

# Zaburzenia KOMUNIKACJI w zespołach otępiennych

**W**starzejących się społeczeństwach choroby otępienne są i będą poważnym problemem społecznym oraz medycznym.

Według Światowej Organizacji Zdrowia otępienie „jest zespołem spowodowanym chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są takie wyższe funkcje korowe, jak pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, język i ocena” (WHO, 1997). Zaburzenia komunikacji są częstym – choć zwykle nie jedynym i nie pierwszym – objawem chorób otępiennych.

W chorobie Alzheimera (AD) pierwszymi symptomami zaburzeń językowych są zaburzenia płynności mowy, trudności z doбором odpowiednich słów. Warto podkreślić, że są to pierwsze symptomy zaburzeń komunikacji w przebiegu choroby Alzheimera — zaburzenia istotne i zauważalne, jednak nie są to pierwsze objawy samej choroby, gdyż te są zwykle związane z pamięcią. Narastające w przebiegu choroby zaburzenia dyskursu przejawiają się chaosem wypowiedzi i ubóstwem informacyjnym. U chorego zauważamy tzw. „pustą mowę” z małym zasobem konkretnego słownictwa i ciągle zmniejszającą się liczbą używanych pojęć. W kolejnym etapie choroby Alzheimera, wraz z pogorszeniem wszystkich funkcji poznawczych, pojawiają się najczęściej zaburzenia rozumienia przy względnie zachowanej zdolności powtarzania, co daje kliniczny obraz tzw. transkoryowej afazji sensorycznej<sup>1</sup>. Zaburzenia

rozumienia są skutkiem uszkodzeń korowych pól skroniowych. Wypowiedzi chorych stają się fragmentaryczne, urywane, zdolność nazywania ulega znacznemu pogorszeniu, pojawiają się wypowiedzi stereotypowe, chory gubi wątek, powtarza fragmenty wypowiedzi. Na tym etapie pacjenci przejawiają skłonności do mówienia o przeszłości (z uwagi na lepiej zachowaną, w początkowych stadiach choroby, pamięć długoterminową niż krótkoterminową), bądź o sprawach błażych. W ostatnim stadium choroby Alzheimera komunikacja jest już uszkodzona zarówno na poziomie werbalnym, jak i niewerbalnym. Wypowiedzi chorego są szczątkowe, nierzadko ograniczone do echolalii – bezwiednego powtarzania usłyszanych słów, zwrotów, choć bez zrozumienia. Z powodu głębokich zaburzeń pamięci, zniesienia zdolności nazywania, werbalizowania własnych myśli, chory nie jest już w stanie skonstruować najprostszej wypowiedzi, bądź są to wypowiedzi pozbawione znaczenia, dziwaczne. Zaburzenia komunikacji na poziomie niewerbalnym oznaczają narastające trudności ze zrozumieniem i wyrażaniem swoich myśli za pomocą mowy ciała, gestów, mimiki, kontaktu wzrokowego.

W otępieniu czołowo-skroniowym (FTD) pierwszymi objawami chorobowymi zwykle nie są zaburzenia pamięci, jak w chorobie Alzheimera, lecz zaburzenia zachowania, zmiany osobowości. Z uwagi na czołowo-skroniową lokalizację uszkodzeń mózgu również w zaburzeniach komunikacji pojawiają się elementy zespołu płata czołowego: rozhamowanie, brak krytycyzmu, wesołkowatość, brak taktu, schematyczność myślenia. Obraz kliniczny zaburzeń komunikacji wskazuje na tzw. transkoryową afazję motoryczną, gdzie – przy względ-

**Patrycja Nocoń**  
neurologopeda,  
Zakład Pielęgnacyjno-  
Opiekuńczy w Toruniu

<sup>1</sup> Afazja, w której na skutek uszkodzonych korowych ośrodków mowy doszło do upośledzenia rozumienia mowy przy względnie zachowanej zdolności powtarzania

nie poprawnym rozumieniu i powtarzaniu – występuje nie płynna mowa, zaburzenia formułowania myśli, inicjowania mowy spontanicznej, zubożenie słownictwa, perseweracje (uporczywe powracanie do jednej myśli, zwrotu, słowa), neologizmy (tworzenie nowych, nic nie znaczących, dziwacznych słów), echolalii.

Odrębną formą FTD przebiegającą z zaburzeniami mowy, gdzie uszkodzeniu ulega lewy płat czołowy i skroniowy mózgu, jest choroba Picka, w której zaburzenia

(całkowitego zaniku mowy). Zaburzenia mowy w PPA są przez długi okres jedynym objawem chorobowym, zanim dojdą zaburzenia zachowania czy objawy neurologiczne. Innym wariantem otępienia czołowo-skroniowego jest otępienie semantyczne (SD), gdzie zanik obejmuje przednie części obu płatów skroniowych. Charakterystyczna jest tu pusta mowa, płynna, lecz z niedużą zawartością informacyjną, a także postępujące zubożenie zasobu słownictwa prowadzące do anomii.

Otępienie w chorobie Parkinsona (PDD) oraz otępienie z ciałami Lewy'ego (LBD) są kolejnymi rodzajami demencji przebiegającymi z zaburzeniami językowymi. Pojawiają się one w późniejszych stadiach choroby i mają postać nie afazji, a tzw. dyzartrii hipertoniczno-hipokinetycznej. Uszkodzenie układu pozapiramidowego prowadzi do wzmożenia napięcia mięśniowego, spowolnienia ruchów, sztywności mięśniowej. W zakresie komunikacji oznacza to zmniejszoną ruchliwość warg i języka, a co za tym idzie, usztywnioną mowę, wolną, niewyraźną, o jednostajnej melodii, słabym natężeniu głosu, osłabionym akcencie. W mowie chorego przeważają krótkie, urywane zdania, nieprecyzyjna artykulacja spowodowana ograniczonymi ruchami warg i języka, zatrzymywanie procesu mówienia, chwile ciszy. Twarz chorego zwykle 2 jest amimiczna, pozbawiona ekspresji.

W postępującym porażeniu nadjądrowym (PSP, zespół Steele'a-Richardsona-Olszewskiego) dominują objawy podkorowe, podobnie jak w otępieniu w chorobie Parkinsona oraz w otępieniu z ciałami Lewy'ego. Charakterystyczne dla objawów podkorowych jest spowolnienie funkcji psychicznych, myślenia, choć – podobnie jak w dwóch powyżej opisanych demencjach – bez objawów afazji. W aspekcie neurologicznym i neurologopedycznym do objawów zespołu parkinsonowskiego dochodzą objawy zespołu rzekomoopuszkowego prowadzące do tzw. dyzartrii rzekomoopuszkowej: mowa usztywniona, cicha, wysiłkowa, głos napięto-zdławiony, spowolnione ruchy warg, języka, podniebienia. Pojawiają się też zaburzenia połykania. Również zwyrodnienie korowo-podstawne (CBD) zawiera w obrazie klinicznym zaburzenia komunikacji pod postacią dyzartrii mieszanej oraz dysfagii (zaburzenia połykania).

mowy są, obok zaburzeń emocjonalnych, jednym z pierwszych objawów toczącego się procesu otępiennego. Zwłaszcza afazja pierwotnie postępująca (PPA), jako postać choroby Picka, może nawet wyprzedzać pojawienie się zespołu otępiennego o kilka lat. W okresie początkowym PPA głównym objawem jest brak gotowości słowa – chory nie jest w stanie na czas odnaleźć słowa, którego w danej chwili powinien użyć. Prowadzi to do pogłębiających się zaburzeń płynności mowy, zaburzeń powtarzania, anomii (zniesienia zdolności nazywania), w rezultacie do głębokiego uszkodzenia zdolności komunikacji, a nawet mutyzmu



Niezwykle istotną grupą otępień przebiegających z zaburzeniami komunikacji są otępienia naczyniopochodne (VaD), do których dochodzi na skutek zmian wielozawłowych w mózgu. Przybierają one często postać otępienia podkorowego, ze spowolnieniem psychoruchowym. Zaburzenia komunikacji mają często charakter dyzartrii z dysfagią. Zakres zaburzeń funkcji poznawczych, w tym językowych jest zależny od umiejscowienia i nasilenia zmian degeneracyjnych w mózgu.

Jak komunikować się z chorym wykazującym zaburzenia mówienia i rozumienia?

Istnieją zasady, których opiekunowie chorych powinni przestrzegać w codziennym funkcjonowaniu, by proces komunikacji jak najdłużej przebiegał płynnie.

1. Życie rodzinne powinno być kontynuowane możliwie normalnie – dla osoby z zespołem otępiennym, mającej kłopoty z pamięcią, komunikacją, świadomością swoich trudności, poczucie bezpieczeństwa oraz zwyczajności jest bardzo istotne.

2. Obserwuj możliwości komunikacyjne chorego. Gdy zauważysz, że ma problemy z mówieniem, rozumieniem, spowolnij swoją mowę. Mów spokojniej, krótkimi, prostymi zdaniem.

3. Podczas rozmowy pozostawaj z chorym w kontakcie wzrokowym. Mów choremu „do oka”, by, słuchając, mógł obserwować ruch twoich ust, języka. Gdy chory ma problemy z rozumieniem mowy, próbuj wspierać swoje przekazy gestami.

4. Nazywaj wszystkie przedmioty codziennego użytku, przedmioty w zasięgu oka. Nazywaj, komentuj czynności, które wykonujesz, np.: „robię herbatę, wsypuję cukier, mieszam łyżeczką, kroję chleb” itd.

5. W każdy możliwy sposób zachęcaj chorego do mówienia.

6. Nie przerywaj mu, gdy chce coś powiedzieć.

7. Pozwól mu popełniać błędy w mówieniu, ponieważ zbyt częste i natarczywe poprawianie go sprawi, że przestanie mówić.

8. Podczas rozmowy staraj się unikać drugoplanowych dźwięków (np. radio lub telewizor).

9. Zastępuj chorego w mówieniu tylko wówczas, gdy jest to absolutnie konieczne.

10. Nie stawiaj wymagań językowych, którym nie jest w stanie sprostać. Nie oczekuj od chorego tych samych umiejętności co przed chorobą.



foto: www.innagine.com

11. Ponadto, w zależności od aktualnych możliwości chorego:

» śpiewaj, nuć z chorym jego ulubione piosenki, słuchajcie ulubionych nagrań,  
» zwracaj uwagę chorego na zegar z cyframi, określajcie wspólnie, która jest godzina.

» zawieś na ścianie kalendarz, codziennie określajcie z chorym datę, dzień tygodnia, miesiąc, porę roku,

» rozmawiaj z chorym często, o wszystkim, o polityce, o pogodzie, wciągaj w dyskusję, pytaj o zdanie,

» poruszaj z chorym jego ulubione tematy dotyczące jego zainteresowań, wracajcie do ulubionych książek, filmów,

» oglądajcie zdjęcia, rozmawiajcie na tematy rodzinne, wspominajcie,

» powtarzaj z chorym ciągi słów: dni tygodnia, pory roku, nazwy miesięcy, teksty modlitw, wiersze,

» przeglądajcie z chorym codzienne gazety, kolorowe tygodniki, omawiajcie przeczytane artykuły, zdjęcia,

» rozwiązujcie krzyżówki,

» zachęcaj chorego do czytania, zwłaszcza czytania na głos; zachęcaj, by opowiedział o tym, co przeczytał,

» przed wyjściem do sklepu róbcie listę zakupów, w sklepie zachęcaj, by chory sam zakupił to, co potrzebne, bez zaglądania do kartki,

» rano zapisz choremu listę działań na dany dzień, pozostaw w widocznym miejscu, by w każdej chwili mógł skontrolować, a potem w południe i wieczorem przeczytać w celu kontroli,

» wieczorem odtwarzaj z chorym, co jadł na śniadanie, co na obiad, co robił w ciągu dnia,

» staraj się powtarzać z chorym numery te-

lefonów najbliższych, ważne daty, imiona członków rodziny, bliskich, znajomych,  
» będąc w domu, odtwarzaj z chorym drogę do sklepu, do kościoła, do parku, do rodziny. Podobnie, przed wyjściem z domu planujcie najpierw w rozmowie, którą drogą pójdziecie lub będziecie jechać.  
» zachęcaj chorego do słuchania radia, rozmawiaj na temat wysłuchanych audycji. Zaburzenie procesów poznawczych, w tym procesów językowych, ma w zespołach otępiennych charakter długotrwa-

ty, zwykle postępujący i nieodwracalny. Wszelkie formy terapii mają więc na celu nie powrót do pełnej kondycji językowej, ale raczej zwolnienie postępu zaburzeń komunikacji i utrzymanie z chorym jak najdłuższego kontaktu słownego. ■

#### SŁOWNICZEK:

**dyzartria** — zaburzenie komunikacji wynikające z uszkodzenia narządów i dróg unerwiających narządy mowy. W przeciwieństwie do afazji chory z powodzeniem układu myśli w struktury językowe, ale nie jest w stanie ich wypowiedzieć z powodu uszkodzenia aparatu wykonawczego mowy

**hipertonia** — zwiększone napięcie (w dyzartrii napięcie mięśniowe)

**hipokineza** — ograniczenie, spowolnienie ruchów

**układ pozapiramidowy** — układ podkorowy, reguluje napięcie mięśni, kontroluje ruchy mimowolne, zachodzące bez udziału świadomości

#### Literatura:

- M. Ziółkowska-Kochan, Aspekty neurologiczne chorób otępiennych, *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2002, tom 2, nr 2, Via Medica
- J. L. Cummings, M.S.Mega, *Neuropsychiatria*, Wyd. I polskie, red. M. Rydzewski, Wyd. Medyczne Urban&Partner
- L.P. Rowland: "Neurologia Merritta", red. H. Kwieciński, A.M. Kamińska
- K. Jodzio, Afazja pierwotna postępująca, Gdańsk, Wydawnictwo UG 1999.
- K. Jodzio, Pamięć, mowa a mózg. Podejście afazjologiczne, Gdańsk: Wydawnictwo UG. 2003.
- Red. Z. Tarkowski, *Dyzartria*, Lublin 1999, Wyd. Fundacji Orator
- W. Tłokiński, Zaburzenia mowy o typie dyzartrii, W: *Podstawy neurologopedii*
- J. Sławek, D. Wieczorek, Zaburzenia poznawcze w chorobie Parkinsona: rozpowszechnienie, patogeneza i obraz kliniczny, W: *Zaburzenia poznawcze i psychiczne w chorobie Parkinsona i innych zespołach parkinsonowskich*, Wyd. Continuo, Wrocław 2006.
- D. Kądziaława, Afazja, W: red. A. Herzyk, D. Kądziaława, *Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej*, Lublin, UMCS
- D. Kądziaława (red), Herzyk, *Związek mózg-zachowanie w ujęciu neuropsychologii klinicznej*, Lublin, UMCS

