

KATARZYNA GUSTAW¹, IRENA WOŹNICA²

KOMUNIKACJA Z PACJENTEM Z CHOROBAŁ ALZHEIMERA-PROPOZYCJE
TERAPII

*COMMUNICATION WITH A PATIENT WITH ALZHEIMER'S DISEASE –
PROPOSALS FOR THERAPY*

*КОММУНИКАЦИЯ С ПАЦИЕНТОМ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА-
ПРЕДЛОЖЕНИЯ ТЕРАПИИ*

*КОМУНІКАЦІЯ З ПАЦІЄНТОМ З ХВОРОБОЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА-
ПРОПОЗИЦІЇ ТЕРАПІЇ*

¹ Z Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie

Kierownik Zakładu: Prof. dr hab. Jerzy Za g ó r s k i

² z Instytutu Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie

Dyrektor Instytutu: Prof. dr hab. n. med. L. W d o w i a k

W artykule przedstawiono wyniki badania dotyczącego problemu (zagadnienia)
komunikowania się pacjentów z chorobą Alzheimera z otoczeniem.

SŁOWA KLUCZOWE: choroba Alzheimera, język, komunikacja.

KEY WORDS: *Alzheimer's disease, language, communication.*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *болезнь Альцгеймера, язык, коммуникация.*

КЛЮЧОВІ СЛОВА: *хвороба Альцгеймера, мова, комунікація.*

Istota choroby *Alzheimera* polega na postępującym rozpadzie funkcji mózgu w obrazie klinicznym zespołu dementywnego. Obok wyraźnej utraty pamięci występują zaburzenia: mowy, postrzegania, rozpoznawania, orientacji czasowej i przestrzennej, krytycyzmu, planowania własnych działań. W efekcie pojawiają się problemy w komunikowaniu się z otoczeniem. Osoba z chorobą *Alzheimera* często sygnalizuje swoje emocje, potrzeby i oczekiwania w sposób niezrozumiały dla otoczenia. Nie potrafi też właściwie odbierać kierowanych do niej wypowiedzi, jeśli budowane są one nieumiejętnie. Bariery w komunikacji powodują izolację społeczną chorego, negatywnie wpływają na jego stan emocjonalny oraz poczucie własnej wartości i jak wskazuje literatura, mogą być przyczyną depresji. Opiekunowie osób chorych zgłaszają niemożność porozumienia się z chorym, wskazują na związane z tym trudności w życiu codziennym: w opiece nad chorym, w planowaniu życia rodzinnego i form aktywności chorego.

METODA BADANIA

Narzędziem badawczym była dwie ankiety: anABC i anKONTAKT oraz monografia program KONTAKT.

Pierwsza ankieta (anABC) zaprojektowana została tak, żeby oceniać sprawność językowo-komunikacyjną. Podzielona była na trzy części A, B, C.

Część A zawierała pytania oceniające kompetencje w pięciu kolejnych aspektach: fonologicznym, syntaktycznym, leksykalno-semantycznym, treściowym i pragmatycznym.

Część B skierowana była do opiekunów osób z chorobą *Alzheimera* (a także innych osób z otoczenia chorego, które pozostają z nimi w kontakcie) i zawierała otwarte pytania oceniające potrzeby i trudności w komunikacji z osobą cierpiącą na chorobę *Alzheimera*.

Część C ankiety zawiera elementy oceny bezpośredniej komunikacji chorego przez badającego w pięciu sferach jak w części A czyli zawierała pytania oceniające kompetencje w pięciu kolejnych aspektach: fonologicznym, syntaktycznym, leksykalno-semantycznym, treściowym i pragmatycznym.

Ankieta będzie służyła w przyszłości do stworzenia testu oceniającego kompetencje językowe u pacjentów z chorobą *Alzheimera*

Efektom zastosowania pierwszej ankiety było stworzenie profilu zaburzeń językowych w kolejnych fazach choroby *Alzheimera*.

Następnym etapem było zaadaptowanie anglojęzycznej metody FOCUSED do warunków języka polskiego. Metoda ta jest jedyną spójną, opartą na narzędziach lingwistycznych, formą oceny, a zarazem zestawem technik postępowania terapeutycznego w chorobie *Alzheimera*. Zakłada różne sposoby postępowania w zależności od etapu procesu demencyjnego (w poszczególnych fazach otępienia: łagodnej, średnio zaawansowanej i zaawansowanej).

Zarówno ankieta ABC jak i tłumaczenie metody FOCUSED pozwoli na stworzenie konkretnych metody radzenia sobie z trudnościami komunikacyjnymi i językowymi w chorobie *Alzheimera* w formie monografii zatytułowanej „KONTAKT”.

Monografia ta została przedstawiona opiekunom pacjentów, których poproszono o zapoznanie się z nią i zastosowanie technik terapeutycznych u swoich podopiecznych. Po okresie dwóch miesięcy opiekunowie zostali poproszeni o ocenę programu KONTAKT w którym narzędziem była druga ankieta anKONTAKT, a jej pytania oceniały zrozumiałość, adekwatność i przydatność oraz efektywność tego programu jako całości i poszczególnych jego siedmiu technik.

MATERIAŁ BADANIA

W badaniu brało udział 32 pacjentów z chorobą *Alzheimera* i ich opiekunowie.

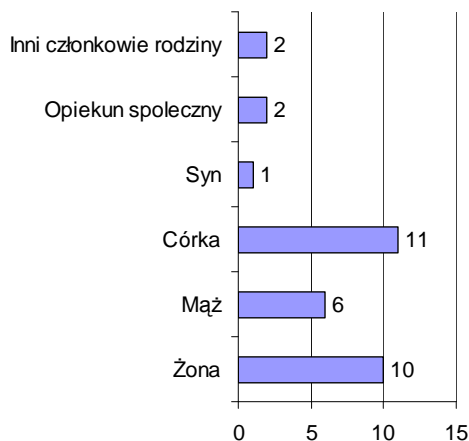
Pacjenci: Wśród 32 pacjentów było 19 kobiet i 13 mężczyzn w wieku od 63-81 lat (średnia 72 l) Pacjentów podzielono na trzy grupy w zależności od poziomu zaburzeń ich funkcji poznawczych w ocenie Mini Mental State Examination (MMSE). Przyjęto poprawkę w MMSE dla poziomu wykształcenia badanych.

⇒ AD1, Grupa pierwsza byli to pacjenci (11 osób) z MMSE > 19, co odpowiada pierwszemu stadium choroby *Alzheimera*, stadium łagodnych zaburzeń pamięci

⇒ AD2, Grupa druga byli to pacjenci (12 osób) z MMSE 19-10, średniozaawansowane i zaawansowane zaburzenia poznawcze.

⇒ AD3, Grupa trzecia to pacjenci w liczbie 9 z MMSE < 10, głębokie zaburzenia poznawcze.

Opiekunowie: Grupę 32 opiekunów stanowiły głównie kobiety głównie o średniej wieku 58 lat (36-83) najczęściej córki i żony chorych (Ryc. 1). W tej grupie dominowały osoby ze średnim i wyższym wykształceniem (Ryc. 2).

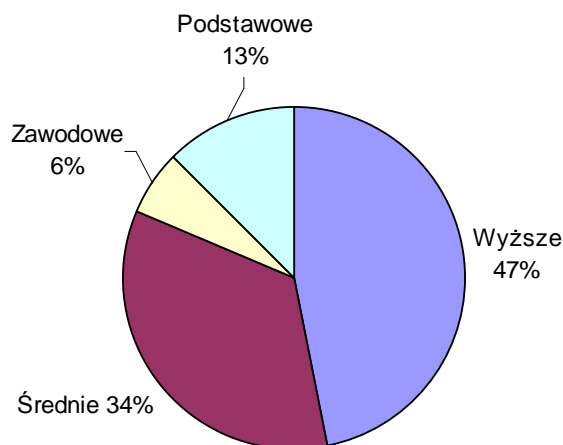


Ryc. 1. Profil pokrewieństwa z opiekunem (respondentem ankiety) pacjenta grupy badane

Fig. 1. Relationship profile with the patient's caregiver (respondent) - study groups.

Рис. 1. Профиль родства с опекуном (респондентом анкеты) пациента исследуемой группы.

Мал. 1. Профіль спорідненості з опікуном (респондентом анкети) пацієнта досліджуваної групи.



Ryc. 2. Poziom wykształcenia opiekunów

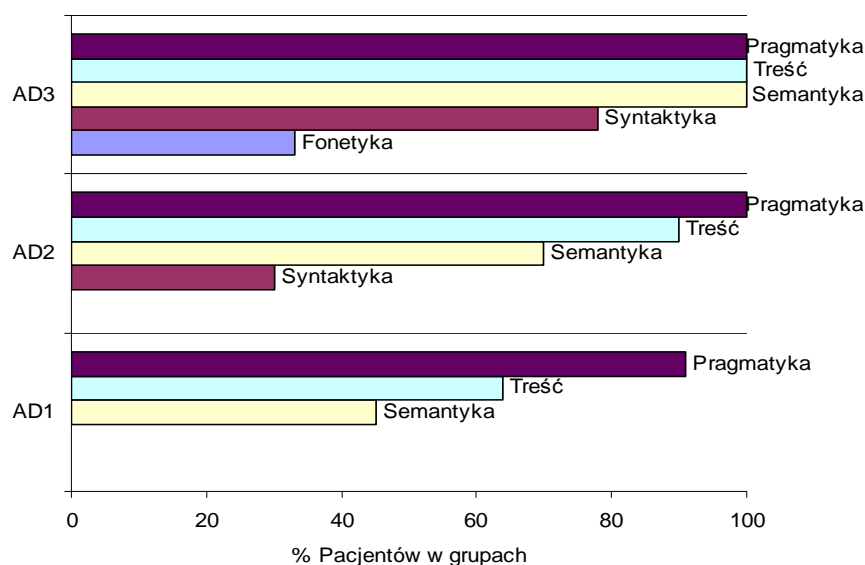
Fig. 2. Level of caregivers' education.

Рис. 2. Уровень образования опекунов.

Мал. 2. Рівень освіти опікунів.

WYNIKI BADANIA

Zestawienie wyników anABC przedstawiono w postaci wykresu (Ryc. 3).



Ryc. 3. Profil zaburzeń językowych u pacjentów w poszczególnych fazach choroby *Alzheimera* (AD 1, 2, 3).

Fig. 3. Profile of language disorders in patients in specified phases of *Alzheimer's disease* (AD 1,2,3).

Рис. 3. Профиль нарушений речи у пациентов на определенных этапах болезни *Альцгеймера* (AD 1,2,3).

Мал. 3. Профіль порушень мови у пацієнтів на певних етапах хвороби *Альцгеймера* (AD 1,2,3).

OPIS WYNIKÓW anABC I PROPOZYCJE TERAPII KONTAKT

Trudność komunikacyjne i językowe pacjentów w pierwszym stadium choroby *Alzheimera* (AD1)

Pacjenci w początkowym stadium choroby (11 osób) to osoby, które mieszkają we własnych domach, sami lub pod nadzorem. Otrzymują pomoc przy gotowaniu, sprzątaniu i innych czynnościach, które gdy nie są nadzorowane mogą stanowić potencjalne zagrożenie. W pierwszym etapie rozwoju choroby zdolności komunikacyjne zaburzone są w nieznacznym stopniu.

W grupie badanych pacjentów w fazie pierwszej **fonologia i składnia**, czyli system dźwięków i struktura języka nie są uszkodzone.

Semantyka natomiast była zaburzona u 50% badanych. Badani mają trudności z odnalezieniem i poprawnym użyciem słowa. Wszyscy z badanych wielokrotnie nie byli w stanie zrozumieć konkretnego słowa. Na tym etapie chorzy w 80% mieli świadomość tego zaburzenia, często przepraszali, że nie zastosowali właściwego słowa. Zasób słownictwa wyraźnie ubożeje.

Pojawiają się problemy z wyrażeniem treści. Osoba z chorobą *Alzheimera* może

odbiegać od tematu rozmowy. Zdolność generowania serii sensownych zdań jest ograniczona. Chory ma też trudności w rozumieniu nowych informacji.

Pragmatyka (zdolność odpowiedniego użycia języka) jest także zaburzona we wczesnej fazie choroby. Osoba z chorobą *Alzheimera* wie, kiedy mówić, ale może mówić zbyt długo na dany temat. Może być apatyczna, niechętna do nawiązywania rozmowy, kiedy wydaje się to właściwe. Już w początkowym stadium choroby, osoba może mieć trudności ze zrozumieniem żartów, analogii, sarkazmu, dwuznacznych i niejasnych wypowiedzi. Chory nie rozumie wyrażeń metaforycznych.

Cele terapeutyczne w pierwszym stadium choroby *Alzheimera*. Zastosowanie technik KONTAKT

W procesie treningu komunikacyjnego w pierwszym stadium choroby *Alzheimera* ważne jest podtrzymywanie zaangażowania chorego i jego kontaktu z innymi. Realizuje się ten etap utrzymując komunikację w normalnym stylu i stosując wszystkie techniki **KONTAKT**. Poniżej przedstawiono sposób stosowania tych metod w pierwszym stadium choroby.

1. **Kontaktuj się** – kontaktuj się bezpośrednio z chorym. Zwracaj się twarzą do rozmówcy i utrzymuj kontakt wzrokowy tak jak z każdym innym rozmówcą.

2. **Odblokuj** – odblokuj rozmowę. Pomóż choremu usunąć blokady komunikacyjne. Zasugeruj słowo, którego szuka. Daj mu kilka sekund, aby zapamiętał właściwe słowo lub podpowiedz mu brakujące słowo, tak jak przyjacielowi w rozmowie. Jeśli osoba stosuje słowo niepoprawnie, zadaj pytanie, aby wyjaśni, co ma na myśli lub powtórz zdanie wstawiając odpowiednie słowo. Najważniejsze jest zachowywanie się w sposób naturalny. Staramy się postępować tak, żeby nie akcentować problemów językowych i komunikacyjnych pacjenta.

3. **Nawiązuj** – nawiązuj do tematu rozmowy. Jeśli chory odbiegnie od tematu, zachęcaj go do powrotu do poprzedniego tematu poprzez ponowne nawiązywanie tematu, lub robiąc uwagę z nim związaną. Posłuż się dostępnymi pomocami pamięciowymi.

4. **Twórz pytania** – twórz pytania z opcjami wyboru. Dostarcz dwóch prostych opcji. Zastosuj pytania wymagające odpowiedzi tak/nie. Nie stawiaj chorego w niezręcznej sytuacji zadając mu pytania testowe.

5. **Angażuj** – angażuj chorego, zachęć do rozmowy przez naturalną zmianę ról. Podpowiedz brakujące słowa i zwroty i podtrzymuj płynną rozmowę. Zainicjuj rozmowę, jeśli osoba z chorobą *Alzheimera* tego nie robi.

6. **Konstruu** – konstruu łatwe do zrozumienia zdania twierdzące. Używaj imion i nazw własnych. Ton głosu powinien być jednoznaczny, życzliwy szczerzy. Unikaj sarkazmu, humoru, wyrażeń niejasnych i o podwójnym znaczeniu. Konstruu różne wyjaśnienia problemu.

7. **Toruj** – toruj choremu drogę w temacie rozmowy. Powtarzaj słowa i zdania, jeśli będzie to konieczne. Wprowadź temat na początku rozmowy. Powtarzaj pytania i odpowiedzi, jeśli to konieczne. Zorientuj się zgodnie z zasadami proksemiki jak powinieneś utorować drogę skutecznej komunikacji w przestrzeni. Zorientuj się gdzie pacjent powinien siedzieć a gdzie powinieneś siedzieć ty.

Trudności komunikacyjne i językowe pacjentów w drugim stadium choroby *Alzheimera*

Osoba w drugim stadium choroby *Alzheimera* zaczyna wykazywać poważne zaburzenia umiejętności językowych.

Fonologia stosowana jest poprawnie, ale pojawiają się zaburzenia składni. Osoba z chorobą *Alzheimera* ma trudności ze zrozumieniem zdań złożonych. Fragmenty zdań i błędy gramatyczne są częste.

Semantyka jest również zmieniona. Zakres słownictwa jest znacznie zawężony. Podczas rozmowy taka osoba ma problemy ze znajdowaniem odpowiednich słów i trudności z nazywaniem rzeczy. Pacjent stosuje utarte zwroty. Mówi, ale wyraża mniej logiczne myślenie.

Treść i pragmatyka są zaburzone w tym stadium. Chory wie, kiedy zabierać głos w czasie rozmowy, jednak często zapomina temat rozmowy, powtarza zwroty, zaniedbuje powitania. Osoba w drugim stadium choroby traci wrażliwość na wzorce konwersacyjne, niezależnie czy występuje w roli mówcy czy słuchacza. Mówi o wydarzeniach z przeszłości lub o błahostkach. Rzadko poprawia swoje błędy.

Cele terapeutyczne w drugim stadium choroby *Alzheimera*. Zastosowanie technik KONTAKT

Naszym celem jest pomoc osobie z chorobą *Alzheimera* w utrzymaniu normalnego stylu komunikacji. Należy inicjować i podtrzymywać rozmowę przez naturalną wymianę ról. Aby to osiągnąć, interakcja pomiędzy mówcą i słuchaczem musi być oparta na wzajemnych ustępstwach. Należy stosować wszystkie techniki KONTAKT, aby podtrzymać wymianę ról. Poniżej prezentujemy jak stosować te metody w drugim stadium choroby.

1. **Kontaktuj się**, zwracaj się twarzą do chorego. Zwracaj się po imieniu, lekko dotknij rozmówcę, zwróć na siebie jego uwagę. Utrzymuj kontakt wzrokowy i podtrzymuj uwagę chorego na sobie.

2. **Odblokuj** „zablokowane” słowa. Ze względu na zawężony zakres słownictwa w drugim stadium choroby *Alzheimera*, konieczne jest zwrócenie szczególnej uwagi na usunięcie blokad w komunikowaniu się. Pamiętaj o podpowiadaniu brakujących słów, zadawaj pytania wyjaśniające, powtarzaj zwroty i zdania wstawiając słowa, które chory opuścił. W ten sposób upewnisz się, że rozumiesz, co chory chce zakomunikować.

3. **Nawiązuj** ciągłość rozmowy odwołując się do tematu rozmowy, szczególnie, gdy chory zapomina, co jest tematem lub przeskakuje na inny temat. Jeśli musisz zmienić temat, odczekaj chwilę, a dopiero później orientuj na nowo i koncentruj uwagę osoby na nowym temacie. Mów powoli i stosuj metody ułatwiające zapamiętywanie. Możesz też używać ilustracji i słowa pisanego, a także stosować gesty.

4. **Twórz** pytania o ograniczonej liczbie odpowiedzi, jest to kluczowe w drugim stadium choroby. Akcję werbalną pytania możemy wspierać

ilustracjami. Ułatwi to choremu zrozumienie treści, a my uzyskamy odpowiedź na pytanie.

5. **Angażowanie chorego w wymianę ról w rozmowie jest bardzo ważne w komunikowaniu się z osobą w drugim stadium rozwoju choroby *Alzheimera*. Dokładaj wszelkich starań, aby ciągle angażować pacjenta, podtrzymać płynną rozmowę od początku do jej zakończenia. Zawsze reaguj na to, co chory komunikuje. Zakończ rozmowę w stosownym czasie.**

6. **Konstruuj początek i kontynuację rozmowy, mów o rzeczach konkretnych i znanych. Stosuj krótkie zdania, o prostej strukturze. Ułatwi to choremu udzielenie poprawnej odpowiedzi. Używaj tylko tych rzeczowników i nazw własnych, do których odnosisz się w rozmowie. Unikaj zaimków. Przywitaj się z chorym nawet wtedy, gdy on tego nie robi.**

7. **Toruj zachowania komunikacyjne poprzez akcentowanie rzeczowników i nazw własnych. Powtarzaj istotne dla rozmowy słowa i zdania, kiedy zauważasz, że chory nie rozumie co mówisz. Toruj drogę ku komunikacji stosując rozpoznane już wygodne dla pacjenta relacje przestrzenne w rozmowie.**

Trudności komunikacyjne i językowe pacjentów w trzecim stadium choroby *Alzheimera*

Osoba w trzecim stadium choroby *Alzheimera* ma poważnie zaburzone werbalne i niewerbalne funkcje procesu komunikacji. Nawet **fonologia**, która jak dotąd była nienaruszona, ulega zaburzeniom w trzecim stadium choroby. Częste są błędy w artykulacji. Zachowane są pewne elementy gramatyki, ale częste są fragmenty zdań. Nie rozumie wielu form gramatycznych. **Złożoność syntaktyczna zdań jest zaburzona**

Semantyka jest znacząco zaburzona. Wyraźnie zaznaczone są problemy ze znalezieniem słów oraz rozumieniem słów. Słownictwo jest ubogie. Chory może tworzyć neologizmy i posługiwać się żargonem. **Treść** wypowiedzi może być niezrozumiała i dziwna. Wypowiedzi zrozumiałe to najczęściej opowiadania z przeszłości, przy czym charakteryzują się ciągłym powtarzaniem słów i zwrotów nieistniejących. Umiejętności **pragmatyczne** osoby z chorobą *Alzheimera* są bardzo słabe. Chory ma problemy z utrzymaniem kontaktu wzrokowego i wymianą ról podczas rozmowy. W skrajnych przypadkach możliwy jest mutyzm (osoba w ogóle nie mówi). W tym etapie choroby osoba ma ograniczoną zdolność przekazywania wiadomości za pomocą gestów i innych technik niewerbalnych. Pacjent może produkować odgłosy. W trzecim stadium choroby celem komunikacji jest przede wszystkim zachęcenie osoby do interakcji.

W inicjowaniu i podtrzymywaniu rozmowy należy wykorzystać wszystkie możliwe kanały przepływu informacji, zarówno werbalne jak i niewerbalne. Odpowiedz na każdą, nawet najmniejszą próbę komunikacji. Spojrzenie w naszą stronę, uśmiech, skinienie głową, wypowiedź skierowana do nas – wszystko to stanowi próbę nawiązania komunikacji.

Cele terapeutyczne w pierwszym stadium choroby *Alzheimera*. Zastosowanie technik KONTAKT

Stosowanie wszystkich technik KONTAKT będzie stymulowało interakcję.

Wszystkie strategie KONTAKT znajdują także zastosowanie w trzecim stadium choroby *Alzheimera*.

1. **Kontaktuj** się jak zawsze zwracaj się twarzą do rozmówcy, zwracaj się po imieniu, nawiąż kontakt fizyczny, aby przyciągnąć jego uwagę. Patrz prosto w oczy i podtrzymuj kontakt wzrokowy aż do zakończenia interakcji.

2. **Odblokuj** zawsze, gdy pacjent przestaje mówić. Pomóż osobie z chorobą *Alzheimera* pozbyć się blokady komunikacyjnej prezentując to, co według Ciebie osoba chce powiedzieć. Załóż, że chory nie jest w stanie przywitać się lub rozpocząć rozmowy sam. Jeśli wiesz, co chory chce zakomunikować, zareaguj odpowiednio. Stosuj werbalne i niewerbalne techniki komunikacji.

3. **Nawiązuj** do tematu tak, żeby zachować ciągłość, trzymaj się tylko jednego tematu. Jedną ręką dotykaj chorego, drugą ręką użyj do prezentowania gestów i ilustracji, które będą wspierać przekaz werbalny.

4. **Twórz** pytania proste. Nawet pytania o ograniczonej liczbie odpowiedzi mogą być zbyt trudne dla chorego w trzecim stadium rozwoju choroby *Alzheimera*. Zawsze stosuj techniki niewerbalne pomagając choremu dokonać wyboru. Jeśli to możliwe, pokaż przedmioty, o których mówisz.

5. **Angażuj** chorego ze świadomością, że na tym etapie to opiekun musi rozpocząć rozmowę z osobą chorą. Jeśli nie zauważasz żadnej próby rozpoczęcia interakcji, nawiąż kontakt pierwszy. Nawet, jeśli jedyną reakcją jest uśmiech, traktuj to jako zaangażowanie, nawiązanie interakcji.

6. **Konstruu**j wypowiedzi bezpośrednio, rzeczowe i o prostej strukturze zdania. Informacji werbalnej powinien zawsze towarzyszyć przekaz niewerbalny. Komunikacja niewerbalna jest zazwyczaj konieczna podczas interakcji z osobą z chorobą *Alzheimera* w trzecim stadium rozwoju.

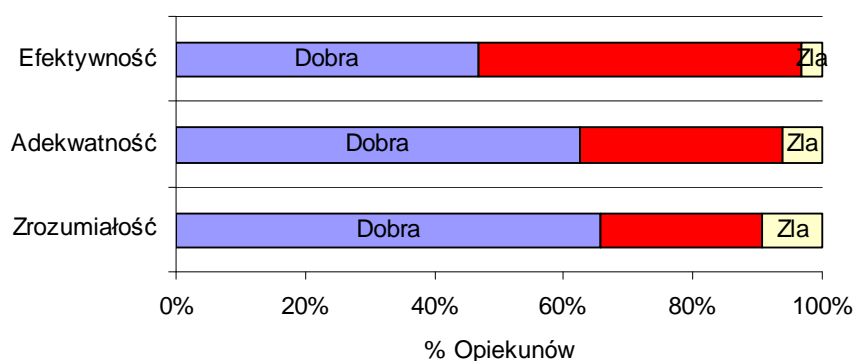
7. **Toruj** zachowania chorego przy pomocy metod werbalnych, gestów i słowa pisanego (łączenie tych metod zwiększa efektywność przekazu). Uważaj i dopasuj reakcje na gest, dotyk, relacje przestrzenne w czasie rozmowy (zasady proksemiki). Toruj i wspomagaj strategiami niewerbalnymi zachowania werbalne. Powtarzaj ważne słowa przy pomocy metod werbalnych i niewerbalnych. Wykorzystuj postawę ciała, strategię proksemiki, a jeśli to przez chorego akceptowalne, wręcz przesadne zachowania w przekazywaniu informacji.

WNIOSKI Z BADANIA DOTYCZĄCE ANKIETY anKONTAKT

Oceny technik programu KONTAKT przez opiekunów dokonano w aspekcie jej zrozumienia, adekwatności i efektywności. Przedstawiono je w postaci wykresu (Ryc. 4). Większość opiekunów oceniła program jako zrozumiały i przydatny w komunikacji z pacjentem. Najlepiej oceniono zarówno w pierwszej, drugiej jak i w trzeciej grupie technikę K-kontaktuj się i T-twórz pytania. Najgorzej w ocenie opiekunów wypadła technika K-konstruu (Ryc. 5, 6, 7).

Monografia KONTAKT została udostępniona wszystkim zainteresowanym

usprawnianiem komunikacji w chorobie Alzheimera. poprzez Stowarzyszenia Alzheimerowskie i Lekarzy Rodzinnych.

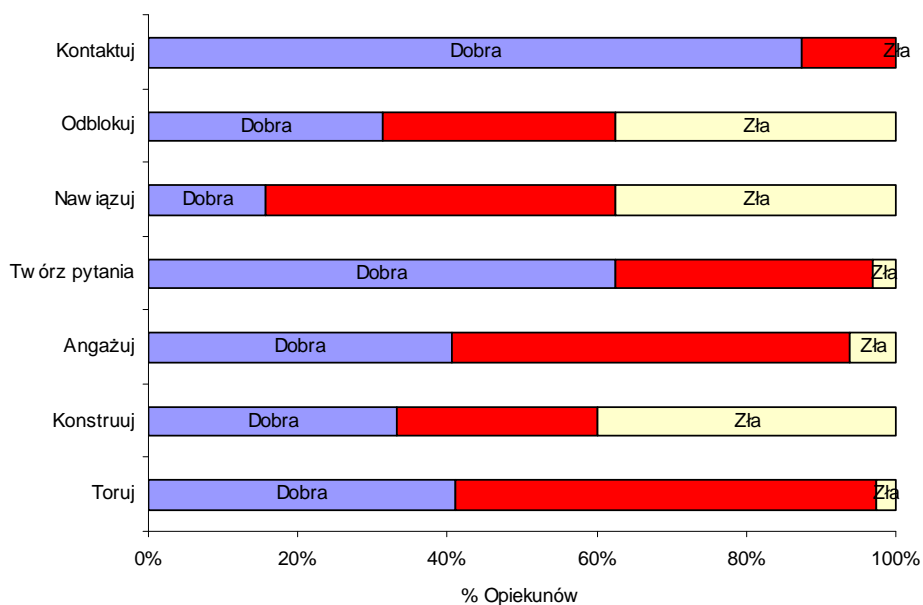


Ryc. 4. Ocena programu KONTAKT jako całości w opinii opiekunów.

Fig. 4. Assessment of the programme CONTACT as a whole in caregivers' opinions.

Рис. 4. Оценка программы КОНТАКТ, как целостности по мнению опекунов.

Мал. 4. Оцінка програми КОНТАКТУ, як цілісності на думку опікунів.

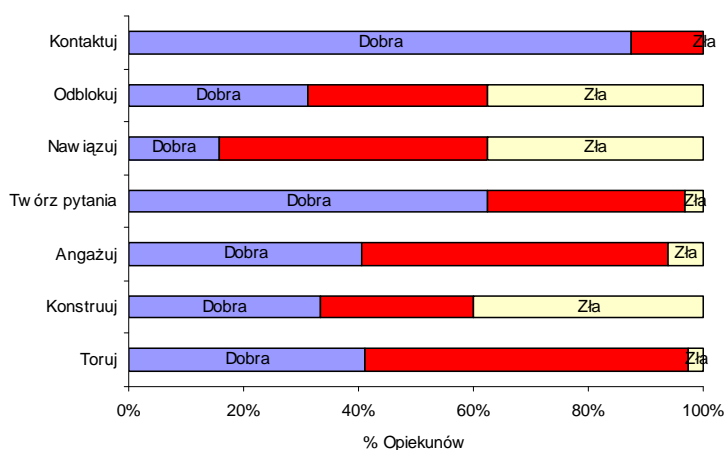


Ryc. 5. Ocena adekwatności poszczególnych technik KONTAKT w ocenie opiekunów w pierwszej fazie choroby Alzheimera.

Fig. 5. Assessment of adequacy of individual CONTACT techniques in caregivers' opinions in the first phase of Alzheimer's disease.

Рис. 5. Оценка адекватности определенных техник КОНТАКТ, по мнению опекунов в первой фазе болезни Альцгеймера.

Мал. 5. Оцінка адекватності певної техніки КОНТАКТ, на думку опікунів в першій фазі хвороби Альцгеймера.

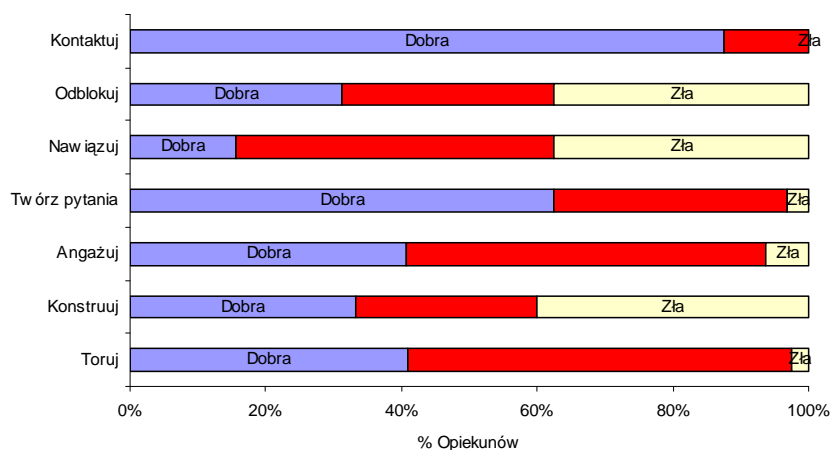


Ryc. 6. Ocena adekwatności poszczególnych technik KONTAKT w ocenie opiekunów w drugiej fazie choroby Alzheimer'a.

Fig. 6. Assessment of adequacy of individual CONTACT techniques in caregivers' opinions in the second phase of Alzheimer's disease.

Рис. 6. Оценка адекватности определенных техник КОНТАКТ, по мнению опекунов во второй фазе болезни Альцгеймера.

Мал. 6. Оцінка адекватності певної техніки КОНТАКТ, на думку опікунів в другій фазі хвороби Альцгеймера.



Ryc. 7. Ocena efektywności poszczególnych technik KONTAKT w ocenie opiekunów pacjentów w trzeciej fazie choroby Alzheimer'a.

Fig. 7. Evaluation of the effectiveness of individual CONTACT techniques by caregivers in the third phase of Alzheimer's disease.

Рис. 7. Оценка адекватности определенных техник КОНТАКТ, по мнению опекунов в третьей фазе болезни Альцгеймера.

Мал. 7. Оцінка адекватності певної техніки КОНТАКТ, на думку опікунів в третій фазі хвороби Альцгеймера.

K. Gustaw, I. Woźnica

COMMUNICATION WITH A PATIENT WITH ALZHEIMER'S DISEASE – PROPOSALS
FOR THERAPY

Summary

The essence of *Alzheimer's* disease is a progressive impairment of brain function in the clinical image of dementia syndrome. Apart from a clear loss of memory, there also occur disorders concerning speech, perception, recognition, time and space orientation, criticism, and planning of own activities. As a result, there occur problems with communication with the surroundings. The subject of the study was the evaluation of speech disorders among patients with *Alzheimer's* disease by a researcher and caregiver. Language-communication efficiency was evaluated from the following four aspects: phonology, syntax, lexical-semantic, contents, and pragmatic. On this basis, a method of coping with such communication difficulties was developed. The implemented model was subject to evaluation by caregivers, and the results additionally presented as a proposal for patients with *Alzheimer's* disease and for their families.

К. Густав, И. Возница

КОММУНИКАЦИЯ С ПАЦИЕНТОМ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА-ПРЕДЛОЖЕНИЯ
ТЕРАПИИ

Аннотация

В клинической картине синдрома деменции, суть болезни *Альцгеймера* заключается в поступательном распаде функций мозга. Наравне с выразительной потерей памяти проявляются нарушения: речи, восприятия, распознавания, временной и пространственной ориентации, критицизма, планирования собственных действий. В эфekte появляются проблемы в коммуникации с окружением. Целью данной работы была оценка исследователей и опекунов нарушений речи у пациентов с болезнью *Альцгеймера*. Эффективность лексико-грамматической коммуникативности языка оценивалась в четырех последовательных аспектах: фонологическом, синтаксическом, лексико-семантическом, прагматическом и содержания. На этом основании был разработан метод преодоления такого типа коммуникационных проблем. Введенная модель была поддана оценке опекунов, а результаты дополнительно представлены в данной статье, как предложение для пациентов с болезнью *Альцгеймера* и их семей.

К. Густав, И. Возница

КОМУНІКАЦІЯ З ПАЦІЄНТОМ З ХВОРОБОЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА-ПРОПОЗИЦІЇ ТЕРАПІЇ

Анотація

У клінічній картині синдрому деменції, суть хвороби *Альцгеймера* полягає в поступовому розпаді функцій мозку. Нарівні з виразною втратою пам'яті виявляються порушення: мови, сприйняття, розпізнавання, часової і просторової орієнтації, критицизму, планування власних дій. У ефекті появляются проблеми в комунікації з оточенням. Метою даної роботи була оцінка дослідників і опікунів порушень мови у пацієнтів з хворобою *Альцгеймера*. Ефективність лексико-граматичної комунікативності мови оцінювалася в чотирьох послідовних аспектах: фонологічному, синтаксичному, лексико-семантичному, прагматичному і вмісту. На цій підставі був розроблений метод подолання такого типу комунікаційних проблем. Введена модель була піддана оцінці опікунів, а результати додатково представленно в даній статті, як пропозиція для пацієнтів з хворобою *Альцгеймера* і їх сімей.

PIŚMIENNICTWO

1. Bayles K.: Language Function in Senile Dementia. *Brain and Language*, 1982, 16, 265-280.
2. Emery O. B.: Language and Aging. *Experimental Aging Research*, 1985, 11, 1, 3-60.
3. Emery O. B.: Language Impairment in Dementia of the Alzheimer Type: A Hierarchical Decline? *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2000, 30 (2), 145-164.
4. Grabias S.: Mowa i jej zaburzenia. *Logopedia*, 2000, 28, 7-36.
5. Grabias S.: Język w zachowaniach społecznych. Wydawnictwo UMCS, Lublin, 2003.
6. Gustaw K.: KONTAKT-czyli strategie komunikacji z pacjentem z chorobą Alzheimera. Monografia. Wydawnictwo Lundbeck Warszawa, 2007.
7. Hart S., Smith C. M., Swash M.: Word fluency in patients with early dementia of Alzheimer type. *British Journal of Clinical Psychology*, 1988, 27, 115-124.
8. Herzyk A.: Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa, 2005.
9. Hodges J. R., Salmon D. P., Butters N.: The Nature of Naming Deficits in Alzheimer's and Huntington's Disease. *Brain*, 1991, 114, 1547-1558.
10. Jodzio K.: Pamięć, mowa a mózg. Podejście afazjologiczne, Gdańsk, 2003.
11. Kemper S., LaBarge E., Ferraro R., Cheung H., Cheung H., Storandt M.: On the Preservation of Syntax in Alzheimer's Disease. Evidence from Written Sentences Archives *Neurology*, 1993, 50, 81-86.
12. Kotapka-Minc S.: Funkcje poznawcze i ich zaburzenia. W: Otepienie red: Szczudlik A., Liberki P. P., Barcikowska M., .Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2004, 15-27.
13. Kurcz I.: Psychologia Języka i Komunikacji. Tom 2. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa, 2000.
14. Kurcz I., Kądzielowa D.: Psychologia czynności nowe perspektywy. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa, 2002.
15. Łuczywek E.: Neuropsychologiczna ocena zaburzeń poznawczych. W: Otepienie red: Szczudlik A., Liberki P. P., Barcikowska M., .Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2004, 133-151.
16. Martin A., Fedio P.: Word Production and Cprehension in Alzheimer's Disease: The Breakdown of Semantic Knowledge. *Brain and Language*, 1983, 19,124-141.
17. Montanes P., Goldblum M. C., Boller F.: Classification deficits in Alzheimer's disease with special reference to living and nonliving things. *Brain and Language*, 1996, 54, 335-358.
18. Murdoch B. E., Chenery H. J., Wilks V., Boyle R. S.: Language disorders in dementia of Alzheimer type. *Brain and Language*, 1987, 31, 122-137.
19. Ripich D. N., Carpenter B., Zioli E.: Comparison of African-American and white persons with Alzheimer's disease on language measures. *Neurology*, 1997, 48(3), 781-3.
20. Ripich D. N., Petrill S. A., Whitehouse P. J., Zioli E. W.: Gender differences in language of AD patients: a longitudinal study. *Neurology*, 1995, 45 (2), 299-302.
21. Ripich D. N., Wykle M., Niles S.: Alzheimer's disease caregivers: the focused program. A communication skills training program helps nursing assistants to give better care to patients with disease. *Geriatr Nurs*, 1995, 16(1), 15-9.
22. Ripich D. N.: Functional communication with AD patients: a caregiver training program. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 1994, 8 Suppl 3, 95-109.
23. Ripich D. N., Fritsch T., Zioli E.: Everyday problem solving in African Americans and European Americans with Alzheimer's disease: an exploratory study. *Int Psychogeriatr*. 2002, 14 (1), 83-95.
24. Ripich D. N., Carpenter B. D., Zioli E. W.: Conversational cohesion patterns in men and women with Alzheimer's disease: a longitudinal study. *Int J Lang Commun Disord*. 2000, 35 (1), 49-64.

25. Ripich D. N., Petrill S. A., Whitehouse P. J., Ziol E. W.: Gender differences in language of AD patients: a longitudinal study. *Neurology*, 1995, 45 (2), 299-302.

26. Ripich D. N., Vertes D., Whitehouse P., Fulton S., Ekelman B.: Turn-taking and speech act patterns in the discourse of senile dementia of the Alzheimer's type patients. *Brain Lang*, 1999, 40 (3), 30-43.

27. Smith S. R., Murdoch B. E., Chenery H. J.: Semantic Abilities in Dementia of the Alzheimer Type. *Brain and Language*, 1989, 36, 314-324.

28. Walsh K.: Jak rozumieć uszkodzenia mózgu. Podstawy diagnozy neuropsychologicznej, Warszawa, 2001.

29. Walsh K.: Neuropsychologia kliniczna, Warszawa, 2001.

30. Whatmough C., Chertkov H., Murtha S., Templeman D., Babins L., Kelner N.: The semantic category effect increases with worsening anomia in Alzheimer's type dementia. *Brain and Language*, 2003, 84, 134-147.

Data otrzymania: 30.10.2008.

Adres Autorów: 20-090 Lublin, ul. Jaczewskiego 2, Instytut Medycyny Wsi w Lublinie.