

Magdalena Rumieniecka*

Diagnoza i terapia logopedyczna pacjenta w umiarkowanej fazie otępienia alzheimerowskiego – studium przypadku

The Diagnosis And Speech Therapy Of A Patient With Middle
Stage Alzheimer's Dementia – Case Study

Słowa kluczowe: terapia logopedyczna, diagnoza, otępienie alzheimerowskie, zaburzenia mowy, studium przypadku

Keywords: speech therapy, diagnosis, Alzheimer's dementia, speech disorders, case study

Wprowadzenie

Mowa to złożona czynność, której uczymy się od urodzenia podczas nieustannej łączności z grupą społeczną, w której żyjemy. Nabycie odpowiedniego poziomu sprawności językowych jest konieczne, aby prawidłowo funkcjonować w społeczeństwie. W logopedii wielokrotnie podejmowany jest temat zaburzeń rozwoju mowy w wieku dziecięcym. Niemniej aktualna jest także problematyka regresu nabytych umiejętności językowych w wieku dojrzałym. Ma to związek między innymi z procesem starzenia się społeczeństw, który obejmuje także Polskę. Jedną z przyczyn prowadzących do znacznego obniżenia funkcjonowania językowego człowieka jest otępienie alzheimerowskie, które ujawnia się zwykle u osób w wieku senioralnym. Tematyką zaburzeń mowy u osób starszych zajmuje się gerontologopedia. Jest to stosunkowo młoda specjalność logopedii, w obrębie której prowadzone są jednak niezwykle istotne badania, mające na celu przybliżenie potrzeb starzejącego się społeczeństwa oraz podjęcie prób ich zaspokojenia [Maciejewska, 2015, s. 1109].

Prezentowany artykuł poświęcony jest diagnozie i terapii logopedycznej pacjenta z chorobą Alzheimera. Treść publikacji przybliży wybrane zagadnienia teoretyczne

* Środowiskowy Dom Samopomocy dla Osób z Chorobą Alzheimera, ul. Przybyszewskiego 111, 93-110 Łódź, e-mail: magda376@poczta.onet.eu.

związane z otępieniem alzheimerowskim, a także zawiera opis zastosowanej przez autorkę metodologii badań oraz działań diagnostyczno-terapeutycznych podjętych wobec chorego.

Zagadnienia teoretyczne

Otępienie związane jest z procesem neurodegeneracji, czyli „[...] zespołem zmian biochemicznych i strukturalnych w mózgu [...] doprowadzających do dezintegracji struktur mózgowych” [Panasiuk, 2015, s. 956–957]. Wyróżnia się kilka form otępienia, jednak choroba Alzheimera stanowi jego najczęstszą przyczynę i obejmuje przynajmniej połowę przypadków [Styczyńska, 2012, s. 18]. Wspomnianą jednostkę zalicza się do chorób pierwotnie zwyrodnieniowych, a powstałe zaburzenie wyjaśnia się „[...] odkładaniem się w mózgu dwóch patologicznie konformowanych białek: β -amyloidu – zewnątrzkomórkowo i białka tau – wewnątrzneuronalnie [...]” [Barcikowska, 2017, s. 238].

Choroba rozwija się w trzech stadiach. W pierwszej fazie symptomy zaburzeń mogą być bardzo subtelne i niezauważone przez otoczenie. Jako pierwsze występują zwykle zaburzenia pamięci roboczej. Pamięć długotrwała zachowana jest lepiej niż krótkotrwała. Można zaobserwować również bierność oraz spowolnienie ruchowe. Pierwsze sygnały zaburzeń mowy mogą swoim charakterem przypominać afazję sensoryczną [Grochmal-Bach, 2007, s. 39–41]. Nie jest to jednak oczywiste, gdyż istnieją różne stanowiska w tej kwestii. Zestawienie deficytów mowy w otępieniu alzheimerowskim z afazją może budzić wątpliwości [Domagała, 2007, s. 32–37]. W celu dokładniejszego zobrazowania zaburzeń językowych w chorobie Alzheimera wyodrębniono termin *afazja alzheimerowska*. Obejmuje on najbardziej reprezentatywne objawy zaburzeń mowy obserwowane w otępieniu alzheimerowskim [Domagała, 2015b, s. 86]. Możliwe jest wystąpienie zaburzeń orientacji przestrzennej i czasowej oraz nieprawidłowych reakcji emocjonalnych. Drugie stadium choroby dotyczy otępienia rozwiniętego. Na tym etapie obserwuje się takie zaburzenia, jak: amnezja, afazja, agnozja, apraksja. Nasilają się deficyty emocjonalno-poznawcze, pojawiają się także zaburzenia pamięci długotrwałej. Mogą wystąpić omamy i urojenia (np. poczucie bycia okradanym). Chory nie potrafi już funkcjonować samodzielnie, nie radzi sobie z dokonywaniem wyborów i z czynnościami samoobsługowymi. Ostatnia faza choroby charakteryzuje się dalszym pogłębianiem zaistniałych wcześniej zaburzeń. Pacjent może nie rozpoznawać osób najbliższych, może mieć miejsce gwałtowna chwiejność emocjonalna. Chory nie rozumie kierowanych do niego komunikatów, często powtarza pozbawione logiki słowa, zwykle używa tylko kilku dobrze utrwalonych wyrazów. Nie radzi sobie z czynnościami fizjologicznymi. Funkcjonowanie poznawcze chorego ocenia się na tym etapie jako zbliżone do poziomu funkcjonowania trzyletniego dziecka [Grochmal-Bach, 2007, s. 39–41].

Jednoznaczne przyczyny powstawania otępienia alzheimerowskiego pozostają niewyjaśnione. Wyróżnić można jednak pewną pulę czynników ryzyka, które mogą mieć wpływ na wystąpienie tej choroby. Najpewniejszym ze wspomnianych czynników jest wiek (choroba ujawnia się zwykle u osób w wieku senioralnym). Niektóre przesłanki wskazują na znaczenie wykształcenia, które pomaga w utworzeniu tak zwanej rezerwy poznawczej, zabezpieczającej mózg przed procesami neurodegeneracyjnymi. Niektóre badania wskazują, że otępienie alzheimerowskie częściej dotyka kobiet – rozważa się więc wpływ płci na częstość występowania choroby. Kolejnym czynnikiem ryzyka są przebyte urazy głowy oraz choroby naczyniowe, które mogą przyspieszyć ujawnienie się objawów. Naukowcy biorą pod uwagę także czynniki genetyczne, wśród których zaznacza się między innymi wpływ posiadania jednej z form genu apolipoproteiny E (APOE) na wystąpienie choroby [Sobów i wsp., 2004, s. 178–179; Styczyńska, 2012, s. 18].

Metodologia badań własnych

Celem badań zaprezentowanych w artykule było przeprowadzenie wnikliwej i szczegółowej diagnozy logopedycznej 86-letniego pacjenta z otępieniem alzheimerowskim, a następnie zaprogramowanie i wdrożenie odpowiedniego postępowania terapeutycznego wobec chorego. Z uwagi na charakter prowadzonych badań zastosowano metodę studium przypadku. Jest to metoda jakościowa, dotycząca „[...] jednostkowych biografii ludzkich z nastawieniem na opracowanie diagnozy przypadku lub zjawiska w celu podjęcia działań terapeutycznych” [Pilch, 1995, s. 48]. W trakcie tego typu badań wykorzystuje się zwykle różnorodne techniki badawcze. Mogą to być na przykład: rozmowa, wywiad, analiza dostępnej dokumentacji, obserwacja [Łobocki, 2001, s. 248]. Ponadto niezbędne są również określone narzędzia badawcze – można je skonstruować samodzielnie na potrzeby badań bądź skorzystać z gotowych, dostępnych na rynku. Zalicza się tutaj między innymi kwestionariusze wywiadu czy arkusze ankiet [Banaszkiewicz, 2015, s. 375].

W toku prezentowanych działań diagnostyczno-terapeutycznych wdrożono następujące techniki badawcze: wywiad z opiekunem chorego i pracownikami ośrodka, obserwację, analizę dostępnej dokumentacji oraz szczegółowe badanie logopedyczne. Do realizacji badań wykorzystano samodzielnie skonstruowane narzędzia badawcze – kwestionariusz wywiadu z opiekunem chorego¹, kartę badania mowy, dyspozycje

1 Kwestionariusz wywiadu podzielono na następujące części: pytania wstępne, rozpoznanie i ogólny przebieg choroby, obszar językowy, obszar pozajęzykowy, czynności codzienne, pytania końcowe. Celem rozmowy było uzyskanie informacji między innymi na temat ogólnego stanu zdrowia pacjenta, sprawowania opieki nad chorym, pierwszych symptomów choroby, zachowań językowych mężczyzny, dodatkowych zaburzeń (np. w postaci reakcji lękowych czy zaburzeń snu), radzenia sobie z czynnościami samoobsługowymi.

do obserwacji², dyspozycje do analizy dokumentów³ oraz dyspozycje do swobodnego wywiadu z pracownikami ośrodka⁴. Karta badania mowy została podzielona na następujące części: rozmowa wstępna – orientacja autopsychiczna i allopsychiczna oraz ocena mowy spontanicznej i dialogowej, ocena rozumienia, ocena nazywania, fluencja słowna i kategoryzacja, ocena powtarzania, opis i opowiadanie, ocena czytania, pisanie, ciągi zautomatyzowane, budowa i sprawność narządów artykulacyjnych, informacje dodatkowe. Przy kolejnych etapach badania wyszczególnionych w narzędziu zawarto konkretne próby pozwalające na ocenę danej sprawności⁵. W informacjach dodatkowych zawarte zostały takie punkty, jak: prozodia, jakość głosu, tempo mówienia, tor oddechowcy.

Ogólna charakterystyka pacjenta

Pan Józef jest podopiecznym Środowiskowego Domu Samopomocy dla Osób z Chorobą Alzheimera w Łodzi od sierpnia 2016 roku. Pacjent posiada wyższe wykształcenie techniczne, pracował na kierowniczym stanowisku. Choroba Alzheimera została u niego zdiagnozowana dwa lata temu podczas badań w trakcie hospitalizacji⁶. Pierwsze symptomy otępienia pojawiły się jednak dużo wcześniej (po upadku i uderzeniu się chorego w głowę w czasie rehabilitacji na basenie). Żona pana Józefa zaczęła dostrzegać wówczas u męża problemy z pamięcią, jednak nie wiązała zaistniałych deficytów z chorobą otępienną. Aktualnie pacjent znajduje się pod opieką następujących specjalistów: psychiatry, kardiologa, diabetologa (żona zaznacza niewielkie

2 W narzędziu zawarto aspekty, które badający chciał poddać ocenie podczas codziennej obserwacji chorego, między innymi radzenie sobie podczas posiłków i czynności samoobsługowych, orientację autopsychiczną i allopsychiczną pacjenta, sposób komunikacji z pozostałymi podopiecznymi ośrodka, zachowania emocjonalne chorego, zaangażowanie podczas różnych zajęć w ośrodku.

3 W narzędziu wyszczególniono rodzaje dokumentów dotyczących chorego, pożądaných do analizy w procesie diagnostycznym, a także konkretne informacje, które badający chciał uzyskać podczas ich analizy.

4 W skonstruowanym narzędziu uwzględniono tematy, które badający chciał poruszyć podczas swobodnego wywiadu z pracownikami ośrodka, do którego uczęszcza pacjent, dotyczące między innymi przyjmowania leków, aktywności podczas muzykoterapii, zajęć ruchowych, ćwiczeń z psychologiem.

5 W badaniu logopedycznym zastosowano zarówno próby własne, jak i próby zawarte w gotowych testach: Bostońskim Teście Nazywania, Bostońskim Teście do Badania Afazji, MMSE. Skorzystano również z opracowania *Zestaw zadań klinicznych do badania mowy u pacjentów po udarach mózgu* autorstwa Tatiany Lewickiej (2010). Wybrane próby pochodzące z wyżej wymienionych narzędzi uznano za przydatne i wystarczające do przeprowadzenia badania mowy pacjenta z otępieniem alzheimerowskim.

6 Pacjent trafił do szpitala po zasłabnięciu w aptece. Hospitalizacja wynikała z problemów kardiologicznych (mężczyzna leczy się na nadciśnienie, w 2000 roku przeszedł zawał serca). Szereg przeprowadzonych wówczas badań potwierdził występowanie choroby otępiennej.

problemy z poziomem cukru u chorego), internisty, urologa⁷. Nie obserwuje się u niego deficytów w zakresie funkcji wzroku oraz słuchu.

W trakcie wywiadu kobieta wielokrotnie podkreślała występowanie ukierunkowanych na nią epizodów zachowań agresywnych u męża. Podczas pobytu w ośrodku chory nie przejawia tego typu reakcji, zwykle jest uśmiechnięty i uprzejmy wobec personelu. Pracownicy ośrodka potwierdzają czynny udział pana Józefa w oferowanych formach aktywności: terapii zajęciowej (pacjent najbardziej lubi układać puzzle, radzi sobie nawet z wieloelementowymi układankami), grupowych oraz indywidualnych ćwiczeniach z fizjoterapeutą (m.in. jeżdżenie na stacjonarnym rowerku), muzykoterapii, zajęciach z psychologiem oraz logopedą. Pacjent samodzielnie spożywa posiłki i nie potrzebuje pomocy podczas czynności fizjologicznych.

W momencie przyjęcia do ośrodka u pana Józefa zdiagnozowano lekki stopień otępienia. Chory został zbadany za pomocą Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego (MMSE) i uzyskał 20 punktów na 30 możliwych. Pół roku później mężczyzna osiągnął w teście MMSE wynik 18 punktów, co świadczy już o umiarkowanym stopniu nasilenia otępienia.

W opinii psychologicznej zaznaczono, że pacjent przejawia niewielkie zaburzenia w zakresie selektywności i przerzutności uwagi, nie wykazuje zaburzeń koncentracji. W sferze pamięci obserwuje się dobrze zachowaną pamięć semantyczną oraz umiarkowanie zaburzoną pamięć operacyjną, autobiograficzną i krótkotrwałą. Stwierdza się brak deficytów w obrębie gnozyj przedmiotowej, brak cech agnozji zegarowej. Ponadto zauważa się niewielkie zaburzenia praktyki ideomotorycznej (ruchowej), umiarkowane zaburzenia praktyki konstrukcyjnej⁸, a także umiarkowane trudności w zakresie abstrahowania, klasyfikowania i uogólniania. Neuropsycholog zaleca terapię obejmującą głównie ćwiczenia stymulujące funkcje uwagi, pamięć semantyczną oraz ćwiczenia językowe. Zwraca również uwagę na treningi orientacji w rzeczywistości oraz terapię reminiscencyjną.

Wyniki diagnozy logopedycznej

Pierwszy kontakt z pacjentem pozwala przypuszczać, że mężczyzna pozostaje w logicznym kontakcie. Chory chętnie nawiązał rozmowę, podczas badania był w dobrym nastroju. Z jego wypowiedzi można wywnioskować, że zachował zadowalający poziom orientacji autopsychicznej⁹, większe deficyty obserwuje się w zakresie orientacji allopsychicznej. Pacjent miał trudność między innymi z przywołaniem aktualnej

7 Badany 8 lat temu zachorował na raka prostaty – przeszedł naświetlanie i operację. Aktualnie nie obserwuje się zmian nowotworowych.

8 Chory miał trudność między innymi z przekopiowaniem rysunku sześcianu.

9 Chory poprawnie udzielił podstawowych informacji na swój temat – podał imię i nazwisko, zawód, rok urodzenia, adres zamieszkania.

daty, nie był pewny, w jaki sposób dotarł do ośrodka, kilkakrotnie w trakcie rozmowy mylił imiona bliskich.

Spontaniczne wypowiedzi pana Józefa nie są pozbawione sensu, jednak zdarza mu się mylić wątki (na przykład opowiadać o synu, gdy zapytany jest o wnuka bądź odwrotnie). Mężczyzna zwykle udziela krótkich odpowiedzi na zadawane pytania, nie ma tendencji do rozbudowywania wypowiedzi oraz nie wykazuje własnej inicjatywy w zakresie podejmowanego tematu rozmowy. Często używa stwierżeń typu „gdzie ten, tego to, co świadczy o poszukiwaniu brakujących słów oraz wyjaśnia wynikające z tego pauzy i dłuższe chwile zastanowienia w trakcie wypowiedzi.

Pan Józef wykonał bezbłędnie wszystkie polecenia proste oraz złożone¹⁰, nie zaobserwowano więc deficytów w zakresie rozumienia instrukcji słownych. Chory nie przejawia również istotnych zaburzeń w zakresie rozumienia zdań oraz oceny ich poprawności logicznej. W badaniu zastosowano 10 prób, spośród których badany poradził sobie z oceną 9 zdań i samodzielnie dokonał ich poprawy. Pacjent miał trudność tylko z oceną zdania „Noga ma 4 krzesła” – zakwalifikował to zdanie jako poprawne.

Ostatni etap badania rozumienia polegał na interpretacji przez pacjenta usłyszanych związków frazeologicznych i przysłów. Odpowiedzi pacjenta zaprezentowano w tabeli 1.

Wypowiedzi pacjenta przedstawione w tabeli wskazują, iż z reguły prawidłowo interpretował usłyszane związki frazeologiczne i przysłowia. Nie potrafił wyjaśnić znaczenia pierwszego z nich, jednak był świadomy jego przenośnego charakteru. Dyskusyjne jest ponadto rozumienie przez mężczyznę jeszcze dwóch związków frazeologicznych¹¹. Wyjaśnienie podane przez pacjenta nie było konkretne i jednoznaczne, przez co rozumienie wspomnianych przysłów należy zakwestionować. Nie można jednak przyjąć, że mężczyzna z pewnością ich nie rozumie. Trzeba więc uznać, że badany niewątpliwie nie potrafił zinterpretować jednego związku frazeologicznego. Deficyty w zakresie funkcji rozumienia mowy ocenia się więc na nieznaczne¹².

Funkcja nazywania¹³ jest u pacjenta zachowana w dostatecznym stopniu. Pan Józef nie przejawia istotnych trudności w zakresie nazywania poszczególnych

10 Najtrudniejsze dla pacjenta polecenie brzmiało: „Proszę lewą ręką złapać się za prawe ucho, a prawą ręką pokazać sufit i podłogę”.

11 Wątpliwość dotyczy związków frazeologicznych znajdujących się na ósmej oraz dziewiątej pozycji w tabeli.

12 W próbach dotyczących oceny rozumienia dokonano oceny ilościowej (wykonanie instrukcji słownych 12/12, ocena poprawności usłyszanych zdań 9/10) oraz jakościowej (wyjaśnianie znaczenia związków frazeologicznych) wypowiedzi pacjenta. Popelnione przez pacjenta błędy były sporadyczne, poradził sobie z wykonaniem większości zadań, toteż uznano, że zachował on względnie prawidłowe rozumienie mowy.

13 Do przeprowadzenia badania umiejętności nazywania rzeczowników wykorzystano materiał pochodzący z Bostońskiego Testu Nazywania, czasowników – obrazki pochodzące z publikacji *Diagnoza*

części mowy. Obserwowane zaburzenia dotyczą z reguły słów o niższej frekwencji, sporadycznie określeń często używanych. Badany posiada dość bogaty zasób słownictwa, jednak czasami ma trudności z aktualizacją słów. W wyniku tego obserwuje się takie zjawiska, jak: pauzy, poszukiwanie brakujących słów, neologizmy, parafazje semantyczne, wskazywanie na przeznaczenie przedmiotu.

Tabela 1. Wynik jakościowy badania rozumienia związków frazeologicznych i przysłów

Lp.	Związek frazeologiczny	Interpretacja pacjenta
1.	Pięta Achillesa	„To jakieś dotyczy nogi, ale jakie dodatkowe znaczenie to ma, to nie wiem, w każdym bądź razie to jest przenośnia tego określenia.”
2.	Szyfowa praca	„To taka praca bez efektów.”
3.	Nabrać wody w usta	„To znaczy nie odpowiadać na pytania, jak nie chce coś niepotrzebnego powiedzieć.”
4.	Mieć węża w kieszeni	„To znaczy mało wydawać pieniędzy albo nie wydawać pieniędzy.”
5.	żyć jak pies z kotem	„Kłócić się”
6.	Dążyć po trupach do celu	„Dążyć do celu bez zastanowienia.” Pacjent zapytany o przykład odpowiedział: „Że nie zwraca uwagi na to, co się może wydarzyć.”
7.	Drzeć z kimś koty	„Kłócić się”
8.	Nie wszystko złoto, co się świeci	„Nie wszystko dobre, co ktoś mówi.”
9.	Kto pod kim dołki kopie, ten sam w nie wpada	„Że nie należy być zbyt pewnym siebie i ubliżać komuś.” Pacjent zapytany czym to grozi, odpowiedział: „Że ktoś może nam się odwzajemnić.”
10.	Lepszy wróbel w garści niż gołąb na dachu	„Lepiej brać to, co dają, niż czekać na dobry spadek.”

Źródło: opracowanie własne.

Pacjent nazwał prawidłowo 15 spośród 20 obrazków odnoszących się do rzeczowników (zaistniałe trudności zaprezentowano w tabeli 2), poradził sobie z bezbłędnym nazwaniem wszystkich przedstawionych na obrazkach czynności, a także wyrażen przyimkowych, przysłówków oraz liczebników zastosowanych w badaniu. Podczas nazywania przymiotników (dobranych w opozycyjne pary) pan Józef początkowo nie dostrzegł różnicy między obrazkami odnoszącymi się do określeń *młody* oraz *stary*. Udzielił wówczas odpowiedzi łysy i nie łysy, jednak kilkakrotnie dopytywany użył właściwych przymiotników.

i terapia zaburzeń afatycznych J. Cieszyńskiej [2009], natomiast pozostałych części mowy – obrazki pochodzące z pracy pt. *Myszę, mówię, opowiadam. Materiały do ćwiczeń dla osób z afazją oraz do ogólnej terapii i profilaktyki logopedycznej* K. Szłapy, I. Tomasiak [2013].

Tabela 2. Analiza jakościowa prób nazywania rzeczowników sprawiających choremu trudność

Nazwa rzeczownika	Odpowiedź pacjenta	Interpretacja badającego
<i>helikopter</i>	<i>samolot</i>	parafazja semantyczna
<i>gwizdek</i>	<i>gwizdka</i>	neologizm
<i>wielbłąd</i>	<i>wielbłąd</i>	początkowo brak odpowiedzi, poprawna nazwa została podana przez pacjenta po podpowiedzi w postaci pierwszej sylaby wyrazu
<i>ośmiornica</i>	brak odpowiedzi	brak odpowiedzi nawet po usłyszeniu podpowiedzi
<i>precel</i>	<i>kielbasa, rogalik</i>	parafazje: początkowo wyraz niezwiązany z desygnatem, po udzieleniu podpowiedzi w postaci podania kategorii „ciastko” parafazja semantyczna

Źródło: opracowanie własne.

Podczas realizacji części badania oceniającej sprawność w zakresie fluencji słownej pacjent był zniecierpliwiony. Mężczyzna miał duże trudności z wykonaniem postawionych zadań, uwidoczniły się istotne deficyty w obrębie badanej umiejętności. Do oceny wykorzystano następujące kategorie: „ubrania”, „produkty spożywcze”, „zwierzęta” oraz „słowa rozpoczynające się głoską [k]”. Pan Józef wymienił w czasie jednej minuty 4 wyrazy z pierwszej kategorii, 6 wyrazów z drugiej kategorii, 5 wyrazów z trzeciej kategorii oraz 6 wyrazów rozpoczynających się głoską [k]. Osiągnięte wyniki świadczą o istotnie obniżonej fluencji słownej u chorego¹⁴. Ponadto pacjent nie zawsze wymieniał poprawne słowa z danej kategorii. Chory podał na przykład wyrazy *obiad* oraz *kolacja* w odniesieniu do kategorii „produkty spożywcze”, a wyraz *bydło* w odniesieniu do kategorii „zwierzęta”. W pierwszym przypadku nie można uznać podanych przykładów za poprawne, ponieważ nie stanowią one nazw produktów spożywczych, lecz posiłków. Natomiast w drugim przypadku podany wyraz jest zbyt ogólny i nie określa konkretnego zwierzęcia.

Umiejętność kategoryzacji zbadano za pomocą próby, w której pacjent miał podawać nazwy poszczególnych kategorii na podstawie kilku ich elementów. Mężczyzna bezbłędnie nazwał 7 spośród 10 kategorii („cukierki”, „alkohole”, „imiona”, „tańce”, „zwierzęta”, „materiały”, „ciasta”). Kategorię „meble” pan Józef początkowo nazwał szerszym określeniem *wyposażenie domu*, jednak po usłyszeniu podpowiedzi w postaci pierwszej sylaby wyrazu podał właściwą nazwę. Nie poradził sobie z kategorią „nazwiska” (udzielił odpowiedzi *ludzie*, a następnie *sąsiedzi*). Nie udzielił żadnej odpowiedzi w odniesieniu do kategorii „przyprawy”. Otrzymany wynik badania sugeruje jednak, że chory zachował umiejętność kategoryzacji na zadowalającym poziomie¹⁵.

14 W ocenie próby uwzględniono: liczbę wypowiedzianych przez pacjenta słów w czasie minuty, czas, który upłynął od momentu rozpoczęcia badania do podania przez chorego pierwszego słowa, pauzy, trafność wypowiedzianych przez mężczyznę słów.

15 W ocenie próby uwzględniono liczbę prawidłowych odpowiedzi udzielonych przez pacjenta. Zadanie zostało poprawnie wykonane przez chorego w 70–80%, trudności wystąpiły sporadycznie, toteż zdolność kategoryzacji uznaje się u mężczyzny za zachowaną.

Podczas badania logopedycznego nie stwierdzono zaburzeń w zakresie powtarzania¹⁶. Pacjent bezbłędnie powtórzył wszystkie usłyszane głoski, wyrazy, związki wyrazowe oraz większość zdań. Niewielki problem pojawił się tylko przy próbie powtórzenia najtrudniejszego i najdłuższego treściowo zdania – brzmiało ono: „Przedsiębiorstwo zbankrutowało z powodu defraudacji”. Pacjent nieznacznie przekreślił wówczas ostatni wyraz (*deufraudacji*). Błąd dotyczył słowa trudnego pod względem artykulacyjnym oraz o niskiej frekwencyjności, toteż nie stwierdza się u mężczyzny istotnych zaburzeń w tym zakresie.

Umiejętność czytania jest u pana Józefa dobrze zachowana. Badany bezbłędnie rozpoznał i odczytał wszystkie przedstawione litery, krótsze i dłuższe wyrazy oraz zdania. Poprawnie dokończył również czytane zdania, co świadczy o tym, że rozumie czytany tekst¹⁷.

W trakcie badania logopedycznego nie odnotowano żadnych deficytów w zakresie zdolności pisania. Mężczyzna nie przejawia zaburzeń w obrębie przepisywania tekstu, zapisywania tekstu „pod dyktando” oraz zapisywania tekstu „od siebie”¹⁸. Kształt liter został zachowany, pismo badanego pozostaje czytelne.

Umiejętności narracyjne zbadano na podstawie opisu obrazka¹⁹ oraz ułożenia i opowiedzenia dwóch historyjek obrazkowych²⁰. Ocenie podlegały tutaj: zdolność budowania dłuższych wypowiedzi, umiejętność myślenia przyczynowo-skutkowego oraz przewidywania następstwa zdarzeń.

Podczas konstruowania historii przedstawionej na obrazku nie zaobserwowano istotnych trudności. Mężczyzna dostrzegł na obrazku wszystkie jego zasadnicze elementy i wymienił je. Zwrócił również uwagę na mniej ważne szczegóły. W przedstawionej na obrazku sytuacji dostrzegł związki przyczynowo-skutkowe. Wypowiedź pacjenta była logiczna, wyczerpująca i dość uporządkowana. Kilkakrotnie pojawiły się dłuższe chwile zastanowienia wynikające z poszukiwania brakujących słów.

Większe deficyty uwidoczniły się u chorego podczas prób samodzielnego ułożenia historyjek z rozsypanek obrazkowych. Zarówno w pierwszej, jak i w drugiej historyjce pacjent nieprawidłowo ułożył ciąg obrazków i nie dokonał autopoprawek w późniejszym czasie. Podczas opowiadania kolejnych wydarzeń przedstawionych

16 Do zbadania umiejętności powtarzania wykorzystano próby zawarte w teście MMSE oraz opracowaniu Tatiany Lewickiej *Zestaw zadań klinicznych do badania mowy u pacjentów po udarach mózgu* [2010].

17 Do zbadania umiejętności czytania wykorzystano próby z Bostońskiego Testu do Badania Afazji oraz MMSE.

18 Mężczyzna wymyślił i zapisał następujące zdanie „od siebie”: „Jutro pójde na wycieczkę”.

19 Wykorzystano obrazek pochodzący z Bostońskiego Testu do Badania Afazji przedstawiający scenkę z życia codziennego (kuchnia, mama myjąca naczynia, dzieci sięgające po ciastka).

20 Do badania wykorzystano dwie historyjki pochodzące z materiału *Myszę, mówię, opowiadam. Materiały do ćwiczeń dla osób z afazją oraz do ogólnej terapii i profilaktyki logopedycznej* K. Szłapy, I. Tomasiak [2013] – pierwsza historyjka (ośmioelementowa) dotyczy procesu prania brudnej koszuli, druga (czteroelementowa) – rodzinnego wyjazdu na wycieczkę za miasto.

na ilustracjach pacjent używał tylko pojedynczych wyrazów przy każdym z obrazków, nie opisywał następujących po sobie związków przyczynowo-skutkowych. Nieprawidłowo zinterpretował jedną z sytuacji – przy obrazku z rodziną pakującą bagaże jego wypowiedź brzmiała: „Jedzenie robią czy coś”. W zakresie budowania dłuższych wypowiedzi zaznaczają się więc u pana Józefa istotne deficyty, choć jest to mniej dostrzegalne podczas opisywania pojedynczego obrazka.

Mowa automatyczna została u pacjenta zachowana. Badany bezbłędnie wymienił większość ciągów zautomatyzowanych (dni tygodnia, miesiące, liczby od 1 do 10). Początkowo miał trudność z przypomnieniem sobie pór roku, jednak po usłyszeniu podpowiedzi w postaci nazwy jednej z nich pozostałe wymienił samodzielnie.

Badanie logopedyczne uwzględniało również ocenę budowy oraz sprawności narządów artykulacyjnych. Pacjent nie wyraził jednak zgody na wykonanie prób przewidzianych w karcie badania mowy, toteż zrezygnowano z tej części badania. Oceny dokonano na podstawie własnych obserwacji, które wykazały, iż pacjent nie przejawia zaburzeń w zakresie budowy narządów artykulacyjnych oraz ich funkcji (posiada jedynie częściową protezę zębową). Ponadto nie obserwuje się żadnych zaburzeń w zakresie prozodii wypowiedzi, tempa mówienia czy jakości głosu. Tor oddechowy jest prawidłowy. Chory nie przejawia trudności w połykaniu, gryzieniu oraz żuciu pokarmów.

Podsumowanie badania logopedycznego i programowanie terapii

Wynik przeprowadzonego u pacjenta badania logopedycznego wskazuje na typowe objawy zaburzeń mowy w przebiegu otępienia alzheimerowskiego. Deficyty językowe koncentrują się głównie w obrębie funkcji nazywania (przy uwzględnieniu słów trudniejszych), fluencji słownej oraz budowania dłuższych wypowiedzi. Nieznaczne trudności uwidaczniają się przy interpretacji związków frazeologicznych i przysłów oraz wymienianiu ciągów zautomatyzowanych. Podczas kontaktu z pacjentem obserwuje się następujące symptomy zaburzeń mowy: poszukiwanie słów, pauzy, wskazywanie na przeznaczenie przedmiotu, parafazje semantyczne. Ostatecznie jednak mężczyzna zachował zadowalający poziom umiejętności językowych, co pozwala na nawiązanie z nim logicznego kontaktu oraz przeprowadzenie zróżnicowanych ćwiczeń językowych o większym stopniu trudności.

Choroby neurodegeneracyjne charakteryzują się progresywnością, nieodwracalnością oraz złożonością zaburzeń, toteż podjęcie efektywnych działań terapeutycznych w tym przypadku jest dla specjalisty niełatwym zadaniem [Domagała, 2008, s. 297]. Działania te są jednak niezwykle istotne i mogą przynieść choremu (a także jego bliskim) wiele korzyści, poprawiając komfort jego życia i współżycia społecznego. Zasadniczym celem terapii logopedycznej pacjenta z otępieniem alzheimerowskim jest możliwie jak najdłuższe podtrzymanie aktualnego poziomu

funkcjonowania językowego chorego (czyli spowolnienie procesów neurodegeneracyjnych). Ponadto dąży się do aktywizowania pacjenta do podejmowania i utrzymywania kontaktów interpersonalnych z wykorzystaniem aktywności językowej oraz uchronienia pacjenta przed izolacją społeczną [Domagała, 2015a, s. 1007].

Założenia oraz kierunki planowanej terapii logopedycznej

Z uwagi na charakter i specyfikę otępienia alzheimerowskiego terapia logopedyczna powinna uwzględniać wszystkie funkcje językowe. Nie można bowiem pominąć tych obszarów, w obrębie których pacjent funkcjonuje względnie dobrze i nie wykazuje istotnych deficytów, gdyż choroba Alzheimera ma charakter progresywny i brak stymulacji wspomnianych funkcji doprowadzić może do szybszego tempa ich zanikania.

Oczywiste jest, że w pierwszej kolejności należy w terapii uwzględnić te obszary funkcjonowania językowego, w zakresie których pacjent przejawia widoczne trudności. Planując terapię pana Józefa według tej zasady, skoncentrowano się przede wszystkim na ćwiczeniach w zakresie: nazywania obrazków (z zastosowaniem różnych części mowy oraz słów o wysokiej i niskiej frekwencyjności), fluencji słownej, budowania dłuższych wypowiedzi spontanicznych oraz narracyjnych (obejmujących dostrzeganie następstwa zdarzeń oraz ciągów przyczynowo-skutkowych). Ponadto oddziaływania terapeutyczne wobec chorego skupiały się również (w mniejszym stopniu) na stymulacji tych funkcji językowych, w obrębie których pacjent radzi sobie lepiej, czyli: rozumienia (z uwzględnieniem rozumienia poleceń oraz związków frazeologicznych), kategoryzacji, powtarzania (ćwiczenie pamięci słuchowej), czytania, pisania, mowy automatycznej. W planowanej terapii ważnym czynnikiem było również zaspokajanie potrzeb emocjonalnych pacjenta, między innymi przez rozmowy na tematy bliskie choremu. Miało to na celu stworzenie sprzyjającej atmosfery do ćwiczeń, poprawę nastroju pacjenta, aktywizowanie go do podejmowania kontaktów werbalnych oraz zapobieganie jego izolacji społecznej.

Założono, że do celów badawczych analizie poddane zostaną trzy miesiące terapii logopedycznej. Spotkania z logopedą zaplanowano z częstotliwością przynajmniej jednego w tygodniu (w miarę możliwości odpowiednio częściej). Indywidualna terapia miała trwać średnio 45–60 minut – w zależności od samopoczucia i możliwości chorego. Za każdym razem ćwiczenia zasadnicze miały być poprzedzone częścią wstępną mającą na celu nawiązanie dobrego kontaktu z pacjentem, zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa, udzielenie pomocy w zakresie orientacji w rzeczywistości, zaspokojenie potrzeb emocjonalnych. Główna część terapii obejmować miała ćwiczenia w zakresie obszarów językowych, w których u pacjenta zaznaczały się największe trudności. Następnie uwzględniano kilka minut ćwiczeń niesprawiających choremu większych problemów. Każde spotkanie starano się rozpoczynać od ćwiczeń łatwych, które pozwoliłyby pacjentowi na poczucie sukcesu i zmobilizowały do dalszej pracy.

Terapia indywidualna wzbogacona została o terapię pośrednią z żoną pana Józefa. W celu realizacji tego typu terapii przeprowadzono z kobietą rozmowę mającą na celu przekazanie jej odpowiednich wytycznych dotyczących komunikacji z mężem, wyjaśnienie istoty zaistniałych problemów językowych oraz przedstawienie propozycji ćwiczeń, które pacjent mógłby wykonywać w domu. Zamierzeniem wspomnianych działań było wypracowanie odpowiedniej postawy kobiety w kontakcie z chorym, a także zapewnienie mężczyźnie możliwości jak najczęstszego podejmowania ćwiczeń logopedycznych. Zaproponowano, aby kobieta mobilizowała męża do takich aktywności językowych, jak: głośne czytanie artykułów, przepisywanie tekstów, rozwiązywanie krzyżówek, nazywanie przedmiotów znajdujących się w zasięgu jego wzroku oraz aktualnie wykonywanych czynności, wymienianie wyrazów należących do określonych kategorii, nazywanie kategorii na podstawie kilku wymienionych elementów, kończenie przysłów wypowiedzianych przez opiekuna, podejmowanie prób budowania dłuższych wypowiedzi w sytuacjach aranżowanych przez opiekuna (np. rozmowy dotyczące zainteresowań mężczyzny).

Analiza przebiegu oraz ocena efektów terapii logopedycznej

W trakcie trzech miesięcy przeprowadzono czternaście indywidualnych sesji terapeutycznych z panem Józefem. Dwa razy wystąpiły dwutygodniowe przerwy w terapii, jednak kilkakrotnie udało się zrealizować dodatkowe spotkania. Ćwiczenia logopedyczne trwały średnio około 45 minut. Mężczyzna miał raczej neutralny stosunek do terapii. Trzykrotnie zdarzyło się, że pacjent miał znacznie gorsze samopoczucie niż zwykle, co spowodowało skrócenie spotkań do 20 minut. Dwukrotnie chory był wyjątkowo zmobilizowany do ćwiczeń, które udało się wydłużyć do 65 minut. Większość spotkań odbywała się w sprzyjających okolicznościach (cichy gabinet), jednak kilka z nich przeprowadzono na stołówce, gdzie było głośniejsze i obecne były inne osoby (panu Józefowi zdecydowanie utrudniało to skupienie i niejednokrotnie wywoływało poirytowanie).

Żona pana Józefa starała się w trakcie trwania terapii dbać o warunki zewnętrzne zapewniające mężowi komfort komunikacji (m.in. ograniczała nadmierne bodźce dźwiękowe i wzrokowe), dawała mu dłuższy czas na udzielenie odpowiedzi, starała się mówić do niego dość głośno i spokojnie, a także budować krótkie komunikaty. Według relacji kobiety mężczyzna niejednokrotnie wywoływał jednak u niej poirytowanie i zniecierpliwienie, co prowadziło do nerwowych reakcji oraz sprzeczek.

Kobieta dążyła do tego, aby aranżować działania podtrzymujące u męża funkcje językowe. Przynajmniej dwa razy w tygodniu starała się skłonić pacjenta do głośnego przeczytania artykułu w gazecie (pan Józef nie zawsze podejmował to działanie, czasami wyrażał kategoryczny sprzeciw), na stoliku nocnym męża ułożyła plik gazet związanych z motoryzacją oraz różnego rodzaju książki (pan Józef dość często

po nie sięgał przed snem), kilka razy skłoniła męża do przepisania tekstu (zwykle były to podania urzędowe), wspólnie z chorym rozwiązywała krzyżówki (choć w tym przypadku pacjent był mało aktywny), prosiła o nazywanie przedmiotów w trakcie czynności codziennych (mężczyzna zwykle reagował na te prośby zdenerwowaniem), próbowała jak najczęściej powtarzać z mężem nazwy dni tygodnia oraz miesięcy. W ostatniej rozmowie kobieta stwierdziła, że wdrożenie sugerowanych zasad do komunikacji z mężem było trudne i nie zawsze dla niej osiągalne. Próby skłonięcia pacjenta do pożądanых form aktywności językowej często wywoływały u pana Józefa negatywny skutek i kończyły się nerwowymi reakcjami z jego strony. Wybiórczo udawało się realizować część ćwiczeń, choć było ich stosunkowo niewiele.

Pan Józef po przebytej trzymiesięcznej terapii logopedycznej prezentuje w wielu obszarach podobny do stanu sprzed terapii poziom funkcjonowania językowego. Przeprowadzone ponownie badanie logopedyczne wykazało, iż wyniki w zakresie prób oceniających mowę automatyczną, zdolność kategoryzacji, funkcję powtarzania, funkcję czytania oraz umiejętność tworzenia opisu i opowiadania nie różnią się od wyników uzyskanych początkowo. Nieznaczne pogorszenie wyników zauważalne jest u chorego w zakresie nazywania obrazków, fluencji słownej oraz funkcji pisania. Stan funkcjonowania językowego mężczyzny wydaje się więc dość stabilny. Progres zaburzeń jest powolny, choć trudno określić tempo pogłębiania się deficytów językowych u pacjenta w tak krótkim czasie trwania terapii.

Podsumowanie

Choroby otępienne stanowią ogromne wyzwanie dla logopedów. W związku z rosnącą liczbą osób z zaburzeniami językowymi spowodowanymi procesami neurodegeneracyjnymi, które mają charakter nieodwracalny, zapotrzebowanie na pomoc chorym w tym zakresie będzie coraz większe. Z uwagi na komfort życia dotyczący potrzeby efektywnego komunikowania się z innymi, terapia logopedyczna podejmowana wobec osób z chorobami otępiennymi stanowi niezwykle ważne oraz odpowiedzialne zadanie dla specjalistów.

Stan opisywanego pacjenta pozwala na kontynuowanie terapii logopedycznej. Poszczególne funkcje językowe zachowane są u mężczyzny na zadowalającym poziomie, toteż możliwe jest wykonywanie z pacjentem różnorodnych ćwiczeń logopedycznych (również o większym stopniu trudności). Zasadniczą część terapii powinna więc w dalszym ciągu opierać się przede wszystkim na ćwiczeniach obejmujących nazywanie obrazków, treningi fluencji słownej oraz zadania skłaniające pacjenta do budowania dłuższych wypowiedzi. Ze względu na lekkie pogorszenie wyników badania logopedycznego w zakresie nazywania obrazków oraz fluencji słownej zaleca się położenie na ten rodzaj ćwiczeń jeszcze większego nacisku. Ważne jest również zwielokrotnienie ćwiczeń w zakresie pisania, gdyż również w tym obszarze

obserwuje się u pana Józefa niewielki regres w porównaniu ze stanem sprzed terapii. Ponadto należy podtrzymywać u chorego wszystkie pozostałe funkcje językowe. Wskazane jest, aby zwiększyć liczbę indywidualnych sesji terapeutycznych do minimum dwóch spotkań tygodniowo. Ćwiczenia powinny być prowadzone w miarę możliwości w godzinach porannych, gdy pacjent jest wypoczęty. Należy dążyć do częstszego, regularnego kontaktu z żoną mężczyzny, w celu konsultowania bieżących problemów w trakcie trwania terapii pośredniej oraz zapewnienia kobiecie niezbędnego wsparcia w trudnej dla niej sytuacji opieki nad osobą z otępieniem alzheimerowskim. Trzeba podkreślić również konieczność współpracy logopedy z pozostałymi specjalistami, pod opieką których pozostaje chory. Tylko zgodne wzajemne współdziałanie specjalistów, którzy potraktują pacjenta w sposób holistyczny, może prowadzić do osiągnięcia zamierzonych efektów terapii.

Literatura

- Banaszkiewicz Agnieszka, 2015, *Studium przypadku (case study) jako metoda badań logopedycznych*, [w:] S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia, s. 364–380.
- Barcikowska Maria, 2017, *Otępienie u osób w wieku podeszłym*, [w:] K. Galus (red.), *Geriatrics. Wybrane zagadnienia*, Wrocław: Edra Urban & Partner, s. 235–249.
- Bostoński test do badania afazji*, wersja eksperymentalna, tłumaczenie i adaptacja J. Seniów, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Cieszyńska Jagoda, 2009, *Diagnoza i terapia zaburzeń afatycznych*, Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- Domagała Aneta, 2007, *Zachowania językowe w demencji – struktura wypowiedzi w chorobie Alzheimera*, Lublin: Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej.
- Domagała Aneta, 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku zaburzeń mowy w otępieniu alzheimerowskim*, „Logopedia”, t. 37, s. 297–310.
- Domagała Aneta, 2015a, *Standardy postępowania logopedycznego w przypadku otępienia alzheimerowskiego*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin: Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, s. 995–1017.
- Domagała Aneta, 2015b, *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim*, Lublin: Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej.
- Grochmal-Bach Bożena, 2007, *Cierpienie osób z otępieniem typu Alzheimera. Podejście terapeutyczne*, Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Lewicka Tatiana, 2010, *Zestaw zadań klinicznych do badania mowy u pacjentów po udarach mózgu*, Katowice: SP CSK ŚUM im. Prof. Kornela Gibińskiego.
- Łobocki Mieczysław, 2001, *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Maciejewska Alina, 2015, *Stabilizowanie normy interakcyjnej u osób w podeszłym wieku*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin: Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, s. 1109–1123.
- Panasiuk Jolanta, 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadkach chorób neurodegeneracyjnych*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin: Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, s. 955–989.

- Pilch Tadeusz, 1995, *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie ŻAK.
- Sobów Tomasz i wsp., 2004, *Choroba Alzheimera*, [w:] A. Szczudlik, P.P. Liberski, M. Barcikowska (red.), *Otępienie*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 177–210.
- Styczyńska Maria, 2012, *Choroba Alzheimera*, „Medycyna po Dyplomie”, nr 2(41), s. 18–23.
- Szłapa Katarzyna, Tomasiak Iwona, 2013, *Myszę, mówię, opowiadam. Materiały do ćwiczeń dla osób z afazją oraz do ogólnej terapii i profilaktyki logopedycznej*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
-

Streszczenie

Tematyka artykułu skupia się na zaburzeniach mowy w otępieniu alzheimerowskim. Stanowi studium przypadku 86-letniego mężczyzny – podopiecznego Środowiskowego Domu Samopomocy dla Osób z Chorobą Alzheimera w Łodzi. Treść publikacji poświęcona została zarówno zagadnieniom teoretycznym związanym z chorobą Alzheimera, jak i szczegółowej diagnozie oraz terapii logopedycznej badanego pacjenta. Opis wyników przeprowadzonych badań poprzedzony został omówieniem zastosowanej przez autorkę metodologii. Celem publikacji było przedstawienie jakościowej analizy zaburzeń mowy u wybranego pacjenta z otępieniem alzheimerowskim oraz zaprezentowanie sugerowanego przez autorkę postępowania terapeutycznego wobec chorego. Głębokość otępienia u badanego jest na poziomie umiarkowanym. Deficyty językowe uwidaczniają się przede wszystkim w zakresie nominacji, fluencji słownej oraz narracji. W pozostałych obszarach funkcjonowania językowego nie obserwuje się zaburzeń bądź są one niewielkie. Po odbytej terapii nie zauważa się u pacjenta istotnego pogłębienia deficytów językowych, progres zmian w zakresie mowy jest niewielki. Zaleca się kontynuowanie terapii logopedycznej według określonych reguł zawartych w proponowanym programie terapeutycznym.

Summary

The subject of the article focuses on speech disorders in Alzheimer's dementia. The article is a case study of an 86-year-old man – a charge of the Self-help Home for People with Alzheimer's Disease in Lodz, Poland. The content of the publication was devoted to theoretical issues related to Alzheimer's disease as well as detailed diagnosis and speech therapy of the examined patient. The description of the research results was preceded by a discussion of the research methodology used by the author. The aim of the publication was to present a qualitative analysis of speech disorders in a chosen patient with Alzheimer's dementia, and to present the therapeutic procedure suggested by the author. The stage of patient's dementia is at a moderate level. Language deficits can be observed primarily in terms of nomination, verbal fluency and narration. In other areas of linguistic functioning either no disorders can be identified or they are not significant. After the therapy, no significant worsening of language deficits can be observed, the progress of speech changes is slight. It is recommended to continue speech therapy according to specific rules indicated in the proposed therapeutic program.