

Problemy zdrowotne starzejącego się człowieka stanowiącym wpływają na sposoby jego komunikacji z otoczeniem. Obraz psychologiczny tego zjawiska jest bardzo złożony. Towarzyszące chorobom zmiany nastroju i obniżenie motywacji do werbalnego komunikowania się, nieadekwatna do sytuacji roszczeniowość czy agresywność, w cięższych przypadkach postępujący rozpad umiejętności posługiwania się językiem, a nawet całkowita utrata zdolności porozumiewania się - to jedynie przykłady symptomów chorób o różnym podłożu fizjologicznym i psychopatologicznym. Zjawisko to jest problemem interdyscyplinarnym, co znaczy, że znajduje się w kręgu zainteresowań różnych dyscyplin naukowych, w tym logopedii.

Spotykam się z przekonaniem, że logopedia jest nauką zajmującą się głównie zaburzeniami mowy wieku dziecięcego. Warto pamiętać, że wyżej wspomniane zagadnienia nie są jedynym aspektem, na którym skupia się praca logopedy. Obejmuje ona również kwestie związane z profilaktyką, emisją oraz higieną głosu, jak i rehabilitacją mowy po usunięciu krtani, wypadkach, udarach czy innych chorobach neurologicznych.

Zmiany demograficzne oraz stale zwiększająca się grupa osób starszych, przyczyniają się do licznych prób szczegółowego opisu sposobu komunikacji, jak i strategii postępowania terapeutycznego w przypadku seniorów. Wiek jest czynnikiem ryzyka pojawienia się różnych schorzeń, które negatywnie wpływają na wspomniane wyżej aktywności językowe. Demencja, zwana inaczej otępieniem to zbiór objawów wywoływanych chorobą mózgu, która ma charakter przewlekły i postępujący. Specyficznymi objawami otępienia są zaburzenia pamięci. Zauważa się również zmiany osobowości czy myślenia abstrakcyjnego. Należy podkreślić, że są to jedynie przykłady deficytów pojawiających się w schorzeniach neurodegeneracyjnych. Przedstawione symptomy mają kluczowy wpływ na wykonywaną pracę, życie społeczne oraz rodzaj związków międzyludzkich. Łagodny początek choroby ze stopniowo narastającymi deficytami jest typowy dla wielu schorzeń dotykających pacjentów w podeszłym wieku, takich jak choroba Alzheimera czy Parkinsona. Należy zwrócić uwagę na fakt, że pojawienie się zmian dementywnych nie jest elementem właściwie postępującego procesu starzenia. Zatem nie bagatelizujemy nawet drobnych podejrzeń. Na funkcjonowanie chorego korzystnie wpływa szybkie rozpoczęcie interwencji.

Z punktu widzenia logopedii, pacjenci dotknięci chorobą otępienną to osoby, które w oczekiwanym zakresie zdołały wcześniej opanować umiejętności językowe. W tym przypadku zaburzenia mowy mają charakter postępujący – nasilają się na skutek zachodzącej neurodegradacji. Są one nieodwracalne, gdyż na dzień dzisiejszy medycyna nie jest w stanie przeciwdziałać wszystkim skutkom choroby. Podkreśla się, że zaburzenia mowy występują wraz z deficytami innych sfer. Niefarmakologiczne formy pracy z pacjentem dotkniętym demencją pozytywnie wpływają na jego funkcjonowanie społeczne i emocjonalne. Utrzymywanie prawidłowych relacji z chorym przejawia się poprzez: pielęgnowanie wzajemnych więzi, stałą pracę nad utrzymaniem

poziomu funkcjonowania pacjenta oraz podtrzymywanie poczucia bezpieczeństwa. Wszystko to powoduje poprawę jakości życia osób chorych. Aby móc oddziaływać na zaburzone sfery w postępowaniu leczniczo-rehabilitacyjnym powinni zostać uwzględnieni terapeuci z różnych dziedzin. Terapia logopedyczna pacjentów z otępieniem ma charakter holistyczny, oznacza to, że nie skupia się wyłącznie na deficytach językowych. Wykorzystuje się również elementy innych terapii, między innymi kognitywnej, która polega na ćwiczeniach orientacji, pamięci, kategoryzowania oraz myślenia przyczynowo-skutkowego. Warto odwoływać się do przeżyć i doświadczeń z przeszłości osoby z demencją. Z tego względu wykorzystuje się różne pamiątki, nagrania czy zdjęcia. Istotnym zadaniem jest stworzenie choremu przyjaznego i spokojnego miejsca pracy.

Głównym celem terapii logopedycznej jest podtrzymywanie każdego rodzaju pożądanej aktywności językowej, możliwej w danym stadium choroby. Stosuje się dwie formy oddziaływań. Pierwszy typ – bezpośredni, polega na indywidualnych, bądź grupowych zajęciach na płaszczyźnie logopeda-pacjent. Natomiast drugą, bardzo istotną formą są oddziaływania pośrednie, czyli usprawnianie komunikacji językowej w relacji: opiekun-chory. Doskonale wiemy, że proces porozumiewania wraz z postępem choroby zostaje utrudniony. Jest to problem, z którym zmagają się zarówno pacjent, jak i jego opiekunowie. Z tego względu pragnę przybliżyć najistotniejsze zagadnienia z zakresu interakcji. Nazwa programu **W-S-P-I-E-R-A-M** została utworzona, aby wyszczególnić najważniejsze zależności wpływające na prawidłowe zrozumienie wypowiedzianych treści. **W-S-P-I-E-R-A-M** czyli:

- W** – Ważny początek: kryteria inicjalne
- S** – Stymulacja komunikacyjna: „ja i ty”, „tu i teraz”
- P** – Powiem ci jasno: język
- I** – Inne formy komunikowania się: nie tylko język
- E** – Empatia: twoje trudności są wynikiem schorzenia
- R** – Radzimy sobie razem: twoje trudności językowe
- A** – Aktywność językowa, którą pragnę zachować
- M** – Muszę w ten sposób: w ciężkich momentach

[W] Wypracowanie gotowości komunikacyjnej jest najważniejszym warunkiem, który musi spełnić opiekun, aby rozmowa z chorym mogła przebiec należycie. Warto zwrócić uwagę na podstawowe aspekty, takie jak odpowiednia słyszalność, kontakt wzrokowy, obdarzenie uwagą, zaakceptowanie swej roli w procesie komunikacji. Koniecznym jest również przystosowanie się do

warunków zaistniałych w trakcie rozmowy, na przykład obecność innych ludzi czy aktualny nastrój chorego.

[S] W przypadku otępień częstym zjawiskiem jest występowanie, tzw. „zespołu błędnego rozpoznawania”. Chory nie potrafi określić gdzie się znajduje, bądź z kim rozmawia. Zdarza się również, że myli osoby, źle interpretuje zjawiska oraz błędnie określa czas i miejsce interakcji. Z tego względu należy przypominać mu do kogo mówi, co łączy współrozmówców, jaki jest czas i miejsce rozmowy. Wprowadzenie pewnego rodzaju rozeznania aktualnych zdarzeń pozwoli na uniknięcie niepokoju i niepewności ze strony chorego.

[P] Pamiętajmy, aby dopasować wypowiedzi do możliwości chorego. Postępujące trudności w zakresie funkcji językowych, pamięci, uwagi czy zdolności przetwarzania informacji wymagają od opiekuna uproszczenia komunikatów kierowanych w jego stronę. Lepiej sprawdzają się jasne i konkretne wypowiedzi, niż np. pytania retoryczne czy rozbudowane zdania. Można skupiać uwagę chorego poprzez dobitne akcentowanie wyrazów kluczowych. Używajmy słownictwa powszechnie znanego.

[I] Istotnym aspektem jest również komunikacja niewerbalna, czyli między innymi mimika oraz gesty. Wprowadzenie dodatkowych ruchów powiązanych z wypowiadaniem komunikatem wpłynie korzystnie na sposób jego rozumienia (np. jeżeli chcesz, aby chory podszedł do ciebie - dodaj gest przywołania lub wskaż konkretne krzesło, jeśli chcesz, żeby na nim usiadł). Warunkuje to wzmocnienie przekazywanych treści językowych i nakierowuje osobę chorą, która w różnym stopniu może mieć problem ze zrozumieniem tego co się do niej mówi.

[E] Nieracjonalne zachowania pacjenta są spowodowane jego chorobą, nie wynikają ze złych intencji. W tak ciężkiej sytuacji opiekun musi wykazać się zrozumieniem i wsparciem. Pogłębianie wiedzy na temat określonego schorzenia sprzyja zrozumieniu czasami absurdalnego postępowania chorego. Powstrzymajmy się od komentarzy typu: „*Dopiero o to pytałeś*”, „*Przecież mówiłam ci to wielokrotnie*”. Pewne informacje mogą nie zostać przyswojone przez chorego, dlatego warto cierpliwie tłumaczyć nawet proste rzeczy.

[R] Specyficznym dla choroby otępieńnej jest obniżenie funkcjonowania pacjenta. Bariera komunikacyjna staje się coraz większa. Dlatego zadaniem opiekuna jest wspieranie chorego w codziennych sytuacjach, np. poprzez dawanie większej ilości czasu na zastanowienie się, bądź celowe powracanie do omawianego tematu. Jeżeli chory ma trudności z przypomnieniem sobie określonej nazwy, możemy pomóc mu podpowiadając pierwszą głoskę/sylabę danego wyrazu. Takie zachowanie daje poczucie powodzenia oraz zapobiega wycofywaniu się z życia społecznego.

[A] Celem postępowania terapeutycznego jest stymulacja. Starajmy się aktywizować chorego na różnych płaszczyznach. Możemy wprowadzać rozmowy na przystępne dla pacjenta tematy, bądź prosić o opisanie ilustracji, którą właśnie ogląda w gazecie. Wszystkie czynności o charakterze

językowym należy trenować również w warunkach domowych. Poprośmy seniora o napisanie dla nas listy zakupów lub wypełnieniu pocztówki (możemy podyktować treść, należy również podkreślić jak ważna dla nas jest jego pomoc). Wspólnie rozwiązujemy krzyżówki, segregujemy przedmioty. Przypominajmy sobie aktualną datę, wszystkie pory roku, miesiące oraz dni tygodnia. Możemy razem śpiewać ulubione piosenki oraz recytować proste wierszyki. Poprośmy chorego, aby dokończył przysłowie, które przywołujemy. Nazywajmy przedmioty z najbliższego otoczenia, oglądajmy rodzinne albumy, a przy tym przypominajmy sobie imiona. W bezpieczny sposób angażujemy chorego w różne prace domowe. Takie aktywności wspierają samodzielność pacjenta oraz umacniają więzi rodzinne.

[M] Pewne zachowania, które towarzyszą chorym mogą zniechęcać opiekunów do systematycznego kontaktu z nimi. Warto szukać skutecznych metod radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych. Reagujmy na uciążliwe dla nas zachowania. Dodatkowo, należy podkreślić, że szukanie pomocy w placówkach przeznaczonych do opieki osób chorych przewlekle nie jest niczym złym. Nie wstydzmy się prosić o wsparcie.

Język jakim posługuje się opiekun podczas kontaktu z chorym jest ważnym zagadnieniem, które należy omawiać, aby zrozumieć trudności mogące się pojawiać. Zastosowanie wyżej opisanego programu pomoże w przezwyciężeniu komplikacji jakie powstają podczas codziennych czynności. Zachęcam opiekunów do wprowadzenia w plan dnia treningu procesów poznawczych. Przykładowe zestawy ćwiczeń można znaleźć w zakładce aktualności na stronie internetowej Łódzkiego Towarzystwa Alzheimerowskiego (<http://www.alzheimer-lodz.pl/aktualnosci.html>). Są to aktywności niezbędne do podtrzymania funkcjonowania człowieka na jak najwyższym poziomie.

Dominika Gołąbek

logopeda

## Bibliografia

1. Daniluk B. Szepietowska E. M. (2005) *Ograniczenia i możliwości komunikacji językowej w demencji* [w:] Tarkowski Z. (red.) *Neurologopedia*, Wydawnictwo Fundacji ORATOR, Lublin, s. 61 – 80
2. Domagała A. (2011) *Otępienie alzheimerowskie – usprawnianie komunikacji językowej w relacji: opiekun-chory* [w:] Leszek J. (red.) *Choroby otępienne. Teoria i praktyka, Wydanie II*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław, s. 305 - 320
3. Domagała A. (2012) *Zaburzenia komunikacji językowej w otępieniu alzheimerowskim – typologia zjawisk w perspektywie progresywności wypowiedzi* [w:] Grabias S. Kurkowski M. (red.) *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 625 – 644
4. Grochmal-Bach B. (2007) *Cierpienie osób z otępieniem typu Alzheimera. Podejście terapeutyczne*, Wydawnictwo WAM, Kraków
5. Panasiuk J. (2018) *Zaburzenia mowy u osób w wieku senioralnym – diagnoza i terapia logopedyczna* [w:] Tłokiński W. Milewski S. Kaczorowska-Bray K. (red.) *Gerontologopedia*, Harmonia Uniwersalis, Gdańsk, s. 367 – 411
6. Podemski R. Słotwiński K. (2003) *Zaburzenia mowy w procesach otępiennych* [w:] Leszek J. (red.) *Choroby otępienne. Teoria i praktyka, Wydanie I*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław, s. 271-282
7. Tłokiński W. Olszewski H. (2014) *Zaburzenia mowy związane z wiekiem* [w:] Milewski S. Kuczkowski J. Kaczorowska-Bray K. (red.) *Biomedyczne podstawy logopedii*, Harmonia Uniwersalis, Gdańsk, s. 410 – 427
8. Zyss T. Krajewska M. Michalik M. (2018) *Otępienia w perspektywie medycznej a logopedyczne procedury diagnostyczno-terapeutyczne* [w:] Tłokiński W. Milewski S. Kaczorowska-Bray K. (red.) *Gerontologopedia*, Harmonia Universalis, Gdańsk, s. 414 – 449