

# JAK ROZWIJA SIĘ OTĘPIENIE?

Przewodnik dla rodziny i opiekunów: mechanizmy • rodzaje • zachowanie • objawy w kolejnych fazach

**Otępienie nie jest jedną chorobą.**

**To zespół objawów wynikających z chorób uszkadzających mózg. Mogą pogarszać się pamięć, język, uwaga, planowanie, orientacja, zachowanie i samodzielność. Przebieg jest indywidualny: nie każdy objaw wystąpi u każdej osoby i nie zawsze w tej samej kolejności.**

## 1. CO DZIEJE SIĘ W MÓZGU? – PROSTO WYJAŚNIONE

Komórki nerwowe tworzą ogromną sieć. Różne choroby uszkadzają inne jej części, dlatego otępienia mogą wyglądać bardzo różnie.

- Choroba Alzheimera: stopniowo uszkadzane są sieci ważne dla uczenia się i pamięci, a później także języka, orientacji i innych funkcji.
- Choroby naczyniowe: mózg jest uszkadzany przez udary, mikrouszkodzenia i chorobę małych naczyń; często wyraźne są spowolnienie, uwaga i planowanie.
- Otępienie z ciałami Lewy’ego: zaburzenia związane z nieprawidłowym odkładaniem białka alfa-synukleiny wpływają na poznanie, zachowanie, sen i ruch.
- Otępienia czołowo-skroniowe: wcześniej mogą być uszkadzane okolice odpowiadające za zachowanie, kontrolę społeczną, emocje albo język.
- Postacie mieszane: szczególnie w starszym wieku u jednej osoby może współistnieć kilka procesów.

**To, co rodzina widzi jako „dziwne zachowanie”, może być bezpośrednim skutkiem zmian w mózgu.**

## 2. NAJCZĘSTSZE RODZAJE OTĘPIENIA

- Choroba Alzheimera – często zaczyna się od zapominania niedawnych wydarzeń, powtarzania pytań i trudności z uczeniem się nowych informacji.
- Otępienie naczyniowe – może narastać stopniowo albo skokowo; częste są spowolnienie, problemy z uwagą, planowaniem i chodem. Pamięć nie zawsze jest pierwszym dominującym problemem.
- Otępienie z ciałami Lewy’ego (DLB) – charakterystyczne mogą być duże wahania sprawności, omamy wzrokowe, parkinsonizm, zaburzenia snu i upadki.
- Otępienie czołowo-skroniowe (FTD) – na początku pamięć może być względnie dobra, a dominują zmiany osobowości, zahamowania społecznego, empatii, napędu albo języka.
- Otępienie w chorobie Parkinsona – problemy poznawcze rozwijają się u części osób z długo trwającą chorobą Parkinsona.
- Otępienie mieszane – najczęściej współistnienie zmian alzheimerowskich i naczyniowych.

## 3. FAZY OTĘPIENIA – WAŻNE ZASTRZEŻENIE

Podział na fazę łagodną, umiarkowaną i zaawansowaną jest uproszczeniem pomagającym rodzinie planować opiekę. Granice nie są ostre. Jedna zdolność może być znacznie osłabiona, podczas gdy inna pozostaje długo zachowana.

**Nie porównuj chorego mechanicznie z tabelą. Patrz przede wszystkim na zmianę względem jego wcześniejszego funkcjonowania i na poziom samodzielności.**

## 4. CO ZWYKLE ZMIENIA SIĘ W KOLEJNYCH FAZACH?

| OBSZAR      | FAZA ŁAGODNA                                                                                | FAZA UMIARKOWANA                                                                       | FAZA ZAAWANSOWANA                                                                                            |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pamięć      | Zapomina rozmowy i terminy; powtarza pytania; gubi rzeczy.                                  | Zapomina wiele bieżących wydarzeń; miesza fakty; potrzebuje częstych przypomnień.      | Pamięć jest głęboko zaburzona; może nie rozpoznawać bliskich lub rozpoznawać ich tylko okresowo.             |
| Orientacja  | Może mylić daty, mieć trudność w nowym miejscu.                                             | Może mylić dzień/noc, gubić się w znanej okolicy, nie wiedzieć, gdzie jest.            | Może nie orientować się w czasie i miejscu; potrzebuje stałej opieki.                                        |
| Mowa        | Trudniej znaleźć słowo, rozmowa staje się mniej precyzyjna.                                 | Uboższe słownictwo, powtarzanie, trudność rozumienia złożonych komunikatów.            | Mowa może ograniczyć się do pojedynczych słów/dźwięków albo zaniknąć.                                        |
| Codziennosc | Podstawowe czynności zwykle zachowane; trudniejsze finanse, leki, urządzenia i formalności. | Potrzebna pomoc przy ubieraniu, higienie, posiłkach i organizacji dnia.                | Zależność od innych w większości lub wszystkich czynnościach.                                                |
| Zachowanie  | Niepokój, drażliwość, wycofanie, maskowanie trudności.                                      | Podejrzliwość, pobudzenie, apatia, wędrowanie, powtarzalne zachowania, zaburzenia snu. | Może dominować apatia, niepokój, wołanie, opór przy pielęgnacji; komunikacja potrzeb odbywa się zachowaniem. |

## 5. FAZA ŁAGODNA – „COŚ SIĘ ZMIENIA, ALE JESZCZE DUŻO POTRAFIĘ”

Chory często nadal wygląda na samodzielnego. Trudności są najbardziej widoczne w złożonych sytuacjach.

- powtarzanie tych samych pytań i historii;
- zapominanie wizyt, płatności, haseł i ustaleń;
- gubienie przedmiotów i odkładanie ich w nietypowych miejscach;
- większy wysiłek przy gotowaniu, zakupach, finansach, dokumentach i obsłudze nowych urządzeń;
- trudności z odnajdywaniem słów i śledzeniem złożonej rozmowy;
- większa drażliwość, lęk lub wycofanie, zwłaszcza gdy ktoś zwraca uwagę na błędy;
- możliwe ograniczenie wglądu – chory może nie dostrzegać problemu.

**Dla opiekuna: nie przejmuj automatycznie wszystkiego. Wspieraj samodzielność, ale zacznij porządkować leki, finanse, dokumenty, bezpieczeństwo i plan przyszłej opieki.**

## 6. FAZA UMIARKOWANA – „POTRZEBUJĘ CORAZ WIĘCEJ POMOCY”

To często najdłuższy i najbardziej obciążający dla rodziny etap. Pomoc potrzebna jest już nie tylko w skomplikowanych sprawach, ale także w codzienności.

- częstsza dezorientacja i gubienie się;
- problemy z doborem ubrania, kolejnością czynności, kąpielą i higieną;
- trudność z samodzielnym przyjmowaniem leków i przygotowywaniem posiłków;
- odwrócenie rytmu dnia i nocy, nocne chodzenie;
- podejrzliwość: „ktoś ukradł pieniądze”, „zabrali mi rzeczy”;
- pytanie o nieżyjących rodziców lub chęć „pójścia do domu”, mimo że chory jest we własnym mieszkaniu;
- omamy lub urojenia – szczególnie częste w DLB, ale możliwe również w innych otępieniach;
- apatia albo przeciwnie – niepokój, pobudzenie, chodzenie za opiekunem;
- nietrzymanie moczu może zacząć pojawiać się u części chorych;
- rosnące ryzyko upadków, zagubienia, błędów lekowych i niebezpiecznego używania urządzeń.

**Nie każda „trudna sytuacja” wymaga przekonywania chorego, że się myli. Często skuteczniejsze są spokój, przekierowanie uwagi, prosty komunikat i usunięcie źródła stresu.**

## 7. FAZA ZAAWANSOWANA – „POTRZEBUJĘ OPIEKI W WIĘKSZOŚCI CZYNNOŚCI”

Uszkodzenie mózgu obejmuje coraz więcej funkcji. Celem opieki stają się komfort, bezpieczeństwo, godność i rozpoznawanie potrzeb, których chory nie potrafi już wyrazić.

- głębokie zaburzenia pamięci i orientacji;
- ograniczenie lub utrata mowy i rozumienia bardziej złożonych komunikatów;
- nierozpoznawanie osób lub nieprawidłowe rozpoznawanie relacji;
- pełna lub prawie pełna zależność przy myciu, ubieraniu, toalecie i jedzeniu;
- nietrzymanie moczu i stolca;
- narastające trudności z chodzeniem, siadaniem i zmianą pozycji; w późnym etapie możliwe unieruchomienie;
- problemy z żuciem i połykaniem oraz ryzyko zachłyśnięcia;
- utrata masy ciała i większa podatność na infekcje;
- senność, apatia lub epizody niepokoju i oporu podczas pielęgnacji.

**Zachowanie może stać się językiem potrzeb. Krzyk, opór czy pobudzenie mogą oznaczać ból, głód, pragnienie, zaparcie, pełny pęcherz, zimno, zmęczenie, lęk albo zbyt wiele bodźców.**

## 8. „TO MOŻE BYĆ CHOROBA, A NIE ZŁOŚLIWOŚĆ”

- Powtarza pytanie co kilka minut – odpowiedź nie została skutecznie zapisana w pamięci.
- Oskarża o kradzież – przedmiot został schowany i chory nie pamięta, że sam go odłożył; mózg próbuje stworzyć wyjaśnienie.
- „Chcę do domu” – słowo „dom” może oznaczać poczucie bezpieczeństwa, dawny dom rodzinny albo okres życia, który chory pamięta lepiej.
- Nie chce się kąpać – może nie rozumieć sytuacji, odczuwać zimno, wstyd, lęk albo nie wiedzieć, co ma zrobić.
- Chodzi za opiekunem – opiekun jest dla chorego najważniejszym punktem orientacyjnym i źródłem bezpieczeństwa.
- Nie inicjuje żadnej aktywności – apatia może być objawem uszkodzenia mózgu, a nie lenistwem.
- Zachowuje się społecznie niewłaściwie – szczególnie w FTD może wynikać z osłabienia hamowania i kontroli społecznej.

## 9. RÓŻNE OTĘPIENIA – RÓŻNE POCZĄTKI

- Alzheimer: zwykle na pierwszy plan wysuwa się pamięć nowych wydarzeń; później orientacja, język i samodzielność.
- Naczyniowe: często wcześniej widoczne są spowolnienie, trudności wykonawcze, uwaga i chód; przebieg bywa nierównomierny.
- DLB: jednego dnia lub nawet w ciągu jednego dnia sprawność może wyraźnie się wahać; typowe są omamy wzrokowe, zaburzenia snu REM i parkinsonizm.
- FTD: rodzina może najpierw zauważyć, że „to już nie ten sam człowiek” – utratę empatii, zahamowań, inicjatywy, zmianę jedzenia lub zachowania; w innych wariantach dominuje język.
- Otępienie w chorobie Parkinsona: częste są spowolnienie, problemy uwagi i funkcji wykonawczych, wzrokowo-przestrzennych, a czasem omamy.

## 10. NAGŁE POGORSZENIE NIE MUSI OZNACZAĆ POSTĘPU OTĘPIENIA

Otępienie zwykle postępuje w skali miesięcy i lat. Wyraźne pogorszenie w ciągu godzin lub kilku dni powinno wzbudzić podejrzenie dodatkowego problemu.

- infekcja lub gorączka;
- odwodnienie albo niedożywienie;
- ból;
- zaparcie lub zatrzymanie moczu;
- działanie nowego leku, zmiana dawki albo interakcje leków;
- hipoglikemia lub inne zaburzenia metaboliczne;
- udar, uraz głowy, napad padaczkowy;
- majaczenie (delirium).

**Jeżeli nie wiadomo, czy jest to otępienie czy majaczenie, najpierw trzeba traktować sytuację jak możliwe majaczenie i szukać przyczyny medycznej.**

## 11. JAK KOMUNIKOWAĆ SIĘ Z CHORYM?

- podejść z przodu, nawiązać kontakt wzrokowy i nazwij osobę;
- mów spokojnie, krótkimi zdaniami i przekazuj jedną informację naraz;
- dawaj czas na odpowiedź;
- zamiast pytać „co chcesz zjeść?” można zaproponować dwa konkretne wybory;
- nie odpytuj ciągle chorego z dat, nazwisk i wydarzeń;
- nie poprawiaj każdego błędu i nie próbuj wygrywać każdej dyskusji;
- przy silnych emocjach najpierw odpowiedz na emocję, a dopiero potem na treść wypowiedzi;
- wykorzystuj rutyny, oznaczenia, kalendarz, zdjęcia i znane przedmioty.

## 12. CO OPIEKUN POWINIEN PLANOWAĆ Z WYPRZEDZENIEM?

- bezpieczne przyjmowanie leków;
- finanse, dokumenty i ochronę przed oszustwami;
- prowadzenie samochodu i inne ryzykowne aktywności;
- bezpieczeństwo kuchni, łazienki, drzwi i wychodzenia z domu;
- regularne posiłki, nawodnienie, ruch, wzrok i słuch;
- podział opieki między członków rodziny;
- opiekę dzienną, pomoc środowiskową i możliwość wytchnienia dla głównego opiekuna;
- plan na sytuację, gdy chory nie będzie już mógł bezpiecznie mieszkać sam;
- preferencje chorego dotyczące przyszłej opieki – najlepiej omawiane, kiedy może jeszcze aktywnie uczestniczyć w decyzjach.

## 13. OPIEKUN TEŻ JEST CZĘŚCIĄ PLANU LECZENIA

Opieka nad osobą z otępieniem może trwać wiele lat. Przewlekłe czuwanie zwiększa ryzyko wyczerpania i depresji opiekuna.

- dziel obowiązki zamiast czekać na całkowite wyczerpanie;
- utrzymuj własne wizyty lekarskie, sen, relacje i aktywności;
- korzystaj z pomocy innych, nawet jeśli chory początkowo protestuje;
- traktuj złość i przeciążenie jako sygnał potrzeby wsparcia, a nie dowód bycia „złym opiekunem”;
- w razie potrzeby skorzystaj ze wsparcia psychologicznego.

**OPIEKA NAD OSOBĄ Z OTĘPIENIEM TO MARATON, NIE SPRINT. Dobra opieka wymaga również ochrony zdrowia psychicznego i fizycznego opiekuna.**

#### 14. KIEDY POTRZEBNA JEST PILNA POMOC?

- nagły niedowład, opadnięcie twarzy lub zaburzenia mowy;
- nagła, znaczna dezorientacja lub trudność w wybudzeniu;
- utrata przytomności lub drgawki;
- upadek z urazem głowy i zmianą zachowania;
- gorączka i wyraźna zmiana świadomości;
- nowe problemy z połykaniem z dusznością lub zachłyśnięciem;
- zachowanie stwarzające bezpośrednie zagrożenie dla chorego lub innych.

**W nagłym zagrożeniu zdrowia lub życia → 112 / 999.**

#### NAJWAŻNIEJSZE DLA RODZINY

**Choroba stopniowo odbiera choremu część umiejętności, ale nie odbiera mu potrzeby bezpieczeństwa, szacunku, bliskości i bycia traktowanym jak osoba dorosła. Nie pytaj wyłącznie: „czego już nie potrafi?”. Pytaj również: „co nadal potrafi i jak możemy mu pomóc robić to jak najdłużej?”**

Materiał informacyjny dla rodzin i opiekunów. Fazy są orientacyjne i nie służą do samodzielnego określania stopnia otępienia. Przebieg zależy od rodzaju choroby, chorób współistniejących i indywidualnych cech pacjenta. Nagłe pogorszenie wymaga oceny medycznej. Opracowanie oparte m.in. na zaleceniach NICE dotyczących otępienia i wsparcia opiekunów. Stan: wrzesień 2026 r.