

MARIA MIELNIK, HALINA NOWAKOWSKA

**WPLYW ZABURZEŃ W KOMUNIKACJI WERBALNEJ NA
FUNKCJONOWANIE W ŻYCIU CODZIENNYM Z PUNKTU WIDZENIA
PACJENTKI Z DYZARTRIĄ POURAZOWĄ. OPIS PRZYPADKU**

**THE IMPACT OF VERBAL COMMUNICATION DISORDERS
ON EVERYDAY LIFE FROM THE POINT OF VIEW OF PATIENT
WITH TRAUMATIC DYSARTHRIA. CASE STUDY**

Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie Katedry Pielęgniarstwa
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
kierownik: dr hab. A. Gaworska-Krzemińska

Pacjenci z zaburzeniami w komunikacji werbalnej często spotykają się z brakiem zrozumienia. Celem pracy jest przedstawienie opisu przypadku pacjentki z dyzartrią pourazową wraz z jej osobistą relacją z przebiegu powrotu do codziennego funkcjonowania. Pacjentka A.O. w 1998 przeżyła ciężki wypadek komunikacyjny. W latach 2002-2010 uczęszczała na terapię logopedyczną do Zakładu Rehabilitacji Akademickiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. Wynikiem urazu była tripareza spastyczna oraz zaburzenia pamięci i mowy o charakterze dyzartrii. Metodą badań było studium indywidualnego przypadku. Za narzędzie diagnostyczne posłużył „Profil Dyzartrii” (Dysarthria Profile) S. J. Robertson. Po ćwiczeniach logopedycznych największej poprawie uległa artykulacja (o 60%), najmniejszej fonacja (o 23,64%)

WSTĘP

Mowa artykułowana jest środkiem komunikacji językowej właściwym tylko dla rodzaju ludzkiego. Każdy z nas ma swój własny sposób mówienia, który odzwierciedla myśli, osobowość czy aktualny nastrój. Niestety, czasami dochodzi do zaburzenia tej funkcji. Na przykład w Stanach Zjednoczonych szacuje się, że 1,7 mln ludzi doświadcza pourazowego uszkodzenia mózgu, w tym 5,3 mln (2% populacji) cierpi na związane z nim powikłania [10]. Do najczęstszych należą afazja i dyzartria (spastyczna) [1]. Z własnych obserwacji jako logopedy w Klinice Rehabilitacji mogę stwierdzić, iż około 10% (w skali rocznej) chorych z zaburzeniami mowy stanowią pacjenci z dyzartrią pourazową. Dyzartrię definiuje się jako zaburzenie ruchowego wykonania aktów mowy, co cechuje się dysfunkcją mięśni narządu

artykulacyjnego z powodu niedowładu, niezborności; także dyskinezą (dodatkowymi ruchami) i zmienioną fonacją. Dyzartria pourazowa wiąże się też z zakłóconą czynnością oddechową i zaburzonym zjawiskiem rezonansu [4, 7, 11]. Mowa staje się zamazana, często niezrozumiała dla słuchacza, mogą wystąpić przerwy w fonacji, zaburzenia płynności spowodowane skracaniem lub przedłużaniem trwania samogłosek [5, 11]. W odróżnieniu od objawów afazji, w przypadku pacjentów z dyzartrią treść i forma wypowiedzi są zachowane (jest to zaburzenie „strony wykonawczej” mowy) [4, 7]. Urazy mózgu wiążą się również zaburzeniami pamięci. Przyjmuje się, że występują one częściej po urazach tępych i wstrząsowych, niż po ogniskowych. Również dochodzi do biochemicznego zaburzenia funkcjonowania mózgu. Na proces uczenia się mają wpływ neuroprzekazniki takie jak acetylocholina, której poziom może być zakłócony. W wypadkach komunikacyjnych dochodzi też do rozległych uszkodzeń aksonalnych [2]. Z obserwacji własnych wynika, że wszyscy pacjenci, którzy przeżyli podobny incydent mózgowy z długotrwałą utratą świadomości, mają też trudności z przyswajaniem nowej wiedzy.

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie przypadku pacjentki z dyzartrią pourazową oraz przebiegu wieloletniej terapii logopedycznej. Na uwagę zasługuje bardzo osobista pisemna relacja chorej ze swoich trudności z powrotem do codziennego funkcjonowania i podkreślenie ważnej roli pielęgniarek i lekarzy w tym trudnym procesie.

MATERIAŁ I METODY

Pacjentka A.O. uległa wypadkowi komunikacyjnemu (potrącenie przez samochód) w sierpniu 1998 r., w wyniku którego przez 3 miesiące była nieprzytomna. Wówczas 20-letnia wzorowa studentka po ukończonym pierwszym roku socjologii na UG, doznała stłuczenia pnia mózgu, złamania kości podudzia lewego, złamania kości miednicy. Udostępniony opis TK głowy (29.08.1998 r.) wykazał istnienie krwiaka przymózgowego lewej półkuli mózgu przy płacie ciemieniowym i czołowym lewym o grubości 4 mm, ciągnącego się na długości 46 mm, dochodzącego prawie na sklepistość mózgowia. Ponadto utrzymywał się masywny obrzęk mózgowia nadnamiotowo, z przemieszczeniem struktur pośrodkowych pod sierp na stronę prawą na około 7 mm. Róg czołowy oraz części środkowej komory bocznej lewej były uciśnięte. Kości czaszki pozostały bez zmian. Stłuczenie pnia mózgu jest jednym z najgroźniejszych urazów (do niedawna w 100% śmiertelne). Ten zespół cechuje głęboka nieprzytomność z dezorganizacją czynności wegetatywnych [2]. Wymienionym objawom towarzyszyła tripareza spastyczna. Metodą badań było indywidualne studium przypadku, wywiad, długoterminowa obserwacja oraz analiza dostępnej dokumentacji.

W pierwszym okresie rehabilitacji (1998 r.), chora przebywała w Gdańskim Centrum Rehabilitacji w Dzierżaninie, gdzie oprócz terapii ruchowej rozpoczęła ćwiczenia logopedyczne. Początkowo współpraca przebiegała bardzo opornie – pacjentka miała głębokie stany depresyjne, przeżywała okres buntu przeciwko zaistniałej utracie sprawności i uzależnienia od wózka inwalidzkiego. Krępowwały ją kłopoty z komunikacją werbalną, które spowodowały wystąpienie zaburzeń mowy o charakterze dyzartrii. Mowa artykułowana była niezrozumiała

i nosowa (dysfunkcja ruchomości podniebienia miękkiego – uszkodzenie nerwu X błędnego). Zwężony język (uszkodzenie nerwu XII) również przyczyniał się do trudności w połykaniu, co wiąże się z problemami z pionizacją języka [12]. Do oceny skali zaburzeń posłużył „Profil Dyzartrii” S. J. Robertson (zaadaptowany przez logopedów pracujących w GCR) [8]. Bada się tutaj kolejno: oddychanie, fonacje muskulaturę twarzy, diadochokinezę, artykulację, prozodię i wyrazistość mowy, kompetencje komunikacyjne oraz połykanie. Skala badania jest 5-stopniowa, gdzie 1 – oznacza maksymalne zaburzenia, 5 – normę [8]. Wyniki z 1998 roku wyglądały następująco: oddychanie – 5 na 25 pkt. (20%), fonacja – 14 na 55 pkt. (25,4%), muskulatura twarzy – 24 na 80 pkt. (30%), diadochokineza – 5 na 25 pkt. (20%), artykulacja – 4 na 20 pkt. (20%), prozodia i wyrazistość mowy – 9 na 25 pkt. (25,7%), kompetencje komunikacyjne – 6 na 25 pkt. (24%), połykanie i jedzenie – 5 na 25 pkt. (20%).

Pacjentka zawsze starała się dużo pisać w specjalnych notesach i kalendarzach – z powodu niezborności ruchowej litery były duże i nierówne. Z czasem zaczęła również korzystać z komputera. Podczas terapii logopedycznej wprowadzono ćwiczenia oddechowe, fonacyjne i artykulacyjne ze szczególnym uwzględnieniem stymulacji podniebienia miękkiego (nacisk na spółgłoski p, b, t, k, g). Oprócz problemów artykulacyjnych, chora miała duże problemy z pamięcią oraz orientacją w czasie i przestrzeni. Pacjentka kontynuowała leczenie na Oddziale Rehabilitacji Ruchowej Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie (2.10.2002-11.10.2002), gdzie zastosowano ćwiczenia ogólnousprawniające, ćwiczenia czynno-bierne, kąpiel perełkową, rotor i fotel. Terapia logopedyczna została wznowiona w 2002 r. w Zakładzie Rehabilitacji Akademickiego Centrum Klinicznego AMG w Gdańsku. Tym razem pacjentka chętnie i z dużym zaangażowaniem współpracowała z terapeutą. Zajęcia odbywały się z częstotliwością raz na dwa tygodnie. Dysfunkcja narządu ruchu, spastyczność, kłopoty z równowagą i koordynacją rzutowały również na funkcje ruchowe mowy.

Słaba ruchomość podniebienia miękkiego nadawała głoskom ustnym zabarwienie nosowe. Kontynuowano ćwiczenia oddechowo-fonacyjne, artykulacyjne i dodatkowo pracowano nad poprawą fluencji słownej. Trzeba wspomnieć, że zajęcia odbywały się w bardzo niedogodnych warunkach (brak osobnego gabinetu dla logopedy), co na pewno nie wpływało korzystnie na komfort pacjentki. Ćwiczenia zakończyły się w 2010 r. Później chora sporadycznie pojawiała się na ćwiczeniach prowadzonych dla studentów kierunku fizjoterapia Wydziału Nauk o Zdrowiu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (do 2013 r.). Jak wspomniano wcześniej, chorzy z dyzartrią nie mają zaburzeń w sferze językowej i mogą sami opisać swoje przeżycia. Oto słowa pacjentki o swojej żmudnej drodze do odzyskania sprawności (pisownia oryginalna):

„Sytuacja osoby, która doznała wylewu, zapadła na jakąś chorobę neurologiczną (np. SM), czy też stała się ofiarą wypadku komunikacyjnego, jest wydarzeniem niegodnym pozazdroszczenia. Do tego dochodzi ocena społeczna – człowiek zaczyna dźwigać piętno, stygmat przypisany mu przez innych, przez tzw. „normalnych”, nie obarczonych żadnymi widocznymi dysfunkcjami aparatu mowy czy kłopotami w asymilacji społecznej, które mogą wynikać z odmienności... Moje „powypadkowe życie” podzieliłam na kilka faz:

1. To, co czułam w ubiegłych latach jest trudne do pojęcia. To tak, jakbym straciła głos. Upokarzającym momentem, który miał miejsce tylko parę razy, były chwile gdy ekspedientka nie mogąc mnie zrozumieć, podała mi kartkę, abym napisała, o co mi chodzi. Zamiast poprosić bym powtórzyła, postawiła mnie w niekomfortowej sytuacji, bo oprócz kłopotów z mową mam też problemy manualne. O czytelnym piśmie z okresu studiów mogę zapomnieć. O ładnej kaligrafii można tylko pomarzyć przeglądając zeszyty. Nacisk jest za silny – wiąże

się to ze spastycznością, nieumiejętnością rozluźniania zbyt napiętych mięśni. Tak więc nie mogłam nic napisać na kartce. Kupiłam tylko te produkty, które ona dobrze usłyszała, bo nie chciałam już się powtarzać, a kolejka za mną rosła... Innym razem po prostu wyszłam ze sklepu i nic nie kupiłam. Trudno... Problem braku zrozumienia odczułam najwyraźniej, gdy chciałam kontynuować naukę. O powrocie na studia nie ma jeszcze mowy, a powodem jest słaba pamięć, brak orientacji w czasie i przestrzeni oraz wykluczenie społeczne, które ma miejsce. Nikt się do tego nie przyzna, unika się poruszania „głośno” takich tematów. Wygodniej jest dla wszystkich, gdy problemu osób niepełnosprawnych się nie widzi, gdy go „nie ma” – to przecież takwie krępujące przyznać się przed samym sobą do tej „małości”, do tego, że się nie jest człowiekiem przez duże C... Marzenia o powrocie oddalają się – teraz to nie wiem, czy bym sprostała: dojazd, pamięć (gdzie są dane zajęcia) i to, że nie byłabym taka dobra w tym, co bym robiła - zniechęcają mnie. Chciałam się uczyć, ale „podcinano mi skrzydła”. Szkoła C. była tym, co myślałam, pomoże mi się wyrwać z tej „matni nieuctwa”. Mieściła się niedaleko, w mojej dawnej podstawówce. „Taka bezpłatna szkółka, może być” myślałam, ciesząc się z tej możliwości. Niedługo jednak, gdyż dyrektorka nie wydała mi zezwolenia, tłumacząc się „niedostosowaniem”. Więc przeszkody architektoniczne i brak empatii ze strony dyrektorki stały się czymś, z czym musiałam się zmierzyć.

2. Kontakt międzyлюдzkie. Jako studentka miałam wielu znajomych z uczelni i z okolicy miejsca zamieszkania. Jak łatwo się domyślić, straciłam znacznie na atrakcyjności jako 20-latką, więc znajomi i przyjaciele wykruszyli się w zastraszającym tempie. Przestałam być atrakcyjna towarzysko i ludzie źle się czuli w moim towarzystwie. Często miały miejsce sytuacje, gdy lekarze rozmawiali nie ze mną, czyli pacjentem, który przyszedł po poradę, ale z kimś trzecim, kto mi towarzyszył – w tym wypadku była to moja matka. Nie traktowali mnie podmiotowo. Rozumiem, że wielu rzeczy nie pamiętam. Mam jednak żal o to, że nie starczało im cierpliwości, by mnie wysłuchać. Jest to jeden z powodów, który tłumaczy, dlaczego praca logopedy jest konieczna, by umożliwić pacjentom powrót do społeczeństwa. Prawidłowa artykulacja, ćwiczenia mowy umożliwiają właściwą komunikację...

3. Stosunek do chorych. Generalnie rzecz ujmując, stosunek medyków do chorych był pozytywny jeżeli chodzi o miejsca, gdzie odbywała się terapia, czyli różne punkty medyczne i ośrodki rehabilitacyjne. Pielęgniarki z reguły były miłe, chętne do pomocy. I uprzejme – lecz wiadomo, że zdarzały się i takie, które nie miały podejścia do pacjenta lub były po prostu oschłe. Jak to w życiu. Pielęgniarek jest za mało, by pacjent mógł liczyć na indywidualną pomoc i nie mają one wystarczająco dużo czasu, być z nim tak długo, ile on potrzebuje. Ja spotykałam się z miłym traktowaniem, choć mogły być sytuacje, które mój mózg „wykasował”, nie chcąc burzyć dobrego mniemania, jakie miałam na temat podejścia personelu medycznego do chorych. Byłam pozytywnie nastawiona, bo bardzo dużo od niego zależało (przede wszystkim powodzenie terapii). „Poza murami szpitala”, czyli w normalnym życiu to wszystko nie było już takie proste. Albo nachalnie się we mnie wpatrywano, albo unikano kontaktu wzrokowego – i nie tylko – brak zrozumienia ze strony społeczeństwa spowodował, że stałam się introwertyczką, a przed wypadkiem miałam swoich znajomych, byłam lubiana i nie lubiłam samotności... Pamiętam bardzo dobrze ogromną niemoc, która towarzyszyła mi w pierwszych miesiącach mej „wózkowej egzystencji”. Już samo to, że inni mogli „przestawiać cię z kąta w kąt” o czymś świadczy. Można na to wszystko spojrzeć jednak inaczej – nie jako buntownik nie godzący się z zaistniałym stanem rzeczy – ale jako istota pokorna, w pełni akceptująca to, że „los tak chciał”.

4. Stosunek innych do mnie. Kwestia ta jest przykra, ponieważ stajesz się „niewidzialna”. Najgorzej wspominam fakt, że pomimo wielu ćwiczeń logopedycznych miały miejsce momenty niezrozumienia mej nieprawidłowej artykulacji. Bardzo mi to przeszkadzało, gdyż ja nie widziałam w niczym problemu i dziwiłam się innym, oskarżając ich o złe intencje względem mnie. Wiele lat później dotarło do mnie, że się myliłam. Nie mogę obarczać innych za brak postępów. Staram się wiele ćwiczyć, ale moja mowa nigdy nie będzie idealna. Obecnie większym problemem są luki w pamięci. Miało miejsce kilka wizyt u neuropsychologa, poznałam mnemotechniki, które pozwalają mi lepiej kontrolować pamięć. Moja mama twierdzi, że bieżąca pamięć jest coraz sprawniejsza, że coraz więcej i dłużej zapamiętuję. Ale sama nie potrafię tego ocenić...”

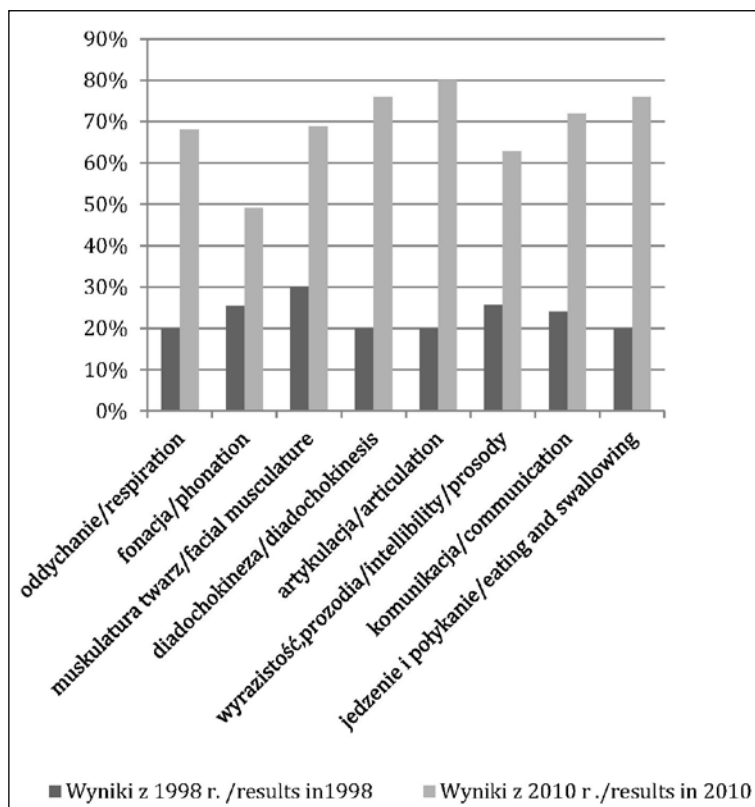
WYNIKI

Liczba uzyskanych punktów przed i po terapii logopedycznej obrazuje tabela I. Rycina 1. przedstawia procentowe porównanie rezultatów ćwiczeń z 1998 i 2010 r.

Tabela I. Porównanie wyników badań przed i po terapii logopedycznej wg skali „Profil Dyzartrii” S. J. Robertson

Table I. Comparison of research results before and after logopaedic treatment according to S. J. Robertson's „Dysarthria profile”

Czynność / Task		Maksymalna liczba punktów Maximum number of points	Liczba punktów uzyskana w 1998 r. Number of points in 1998	Liczba punktów uzyskana w 2010 r. Number of points in 2010
1.	oddychanie respiration	25	5	17
2.	fonacja phonation	55	14	27
3.	muskulatura twarzy facial musculature	80	24	55
4.	diadochokineza diadochokinesis	25	5	19
5.	artykulacja articulation	20	4	16
6.	wyrazistość mowy / prozodia intelligibility/rate/prosody	35	9	22
7.	kompetencje komunikacyjne, communicative competence	25	6	18
8.	jedzenie i polykanie eating and swallowing	25	5	19



Ryc. 1. Procentowe porównanie wyników terapii logopedycznej przed i po zakończeniu ćwiczeń wg skali „Profil dyzartrii” S. J. Robertson

Fig. 1. Percentage comparison of results of logopaedic treatment before and after the therapy according to S. J. Robertson's „Dysarthria profile”

Porównanie wyników badań z 1998 i 2010 r. skalą „Profil dyzartrii” S. J. Robertson:

1. oddychanie – 17 na 25 pkt. (wzrost z 20% do 68%),
2. fonacja – 27 na 55 pkt. (wzrost z 25,45% do 49,09%),
3. muskulatura twarzy – 55 na 80 pkt. (wzrost z 30% do 68,75%),
4. diadochokineza – 19 na 25 pkt. (wzrost z 20% do 76%),
5. artykulacja – 16 na 20 pkt. (wzrost z 20% do 80%),
6. prozodia i wyrazistość mowy – 22 na 35 pkt. (wzrost z 25,7% do 62,8%),
7. kompetencje komunikacyjne – 18 na 25 pkt. (wzrost z 24% do 72%),
8. jedzenie i połykanie – 19 na 25 pkt. (wzrost z 20% do 76%).

DYSKUSJA

Chorzy z zaburzeniami mowy muszą borykać się z brakiem zrozumienia istoty tego problemu. Zdarza się, że są odbierani przez otoczenie jako osoby nadużywające alkoholu lub

narkomani. Dodatkowo dyzartrii często towarzyszą zaburzenia polykania [3]. Problemy z komunikacją językową mogą być równie dotkliwe dla pacjenta jak dysfunkcje ruchowe (wg relacji chorych niekiedy nawet bardziej). Specyfiką terapii logopedycznej jest indywidualne podejście i dostosowanie ćwiczeń oraz liczby spotkań do potrzeb danego pacjenta [9]. Logopeda pomaga wykonywać ćwiczenia oddechowo-fonacyjno-artykulacyjne, ale nie zapewnia pełnej terapii jaką powinien mieć pacjent z dyzartrią. Pierwszymi osobami z którymi ma kontakt są lekarze, pielęgniarki i fizjoterapeuci. W dalszej kolejności wymaga on wsparcia psychologicznego i logopedycznego. Korzystne są treningi relaksacyjne, których niestety pacjentka nie miała [9]. Z pisemnej wypowiedzi chorej wynika, że często „nie była traktowana podmiotowo”, co potęgowało jej lęk komunikacyjny. Pacjenci nie chcą być postrzegani jako kolejny „przypadek”. Wyjawienie osobistych przeżyć związanych z niepełnosprawnością nie jest łatwe, dlatego należy docenić pracę pacjentki. W dostępnym piśmiennictwie można spotkać różne metody diagnozy dyzartrii, np. „Frenchay Dysarthria Assesment” FDA, „Profil dyzartrii” S. J. Robertson („Dysarthria profile”), czy „Ocenę Stanu Dyzartrii” (OSD), autorską metodę I. Gatkowskiej [3, 8]. Logopeda może ocenić stan motoryki (małej), czas fonacji – ale nie wykona laryngoskopii pośredniej, wideostroboskopii czy badania neurologicznego. Stąd ważna jest współpraca specjalistów wielu dziedzin, aby w pełni oddać istotę zaburzeń. Można przyjąć, że działanie logopedyczne jest objawowe. Nie ma specjalnych instrukcji jak ćwiczyć np. pionizację języka w przypadku wystąpienia dyzartrii wiotkiej czy spastycznej. W praktyce te działania istotnie się nie różnią; różni się stopień trudności ich wykonania przez pacjenta. Na sukces terapii ma wpływ jeszcze jeden czynnik: predyspozycje do kształtowania więzi terapeutycznej, których na ogół się nie bada [9].

WNIOSKI

1. Terapia logopedyczna powinna być dostosowana do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta.
2. Według skali „Profil dyzartrii” długoterminowe ćwiczenia najkorzystniej wpłynęły na poprawę artykulacji (wzrost o 60%), najmniej na fonację – wzrost o 23,64%. Najtrudniej jest poprawić jakość brzmienia głosu co wiąże się z objawami uszkodzeń podanych w rozpoznaniu lekarskim. Poprawna emisja głosu wymaga sprawności i koordynacji toru oddechowego, fonacyjnego i aparatu artykulacyjnego, a to sprawia chorym największą trudność.
3. Pisemna relacja pacjentki z powrotu do funkcjonowania w codziennym życiu może pomóc kadrze medycznej lepiej zrozumieć problemy chorego z dyzartrią.

PIŚMIENNICTWO

1. Leon-Carrion J., Dominguez-Morales M. del R.: The holistic, multidisciplinary and intensive approach to treatment: the CRECER method. W: Brain injury treatment : theories and practices. Ed. J. Leon-Carrion, K. R. H. von Wild, G. A. Zitnay. London ; New York : Taylor & Francis, 2006, 475. – 2. Chojnacka-Szawłowska G.: Neuropsychologia : zarys problematyki. Gdańsk : Uniwersytet Gdański, 1993, 27-63. – 3. Gatkowska I.: Diagnoza dyzartrii u dorosłych w neurologii klinicznej. Kraków : Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2012, 54-62. – 4. Hartelius L., Elmberg M., Holm R., Lövfberg

A.-S., Nikolaidis S.: Living with dysarthria: evaluation of a self-report questionnaire. *Folia Phoniatr. Logop.* 2008, 60, 1, 11. – 5. Kim H., Hasegawa-Jonson M., Perlman A.: Vowel contrast and speech intelligibility in dysarthria. *Folia Phoniatr. Logop.* 2011, 63, 4, 187. – 6. Mroziak J.: Zaburzenia pamięci w następstwie uszkodzenia mózgu. W: *Związek mózg – zachowanie w ujęciu neuropsychologii klinicznej*. Red. A. Herzyk, D. Kądziaława. Lublin : Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Cu-rie-Skłodowskiej, 1997, 157-189. – 7. Paçhalska M.: *Neuropsychologia kliniczna : urazy mózgu. T. 2: Procesy komunikacyjne i powrót do społeczeństwa*. Warszawa : Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007, 168-188. – 8. Robertson S. J.: *Dysarthria profile*. Tucson, Ariz. : Communication Skill Builder, 1982. – 9. Tarkowski Z.: *Diagnoza i terapia osób dorosłych z dysarthrią*. W: *Logopedia : pytania i odpowiedzi. T. 2: Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych*. Wyd. 2 zm. i poszerz. Pod red. T. Gałkowskiego i G. Jastrzębow-skiej. Opole : Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, 2003, 784-795. – 10. Wang Y. T., Kent R. D., Duffy J. R., Thomas J. E.: *Dysarthria associated with traumatic brain injury: speaking rate and emphatic stress*. *J. Commun. Disord.* 2005, 38, 3, 231. – 11. Wang Y.-T., Kent R. D., Duffy J. R., Thomas J. E.: *Dysarthria in traumatic brain injury: a breath group and intonational analysis*. *Folia Phoniatr. Logop.* 2005, 57, 2, 59. – 12. Wattebled A.: *Pa-role: troubles et reeducation [Dokument elektroniczny]*. www.ortophonie.eu/pdf.pdf_Parole [dostęp: 14.03.2014].

M. Mielnik, H. Nowakowska

THE IMPACT OF VERBAL COMMUNICATION DISORDERS ON EVERYDAY LIFE FROM THE POINT THE VIEW OF PATIENT WITH TRAUMATIC DYSARTHRIA. CASE STUDY

Summary

Introduction. Patients with speech and language disorders have a lot of problems because of a lack of understanding from society and sometimes from the health service. Unlike aphasia, which is a disorder affecting the content of language, dysarthria is characterized by poor articulation of phonemes, uncoordinated movements of speech musculature. Cognitive functions are saved. Aim of the study. Patient's with traumatic dysarthria case study. The most important thing is the personal written account of problems of the return to everyday life.

Material and methods. A patient – initials A.O. was a logopaedic patient of Rehabilitation Institute of Academic Clinic Center in Gdańsk in 2002-2010. She has been suffering from speech and memory disorders with tripareisis spastica caused by serious car accident in 1998. The research method was an individual case study. S. J. Robertson's "Dysarthria Profile" was used. Results. A significant improvement according to "Dysarthria profile": respiration – a 48% improvement, phonation – 23.64% by analogy, facial musculature – 38.75%, diadochokinesis – 56%, articulation – 60%, intelligibility/rate/prosody – 37.1%, communicative competence – 48%, eating and swallowing – 56%. Conclusions. Speech therapy should be adapted to the individual needs of the patient. In this case the best results were achieved in articulation improving – the smallest in phonation. The patient's written account allows to understand the essence of dysarthria.

Adres: dr n. med. Maria Mielnik

Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Katedra Pielęgniarstwa GUMed

80-952 Gdańsk, ul. Dębinki 7

e-mail: marmi7@gumed.edu.pl