

Kontakt czyli strategie komunikacji z pacjentem z chorobą Alzheimera



Spis treści

Wstęp	5
Część I	6
Choroba Alzheimerera	
W pierwszej części poradnika opowiadamy o istocie choroby Alzheimerera. Opisujemy, na czym polega i jakie są jej charakterystyczne objawy, jak ją leczyć i jak się wobec niej zachowywać. Należy pamiętać, że jest to choroba o niestety nieodwracalnych i narastających ubytkach. Objawia się jako zespół zjawisk, które nazywamy demencją. Rozpoczyna się powoli, a stan chorego pogarsza się stopniowo. Zaburzone zostają: myślenie, komunikacja, pamięć, osobowość, zachowanie.	
Według badań epidemiologicznych, przeprowadzonych przez Pracownię Diagnostyki i Terapii Chorób Neurodegeneracyjnych IMW w latach 2005-2006 w województwie lubelskim, okazało się, że 1,6 % populacji osób powyżej 55 r.ż. cierpi z powodu choroby Alzheimerera. Statystyki są coraz bardziej zastraszające, ponieważ populacja, także Polski, wyraźnie starzeje się.	
W pierwszej części także zastanawiamy się nad leczeniem i innymi formami pomocy pacjentowi.	
Podkreślamy ważną rolę komunikowania się z chorym w opiece nad nim.	
Część II	13
Co to jest pamięć i czym jest demencja? Czym różni się choroba Alzheimerera i proces normalnego starzenia się?	
W tej części zastanowimy się, co to właściwie jest pamięć, czym charakteryzuje się demencja. Prześledzimy także, czym różni się choroba Alzheimerera od normalnego starzenia się. Normalną rzeczą jest, że zapominamy, szczególnie, gdy starzejemy się. Jednak zapominanie, jakie występuje w chorobie Alzheimerera, różni się od zmian zachodzących na skutek starzenia się. Demencja natomiast jest zaburzeniem pamięci i innych funkcji poznawczych, czyli powoduje zaburzenia języka, pamięci i funkcji intelektualnych (myślenia abstrakcyjnego, oceny świata, osobowości, zachowania).	
Część III	18
Choroba Alzheimerera i związana z nią utrata sprawności komunikacyjnych i językowych	
Stopniowa utrata sprawności komunikacyjnych występuje u każdego pacjenta z chorobą Alzheimerera. W procesie komunikacji konieczny jest mówca i słuchacz, którzy na zmianę wymieniają się rolami. Niezdolność przetwarzania komponentów języka (fonologia, semantyka, składnia, pragmatyka) obniża sprawności mówienia i rozumienia przekazu werbalnego.	

Niektóre symptomy choroby Alzheimera podobne są do objawów afazji lub innych zaburzeń mowy. W tej części przedstawiamy i różnicujemy trudności komunikacyjne towarzyszące chorobie Alzheimera. Znajomość różnic między chorobą Alzheimera a innymi zaburzeniami jest konieczna dla zapewnienia najlepszej opieki pacjentom.

Część IV **24**

Znaczenie podstawowych strategii komunikacji w opiece nad pacjentem z chorobą Alzheimera

W tym rozdziale zwracamy uwagę na znaczenie komunikacji w opiece nad osobami z chorobą Alzheimera. Poznajemy podstawowe umiejętności komunikacyjne, czyli bycie uważnym, bycie swobodnym i aktywne słuchanie. Dowiadujemy się, że podtrzymywanie komunikacji zmniejsza ryzyko izolowania się od społeczeństwa, a także przynosi poczucie własnej wartości u osób z chorobą Alzheimera. Odpowiednie umiejętności komunikacyjne pozwalają nam wyrazić empatię, szczerść i szacunek. Istnieją pewne metody i techniki, które wspomagają komunikację. Konsekwentne stosowanie tych technik zwiększa naszą efektywność w opiece nad chorymi. Werbalne techniki wspomagające komunikację to między innymi: stosowanie znanych słów, wolne tempo mówienia, ograniczenie liczby uczestników rozmowy, dostarczanie dodatkowych informacji, bycie konkretnym.

Niewerbalne techniki wspomagające komunikację to stosowanie metod ułatwiających zapamiętywanie, użycie ilustracji i napisów, ton głosu, wyraz twarzy, postawa ciała, wykorzystanie gestu, dotyku. Świadome stosowanie tych technik rozwija nasze umiejętności efektywnego komunikowania się z osobami z chorobą Alzheimera.

Część V **32**

Strategia programu KONTAKT

W tej części omawiamy strategie komunikacyjne zawarte w projekcie KONTAKT.

Część VI **38**

Jak stosować techniki programu KONTAKT na poszczególnych etapach choroby Alzheimera?

W tej części komentujemy charakterystyczne cechy komunikacji w poszczególnych stadiach choroby Alzheimera. Pamiętajmy, że choroba Alzheimera jest chorobą postępującą. Stan chorego pogarsza się, przy czym tempo pogarszania się jest różne u poszczególnych pacjentów (u niektórych pacjentów poważne symptomy pojawiają się wcześniej niż u innych). Trzy stadia choroby: początkowe, łagodne i zaawansowane charakteryzują się określonymi problemami komunikacyjnymi. Będziemy odnosić się

do poszczególnych etapów podczas omawiania zaburzeń językowych pojawiających się w miarę rozwijania się choroby.

Stosowanie różnorodnych metod komunikacji u pacjentów z chorobą Alzheimera jest korzystne na każdym etapie rozwoju choroby. Techniki projektu KONTAKT mogą być stosowane w każdym stadium choroby, jednak cele komunikacji są różne. Poszczególne cele komunikacyjne wymagają innych podejść, które zagwarantują powodzenie w procesie komunikacji. W tej sesji omawiamy jak możemy zastosować poszczególne techniki na różnych etapach choroby.

Bibliografia

47



Wstęp

Kłopoty z porozumiewaniem się są relatywnie późnym, niemniej wyraźnym i do-
kuczliwym objawem choroby Alzheimera. Oczywistym jest, że zaburzenia w kom-
petencjach językowej i komunikacyjnej w chorobie Alzheimera są powszechnie
znane specjalistom. Mało jest niestety metod, które pozwolą na terapię tych za-
burzeń, a tym samym konkretnych rad dla tych, którzy na co dzień obcują z cho-
rymi. Program KONTAKT jest wynikiem uporczywych poszukiwań, właśnie takich
skutecznych mam nadzieję rozwiązań, dla moich pacjentów i ich opiekunów.

Praca i rozmowy z Danielle Ripich (University of New England, Biddeford, NE,
USA) oraz Elaine Ziol (Memory and Ageing Center, Case Western Reserve Univer-
sity, Cleveland OH, USA), dały mi wiedzę i energię do tej pracy.

Dr n. med. Katarzyna Gustaw
Pracownia Diagnostyki i Terapii Chorób Neurodegeneracyjnych, IMW
w Lublinie



Część I. Choroba Alzheimera

Na czym polega i czym może objawiać się choroba Alzheimera?

Choroba Alzheimera jest nieodwracalną, postępującą chorobą degeneracyjną mózgu. Przyczyna choroby nie jest znana. Prawdopodobnie istnieje wiele różnych powodów, które kumulują się i w efekcie ujawniają jako choroba Alzheimera. Sugeruje się, z większym lub mniejszym prawdopodobieństwem, wpływ czynników genetycznych, diety, aktywności fizycznej, przebytych urazów, wykształcenia i wielu innych.

Przebieg choroby jest indywidualny co do dynamiki objawów, ale niestety zawsze prowadzi do pogorszenia.

Wiele osób z chorobą Alzheimera, jak i ich rodzin, często nie rozpoznają wczesnych symptomów choroby. Ona jednak postępuje powoli, ale nieubłaganie. We wczesnym stadium rozwoju choroby, pacjent może mieć kłopoty z przypominaniem sobie imion czy też z wyjaśnieniem, dlaczego np. otworzył szufladę.

Takie objawy występują często i niestety mogą łatwo być bagatelizowane. Wszyscy mamy podobne doświadczenia, więc często uważa się, że są to po prostu skutki starzenia się. Kiedy takie sytuacje powtarzają się dość często, chory a głównie jego otoczenie podejrzewa, że rzeczywiście dzieje się coś złego.

Niestety, dowiaduje się wówczas, że choroba jest nieuleczalna, a ubytki funkcji jego mózgu są nieodwracalne.

Demencja jest głównym symptomem choroby Alzheimera. Jest definiowana jako: istotne upośledzenie sprawności pamięci i innych funkcji mózgu. Demencja zazwyczaj wywołuje problemy z orientacją (świadomość czasu, dat, pory roku, miejsca, osób), pamięcią, myśleniem abstrakcyjnym, oceną świata i innymi funkcjami intelektualnymi. Skutkiem demencji są też zmiany osobowości czy zaburzenia zachowania.

Demencja występuje u 11% osób powyżej 65 roku życia, w tym około 50-60% to demencja w chorobie Alzheimera. Według takich wyliczeń w grupie 10 osób powyżej 65 roku życia jedna lub dwie będą miały demencję i prawdopodobnie w wyniku choroby Alzheimera. Kolejnym argumentem liczbowym przybliżającym wagę problemu mogą być wyniki badań epidemiologicznych przeprowadzonych przez Pracownię Diagnostyki i Terapii Chorób Neurodegeneracyjnych IMW, Lublin w latach 2005-2006 w województwie lubelskim. Okazało się, że 1,6 % populacji osób powyżej 55 r.ż. cierpi z powody choroby Alzheimera. W dwumilionowym województwie lubelskim będzie

to około 32 000 osób. Odnosząc to relatywnie do populacji całej Polski spodziewamy się 580 000 osób z chorobą Alzheimera.

Oprócz demencji, która jest głównym symptomem, chorobie mogą towarzyszyć: depresja, omamy, majaczenie. Stan ten może wystąpić nawet u osób około 40 roku życia, ale znacznie częstszy jest u osób powyżej 65 lat. Wiek jest pewnym czynnikiem ryzyka choroby Alzheimera. Im starsza osoba, tym większe ryzyko wystąpienia u niej symptomów.

Różne są klasyfikacje i podziały stadiów choroby. Czytelnikom poradnika proponujemy do zapamiętania podział na 3 stadia nasilenia objawów:

- wczesne (łagodne),
- umiarkowane,
- późne.

Niektóre cechy choroby Alzheimera towarzyszą też innym typom demencji oraz innym chorobom układu nerwowego (choroby układu nerwowego powodowane są uszkodzeniem komórek nerwowych w mózgu lub nerwów organizujących pracę innych organów takich jak np. mięśnie). Jako że symptomy mogą być wywołane przez różne choroby, lekarz musi ocenić na podstawie wywiadu, badań neurologicznych, obrazowych, laboratoryjnych oraz obserwacji zachowania, czy są one oznaką choroby Alzheimera. Nie istnieje test diagnozujący chorobę Alzheimera, więc zadaniem lekarza jest wykluczenie innych potencjalnych zaburzeń co jest skomplikowane i wymaga wiedzy, doświadczenia, możliwości sprzętowych i laboratoryjnych.

Czy istnieje schemat postępowania w diagnozowaniu choroby Alzheimera?

Pierwszym elementem diagnozy w przypadku podejrzenia choroby Alzheimera jest ocena dynamiki procesu, czyli zauważenie stopniowego rozwoju choroby, czyli postępującego, degeneracyjnego przebiegu.

Zasady diagnozy choroby Alzheimera.

- Powolny, postępujący i degradacyjny przebieg choroby.
- Kłopoty w codziennym funkcjonowaniu.
- Wykluczenie wszystkich innych możliwych przyczyn obrazujących się demencją.

Pamiętajmy, że pacjenci oraz członkowie rodziny często nie zdają sobie sprawy z rozwijającej się choroby przez kilka lub kilkanaście miesięcy a nawet lat. Zapominanie nazwisk czy niewłaściwe używanie słów traktowane jest jako objaw starzenia się.

Z reguły chorzy i ich rodziny szukają pomocy u specjalisty, gdy zauważają problemy z zachowaniem, urojenia czy omamy lub zarzucenie ulubionych zajęć, a nie problemy z pamięcią czy mową.

Kolejnym pytaniem diagnostycznym jest: kiedy zauważono zaburzenia zachowania i czy zachowanie uległo pogorszeniu od tego czasu. Także inne zaburzenia mogą sugerować chorobę Alzheimerera. Stąd w schemacie myślenia diagnostycznego lekarza pojawia się kolejne: czy i na ile nastąpiło pogorszenie funkcjonowania pacjenta w życiu codziennym, jak radzi sobie z wykonywaniem rutynowych, jeszcze niedawno bezproblemowych, codziennych czynności.

Warto podkreślić i zastanowić się nad różnicami w funkcjonowaniu, jakie zaobserwowano na przestrzeni czasu. Zmiany te mogą dotyczyć pracy, stosunków towarzyskich, codziennych zajęć takich jak robienie zakupów, przygotowywanie posiłków.

Ostatnią wytyczną jest wyłączenie wszystkich innych specyficznych przyczyn demencji poprzez analizę historii choroby, badanie lekarskie i badania laboratoryjne.

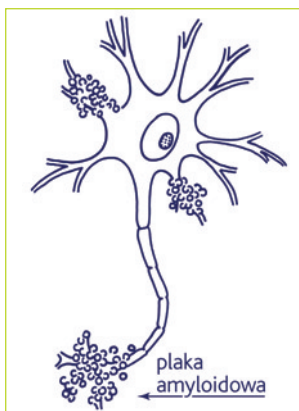
Niektóre typy demencji są odwracalne. Z tego względu lekarz dogłębnie bada, co rzeczywiście wywołuje symptom poprzez analizę historii choroby i badań dodatkowych i obrazowych. Badania neuropsychologiczne mają ocenić poziom koncentracji, pamięć, zdolność argumentowania, orientację, zdolności wzrokowo-przestrzennych i zdolność uczenia się. Kiedy lekarz wykluczy wszystkie inne możliwe przyczyny badanego zachowania, może zdiagnozować podejrzenie choroby Alzheimerera. Ale nawet po wykonaniu kompletu badań, zarówno lekarz, pacjent, jak i opiekun funkcjonują w obszarze prawdopodobnej, a nie pewnej choroby.

W końcu w wyniku autopsji patolodzy stwierdzają specyficzne zmiany w mózgu u osoby z chorobą Alzheimerera.

Czy istnieją zmiany charakterystyczne dla choroby Alzheimerera?

Mózg zbudowany jest z miliardów wyspecjalizowanych komórek, neuronów. Towarzyszą im inne komórki, które pomagają w pracy neuronów. W mózgach pacjentów z chorobą Alzheimerera zauważono tworzenie się plak zbudowanych z białka

beta amyloidu i spletek neurofibrylarnych. Plaka jest masą o kulistym kształcie, która tworzy się na przedłużeniach komórek nerwowych. Plaka wygląda jak kula utworzona z ziarenek piasku, która zbiera się wokół rozgałęzień komórek nerwowych.



Charakterystyczne cechy choroby Alzheimera w badaniu patologicznym.

Drugą charakterystyczną zmianą są spletki neurofibrylalne. Te z kolei, nieprawidłowe struktury, małe włosowate włókna znajdują się wewnątrz komórek mózgowych i spletane są w kształt spiralny.

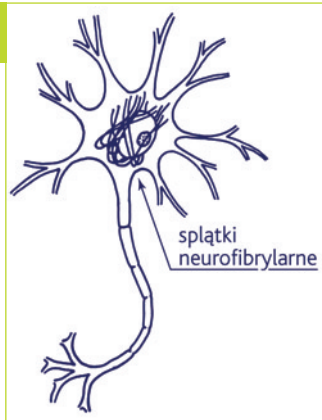
Spletki neurofibrylalne widoczne są w mózgu, głównie w strukturach odpowiedzialnych dla pamięci i uczenia się.

Proces, w przebiegu którego pojawiają się plaki i spletki zakłóca prawidłowe funkcjonowanie mózgu i prowadzi do obumierania komórek mózgowych.

Charakterystyczne cechy choroby Alzheimera. Spletki neurofibrylarne.

Kiedy myślimy, w mózgu zachodzi proces podobny do wystrzelania serii małych pocisków. Pierwszy pocisk wypełniony neuroprzekaznikiem powoduje wystrzelenie następnego i tak po kolei. To co niesie ze sobą pocisk to substancja chemiczna zwana acetylocholiną, jedna z najważniejszych substancji chemicznych w mózgu odpowiedzialna za funkcjonowanie pamięci.

Lekarze twierdzą, że plaki i spletki są markerem procesu, który prowadzi także do zaburzeń wydzielania i działania acetylocholino. Zmiany w myśleniu i zachowaniu u osób z chorobą Alzheimera są efektem tych mikrozmiarów w mózgowiu pacjentów.



Ani badania krwi, ani też prześwietlenia nie wykryją tych zmian. Dlatego diagnoza choroby Alzheimera może być postawiona tylko po przeprowadzeniu autopsji.

Czy są leki na chorobę Alzheimera?

Istnieją dwie grupy leków stosowanych obecnie w leczeniu głównych objawów choroby Alzheimera: inhibitory cholinesterazy i antagoniści receptora NMDA. Tylko leki z tych dwóch grup zostały zarejestrowane do leczenia choroby Alzheimera. Leki te mają różne mechanizmy działania. Mogą być stosowane zarówno jako jedyne w kuracji (monoterapia), jak i w połączeniu z lekami o innym mechanizmie działania (politerapia).

Co to są inhibitory cholinesterazy?

Inhibitory cholinesterazy hamują rozkład acetylocholino, która jak już wiemy jest substancją chemiczną odpowiedzialną, między innymi, za pamięć, uwagę czy myślenie. Na rynku są obecnie dostępne trzy leki z grupy inhibitorów cholinesterazy, donepezyl, riwastygmina i galantamina. W przypadku wszystkich wymienionych substancji wykazano podobne działanie w zakresie zaburzeń poznawczych (pamięci, uwagi, myślenia) i wszystkie one są przeznaczone do stosowania w przypadku choroby Alzheimera o łagodnym i umiarkowanym nasileniu objawów. Poza wpływem na zaburzenia pamięci, inhibitory cholinesterazy mogą także zmniejszyć nasilenie niektórych towarzyszących objawów takich jak urojenia, halucynacje, pobudzenie czy niepokój.

Istnieją pewne różnice w profilu klinicznym leków z grupy inhibitorów cholinesterazy, a w decyzji o wyborze konkretnego preparatu powinien zdecydować lekarz. Dotyczy to zwłaszcza chorych z zaburzeniami zachowania, towarzyszącymi chorobami neurologicznymi (np. naczyniowymi czy parkinsonizmem). Kolejną ważną sytuacją gdzie dobranie leku jest sztuką, to schorzenia innych narządów i fakt przyjmowania leków (np. nasercowych, przeciwastmatycznych itd.). U takich pacjentów leczenie musi uwzględniać nie tylko bezpieczeństwo i skuteczność danego preparatu, ale jeszcze interakcje lekowe.

Co to jest memantyna?

Memantyna należy do antagonistów receptora NMDA. Jej działanie polega na modyfikowaniu wpływu przekąźnictwa glutaminergicznego na komórki nerwowe,

co zmniejsza nasilenie niektórych objawów i może mieć także działanie ochronne. Kwas glutaminowy (glutaminian) jest przekaźnikiem występującym w mózgu, istotnym w regulacji procesów poznawczych. Memantyna jest zarejestrowana do leczenia choroby Alzheimera o umiarkowanym i znacznym nasileniu. Stosowanie leku poprawia funkcjonowanie chorych w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego (ubieranie się, korzystanie z toalety, wychodzenie z domu). Może też korzystnie wpływać na zaburzenia zachowania (pobudzenie, niepokój, agresja).

Memantyna może być stosowana także w połączeniu z inhibitorami cholinesterazy. Takie leczenie może okazać się skuteczniejsze niż podawanie samej memantyny lub samego inhibitora.

Jak stosujemy leki w chorobie Alzheimera i na co zwracamy uwagę?

Wszystkie dostępne leki podawane są doustnie w postaci tabletek lub roztworów i z łatwością mogą być stosowane codziennie w domu. Często leczenie rozpoczyna się od małych dawek leków, które są stopniowo zwiększane przez lekarza aż do osiągnięcia dawki istotnej klinicznie. Odpowiedź na te leki jest osobniczo zmienna. Wobec choroby Alzheimera tak samo ważne jest to czym, jak i kiedy, w jakim skojarzeniu oraz jak długo pacjenta leczymy. Sztuką jest także odpowiednie tempo włączania, zmiany i dołączania leków. Lekarz będzie monitorować reakcję chorego podczas pierwszych kilku miesięcy leczenia, będzie także dopasowywał terapię do dynamiki rozwoju choroby. Reguły kliniczne takiej złożonej i rozciągniętej w czasie terapii są tematem osobnych badań i ocen. O tym jak prowadzić terapie lekarze wiedzą coraz więcej. Jeśli nie będzie wykładników skuteczności leku lekarz może zalecić jego odstawienie czy zamianę na inne. W efekcie, terapia pacjenta z chorobą Alzheimera to wieloletnia rozmowa między nim samym, jego lekarzem i rodziną. Ważne jest żeby relacje wzajemne między rozmówcami były dobre i pełne.

Jakiej opieki wymagać będzie osoba z chorobą Alzheimera?

Wraz z postępem choroby wzrastać będzie także zakres opieki wymaganej przez chorego. Podobnie zmieniać się będzie rodzaj wymaganej opieki. Początkowo chory może potrzebować pomocy w przypominaniu nazwisk, dat, słów, kierunków oraz wskazania miejsc położenia przedmiotów. Następnie chorzy mogą wymagać

pomocy w codziennych czynnościach takich jak gotowanie, sprzątanie i zakupy, a później także przy ubieraniu i myciu. Z powodów związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa koniecznym staje się nadzorowanie chorego przez większość czasu, przez co możliwe jest zmniejszenie następstw dezorientacji. W zaawansowanych stadiach choroby pojawiają się objawy związane z upośledzeniem fizycznym i wówczas konieczna jest pomoc podczas chodzenia i potrzeb fizjologicznych, a w końcu chory staje się przywiązany do wózka inwalidzkiego lub łóżka. Wprawdzie już wczesne objawy mogą być wyzwaniem emocjonalnym dla opiekuna, ale późniejsze trudności wymagają na pewno znacznego wysiłku fizycznego. Z powodu narastających potrzeb okazać się może, że będzie niezbędna pomoc jednego lub kilku profesjonalnych opiekunów w zakresie codziennych potrzeb w domu chorego, jak i dla zapewnienia czasu wolnego dla głównego opiekuna. Nawet w przypadkach zapewnienia pomocy z zewnątrz, w wyniku pogarszania się stanu chorego, opieka domowa stawia się będzie coraz trudniejsza i niezbędne będzie poszukiwanie domu opieki z całodobowym nadzorem.

Lekarze, pielęgniarki i pracownicy opieki mogą wskazać rodzaj pomocy, która jest dostępna lub niezbędna w danej sytuacji oraz w uzyskaniu informacji i kontaktu z właściwymi służbami. Udogodnienia i wsparcie finansowe różnią się w zależności od kraju, ale stowarzyszenia i grupy wsparcia zwykle zapewniają szczegółowe informacje na ten temat.

Przez cały czas choroby Alzheimera najważniejszą rzeczą, jakiej potrzebuje chory jest stabilne otoczenie i porozumienie z opiekunem. Wydawać się może zaskakującym, że ten rodzaj opieki bywa najbardziej wyczerpującym opiekunów. Często nie rozumieją pacjenta i nie potrafią z nim się porozumieć.

Pogłębiające się zaburzenia w zakresie mowy, a tym samym narastająca bariera komunikacyjna często prowadzi do frustracji, jest stanem obciążającym i psychicznie wyczerpującym dla opiekunów.

W tym poradniku staramy się wytłumaczyć trudności językowe i komunikacyjne jakie niesie ze sobą choroba Alzheimera. Poradnik proponuje także technikę radzenia sobie z trudnościami.

Część II. Co to jest pamięć i czym jest demencja? Czym różni się choroba Alzheimera i proces normalnego starzenia się?

Czym jest pamięć?

Pamięć rozumiemy jako proces zapamiętywania i uczenia się. Aby zapamiętać informację, musimy ją spostrzec, zakodować, przechować i w końcu odtworzyć lub rozpoznać.

Pamięć to procesy emocjonalne i procesy myślenia związane z zapamiętywaniem. Pamięć jest niezbędna do uczenia się. Bez pamięci proces uczenia się nie może zachodzić. Spróbuj przypomnieć sobie uczenie się wiązania sznurowadeł czy postugiwanie się zegarkiem.

Większość z nas nie pamięta tak odległego dzieciństwa. Czy pamiętasz rzeczy, których uczyłeś się stosunkowo niedawno?

Może pamiętasz jak uczyłeś się prowadzenia samochodu, używania mikrofalówki, czy nowej gry komputerowej.

Bez pamięci nie moglibyśmy nauczyć się tych czynności. Wraz z uczeniem się, mózg gromadził informacje. Nauka wykonywania tych czynności stała się częścią pamięci, przez co umożliwia ich automatyczne wypełnianie. Bez pamięci nie moglibyśmy funkcjonować w naszym codziennym życiu. Pamięć jest częścią wszystkiego, co robimy.

Aby informacje zostały zapamiętane muszą zajść pewne procesy prowadzące do ich zapisu.

Cztery podstawowe procesy pamięciowe to: spostrzeżenie, uwaga, kodowanie (czyli pamiętanie, przechowywanie), odtwarzanie (czyli przypominanie i rozpoznawanie).

Zasady diagnozy choroby Alzheimera.

- *spostreżenie*
- *kodowanie*
- *przechowywanie*
- *odtworzenie/rozpoznanie*

Aby coś zapamiętać musimy to spostrzec. Nie zapamiętamy imienia osoby, którą spotkaliśmy na przyjęciu, jeśli najpierw nie skierujemy uwagi na jej imię. Następnie musimy zakodować informację w mózgu. Informacja musi być przechowywana w mózgu przez pewien okres. Kolejnym etapem jest odtwarzanie lub przypominanie informacji, gdy jej potrzebujemy. Czasami jesteśmy w stanie rozpoznać

informację kiedy ją słyszymy lub widzimy, nie możemy natomiast odtworzyć jej. Tak właśnie jest, gdy mamy wrażenie, że słowo jest „na końcu języka”. Mózg przechowuje pojęcie i nazwę, ale my nie potrafimy ich odtworzyć.

Poznając pamięć widzimy różne jej aspekty w zależności od sytuacji w jakiej ją badamy. Stąd dzielimy pamięć na różne typy.

Dla potrzeb naszego poradnika zapamiętajmy dwa główne rodzaje pamięci:

- Pamięć krótkotrwałą, która służy do przechowywania informacji, czynności i wydarzeń przez krótki okres. Przykładem wykorzystania pamięci krótkotrwałej jest próba zapamiętania numeru telefonu po tym jak sprawdziliśmy go w książce telefonicznej. Ta informacja nie zostanie na długo w mózgu, chyba że kodujemy ją jako wiadomość ważną lub celową.
- Pamięć długotrwałą, którą utożsamiamy z wyspecjalizowanym systemem przechowywania wiedzy i informacji, który umożliwia odtwarzanie wydarzeń z minionych dni, tygodni, miesięcy i lat. Przechowuje informacje dotyczące osób, miejsc, znaczenia słów, procedur wykonywanych czynności, takich jak na przykład jazda na rowerze. Pamięć długotrwała pomaga odtworzyć imię ulubionego nauczyciela, zasady pisowni, czy naszą pierwszą jazdę samochodem.

Szczególną techniką pamięciową jest przypominanie. Używamy jej, gdy chcemy odtworzyć wydarzenia z całego życia. Ma szczególną wartość dla osób starzejących się. Zależnie od wydarzeń, na których się koncentrujemy, wspomnianie może być przyjemne lub bolesne. Wspominając, osoba starzejąca się może ułożyć wydarzenia z przeszłości w całość i spojrzeć na życie jako na logiczny ciąg wydarzeń, którego wartość potrafi docenić.

Pomimo nieograniczonej pojemności przechowywania naszego mózgu zdarza się, że zapominamy. Badania wskazują, że proces kodowania staje się wolniejszy i mniej wydajny w normalnym starzeniu się.

Czym jest demencja?

Demencja jest to stan, w którym zaburzone są pamięć i inne funkcje mózgu. Demencja jest grupą objawów, które powodują zaburzenia języka, pamięci krótko- i długotrwałej, myślenia abstrakcyjnego, oceny świata i innych funkcji intelektualnych. Może też powodować modyfikacje osobowości i zaburzenia zachowania. Główną cechą charakterystyczną demencji jest postępujące uszkodzenie zdolności myślenia w porównaniu ze stanem wcześniejszym.

Jakie są typy demencji?

Jest wiele typów demencji, które są nieodwracalne. Najbardziej powszechna jest demencja towarzysząca chorobie Alzheimera. Pamięć uszkodzona jest w każdym stadium choroby Alzheimera. Z kolei, w niektórych chorobach prowadzących do demencji, pamięć pozostaje nietknięta aż do późniejszych stadiów choroby. Również i w tym przypadku uszkodzenie pamięci jest najbardziej widocznym objawem demencji. Inne symptomy to między innymi zaburzenia języka i mowy, problemy z chodzeniem, drżenia, przesadne i spowolnione reakcje, nienaturalna sztywność ruchów.

Znamy wiele chorób, które prowadzą do demencji. Należą do nich: choroba Korsakowa, powstała w wyniku alkoholizmu; genetycznie uwarunkowana choroba Huntingtona; demencja naczyniopochodna, która jest rezultatem wielu drobnych udarów w mózgu; czy zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) oraz różne infekcje układu nerwowego.

Demencja jest tylko jednym z symptomów tych chorób. Dlatego lekarz musi wykluczyć wszystkie inne możliwe przyczyny demencji, poprzez analizę historii pacjenta, badanie lekarskie, testy laboratoryjne, zanim postawi diagnozę choroby Alzheimera.

Czy myślenie abstrakcyjne i osąd zmieniają się w miarę rozwoju demencji w chorobie Alzheimera?

Pojęcie abstrakcyjnego myślenia i oceny świata należy uściślić i wyjaśnić. Abstrakcyjne myślenie to zdolność interpretowania myśli. Do oceny tych umiejętności często wykorzystuje się przysłowia. Poniżej zamieszczamy przysłowie:

„Lepszy wróbel w garści, niż gołąb na dachu”.

Jak zinterpretujesz znaczenie tego przysłowia?

Osoba z demencją nie rozumie metaforycznej natury przysłów. Jej rozumienie jest dosłowne. Może to rozumieć następująco:

„Gołąb siedzi na dachu”.

Ocena świata, czy osąd dotyczą sytuacji podejmowania decyzji. Może to być podjęcie nieskomplikowanej decyzji w rodzaju - czy założyć płaszcz przed wyjściem

na dwór, gdy jest zimno. Bardziej złożona decyzja będzie dotyczyła środków bezpieczeństwa. Na przykład można postawić osobę z demencją przed problemem podjęcia działania w przypadku zaproszenia ognia w koszu na śmiecie. Reakcja może być następująca: osoba podnosi kosz i wynosi go na zewnątrz. Ta decyzja ukazuje błędną ocenę zdarzenia, gdyż skutkiem jej mogą być uszkodzenia ciała. Osoba może zostać poparzona.

Czym różnią się kłopoty z pamięcią w normalnym procesie starzenia się i w chorobie Alzheimera?

Ważnym elementem w pracy z pacjentami z demencją jest nauczenie się różnicowania problemów towarzyszących chorobie Alzheimera i normalnemu starzeniu się.

Problemy z pamięcią związane z chorobą Alzheimera i procesem normalnego starzenia się.

Czynności	Choroba Alzheimera	Normalne starzenie się
przypomina sobie wcześniej zapomniane informacje	nie występuje	występuje
przypominanie	rzadko	często
postępuje zgodnie z instrukcjami (na piśmie lub wypowiedzianymi)	stopniowo nie jest w stanie tak postępować	zazwyczaj potrafi
posługuje się notatkami, przypomnieniami, wskazówkami z otoczenia	stopniowo nie jest w stanie tak postępować	zazwyczaj potrafi
dbanie o siebie	stopniowo nie jest w stanie tak postępować	zazwyczaj jest w stanie

Osoba z chorobą Alzheimera zapomina całe zdarzenia, natomiast osoby starzejące się normalnie zapominają z reguły część zdarzeń.

Wyobraźmy sobie, że kilka osób poszło na targ, gdzie sprzedawane są świeże owoce. Osoby z chorobą Alzheimera mogą zapomnieć, że w ogóle byli na targu. Osoby starzejące się normalnie będą pamiętały, że były na targu; mogą natomiast nie pamiętać wszystkich produktów, które kupiły.

Osoby z chorobą Alzheimera często pamiętają wydarzenia z przeszłości, na przykład urodziny 3 lata temu. Dzięki temu mogą ukryć swoje problemy z pamięcią. Jednak odtwarzanie wydarzeń niedawnych, jak na przykład film, który widzieli ostatniego wieczoru albo co jedli na śniadanie bieżącego dnia, jest bardzo często dużym problemem.

Informacje, których osoba z chorobą Alzheimera nie może sobie przypomnieć przy pewnej okazji bardzo rzadko zostają odtworzone później.

Normalnie starzejący się może powiedzieć: „Teraz już pamiętam nazwisko mężczyzny, którego spotkałem na targu. Nie mogłem przypomnieć sobie, gdy chciałem Ci go przedstawić. Nazywa się Jerzy Kowalski”. Podobnie, zgubiwszy portfel, będzie pamiętał, że go nie ma i następnego dnia może przypomnieć sobie gdzie jest. Chory na Alzheimera najprawdopodobniej nie będzie pamiętał, że w ogóle zgubił portfel.

Osoba z chorobą Alzheimera ma coraz większe trudności z postępowaniem zgodnie z instrukcjami (na piśmie lub wypowiedzianymi), gdyż pojawiają się problemy ze spostrzeganiem, kodowaniem i przechowywaniem instrukcji w pamięci. Osoba starzejąca się normalnie zazwyczaj postępuje według instrukcji, chyba, że są one skomplikowane lub wydawane zbyt szybko. Początkowo, osoba z chorobą Alzheimera jest w stanie korzystać z notatek, przypomnień i informacji z zewnątrz, które służą za wskazówki dla pamięci. Będzie posługiwała się kalendarzem, żeby śledzić datę albo notatką, aby pamiętać o włączeniu światła. Obserwując drzewa, czy jak ubrani są przechodnie potrafi ocenić, jaka jest pora roku. Ale stopniowo traci zdolność korzystania z tych podpowiedzi.

Osoba normalnie starzejąca się skutecznie posługuje się podpowiedziami. Osoba z chorobą Alzheimera stopniowo zapomina o codziennych czynnościach wokół siebie. Osoby starzejące się, które pozostają sprawni fizycznie potrafią zadbać o siebie i sami wykonują codzienne czynności, jak kąpiel czy ubieranie.

Część III. Choroba Alzheimera i związana z nią utrata sprawności komunikacyjnych i językowych.

Czym jest komunikacja? Jakie ma komponenty i jakie procesy jej towarzyszą?

Każdy czynnik zakłócający procesy myślowe ma też ogromny wpływ na proces komunikacji. Komunikację rozumiemy jako wymianę poglądów, potrzeb i uczuć z drugą osobą. Jest ona nieodzownym elementem funkcjonowania człowieka. Wszyscy, którzy doświadczyli problemów w komunikacji z drugą osobą, z pewnością zdają sobie sprawę jak destrukcyjna może być utrata tej zdolności.

Komunikacja jest jak gra w tenisa. Gdy mówimy do kogoś, przerzucamy piłkę przez siatkę. Druga osoba odpowiada, przerzucając piłkę z powrotem do nas. Piłki mogą być długie i krótkie. Zasadnicze dla komunikacji jest to, że piłka jest ciągle odbijana, a w grze uczestniczą przynajmniej dwie osoby.

Czym jest język i jak powstaje mowa?

Komunikacja rozpoczyna się wraz z intencją wyrażenia myśli. Przedstawiony model ukazuje, jak dokonuje się wyrażanie myśli, która początkowo istnieje w naszym mózgu.

Język i mowa. Produkcja mowy.

- *ideacja*
- *symbolizacja*
- *tłumaczenie*
- *egzekucja*

Myśl występuje najpierw na poziomie ideacji. Następnie wybieramy symbole, jakich użyjemy, aby wyrazić naszą myśl. Może to być słowo mówione lub pisane, rysunek, gest. Ten etap nazywamy symbolizacją. Mózg dostarcza automatycznie wszystkie możliwe i znane sposoby wyrażenia myśli. Ten symboliczny poziom języka ulega rozpadowi u osób np. z afazją.

Kiedy już wybierzemy system symboliczny jakiego chcemy użyć, pozostaje nam zdecydować o rodzaju tłumaczenia jakie zastosujemy. Na tym etapie mózg interpretuje symbole, które następnie, w ściśle określony sposób, adaptujemy do sytuacji.

Czy utworzymy długie zdanie, czy raczej krótkie? Powiemy: „Spotkamy się o dziesiątej na rogu”, czy raczej „Do zobaczenia później”? Jak właściwie wypowiemy

zdanie? Nie mówimy przecież w ten sam sposób do każdego. Inaczej opowiemy historię naszemu szefowi, a inaczej przyjacielowi.

Kiedy już zdecydowaliśmy o rodzaju tłumaczenia, wyrażamy myśl. Ten etap, zwany egzekucją, określa produkcję mowy przy użyciu strun głosowych, języka, warg i zębów.

Na tym etapie może pojawić się wiele kłopotów z mową.

U osób ze zdiagnozowaną dysfunkcją, którą nazywamy apraksją występują zaburzenia sekwencji głosek. Pacjent może powiedzieć „totato” zamiast „tato”.

U pacjentów z dyzartrią natomiast dochodzi do dysfunkcji mięśni, których praca odpowiada za wytwarzanie mowy (aparatu artykulacyjnego). Przedstawione staną się przykładem zaburzenia w fazie egzekucji.

Nie jesteśmy zawsze świadomi wyżej wymienionych poziomów podczas aktu mówienia. Obserwujemy jak choroba, której towarzyszą zaburzenia procesów myślenia na poziomie ideacji (np. choroba Alzheimera), obniża zdolność wyrażania myśli.

Pamiętajmy, że komunikacja to wymiana poglądów, potrzeb i uczuć; wyrażanie, zatem, to tylko część procesu komunikacji. W zasadzie nie możemy się nie komunikować. Jeśli nie jest się mówcą, jest się słuchaczem.

Na czym polega rozumienie?

W pewnym sensie rozumienie jest aktem przeciwnym do produkcji mowy. Mózg odbiera i przetwarza wiadomość.

Język i mowa. Produkcja mowy.

- *repcja sensoryczna*
- *symbolizacja*
- *tłumaczenie*
- *rozumienie*

Odbiór informacji rozpoczyna się drogą sensoryczną. Mówimy zatem o recepcji sensorycznej. Używamy wzroku, słuchu, dotyku, a nawet zapachu, aby zrozumieć, co świat nas otaczający nam komunikuje. Mózg dostarcza symboli, które wyrażają akty naszej percepcji. Ten mechanizm zwany jest symbolizacją. Słuchacz decyduje, w jakiej formie akt komunikacyjny jest przesyłany; mówionej, pisanej, czy za

pomocą gestu. Bazując na dotychczasowej wiedzy oraz informacji o kontekście, sytuacji i osobie, z którą się komunikujemy dokonujemy tłumaczenia informacji, którą otrzymaliśmy. Symbole komunikacyjne interpretowane są zależnie od kontekstu. Tłumaczenie staje się teraz naszym zrozumieniem komunikatu. Proces ten jest automatyczny i często nieuświadomiony. Przywołując jeszcze raz metaforę gry w tenisa, kontekst gry wymaga od nas przerzucania piłki przez siatkę, czyli reakcji, która podtrzyma komunikację. Możemy zatem odpowiedzieć na pytanie, zadać pytanie albo po prostu wyrazić myśl.

Komunikacja jest procesem złożonym, który wymaga skomplikowanego sposobu przetwarzania informacji w mózgu. Nie dziwi więc fakt, że w miarę postępowania choroby Alzheimera, pacjentom coraz trudniej komunikować się. Wiedza o charakterze procesu komunikacji pomoże zrozumieć zachowanie ludzi chorych. Wiedza o komponentach językowych pomoże skutecznie porozumieć się z chorymi.

Jakie wyróżniamy komponenty języka?

Wyróżniamy 4 główne komponenty języka:

Komponenty języka.

- *fonetyka*
 - składanie dźwięków w słowo
- *semantyka*
 - słownictwo
 - znaczenie słów
- *składnia*
 - struktura zdania
 - znaczenie słów
- *pragmatyka*
 - jak język jest używany

Fonologia określa jak łączymy dźwięki w słowa. Na przykład „mielegniarka” i „pielęgniarka”: wymiana (m) na (p) odróżnia słowo istniejące od słowa nieistniejącego.

Opuszczanie lub zamiana głosek zakłóca komunikację, gdyż słuchacz ma problemy ze zrozumieniem, co mówca wyraża.

Kolejnym pojęciem jest semantyka. Dotyczy ona słownictwa i znaczenia wyrazów. Im więcej znamy słów, tym lepiej potrafimy wyrazić nasze myśli. Słowa muszą być

jednak używane precyzyjnie, aby możliwa była komunikacja. Niepoprawne użycie słów obserwujemy często w mowie małych dzieci. Na przykład, poznawszy słowo „pies” mogą tak nazywać wszystkie czterożne zwierzęta, a więc krowy, konie.

Składnia określa szyk wyrazów i strukturę zdania. Wyznacza jak łączymy słowa, aby wyrazić i zrozumieć pojęcia.

Widzimy różnicę między zdaniem: „Mam na sobie sukienkę”, „Sukienka ma mnie na sobie”.

Pragmatyka określa jak używamy języka zależnie od roli, jaką odgrywamy w procesie komunikacji, tzn. czy jesteśmy nadawcą, czy odbiorcą. Opisuje też stosowność użycia języka. Mówca (czynny użytkownik języka), którego kompetencja pragmatyczna jest słaba, nie dostrzega słuchacza (bierny użytkownik języka), a nawet może go ignorować. Osoby o niskiej kompetencji pragmatycznej są też słabymi słuchaczami. Mogą albo mówić cały czas, albo bardzo mało. Pragmatyka spaja różne aspekty komunikacji: podtrzymywanie tematu konwersacji, zmianę kolejności wypowiedzi, grupowanie pojęć, utrzymywanie kontaktu wzrokowego, kierowanie uwagi na osobę, z którą nawiązujemy akt komunikacji.

Czym różnią się problemy komunikacyjne pacjentów z chorobą Alzheimera i pacjentów z afazją?

Cechy charakterystyczne choroby Alzheimera podobne są do demencji wywołanych innymi zaburzeniami neurologicznymi. Niektóre symptomy pomogą nam odróżnić chorobę Alzheimera od afazji, która jest jedną z częstych przyczyn zaburzeń języka.

Różnice pomiędzy afazją i chorobą Alzheimera.		
Cecha	Afazja	Choroba Alzheimera
początek	nagły	powolny
etiologia	udar, guz, uraz	polietiologiczna, charakterystyczne cechy morfologiczne - plaki i spłątki
przebieg	odwracalna, możliwe nawet samoistne wyzdrowienie	nieodwracalna, postępująca
język	fonologia, semantyka i zdolność syntaktyczna uszkodzona; pragmatyka zazwyczaj niezmienną	semantyka i pragmatyka upośledzone w relatywnie wczesnym okresie choroby

Dynamika przebiegu i objawy choroby Alzheimera i afazji różnią się jednak, gdy przyjrzymy się im bliżej.

Początek choroby Alzheimera jest powolny, początek afazji natomiast nagły. Ta różnica wskazuje na różną etiologię choroby. Terminu „etiologia” używamy dla określenia przyczyny lub genezy choroby. Etiologia choroby Alzheimera to postępujący ubytek neuronów i to w mechanizmie, którego nie znamy. Skutki przebiegu tego procesu neuropatologowie zauważają w postaci plak i splątek neurofibrilarnych.

Etiologia afazji w starszym wieku to najczęściej udar mózgu. Łatwo rozróżnić te etiologie, gdyż afazja ma nagły początek, a jej przyczyny są możliwe do identyfikacji dzięki procesowi diagnostycznemu, który przeprowadza lekarz neurolog często z pomocą neuropsychologa i logopedy.

Leczenie stanu, w którym występuje afazja rokuje większe nadzieje niż leczenie choroby Alzheimera. Terapia skutecznie redukuje symptomy, a czasami możliwy jest samoistny powrót do zdrowia. Choroba Alzheimera jest nieodwracalna i nigdy nie dochodzi do poprawy, mimo że obserwujemy zmiany i w zachowaniu i funkcjonowaniu pacjenta, które mogą sugerować lepszy stan niż przednio. Jako całość, stan pacjenta może się niestety tylko pogarszać.

Zarówno rozumienie tego, co słyszymy, jak i zachowanie werbalne, czyli wyrażanie myśli mogą być niesprawne w afazji. Pacjent z afazją może mieć problemy ze zrozumieniem języka pisanego. Może też mieć trudności z pisaniem słów, zdań, paragrafów. Często stwierdza się też zaburzenia fonologii, składni i semantyki. Pragmatyka jest z reguły niezmienną.

W chorobie Alzheimera obserwujemy powolną utratę funkcjonowania języka. Semantyka i pragmatyka upośledzone są w relatywnie wczesnym okresie choroby, natomiast składnia i fonologia w późniejszym okresie.

Produkcja mowy, czyli egzekucja języka, może pozostać niezmienną u osoby z afazją. Zdolność do produkcji mowy zależy od stanu mięśni i unerwienia strun głosowych, języka i warg. Osoba z afazją ma zaburzenia językowe, ale mięśnie i nerwy aparatu produkcji mowy mogą pozostać nienaruszone, a wręcz całkowicie zdrowe. Produkcja mowy będzie utrudniona, gdy udar lub inne zaburzenie neurologiczne uszkodzi mięśnie i nerwy odpowiedzialne za artykulację. Tak się dzieje w przypadku dyzartrii. Pacjent z chorobą Alzheimera może mieć problemy z arty-

kulacją w późniejszym okresie choroby. W stanie zaawansowanym może całkowicie utracić zdolność mówienia.

Pacjent z afazją zazwyczaj nie ma problemów z pamięcią, natomiast w chorobie Alzheimera zapominanie występuje już od samego początku. Pacjenci gorzej pamiętają wydarzenia niedawne, a nie te z odległej przeszłości. Osoba z afazją gorzej radzi sobie z zadaniami wymagającymi sprawności językowych niż sprawności myślenia. Pacjent z chorobą Alzheimera ma trudności z oboma typami zadań. Jest tak dlatego, że pacjent z afazją zazwyczaj nie traci zdolności logicznego myślenia, rozwiązywania problemów, czy wyrażania sądów o doświadczeniach życiowych. Natomiast w chorobie Alzheimera występuje ogólne pogorszenie sprawności mentalnych. Nie tylko komunikacja językowa, ale też rozumowanie i myślenie jest uszkodzone.

Osoba z afazją prawdopodobnie będzie w stanie zaplanować przyjęcie. Może, co najwyżej potrzebować pomocy przy wypisywaniu zaproszeń lub wykonywaniu telefonów. Chory na Alzheimera będzie miał trudności z zaplanowaniem i zorganizowaniem niezbędnych szczegółów.

Podobnie, pacjent z afazją pójdzie do sklepu i kupi brakującą część do kosiarki, nawet, jeśli będzie musiał narysować, o jaką część mu chodzi. Pacjentowi z chorobą Alzheimera trudność sprawi: określenie, jaka część jest do wymiany, odnalezienie drogi do sklepu i z powrotem oraz przekazanie odpowiedniej sumy sprzedawcy.

Zauważalne są też pewne różnice w fizycznych cechach charakteryzujących oba zaburzenia. U pacjenta z afazją często występuje połowiczny niedowład lub połowiczne porażenie, czyli osłabienie i zaburzenie czucia jednej strony ciała (w większości przypadków prawej). Stan fizyczny pacjenta z chorobą Alzheimera jest zazwyczaj w normie. Obserwowane zaburzenia ruchowe, czasami można zaobserwować chodzenie tam i z powrotem.

Część IV. Znaczenie podstawowych technik komunikacji w opiece nad pacjentem z chorobą Alzheimera

Jakie są podstawowe elementy procesu komunikacji?

Komunikacja, czyli kontakt z innymi, obejmuje zjawiska werbalne i niewerbalne. Na te umiejętności składają się złożone, precyzyjne procesy mowy, tonu, języka ciała, dotyku, pamięci krótko- i długotrwałej. Komunikacja rozpoczyna się bardzo wcześnie w życiu człowieka. Płacz dziecka, gaworzenie, niezdarne ruchy rąk i nóg przekazują rodzicom informacje o głodzie, bólu, dobrym samopoczuciu, poczuciu bezpieczeństwa. Poprzez dotyk, głos czy kontakt wzrokowy rodzic okazuje dziecku miłość, bezpieczeństwo i ciepło. Dziecko uczy się złożonego procesu produkcji mowy. Imituje dźwięki, które słyszy przebywając w otoczeniu rodziców, rodziny, przyjaciół. W szkole dziecko nabywa bardziej formalne wzorce mowy.

Zdolność do werbalnego porozumiewania się, fakt mówienia często bierzemy za pewnik, ponieważ produkcja mowy wymaga minimalnego wysiłku z naszej strony. W rzeczywistości jest to złożony proces, znacząco zaburzony w chorobie Alzheimera.

Zdolność komunikowania się zapewnia dobrą jakość życia. Przekazujemy nasze myśli, potrzeby; rozwijamy relacje z innymi poprzez mowę i gesty niewerbalne. Efektywne komunikowanie się wymaga pewnych umiejętności. Do podstawowych umiejętności komunikacyjnych zaliczamy:

Podstawowe umiejętności i techniki komunikacyjne.

- **Bądź uważny**
 - *przećwicz postawę wskazującą na twoją obecność,*
 - *wykorzystaj zachowania efektywnego wsluchiwania się w treść,*
 - *zwracaj się twarzą do rozmówcy,*
 - *przybierz otwartą pozycję ciała zachęcającą do dalszego kontaktu, pochyl się w kierunku rozmówcy,*
 - *utrzymuj kontakt wzrokowy,*
 - *unikaj rozproszenia uwagi.*
- **Bądź swobodny**
 - *kieruj uwagę na drugą osobę,*
 - *skupiaj się na rozmowie.*
- **Słuchaj aktywnie**
 - *słuchaj tak, aby zrozumieć przekazywaną informację,*
 - *skupiaj się na przekazie werbalnym i niewerbalnym.*

Bądź uważny. Obecność drugiego człowieka jest decydująca w komunikowaniu się. Odwiedzając przyjaciela w szpitalu wyrażasz troskę swoją obecnością, to co powiesz jest mniej ważne. To, że jesteś z członkiem rodziny lub przyjacielem, który stracił kogoś bliskiego czy też Twoja obecność na pogrzebie jest ważniejsza, niż słowa. Często w takich sytuacjach nie wiemy co powiedzieć.

Słowa nie są konieczne, aby wyrazić troskę i szacunek. Ważne są zarówno informacje przekazane werbalnie jak i niewerbalnie.

Jakie wyróżniamy zachowania pomagające efektywnie wstłuchiwać się w treść? Należy zwracać się twarzą do rozmówcy, przybierać otwartą pozycję ciała zachęcającą do dalszego kontaktu, pochylać się w kierunku rozmówcy (tutaj należy być uważnym, aby wyważyć dystans odpowiadający rozmówcy). Należy utrzymywać kontakt wzrokowy i unikać rozproszenia uwagi (np. zerkanie na ekran telewizora zdecydowanie nie będzie sprzyjać procesowi komunikacji).

Bądź swobodny podczas rozmowy. Opanowanie w czasie komunikowania się jest wyrazem prawdziwej troski; pojawia się instynktownie, gdy poświęcamy uwagę drugiej osobie. Rozmówca potrafi wyczuć, gdy jesteśmy zaabsorbowani własnymi myślami i problemami i nie poświęcamy całej uwagi rozmowie.

Słuchaj aktywnie. Celem słuchania jest zrozumienie przekazywanej informacji. Dlatego konieczne jest skupianie się na przekazie werbalnym i niewerbalnym. Do niewerbalnych środków przekazu zaliczamy postawę, wyraz twarzy, ton głosu, ruchy ciała. Wyobraź sobie, że osoba płacze, a przyjaciel zapyta, „Co się stało? “. Osoba odpowiada, „Nic! “. To, jak mówimy jest ważniejsze niż słowa, których używamy. Słuchacz musi skupiać się na całości przekazu.

Czy można pomóc osobom z chorobą Alzheimera w procesie komunikacji?

Zarówno mowa jak i umiejętności językowe są upośledzone u osób z chorobą Alzheimera. Pacjent traci zdolność formułowania myśli, może zapominać jak stosować słowa i gesty. Zdolność interpretowania symboli jest upośledzona, pacjent może mieć trudności ze zrozumieniem mowy. Może przekręcać zdania i tworzyć neologizmy. W efekcie, osoba traci umiejętność efektywnego komunikowania się.

Niemniej jednak, osoby z chorobą Alzheimera potrzebują ciągłego zaangażowania podczas komunikacji. Kiedy ludzie rozmawiają i pozostają w kontakcie fizycznym,

komunikują pewne informacje jak i wzajemną troskę. Chociaż na skutek choroby zdolność komunikacji pogarsza się, istotne jest, aby opiekunowie cały czas porozumiewali się z chorymi.

Proces komunikacji powoduje zmniejszenie ryzyka społecznej izolacji, która może prowadzić do depresji. Fakt komunikowania się stymuluje procesy umysłowe u osób z chorobą Alzheimera. Interakcja podnosi poczucie własnej wartości u osób z chorobą Alzheimera. Jest to o tyle ważne, że poczucie własnej wartości, indywidualna ocena własnej osoby u osób z chorobą Alzheimera ulega ciągłej zmianie na skutek stopniowej utraty pamięci krótkotrwałej i właśnie problemów z komunikowaniem się. Trudność sprawia im pozostawanie w kontakcie z przyjaciółmi i rodziną.

Czym jest empatia?

Empatia to zdolność dzielenia emocji, myśli i uczuć z drugą osobą; bycie z drugą osobą. Empatia obejmuje słuchanie i rozumienie, a także wyrażanie zrozumienia. Opiekunowie odnoszą korzyści z nawiązywania kontaktu ze „światem” osoby z chorobą Alzheimera. Kontakt zostaje nawiązany, gdy procesowi komunikacji towarzyszy skupianie uwagi, obserwacja i słuchanie. Tym właśnie jest „bycie” z drugą osobą.

Empatia.

- *Zdolność dzielenia emocji, myśli i uczuć z drugą osobą.*
- *Przebywanie i bycie z drugą osobą.*
- *Słuchanie i rozumienie.*
- *Wyrażanie zrozumienia przez umiejętności efektywnej komunikacji.*
- *Poprzez empatię wyrażamy:*
 - *szczerze zainteresowanie,*
 - *szacunek.*

Kiedy opiekunowie próbują patrzeć na świat z punktu widzenia osoby chorej, wyrażają swój szacunek, szczerze zainteresowanie i troskę. Komunikacja jest podstawą interakcji społecznych i istotą przynależności społecznej. Pomagając osobom z chorobą Alzheimera w podtrzymywaniu komunikacji, pomagamy im podnieść poczucie własnej wartości i poczucie wartości społecznej.

Czy można werbalnie wspomagać proces komunikacji?

Efektywna komunikacja zależy od technik przekazu werbalnego, jakie zastosujemy. Określenie werbalny odnosi się do języka mówionego. Automatycznie stosujemy pewne wzorce językowe podczas rozmowy z określonymi osobami. Te wzorce językowe wzmacniają lub podnoszą nasze umiejętności komunikacyjne. Werbalne techniki wspomagające komunikację to przede wszystkim używanie znanych słów, dopasowanie tempa mówienia, skupianie się na rozmówcy i poświęcanie mu całej uwagi, używanie prostych, bezpośrednich i konkretnych stwierdzeń, unikanie kłótni.

Werbalne techniki wspomagające komunikację.

- *Używaj znanych słów.*
- *Mów powoli.*
- *Ogranicz liczbę uczestników rozmowy.*
- *Używaj prostych i bezpośrednich stwierdzeń.*
- *Bądź konkretny.*
- *Unikaj kłótni.*
- *Dostarczaj dodatkowych informacji.*
- *Przedstawiaj materiał rzeczowo.*

Używaj znanych słów. Używaj słów, które, według Ciebie, osoba z chorobą Alzheimera rozumie. Nie stosuj wyrażenia slangowych lub terminów, których pacjent mógł nie znać nawet przed chorobą. Słowa, które nabierają znaczenia w określonym kręgu kulturowym lub socjalnym mogą być zupełnie niezrozumiałe dla chorego. Należy pamiętać, że osoba z chorobą Alzheimera, w wyniku upośledzenia funkcji pamięci, ma trudności z uczeniem się nowych rzeczy. Nie potrafi zachowywać w pamięci nowych informacji. Staraj się zauważać zakres zawężania się słownictwa chorego w miarę postępowania choroby.

Mów powoli. Pamiętaj, że osoba z chorobą Alzheimera ma coraz większe trudności z przetwarzaniem, czyli odnajdowaniem znaczenia tego, co słyszy. Wolniejsze tempo mówienia zazwyczaj pomaga zrozumieć przekazywaną wiadomość. Instynktownie wiemy, jakie tempo mówienia jest odpowiednie. Czasami jednak mówienie zbyt wolno przynosi negatywne efekty. Chory może zapomnieć pierwsze słowa Twojej wypowiedzi, zanim skończysz mówienie. Jeśli zdaje Ci się, że osoba z chorobą Alzheimera nie rozumie co do niej mówisz, zmień tempo mówienia.

Ogranicz liczbę uczestników rozmowy. Czy próbowałeś kiedyś słuchać dwóch osób jednocześnie? Możesz wyobrazić sobie jak trudne jest to dla osoby z chorobą Alzheimera. Ogranicz liczbę osób rozmawiających z chorym do jednej. Ma on i tak sporo trudności ze zrozumieniem, co mówi jedna osoba. Jeśli musisz porozmawiać z chorym, a on rozmawia w tym czasie z inną osobą, poczekaj aż ta osoba zakończy rozmowę i odejdzie. Jeśli ktoś nieumyślnie przerwie rozmowę, którą prowadzisz z pacjentem, wycofaj się do czasu, aż ta osoba skończy mówić. Możesz uświadomić przerywającego o technikach postępowania z chorym.

Używaj prostych i bezpośrednich stwierdzeń. „Prosty i bezpośredni” odnosi się do typu słów i zdań, jakie stosujemy w rozmowie. Słowa i zdania powinny być krótkie, proste, bezpośrednie i na temat. Staraj się umieszczać podmiot (wykonawca czynności) na początku zdania. Używaj rzeczowników, a nie zaimków, takich jak „on”, „ona”.

Bądź konkretny. Mów o rzeczach, które można bezpośrednio zaobserwować. Unikaj języka przenośnego, czyli symboli i porównań. Na przykład słysząc: „przyszła koza do woza”, osoba z chorobą Alzheimera może rzeczywiście wyglądać przez okno w przekonaniu, że zobaczy zwierzę. Nawet wyrażenia w stylu „ostry jak brzytwa” mogą dezorientować chorego. Chorzy zazwyczaj nie zauważą kontekstowego żartu, absurdu czy groteski. Sytuacje komiczne często są niejasne. Chorzy nie dostrzegają także niedorzeczności czy bezsensu.

Unikaj kłótni. Skuteczniejsze będzie odwrócenie uwagi chorego, niż przekonywanie dlaczego coś należałoby zrobić lub dowodzenie, że coś nie jest prawdą. Podejmij rozmowę na przyjemny temat albo zmień miejsce, aby zmienić bieg myśli, który powoduje konflikt. Jeśli osoba z chorobą Alzheimera ciągle zadaje te same pytania lub powtarza to samo zdanie, może oznaczać, że jest zdruzzona albo zdezoorientowana. Przykłady takich zdań: „Chcę iść do domu”, „Muszę zobaczyć się z mamą”. W tych przypadkach należałoby odwrócić uwagę chorego przez zmianę tematu albo zajęcia.

Dostarczaj dodatkowych informacji. Dostarczaj jak najwięcej dodatkowych wskazówek. Na przykład, kiedy przedstawiasz nowego sąsiada, który właśnie się wprowadził powiedz: „To jest Marysia. To jest Marysia, nasza nowa sąsiadka.” Zawsze przedstawiaj nieznanym lub osoby, których osoba z chorobą Alzheimera może nie rozpoznać.

Czasami nawet członkowie najbliższej rodziny muszą przedstawiać się przed rozpoczęciem rozmowy z chorym, szczególnie w środkowym lub późnym stadium choroby. W tych okresach przedstaw się zanim zaczniesz rozmowę z chorym, nawet, jeśli wydaje Ci się, że osoba zna twoje imię i wie kim jesteś. Członek rodziny może powiedzieć: „Witaj mamó. To ja, Alicja. Twoja córka”, albo „Jestem Jan, Twój mąż”. Przedstaw się w ten sposób, kiedy wchodzisz do pokoju i powtarzaj od czasu do czasu w czasie rozmowy. Opiekun (instytucjonalny) może też nosić plakietkę z imieniem. Gdy przedstawiasz się, wskaż plakietkę. Możesz powiedzieć: „Mam na imię Ewa. Jestem twoją opiekunką” i w tym samym czasie wskazać plakietkę z imieniem.

Przedstawiaj materiał rzeczowo. Mów o czynnościach, które chory ma wykonać jak o oczekiwanych zdarzeniach, nie pytaj czy chory ma ochotę to zrobić. Zamiast „Czy chciałbyś wziąć teraz kąpiel?” powiedz: „Czas na kąpiel”. Podobnie, zamiast „Wiesz gdzie dzisiaj idziemy?” powiedz: „Dzisiaj idziemy do ośrodka opieki dziennej”.

Czy można niewerbalnie wspomagać proces komunikacji?

Niewerbalny znaczy niewypowiedziany, ale nadal pozostajemy w sferze porozumiewania się. Wypowiedzi werbalne cały czas wspieramy niewerbalnymi środkami przekazu. Kiedy mówimy „Cześć”, uśmiechamy się. Kiedy mówimy „Podejź tutaj”, przywołujemy ruchem ręki, a nasza postawa ciała jest otwarta i zachęcająca.

Niewerbalne techniki wspomagające komunikację.

- *Stosuj metody ułatwiające zapamiętywanie.*
- *Używaj ilustracji i wydruków.*
- *Moduluj ton głosu.*
- *Dopasuj wyraz twarzy.*
- *Dopasuj postawę ciała.*
- *Zauważ i wykorzystaj stosowny dystans przestrzenny w rozmowie.*
- *Dopasuj gesty.*
- *Dopasuj dotyk.*

Stosowanie niewerbalnych znaków nabiera znaczenia w miarę jak choroba Alzheimera postępuje. Niektórzy pacjenci nie są w stanie porozumiewać się przy użyciu werbalnych środków. W zaawansowanym stadium choroby mogą np. zachowywać jednak podstawowe umiejętności komunikowania się przy pomocy metod niewerbalnych.

Stosowanie metod ułatwiających zapamiętywanie. Metody ułatwiające zapamiętywanie to między innymi stosowanie notesów, kalendarzy, zegarków z kalendarzem, harmonogramów. Mogą one być bardzo przydatne dla osób z chorobą Alzheimera. Jeśli chory ma dostęp do tych pomocy, zachęcaj go do możliwie częstego korzystania z nich. Czasami będziesz musiał zainteresować chorego tymi pomocami.

Pewnego dnia, w małym miasteczku starsza kobieta podeszła do mojej przyjaciółki. Kobieta nie mogła sobie przypomnieć gdzie znajduje się hotel, w którym się zatrzymała. Wyjaśniła, że od pewnego czasu ma problemy z zapamiętywaniem rzeczy. Moja przyjaciółka nie знаła miasta, nie mogła więc jej pomóc. Zapytała jednak, czy ma przy sobie pudełko zapatek, albo jakąś inną rzecz z hotelu, na której znajdowałaby się jego nazwa. Kobieta przypomniała sobie, że syn zapisał jej nazwę hotelu na małej karteczce. Znalazła karteczkę w portfelu i przypomniała sobie, gdzie znajduje się hotel. Syn zachował się rozsądnie zapisując informacje dla matki. Niestety, dopóki moja przyjaciółka nie odpowiedziała jej, kobieta nie pamiętała, że notatka jest w jej portfelu.

Użycie ilustracji i wydruków. „Rysunek znaczy tyle co tysiąc słów”. Kiedy wszystkie inne zawodzi, ilustracja przedstawiająca osobę, miejsce lub rzecz może ułatwić przekazanie wiadomości i myśli osobie z chorobą Alzheimera. Przydatny może okazać się mały album ze zdjęciami członków rodziny. Podpisz zdjęcia imionami poszczególnych osób. Ułatwi to rozmawianie o członkach rodziny. Jeśli chory ma okresy, w których mówienie sprawia mu szczególną trudność, możesz założyć zeszyt rozmów. Zgromadź zdjęcia lub ilustracje przedstawiające przedmioty codziennego użytku i podstawowe potrzeby, zepnij je razem i korzystaj podczas rozmowy. Podobnie jak osoba z chorobą Alzheimera, możesz wskazywać na przedmioty, o których jest mowa. Możesz też wykorzystać tego rodzaju książkę, gdy rozmawiasz z osobą z afazją.

Moduluj ton głosu. Sposób mówienia często niesie więcej informacji niż treść. Jeśli chcesz być zdecydowany, Twój głos musi być stanowczy. Jeśli chcesz być opowiadany, Twój głos powinien być uspokajający. Akcentuj ważne słowa w Twojej wypowiedzi. Na przykład: „Czas na obiad”, „Wypij tę wodę”. Ciepły i przyjazny głos sprawi, że komunikowanie się będzie przyjemnością dla Ciebie i dla osoby z chorobą Alzheimera. Nie wysyłaj sprzecznych sygnałów. Ton głosu powinien być bezpośredni i szczerzy. Zdziwiająca jest na ile różnych sposobów możemy wypowiedzieć zdanie używając różnych tonów głosu.

Wyraz twarzy. Czy poniższa wypowiedź ma sens? (Powiedz: „Jesteście wspaniałymi pracownikami“ marszcząc brwi). Co było nie tak z tą wiadomością? (Przedyskutuj). Wyraz twarzy dostarcza wiele informacji, podobnie jak ton głosu. Pamiętajmy, aby nie wysyłać sprzecznych sygnałów. Zazwyczaj uśmiech lub śmiech sprawiają, że interakcja jest przyjemna.

Postawa ciała. Wcześniej wspomnieliśmy przywoływanie ruchem ręki, gdy mówimy np. „Podejdź tutaj“. Elementem sygnału niewerbalnego jest wówczas gest. Wykonujemy ruch ręką. Przybieramy zachęcającą postawę ciała. Sygnalizujemy, że jesteśmy gotowi do interakcji, postawa ciała jest otwarta. Postawa ciała może pomagać w komunikowaniu informacji przy użyciu ruchu.

Gesty. Dla niektórych gesty są nieodzownym elementem komunikacji. Zapewne znasz osoby, które nie potrafiłyby mówić, gdyby związane im ręce. Gesty uwydatniają i wspierają interakcje. Gesty mogą być proste, np. gdy machamy komuś na powitanie albo złożone, kiedy np. demonstrujemy bez przedmiotu w dłoni jak wykonać pewną rzecz.

Dotyk. Jeśli jesteśmy w bliskiej odległości od osoby, z którą się komunikujemy, nie musimy polegać wyłącznie na słowach i gestach. Możemy również stosować dotyk. Dotykając osoby z chorobą Alzheimera zwiększamy szanse nawiązania pomyślnej interakcji. Dotyk zwraca uwagę osoby, z którą chcemy nawiązać kontakt. Jednoczesne dotknięcie ramienia i przywołanie imienia osoby wyraża zainteresowanie. Rozpoczęte komunikowanie może wyrażać współczucie, sympatię. W późniejszym okresie choroby Alzheimera dotyk odgrywa dodatkową rolę, czyli inicjuje, a w efekcie tworzy proces komunikacji między pacjentem a opiekunem.

Część V. Techniki programu KONTAKT

KONTAKT to akronim, a każda z liter oznacza jedną z siedmiu technik komunikacyjnych zawartych w projekcie. Każda technika jest zaplanowana tak, aby podnieść efektywność interakcji z osobami z chorobą Alzheimera. Stosując się do wszystkich siedmiu punktów, pomagamy choremu komunikować się efektywnie na każdym etapie choroby.

KONTAKT

1. *Kontaktuj się*
2. *Odblokuj*
3. *Nawiązuj*
4. *Twórz pytania*
5. *Angażuj*
6. *Konstruuj*
7. *Toruj*

Kontaktuj się. Najważniejsze w pracy z pacjentem jest nawiązanie z nim kontaktu wzrokowego. Przyciągamy i utrzymujemy uwagę osoby z chorobą Alzheimera. Na początek zwróć się twarzą do rozmówcy. To skłania rozmówcę do patrzenia na Ciebie. Jeśli jednak chory nie zwraca się do nas, nie patrzy na nas, zwróć się do niego po imieniu, lekko dotknij jego ramię lub obejmij dłoń.

Kontaktuj się

- *Zwracaj się twarzą do rozmówcy.*
- *Zwracaj się po imieniu.*
- *Nawiąż kontakt fizyczny.*
- *Nawiąż i utrzymuj kontakt wzrokowy.*

Utrzymuj kontakt wzrokowy przez całą rozmowę. Kontakt wzrokowy jest bardzo ważnym elementem w komunikacji. Upewnij się, że Twoja twarz jest odpowiednio oświetlona. Jeśli stoisz przy oknie, światło może utrudniać choremu dokładne widzenie twarzy. Jeśli chory leży lub siedzi, upewnij się, że patrzy na ciebie pod odpowiednim kątem.

Odblokuj. „Odblokuj” ma na celu pomóc osobie z chorobą Alzheimera pokonać konkretne zahamowania komunikacyjne. Przypomnijmy, że w miarę jak choroba postępuje, słownictwo zawęża się. Kiedy osoba chora nie może przypomnieć sobie słowa, którego chce użyć, zastąpi go słowem nieodpowiednim albo będzie milczała.

Odblokuj

- *Zasugeruj słowo, którego według Ciebie rozmówca szuka.*
- *Zadawaj pytania typu: „Czy masz na myśli...”.*
- *Powtarzaj zdania używając właściwych słów.*

Jest to wyraźna „blokada komunikacyjna”, którą musimy przełamać, odblokować. Musimy pamiętać, że te zachowania odzwierciedlają problemy z pamięcią i słownictwem. Osoba stara się komunikować pomimo tych ograniczeń.

Jeśli zauważysz blokadę w konkretnych sytuacjach komunikacyjnych, zasugeruj słowo, którego chory powinien użyć. Robimy to ciągle w codziennych rozmowach.

Należy to zrobić w taki sposób, aby nie urazić poczucia własnej wartości osoby z chorobą Alzheimera, na przykład możemy zadać pytanie, aby wyjaśnić, co osoba chciała powiedzieć. Ten sam zabieg stosujemy w rozmowach z przyjaciółmi. Zapytaj: „Czy masz na myśli twoją wnuczkę?” gdy osoba mówi, że odwiedziła go jego matka. Powtarzaj też całe zdania wstawiając odpowiednie słowo. „Twoja znajoma właśnie przyszła żeby Cię odwiedzić”.

Jeśli osoba z chorobą Alzheimera szuka jakiegoś słowa, podpowiedz słowo, które uważasz, że powinno być użyte w tym kontekście. Odblokowanie zahamowań komunikacyjnych sprawia, że rozmowa przebiega płynnie i naturalnie. Jeśli zamiast tego ograniczymy się do informowania i podkreślania błędów, nasz podopieczny będzie odczuwać frustrację i prawdopodobnie rozmowa się zakończy.

Nawiązuj. Nagłe zmiany tematu mogą dezorientować słuchaczy w każdej sytuacji komunikacyjnej. Czy rozmawiałeś kiedyś z kimś, kto ciągle przeskakiwał na inny temat lub przerywał rozmowę?

Może to być bardzo irytujące. Dla osób z chorobą Alzheimera takie zmiany tematu mogą być dezorientujące i zniechęcające. Chorzy potrzebują ciągłości i płynności, aby kontynuować temat rozmowy.

Nawiązuj

- *Nawiązuj do tematu rozmowy.*
- *Kontynuuj temat przez możliwie najdłuższy okres czasu.*
- *Ponownie przedstaw temat.*
- *Sygnalizuj zmiany tematu.*
- *Posłuj się technikami niewerbalnymi, aby zasygnalizować zmianę tematu.*

Metodą utrzymywania swoistej płynności rozmowy jest kontynuowanie jednego tematu. Jeśli zacząłeś mówić o kolacji, kontynuuj rozmowę. Nawiązuj do tematu ponownie podczas rozmowy, na wypadek gdyby osoba z chorobą Alzheimera zapomniała. Dajesz choremu możliwość na nowo włączyć się do rozmowy.

Czasami będziesz musiał zmienić temat rozmowy. W takim wypadku sygnalizuj każdą zmianę. Upewnij się, że nawiązujesz wtedy kontakt z osobą i pomagasz jej orientować się w nowym temacie. Zastosuj niewerbalne techniki tak, aby wyrazić nieasygnalizowaną zmianę tematu. Możesz podnieść rękę w geście „stop”, podnieść palec albo milczeć przez krótką chwilę. Czasami słabą pamięć chorego możesz wykorzystać tak, aby płynnie zmienić temat rozmowy. Wstrzymanie interakcji może spowodować, że chory zapomni, jaki był temat rozmowy. Właściwie jest to najlepszy sposób na wprowadzenie nowego tematu. Osoba z chorobą Alzheimera nie powinna czuć się dezorientowana.

Twórz pytania. Jedną z kluczowych technik pomagających w komunikacji z pacjentem z chorobą Alzheimera są odpowiednio sformułowane pytania. Lepiej jest samym pytaniem sugerować odpowiedzi, gdy zadajemy pytanie, niż oczekiwać, że chory sam udzieli odpowiedzi.

Tworzymy i zadajemy pytania o ograniczonej liczbie odpowiedzi lub pytania zamknięte.

Twórz pytania

- *Zastosuj pytania o ograniczonej liczbie odpowiedzi.*
- *Dostarcz dwóch prostych opcji.*
- *Zastosuj pytania wymagające odpowiedzi tak/nie.*
- *Nie testuj chorego.*

Pomyśl, o ile łatwiej jest rozpoznać prawidłową odpowiedź wśród dwóch możliwości, niż sformułować własną odpowiedź. Łatwiej jest odpowiedzieć na pytanie: „Napijesz się kawy czy herbaty?” niż na pytanie otwarte: „Czego się napijesz?”.

Pytanie otwarte wymaga przetwarzania większej ilości informacji, czego osoba z chorobą Alzheimera może nie być w stanie zrobić. Osoba musi zrozumieć słowo „pić”, przypomnieć sobie wszystkie słowa należące do kategorii „picie”, zdecydować, które jest najlepsze i w końcu wypowiedzieć to słowo. Jeśli dostarczymy choremu dwóch opcji, musi jedynie rozpoznać jedną z nich i powtórzyć. Ta strategia podtrzymuje również proces komunikacji.

Możemy też stosować pytania wymagające odpowiedzi tak/nie zamiast pytań otwartych. Gdy zadajesz pytanie, upewnij się, że dajesz rozmówcy wystarczającą ilość czasu na przetworzenie pytania i udzielenie odpowiedzi. Jeśli jest to konieczne, powtórz lub przeformułuj pytanie.

Angażuj. Wymiana informacji różnego typu jest podstawą komunikowania się. Proces angażuje osoby do wymiany myśli, potrzeb, uczuć. Angażowanie jest istotną techniką projektu KONTAKT.

Angażuj

- *Podtrzymuj rozmowę.*
- *Podtrzymuj rozmowę komentarzami typu: „Ach tak” lub „Świetnie!”.*
- *Dostarczaj wskazówek, które pomogą odpowiedzieć na Twoje pytania.*

Celem tej strategii jest inicjowanie i podtrzymywanie rozmowy przez możliwie najdłuższy czas, ciągłe angażowanie chorego. Wymiana taka daje poczucie przynależności i podnosi samoocenę pacjenta. Może też podnieść poczucie własnej wartości opiekuna, ponieważ będzie on komunikował się efektywnie z chorym, mimo iż wydawać by się mogło, że nie jest to możliwe.

Technika, której możemy użyć, aby angażować i podtrzymać wymianę zdań to stosowanie komentarzy występujących w codziennej rozmowie, na przykład: „Ach tak” lub „Świetnie!” Stosuj krótkie i przyjemne zwroty, które angażują uwagę pacjenta, takie jak w rozmowie z przyjacielem lub znajomym. Nie stosuj pytań, które miałyby testować sprawność osoby z chorobą Alzheimera. Słyszeliśmy już takie pytania. Przykładem jest pytanie: „Jaki dzisiaj jest dzień?” Tego typu pytania mają na celu sprawdzanie, a nie inicjowanie lub podtrzymywanie rozmowy. Nie stosuj pytań „testowych”.

Jeśli widzisz, że osoba z chorobą Alzheimera ma trudności w przetwarzaniu pytania lub odczuwa frustrację, gdy stara się odpowiedzieć na nie, dostarcz wskazówek i brakujących informacji, które pomogą odpowiedzieć na to pytanie. Na przykład, jeśli zadajesz pytanie „Jak myślisz, jaka jest pogoda?” osoba z chorobą Alzheimera może wyjrzeć przez okno i nie udzielić żadnej odpowiedzi. Możesz wtedy zareagować - „Strasznie pada”. To dostarczy choremu informacji, że pada deszcz, a tej informacji możesz z kolei użyć, aby kontynuować rozmowę. Zauważmy, że wyglądanie przez okno jest już pewną reakcją osoby z chorobą Alzheimera. Potraktuj to jako próbę kontynuowania rozmowy.

Konstruuuj. „Konstruuuj” to technika budowania wypowiedzi chorego poprzez konstruowanie wypowiedzi opiekuna. Wejściem do tej techniki jest umiejętne stosowanie typów słów i zdań, których używamy w rozmowie. Słowa i zdania powinny być krótkie, proste, bezpośrednie i rzeczowe. Stosuj prostą strukturę zdania z podmiotem (wykonawca czynności) na początku. Na przykład, zamiast „Pyszne to ciasto, co zostało upieczone przez twoją siostrę” powiemy „Twoja siostra upiekła pyszne ciasto”. Na ile to możliwe, używaj imion i nazw własnych. Nie stosuj zaimków. Zaimki to słowa takie jak „twoje”, „on”, „ona”, „to”, „jego”, „ich”. A jeszcze lepszym sposobem wyrażenia powyższej informacji byłoby: „Twoja siostra Helena upiekła pyszne ciasto”. Dla osoby z chorobą Alzheimera łatwiej będzie zrozumieć informację i powtórzyć ją, jeśli użyjemy rzeczownika (imię lub nazwa rzeczy lub miejsca).

Konstruuuj

- *Używaj rzeczowników i nazw własnych.*
- *Powtarzaj słowa.*
- *Powtarzaj zdania.*
- *Przeformułuj zdania.*
- *Konstruuuj różne opcje wypowiedzi na ten sam temat.*

Technika „konstruuuj” oznacza również, że konstruuujemy różne możliwości wypowiedzi informacji o tej samej treści, czyli mówimy coś na różne sposoby. Osobie z chorobą Alzheimera łatwiej będzie zrozumieć, jeśli informacja dociera do niej wieloma drogami, niż gdy usłyszy ją tylko jeden raz.

Toruj. To zadanie ma na celu zaangażowanie osoby z chorobą Alzheimera w proces komunikacji przez torowanie mu drogi. Zaczynaj rozmowę tak żeby łatwo było w nią się włączyć. Jedną ze strategii osiągnięcia celu jest powtarzanie. Kolejną metodą jest używanie rzeczowników i nazw własnych. Powtarzaj słowa, szczególnie słowa kluczowe. Pamiętaj, że rzeczowniki to słowa nazywające osoby, miejsca i rzeczy, na przykład: Ewa, Lublin, stół. Tematem zdania jest zazwyczaj rzeczownik, pamiętaj zatem o kim lub o czym rozmawiasz i powtarzaj to słowo często. Na przykład, zamiast „Twoje dzieci i wnuki przyjeżdżają w niedzielę. Mają zamiar zabrać cię na spacer”, powiedz: „Twoja córka Ewa, wnuczka Agnieszka i jej mąż Jarek przyjeżdżają w niedzielę. Ewa, Agnieszka i Jarek zabiorą cię na spacer”. Powtarzajmy często imiona. To, co druga osoba mówi notujemy narządkiem słuchu i przetwarzamy, ale możemy zobaczyć gest, wyraz twarzy, ruchy ciała, ilustrację, słowo pisane. Gesty rąk są efektywnym sposobem przekazywania dodatkowych informacji. Poprzez dotyk łatwo przyciągniemy

uwagę drugiej osoby. Dotyk może stanowić też element techniki „toruj”, gdy wyrażamy troskę i zainteresowanie poprzez trzymanie za rękę lub przytulanie. Stosowanie zachowań niewerbalnych wymaga jednak wiedzy i wycucia. Musimy zorientować się na ile nasz gest, czy dotyk jest akceptowalny przez pacjenta. Niekiedy zbyt bliski kontakt, czy nawet podchodzenie w czasie rozmowy, może być dla pacjenta nieakceptowane i będzie bronił się przed kontaktem. Zasady tych zachowań określa proksemika, która definiuje zasady takich interakcji. Na potrzeby dnia codziennego jednak może wystarczyć świadomość ich i uważne obserwowanie reakcji pacjenta.

Toruj

- *Używaj krótkich zdań twierdzących.*
- *Stosuj prostą strukturę zdania, z podmiotem na początku.*
- *Używaj imion, a nie zaimków.*
- *Używaj gestów, przedmiotów, obrazków lub tekstu pisanego, aby pomóc rozmówcy zrozumieć treść twojej wypowiedzi.*
- *Zadbaj o akceptowalne dla chorego i wygodne dla niego warunki w jakich zachodzi akt komunikacji.*

Możemy też powtarzać całe zdania i pytania. Jeśli osoba z chorobą Alzheimera nie zrozumiała, co do niej mówimy, powtórzmy. Można powtórzyć więcej niż jeden raz. To prosty sposób utrwalania śladu pamięciowego i torowania procesu.

Celowe jest także parafrazowanie zdania lub pytania poprzez drobne zmiany w jego strukturze, w doborze słów. Na przykład, zamiast: „Twoja wnuczka jest tutaj. Twoja wnuczka właśnie weszła”. Możemy powiedzieć, „Twoja wnuczka, Ewa, jest tutaj. Ewa, „Twoja wnuczka już przysła”.

Kiedy osoba jest już zaznajomiona z jedną informacją, możemy stopniowo wprowadzać, tworzyć nowe tematy. Na przykład, kiedy osoba z chorobą Alzheimera jest poinformowana o obecności wnuczki, wprowadź kolejną informację dotyczącą tej osoby: „Twoja wnuczka, Ewa, jest tutaj. Twoja wnuczka, Ewa, ma dla ciebie książkę”.

Część VI. Jak stosować techniki programu KONTAKT na poszczególnych etapach choroby Alzheimera?

Choroba Alzheimera jest chorobą postępującą i nieodwracalną. Pozbawia chorych pewnych funkcji intelektualnych i zdolności komunikowania się za pomocą języka. Nie możemy zakładać, że osoba z chorobą Alzheimera automatycznie traci świadomość świata zewnętrznego. Przelotny uśmiech, skinienie głową, spojrzenie w stronę rozmówcy - zachowania te są próbą nawiązania komunikacji ze strony chorego.

Zadaniem opiekunów jest pomoc osobom chorym w zachowaniu sprawności komunikacyjnych przez jak najdłuższy czas. Tym samym podnosimy ich poczucie własnej osoby i poczucie przynależności społecznej, a także zmniejszamy własne uczucie frustracji. Czasami może się nam wydawać, że nie jesteśmy w stanie niczego zmienić, ale w rzeczywistości nasze działania mają wielkie znaczenie.

Poprzez konsekwentne stosowanie technik projektu KONTAKT utrzymujemy zdolności komunikacyjne osoby z chorobą Alzheimera.

Wiemy już z lektury poprzednich rozdziałów, że proces komunikacji ma miejsce gdy bierze w nim udział przynajmniej dwóch uczestników. Interakcja natomiast zachodzi przy użyciu języka, a w procesie tym zauważamy cztery jego komponenty: - *fonologia*: system dźwięków języka, - *semantyka*: słowa i znaczenia słów, - *składnia*: sposób w jaki łączymy słowa w zdania, - *pragmatyka*: poprawne użycie języka; spajają różne aspekty komunikacji, określają zmianę kolejności wypowiedzi, przez którą mówca i słuchacz wyrażają zainteresowanie powodzeniem komunikacji. Zaburzenia poszczególnych komponentów i mozaika tych zaburzeń mają wpływ na przebieg komunikacji. Zaburzenie wszystkich komponentów jednocześnie, nawet w różnym stopniu, u pacjentów z chorobą Alzheimera, może zupełnie uniemożliwić proces komunikacji.

Osoba z chorobą Alzheimera jest najczęściej świadoma pogarszania się zdolności komunikacyjnych, szczególnie w pierwszym stadium choroby. Często ma poczucie straty i przeżywa frustracje, gdy przeprasza, że nie pamięta słowa albo kilkakrotnie prosi o powtórzenie słowa lub całego zdania.

Omawiając proces komunikacji, zwracaliśmy uwagę na znaczenie samooceny u osób z chorobą Alzheimera. Poczucie własnej wartości może być podtrzymane, poprzez pomoc choremu w zachowaniu umiejętności komunikacyjnych, przez jak najdłuższy okres czasu. Komunikacja jest podstawą interakcji socjalnych i przynależności socjalnej. Pomagając osobom z chorobą Alzheimera zachować zdolności komunikacyjne, pomagamy im zachować integralność i poczucie wartości własnej osoby.

Charakterystyka problemów komunikacyjnych w pierwszym stadium: początki choroby Alzheimera.

<i>Fonologia.</i>	<i>Stosuje poprawnie.</i>
<i>Składnia.</i>	<i>Zazwyczaj poprawna.</i>
<i>Semantyka.</i>	<i>Może opuszczać słowa znaczące, najczęściej rzeczowniki, kiedy mówi całymi zdaniami. Może mieć problemy ze znalezieniem odpowiedniego słowa. Zakres słownictwa zawęża się.</i>
<i>Treść.</i>	<i>Może odbiegać od tematu. Ograniczona zdolność generowania serii sensownych zdań. Trudności w zrozumieniu nowych informacji. Rozmowa jest niejasna.</i>
<i>Pragmatyka.</i>	<i>Wie, kiedy mówić ale może mówić zbyt długo na dany temat. Może być apatyczny, niechętny do nawiązywania rozmowy kiedy wydaje się to właściwe. Może mieć trudności ze zrozumieniem żartów, analogii, sarkazmu, dwuznacznych i niejasnych wypowiedzi.</i>

Każdy z opiekunów jest czasem zmęczony, przepracowany, ma zły dzień. Musimy jednak pamiętać, że to jak zwracamy się do osoby z chorobą Alzheimera ma ogromny wpływ na kształtowanie się poczucia jej własnej wartości.

Bezpośredni opiekun utrzymuje częstszy kontakt z chorymi niż ktokolwiek inny i poświęca na to dużo czasu. Nasza wiedza o komunikacji oraz sposób w jaki nawiązujemy kontakty z drugą osobą ma wpływ także na jej samopoczucie. Wdrażając strategię projektu KONTAKT pomaga się osobie z chorobą Alzheimera podnieść jej samoocenę i tym samym zmniejszyć poziom frustracji. Można powiedzieć, że modyfikujemy życie osoby z chorobą Alzheimera, ale i opiekuna.

Jak stosować strategię KONTAKT w pierwszym stadium choroby? Jakie są cele komunikacji i strategii interakcji z chorym?

Osoby w początkowym stadium choroby zazwyczaj mieszkają we własnych domach, sami lub pod nadzorem; w domach rodzinnej opieki lub w ośrodkach wsparcia. Otrzymują pomoc przy gotowaniu, sprzątanii i innych czynnościach, które nie nadzorowane mogą stanowić potencjalne zagrożenie. Osoby w pierwszym stadium choroby z reguły nie przebywają w ośrodkach pomocy długoterminowej. Mieszkają w domach, często z rodziną. W pierwszym etapie rozwoju choroby zdolności komunikacyjne zaburzone są w nieznacznym stopniu. Przypomnijmy, że w początkach choroby rodzina i bliscy mogą nie rozpoznać

zmian. W miarę jak stan pacjenta pogarsza się, podejrzewają, że dzieje się coś złego.

Fonologia i składnia, czyli system dźwięków i struktura języka nie są uszkodzone w pierwszym stadium. Semantyka natomiast może już być zaburzona. Osoba ma trudności z odnalezieniem i poprawnym użyciem słowa. Może też nie być w stanie zrozumieć konkretnego słowa. Na tym etapie chory zazwyczaj ma świadomość tego zaburzenia, często przeprasza, że nie zastosował właściwego słowa. Zasób słownictwa 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 i niechętna do nawiązywania rozmowy. Już w początkowym stadium choroby, osoba może mieć trudności ze zrozumieniem żartów, analogii, sarkazmu, dwuznacznych i niejasnych wypowiedzi. Nie rozumie wyrażeń metaforycznych.

Podejścia i cele komunikacji w pierwszym stadium choroby.

Cele komunikacji:

- *podtrzymuj zaangażowanie chorego i jego kontakt z innymi.*

Podejścia:

- *utrzymuj komunikację w normalnym stylu,*
- *stosuj wszystkie techniki KONTAKT konsekwentnie i w naturalny sposób.*

Celem komunikacji w pierwszym stadium choroby Alzheimera jest podtrzymywanie zaangażowania chorego i jego kontaktu z innymi. W ten sposób możemy podnieść morale i ogólny stan psychiczny chorego.

Utrzymując komunikację w normalnym stylu i stosując wszystkie techniki KONTAKT konsekwentnie i w naturalny sposób możemy pomóc osobie z chorobą Alzheimera. Poniżej prezentujemy jak stosować te metody 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 wyjaśnić 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 nawiązanie 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, podtrzymuj płynną rozmowę. Zainicjuj rozmowę, jeśli osoba z chorobą Alzheimera tego nie robi.
6. „Konstruuji”. Konstruuji łatwe do zrozumienia zdania twierdzące. Używaj imion i nazw własnych. Ton głosu powinien być jednoznaczny, życzliwy, szczery. Unikaj sarkazmu, humoru, wyrażen niejasnych i o podwójnym znaczeniu. Konstruuji 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.

Jak stosować techniki KONTAKT w drugim stadium choroby? Jakie są cele komunikacji i strategie interakcji z chorym?

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 roz-

mowy, osoba chora na Alzheimera, ma problemy ze znajdowaniem odpowiednich słów i trudności z nazywaniem rzeczy. Stosuje utarte zwroty, na przykład: „Co u Ciebie?“, „W porządku“. Mówi, ale wyraża mniej logiczne myślenie.

Charakterystyka problemów komunikacyjnych w drugim stadium: łagodna postać choroby Alzheimera.

<i>Fonologia.</i>	<i>Stosuje poprawnie.</i>
<i>Składnia.</i>	<i>Fragmety zdań i błędy gramatyczne są częste. Może mieć trudności ze zrozumieniem zdań złożonych.</i>
<i>Semantyka.</i>	<i>Zakres słownictwa znacznie zawężony. Podczas rozmowy ma problemy ze znajdowaniem odpowiednich słów i trudności z nazywaniem rzeczy. Stosuje utarte zwroty.</i>
<i>Treść.</i>	<i>Często powtarza myśli. Zapomina treść własnych wypowiedzi. Mówi o wydarzeniach z przeszłości albo o błahostkach. Ma mniej pomysłów i nowych tematów do rozmowy.</i>
<i>Pragmatyka.</i>	<i>Pacjent wie, kiedy mówić. Rozpoznaje pytania. Może zaniedbać powitania. Utrata wrażliwości na wzorce konwersacyjne. Rzadko poprawia swoje błędy.</i>

Treść i pragmatyka są zaburzone w tym stadium. Chory wie, kiedy zabierać głos w czasie rozmowy, jednak często zapomina tematu 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.

Naszym celem jest pomoc osobie z chorobą Alzheimera w utrzymaniu normalnego stylu komunikacji. Należy inicjować i podtrzymywać rozmowę przez naturalną wymianę ról.

Podejścia i cele komunikacji w drugim stadium choroby.

Cele komunikacji:

- *utrzymuj normalny styl komunikacji.*

Podejścia:

- *podtrzymuj normalną wymianę zdań,*
- *stosuj wszystkie techniki KONTAKT, aby kontynuować zmianę 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 i 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. Nawiażuj 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. 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 zrobi.
7. Toruj zachowania komunikacyjne. Toruj 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.

Jakie strategie należy stosować w trzecim stadium choroby?

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

Charakterystyka problemów komunikacyjnych w trzecim stadium: zaawansowana choroba Alzheimera.

<i>Fonologia</i>	<i>Czasami stosuje poprawnie. Częste błędy w artykulacji.</i>
<i>Składnia</i>	<i>Zachowane są pewne elementy gramatyki, ale częste są fragmenty zdań. Nie rozumie wielu form gramatycznych.</i>
<i>Semantyka</i>	<i>Wyraźnie zaznaczone problemy ze znalezieniem słów. Ubogie słownictwo. Zaburzone rozumienie słów. Może tworzyć neologizmy i posługiwać się żargonem.</i>
<i>Treść</i>	<i>Zdania mogą być niezrozumiałe i dziwne. Nie potrafi utworzyć sekwencji logicznego myślenia. Wypowiedzi zrozumiałe to najczęściej opowiadania z przeszłości. Powtarzanie słów i zwrotów.</i>
<i>Pragmatyka</i>	<i>Trudności z utrzymaniem kontaktu wzrokowego i zachowaniem kolejności wypowiedzi w rozmowie. Możliwy mutyzm.</i>

Semantyka jest znacząco zaburzona. Wyraźnie zaznaczone są problemy ze znalezieniem słów oraz rozumienie 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. Może produkować odgłosy, na przykład „heh?” lub „uh-uh“.

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. Odpowiedź na każdą, nawet najmniejszą próbę komunikacji. Spojrzenie w naszą stronę, uśmiech, skinienie głową, wypowiedź skierowana do nas - wszystko to stanowi próbę nawiązania komunikacji. Stosowanie wszystkich technik KONTAKT będzie stymulowało interakcję.

Podejścia i cele komunikacji w trzecim stadium choroby.

Cele komunikacji:

- *zachęcić osobę do interakcji.*

Podejścia:

- *wykorzystuj wszystkie możliwe kanały przepływu informacji: słowa, gesty, mimika, dotyk, obrazki, wydruki, pantomima,*
- *odpowiedz na każdą, nawet najmniejszą próbę komunikacji,*
- *zastosuj wszystkie techniki KONTAKT dla stymulowania interakcji.*

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, nawiąz 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 rękę 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. Konstruuj wypowiedzi bezpośrednie, rzeczowe i o prostej strukturze zdania. Informacji werbalnej powinien zawsze towarzyszyć przekaz niewerbalny. Komunikacja niewerbalna jest zazwyczaj konieczna podczas interakcji z osobą chorą na 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, strategie proksemiki, a jeśli jest to przez chorego akceptowalne, wręcz przesadne zachowania w przekazywaniu informacji.

Wszystkie techniki KONTAKT w aspekcie proponowanym dla trzeciego etapu choroby powinny być stosowane nawet w fazie mutyzmu u pacjenta.

Bibliografia

Opracowano na podstawie:

1. Emery OB: Language Impairment in Dementia of the Alzheimer Type: A Hierarchical Decline? *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2000, 30 (2), 145-164.
2. Grabias S: Język w zachowaniach społecznych. Wydawnictwo UMCS, Lublin, 2003.
3. Hart S, Smith CM, Swash M: Word fluency in patients with early dementia of Alzheimer type. *British Journal of Clinical Psychology*, 1988, 27, 115-124.
4. Hodges JR, Salmon DP, Butters N: The Nature of Naming Deficits in Alzheimer's and Huntington's Disease. *Brain*, 1991, 114, 1547-1558.
5. 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.
6. Kotapka-Minc S: Funkcje poznawcze i ich zaburzenia. W: Otepienie red: Szczudlik A, Liberki PP, Barcikowska M, .Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2004, 15-27.
7. Kurcz I: Psychologia Języka i Komunikacji. Tom 2. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa, 2000.
8. Kurcz I, Kądziałowa D: Psychologia czynności nowe perspektywy. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa, 2002.
9. Montanes P, Goldblum MC, Boller F: Classification deficits in Alzheimer's disease with special reference to living and nonliving things. *Brain and Language*, 1996, 54, 335-358.
10. Murdoch BE, Chenery HJ, Wilks V, Boyle RS: Language disorders in dementia of Alzheimer type. *Brain and Language*, 1987, 31, 122-137.
11. Ripich DN, Carpenter B, Zioli E: Comparison of African-American and white persons with Alzheimer's disease on language measures. *Neurology*, 1997, 48(3), 781-3.
12. Ripich DN, Petrill SA, Whitehouse PJ, Zioli EW: Gender differences in language of AD patients: a longitudinal study. *Neurology*, 1995, 45(2), 299-302.
13. Ripich DN, 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.
14. Ripich DN: Functional communication with AD patients: a caregiver training program. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 1994, 8 Suppl 3, 95-109.
15. Ripich DN, 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.
16. Ripich DN, Carpenter BD, Zioli EW: Conversational cohesion patterns in men and women with Alzheimer's disease: a longitudinal study. *Int J Lang Commun Disord*. 2000, 35(1), 49-64.
17. Ripich DN, Petrill SA, Whitehouse PJ, Zioli EW: Gender differences in language of AD patients: a longitudinal study. *Neurology*, 1995, 45(2), 299-302.
18. Ripich DN, 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.





Lundbeck Poland Sp. z o.o.
ul. Krzywickiego 34
02-078 Warszawa
tel. (0-22) 626 93 00
fax (0-22) 626 93 01

EBX 02/2007/1

www.alzheimer.lundbeck.pl