

## CONCEPTUALIZĂRI TEORETICO-ȘTIINȚIFICE DESPRE DISARTRIE

### THEORETICAL-SCIENTIFIC CONCEPTUALISATIONS ABOUT DYSARTHRIA

Valentina OLĂRESCU, dr., prof. univ.,  
UPS „Ion Creangă” din Chișinău  
ORCID: 0000-0001-8019-8907  
olarescu.valentina@upsc.md

Valentina OLĂRESCU, PhD, University Professor,  
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 376.36

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p306-310

**Abstract.** The article is devoted to the theoretical description of the language disorder, called dysarthria. The historical-bibliographic analysis of the disorder is presented, the etymology of the word is stated, definitions are given, the symptomatology, pathogenesis and classification of dysarthria are explained. The peculiarities of the personality of children with dysarthria are recorded. In general, they are not very communicative, isolate themselves, sometimes refuse to participate in group activities, appear indifferent, apathetic, insecure, easily exhausted, and their attention is very scattered. An insufficient development in the higher processes of thought is detected, closely related to the insufficient development of the essential aspects of language. Studies show that the dysarthric child's limited relationship with the environment, reduced communication with other people and severe pronunciation disorders make it considerably difficult to develop vocabulary and master the semantic aspect of speech. These children generally have a very limited vocabulary, have serious difficulties in including/understanding and using words that express relationships of time and space. Vocabulary limitations and insufficient development of higher thought processes limit the understanding and use of grammatical structures. Towards the end, the classic classification is provided along with the description of the symptomatic picture of each form of dysarthria.

**Keywords:** dysarthria, symptom, defect structure, pareticity, spasticity, muscle atony.

În 1853, medicul englez Willian J. Little a realizat pentru prima dată un studiu organizat al dereglărilor de limbaj de tip disartric. Acesta a descris tabloul simptomatic al paraliziiilor cerebrale, luând în considerare existența tulburărilor de limbaj pe baza afecțiunii motrice în articulare. Cercetările au fost desfășurate în două direcții: neurologică și logopedică. Termenul „disartrie” provine din greacă: *dis* înseamnă „dificultate”, iar *artron* semnifică „articulație”, în întregime definit ca tulburare în vorbire, rezultată din deteriorarea sau lezarea mecanismelor neurologice cu funcția de a regla mișcărilor articulatorii. Primii autori care au studiat disartria sunt: Filimonova, Opeinheim, Zimerling, Gutzman. În 1885, H. Gutzman abordează disartria ca pe o tulburare a pronunției, acceptând-o însă ca centrală și periferică, însoțită de deficiențe ale vocii, care nu erau luate în considerare până la acel moment.

În anul 1926, M.S. Margulis a descris diferite tipuri de disartrie, în prima sa lucrare *Despre diferențierea disartriei*. Studiului disartriei i s-au dedicat și mulți specialiști din țările Uniunii Sovietice. În anul 1947, O. Pravdina și-a susținut teza de doctor cu subiectul „Disartria în logopedia vârstei infantile”. În prezent, studiul acestei patologii, despre compensare și corectare, remediare și depășire, continuă să facă obiectul analizei multor cercetări științifice.

Studiile și investigațiile stăruie asupra leziunii specifice a sistemului nervos, a organizării lui, raportând-o la tulburările disartrice de limbaj [apud 2].

Autoarea V. Olărescu definește disartria ca pe o dereglare a laturii de pronunție, în special articulatorie, ca rezultat al insuficienței inervației a musculaturii articulatorii, anticipată de leziuni organice ale SNC [3]. Profesorul E. Verza definește disartria drept tulburare organică a limbajului cu caracter neurologic, cauzată de leziuni în regiunile centrale și căile conductoare ale analizorului verbomotor [6]. Inervația insuficientă devine evidentă în organele articulatorii, care produce modificări în pronunția sunetelor, însoțite în general de afectarea atributelor vocale, și afectează mișcările naturale ale organelor articulatorii. Defectele din partea limbii se caracterizează prin absența coordonării între mișcările musculare în laringe, cavitatea bucală și aparatul respirator, însoțite de incapacitatea de a prezice intensitatea sunetului sau durata acestuia. Aceasta dă naștere unei vocalizări confuze, cu silabe slabe, unele lungi sau scurte, în care vorbirea rezultată este aproape ininteligibilă. De obicei, se exprimă ca o pronunțare proastă a consoanelor. Paralizia musculară se răsfrânge și asupra aparatului respirator. Tulburare în articulația vorbirii, rezultă din defecte sau leziuni ale mecanismelor neurologice cu funcția de transmitere a informației către mușchii organelor fono-articulatorii pentru a-și executa mișcările. Slăbirea, încetineala sau incoordonarea musculară pot afecta toate procesele de bază ale vorbirii, cum ar fi respirația, fonația, rezonanța, articulația și prozodia. Erorile articulației sunt cele mai frecvente caracteristici ale disartriei, urmate de incapacitatea vocii, rezonanță și fluiditate.

Un alt autor, V. Leapidevski, la defectele de pronunție, mai adaugă dereglările tempoului vorbirii și ale expresivității limbajului. Vinarskaia, Șif, Mastiukova, Semionova afirmă că tulburările de pronunție de natură disartrică sunt asociate manifestărilor alalice, cu dereglări ale percepției fonematice, cu reținerea în dezvoltarea psihică [apud 2]. Segre, indică faptul că sunt tulburări complexe ale articulației cuvântului, ale intensității, ritmului și melodiei, cauzate de leziuni organice ale căilor motorii endocerebrale, precum și ale unor grupări nucleare subcorticale.

Când afectarea neurologică este periferică, simptomele specifice sunt mai mult determinate și pure, în leziunile centrale sunt, de obicei, variabile, ample și mai puțin specifice, însoțite de modificări ale ritmului fonatoriu, dificultăți în coordonarea respiratorie și tulburări în emisia vocală. Racenko și Cernakova consideră că disartria este o alterare a aspectului fonetic al limbajului, în care organizarea prosodică, fluxul sonor, nuanța fonetică a sunetelor (distorsiuni ale sunetelor) sau realizarea incorectă a semnelor acustice ale sunetelor limbajului sunt afectate (este vorba despre omiterea și înlocuirea sunetelor) [2].

În toate cazurile este evidentă insuficiența inervației a organelor care participă la emisia vorbirii, drept consecință fiind tulburările în pronunție, însoțite în general de tulburări ale ritmului respirator, ale vitezei, modulației și intonației vocii, aspectului lexical și gramatical al limbii. În cazuri grave, vorbirea devine total neînțeleasă, fiind imposibilă îmbinarea celor mai simple dintre foneme, acest caz fiind numit *anartrie*. Alte cauze ale disartriei sunt: tulburările intrauterine, incompatibilitatea Rh mamei și al copilului, nașterea prematură, bolile infecțioase și neuroinfecțioase suportate de copil în primii ani de viață (1-4 ani – perioadă senzitivă pentru dezvoltarea limbajului).

#### *Simptomatologia disartriei*

În tabloul simptomatic al disartriei se poate diferenția un grup de tulburări (defecte, dereglări) primare, care caracterizează patologia, și un grup de tulburări secundare, care apar ca urmare a primelor. Ca defecte primare pot fi enumerate tulburările de motricitate articulatorie, pronunție, respirație, ale vocii, intonației și motricității generale. Cele secundare apar ca urmare

a defectelor primare, exprimate prin defecte (tulburări) ale citirii și scrisului, modificări/abateri în dezvoltarea psihică, limitări ale dezvoltării vocabularului și în utilizarea și înțelegerea structurilor gramaticale [5].

În continuare vom defini fiecare dintre aceste tulburări.

- *Tulburări ale motricității articulatorii*

În raport cu tulburările de motricitate articulatorie, nu putem spune că la copii sunt superficiale, fluide, în unele cazuri nu ajung să se producă, sunt insuficiente, slabe. Trecerea de la o mișcare la alta este deficitară, întârziată. Copilul caută adesea articulația corectă, încearcă din nou și din nou, dar nu reușește. Limba este neascultătoare, întoarsă spre dreapta sau spre stânga, numai nu în direcția necesară.

- *Tulburări ale pronunției*

Pronunția se caracterizează prin absența multor sunete, substituții, distorsiuni, produse de parezia prezentă la copiii disartrici. Uneori, căutarea ineficientă a poziției corecte de articulare provoacă inconsecvența (incorectitudinea) pronunției sunetelor.

- *Tulburări ale respirației*

Respirația este superficială, frecvent claviculară, inspirația este scurtă. În unele cazuri, se observă tendința de a vorbi în timpul inspirației, ceea ce provoacă o senzație de dispnee.

- *Tulburări ale vocii*

Alterările vocii sunt cauzate de paralizia corzilor vocale, a vălului palatin și a tulburărilor de respirație. Vocea involuntară în timpul strigătului sau al plânsului nu prezintă mari abateri. Vocea voluntară este răgușită, nazală, puțin modulată. Persistă tulburări ale tonalității, intensității și ale timbrului vocii.

- *Tulburări de intonație*

Limbajul oral este puțin expresiv, melodios și modulată; uneori este accelerat, alteori încetinit. Se observă pauze inegale și iraționale. Unii autori evidențiază despre faptul că persoanele cu disartrie vorbesc de parcă ar avea gura plină.

- *Tulburări ale motricității generale*

Se manifestă fundamental ca fiind mișcări ciudate, stupide, inexacte și imprecise în creșterea sau diminuarea tonusului muscular. Frecvent este afectată coordonarea motorie generală a degetelor. Persoanele prezintă dificultăți în a scrie, a picta, a construi piramide, a dezlega șireturile la pantofi, a încheia și descheia cămașa etc. Scrisul este distorsionat, cu litere inegale și înclinate. Acestor copii le este foarte greu să sară într-un picior și uneori în ambele, să meargă pe o linie, să sară peste o frânghie, mersul este incert, cu echilibre și alunecări frecvente.

În raport cu modificările dezvoltării psihice, tulburările severe ale motricității generale limitează considerabil legătura lor directă cu lumea exterioară. Tulburările severe ale limbajului împiedică dezvoltarea normală a funcției de regulator al activității, transmițător de mesaje/comunicare și de relaționare socială. Acești doi factori influențează negativ asupra dezvoltării personalității și a activității cognoscibile. Din acest motiv, în cazurile severe de disartrie, sunt frecvente întârzierile în dezvoltarea psihică și modificările secundare ale intelectului [1].

*Particularități ale personalității*

Copiii cu disartrie sunt, în general, puțin comunicativi, se izolează, refuză uneori să participe la activități în grup, se prezintă indiferenți, apatici, nesiguri, se epuizează ușor, iar atenția le este foarte dispersată. Se detectează o dezvoltare insuficientă în procesele superioare ale gândirii, strâns legate de dezvoltarea insuficientă a aspectelor esențiale ale limbajului.

Studiile demonstrează că relația limitată a copilului disartric cu mediul înconjurător, comunicarea redusă cu ceilalți oameni și tulburările severe de pronunție îngreunează considerabil dezvoltarea vocabularului și stăpânirea aspectului semantic al vorbirii. Acești copii au, în general, un vocabular foarte limitat, au serioase dificultăți în a include/înțelege și a folosi cuvinte care exprimă relații de timp și spațiu. Limitările vocabularului și dezvoltarea insuficientă a proceselor superioare ale gândirii, limitează înțelegerea și utilizarea structurilor gramaticale. Reieșind din aceste cauze, disartria apare în multe cazuri ca o formă de insuficiență generală în dezvoltarea limbajului, care îngreunează procesul de învățare. Este necesar să subliniem că toate limitările descrise anterior nu sunt prezente în toate cazurile; ele depind de multe alte cauze, între care putem menționa gravitatea/intensitatea tulburării disartrice, particularitățile personalității copilului, posibilitățile de comunicare cu alți copii și adulți; climatul verbal și nivelul cultural al familiei; atenția acordată tulburării ș.a.

#### *Clasificarea disartriei în funcție de locația leziunii*

Localizarea leziunilor pe creier este diferită:

- pe partea centrală a creierului,
- pe partea anterioară a creierului,
- pe partea posterioară,
- pe partea inferioară a creierului; scizura Rolando; dereglarea căilor piramidale și extrapiramidale; dereglări și leziuni ale cerebelului; lezarea centrilor nucleari localizați pe trunchiul cerebral.

*Patogeneza* este mecanismul apariției tulburării provocată de lezarea regiunii centrale sau periferice a SNC, care, la rândul ei, determină insuficiența inervației musculaturii mimice și a articulației. Foarte des, impulsurile nervoase nu se transmit mușchilor articulatori din cauza atoniei și atrofiei acestor mușchi.

*Strictura defectului* în disartrie se exprimă prin cinci componente:

- dereglarea tonusului muscular articulatoriu;
- dereglarea motricității articulatorii;
- dereglarea pronunției tuturor sunetelor vorbirii;
- dereglarea respirației;
- dereglarea vocii [9, 10, 11].

Dereglarea tonusului muscular articulatoriu se manifestă diferit, manifestându-se în formă de: spasticitate, pareticitate și distonie musculară.

În cazul spasticității, tonusul muscular este încordat, ridicat. În proces este atrasă musculatura limbii, buzelor, vălului palatin, a feței (mimica). În pareticitate avem tonus muscular flasc, atonic, suprarelat, observându-se salivă abundentă.

În cazul distoniei musculare, tonusul muscular este variat. Atestăm instabilitatea tonusului condiționat de procesele instabilității care se produc în locul leziunii. În pauză, tonusul este scăzut, flasc, paretic, iar în timpul vorbirii are loc încordarea, mușchiul se spasmează.

Dereglarea motricității articulatorii se manifestă prin limitarea motricității, în pareze sau paralizii ale limbii, buzelor (sunetele t-d-dentale; p-b-labiale).

Discoordonarea mișcărilor se exprimă prin dereglarea exactității mișcărilor și avem:

- hipermetrie – mărirea amplitudinii mișcării executate;
- greutate în emiterea consecutivă și reproducerea mișcărilor consecutive; greutatea de postare a pozei postulate.

Dereglarea pronunției tuturor sunetelor vorbirii este consecința (simptomul) principală în disartrie. Dereglările se manifestă ca și în cazul dislaliei prin omisiune, substituție, dislocare, alterare [4]. În cazul disartriei, sunetele sunt parțial păstrate, iar în vorbirea curentă cursivă ele sunt șterse, nediferențiate. De aceea, despre logopat se spune că ar avea „terci în gură”.

Dereglarea respirației este condiționată de pareticitatea mușchilor toracali. Respirația este aritmică, superficială, mai mult predomină tipul de respirație abdominală, iar persoanele afectate au tendința de a vorbi atât în timpul expirației, cât și al inspirației.

De asemenea, este afectată și latura prozodică – intonația, tempoul, vocea. Dereglarea vocii este determinată de pareza mușchilor limbii, buzelor, palatului moale și a altor organe. Puterea vocii, tonalitatea este diferită.

În funcție de structura defectului, sunt evidențiate *formele clasice de disartrie*: spastică, flască și ataxică.

Disartria **spastică** este o leziune localizată în neuronii motor superiori. Creșterea tonusului mușchilor laringieni implică o îngustare a deschiderii laringiene, precum și o creștere a rezistenței la fluxul de aer. Pacienții emit fraze scurte, vocea este răgușită, tonul scăzut și vocea cântătoare. Uneori au loc întreruperi ale tonului sau ale respirației. Este caracteristică articulația consoanelor puțin precisă și o potențială distorsionare a vocalelor. De asemenea, mulți pacienți prezintă hipernazalitate.

Disartria **flască** este o leziune localizată în neuronii motor inferior. Vocea devine sforăitoare și volumul este scăzut. Pot fi observate caracteristici suplimentare, referitoare la respirație: persoanele încearcă să vorbească în momentul inspirației. În schimb, o paralizie a mușchilor superiori, constrictori ai faringelui, conduce la apariția hipernazalității în momentul vorbirii. Distorsiunea fonemelor va varia în funcție de structurile articulatorii implicate.

Disartria **ataxică** este o leziune localizată în cerebel. Vocea devine aspră, monotonă, cu puține variații de intensitate. De asemenea, se poate observa tremurul vocii, ce provoacă distorsiune consonantică și vocalică, prelungirea fonemelor și a spațiului dintre ele [9].

*Activitățile recuperatorii logopedice în disartrie.* Sunt cunoscute o multitudine de metode și căi de recuperare a disartriei. Mulți autori care au elaborat aceste metode își au punctul propriu de vedere și pun accentul pe anumite componente ale structurii defectului.

### **Bibliografie:**

1. HAȚEGAN C. *Logopedia. Terapia tulburărilor de limbaj. Structuri deschise*. Cluj: Trei, 2016. ISBN 978-606-719-722-8.
2. OLĂRESCU, V. *Fundamentele logopediei*. Chișinău: Garomont Studio SRL, 2022. 336 p. ISBN 978-9975-162-05-0.
3. OLĂRESCU, V. *Logopedia. Perspectiva diagnosticului logopedic*. Chișinău: Elena-IV SRL, 2008. ISBN 978-9975-9743-6-3.
4. OLĂRESCU, V., PONOMARI, D. *Asistența logopedică și psihologică. Principii. Metodologii. Perspective*. Chișinău: Elena – IV SRL, 2012. ISBN 978-9975-106-98-6.
5. VERZA, E. *Tratat de psihopedagogie specială*. București: Ed. Universității din București, 2011.
6. VERZA, E. *Tratat de logopedie*. Vol. I. București: Pro Humanitas, 2003.
7. VERZA, E. *Tratat de logopedie*. Vol. II. București: Pro Humanitas, 2009.
8. VRĂȘMAȘ, E. *Tulburările de limbaj*. București: EDP, 2004.
9. ВОЛКОВА, Л.С. *Логопедия*. Москва, 1989. ISBN 5-09-000754-3.
10. ЛЯПИДЕВСКИЙ, С.С., ШОСТАК, Б.И. *Клиника олигофрении*. Москва: Просвещение, 1973. 134 с.
11. ФИЛИЧЕВА, Т.В., ЧЕВЕЛЁВА, Н.А., ЧИРКИНА, Г.В. *Основы логопедии*, Москва, 1989. ISBN 5-09-000967-8.