

# ZNAČILNOSTI GOVORA, JEZIKA IN KOMUNIKACIJE PRI DEMENCI IN VLOGA LOGOPEDA V ZGODNJI, NAPREDOVANI IN POZNI FAZI DEMENCE

## SPEECH, LANGUAGE AND COMMUNICATION CHARACTERISTICS OF DEMENTIA AND THE ROLE OF SPEECH AND LANGUAGE THERAPIST IN EARLY, ADVANCED AND LATE STAGES OF DEMENTIA

**Anja Onuk, mag. prof. logop. in surdoped.**

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Razvojna ambulanta s Centrom za zgodnjo obravnavo

### Izvleček

#### Izhodišča:

Demenca je kronično stanje, ki se razvije kot posledica nevrodegenerativnih bolezni in povzroči oslajeno delovanje kognitivnih procesov, kot so spomin, pozornost, zaznavanje, sklepanje in jezik. Namen prispevka je predstaviti najpogostejše oblike demenc, njihove splošne karakteristike ter značilnosti govora, jezika in komunikacije od zgodnje do pozne faze. Preko analize govornih vzorcev posameznikov bomo opažanja primerjali z opisi v literaturi in opredelili vlogo logopeda v diagnostiki, terapiji in svetovanju svojim bolnikom z demenco.

#### Metode:

V empirični del raziskave smo vključili tri posameznike, stare od 80 do 92 let, pri katerih se v klinični sliki izraža različna stopnja demence. Posneli in analizirali smo njihov govorni vzorec, pridobljen z opisom slike, ki je del Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE), protokola za diagnosticiranje afazije in sorodnih motenj.

#### Rezultati:

V zgodnji fazi se pojavljajo težave s priklicem besed, semantične in fonološke parafazije ter težave pri razumevanju abstraktnih vsebin. V kasnejših fazah se verbalna produkcija poslabšuje, postane manj tekoča, pogoste so slovnične napake, eholalije in perseveracije. Sodelovanje v pogovoru in

### Abstract

#### Background:

*Dementia is a chronic condition that develops as a result of neurodegenerative diseases, leading to impaired functioning of cognitive processes, such as memory, attention, perception, reasoning, and language. The purpose of this article is to present the most common forms of dementia, their general characteristics, and the features of speech, language, and communication from the early to late stages. Through an analysis of speech patterns, observations are compared with descriptions in the literature, and the role of speech and language therapist in the diagnosis, therapy and counselling of relatives of persons with dementia will be defined.*

#### Methods:

*In the empirical part of the research, three individuals aged 80 to 92 years, displaying varying degrees of dementia, were included. Their speech patterns were recorded and analysed using the description of a picture which is part of the Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE), a protocol for diagnosing aphasia and related disorders.*

#### Results:

*In the early stage, difficulties in word retrieval, semantic and phonological paraphrases, and challenges in comprehending abstract content are observed. In later stages, verbal production worsens, becoming less fluent, with frequent grammatical errors, echolalia, and perseverations. Participation in conversations*

izražanje osnovnih potreb postajata omejena, v končni fazi pa lahko pride do popolne odsotnosti verbalne produkcije in razumevanja.

### Zaključki:

Komunikacijske kompetence se z napredovanjem demence slabšajo. Posledično osebe vse težje komunicirajo v vsakdanjem življenju, kar predstavlja velik izziv tudi za njihovo socialno okolje. Vloga logopeda je, da podpre osebe z demenco pri njihovi zmožnosti sporazumevanja, hkrati pa svojcem nudi pomoč pri soočanju s spremembami. Poznavanje in razumevanje demence ter sprememb, ki jih bolezen prinaša, nam bo pomagalo vzpostaviti boljši odnos in komunikacijo med pacientom, svojci in strokovnim osebjem.

### Ključne besede:

staranje; demenca; govor; jezik; komunikacija

*and expression of basic needs become limited, and in the final stage, complete absence of verbal production and comprehension can occur.*

### Conclusions:

*Communication competencies deteriorate with the progression of dementia. Consequently, individuals face increasing difficulties in everyday communication, posing a significant challenge to their social environment. The role of a speech and language therapist is to support individuals with dementia in their communication abilities and provide assistance to family members in understanding the changes. Knowing and understanding dementia and the changes it brings will help us to build a better relationship and communication between patients, family members and healthcare professionals.*

### Keywords:

*aging; dementia; speech; language; communication*

## UVOD

Zaradi socio-demografskih sprememb ter podaljševanja življenjske dobe v zadnjih letih beležimo porast števila starejših oseb. S staranjem prebivalstva strmo narašča tudi pojavnost demence. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) je v letu 2018 v svetu živelo okrog 50 milijonov oseb z demenco, do leta 2050 naj bi se število potrojilo (1). Leta 2018 je bilo v Sloveniji 36.942 oseb z demenco, starih nad 60 let, predvideva pa se, da se bo do leta 2030 njihovo število povečalo na 48.228 (1, 2).

Demenca je kronično stanje, ki se razvije kot posledica nevrodegenerativnih bolezni (3). Po opredelitvi Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10) gre za sindrom, ki ga povzroča kronična, napredujoča nevrodegenerativna bolezen možganov, ki se kaže z okvaro višjih kognitivnih funkcij. V klinični sliki je prisoten upad spominskih sposobnosti, upad zaznavanja, sposobnosti učenja, pomnjenja in priklica novih ter sčasoma tudi starih informacij; kažejo se odstopanja na področju govora in jezika, izražanja misli in predstav ter čustvovanja. Mišljenje je osiromašeno, pojavi se dezorientacija, motnje v razumevanju, zmanjšana je zmožnost učenja in govornega izražanja ter presoje. Sčasoma demenca prizadene vsa področja posameznikovega vsakodnevnega funkcioniranja ter posledično močno zniža kakovost življenja (3 - 6). Resnost in postopno napredovanje demence opredelimo v treh fazah, glede na stopnjo nevrokognitivne in funkcionalne okvare ter zmožnost samostojnega opravljanja vsakodnevnih dejavnosti. To ocenjujemo na podlagi objektivnega kliničnega pregleda in informacij, ki jih posredujejo družinski člani ali skrbniki. V zgodnji fazi so simptomi demence blago izraženi, osebe lahko z nekaj podpore še živijo samostojno in sodelujejo v družabnih dejavnostih, vendar

se lahko soočajo z izzivi pri sprejemanju odločitev in finančnih nalogah. V napredovani fazi je običajno potrebna zunanja pomoč, značilna je pomembna izguba spomina, slabša zmožnost presoje in težave pri vsakodnevnih dejavnostih. V pozni fazi nastopi huda izguba spomina, popolna odvisnost od drugih pri osnovni osebni negi, popolna dezorientacija, težave z razumevanjem dogajanja okoli sebe (4, 6).

Demenca se lahko pojavi kot osnovna bolezen ali kot pridružena motnja oz. posledica različnih bolezni, ki primarno ali sekundarno okvarijo možgane. Delimo jih glede na etiologijo in lokalizacijo okvarjenih možganskih struktur. Najpogostejši etiološki dejavniki za nastanek demence so degenerativna obolenja, žilne bolezni, endokrine ter presnovne motnje, zastrupitve, poškodbe, tumorji ter vnetne bolezni (7). Glede na možganske strukture, ki jih prizadene bolezenski proces, demence delimo v kortikalne (z izrazitejšimi spominskimi motnjami, motnjami govora, računanja in abstraktnega mišljenja, apraksijo in agnozijo), subkortikalne (z izrazitejšo psihomotorno upočasnjenostjo, motnjami gibanja, apatijo in depresivnostjo) in mešane, ki kažejo simptome, značilne tako za kortikalne kot tudi subkortikalne demence (3, 4, 7). V skupino kortikalnih demenc uvrščamo demenco pri Alzheimerjevi bolezni (AD). Med subkortikalne demence uvrščamo demenco pri Parkinsonovi demenci (PB) in pri priklicu besed, ki jih oseba nadomešča s cirkumlokucijami (posredni govor), pogosto uporabo zaimkov, gest in semantičnih parafazij z namenom ohranjanja tekočnosti govora. Razumevanje konkretnega jezika lahko ostane ohranjeno, prav tako intonacija, artikulacija in hitrost govora. Razumevanje kompleksnih slovničnih struktur in abstraktnega jezika je lahko oteženo (9). Neverbalna komunikacija je večinoma ohranjena (8). Z napredovanjem bolezni se jezikovna produkcija in razumevanje jezika slabšata. Zaradi oslabljenih pragmatičnih

veščin, slabe pozornosti, težav s spominom in priklicem besed je sodelovanje v pogovoru oteženo. Odgovarjanje na vprašanja in uporaba socialno stereotipnih stavkov večinoma še ostanejo ohranjeni. Pogostost cirkumlokucij in semantičnih parafazij se poveča zaradi težav pri priklicu besed ter upada besednega zaklada. Posledično je več besednih in miselnih perseveracij. Za pozno fazo AB so značilne slabe konverzijske veščine, nerazumljiva in nekoherentna jezikovna produkcija ter izjave, sestavljene iz le nekaj besed. Poveča se pogostost fonoloških in semantičnih parafazij, eholalije in palilalije, jezikovno razumevanje je močno oškodovano (9, 10).

**Pri Parkinsonovi bolezni (PB)** demenco običajno opazimo pri bolnikih z napredovano klinično sliko (7), kjer osebe poleg prevladujoče hipokinetične dizatrije kažejo primanjkljaje na različnih jezikovnih modalitetah (11). Osebe s PB in razvito sliko demence kažejo slabše sposobnosti prepoznavanja čustvene prozodije, z napredovanjem bolezni pa vse večje primanjkljaje pri razumevanju sintakse, predvsem kompleksnih stavkov, kar povezujemo z motnjo izvršilnih funkcij. Opazili so tudi zmanjšane sposobnosti razumevanja humorja in metafor. Slednje zahteva ohranjenost frontalnih delov možganske skorje, ki je pogosto oškodovan že v zgodnjih fazah PB. Težave na področju sintakse se običajno pojavljajo pri bolnikih z napredovano klinično sliko demence in so bolj očitne v strukturiranih nalogah kot med pogovorom (7). Osebe s PB uporabljajo manjše število glagolov, več je semantičnih parafazij, v govoru je zaznati daljše premore. Pri nalogah konfrontacijskega poimenovanja se kažejo težave pri priklicu besed. Slednje so izrazite tudi v bolj kompleksnih govornih situacijah, zaradi česar prihaja do spremembe teme pogovora (11). Poleg primanjkljajev v razumevanju in produkciji govora se pri PB pojavijo tudi težave pri branju. Značilna je zmanjšana hitrost branja in težave pri razumevanju prebranega (7, 11).

**Demenca z Lewijevimi telesci (DLT)** se kaže tako s simptomi, ki jih najdemo pri AB kot tudi pri PB. Na začetku bolezni so motene predvsem izvršilne funkcije ter vidno-prostorske funkcije, pogosto omenjajo prisotnost prividov in halucinacij (10). Posledično so lahko tudi v spontanem govoru prisotne konfabulacije in vsebinske neskladnosti. Bolniki imajo težave na področju poimenovanja in besednega priklica, kar je lahko posledica vizualno-perceptivnih motenj. Semantični primanjkljaj je bolj izražen pri razumevanju slik kot besed (10, 12).

S starostjo se povečuje možnost, da ima posameznik kombinacijo več oblik demence hkrati. Tako stanje opredelimo z izrazom **mešana oblika demence (MD)**, za katero je značilno, da ima bolnik simptome vsaj dveh različnih oblik demence, ki sta se razvili hkrati. Najpogostejša je kombinacija AD in VaD, pri kateri v klinični sliki opazamo degenerativne možganske spremembe AD in obenem spremembe, ki so posledica motenega pretoka krvi v možganih. V nekaterih primerih je možen tudi sočasen pojav AD, VaD ter DLT in demence pri Parkinsonovi bolezni. Zaradi okvare več možganskih področij hkrati je lahko upad funkcionalne komunikacije hitrejši in izrazitejši kot pri drugih oblikah demence (13).

## ZNAČILNOSTI GOVORA, JEZIKA IN KOMUNIKACIJE PRI DEMENCI

Težave, povezane s sporazumevanjem, so med najzgodnejšimi simptomi demence. Izguba jezikovnih sposobnosti močno ovira večino posameznikov, zlasti ko bolezen napreduje in prehaja iz napredovane v pozno fazo. Zgodnji znaki, da je komunikacija oškodovana, so težave pri priklicu besed, zlasti pri poimenovanju oseb ali predmetov, z napredovanjem bolezni tudi imen družinskih članov, prijateljev. Osebe z demenco uporabljajo manj besed, manj predlogov, manj odvisnih stavkov, tvorijo nepopolne stavke s številnimi prekinitvami (8). Komunikacijske težave, ki so posledica kognitivnih primanjkljajev in ne primarnega jezikovnega ali govornega primanjkljaja, kot sta afazija ali dizartrija, opisujemo z izrazom kognitivno komunikacijska motnja (KKM) (3). KKM se pri demenci lahko pojavijo v kateri koli fazi in se, zaradi napredovanja bolezni, sčasoma stopnjujejo.

## NAČIN OCENJEVANJA GOVORA, JEZIKA IN KOMUNIKACIJE PRI DEMENCI IN VLOGA LOGOPEDA

Pot do postavitve diagnoze demence je za posameznike in njihove družine običajno dolgotrajna. V procesu diagnostike sodeluje tim strokovnjakov, ki vključuje nevrologa, psihiatra, nevropsihiatra in logopeda. Postopek diagnostike vključuje laboratorijsko testiranje, slikovne preiskave (računalniška tomografija, magnetno-resonančno slikanje, pozitronska emisijska tomografija), nevropsihološko oceno ter oceno govornih in jezikovnih funkcij (13). Odstopanja na področju govora in jezika so prisotna pri skoraj vseh oblikah nevrodegenerativnih bolezni, zato je logopedška ocena ključna že pri sumu na demenco in pomembno prispeva k postavljanju klinične diagnoze, načrtovanju rehabilitacije ter daje koristne informacije za svetovanje svojcem in skrbnikom.

Ameriško strokovno združenje ASHA (*angl.* The American Speech-Language-Hearing Association) izpostavlja pomembno vlogo logopedov pri prepoznavanju, ocenjevanju, svetovanju, vodenju, obvladovanju, izobraževanju, zagovorništvu in raziskovanju oseb z demenco (8, 14). Logoped ugotavlja, kako se bolnikov način komunikacije razlikuje v primerjavi s stanjem pred začetkom bolezni. Na začetku pridobi anamnezo, nato sledi formalna in neformalna ocena govornih, jezikovnih in komunikacijskih veščin. Proces in izbor diagnostičnih sredstev je podoben oceni pri bolnikih z afazijo nedegenerativnega izvora in vključuje oceno razumevanja, produkcijo in uporabo jezika in pomnenja. Pri tem ocenimo zmožnost spontanega govora in konverzacije, poimenovanja, ponavljanja, branja, pisanja, računanja, besedne tekočnosti ter kakovost družinskih odnosov in okoljskih dejavnikov (13, 15). V ta namen so na voljo različni standardizirani testi za formalno oceno jezikovnih sposobnosti, na primer Arizonska baterija za oceno motenj komunikacije pri demenci (*angl.* Arizona Battery for Communication Disorders in Dementia, ABCD) (13), Bostonska diagnostična ocena disfazije (*angl.* Boston Diagnostic Aphasia Examination, BDAE) (16), Bostonski test poimenovanja (*angl.* Boston Naming Test, BNT) (17) in drugi.

**Tabela 1.** Značilnosti komunikacije, govora in jezika v posamezni fazi demence (7 - 25).**Table 1.** Characteristics of communication, speech, and language in each stage of dementia.

| ZGODNJA FAZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NAPREDOVANA FAZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | POZNA FAZA                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Razumevanje</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>slabše razumevanje humorja, sarkazma, metafor ter kompleksnih in/ali abstraktnih konceptov, besedil</li> </ul>                                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>zmanjšana sposobnost razumevanja vzročno-posledičnih povezav</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>zelo šibko jezikovno razumevanje,</li> <li>nezmožnost razumevanja govorjenega in pisnega jezika</li> </ul>                                                                                                                                                |
| <b>Pragmatika</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ohranjene konverzijske veščine,</li> <li>težave pri začenjanju pogovora, pripovedovanju zgodb,</li> <li>pogosta raba deiktčnih izrazov</li> <li>ponavlja in izpušča informacij</li> <li> vključevanje nepomembnih, napačnih informacij v diskurz</li> <li>težave pri sledenju temi pogovora</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>prizadete konverzijske veščine,</li> <li>težave pri ohranjanju teme pogovora, oseba ve, kdaj naj govori, vendar izgubi občutek za potrebe sogovornika,</li> <li>nepopolni odgovori na vprašanja,</li> <li>ponavljanje in uporaba stereotipnih izjav,</li> <li>zmanjšan uvid v napake</li> <li>manjša uporaba mimike in gest</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>pomanjkanje koherence,</li> <li>težave pri ohranjanju očesnega stika,</li> <li>oteženo sodelovanje v komunikacijskih izmenjavah,</li> <li>pogoste perseveracije,</li> <li>zmanjšanje ali popolna odsotnost govorne iniciacije</li> <li>mutizem</li> </ul> |
| <b>Semantika</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>težave pri priklicu manj frekventnih besed,</li> <li>pogostejša raba nadpomenk namesto bolj specifičnih besed (npr. otrok namesto fant, delati namesto kuhati),</li> <li>cirkomlokucije</li> <li>mašila</li> </ul>                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>težave pri konfrontacijskem poimenovanju in priklicu bolj frekventnih besed,</li> <li>upad besednega zaklada,</li> <li>semantične parafazije</li> <li>cirkomlokucije in substitucije besed s semantično nepovezanimi</li> </ul>                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>parafazije,</li> <li>eholalija in palilalija,</li> <li>stereotipne izjave,</li> <li>omejen besednjak</li> </ul>                                                                                                                                           |
| <b>Sintaksa</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>relativno dobro ohranjena</li> <li>raba zaimkov brez reference</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>gramatične napake,</li> <li>poenostavljena sintaksa,</li> <li>manj podrednih povedi</li> <li>težave pri razumevanju kompleksnih stavčnih struktur</li> </ul>                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>kratke, nepopolne povedi,</li> <li>slabo razumevanje sintaktičnih struktur</li> </ul>                                                                                                                                                                     |
| <b>Artikulacija, prozodija in fonologija</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>pravilna artikulacija in prozodija</li> <li>upočasnen tempo govora</li> </ul>                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>lahko se pojavijo fonološka in artikulacijska odstopanja</li> <li>fonološke parafazije</li> <li>daljše pavze med besedami in znotraj njih</li> </ul>                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>pogoste fonološke napake</li> <li>fonološke parafazije pri ponavljanju</li> <li>otežena artikulacija (PB)</li> </ul>                                                                                                                                      |

Poleg tega se pri ocenjevanju osebe z demenco uporabljajo tudi neformalne tehnike ocenjevanja, ki vključujejo oceno funkcionalne komunikacije in opazovanje jezikovnih sposobnosti v različnih tipih pogovora. Z analizo pogovora ocenjujemo spontano govorno produkcijo, kar s formalnimi pristopi ocenjevanja ni mogoče (13, 17).

Zanimalo nas je, ali lahko na podlagi kvalitativne analize govornega vzorca, pridobljenega z opisom slike, ugotovimo razlike v komunikaciji in jezikovnih sposobnostih bolnikov v začetni, napredujoči in pozni fazi demence.

## METODE

### Preiskovanci

V vzorec smo vključili tri posameznike, pri katerih je bila v klinični sliki izražena različna stopnja demence: 84-letnega bolnika v začetni fazi DLT s pridružno PB (DE1), 81-letnega moškega v napredovani fazi AD (DE2) in 92-letno žensko v pozni fazi

mešane oblike demence (DE3). Pri vključevanju posameznikov v raziskavo smo kot vključitveno merilo upoštevali opredeljeno diagnozo demence v medicinski dokumentaciji in stopnjo demence glede na opredelitev ICD-11 (6). Nihče od sodelujočih predhodno ni bil vključen v logopedsko obravnavo. Vsi bolniki ali njihovi svojci so podali pisno soglasje za udeležbo v raziskavi.

Raziskavo je odobrila Etična komisija Splošne bolnišnice Slovenj Gradec (21. 6. 2023, številka odločbe: 21062023).

### Protokol dela

V empiričnem delu raziskave smo uporabili analizo opisnega pogovora, ki nedoločno izraža (implicira) opis slike, na podlagi katerega smo opazovali razumevanje in sposobnost vzdrževanja teme pogovora, tekočnost, Informativnost in vsebino govora, prisotnost konfabulacij, sposobnost priklica in uporabo besed ter oblikovanje in prenos sporočila. Z diktafonom smo posneli in analizirali njihov govorni vzorec, pridobljen z opisom slike (Slika 1), ki je del BDAE (16), protokola za diagnosticiranje afazije in sorodnih motenj.

Govorne vzorce smo pridobili v času od julija 2023 do septembra 2023. Snemanje smo v vseh primerih izvedli v bolnikovem domačem okolju. Vse udeležence smo predhodno opozorili na uporabo očal in slušnih pripomočkov, če so jih potrebovali, da bi izločili vpliv morebitnih težav z vidom ali sluhom na rezultate raziskave.

Sodelujoče smo prosili, naj opišejo vse, kar vidijo na sliki. Po potrebi smo podali dodatna navodila ali usmeritve. V transkripciji smo njihove izjave oštevilčili in z analizo opredelili pomembna odstopanja na področju razumevanja, pragmatike, semantike, sintakse, tekočnosti, prozodije in artikulacije (Tabela 1).



**Slika 1.** Slika »Kraja piškotov«, ki je del Boston Diagnostic Aphasia Examination (16).

**Figure 1.** The Cookie Theft Picture« from Boston Diagnostic Aphasia Examination (16).

## REZULTATI

### Demenca z Lewiyevimi telesci (DLT), zgodnja faza, 84 let (moški)

Oseba z demenco (DE1): Opazuje sliko, brez odgovora.

Raziskovalec (RAZ): Kaj vidite na sliki? Kaj se dogaja, so na sliki kakšni otroci?

1. DE1: Ja, tu je eden bol velik, eden pa mali, pa pes. Gor neki plezajo. Ta stoji gor na stolu.  
RAZ: Kaj pa ta dela (pokaže na moškega, da spodbudi nadaljevanje)?
2. DE1: Ta pa tud neki... Tu drži en ring. Ne vem nič prav. A si to ti?
3. DE1: Tu pa en tak voz vozi. Ne vem ti nič povedat tak.
4. DE1: Dva otroka pa pes pa stol. To je pa en...ti nisi to. Ne vem, kje bi to bilo.

Pri bolniku v zgodnji fazi DLT je bilo slušno razumevanje na enostavni ravni ohranjeno. Ohranjene so bile osnovne pogovorne veščine. Ob usmerjanju in spodbudah je gospod zmož slediti in ohranjati temo pogovora. Pri opisu se je osredinil na posamezne elemente, vzročno-posledičnih povezav ni prepoznal. Govorni tok je bil tekoč. Opazili smo izrazito upočasnjeno tempo govora in težave pri iniciaciji govora. Na področju semantike so se zaradi

težav s priklicem besed in poimenovanjem pojavljale semantične parafazije (izjavi 2, 3) in frustracije, ki jih je bolnik izrazil z uporabo stereotipnih izjav (izjave 2, 3, 4). Sintaktična struktura povedi je bila ohranjena, vendar močno poenostavljena. Pogosta je bila uporaba deiktčnih izrazov ter zaimkov brez predhodne reference (izjavi 1, 3). Izjave so bile kratke, informacijsko skope, nedokončane (izjava 2). Govor je bil blago dizartrično spremenjen, vsled PB, na področju fonologije ni bilo pomembnih odstopanj. Klinična slika okvare govornih in jezikovnih funkcij je odgovarjala zgodnji fazi demence.

### Alzheimerjeva demenca (AD), napredovana faza, 81 let (moški)

1. Oseba z demenco (DE2): Tu so otroci. Tu sta dva. Mali, pa en večji. To bi od onega spodaj bilo. Od kje pa to je?  
Raziskovalec (RAZ): To ni fotografija iz albuma. Slika je, ilustracija iz knjige, časopisa.
2. DE2: A iz cajtung je. To bi dve... Te dve punčki bi od onega spodaj bili, ja. Samo tega pa ne vem. (Pokaže moškega na sliki.)
3. DE2: Ja tu ma nekaj skup. Tu ma nekaj skup...en krožnik. En krožnik ja. Pa enega v sredini noter. Samo kaj, kaj je pa na... Zakaj je tiste, tak krog je, pol pa tu nekaj zelenega. Samo kaj bi nekaj ven prišlo? Pa tu je nekaj, ta moški tu ima pa... em...em...okrog roba ima pa nekaj okrog (pokaže na pas).
4. DE2: Zgoraj ima pa en pa koj obroč je, pa nekaj zelenega. To bi pa bilo je pa... Gor ima pa tudi nekaj naokoli glave.
5. RAZ: Ja, na glavi ima lase. DE2: Ja, ja, nekaj takega.  
RAZ: Tu je še ena ženska. Kaj pa ona dela?
6. DE2: Ja, ona je pa...Zdaj ne vem a ima... Ja eno palco ima, dvokočno palco. Kaj pa to, kaj je pa to, ena kura. Ne, ne to ima za gor in dol. Aja pa to je še, to je pa več kaj takega. To je, pa to je... RAZ: Kosilnico ima.
7. DE2: Ja, kosilnico. Ta tu ima tudi te, te ima...ne bi vedel.  
RAZ: Samo še to pogledajte. Kdo pa je tu (pokažem psa)?
8. DE2: To pa je kuža. Kužan bo. Samo glavo ima bol butasto. Glavo ima tak na dolgo, tak ma na dolgo. RAZ: Ja, tam ima iztegnjen jezik. Nekaj pobira s tal.
9. DE2: A ja, jezik ima. Tej pa jezik. Ko od zadaj kaj drugega ne moreš, kot da bi en pes bil, volk ni. Pes bi še najbolj bil. Ja, to je že ja pes bo.

Pri bolniku v napredovani fazi AD je bilo avditivno razumevanje nezanesljivo, omejeno na enostavna, kratka sporočila in navodila ter močno odvisno od konteksta. Komunikacijski primanjkljaji so bili že izrazitejši. Zaradi slabših pragmatičnih veščin je gospod s težavo sledil nalogi, sodelovanje v pogovoru je bilo oteženo. Govorni tok je bil izrazito hiperfluenten. Na področju semantike smo opazili močno zmanjšan aktivni besedni zaklad. Priklic besed, tudi visokofrekventnih, je bil močno oškodovan, na kar kažejo številna mašila, ponavljanja besed in deiktčnih izrazov v vseh izjavah. Opis je bil vsebinsko prazen in neinformativen. V opisu slike je bilo mogoče zaznati paragramatizme in cirkumlocucije (izjave 3, 6, 8), semantične parafazije (izjavi 3, 9) ter neologizme (izjava 6). Sintaksa je bila zelo poenostavljena. Izjave so bile kratke in pogosto nedokončane, kar kaže na izrazite težave z ohranjanjem teme, priklica besed, oblikovanja povedi. Prisotne so

bile tako vsebinske kot tudi besedne perseveracije (izjavi 3, 4). Na področju artikulacije in fonologije ni bilo pomembnih odstopanj. Gospod ni imel uvida v težave in do njih ni bil kritičen. Klinična slika okvare govornih in jezikovnih funkcij je kazala na transkortikalno senzorno afazijo in je ustrezala napredovani fazi demence.

## Mešana oblika demence (MD), pozna faza, 92 let (ženska)

*Raziskovalec (RAZ): Poglej, tole sliko. Ali jo vidiš?*

*1. Oseba z demenco (DE3): Ja, vidim.*

*RAZ: Kaj vidiš na sliki?*

*2. DE3: Ojej jej. Ivanke pa ni tud ne. Ivanke nimam je. Ivanka. Ivanka.*

*RAZ: Si pogledala sliko?*

*3. DE3: Ja, sem. Ivanke pa nimama. Ivanka je pozabila jo.*

*RAZ: Kaj je pozabila?*

*4. DE3: Jelko je pozabila. Zdaj je pa ni.*

*RAZ: Jelke zdaj ni. Pride jutri.*

*5. DE3: Kdo bo pa...Zdaj smo pa zgubli juj.*

*RAZ: Utrujena si. Bi zdaj malo zaspala?*

*6. DE3: Ja, bom pa. Jelke pa nimama. Kje pa je?*

*RAZ: Ni je, danes sva sami. Kaj pa bi ji povedala?*

*7. DE3: Ivanko je. Je. Je. Da je ne boma zguble. Tebe boma zguble.*

*RAZ: Mene ne boš nikoli zgubila.*

Pri bolnici z mešano obliko VaD in AD v pozni fazi je bilo področje slušnega razumevanja močno oškodovano. Ohranjeno je bilo razumevanje enostavnih vprašanj, vezanih na situacijsko dogajanje (izjave 1, 3, 6). Sposobnosti funkcionalne komunikacije z okoljem so bile bistveno omejene, močno je bilo zmanjšano začenjanje govora. Gospa ni zmoгла slediti temi pogovora in sodelovati v komunikacijskih izmenjavah. Na področju semantike smo opazili pomembno zmanjšan aktivni besedni zaklad, omejen na posamezne, ponavljajoče besede in fraze; vsebinske in besedne perseveracije so bile prisotne v skoraj vseh izjavah. Na področju sintakse smo opazili napačno rabo slovničnih pravil (izjavi 2, 3). Izjave so bile kratke in nepopolne (izjava 5). Klinična slika težke okvare vseh jezikovnih modalitet je ustrezala pozni fazi demence.

## RAZPRAVA

Rezultati dosedanjih raziskav kažejo, da so govorne, jezikovne in komunikacijske težave pri demenci prisotne že v zgodnji fazi bolezni in lahko nakazujejo na začetne spremembe v možganski funkciji že pred pojavom bolj očitnih znakov bolezni (7, 8, 10, 13, 18, 21), kar so pokazali tudi rezultati analize v naši raziskavi. Kvalitativna analiza govornega vzorca v treh različnih fazah demence je pokazala, da je klinična slika okvare govornih in jezikovnih funkcij povezana s stopnjo napredovanja demence, pri čemer se težave postopoma stopnjujejo od zgodnje do pozne faze in se razlikujejo glede na vrsto demence. Pri osebi v zgodnji fazi demence je bila komunikacijska sposobnost ter produkcija in uporaba jezika blago oškodovana, zelo oškodovana pri osebi v napredujoči fazi demence, pri osebi v pozni fazi demence pa praktično nemogoča.

Emery v svoji raziskavi o AD ugotavlja povezavo med zaporedjem v razvoju jezika in upadom jezikovnih funkcij pri demenci (22). Analiza vzorca govora kaže, da je v zgodnji fazi demence slušno razumevanje še relativno ohranjeno, vendar se že pojavljajo določene težave na področju semantike, sintakse in začenjanja govora. Govorni tok je sicer tekoč, vendar je mogoče opaziti upočasnen tempo govora z daljšimi pavzami, ki so posledica težav s priklicem besed, kar je skladno z ugotovitvami Szatloczke in sodelavcev (13, 17, 22, 23, 24). V zgodnji fazi smo opazili tudi semantične in fonološke parafazije, ki so bile v napredovani fazi še izrazitejše. Na področju fonologije in artikulacije v zgodnji fazi nismo ugotovili pomembnih odstopanj, kar so v svojih raziskavah potrdili tudi Croot in sodelavci (13, 17, 22, 24).

Pri osebi v napredovani fazi demence smo opazili izrazitejše težave na vseh jezikovnih ravneh. Priklic besed je bil močno oškodovan, pojavljali so se paragramatizmi, cirkomlokucije, semantične parafazije ter neologizmi. Sintaktična struktura povedi je bila v primerjavi z zgodnjo fazo močno poenostavljena, kar je skladno z ugotovitvami drugih avtorjev (13, 22-24). V pozni fazi demence so bile opazne izrazite težave na vseh področjih, komunikacija z okoljem je bistveno omejena, kar kaže na hudo okvaro vseh jezikovnih modalitet, ne glede na specifično vrsto demence.

Vsaka vrsta demence ima svoj edinstven potek in primarne simptome, ki vplivajo na kognitivne funkcije ter jezikovne in komunikacijske sposobnosti posameznika. V analizi smo se osredinili le na tri različne oblike demence (DLT, AD, MD), kar poleg nizkega števila preiskovancev predstavlja omejitev pri interpretaciji in posplošenju rezultatov na celotno populacijo bolnikov z demenco.

Specifične komunikacijske motnje so lahko pomemben napovedni dejavnik v postopku diagnostike demence in nam pomagajo pri razlikovanju med podtipi demence. Glede na teoretična izhodišča in ugotovitve bi morali prihodnje raziskave usmeriti predvsem v podrobno opazovanje semantičnega spomina, razumevanja, sposobnosti sklepanja, konverzacijskih veščin in vseh jezikovnih modalitet znotraj posameznih vrst in faz demence in preučevanje učinkovitosti različnih terapevtskih pristopov, kar bi prispevalo k boljšemu razumevanju in boljši obravnavi (19).

## ZAKLJUČEK

Z analizo opisnega pogovora pri treh bolnikih z demenco smo ugotovili, da izguba njihovih komunikacijskih, govornih in jezikovnih veščin pomembno otežuje njihovo sposobnost sporazumevanja in sodelovanja v družbi. Pomembno je, da logoped pozna potek in značilnosti bolezni ter njen vpliv na področje komunikacije, govora in jezika. Glede na posamezno fazo demence in vrsto težav optimalno oblikuje terapevtske pristope ter kratkoročne cilje, upoštevajoč posameznikove potrebe in trenutno stanje. Vloga logopeda je ključna predvsem v zgodnji fazi demence, ko so osnovne komunikacijske veščine še ohranjene in razumevanje relativno dobro. Pomembno je upoštevati, da je uspeh terapevtskih

pristopov omejen s progresivnim poslabšanjem, ki se začne z občasnimi izgubljenimi besedami v zgodnji fazi in lahko vodi do molka ali nesmiselnega govorjenja v poznejših fazah, kar je lahko zelo frustrirajoče tako za bolnike kot za njihove svojce. Celostna multidisciplinarna podpora, ki vključuje zgodnjo logopedsko diagnostiko in obravnavo, lahko pomembno prispeva k ohranjanju komunikacijskih veščin, stiku s socialnim okoljem ter izboljšanju kakovosti življenja posameznikov, ki se soočajo z demenco. Zagotavlja podporo svojcem in skrbnikom v celotnem procesu.

## Zahvala

Avtorica prispevka se zahvaljuje vsem sodelujočim in njihovim svojcem za dragoceno izkušnjo ter navdih in spodbudo za raziskovanje demence in iskanja ključa do uspešne in učinkovite komunikacije.

## Literatura:

1. ČoWbal N. Nacionalna strategija za obvladovanje demence v Sloveniji. V: Lovrečič B, Lovrečič M, ur. Spremljanje demence v Sloveniji [elektronski vir]: epidemiološki in drugi vidiki. Ljubljana: Založba ZRC, 2021:19-25. Dostopno na: <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-M451F91B> (citirano 30. 12. 2023).
2. Lovrečič B, Lovrečič M. Prevalenca demence v splošni populaciji: pregled in primerjava ocen prevalence demence za svet, Evropo, Slovenijo in ocena za Slovenijo za leto 2018 ter projekcija za leto 2030. V: Lovrečič B, Lovrečič M, ur. Spremljanje demence v Sloveniji [elektronski vir]: Epidemiološki in drugi vidiki. Ljubljana: Založba ZRC, 2021:26-42. Dostopno na: <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-M451F91B> (citirano 30. 12. 2023).
3. Olthof-Nefkens MWLJ, Kruse H, Derksen E, de Swart BJM, Nijhuis-van der Sanden MWG, Kalf JG. Improving communication between persons with mild dementia and their caregivers: qualitative analysis of a practice-based logopaedic intervention. *Folia Phoniatr Logop.* 2018;70(3-4):124-33.
4. Moravec Berger D, ur. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-10: 2. izd. Ljubljana: IVZ RS - Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2005
5. Pregelj P. et al., ur. Psihatrija. Ljubljana: Psihatrična klinika; 2013:140-7.
6. ICD-11 for mortality and morbidity statistics (version 01/2023). Dostopno na: <https://icd.who.int/browse11> (citirano 30. 12. 2023).
7. Vuković M. Afaziologija. 5. izd. Beograd: M. Vuković; 2019.
8. Banović S, Junuzovic-Zunic L, Sinanović O. Communication difficulties as a result of dementia. *Mater Sociomed.* 2018; 30(3): 221-24.
9. Pekkala S. Semantic fluency in mild and moderate Alzheimer's disease. Helsinki: Hakapaino Oy; 2004.
10. Bryan K, Maxim J. Communication disability in the dementias. London, Philadelphia: Whurr; 2006.
11. Vuković MG, Jerkić LD. Kognitivni i jezički deficiti kod osoba sa Parkinsonovom bolešću. *Spec Eduk Rehabil.* 2021;20(3):203-18.
12. Macoir J. The cognitive and language profile of dementia with Lewy bodies. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias.* 2022;37:1-7.
13. Vuković M. Neurodegenerativni poremećaji govora i jezika. Beograd: Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Izdavački centar Fakulteta (ICF); 2019.
14. Reese PB. The source for Alzheimer's & dementia. East Moline (IL): Lingui Systems; 2000.
15. Dementia. American Speech-Language-Hearing Association. Dostopno na: [www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Dementia/](http://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Dementia/) (citirano 30. 12. 2023).
16. Goodglass H. BDAE : The Boston Diagnostic Aphasia Examination. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
17. Cummings L, ed. Language in dementia. Cambridge, New York: Cambridge University Press, 2020.
18. Themistocleous C. A review of discourse and conversation impairments in patients with dementia. 2022. Dostopno na: [https://www.researchgate.net/publication/365415255\\_A\\_review\\_of\\_discourse\\_and\\_conversation\\_impairments\\_in\\_patients\\_with\\_dementia](https://www.researchgate.net/publication/365415255_A_review_of_discourse_and_conversation_impairments_in_patients_with_dementia) (citirano 30. 12. 2023).
19. Reilly J, Rodriguez AD, Lamy M, Neils-Strunjas J. Cognition, language, and clinical pathological features of non-Alzheimer's dementias: an overview. *J Commun Disord.* 2010;43(5):438-52.
20. Jootun D, McGee G. Effective communication with people who have dementia. *Nurs Stand.* 2011;25(25):40-6.
21. Bayles KA, McCullough K, Tomoeda CK. Cognitive-communication disorders of MCI and dementia. 3th ed. San Diego: Plural Publishing; 2020.
22. Emery VO. Language impairment in dementia of the Alzheimer type: a hierarchical decline? *Int J Psychiatry Med.* 2000;30(2):145-64.
23. Szatloczki G, Hoffmann I, Vincze V, Kalman J, Pakaski M. Speaking in Alzheimer's disease, is that an early sign? Importance of changes in language abilities in Alzheimer's disease. *Front Aging Neurosci.* 2015;20;7:195.
24. Croot K, Hodges JR, Xuereb J, Patterson K. Phonological and articulatory impairment in Alzheimer's disease: a case series. *Brain Lang.* 2000;75(2):277-309.
25. Vuletić D. Afazija: logopedsko-lingvistički pristup. Zagreb: Školska knjiga; 1996.