

ANETA DOMAGAŁA

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin  
Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

## Standard postępowania logopedycznego w przypadku zaburzeń mowy w otępieniu alzheimerowskim

---

The Standard of Logopedic Treatment in Language  
Disorders in Alzheimer's Dementia

### ZABURZENIA MOWY W OTĘPIENIU ALZHEIMEROWSKIM

Mają charakter progresywny, nieodwracalny, współwystępują z zaburzeniami innych sfer funkcjonowania umysłowego — są nieodłącznym komponentem obrazu klinicznego choroby Alzheimerera.

Problem odnosi się do osób dorosłych, w większości będących w wieku podeszłym: w typowej sytuacji występuje po 65 roku życia (umowna granica dla otępienia w chorobie Alzheimerera o późnym początku — przy czym prawdopodobieństwo zachorowania wzrasta z wiekiem: w populacji osób powyżej 85 roku życia występowanie choroby Alzheimerera określa się w granicach od 25 do 40%), znacznie rzadziej przed 65 roku życia (otępienie w chorobie Alzheimerera o wczesnym początku — czasem już około 40 roku życia, sporadycznie jeszcze wcześniej).

### ZABURZENIA MOWY W OBRAZIE KLINICZNYM CHOROBY

W sytuacji rozpoznawania otępienia alzheimerowskiego (diagnoza medyczna) stwierdzenie zaburzeń mowy nie jest konieczne — zaburzenia mowy nie są obligatoryjnym kryterium otępienia. Trzeba jednak podkreślić, że w literaturze przedmiotu badacze problematyki zaburzeń językowych wyrazili następujące przekonania odnośnie do kryteriów klinicznych otępienia alzheimerowskiego:

1. Zaburzenia językowe są powszechnym objawem diagnostycznym otępienia alzheimerowskiego (J. Appell, A. Kertesz, M. Fisman, 1982; R. F. Zec,

1993). Powinny być uwzględnione wśród obligatoryjnych kryteriów diagnostycznych tej jednostki: deficyty językowe w mniej lub bardziej ostrej formie są obecne we wszystkich stadiach choroby (B. E. Murdoch i in., 1987), zwykle stają się ewidentne po 1–3 latach od zachorowania i później są wyraźnie progresywne (R. F. Zec, 1993 i in.). Relacja między występowaniem zaburzeń językowych i stadiami choroby jest jednakże trudna do określenia, ponieważ problematyczne jest określenie początku choroby Alzheimerera (J. Appell, A. Kertesz, M. Fisman, 1982) czy śledzenie zmian w fazie przedklinicznej, która również stała się w ostatnich latach przedmiotem badań (R. T. Linn i in., 1995; B. J. Small i in., 2000). Ponadto dodatkową specyfikację wprowadza występowanie różnic w obrazie zmian u kobiet i mężczyzn (u kobiet większe zaburzenia), co sygnalizują w swych doniesieniach V. W. Henderson, G. J. Buckwalter (1994), D. N. Ripich i in. (1995), G. J. Buckwalter i in. (1996).

2. Zasadność powiązania zaburzeń językowych z subtypem otępienia o wczesnym początku (jak wskazują kryteria ICD-10) można zakwestionować: pewne rodzaje zaburzeń językowych mogą ujawniać się wcześniej i w stosunkowo dużym nasileniu w przypadku otępienia o późnym początku (K. Bayles, 1991, za: M. Miller, R. Morris, 1993).

3. Zaburzenia językowe mogą być wskaźnikiem obecności procesu otępiennego, a także miernikiem jego zaawansowania (K. Bayles, 1982; M. Skelton-Robinson, S. Jones, 1984). Powszechnie wskazuje się na dominację zaburzeń pamięci we wczesnej fazie demencji typu Alzheimerera i fakt, że są one pierwszą dostrzegalną cechą rozwoju choroby, ale objawem zwiastunowym bywają też w tym przypadku zaburzenia językowe (M. Miller, R. Morris, 1993).

4. Ze względu na heterogenność obrazu choroby Alzheimerera, Bayles i Kaszniak (1987) pokazują możliwość następującego zróżnicowania populacji: 1) chorzy z dominującymi zaburzeniami pamięci; 2) chorzy z dominującymi zaburzeniami językowymi; 3) chorzy z dominującymi zaburzeniami wzrokowo-przestrzennymi. Przy tym należy mieć na uwadze, że podstawą tego zróżnicowania są wyniki badań, w których nie negowano występowania zaburzeń językowych w grupie pacjentów z otępieniem alzheimerowskim, lecz uchwycono dysproporcje między zaburzeniami dotyczącymi poszczególnych sfer. Oznacza to, że np. w pierwszej grupie, u osób z dominującymi zaburzeniami pamięci podkreślono również występowanie deficytów w nazywaniu (Albert, Moss, 1984, za: K. Bayles, A. W. Kaszniak, 1987)). Odmienności występujące w profilu zaburzeń tłumaczy się asymetrią zmian w mózgu: uszkodzenia rozsiane, ale niekoniecznie symetryczne, prowadzą w poszczególnych przypadkach do dominacji zaburzeń językowych czy wzrokowo-przestrzennych w zależności od tego, w jakim stopniu proces degeneracji objął lewą bądź prawą półkulę mózgu (K. Bayles, A. W. Kaszniak, 1987).

Niejednakowy stopień nasilenia zaburzeń mowy i czas ich uobecniania się u osób z demencją typu Alzheimerera powodują, że wpisanie tych zaburzeń w obraz kliniczny choroby, zwłaszcza dla potrzeb jej rozpoznawania, nie obywa się bez niejasności. W kontaktach z chorymi można się spodziewać dużej różnorodności zachowań językowych.

## TERMINOLOGIA

— Alogia/dyslogia — terminy te w odniesieniu do zaburzeń mowy w otępieniu rozważał Critchley (1964); po ponad dwudziestu latach *dyslogię* Critchleya przypomnieli Bayles i Kaszniak (1987), znajdując dla tego terminu motywację w postaci przekonania o niepodważalnej obecności zaburzeń poznawczych w otępieniu, uobecniających się w mowie.

— *Language of generalized intellectual deterioration* (język w przypadku uogólnionej deterioracji intelektualnej) (Halpern, Darley, Brown, 1973 za: M. Critchley, 1964) — formuła podobnie motywowana jak w przypadku alogii/dylogii, w ocenie Bayles i Kaszniaka (1987) mniej poręczna w użyciu.

— *Latent aphasia* (ukryta, utajona afazja) — termin ten proponował Pichot (1955, za: M. Critchley, 1964).

— Pseudoafazja — termin ten wskazał Critchley (1964) i w tym kontekście przywołał, choć ocenił negatywnie, nieafatyczne zaburzenia mowy (ang. *non-aphasic speech impairment*), wówczas w odniesieniu do zaburzeń mowy w demencji, nie zaś w kontekście zaburzeń mowy w przypadku uszkodzeń niedominującej dla mowy półkuli mózgu, jak się to stało w późniejszym czasie.

— *Generalized aphasic difficulty* (uogólnione zaburzenia afatyczne — Shakow, Dolkart, Goldman, 1941, za: M. Critchley 1964) — terminowi temu można przypisać podobny kierunek poszukiwań.

— Afazja regresywna (ang. *regressive aphasia*), czy też odwracając perspektywę: afazja progresywna (ang. *progressive aphasia*) — terminy te wskazała Emery (1985), postulując wyodrębnienie nowego typu afazji, zarezerwowanego dla otępienia alzheimerowskiego, w związku ze stopniową utratą sprawności językowych (tu: afazja regresywna) czy też z narastaniem zaburzeń językowych (tu: afazja progresywna).

— *Alzheimer aphasia* (R. F. Zec, 1993) — pod takim hasłem referowane są zaburzenia językowe w otępieniu alzheimerowskim w literaturze zachodniej (w literaturze polskiej również ostatnio pojawił się termin: afazja alzheimerowska (A. Herzyk, 2005)), często w rozumieniu: nowy typ afazji, z wyeksponowaniem tego w samej nazwie, choć w opinii Bayles i Kaszniaka (1987) silnym argumentem przeciw takiemu terminowi jest duża różnorod-

ność zachowań językowych w populacji osób z otępieniem alzheimerowskim. Ponadto tego rodzaju termin oznacza możliwość mnożenia analogicznych terminów dla zaburzeń w przypadkach innych postaci demencji: *Alzheimer's aphasia* obok *Huntington's aphasia*, *Pick's aphasia*, *Parkinson's aphasia*, co wydaje się bezcelowe.

— Wolno postępująca afazja, w literaturze polskiej również w sformułowaniu: afazja powoli postępująca (ang. *slowly progressive aphasia*) (np. Sasanuma, 1991, Helm-Estabrooks, Albert, 1991 za: M. Pąchalska, 1999; K. Jodzio, 1999).

### ZABURZENIA MOWY W OTEPIENIU ALZHEIMEROWSKIM — OBJAWY WIODĄCE

Obraz zaburzeń mowy w otępieniu alzheimerowskim można przedstawić jako rejestr objawów wiodących (E. Łuczywek, 1996; M. Szepietowska, B. Daniluk, 2000; A. Herzyk, 2001, 2005):

— długie pauzy na początku zdań i na granicy między zdaniami, niekończenie fraz, zjawisko „na końcu języka”, autopoprawki;

— w późniejszym okresie uproszczenie syntaktyki, parafazje semantyczne, zaburzenia nazywania (jeżeli są, wynikają nie z zaburzeń percepcji, ale są pochodzenia semantycznego);

— w zakresie fluencji (test gotowości słowa, przez niektórych traktowany jako przesiewowy) łatwiej jest chorym wymieniać słowa w kategoriach semantycznych niż formalnych; pacjenci częściej używają nazw nadrzędnych niż podrzędnych;

— następuje utrata kontroli nad wypowiedzią, zanika logika wyводу, pojawiają się dygresje i zmyślenia;

— nie występują typowe zaburzenia ruchowe mowy (dopiero w ostatniej fazie choroby obserwuje się mutyzm całkowity);

— stosunkowo długo zachowana jest umiejętność pisania i czytania, choć z czasem redukuje się do formy zautomatyzowanej, bez rozumienia czytanych treści.

Z perspektywy logopedycznej sytuacja osób z chorobą Alzheimera jest wyjątkowo trudna. Jest to grupa pacjentów z problemami sytuowanymi obok afazji, pragnozji (tzw. nieafatycznych zaburzeń mowy) oraz schizofazji — zaburzeń mowy pojawiających się u osób, które uprzednio w pożądanym zakresie opanowały system językowy oraz sprawności komunikacyjne: społeczną, sytuacyjną i pragmatyczną. Z punktu widzenia postępowania terapeutycznego w sytuacji rozpadu języka i komunikacji procedurą logopedyczną jest odbudowywanie kompetencji językowej i komunikacyjnej oraz sprawno-



ści realizacyjnych. W aspekcie terapeutycznym problemy osób z otępieniem alzheimerowskim mają jednak swoją specyfikę.

1. Zaburzenia mowy mają tu charakter progresywny — w miarę postępu choroby nasilają się na skutek zachodzącej neurodegeneracji, a jak dotąd specjalistom nie udało się odkryć leków zapobiegających chorobie bądź skutecznie powstrzymujących jej rozwój.

2. Zaburzenia mowy mają tu charakter nieodwracalny — obecnie medycyna nie jest w stanie przeciwdziałać skutkom choroby; przyczyny obserwowanej patologii mowy są nieusuwalne i nie można oczekiwać zaistnienia u pacjenta procesów naprawczych.

3. Zaburzenia mowy współwystępują tu z zaburzeniami innych sfer — nie są selektywne (tak postrzegane mogą być jedynie u niektórych osób, w początkowym okresie choroby — wraz z jej zaawansowaniem pojawiają się zaburzenia dotyczące różnych sfer funkcjonowania człowieka, ulegają one wzajemnym wpływom, sprzężeniu i coraz bardziej nabierają charakteru globalnego). Zaburzenia w zakresie funkcjonowania językowego są częścią deterioracji umysłowej w otępieniu — natura zaburzeń mowy może podlegać zmianom w przeciągu czasu, wraz z postępowaniem choroby. Równocześnie, zakłócone porozumiewanie się z chorym to nie tylko kwestia zaburzeń mowy, ale też rezultat zaburzeń innych funkcji poznawczych czy też występujących u danej osoby zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania.

Cechy konstytutywne otępienia alzheimerowskiego (progresywność, nieodwracalność i złożoność zmian) przesądzają o tym, że w przypadku osób z chorobą Alzheimera rokowania dotyczące sprawności językowej i komunikacyjnej nie są dobre. Nie należy oczekiwać wymiernych rezultatów prowadzonej terapii, co jednak nie oznacza, że można zaniechać pomocy. Za podjęciem działań przemawiają następujące argumenty:

— lepsza niż przed laty dostępność leczenia farmakologicznego i jego pozytywne efekty, tj. możliwość łagodzenia niektórych objawów choroby i wydłużenia okresu względnie dobrego funkcjonowania pacjenta, dzięki czemu istnieją warunki do prowadzenia zajęć;

— niejednakowa dynamika procesu otępienia u poszczególnych osób, tj. możliwość utrzymywania się stosunkowo dobrego stanu pacjenta przez długi okres, co oznacza, że nie wszystko jest z góry przesądzone;

— zróżnicowany czas trwania choroby, co w niektórych przypadkach wiąże się z kilkunastoletnią opieką nad chorym — w tym okresie chory oraz jego najbliżsi będą potrzebowali wsparcia.

Ponadto, nie wszystkie zmiany pojawiające się w funkcjonowaniu chorego są bezpośrednim skutkiem samej choroby Alzheimera — część z nich ma uwarunkowania zewnętrzne (izolacja społeczna chorego, brak stymulacji,

w tym również językowej, mogą skutkować pogorszeniem się stanu osoby chorej).

Zakres działań musi być — w przypadku każdego pacjenta — wyznaczony z rozwagą. Działania logopedy muszą być spójne z innymi rodzajami prowadzonej u pacjenta terapii farmakologicznej i pozafarmakologicznej. Trzeba ustalić, jakie działania będą podjęte, biorąc pod uwagę formy usprawniania stosowane już przez innych specjalistów, jak również własne kompetencje zawodowe (większość logopedów posiada równocześnie kwalifikacje zawodowe pedagoga bądź psychologa, co pozwala łączyć terapię logopedyczną z innymi formami pracy).

Opieka logopedyczna powinna stać się jednym z elementów dobrze zorganizowanego systemu pomocy dla osoby chorej i jej najbliższych.

## DIAGNOZOWANIE

### BADANIE LOGOPEDYCZNE

— Ocena ekspresji mowy: sprawności systemowych, językowej sprawności społecznej, sytuacyjnej i pragmatycznej (struktura wypowiedzi: monologowych, dialogowych; podsystem leksykalno-semantyczny, syntaktyczny oraz fonetyczno-fonologiczny; rodzaje aktywności językowej i sytuacji komunikacyjnych, w których chory uczestniczy, adekwatność zachowań językowych względem obligatoryjnych komponentów sytuacji komunikacyjnej: osoby współmówcy, miejsca i czasu wypowiedzi; funkcje wypowiedzi).

— Ocena rozumienia: wypowiedzi o zróżnicowanym stopniu złożoności składniowej i różnorodnych pod względem semantycznym; dłuższych wypowiedzi monologowych, wypowiedzi w dialogu, w warunkach zbliżonych do codziennych sytuacji komunikacyjnych.

— Ocena czytania i pisania (w zakresie czytania: umiejętność dekodowania i rozumienia tekstu; w zakresie pisania: spójność tekstu pisanego i poprawność językowa (leksykalna, gramatyczna), poprawność zapisu ortograficznego, sprawność grafomotoryczna).

Badanie logopedyczne ukierunkowane jest na rozpoznanie objawów wiodących. W odniesieniu do sprawności systemowych szczególną uwagę należy zwrócić na objawy anomii/dysnomii (podczas wykonywania zadań typu: nazywanie obrazków, opowiadanie historyjki obrazkowej, opis ilustracji, badanie fluencji słownej w kategoriach semantycznych i formalnych, wskazywanie hiperonimów, synonimów, antonimów itp; podczas zachowań dialogowych). W odniesieniu do zachowań komunikacyjnych należy odnotować objawy zaburzeń odnoszących się do organizacji i spójności wypowiedzi.

W postępowaniu logopedycznym gromadzone są dane na temat sprawności językowych i komunikacyjnych pacjenta, z uwzględnieniem niżej podanych obszarów informacji.

### 1. Funkcjonowanie pacjenta w okresie przed zachorowaniem.

Na podstawie wywiadu z opiekunem (a także innych dostępnych źródeł informacji, zachowanych nagrań z udziałem chorego, jego zapisków itp.): poziom opanowania kompetencji językowej i komunikacyjnej (tu: zasób słownictwa, sprawności gramatyczne, odmiany języka w użyciu [język potoczny, gwary, socjolekty], zdolności lingwistyczne, poziom umiejętności pisania i czytania), preferowane rodzaje aktywności językowej i komunikacyjnej, sfera kontaktów z innymi ludźmi, zainteresowania.

### 2. Obraz zmian zachodzących w funkcjonowaniu pacjenta podczas przebiegu choroby Alzheimera.

Na podstawie wywiadu z opiekunem, analizy dokumentacji pacjenta oraz informacji od lekarza prowadzącego (i innych specjalistów): dynamika zaburzeń u pacjenta (również ewentualne zmiany związane z podjętą terapią farmakologiczną), miejsce zaburzeń mowy w obrazie klinicznym choroby, stosowane formy oddziaływania pozafarmakologicznego i ich wpływ na funkcjonowanie chorego, formy wsparcia ze strony najbliższego otoczenia i funkcjonowanie osoby chorej w środowisku, organizacja opieki nad chorym (dom rodzinny, placówki opiekuńcze, inne rozwiązania formalne i nieformalne).

### 3. Aktualny stan pacjenta.

Obok danych z diagnozy logopedycznej, także dane z diagnozy medycznej i psychologicznej: obecny poziom sprawności językowych i komunikacyjnych oraz szerzej: poziom funkcjonowania umysłowego i społecznego osoby chorej, ze wskazaniem możliwości i ograniczeń dotyczących komunikowania się (w tym kontekście: występowanie i stopień nasilenia określonych zaburzeń poznawczych i pozapoznawczych, zgodnie z aktualną oceną specjalistyczną).

## ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ SPECJALISTYCZNYCH

— Psychologicznych (diagnoza neuropsychologiczna: informacje na temat funkcjonowania umysłowego — procesów pamięci, myślenia, uwagi, orientacji w miejscu i czasie, funkcji percepcyjnych).

— Lekarskich (diagnoza neurologiczna: informacje na temat stanu i funkcjonowania układu nerwowego; diagnoza psychiatryczna: informacje na temat występowania zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania; w razie potrzeby diagnoza audiologiczna i okulistyczna: informacje na temat uszkodzeń narządu słuchu i wad wzroku).

## KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE W PRZYPADKU ZABURZEŃ MOWY W OTEPIENIU ALZHEIMEROWSKIM

1. Diagnoza medyczna otępienia alzheimerowskiego, tj. rozpoznanie otępienia alzheimerowskiego postawione na podstawie obowiązujących kryteriów klinicznych (w ICD-10: F00/F00.0 — Otępienie w chorobie Alzheimera o wczesnym początku; F00.1 — Otępienie w chorobie Alzheimera o późnym początku; F00.2 — Otępienie atypowe lub mieszane w chorobie Alzheimera; F00.9 — Otępienie w chorobie Alzheimera, nieokreślone).

2. Obniżenie poziomu funkcjonowania językowego — w stosunku do kompetencji i sprawności osiągniętych przed wystąpieniem choroby otępiennej; utrata umiejętności uprzednio nabytych.

3. Występowanie w przebiegu choroby Alzheimera objawów osiowych: zaburzeń leksykalno-semantycznych, obniżenia złożoności syntaktycznej wypowiedzi, zaburzeń struktury tekstu — przy braku zaburzeń odnoszących się do podsystemu fonologiczno-fonetycznego i zachowanej względnie długo poprawności gramatycznej oraz umiejętności czytania i pisanania.

4. Brak dowodów klinicznych i przesłanek wskazujących na odmienną etiologię obserwowanych zaburzeń oraz informacji z wywiadu na temat zaburzeń mowy, które występowały w okresie przed zachorowaniem (np. nieskorygowanych wad wymowy, zaburzeń płynności mówienia). Ze względu na powszechność występowania w wieku podeszłym zaburzeń słuchu fizycznego objawy notowane w otępieniu alzheimerowskim należy różnicować z objawami zaburzeń mowy w przypadku niedosłuchów.

### ROZPOZNANIE LOGOPEDYCZNE

Obraz przypadku powinien zawierać opis możliwości i ograniczeń komunikacyjnych badanej osoby ze wskazaniem zaburzeń komunikacyjnych uwarunkowanych językowo. Charakterystyka zaburzeń mowy obejmuje sferę ekspresji oraz rozumienia — ze względu na specyfikę choroby we wczesnej fazie otępienia w szczególności ukierunkowana jest na opis sprawności leksykalnej oraz spójności zachowań dialogowych i monologowych, w fazie zaawansowanej na opis zachowań językowych w warunkach codziennej komunikacji językowej. Dodatkowo należy uwzględnić informacje na temat funkcjonowania osoby badanej w zakresie komunikacji pisemnej (czytania i pisanania) i możliwości wykorzystania tej formy komunikowania się w kontakcie z chorym.

Logopedyczną ocenę zachowań językowych w otępieniu alzheimerowskim dopełniają dane z diagnozy medycznej oraz neuropsychologicznej odnośnie do funkcjonowania poznawczego i pozapoznawczego danej osoby. Diagnoza wielospecjalistyczna pozwala ustalić, jakie podłoże mają obserwowane za-

burzenia komunikacji, i usytuować zaburzenia mowy w obrazie klinicznym choroby.

## PROGRAMOWANIE TERAPII (RAMOWY PROGRAM TERAPII)

### CELE TERAPII

Główne cele terapii to:

- 1) zachowanie — w możliwie najwyższym stopniu, na danym etapie choroby — sprawności językowej (i szerzej: umysłowej) osoby chorej,
- 2) utrzymywanie aktywności językowej i kontaktów społecznych, stymulowanie zachowań językowych i komunikacyjnych, zapobieganie wyobcowaniu i izolacji społecznej.

Działania podejmowane przez terapeutę można więc postrzegać dwupłaszczyznowo:

- 1) w związku z poznawczą funkcją języka,
- 2) w związku z interakcyjną funkcją języka.

Cele szczegółowe, wyznaczające kierunki postępowania logopedycznego:

— wspomaganie funkcjonowania językowego osoby chorej w aspekcie sprawności systemowych (w głównej mierze — sprawności leksykalnej);

— pomoc w przezwyciężaniu trudności językowych i komunikacyjnych (w odniesieniu do wypowiedzi dialogowych i monologowych), wsparcie w sytuacji doświadczania niepowodzeń w zakresie komunikacji;

— stymulacja języka w ścisłym powiązaniu z usprawnianiem innych sfer: pamięci, myślenia, orientacji w czasie i przestrzeni — np. w ramach treningu orientacji w rzeczywistości, treningu poczucia rzeczywistości, terapii wspomnieniowej;

— angażowanie chorego w czynności o charakterze językowym — czytanie i pisanie; utrzymywanie na możliwie wysokim poziomie sprawności grafomotorycznych;

— usprawnianie porozumiewania się w warunkach codziennej komunikacji językowej w sytuacjach połączonych z działaniem, najistotniejszych z punktu widzenia sprawowania opieki nad chorym (spożywanie posiłków, ubieranie się, toaleta);

— aktywizowanie chorego w typowych sytuacjach komunikacyjnych na co dzień, w kontaktach z otoczeniem: podtrzymywanie zwyczajowych rozmów, zachowań językowych o funkcji fatycznej, typowych zwrotów i formuł grzecznościowych;

— tworzenie choremu możliwości zachowań językowych realizujących jego potrzeby emocjonalne (rozmowy na tematy wprowadzające chorego



w dobry nastrój, budzące miłe wspomnienia — bez względu na ujawnianie się deficytów poznawczych w wypowiedziach);

— tworzenie sytuacji komunikacyjnych z udziałem chorego i innych osób, także osób w zbliżonym wieku i — o ile to możliwe — osób mających podobne problemy z powodu choroby otępiennej.

W przypadku otępienia alzheimerowskiego istotnym celem terapii logopedycznej jest przeciwdziałanie zjawiskom negatywnym (takim jak: wycofywanie się z kontaktów z otoczeniem, frustracja, agresja), które mogą wystąpić w obliczu doświadczanych przez chorego zaburzeń językowych i problemów w komunikowaniu się.

Ze względu na specyfikę choroby należy pamiętać, że opieka logopedyczna nad chorym z otępieniem jest ważna z punktu widzenia organizacji pomocy dla opiekunów osób z chorobą Alzheimera — założeniem terapii logopedycznej jest podejmowanie takich działań ukierunkowanych na pacjenta, które w efekcie mogą przynieść poprawę funkcjonowania osoby chorej w kontakcie z opiekunem i tym samym pomóc w sprawowaniu opieki nad chorym.

#### STRATEGIA TERAPII LOGOPEDYCZNEJ

Z uwagi na ograniczone możliwości pomocy osobom z chorobą Alzheimera (postępującą i nieodwracalną — przy aktualnym stanie osiągnięć w naukach medycznych) w otępieniu priorytetowy charakter ma jakość życia w chorobie:

— we wczesnej fazie otępienia pierwszoplanowe jest wyrównywanie deficytów w zakresie językowej sprawności systemowej i zapobieganie negatywnym reakcjom w obliczu doświadczanych przez chorego trudności w mówieniu;

— w zaawansowanej fazie choroby pierwszoplanowe jest usprawnianie komunikacji w naturalnych sytuacjach życia codziennego, stymulacja języka w ścisłym powiązaniu z działaniem, na potrzeby czynności życia codziennego.

W przebiegu choroby Alzheimera, w związku ze stopniowo narastającymi ograniczeniami w funkcjonowaniu umysłowym osoby chorej, głównym założeniem terapii logopedycznej jest utrzymywanie każdego rodzaju pożądanego aktywności językowej, możliwej na danym etapie choroby — choćby w formie namiastkowej (np. w sytuacji głębokich deficytów językowych wskazane jest aktualizowanie tekstów najlepiej utrwalonych w pamięci chorego (wiersze, modlitwy, teksty piosenek), ze względu na emocjonalny wymiar takich czynności).

W warunkach otępienia stymulacja językowa powinna zachodzić w ścisłym powiązaniu z usprawnianiem innych sfer funkcjonowania chorego: pa-



mięci, myślenia, orientacji w czasie i przestrzeni, uwagi. Istotna jest możliwość łączenia zajęć logopedycznych z innymi rodzajami zajęć terapeutycznych i planowania spójnych bloków zajęć.

### ORGANIZACJA POSTĘPOWANIA TERAPEUTYCZNEGO

Opieka logopedyczna nad chorym z otępieniem ma charakter stały — zasadna jest w łagodnej i umiarkowanej fazie choroby.

Realizacji celów terapii logopedycznej wyznaczonych w przypadku otępienia alzheimerowskiego służą następujące formy postępowania.

1. Terapia bezpośrednia (w relacji: logopeda — pacjent):

a) indywidualna,

b) grupowa — prowadzona w grupie kilkusobowej z udziałem pacjentów o podobnych problemach z komunikowaniem się.

2. Terapia pośrednia — prowadzona w kontakcie z osobami z najbliższego otoczenia pacjenta (stałymi opiekunami, rodziną, personelem placówki, w której przebywa chory); zadaniem logopedy jest usprawnianie funkcjonowania osoby chorej poprzez modyfikację zachowań komunikacyjnych opiekunów i wypracowanie optymalnych sposobów komunikacji z chorym.

Wybór formy terapii zależy od uwarunkowań indywidualnych (w przypadku pracy terapeuty bezpośrednio z pacjentem — największe znaczenie ma możliwość nawiązania kontaktu z chorym i osiągnięcia gotowości do ćwiczeń, zdolność chorego do współpracy, możliwość zaistnienia pożądanych zachowań; w przypadku terapii pośredniej — największe znaczenie ma zaangażowanie opiekunów, możliwość podjęcia przez nich współpracy z terapeutą).

Wybór formy terapii bezpośredniej (indywidualna lub grupowa) zależy od kondycji psychofizycznej chorego i możliwości funkcjonowania w zespole (z uwzględnieniem stopnia zaawansowania procesu otępiennego).

#### Aspekty organizacyjne

1. Terapia logopedyczna bezpośrednia — powinna mieć charakter ciągły, zajęcia indywidualne i/lub grupowe powinny odbywać się regularnie, możliwie często. Czas trwania zajęć może być zmienny. W przypadku chorego przebywającego w placówce, ćwiczenia językowe prowadzone w ścisłym powiązaniu z usprawnianiem innych funkcji poznawczych i wykonawczych należy uwzględnić w bloku zajęć terapeutycznych dostępnych dla osoby chorej w każdym tygodniu. Oddziaływania dotyczące zachowań językowych i porozumiewania się w typowych sytuacjach komunikacyjnych należy w sposób elastyczny prowadzić w kontakcie z chorym.

2. Terapia pośrednia, ukierunkowana na pacjenta — powinna być realizowana jako element codziennej opieki nad chorym i wsparcia udziela-

nego mu przez osoby z najbliższego otoczenia. Opieka logopedyczna winna uwzględniać poradnictwo dla opiekunów. Logopeda odbywa spotkania z opiekunami (rozmowy indywidualne), obejmujące takie rodzaje postępowania, jak: instruktaż, okresowa ocena działań (w odstępie kilkumiesięcznym), weryfikacja wskazanych sposobów działania i ich ewentualna modyfikacja, pomoc doraźna. Może też organizować spotkania z większą liczbą opiekunów, dając im sposobność wymiany doświadczeń i wspierania się nawzajem.

## POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

1. Sformułowanie szczegółowego programu terapii i programu dla opiekunów oraz osób z najbliższego otoczenia osoby chorej.
2. Prowadzenie dokumentacji terapii.
3. Okresowa ocena postępów terapii.
4. Weryfikacja hipotez diagnostycznych.
5. Modyfikacja programu terapii.

Programując terapię, należy zadbać o to, by planowane działania były stosowne do możliwości pacjenta (do aktualnego poziomu funkcjonowania językowego i szerzej: umysłowego oraz społecznego) i by odpowiadały potrzebom chorego (w aspekcie poznawczym, emocjonalnym, społecznym).

Nie należy dążyć do realizacji programu i zaplanowanych ćwiczeń, jeśli chory nie wykazuje zainteresowania określonym rodzajem aktywności — w toku zajęć zaleca się podążanie za pacjentem. Przebieg zajęć zależy od reakcji pacjenta na proponowane mu działania i jego aktualnej kondycji psychofizycznej. Bardzo istotne jest zaangażowanie emocjonalne chorych, możliwość aktualizowania pożądanych obszarów wiedzy oraz podjęcia przez nich wymaganych rodzajów aktywności. Należy liczyć się z tym, że wraz z postępem choroby pewne umiejętności zostaną utracone — zakres i forma proponowanych ćwiczeń będą się zmieniały w czasie, przy czym dynamika zmian może być w indywidualnych przypadkach bardzo różnorodna. Działania podejmowane względem pacjenta trzeba postrzegać jako nieustający proces diagnostyczno-terapeutyczny.

Stworzenie dla osób z chorobą Alzheimera specjalnych metod terapii logopedycznej jest kwestią przyszłości. Aktualnie podejmowane działania nawiązują do metod wypracowanych dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu, w sytuacji rozpadu kompetencji językowej i komunikacyjnej. Konieczne jest jednak poszukiwanie nowych metod pracy z myślą o pacjentach z otępieniem.

W odniesieniu do osób z chorobą Alzheimera w Lubelskim Stowarzyszeniu Alzheimerowskim (przy współpracy z Zakładem Logopedii i Językoznaw-

stwa Stosowanego Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie) wypracowano dotychczas następujące sposoby postępowania terapeutycznego.

1. W zakresie terapii bezpośredniej — usprawnianie funkcjonowania językowego osoby chorej z wykorzystaniem zeszytów ćwiczeń „Teraz i dawniej” A. Domagały i E. Długosz-Mazur (Lublin 2007; zeszyt pierwszy — „Teraz”, zeszyt drugi — „Dawniej”).

Zeszyty „Teraz i dawniej” umożliwiają przeprowadzenie cyklu zajęć zoogniskowanych wokół osoby chorego, obejmujących tematy mu najbliższe, angażujących go emocjonalnie. Zajęcia przebiegają dwutorowo:

1) cykl zajęć aktywizujących funkcje językowe (np. zapisywanie informacji w lukach, podpisywanie ilustracji, układanie tekstów, czytanie) i dodatkowo inne typy sprawności (np. funkcje motoryczne — rysowanie, wycinanie, wyklejanie), kiedy zeszyty są sukcesywnie wypełniane przez chorego z pomocą terapeuty;

2) cykl zajęć stymulujących pożądane rodzaje aktywności językowej, kiedy zeszyty zostały już wypełnione i zgromadzone w nich potrzebne informacje.

W oparciu o zeszyty proponuje się: ustne ćwiczenia leksykalne, odnoszące się do wybranego pola tematycznego; ćwiczenia w czytaniu i pisaniu (połączone np. z ćwiczeniami dotyczącymi słownictwa w wybranym polu tematycznym — dobieranie podpisów do obrazków, podpisywanie wybranych obiektów na ilustracji); rozmowy tematyczne z udziałem terapeuty i chorego, stymulujące aktywność chorego w dialogu oraz mające na celu wspieranie zachowań narracyjnych; rozmowy tematyczne z udziałem terapeuty i dwóch (lub większej liczby) pacjentów, aktywizujące chorego w większej grupie osób o podobnych problemach komunikacyjnych.

W wymiarze podstawowym zeszyty dają możliwość zaplanowania 20–25 jednostek tematycznych realizowanych, w zależności od uwarunkowań indywidualnych, w półrocznym bądź rocznym cyklu zajęć. Wraz z postępem choroby można również sięgać po kolejne egzemplarze zeszytów i te same ćwiczenia wykonywać ponownie, uwzględniając zmiany zachodzące w funkcjonowaniu umysłowym osoby chorej.

2. W zakresie terapii pośredniej — usprawnianie komunikacji z chorym poprzez modyfikację zachowań osób z najbliższego otoczenia pacjenta, według wskazań zawartych w poradniku *Choroba Alzheimera — komunikacja z chorym* A. Domagały (wyd. I — Lublin 2007; wyd. II, zmienione — Wrocław 2008).

Wypracowując własne sposoby postępowania w zakresie terapii bezpośredniej i pośredniej, należy posilkować się propozycjami pojawiającymi się w środowisku alzheimerowskim.

1. W ramach terapii bezpośredniej — w pracy z pacjentem można wykorzystać materiały pomocnicze wydawane przez różne placówki i organizacje alzheimerowskie zajmujące się terapią osób z otępieniem, w których zawarte są ćwiczenia dotyczące funkcji językowych. Dotychczas ukazały się m.in.: zeszyt ćwiczeń opracowany przez Zespół Ośrodka Terapii Zaburzeń Pamięci w Szczecinie (A. Ratajczak, M. Ratajczak, J. Kolenda, 2007), Ćwiczenia umysłowe (zeszyty 1–2), M. Paluch; materiały pomocnicze opracowane przez S. Kotapkę-Minc m.in. *Ćwiczenia usprawniające pamięć i inne funkcje poznawcze*.

2. W ramach terapii pośredniej — w pracy z opiekunem można wykorzystać literaturę pomocniczą, przede wszystkim poradniki dla opiekunów, w których zawarte są informacje na temat choroby Alzheimera i pomocy osobom chorym, z uwzględnieniem zagadnień związanych z językiem i komunikacją. Na rynku polskim dostępne są m.in. następujące pozycje: H. Aupetit (1998), *Choroba Alzheimera*, Warszawa; S. Fish (1999), *Choroba Alzheimera. Troska o dziś i jutro*, Warszawa; *Jak radzić sobie z chorobą Alzheimera. Poradnik dla opiekunów*, (2001), red. A. Sadowska; A. Sadowska, M. Wojciechowska, T. Gabryelewicz, *Codziennosc... Samodzielność. Poradnik dla opiekuna pacjenta z chorobą Alzheimera*, Warszawa; G. Schwartz (2002) *Choroba Alzheimera*, Warszawa.

Konstruując program usprawniania komunikacji, należy zwrócić uwagę na zaburzenia mowy o uwarunkowaniach odmiennych niż choroba Alzheimera, współwystępujące u danej osoby (obserwowane w okresie przed zachorowaniem, np. dysglosja, nieskorygowane wady wymowy, jąkanie, lub już po zdiagnozowaniu choroby). Należy także uwzględnić stan słuchu fizycznego ze względu na powszechność występowania niedosłuchu u osób w wieku podeszłym i związanych z tym problemów w komunikowaniu się.

#### BIBLIOGRAFIA

- Appell J., Kertesz A., Fisman M., 1982, *A study of language functioning in Alzheimer patients*, „Brain and Language”, 17, s. 73–91.
- Bayles K., 1982, *Language function in senile dementia*, „Brain and Language”, 16, s. 265–280.
- Bayles K. A., Kaszniak A. W., 1987, *Communication and Cognition in Normal Aging and Dementia*, Boston.
- Buckwalter G. J., Rizzo A. A., McCleary R., Shankle R., Dick M., Henderson W. V., 1996, *Gender comparison of cognitive performances at vascular dementia, Alzheimer disease, and older adults without dementia*, „Neurology”, 53, s. 436–439.
- Critchley M., 1964, *The Neurology of Psychotic Speech*, „British Journal of Psychiatry”, 110, s. 353–364.

- Emery O. B., 1985, *Language and Aging*, „Experimental Aging Research”, 11, 1, s. 3–60.
- Henderson V. W., Buckwalter J. G., 1994, *Cognitive deficits of men and women with Alzheimer's disease*, „Neurology”, 44, s. 90–96.
- Herzyk A., 2001, *Wariantywność przejawów afazji. Problem teoretyczny i diagnostyczny*, [w:] *Mowa. Teoria — Praktyka*, t. 1, *Zaburzenia mowy*, red. S. Grabias, Lublin, s. 280–300.
- Herzyk A., 2005, *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*, Warszawa.
- Jodzio K., 1999, *Afazja pierwotna postępująca*, Gdańsk.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, 1998, Kraków–Warszawa.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, 2000, Kraków–Warszawa.
- Linn R. T., Wolf P. A., Bachman D. L., Knoefel J. E., Cobb J. L., Belanger A. J., Kaplan E. F., D'Agostino R. B., 1995, *The 'preclinical phase' of probable Alzheimer's disease*, „Archives Neurology”, 52, s. 485–490.
- Łuczynek E., 1985, *Zaburzenia aktywności poznawczej osób w późnym wieku. Problemy demencji*, [w:] *Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej*, red. A. Herzyk, D. Kądzielawa, Lublin, s. 111–149.
- Miller E., Morris R., 1993, *The Psychology of Dementia*, John Wiley and Sons.
- Murdoch B. E., Chenery H. J., Wilks V., Boyle R. S., 1987, *Language disorders in dementia of Alzheimer type*, „Brain and Language”, 31, s. 122–137.
- Pąchalska M. (1999), *Afazjologia*, Warszawa–Kraków.
- Ripich D. N., Petrill S. A., Whitehouse P. J., Ziol E. W., 1995, *Gender differences in language of AD patients: A longitunal study*, „Neurology”, 45, s. 299–302.
- Skelton-Robinson M., Jones S., 1984, *Nominal dysphasia and severity of senile dementia*, „British Journal of Psychiatry”, 145, s. 168–171.
- Small B. J., Fratiglioni L., Viitanen M., Winblad B., Backman L., 2000, *The course of cognitive impairment in preclinical Alzheimer disease*, „Archives Neurology”, 57, s. 839–844.
- Szepietowska M., Daniluk B., 2000, *Zaburzenia językowe w demencji w ujęciu neuropsychologii klinicznej*, „Audiofonologia”, t. XVI, s. 117–135.
- Zec R. F., 1993, *Neuropsychological functioning in Alzheimer's disease*, [w:] *Neuropsychology of Alzheimer Disease and Other Dementias*, red. R. W. Parks, R. F. Zec, R. S. Wilson, s. 3–79.