

Analiza metod diagnozy i terapii w pracy logopedy z chorym na Alzheimera. Opis przypadku

An analysis of a diagnosis and therapy in a speech therapist's work with an Alzheimer's patient. A case study

Joanna Rosińczuk, Magdalena Kazimierska-Zajac

Zakład Chorób Układu Nerwowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Streszczenie

Wstęp. Choroba Alzheimera jest chorobą postępującą, neurodegeneracyjną, prowadzącą do otępienia. Ma zindywidualizowany i zróżnicowany przebieg, w którym nasilają się zaburzenia pamięci i innych procesów poznawczych. Program terapii logopedycznej łączy usprawnianie kompetencji językowych i funkcji poznawczych. Musi być spersonalizowany i opracowany w oparciu o uzyskaną diagnozę zaburzeń językowych. Celem działań terapeutycznych jest utrzymanie jak najdłużej posiadanych kompetencji językowych i umysłowych pacjenta. **Opis przypadku.** W pracy przedstawiono przypadek pacjenta, u którego stwierdzono umiarkowane stadium choroby Alzheimera, poddanego terapii logopedycznej. **Omówienie.** Po okresie 6 miesięcy nastąpiła poprawa na płaszczyźnie emocjonalnej. W zakresie funkcjonowania poznawczego nie stwierdzono poprawy, co jednak w przypadku choroby otępiennej, postępującej świadczy o pozytywnym wpływie terapii. **Wnioski.** Pacjenci z chorobą Alzheimera powinni korzystać z kompleksowej opieki i spersonalizowanej terapii neurologopedycznej. Kluczowe jest utrzymanie sprawności chorego, co warunkuje poprawę jakości życia pacjenta i jego opiekunów. (Gerontol Pol 2017; 25; 202-207)

Słowa kluczowe: choroba Alzheimera, terapia logopedyczna, diagnoza logopedyczna, zaburzenia komunikacji

Abstract

Introduction. Alzheimer's disease is a progressive neurodegenerative disease; which leads to dementia. It has an individualized and diverse course which aggravates memory problems and impedes cognitive processes. Our logopedic therapy programme combines improving language proficiency and cognitive functions. It must be personalized and developed on the basis of the diagnosis of language disorders. The aim of the treatment is to maintain, as long as possible, patient's linguistic and mental competencies. **A case report.** The paper presents the case of a patient diagnosed with a moderate stage of Alzheimer's disease, who has undergone logopedic therapy. **Discussion.** After a period of 6 months, there was an improvement in the emotional ground. There was no improvement in terms of cognitive functioning, which nevertheless constitutes some evidence there are positive therapy effects of the progressive dementia. **Conclusions.** Patients with Alzheimer's disease should benefit from a comprehensive care and personalized neurologopedic treatment. The key is to maintain in a patient's fitness, which determines the quality of life of patients and their caregivers. (Gerontol Pol 2017; 25; 202-207)

Keywords: Alzheimer's disease, logopedic therapy, logopedic diagnosis, communication disturbances

Wstęp

Choroba Alzheimera (AD, *Alzheimer's Disease*) jest schorzeniem neurodegeneracyjnym o postępującym przebiegu, które charakteryzuje się nieodwracalną degradacją psychiczną prowadzącą do otępienia. Cechuje ją zindywidualizowany i zróżnicowany przebieg, w którym nasilają się zaburzenia pamięci i innych procesów poznawczych [1].

AD może występować zarówno w postaci rodzinnej jak i sporadycznej. W postaci rodzinnej (5-10% wszystkich zachorowań) dochodzi do dziedziczenia zmutowanych genów prowadzących do zaburzeń przemiany białkowej w komórce. Z analiz wynika, że anomalie genetyczne warunkujące tę postać choroby dotyczą chromosomów 1, 14, 19 i 21 [2]. Znacznie większa grupa chorujących na AD, to przypadki postaci sporadycznej,

Adres do korespondencji: ✉ Joanna Rosińczuk; Zakład Chorób Układu Nerwowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu; ul. Bartla 5, 51-618 Wrocław ☎ (+48 71) 784 18 13 ; ✉ joanna.rosinczuk@umed.wroc.pl

gdzie genetyka nie jest czynnikiem kluczowym, a etiologia AD pozostaje stale nieznana [3].

AD rozwija się podstępnie i we wczesnej fazie bezobjawowo. Szacuje się, że okres jej utajonego trwania liczy od kilku do kilkunastu lat. To czas niemy pod względem klinicznym. Trudno bowiem ocenić co należy do typowego, fizjologicznego starzenia się, a co powinno niepokoić i być odczytane jako marker choroby. Objawy stają się dostrzegalne, gdy w mózgu są już rozległe uszkodzenia tkanki [4].

Zaburzenia mowy w chorobie Alzheimera rozwijają się na przestrzeni kilku lat i prowadzą do ostatecznego zniesienia możliwości komunikowania się – mutyzmu. AD tworzy specyficzny katalog zaburzeń językowych „afazjopodobnych”, które współwystępują z deficytami pamięci, intelektu i osobowości tworząc obraz globalnej demencji [5]. Tym, co jest wspólne dla otępienia alzheimerowskiego jak i afazji, to uprzednie istnienie systemu językowego i sprawności komunikacyjnych w okresie przed wystąpieniem choroby [6]. W przypadku afazji możemy jednak mówić, w przeciwieństwie do AD o rokowaniach pomyślnych, nastawionych na całkowite lub częściowe wycofanie się zaburzeń językowych [7].

AD prowadzi do całkowitej utraty zdolności porozumiewania się. Katalog zaburzeń językowych w AD jest obszerny i obejmuje: anomię/dysnomię, obniżony poziom gotowości słownej, zjawisko „mam to na końcu języka”, długie pauzy na początku zdań i na granicy między zdaniami, nadmierne używanie zaimków i wyrażen o znaczeniu ogólnym, tworzące wypowiedzi określane mianem „mowy pustej”, liczne perseweracje, stereotypie, wtrącenia, zmyślenia, parafazje semantyczne, głoskowe, zaburzenia nominacyjne, obniżenie fluencji słownej, upośledzenie kompetencji dialogowych i monologowych, stopniowe zniesienie zdolności czytania i pisanie, całkowita utrata zdolności mówienia – mutyzm [8].

Ponieważ z wiekiem wzrasta ryzyko występowania patologicznych zmian w organizmie człowieka, a liczba osób 60+ stale się zwiększa [9], można zakładać, że osób cierpiących na choroby otępienne z otępieniem alzheimerowskim na czele, będzie coraz więcej [10].

Opis przypadku

72 letni mężczyzna od 2011 roku objęty opieką psychiatryczną ze względu na problemy lękowe, depresję i nasilające się zaburzenia pamięci, dwa lata później otrzymał rozpoznanie otępienia w AD. Badanie przeprowadzono zgodnie z wytycznymi Deklaracji Helsińskiej (DoH, *Declaration of Helsinki*) i zasadami prawidłowego prowadzenia badań klinicznych (GCP, *Good Clinical*

Practice), a pacjent wyraził świadomą i dobrowolną zgodę na udział w badaniu.

Mężczyzna został poddany diagnozie logopedycznej. Przeprowadzono wywiad rodzinny, analizę dokumentacji medycznej, obserwację zachowań językowych i komunikacyjnych oraz analizę wytworów działania pacjenta (rysunki i zapisy wykonywane przez pacjenta). Przed przystąpieniem do szczegółowej diagnozy kompetencji językowych i komunikacyjnych dokonano wstępnej oceny różnych aspektów funkcjonowania poznawczego (orientacji w rzeczywistości, koncentracji, zapamiętywania, przypominania, powtarzania, rozumienia, liczenia oraz rysowania) wykorzystując Krótką Skalę Oceny Stanu Umysłowego (MMSE, *Mini-Mental State Examination*) i Test Rysowania Zegara (CDT, *Clock Drawing Test*). Wynik MMSE wykazał poziom otępienia o średnim stopniu zaawansowania (17 pkt). Rok wcześniej pacjent uzyskał 24 pkt. Spadek ten świadczy o osłabieniu funkcji poznawczych na przestrzeni 12 miesięcy. Na podstawie testu CDT stwierdzono typowe nieprawidłowości charakterystyczne dla osób z otępieniem alzheimerowskim: błędy wzrokowo – przestrzenne związane z nieprawidłowym rozmieszczeniem godzin czy brakiem wskazówek minutowych.

Właściwe badanie logopedyczne skoncentrowano na ocenie sprawności mowy dialogowej, monologowej, umiejętności nazywania, powtarzania, rozumienia, reprodukcji zautomatyzowanych ciągów słownych, czytania i pisanie. Obserwując zachowania komunikacyjne zwracano uwagę na cechy parajęzykowe jak płynność wypowiedzi, tempo i natężenie głosu. Ocenie poddane zostały również funkcje: gryzienia, żucia i połykania, a także czynności samoobsługowe, reakcje emocjonalne, uwaga, sposoby inicjowania kontaktów społecznych oraz zakres codziennej aktywności. Przeprowadzając diagnozę posłużono się „Zestawem prób do badania procesów poznawczych u pacjentów z uszkodzeniami mózgu” W. Łuckiego [11] oraz „Protokołem badania osób z uszkodzeniami mózgu i afazją” (wybrane zadania) [12].

Próby logopedyczne wykazały zaburzenia nominacyjne (anomię) w zakresie wyrazów nazywających: rzeczowników i czasowników, trudności z aktualizacją wyrazu (peryfazy), dominację kategorii nadrzędnych nad podrzędnymi np. „noga” zamiast „stopa”. Zachowane było odtwarzanie zautomatyzowanych ciągów słownych np. dni tygodnia, miesiący, liczenie do 20, powtórzenia krótkich struktur jak samogłoski, sylaby, wyrazy czterosylabowe. Przy próbie powtarzania neologizmów wystąpiły substytucje i perseweracje. Pacjent nie wykonał także poprawnie zadania polegającego na powtórzeniu struktur dłuższych: zdań złożonych, zbudowanych

z więcej niż czterech słów, czy zapamiętania nazw czterech widzianych wcześniej obiektów.

Nie zaobserwowano zaburzeń prakcji oralnej i symbolicznej. Gnozja wzrokowa zachowana, a w przypadku trudności z nominacją obiekty zostały poprawnie sklasyfikowane za pomocą mowy opisowej. Identyfikacja znaków graficznych, liter i liczb przebiegła prawidłowo.

Wiedza autobiograficzna pozostała zachowana fragmentarycznie. Trudności ujawniły się zarówno w obszarze pamięci epizodycznej (zdarzenia) jak i pamięci semantycznej (fakty). Orientację allopsychiczną można określić jako niepełną z dezorientacją kierunków i czasu. Obniżenie fluencji słownej i sprawności leksykalnej wpłynęło na gorszą jakość wypowiedzi. W wypowiedziach narracyjnych i dialogowych dominował ograniczony kod językowy charakteryzujący się krótkimi zdaniami o ubogiej konstrukcji. Obecność pauz w wypowiedziach wynikała z niemożności przywołania z zasobów pamięci konkretnego słowa i przekładała się na nie płynność mowy, obecne były także parafazy, przy czym pozostałe elementy prozodyczne wypowiedzi tj. głośność, rytm, akcent były zachowane. Konwersacja na poziomie wymiany sformułowań grzecznościowych pozostała bardzo dobrze zachowana i stosownie do sytuacji wykorzystywana. Badany nie inicjował jednak żadnej rozmowy. Widoczne było wyraźne wycofanie się z kontaktów społecznych i aktywności dnia codziennego. Świadomość trudności z wyrażaniem tego, co myśli dodatkowo wpływała na stan wycofania.

Zdolność czytania została zachowana, ale rozumienie skomplikowanych lub dłuższych tekstu było już zaburzone. W tekście pisanym można było dostrzec niewłaściwe stosowanie małych i wielkich liter oraz ich opuszczanie (elizje). W pisaniu ze słuchu i w przepisywaniu tekstu brak było konsekwencji w stosowaniu interpunkcji. Poprawnie wypadło zadanie wymagające korekty błędów w przedstawionych wyrazach. Badany poprawnie różnicował słuchowo głoski i sylaby opozycyjne oraz paronimy. Również proste działania matematyczne wykonane zostały prawidłowo. Zadania złożone chory rozwiązał niepoprawnie lub nie podjął próby ich wykonania. Wskazywanie figur geometrycznych i rysowanie według polecenia było prawidłowe, a rysunki wykonane przez badanego zawierały liczne detale z zachowaniem proporcji.

Na wszystkich etapach badania pacjent był bardzo zaangażowany, w pełnym kontakcie, z zachowanym rozumieniem prostych poleceń. Rozumienie metafor i przysłów okazało się dość poważnym wyzwaniem. Większość z nich nie została poprawnie zinterpretowana, co świadczy o zaburzeniu języka figuratywnego i myślenia abstrakcyjnego. Nonsensy przedstawione za pomocą ilu-

stracji odczytane zostały właściwie. Natomiast stwierdzono nieprawidłowości w prawidłowym rozumieniu konstrukcji gramatycznych np. „proszę położyć ołówek pod kartkę”.

Nie stwierdzono dysfunkcji w zakresie gryzienia, żucia i połykania. Badany samodzielnie spożywał posiłki, samodzielnie poruszał się po mieszkaniu. Wsparcie bliskich jest niezbędne poza domem, a także w czasie przygotowania posiłków, czy przy wykonywaniu prostych prac porządkowych, ponieważ mężczyzna zapomina, czym się zajmuje i w jakim celu wykonuje daną czynność.

Program terapii logopedycznej

Program terapii łączył usprawnianie kompetencji językowych przy jednoczesnym usprawnianiu funkcji poznawczych. Zajęcia prowadzono indywidualnie przez okres 6 miesięcy. Plan pracy przygotowano z ukierunkowaniem na aktualny stan psychofizyczny pacjenta, z dostosowaniem metod do aktywności i zaangażowania badanego [6]. Terapia logopedyczna obejmowała: usprawnianie pamięci, uwagi, myślenia, rozumienia i liczenia, stymulację aktywności dialogowej i narracyjnej w sytuacjach życiowych oraz doświadczenie udanej komunikacji, usprawnianie orientacji przestrzennej i czasu, umiejętności czytania ze zrozumieniem i pisanie (umiejętności grafomotorycznych). Działania terapeutyczne nastawione były na aktywizację komunikacyjną oraz na utrzymanie jak najdłużej posiadanych kompetencji językowych i umysłowych.

Stosowano terapię reminiscencyjną. Wprowadzono „zeszyt pamięci”, w którym umieszczono fotografie bliskich, dane biograficzne, i inne ważne dla chorego informacje, aby aktywizować chorego i zachęcać go do rozmowy. Ćwiczenia językowe prowadzono w połączeniu z usprawnianiem elementarnych i złożonych procesów poznawczych: ćwiczenie językowe i pamięci (tworzenie kalendarza ważnych dat, drzewa genealogicznego, opisywanie wydarzeń utrwalonych na zdjęciach, uzupełnianie słów piosenki i wspólne śpiewanie, nazywanie i opisywanie cech przedmiotów rzeczywistych i na ilustracjach, nazywanie zawodów, elementów domu, pomieszczeń, zapamiętywanie sylab, ilustracji, liczb), ćwiczenia językowe i myślenia (zadania na myślenie kreatywne typu: co zrobić, gdy się popłami ubranie, wykreślanie słowa niepasującego do zbioru, czy przedmiotu niepasującego do grupy, wskazywanie produktów, których nie można kupić w podanych miejscach, określanie podanych zdań jako fałszywe, lub prawdziwe, wyszukiwanie przeciwieństw i wyrazów bliskoznacznych, wyszukiwanie cech wspólnych przedmiotów, uzupełnianie powie-

dzeń i przysłów, tworzenie listy zakupów), ćwiczenia językowe i orientacji (sprawdzanie godziny, daty, oglądanie serwisów informacyjnych i omawianie ich treści, układanie przedmiotów w określony sposób (rozumienie przyimków), określanie stosunków przestrzennych). Ćwiczenia funkcji językowych polegały na poprawianiu błędnych zapisów, układaniu zdań z rozsypanki słownej, podawaniu jak największej ilości słów z określonej kategorii, podawaniu słów rozpoczynających się na określonej głoskę, układaniu słów z podanych liter. Ćwiczenia usprawniające umiejętność czytania ze zrozumieniem powstawały w oparciu o teksty rzeczywiste (czytanie i omawianie artykułów prasowych, rachunków, zaleceń lekarskich, ulotek leków). Kompetencje dialogowe i społeczne ćwiczone poprzez wspólne wyjścia do sklepu czy podejmowanie rozmów proponowanych przez chorego.

W procesie porozumiewania się, w trakcie terapii wykorzystano poniższe zasady [7]:

1. Zachowywano normalny styl komunikacji poprzez naturalną wymianę ról bez akcentowania problemów językowych i komunikacyjnych chorego.
2. Czas i uwaga skoncentrowana była na pacjencie i jego wypowiedziach.
3. Terapeuta aktywnie słuchał pacjenta. Wykazywał uważność na każdą wypowiedź z jednoczesnym okazywaniem zrozumienia, podtrzymywaniem dialogu.
4. Przekaz adresowany do mężczyzny był konkretny. Stosowano krótkie zdania, składające się z podmiotu i orzeczenia. Terapeuta unikał zaimków, zastępując je rzeczownikami i nazwami własnymi.
5. Terapeuta podpowiadał zapomniane słowo, zadawał pytania pomocnicze w momencie problemu z wyrażeniem myśli czy intencji.
6. Zadaniem logopedy było również podtrzymanie tematu rozmowy, poprzez odwołanie się do słów i zdań kluczowych tematu.
7. W trakcie konwersacji terapeuta stosował wzmocnienia np. „ach tak”, „to świetnie” podtrzymując w ten sposób uwagę, zachęcał badanego do dalszej rozmowy.
8. Stosowano pytania zamknięte, ułatwiające otrzymanie szybkiej i konkretnej odpowiedzi np. zamiast „Co będziesz jadł na śniadanie?” zadawano pytanie: „Zjesz owsiankę?”.

W trakcie terapii logopedycznej wykorzystywano również stymulację sensoryczną. W tym celu używano świec zapachowych oraz obiektów rzeczywistych o różnej teksturze, smaku i zapachu.

Omówienie

Zaproponowana terapia logopedyczna trwała sześć miesięcy i można ją potraktować jako początek zaplanowanej rehabilitacji funkcji kognitywnych.

Terapia pacjenta ukierunkowana była na stymulację w obszarze językowym, komunikacyjnym i poznawczym. Nie jest możliwe selektywne traktowanie zaburzeń językowych, gdyż są one częścią spowolnienia procesów umysłowych w otępieniu. Porozumiewanie się z chorym to nie tylko kwestia zaburzeń mowy, ale także skutek nieprawidłowego przebiegu innych funkcji poznawczych, a także zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania [6]. Ćwiczenia umysłu spowalniają rozwijające się procesy chorobowe, a tym samym wpływają pozytywnie na utrzymanie sprawności psychofizycznej [7].

Prowadzona terapia odpowiadała potrzebom kontaktów społecznych i korzystnie wpływała na samopoczucie pacjenta, który w opisywanym czasie nie przejawiał stanów depresyjnych, lęku czy wycofania. Zajęcia wpłynęły pozytywnie na samoocenę i pewność siebie, dały możliwość przeżycia osobistego sukcesu z dobrze wykonanych zadań.

W treningu zachowań językowych i komunikacyjnych pomocnym narzędziem okazał się „zeszyt pamięci” pozwalający na odwoływanie się do określonego obszaru wiedzy i aktywizowanie go przez fotografie bliskich, dane biograficzne, dane dotyczące czynności dnia codziennego. Korzystanie z zeszytu ułatwiało podtrzymanie tematu rozmowy i mobilizowało do aktywności komunikacyjnej pacjenta. Rozmowa na tematy emocjonalnie ważne dla pacjenta, poprawiała fluencję słowną, pobudzała wyszukiwanie w pamięci bardziej urozmaiconego słownictwa, co usprawniało wypowiedź i wzbogacało jej treść o dodatkowe informacje.

Mimo tego iż w zakresie funkcjonowania poznawczego po sześciu miesiącach terapii nie stwierdzono zmian, brak pogorszenia w przypadku choroby otępiennej, postępującej świadczyć może o pozytywnym wpływie terapii.

Aby zwiększyć zakres treningu należałoby włączyć wyżej wymienione ćwiczenia do planu codziennego usprawniania chorego w formie terapii pośredniej, realizowanej przez bliskich w warunkach domowych. Celem oddziaływań jest wówczas nie tylko utrzymanie w jak najlepszej kondycji kompetencji językowych i poznawczych, ale też stworzenie przestrzeni dialogu, bycia w relacji z bliskimi, poczucia bezpieczeństwa i uwagi.

Opiekunowie powinni wiedzieć o możliwości terapii logopedycznej. Niestety, potrzeby opiekunów osób z AD, związane z uzyskiwaniem wyczerpujących infor-

macji na temat postępowania z chorym oraz pomocy ze strony opieki zdrowotnej i społecznej nad pacjentem, nie są spełniane w stopniu satysfakcjonującym [13].

Terapeuci mowy, oprócz pracy z pacjentem, powinni przekazywać rodzinom zasady dotyczące sposobu komunikowania się z chorym. Czasem zmiana długości zdań, konstrukcji gramatycznych, rodzaju stawianych pytań [14] czy włączenie komunikatów niewerbalnych jak odpowiedni ton, modulacja i siła głosu [3] pozytywnie wpływają na jakość i efektywność komunikacji, a także na atmosferę dialogu.

Ze względu na nieodwracalny i postępujący charakter choroby, brak lekarstwa, które skutecznie przeciwdziałałoby następstwom uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego, wczesne rozpoznanie i wielospecjalistyczna opieka dają szansę na spowolnienie tempa narastających zmian neurodegeneracyjnych. Wpływają przez to na wydłużenie w miarę normalnej jakości życia osób chorujących [15].

Praca z pacjentami z AD stanowi bardzo duże wyzwanie, terapeuci próbują różnych sposobów polepszenia stanu emocjonalnego chorych (redukcji lęku i obniżonego nastroju) a przez to usprawnienia komunikacji. Obecnie opisano już pozytywny wpływ dogoterapii [16] czy muzykoterapii, która to metoda bez ograniczeń może być stosowana w gabinetach logopedycznych [17, 18].

Piśmiennictwo

1. Żekanowski C, Przyłuska-Fiszler A, Barcikowska M. Choroba Alzheimera: pomiędzy diagnostyką, ekonomią i etyką. W: Leszek J. (red.). Choroby otępienne. Teoria i praktyka. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2003. s. 37.
2. Ochudło S, Opala G. Choroby neurozwyrodnieniowe przebiegające z otępieniem. W: Podemski R. (red.). Kompendium neurologii. Gdańsk: Via Medica; 2014. ss. 366-367.
3. Molloy W, Caldwell P. Chory na Alzheimera. Warszawa: Wydawnictwo Muza; 2004. ss. 137, 191-193.
4. Nestorowicz J. Przebieg choroby Alzheimera. W: Parnowski T. (red.) Choroba Alzheimera. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010. s. 23.
5. Szepietowska EM, Daniluk B. Zaburzenia językowe w demencji w ujęciu neuropsychologii klinicznej. *Audiofonologia*. 2000;16:117-35.
6. Domagała A. 2008, Standard postępowania logopedycznego w przypadku zaburzeń mowy w otępieniu alzheimerowskim. *Logopedia*. 2008;37:307-8.
7. Gustaw K. Kontakt czyli strategię komunikacji z pacjentem z chorobą Alzheimera. Warszawa: Wydawnictwo Ludbeck; 2007. ss. 22-43.
8. Łuczywek E. Zaburzenia aktywności poznawczej osób w późnym wieku. Problemy demencji. W: Herzyk A, Kądziaława D (red.). Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 1996. ss. 112-148.
9. Zych A. Globalne starzenie się oraz potrzeby społeczne, kulturalne i edukacyjne ludzi starych – wyzwanie dla uniwersytetów trzeciego wieku. *Teraźniejszość, człowiek, edukacja*. 2012;2(58):157-64.
10. Opala GM. Epidemiologia otępień w perspektywie prognoz demograficznych. W: Leszek J. (red.). Choroby otępienne. Teoria i praktyka. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2003. ss. 19-26.

Wnioski

Chorzy z AD powinni korzystać z opieki i terapii neurologopedycznej, mającej na celu stymulację języka, w powiązaniu z usprawnianiem innych funkcji: jak na przykład pamięci, myślenia, orientacji w czasie i przestrzeni. Ponieważ większość logopedów posiada wykształcenie psychologiczne lub pedagogiczne, w programie terapii zaburzenia mowy nie powinny być pojmowane selektywnie.

Ponieważ zaburzenia językowe mają charakter postępujący, celem terapii jest już utrzymanie sprawności funkcji poznawczych, a nie tylko ich poprawa, jak ma to miejsce w przypadku terapii afazji.

Oprócz utrzymania sprawności językowej równie ważnym celem terapii powinno być zapobieganie wyobcowaniu, izolacji społecznej, a także tworzenie choremu możliwości zachowań językowych, które poprawiają nastrój, wpływają na poprawę samooceny.

Źródła finansowania/Financial sources

Własne/Own

Konflikt interesów/Conflict of interest

Brak/None

11. Łucki W. Zestaw prób do badania procesów poznawczych u pacjentów z uszkodzeniami mózgu. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 1995.
12. Panasiuk J. Afazja a interakcja. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 2012.
13. Kaczmarek M, Durda M, Skrzypczak M, Szwed A. Ocena jakości życia opiekunów osób z chorobą Alzheimera. *Gerontol Pol.* 2010;18(2):86-94.
14. Wasilewski TP. Podejmowanie terapii zaburzeń mowy wobec pacjenta z chorobą Alzheimera. *Zdrowie dobrostan.* 2013;2:155-65.
15. Panasiuk J. Postępowanie logopedyczne w przypadkach chorób neurodegeneracyjnych. W: Grabias S, Panasiuk J, Woźniak T. (red.). *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*; Lublin: Wydawnictwo UMCS; 2015:318.
16. Churchill M, Safaoui J, McCabe B, et al. Using a therapy dog to alleviate the agitation and desocialization of people with Alzheimer's disease. *J Psychosoc Nurs Ment Health Servi.* 2000;37(4):16-22.
17. Brotons M, Koger S. The Impact of Music Therapy on Language Functioning in Dementia. *J Music Ther.* 2000;37(3):183-95.
18. Guétin S, Portet F, Picot MC i wsp. Effect of Music Therapy on Anxiety and Depression in Patients with Alzheimer's Type Dementia: Randomised, Controlled Study. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2009;28(1):36-46.