

EVOLUȚIE, INCIDENTĂ ȘI ABORDĂRI ALE DISARTRIEI

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

CZU:376.37:616.89-008.434.3

Abstract

The article is dedicated to neurological language disorder, called dysarthria, commonly encountered in preschoolers and adults who have brain squeals.

The paper reveals the history of the evolution of studies on dysarthria, conceptual clarifications, and scientific approaches on dysarthria.

Key-words: dysarthria, symptom, neuromuscular control, muscular dystonia.

1.1. Scurt istoric asupra disartriei

Primele descrieri științifice ale disartriei au apărut pe tipar în urmă cu mai bine de 150 de ani. Acestea au fost observații ale faimosului neurolog german Little (1853), care, oferind o imagine clinică detaliată a paraliziei cerebrale, a remarcat tulburări specifice de vorbire pe fondul afectării sistemelor motorii ale corpului. Pentru prima dată, termenul „disartrie” a fost folosit în 1879, de Kussmaul, care, sub acest concept, a unit toate încălcările articulației.

De la mijlocul secolului XX, cercetătorii au început să creadă că tulburările de vorbire în disartrie sunt complexe, cu care se asociază nu numai tulburarea celei mai fine coordonări a mușchilor aparatului vocal, ci și patologia caracteristicilor prosodice ale vorbirii orale [1].

Disartria este un nume generalizat pentru un grup de tulburări de vorbire, are mai multe forme, fiecare caracterizându-se prin simptomele sale neurologice și ale vorbirii. Disartria este cea mai frecventă perturbare în funcționarea sistemului de formare a vorbirii.

Termenul „disartrie” înseamnă o tulburare a laturii pronunției vorbirii, în care suferă pronunția sonoră și organizarea prosodică a fluxului sonor. Indiferent de nivelul de deteriorare a sistemului nervos central în disartrie, integritatea sistemului funcțional de formare expresivă a vorbirii este întotdeauna încălcată. În acest caz, tonul, intensitatea vocii, nivelul ritmico-intonational al enunțului sunt încălcate, colorarea fonetică a sunetelor de vorbire este distorsionată, iar structura fonetică a vorbirii este în general incorect implementată. Această patologie a vorbirii articulate este asociată cu o insuficiență a inervației mușchilor aparatului de vorbire periferic, dereglare a tonusului muscular, ca urmare a afectării organice sau funcționale a sistemului nervos central [3]. Tulburările neuromotorii sunt cauză a patologiei formării vorbirii.

Există două tipuri importante de tulburări de vorbire neuromotorii: disartria și apraxia de vorbire, care provoacă tulburări ale laturii motorii a mecanismului de formare a vorbirii. În cazul tulburărilor de vorbire neuromotorii, procesele lingvistice (utilizarea corectă a semanticii și a sintaxei) nu sunt afectate până când acestea nu încep să coexiste cu procesele de vorbire și cognitive afectate.

Încălcarea controlului neuromuscular al vorbirii poate provoca leziuni ale respirației, fonației, rezonanței nazale, articulației și prozodiei.

O încălcare a exactității temporale și a perfecțiunii mișcărilor de vorbire este asociată cu astfel de caracteristici ale vorbirii precum inteligibilitatea, claritatea și, prin urmare, inteligibilitatea acestuia [1, 4].

În prezent, există 4 abordări principale ale disartriei: clinică (neurologic), lingvistică, neuropsihologică, psihopedagogică [1, 3].

Prin prisma abordări clinice (neurologice) sunt studiate manifestările clinice ale disartriei, care sunt corelate cu nivelul de deteriorare organică sau funcțională a sistemului nervos, a structurilor periferice sau centrale. Abordarea clinică explorează, de asemenea, cauzele disartriei, locul și natura leziunii de focar a SNC, simptomele care includ natura modificărilor tonusului muscular, mișcările diferitelor părți ale aparatului de vorbire etc. Disartria este asociată cu afectarea creierului, ca urmare a unei varietăți de factori nocivi, care pot influența, înainte ca copilul să se nască, în timpul dezvoltării prenatale (prenatal), în timpul nașterii (perinatal) și la scurt timp după naștere (postnatal).

Afectarea creierului prenatal poate fi cauzată de infecția mamei sau a fătului, toxicoza sarcinii, patologia placentei etc.

În timpul nașterii, factorii agravanți sunt nașterea prelungită sau, dimpotrivă, rapidă, traume la naștere, compresia creierului, ce duce la dereglarea circulației cerebrale sau la hemoragie cerebrală.

După naștere, principalii factori care duc la deteriorarea organică a creierului sunt bolile infecțioase ale creierului și meningelui.

La adolescenți și adulți, tulburările disartrice se pot dezvolta din cauza leziunilor, hemoragiilor, proceselor inflamatorii, tumorilor, bolilor vasculare și infecțioase.

Datele neurologice disting următoarele forme clinice de disartrie: bulbară, pseudobulbară, subcorticală, cerebeloasă și corticală [1, 3, 4].

Studiile lingvistice caracterizează disartria drept dereglare a caracteristicilor sunetelor verbale, juxtapuneri fonologice ale sunetelor în fluxul vorbirii, claritatea conținutului său semantic (sens semantic și emoțional), percepția fonematică a limbajului etc. Din punct de vedere psiholingvistic, se evaluează caracteristicile acustice ale procesului de reproducere a sunetului, organizarea prosodică a fluxului sonor (caracteristici vocale, ton, putere, durată, capacitate de modulare, ritm, tempo, combinație de silabe accentuate și neaccentuate, vorbire, melodicitatea), precum și articularea, reproducerea sunetului (puterea, precizia, claritatea, sincronismul, comutabilitatea de la o poziție articulatorie la alta, lejeritatea pronunției).

Abordarea neuropsihologică folosește forme specifice de analiză a proceselor mentale în leziuni ale creierului. Au fost atestate dereglări nu doar a mecanismelor eferente, ci și ale analizei și sintezei chinestezice, exprimate în tulburări apraxice de articulare, distorsionând imaginea chinestezică a actului de articulație. La rândul său, imaginea chinestezică denaturată a actului de articulație conduce la modalități specifice de organizare a mișcărilor articulatorii (compensații pozitive și negative) și formarea stereotipurilor motorii greșite.

Direcția psihologică și pedagogică are o importanță deosebită în studiul disartriei la copii, deoarece tulburarea de limbaj este de obicei asociată cu patologia stadiului incipient al dezvoltării sistemului nervos central. În același timp, este clarificat caracterul distorsionării pronunției și vocii, caracteristicile calitative și cantitative ale vocabularului, particularitățile formării structurilor gramaticale ale limbajului, vorbirea orală și scrisă.

Logopedia a elaborat tehnologii de compensare a limbajului, principiile de reabilitare a persoanelor cu disartrie, etapele de reabilitare-recuperare a limbajului copiilor cu disartrie [1].

1.2. Principalele forme clinice de disartrie

Disartria este o tulburare de limbaj complexă, incluzând tulburări ale pronunției sunetului și prozodiei. Aceste fenomene sunt asociate cu patologia aparatului neuromotor al mușchilor, care asigură procesele de producție a vorbirii orale [1, 3, 4].

Forma bulbară de disartrie este asociată cu afectarea de focar a nucleelor nervilor cranieni, în special în medulla oblongata.

Forma pseudobulbară a disartriei este rezultatul unei leziuni de focar bilaterale a neuronilor corticali (calea piramidală).

Forma cerebeloasă a disartriei este rezultatul leziunii nucleilor și căilor motorii de conducere ale cerebelului.

Forma subcorticală a disartriei este cauzată de leziuni a nucleilor bazali - a nucleului caudat, nucleul palid.

Forma corticală a disartriei este o leziune a zonelor motorii secundare ale emisferei dominante (zona premotoră inferioară sau zone postcentrale inferioare ale scoarței cerebrale) [3].

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 [4].

Afectarea limbajului în disartrie poate fi foarte diferită: de la abateri greu distinctive ale pronunției sunetului până la imposibilitatea completă a vorbirii expresive. În ultimele cazuri, când vorbirea este practic absentă sau aproape neînțeleasă, este calificată drept anartrie (greacă: „artos - pronunție articulată”, „a” – negare/lipsă).

Adulții cu disartrie își păstrează înțelegerea vorbirii și a limbajului scris, dar le este greu să își exprime gândurile verbal.

Am realizat un *experiment de constatare* pe 120 de subiecți preșcolari cu vârste cuprinse între 4-5,5 ani, dintre care 60 de copii cu disartrie și retard mintal ușor și 60 de copii, cu dezvoltare tipică. Subiecții au fost selectați din efectivele de copii aflați în evidența CJRAE Bacău cu dizabilități mintale ușoare și integrați în învățământul de masă, în grupele incluzive.

Cu privire la aceste două eșantioane, ne propunem să verificăm dacă există diferențe semnificative în ceea ce privește capacitatea motrică, respectiv examinarea capacității de a executa mișcări coordonate, la preșcolarii cu RMU, comparativ cu preșcolarii de aceeași vârstă cronologică, cu dezvoltare tipică (ipoteza cercetării). Rezultate brute și procentuale se înscriu în limitele prezentate jos.

În examinare am folosit metode pentru identificarea nivelului dezvoltării psihomotricității: praxiei manuale și articulatorii.

Examinarea motricității aparatului fonator:

Scopul constă în evaluarea modalității de realizare a mișcărilor cu:

1. Buze. 2. Limbă. 3. Palat moale. 4. Mișcarea mușchilor obrazului.

Cotarea: se acordă câte 1 punct pentru fiecare îndeplinire corectă. Au fost prezentate câte 10 mișcări [2].

Tabelul 1. Evaluarea realizării mișcărilor (puncte)

	<i>Lot RMU</i>	<i>Lot DT</i>
	<i>Medie brută</i>	<i>Medie brută</i>
<i>Mișcările buzelor</i>	4,2	8
<i>Mișcările limbii</i>	4,4	7,7
<i>Mișcările palatului moale</i>	4,3	7,25
<i>Mișcarea mușchilor obrazilor</i>	4,0	8,45

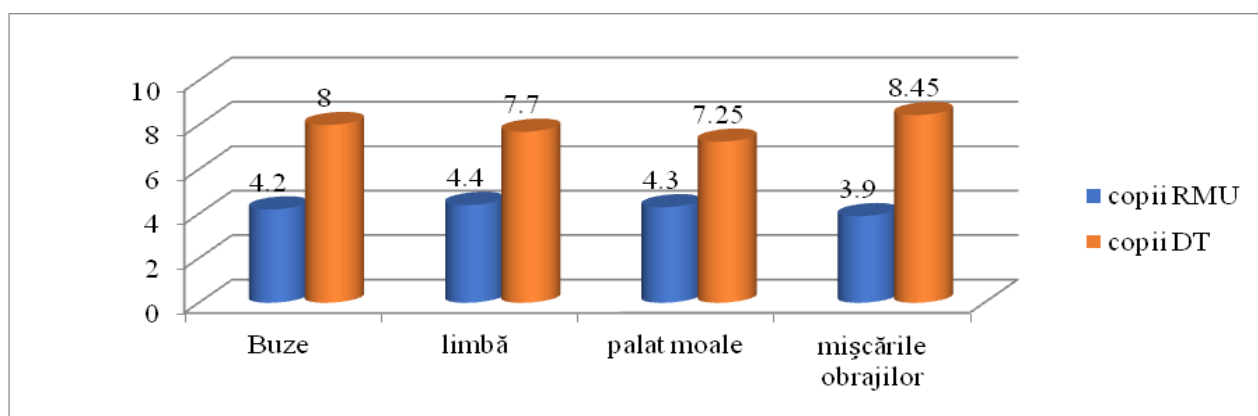


Fig. 1. Evaluarea realizării mișcărilor (valori medii, puncte)

Examinarea praxiei – Proba Liebmann:

Scopul: urmărește mimica gesticulară și manipularea obiectelor obișnuite. În cazurile de apraxie gravă, însăși înțelegerea verbalizată a cerințelor motorii este greu receptată. Probele se pot efectua și prin imitație [1].

Instrucțiune: Ascultă atent și îndeplinește ce îți zic. Eu te voi ajuta când nu te descurci.

Conținut:

(a) *mișcări simple*: strânge pumnii; bate din palme; mâinile strânse, desfăcute, degetele răsfireate; scoate limba, umflă obrazii;

b) *mimica gesticulară*: amenință; fă „pa”, mângâie, strâmbă-te, fă bezele; salută; împreunează mâinile;

c) *mișcări de imitație și utilitare*: bate la ușă; prinde muștele; cântă la pian; sună la telefon; numără banii; imită mișcările de înot;

d) *manipularea obiectelor*: mută cana; aprinde lumânarea; toarnă apă în pahar; fă un nod; bate crema;

e) *imitarea unor mișcări simple și complicate*: pe cale vizuală, prin imitație; pe cale chinestezică; îl ajută terapeutul, apoi îl lasă pe copil să efectueze mișcarea de unul singur.

Cotarea: se acordă câte 1 punct pentru fiecare îndeplinire corectă [2].

Tabel 2. Valorile medii privind examinarea praxiei

	Lot RMU		Lot DT	
	Medie brută	Medie procentuală	Medie brută	Medie procentuală
Mișcări simple	4,1	58,57	6,5	92,85
Mimică gesticulară	4,12	58,85	6,05	86,42
Miscări de imitație și utilitare	3,5	58,33	5,06	84,33
Manipularea obiectelor	4	80	4,5	81
Imitarea unor mișcări simple și complicate	3,4	68	6	85,7

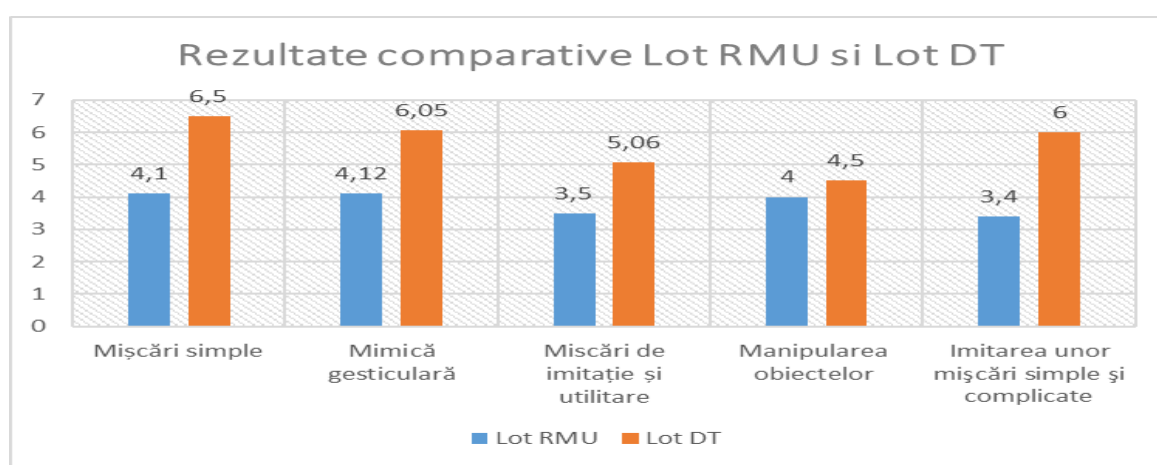


Fig. 2. Valorile medii privind examinarea praxiei - Proba Liebmann

Preșcolarii cu RMU prezintă rezultate scăzute la toate probele, comparativ cu preșcolarii cu dezvoltare tipică. De altfel, sunt rezultate așteptate. Literatura științifică vorbește despre praxia slab dezvoltată la categoria de copii cu RMU. Nouă ne trebuie cu exactitate să cunoaștem nivelul dezvoltării ei pentru a putea interveni individualizat.

1.3. Intervenția psihopedagogică formativă pentru copiii cu disartrie și întârziere mintală ușoară

În cazul copilului cu retard mintal ușor, prezentând un QI între 50-69, gândirea este incomplet dezvoltată, rămânând dependentă de concret; este lentă, greoaie, iar operațiile gândirii (analiza, sinteza, generalizarea, diferențierea, abstractizarea) se desfășoară la nivelul inferior, superficial, incomplet. Remarcă mai ușor deosebirea decât asemănările. Sesizează cu dificultate „ideile principale”, elementele de legătură între fenomene, elementele esențiale. Efortul de „sinteză” se reduce la descrierea fenomenului. Sesizează cu dificultate sau, chiar, nu sesizează absurdul. Are dificultăți în a distinge ceva ce este „comun” de ceva ce este „particular”. La proba de sortare și clasificare după criterii particulare eșuează frecvent. Efortul de „a defini” este dificil pentru că nu poate face încadrarea în „genul proxim”.

Copilul prezintă sindroame neurologice, malformații, tulburări senzoriale, dezechilibre endocrine care îi pot îngreuna efortul de a face achiziții psihice. De cele mai multe ori prezintă tulburări emoționale și/ sau de comportament, precum instabilitate psihomotorie, agresivitate, ostilitate, opoziționism.

Studierea calității vorbirii: copilul vorbește „pe nas”, fără a avea sinuzită; părinții pot observa doar mișcări slabe ale buzelor și ale altor organe ale discursului copilului, ceea ce face dificilă încercarea de a vorbi. Mușchii articulației sunt foarte slăbiți, din cauza cărora, atunci când se deschide gura, limba cade în mod incontrollabil, iar buzele sunt prea strânse sau nu sunt legate una de cealaltă, cu o salivare puternică; sunetele din cuvintele rostite sunt distorsionate, sărite sau înlocuite cu altele, în timp ce nu există un model definit sau un grup de litere „problematic”; încălcarea melodiei vocii, copilul nu își poate controla tonul, iar discursul în sine este monoton, prea lent sau prea rapid; prezintă probleme cu controlul respirației, motiv pentru care discursul se estompează treptat, iar prin mijlocul enunțului, acesta începe să respire repede.

Am pornit demersul terapeutic pornind de la *terapia educațională*, drept parte integrantă a procesului educațional-terapeutic din grădiniță. Prin terapia educațională, în paralel cu tehnicile logopedice și de educare a limbajului, am urmărit:

- Dezvoltarea abilităților motorii fine cu ajutorul jocurilor și gimnastică.
- Îmbunătățirea motilității articulației cu ajutorul gimnastică și masaj special.
- Normalizarea respirației vocale cu ajutorul gimnasticii.
- Corectarea pronunției diferitelor sunete, consolidarea cunoașterii.
- Creșterea expresivității pronunțării expresiilor și frazei.
- Dezvoltarea deprinderii de a comunica cu ceilalți.
- Dezvoltarea competențelor funcțiilor și proceselor psihice.

Terapia educațională este o formă de terapie utilizată pentru a trata persoanele cu dizabilități de învățare și alte provocări din sfera limbajului. Această formă de terapie oferă o gamă largă de intervenții individualizate și unice pentru copilul cu deficiență cognitivă și de limbaj, special concepute pentru a remedia problemele cu care se confruntă acești copii [5].

Prin abordarea procesării informațiilor, a aspectelor de concentrare și a abilităților de memorie, terapeutul educațional este mai în măsură să trateze problema fundamentală a diferenței de învățare care împiedică copiii să reușească în însușirea deprinderilor și cunoștințelor.

Competențe vizate:

- cunoașterea diferitelor modalități de abordare a copilului și a posibilităților de intervenție educațional-recuperativă din perspectiva educației și a caracterului terapeutic;
- individualizarea programelor educațional-recuperative pentru preșcolarii cu disartrie și întârziere mintală ușoară.

În cazul copiilor care nu sunt diagnosticați de timpuriu, sau apelează la recuperare prea târziu, tratamentul recuperator poate prezenta întârzieri și complicații, ceea ce nu va putea permite atingerea efectului terapeutic maxim.

BIBLIOGRAFIE

1. OLĂRESCU, V.; PONOMARI, D. *Asistența logopedică și psihologică*. Ch.: Elena -V.I., 2012.
2. ȘERBAN, M. *Selecție de probe pentru examinarea logopedică complexă - Auxiliar didactic pentru profesorii logopezi*. Sibiu, 2017.
3. БЕЛЯКОВА, Л.И.; ВОЛОСКОВА Н.Н. *Дизартрия. Учебное пособие для вузов*. М.:Просв., 2009.
4. ВОЛКОВА, Л.С. *Логопедия*. М.: Просв., 1989.
5. PATTERSON, C.; MA, BCET. *The clinical practice of educational therapy, second edition*. Maxine Ficksman& Jane Utley Adelizzi, Editori. New York, NY: Routledge, 2017.