cu afazia motorie.

Forma aferentă a disartriei corticale apare în afecțiunea zonelor postcentrale ale cortexului cerebral. La adulți, disartria hemiparetică apare mai ales în tumorile cerebrale. O astfel de disartrie la adulți poate fi aproape compensată după îndepărtarea tumorii.

La pacienții cu această formă, deseori, dar nu neapărat, se observă hemipareză spastică pe partea dreaptă (cu emisfera dominantă stângă), o tulburare a sensibilității pielii și a articulațiilor musculare în aceeași jumătate a corpului; se observă apraxia în mișcările mâinii și apraxia orală („caută” mișcările).

Disartria se manifestă printr-o articulare confuză a sunetelor, căutare activă a articulației corecte, ceea ce înseamnă că vorbirea se întrerupe în timpul acestor căutări, devine dezmembrată, împărțită, disfluentă. În cazuri ușoare se atestă doar disfluența vorbirii declanșată de căutarea articulației (ceva similar cu bâlbâiala). În cazuri severe – articulația este ștearsă, nedeslușită, și doar rar, se întâlnește apraxia postcentrală pură, adică e afectat numai aspectul motor al vorbirii, fără tulburări afazice [2].

Se disting trei variante de disartrie aferentă. În prima variantă se observă pareza spastică a mușchilor verbali. Cele mai subtile și complexe mișcări ale limbii suferă, în primul rând mișcările vârfului limbii și pronunția „ș”, „j”, „r”. În forme mai severe, consoanele apicale sunt distorsionate – „s”, „z”, „l”.

A doua variantă. Tulburările de pronunție a sunetelor (fonetice) nu este stabilă, ceea ce este asociat cu incapacitatea de a memora poziția articulatorie, a imaginii sonore corecte a sunetului.

Efectuarea mișcărilor la cerere se realizează doar cu control vizual. În absența controlului vizual, cu ajutorul mâinilor ajută mișcările (apucă limba cu mâna, o aplatizează), timp îndelungat caută structura articulatorie necesară, care de alt fel încetinește ritmul și tempoul vorbirii, și dereglează fluența.

Deseori lipsește expresia facială și gnozia facială: persoanele nu ating/nu găsesc cu exactitate locul punctului de contact pe față și mai ales în zona aparatului articulator.

În a treia variantă, se observă o combinație de simptome ale primei și celei de-a doua variantă de apraxie de articulație dinamico-kinestetică.

Africatele se descompun în părțile lor constitutive; sunetele constrictive sunt înlocuite cu sunete oclusive, omisiuni în grupuri de consoane.

Constatări

1. În cazul leziunii părților motorii corticale ale creierului, se observă încetinirea generală a vorbirii.
2. Disfluență, abundență de pauze în interiorul cuvântului, mai ales în grupuri de consoane.
3. Afonizarea selectivă a consoanelor oclusive sonore.
4. Adăugiri de sunete în cuvânt.
5. Voce tare când vorbește.

BIBLIOGRAFIE

1. OLĂRESCU, V.; PONOMARI, D. *Asistența logopedică și psihologică*. Ch.: Elena -V.I., 2012.
2. БЕЛЯКОВА, Л.И.; ВОЛОСКОВА Н.Н. *Дизартрия. Учебно-пособие для вузов*. М.: Просв., 2009.
3. ВИНАРСКАЯ Е.Н.; ПУЛАТОВ А.М. *Дизартрия и ее топико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга*. Ташкент: Медицина, 1973.
4. <https://www.slideshare.net/auranelcu1/logopedie-semesterul-1> (vizitat 16.03.2010)
5. http://www.sfatulmedicului.ro/Tulburari-de-limba/dizartria-tipuri-simptome-cauze-tratament-complicatii_18177 (vizitat 16.03.2010).