

ANETA DOMAGAŁA

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

Ćwiczenia w zakresie narracji w otępieniu alzheimerowskim. Problem zaburzeń pisania

Narrative Exercises in Alzheimer's Dementia. The Problem of Writing Disorders

STRESZCZENIE

Jedną z form pracy z pacjentem, zasadną w chorobie Alzheimera, jest stymulowanie mowy w połączeniu z pisaniem (i czytaniem). We własnych rozwiązaniach praktycznych proponuje się – z wykorzystaniem pisania (i czytania) – ćwiczenia w zakresie narracji, tematycznie ukierunkowane na osobę chorą, jej biografię, a służą do tego zeszyty opracowane z myślą o tej grupie pacjentów (Domagała 2007). W niniejszym artykule koncentruję się na problemie zaburzeń pisania – podejście do pacjenta musi być w tym zakresie zindywidualizowane, tak wynika z literatury zachodniej, w której zaburzenia pisania w przebiegu choroby Alzheimera dyskutowane są jako problem agrafii/ dysgrafii. Umiejętności poszczególnych osób – jako zależne od funkcjonowania pacjenta w sferze komunikacji słownej i pisemnej w okresie przed zachorowaniem oraz od zmian zachodzących w przebiegu choroby – są bardzo zróżnicowane. Dokonuję egzemplifikacji wybranych problemów, na przykładzie własnych pacjentów (zaburzenia struktury tekstu pisanego; problem zapisu podstawowych jednostek systemu językowego: aktualizowania wzorców liter drukowanych i pisanych, wielkich i małych; problem perseweracji).

Tematyka sprawności narracyjnych podjęta została w ramach projektu badawczego: „Narracja i jej zaburzenia w przebiegu choroby Alzheimera. Skala sprawności narracyjnych jako technika diagnostyczna w otępieniu alzheimerowskim” (kierownik projektu: dr Aneta Domagała; 39. konkurs projektów badawczych Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego).

Słowa kluczowe: otępienie alzheimerowskie, usprawnianie komunikacji, sprawności narracyjne, zaburzenia komunikacji pisemnej.

SUMMARY

One of forms of working with the patient, justified in Alzheimer's disease, is to stimulate speech combined with writing (and reading). My own practical solutions offer – with the use of writing (and reading) – narrative exercises thematically oriented towards the patient (his biography),

this purpose being served by notebooks intended for this group of patients (Domagała 2007). The present article focuses on the problem of writing disorders – the approach to a patient has to be individualized in this area: such a conclusion follows from Western literature, in which writing disorders in Alzheimer’s disease are discussed as an agraphia/dysgraphia problem. The skills of individual persons are highly diversified as they are dependent on the functioning of the patient in the sphere of verbal and written communication during the period before falling ill, and on changes occurring in the course of the disease. Selected problems are illustrated using the example of my own patients (the structure of the written text; the problem of writing down basic units of the language system: updating of the patterns of cursive and block letters, and capital and small letters; the problem of perseveration).

The subject matter of narrative skills is studied as part of the research project “Narrative and Its Disorders in the Course of Alzheimer’s Disease. The Scale of Narrative Skills in Alzheimer’s Dementia” (project manager: Dr Aneta Domagała; 39th Ministry of Science and Higher Education competition of research projects).

Key words: Alzheimer’s dementia, rehabilitation of communication, narrative skills, written communication disorders.

WPROWADZENIE

W przypadku chorób otępiennych celem postępowania logopedycznego jest stabilizowanie możliwości interakcyjnych pacjenta (Grabias 2008). Ponieważ w otępieniu alzheimerowskim zaburzenia mowy mają charakter progresywny, nieodwracalny i współwystępują z innymi zaburzeniami poznawczymi oraz pozapoznawczymi, oddziaływania terapeutyczne mogą być prowadzone tylko w ograniczonym zakresie, odpowiednio do aktualnych możliwości chorego. Jedną z form pracy z pacjentem, zasadną w chorobie Alzheimera, jest stymulowanie mowy w połączeniu z pisanem (i czytaniem); w charakterystyce afazji alzheimerowskiej od lat eksponuje się fakt, że umiejętność pisania i czytania stosunkowo długo pozostaje u chorych zachowana (potem zaś redukuje się do formy zautomatyzowanej) (Herzyk 2005).

We własnych rozwiązaniach praktycznych proponuje się – z wykorzystaniem pisania (i czytania) – ćwiczenia w zakresie narracji, tematycznie ukierunkowane na osobę chorą, jej biografię, a służą do tego zeszyty opracowane z myślą o tej grupie pacjentów (Domagała 2007). Funkcją zeszytów w odniesieniu do osoby chorej jest: zgromadzenie i uporządkowanie istotnych dla niej informacji, stworzenie możliwości wglądu, przypominania sobie faktów, dla potrzeb własnych we wczesnej fazie choroby oraz dla potrzeb kontaktów z otoczeniem. Funkcją zeszytów w odniesieniu do terapeuty (jak również innych osób z otoczenia) jest: dostarczenie informacji o chorym niezbędnych w codziennym kontakcie; stworzenie możliwości weryfikacji tego, o czym mówi chory; pomoc w zrozumieniu jego wypowiedzi dzięki możliwości odwołania się do uprzednio zapisanych informacji. Zeszyty zostały pomyślane jako zewnętrzne źródło informacji, ukształtowa-

nych pod względem językowym w sposób odpowiedni dla chorego i jego współrozmówców (pierwszoplanowo zeszyty są wypełniane przez chorego, samodzielnie bądź przy pomocy drugiej osoby, natomiast w drugim etapie działań zgromadzone w nich informacje stają się podstawą zajęć usprawniających). Na fakt, że informacje pisemne mogą być dla chorych pomocne, wskazują m.in. badania własne prowadzone aktualnie w grupie 120 osób w łagodnym i umiarkowanym stadium otępienia alzheimerowskiego, w ramach projektu: „Narracja i jej zaburzenia w przebiegu choroby Alzheimera. *Skala sprawności narracyjnych* jako narzędzie diagnozy w otępieniu alzheimerowskim” (kierownik projektu: dr Aneta Domagała; 39. konkurs MNiSW). W trakcie tych badań rejestrowano sytuacje, kiedy chorzy posilkowali się posiadanymi zapiskami czy dokumentami, poszukując potrzebnych informacji, chcąc być bardziej wiarygodnymi informatorami, (np. pokazywali zachowane legitymacje szkolne, studenckie, notesy, by interlokutor dowiedział się o ich wykształceniu, osiągnięciach – nie potrafili już opowiedzieć o tym bez takiej pomocy, przypomnieć sobie podstawowych faktów).

Możliwość stymulowania narracji z uwzględnieniem zapisu tekstów ściśle wiąże się z określeniem u pacjenta aktualnego poziomu umiejętności pisania/ czytania (ale także, co równie ważne w komunikacji pisemnej, z rozpoznaniem aktualnych możliwości i ograniczeń pacjenta odnośnie do: 1) zakresu tematycznego wypowiedzi, konstruowanych samodzielnie bądź współtworzonych w toku interakcji (zachowanej w pamięci chorego wiedzy o rzeczywistości, możliwości aktualizowania informacji z określonego obszaru tematycznego), 2) poziomu językowej sprawności systemowej (dostępnych środków językowych, doświadczanych trudności w mówieniu i możliwości korzystania z pomocy terapeuty w razie ich wystąpienia) (Domagała 2012). W niniejszym artykule koncentruję się na problemie zaburzeń pisania, który został zasygnalizowany we wcześniejszej publikacji poświęconej stymulowaniu zachowań narracyjnych w otępieniu (Domagała 2012).

Niezależnie od przywołanego na wstępie ogólnego sądu na temat pisania jako umiejętności względnie zachowanej w otępieniu alzheimerowskim, podejście do pacjenta musi być w tym zakresie zindywidualizowane – tak wynika z literatury zachodniej, w której zaburzenia pisania w przebiegu choroby Alzheimera dyskutowane są jako problem agrafii/ dysgrafii (rozumianej szeroko, obejmującej zarówno ortografię, jak i stronę graficzną pisma). Badacze zgodnie wskazują na dużą wariantywność syndromu agrafii i brak jednego wzorca jej ewolucji (Lambert i in. 2007), heterogeniczne profile zaburzeń pisania u osób z chorobą Alzheimera (Luzzatti i in. 2003). Co ważne dla terapii logopedycznej, część osób badanych we wczesnej/ umiarkowanej fazie choroby nie wykazywała objawów agrafii, ewentualnie mogłyby zostać u nich rozpoznane jedynie minimalne deficyty. W badaniach zachodnich było to odpowiednio: 30% badanych (Hughes i in. 1997), 13% (Luzzatti i in. 2003), 25,5% (Lambert i in. 2007). Z drugiej strony,

notowano również przypadki głębokich zaburzeń, objawiające się niemożnością zapisania nawet własnego imienia (Luzzatti i in. 2003).

Luzzatti i in. stwierdzili, że związek zaburzeń pisania z zaawansowaniem choroby nie zawsze jest oczywisty, natomiast Lambert i in. (2007) wskazali na pozytywną korelację w tym aspekcie, biorąc pod uwagę miary dotyczące zadań wykorzystanych w badaniach własnych – podobnie jak Kumar, Giacobini (1990), którzy wykazali związek między agrafią a głębokością zaburzeń poznawczych. Podkreśla się, że w przypadku otępienia alzheimerowskiego trudno o generalizację; obraz zaburzeń pisania, czas ich występowania, są zróżnicowane, a do całkowitej deterioracji umiejętności pisania dochodzi dopiero w późnym stadium choroby, podobnie jak w przypadku języka (Luzzatti i in. 2003).

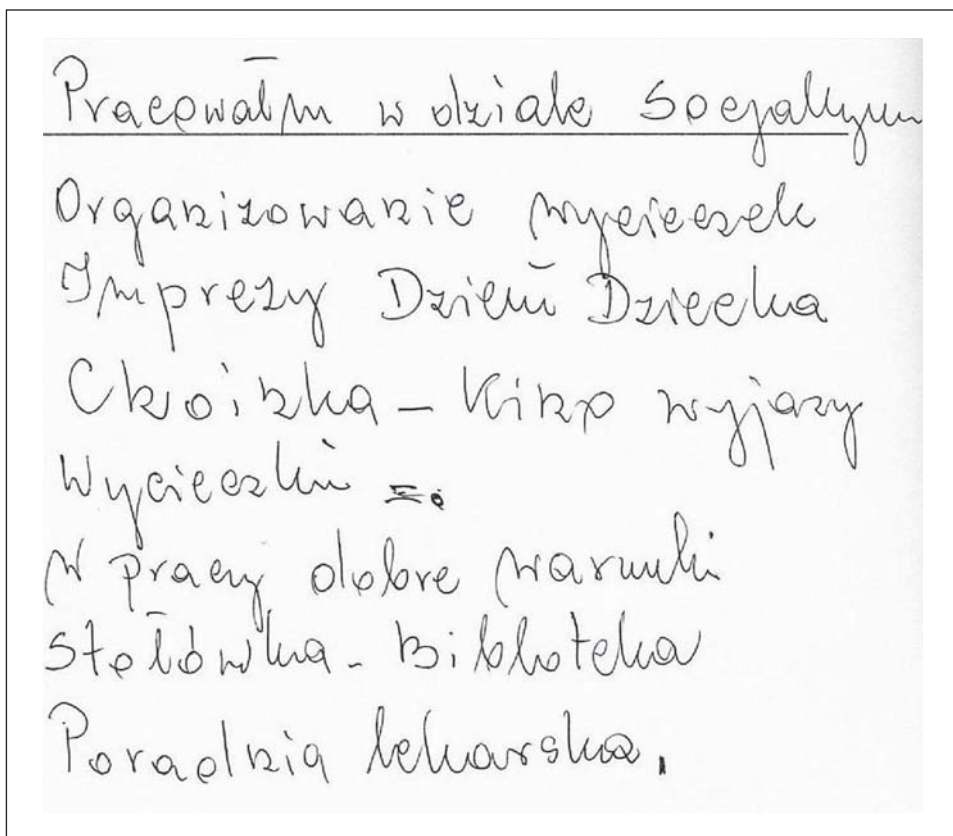
Agrafię chciano uczynić czynnikiem różnicującym subtypy otępienia alzheimerowskiego, ale okazało się to niemożliwe ze względu na brak korelacji z wiekiem chorego, czasem wystąpienia choroby, czasem jej trwania, historią zachorowań w rodzinie (Kumar, Giacobini 1990).

W najnowszych badaniach z użyciem PET wykazano, że w chorobie Alzheimera dysgrafia jest manifestacją dysfunkcji obydwu półkul mózgowych i wiąże się z zaburzeniem funkcji wzrokowo-przestrzennych; unikalne studia nad niejęzykowymi aspektami dysgrafii umożliwił język koreański ze względu na cechujące go nielinearne uporządkowanie grafemów w przestrzeni odpowiadającej jednostkom sylabowym (Yoon i in. 2012).

ZABURZENIA PISANIA W OTEPIENIU ALZHEIMEROWSKIM – EGZEMPLIFIKACJA PROBLEMÓW

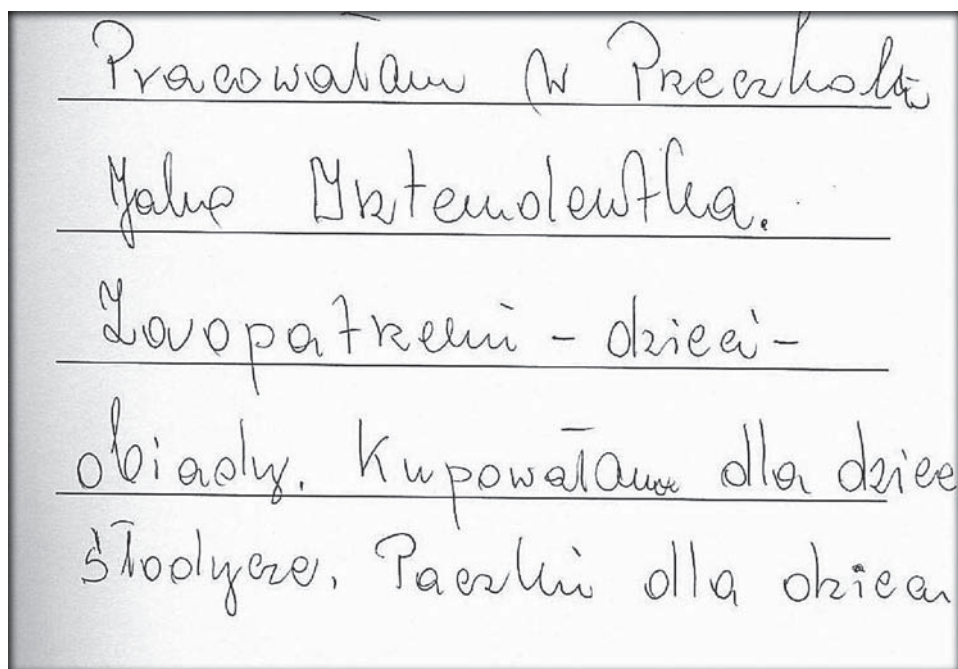
Ćwiczenia w zakresie narracji, w połączeniu z pisaniem, mogą mieć różny wymiar z uwagi na to, czy: 1) pacjent potrafi (względnie) samodzielnie zbudować wypowiedź pisemną, czy też: 2) jego wypowiedzi pisemne są zaburzone, z objawami dysgrafii, jednak z uwagi na zachowane częściowo umiejętności poziomu wykonania jest zadowalający, gdy chory współtworzy tekst z terapeutą, korzysta z jego pomocy bądź też: 3) pacjent jest niezdolny do zapisu tekstu i wymaga, by w tej roli zastąpił go terapeuta, jednak w pewnym stopniu jest w stanie współtworzyć tekst w aspekcie treściowym i formalnojęzykowym. Umiejętności poszczególnych osób – jako zależne od funkcjonowania pacjenta w sferze komunikacji słownej i pisemnej w okresie przed zachorowaniem oraz od zmian zachodzących w przebiegu choroby – są bardzo zróżnicowane. Poniżej dokonuję egzemplifikacji wybranych problemów na przykładzie uczestników zajęć logopedycznych realizowanych w ramach działań domu dziennego pobytu dla osób z chorobami otępiennymi Lubelskiego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego jako placówki rehabilitacji ciągłej (program PFRON 2009).

1. Pacjentka M. Z., otępienie w fazie umiarkowanej; wiek: 69 lat, wykształcenie: średnie (1) treść tekstu do zapisu: ustalana w rozmowie z terapeutą; 2) forma językowa tekstu: tekst układany przez chorą, zapisywany sukcesywnie; duża potrzeba samodzielności, niechęć do korzystania z pomocy terapeuty) – odnośnie do pisemnej formy wypowiedzi możliwości pacjentki obrazują przykłady 1a oraz 1b).



Przykład 1a. M. Z. – Zeszyt: „Dawniej”, temat: „Praca” (fragment)

Przywołane uprzednio konstatacje Luzzatti’ego i in. (2003) dotyczące związku dysgrafii z zaawansowaniem choroby Alzheimera warto uzupełnić zgodnie z ustaleniami tych badaczy: poziom korelacji jest niski, ale wzrasta w przypadku zadań złożonych, takich jak np. pisemna deskrypcja obrazka czy zapisywanie zdań w sytuacji spontanicznej (w warunkach otępienia interferują wówczas różne fenomeny językowe i niejęzykowe). Proste zadania testowe pozwalają bliżej przyjrzeć się wybranym objawom dysgrafii, podczas gdy zaburzenia pisania obserwowane na poziomie tekstu mogą mieć bardzo złożone uwarunkowa-



Przykład 1b. M. Z. – Zeszyt: „Dawniej”, temat: „Praca” (fragment)

nia (Hughes i in. 1997). Zredukowana liczba informacji w tekście, zmniejszona liczba słów, uproszczenie składni, błędy gramatyczne to cechy tekstów pisanych powszechnie wskazywane już we wczesnym stadium otępienia – referują Groves-Wright i in. (2004), choć wyniki ich własnych badań sygnalizują, że deficyty mogą mieć subtelny charakter. W stadium umiarkowanym niewątpliwie jednak narastają.

Teksty M. Z. są interesujące w tym względzie, ponieważ pacjentka zapisuje je bez ingerencji terapeuty. Twierdzi, że pisanie nie sprawia jej trudności – zawsze była dobrą uczennicą i pracownikiem (pracowała w kilku miejscach, wykonywała różne prace biurowe). Demonstruje samodzielność i niezależność podczas zajęć, jest przeświadczona o swojej wysokiej sprawności językowej. Jej wypowiedzi ustne są rozbudowane, w toku realizacji wypowiedzi pisemnych bywa jednak zakłopotana – problemem jest tu struktura tekstu pisanego. Przekaz staje się skrótowy, struktura składniowa jest uproszczona (z tendencją do wypowiedzeń niezdaniowych), a segmentacja tekstu niewłaściwa (zob. przykład 1a: „Pracowałam w dziale Socjalnym/ Organizowanie wycieczek/ Imprezy Dzień Dziecka/ Choinka – Kino wyjazy/ Wycieczki./ W pracy dobre warunki/ Stołówka. Biblioteka/ Poradnia lekarska.”). Pacjentka ma problem z wyodrębnianiem zdań/ wypowiedzeń wielką literą i kropką: zdarzało się, że wszystkie wyrazy w zdaniu rozpoczynała

wielką literą, przykładowo: „*Rozpoczęłam Pracę Wieku 20 Lat*”, znaki interpunkcyjne czasem są pomijane, a innym razem zaznaczone bardzo wyraziście (zob. na końcu tekstu w przykładzie 1a). Wyrazy oddzielone myślnikami (tak jak w wypowiedzeniu: „*Zaopatrzenie – dzieci – obiady*” – zob. przykład 1b) tworzą skondensowany przekaz informacji. Duże pismo pozwala chorej łatwo zapełniać strony z przekonaniem o wysokim poziomie wykonania zadań, bogactwie treści (tekst z przykładu 1a został zapisany w zeszycie formatu A4; w jednej linijce najczęściej sytuowane są dwa lub trzy wyrazy). W takim zapisie nie ma nagromadzenia błędów. Odnośnie do pisowni wyrazów notuje się omisje (zob. przykład 1a – „*Pracowałam*” → *Pracowałm*, „*wyjazdy*” → *wyjazy*), także opuszczanie wyrazów funkcyjnych (np. „*w wieku*” → *Wieku*). Czasem uwidaczniają się zniekształcenia w końcowej części wyrazów (zob. przykład 1b – w wyrazach: „*przedszkolu*” „*kupowałam*”, „*zaopatrzenie*”, „*paczki*”, „*dzieci*” /dwukrotnie/), związane z retuszami, dyskretnymi poprawkami lub nie: występują wówczas inne elementy strukturalne, również litery (por. „*dla dzieci*” → *dla dziee* – przykład 1b). Zniekształcenia w końcowej części wyrazów pojawiają się w normie, gdy notujemy coś szybko albo niedbale, a chcemy, by zdekodowanie tekstu było potem możliwe dzięki początkowym częściom wyrazów – pismo pacjentki jest jednak wyraziste, duże, a na zmiany zachodzące w końcowej części wyrazów pacjentka reaguje korektą, dostrzega problemy z zapisem).

2. Pacjentka Ł. Z., otępienie w fazie umiarkowanej; wiek: 68 lat, wykształcenie: średnie (1) treść tekstu do zapisu: ustalana w rozmowie z terapeutą, z wykorzystaniem informacji od opiekuna; 2) forma językowa tekstu: zdania do zapisu układane przez chorą z dużą pomocą terapeuty i kolejno zapisywane) – odnośnie do pisemnej formy wypowiedzi możliwości pacjentki obrazuje przykład 2.

U pacjentki zwraca uwagę dyskutowany w literaturze przedmiotu problem zapisu podstawowych jednostek systemu językowego: aktualizowania wzorców liter drukowanych i pisanych, wielkich i małych.

Forbes i in. (2004) ustalili, że chorzy z otępieniem alzheimerowskim rezygnują z kursywy (pisma ręcznego) na rzecz pisma drukowanego – zjawisko to nasila się wraz z postępem choroby (w ich badaniach w fazie łagodnej – 10% badanych, w umiarkowanej – 53%). Lambert i in. (2007) ujawnili w toku zadań eksperymentalnych, że badani mieli problemy z zamianą małych liter na duże, z wyborem wielkości liter. Badacze stwierdzili, że chorzy lepiej sobie radzą podczas kopiowania liter niż podczas zapisywania liter nazywanych przez badającego, gdyż mają problemy z aktualizowaniem wzorców grafomotorycznych liter.

Studia przypadków ujawniają interesujące zjawiska w tym zakresie. Przykładowo, Pietro i in. (2011) wskazali u swojego pacjenta na jakościowo różne błędy w zapisie liter w przypadku pisma drukowanego (tu: substytucja odnosząca się

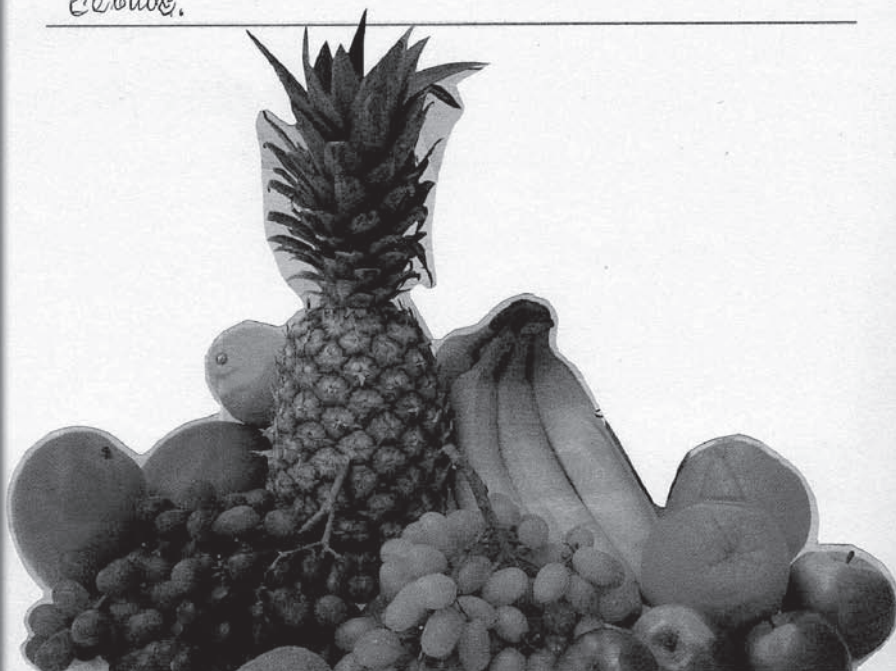
LUBIĘ JEŚĆ:

Spóźry & owoców i warzyw najbarajiej

Lubię: papryaj, jaćka, maliny, truskawki,

anemisy, pomidory, groszek zielony,

cebule.



do wielkości litery, np. $A \rightarrow a$) oraz w przypadku kursywy (tu: substytucja liter, np. $r \rightarrow n$, nigdy nienaruszająca jednak statusu: spółgłoska – samogłoska). Wykazali, że w przypadku pisma ręcznego predykatorem wystąpienia substytucji było podobieństwo wizualno-przestrzenne liter, nie zaś ich podobieństwo w aspekcie grafomotorycznym (tu: np. cechy wizualno-przestrzenne sprawiają, że O jest podobne do D, a grafomotoryczne, że T podobne do L – ruch w kierunku wertykalnym, a potem horyzontalnym). Ustalenia te są istotne dla dyskusji na temat reprezentacji liter (drukowanych/ pisanych, wielkich/ małych) w umyśle i hierarchicznych modeli czynności pisania.

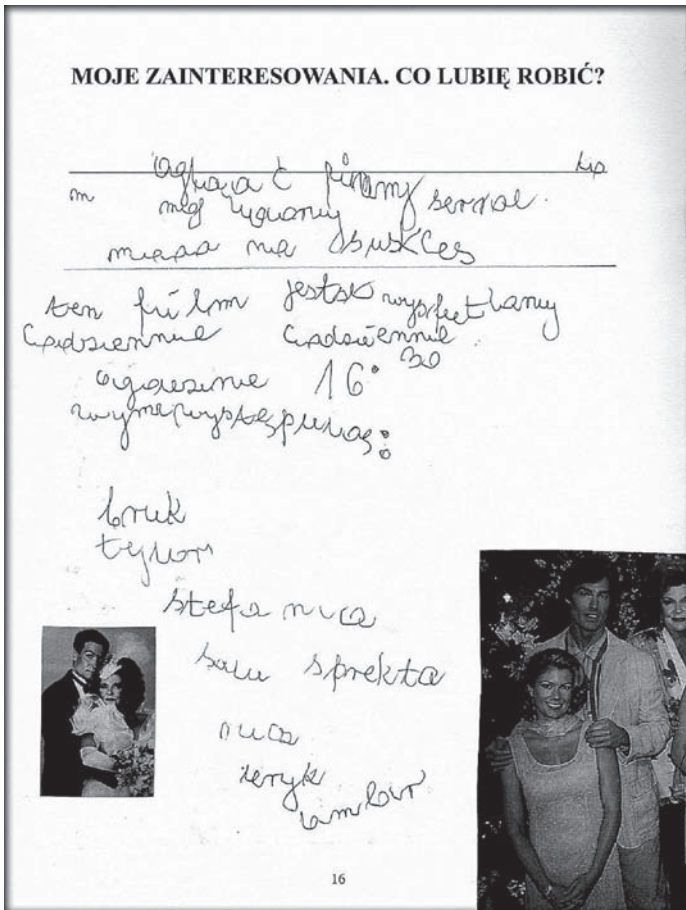
Jeśli chodzi o ten aspekt dysgrafii, w tekstach Ł. Z. najczęściej występują pojedyncze litery drukowane w wyrazach zapisywanych kursywą (zob. w przykładzie 2 – zapis litery B w wyrazach: „lubię”, „najbardziej”, a jednocześnie: prawidłowy zapis litery *b* w wyrazie „cebule”), niekiedy obserwuje się przechodzenie od kursywy do pisma drukowanego w obrębie jednego wyrazu (zob. w przykładzie 2 – zapis wyrazu „truskawki”, którego większa część została zapisana pismem drukowanym), co może dodatkowo wiązać się z gubieniem liter (np. pacjentka zapisuje: „Na obiad” w formie „NA Oiad”, powraca do kursywy tak, jakby dostrzegła problem i chciała zmienić sposób pisania, w toku czynności dochodzi jednak przy tym do pominięcia litery B/b). Wyrazy zapisywane pismem drukowanym są mniej podatne na zakłócenia – np. gdy pacjentka dokonywała zapisu podczas wspólnego rozwiązywania krzyżówek z logopedą, konsekwentnie posługiwała się pismem drukowanym i błąd pojawiał się nie częściej niż raz w dwudziestowyrazowej krzyżówce, zwykle na początku słowa (np. wyraz REKA został rozpoczęty literą *r*).

Problem z zapisem liter ma w tekstach Ł. Z. zmienne nasilenie i może współwystępować z innymi zaburzeniami dotyczącymi pisowni (tak jak w przykładzie 2). Kiedy pacjentka jest w lepszej kondycji, zdarzają się jednak kilkuzdaniowe teksty z błędami polegającymi wyłącznie na wprowadzeniu do zapisu kursywą pojedynczych liter drukowanych, z jednoczesnym dostosowaniem ich rozmiaru do wielkości pozostałych liter w wyrazie.

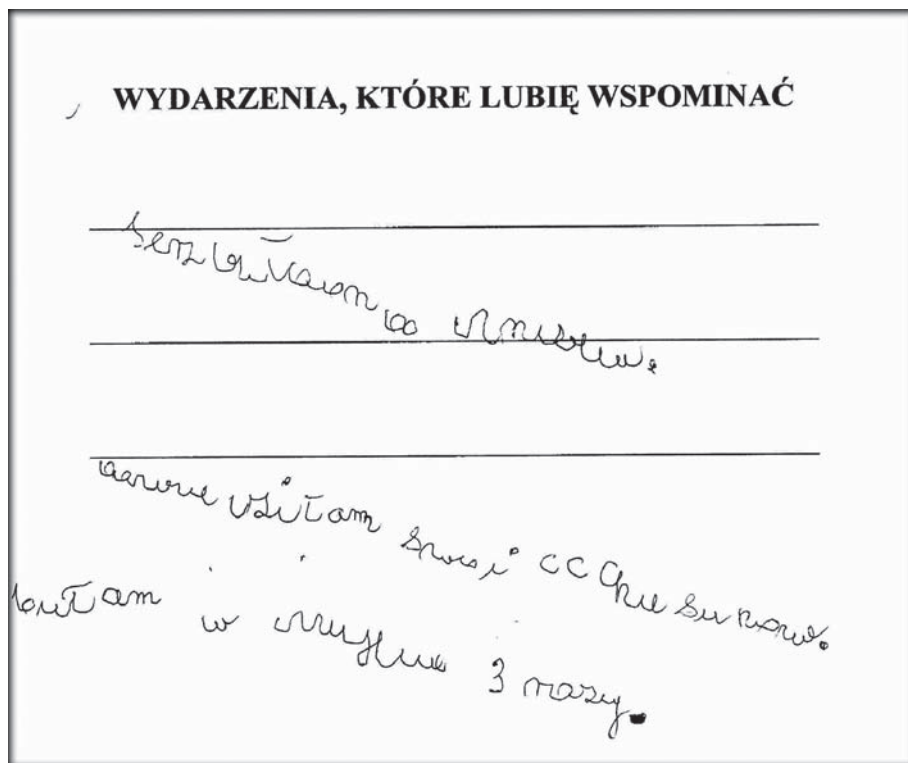
3. Pacjentka K.Z., otępienie w fazie umiarkowanej; wiek: 68 lat, wykształcenie: podstawowe (1) treść tekstu do zapisu: ustalana na podstawie rozmów z chorą, jej opowieści, z wykorzystaniem informacji od opiekuna i personelu placówki; wypowiedzi pacjentki często ubogie pod względem informacyjnym; 2) forma językowa tekstu: zdania do zapisu budowane wspólnie z terapeutą, pomocne jest potem dyktowanie pacjentce kolejnych wyrazów zdania) – odnośnie do pisemnej formy wypowiedzi możliwości pacjentki obrazują przykłady 3a oraz 3b.

U pacjentki warto zwrócić uwagę na problem perseweracji, w aspekcie pisania rozpoznawany w otępieniu alzheimerowskim jako uporczywe powtarzanie liter i ich elementów.

Neils-Strunjas i in. (1998) przedstawili ciekawe studium przypadku mężczyzny (z wyższym wykształceniem, w umiarkowanym stadium choroby i szybko postępującymi zaburzeniami poznawczymi) z nasilonymi zaburzeniami pisania w postaci perseweracji. Stwierdzili, że zwyczajowy sposób zapisu, kursywą, był u niego bardziej podatny na perseweracje niż pismo drukowane, rzadko używane. Pacjent pisał lepiej wielkimi drukowanymi literami niż małymi i kursywą. W piśmie drukowanym perseweracji ulegały najczęściej litery: I, R, E jako całe znaki, zwrócono też uwagę na powtarzanie elementów znaku, perseweracje ruchu z dołu do góry (tak jak w literze M) i od lewej do prawej (tak jak w literze E). W przypadku kursywy najczęściej persewerowane były litery: m, n, r, v, y, przy czym



Przykład 3a. K. Z. – Zeszyt: „Teraz”, temat: „Moje zainteresowania. Co lubię robić?” [tu zapis tekstu: Oglądać filmy. Mój ulubiony serial: „Moda na sukces”. Ten film jest wyświetlany codziennie o godz. 16.30. Występują: (wymienia imiona bohaterów)]



Przykład 3b. K. Z. – Zeszyt: „Dawniej”, temat: „Wydarzenia, które lubię wspominać” [tu zapis tekstu: *Byłam w Londynie. Odwiedziłam swoich synów. Byłam w Londynie 3 razy.*]

4- czy 5-krotne powtórzenia litery bądź określonego ruchu nie były rzadkością (w piśmie drukowanym nie odnotowano takiej liczby powtórzeń). W materiale pozyskanym od pacjenta persewercje stanowiły niemal 49% ogólnej liczby wszystkich błędów (uwzględniono takie ich kategorie, jak: substytucje, omissje, dodawanie liter, błędna kolejność liter – co ciekawe, blisko 10% błędów nie zostało w ogóle sklasyfikowanych, gdyż nie zdołano ich powiązać z wzorcami określonych liter). Odnosząc się do typologii persewercji, badacze rozpoznali u chorego persewercje ciągłe, polegające na kontynuacji czynności, jej uporczywym trwaniu – w tym przypadku skutkujące powtarzaniem litery lub jej elementu. W dyskusji wyników autorzy odnieśli się do zawartych w literaturze przedmiotu ustaleń na temat tzw. dysgrafii centralnej, wskazując na to, że również zaburzenia w aspekcie grafomotorycznym mogą skutkować poważnymi deficytami w pisaniu – uważa się, że tego typu zaburzenia pojawiają się późno w przebiegu choroby, jednak nawet we wczesnej fazie nie są one wykluczone.

Odnosnie do problemu perseweracji, w tekstach K. Z. występuje zarówno powtarzanie elementów strukturalnych liter (zob. litera *m* w wyrazie „odwiedziłam” – przykład 3b), jak i pojedynczych liter (zob. trzykrotne powtórzenie litery *c* w wyrazie „swoich” – przykład 3b). W obrębie wyrazu perseweracje nie są jednakże ograniczone do pojedynczych liter bądź ich elementów strukturalnych, co ilustruje przykład 3a (zob. w wyrazie: jest → *jestst*).

Jeśli chodzi o rodzaj perseweracji, warto dokładniej przyjrzeć się problemowi ciągłości/ nieciągłości zjawisk. W przykładach 3a oraz 3b można zaobserwować trudności dotyczące zapisu liter: *u*, *y*, także *i*. W takich wyrazach, jak: „ulubiony”, „wyświetlany” zapis litery *y* wiąże się z dodatkowym ruchem, podobnym/ tożsamym dla liter: *y* i *u* – tak jakby te litery zostały połączone ze sobą (zob. przykład 3a). Jednocześnie litera *u* w niektórych wyrazach staje się substytutem litery *y* (a także litery *i*). Przykładowo, pacjentka w akceptowalny sposób wymawia imiona bohaterów jej ulubionego filmu (tu: nie zna języka angielskiego), ale nie znajduje to odzwierciedlenia w pisowni. Podczas gdy zapis zgodny z jej wymową miałby postać: „rycz” (ang. Ridge), „sali” (ang. Sally), dyktując sobie wolno, chora zapisuje: *salu*, *rucz*. Zgodnie z własną wymową poprawnie zapisuje jednak literę *y* np. w wyrazie: *eryk* (ang. Eric) – w przykładzie 3a. Zamianę liter: *y* → *u* notuje się też w wyrazach języka polskiego (np. byłam → *bułam*, zob. przykład 3b), gdy nie trzeba sięgać po fonologiczny mechanizm przetwarzania (fonem – grafem). W przykładzie 3b litera *u* pojawia się również jako litera dodatkowa na końcu wyrazu (zob. w wyrazie: *swoich* → *swoiccchu*). Przykłady te pozwalają reprodukcję litery *u* (powtarzanie ruchu cechującego tę literę, podobnie jak w: *y*, *i*) postrzegać zarówno w kategoriach perseweracji ciągłych, jak i nieciągłych. Perseweracje ciągłe, które opisali Neils-Strunjas i in. (1998) są łatwiejsze do zidentyfikowania w tekście, nieciągłe natomiast niewątpliwie budzą wątpliwości w aspekcie objawowym, zwłaszcza gdy u chorego współwystępują z innymi rodzajami zaburzeń pisania. Problem perseweracji nieciągłych nakazuje rozważyć rozmaite uwarunkowania błędów kategoryzowanych jako substytucje i dodawanie liter.

WSKAZANIA

Wiedza na temat zaburzeń pisania w otępieniu alzheimerowskim narasta, począwszy od pierwszych ustaleń A. Alzheimerera badającego przypadek Augusty D. – Lambert i in. (2007) przypominają stwierdzoną u tej pacjentki niemożność zapisania kilku kolejnych słów, przerywanie czynności po napisaniu pojedynczego wyrazu (odnotowane jako *amnesic writing disorders*). Ponieważ, jak potem wykazywali kolejni badacze, zaburzenia pisania są niejednorodne w tej grupie chorych, ćwiczenia w zakresie narracji połączone z zapisem tekstu wymagają rozpoznania najważniejszych problemów.

1. Nawet jeśli sprawność językowa pacjenta jest jeszcze wysoka, struktura wspólnie budowanego tekstu powinna być stosunkowo prosta – tak, by dokonanie zapisu nie przerastało możliwości chorego i żeby treści były później dostępne dla niego w możliwie największym stopniu. Można sukcesywnie zapisywać kilkuzdaniowy tekst lub też ograniczyć się do pojedynczych zdań czy pojedynczych wyrazów, połączonych z materiałem ilustracyjnym. Gdy komunikacja pisemna jest znacznie zakłócona, zdjęcie, rysunek, widokówka (także: znaczek, wycięty przepis kulinarny, zasuszony liść itp.) pozwalają ukonkretnić informację werbalną, angażować emocje i w ten sposób przypomnieć czy nieco przybliżyć określony obszar wiedzy.

2. Mając na uwadze określone objawy dysgrafii, podczas ćwiczeń połączonych z pisaniem można skorzystać z sugestii zawartych w literaturze przedmiotu, przywoływanych w artykule w odniesieniu do wybranych tu problemów, i proponować choremu np. kopiowanie tekstu zamiast zapisywania wypowiedzi dyktowanej (tu: przy problemach z aktualizowaniem wzorców liter, wyrazów) czy zapisywanie tekstu pismem drukowanym zamiast kursywy (tu: przy nasilających się w piśmie ręcznym perseweracjach czy substytucji liter).

3. Kiedy czynność pisania jest silnie zaburzona i tekst staje się nieczytelny, niekomunikatywny, wykonywanie ćwiczeń w formie pisemnej nie prowadzi już do założonego celu. Terapeuta może rozważyć zastąpienie chorego podczas zapisywania wypowiedzi. Mimo nasilonych trudności w pisaniu, chorzy czasem nadal chcą samodzielnie dokonywać zapisu tekstu w sytuacjach angażujących ich emocjonalnie. Cieszy ich własna praca. Ze względu na złą jakość zapisu, przy realizacji części ćwiczeń będą jednak zastępowani przez terapeutę, co pozwoli utrwalić najważniejsze informacje, ich wspomnienia (do wglądu dla pacjenta i innych osób z jego otoczenia). Gdy tekst zapisywany przez osobę chorą okazuje się mało komunikatywny (będzie potem trudny do zdekodowania), terapeuta może dołączyć kartkę z przydatnymi informacjami, pozyskanymi w toku realizacji danego tematu zajęć.

Ryan i in. (2009) na podstawie własnych badań wskazują, jak duże korzyści mogą czerpać z pisania osoby dotknięte chorobą otępienną. Ten kanał przekazu informacji daje ludziom tracącym sprawność umysłową więcej czasu do namysłu, pozwala na większą elastyczność podczas budowania wypowiedzi, pomaga uporządkować myśli. Badacze, przyjmując szerszą perspektywę oglądu zjawisk, dowodzą na przykładzie osób we wczesnej fazie choroby Alzheimera, że pisanie może być odpowiedzią na utratę statusu kompetentnego współrozmówcy i pełnionych dotąd ról społecznych; pozwala podtrzymywać tożsamość społeczną, odszukiwać i wzmacniać role społeczne, angażować się w dialog społeczny, a przez to ma dobroczynny wpływ na kondycję psychiczną chorego. Przy większym nasileniu zaburzeń, a takie przypadki wybrano w niniejszym artykule, komunikacja pisemna rozpada się w różnych aspektach i niektórym problemom nie sposób już

zaradzić, ale i wówczas pisanie może być dla części chorych satysfakcjonujące. Współtworzenie tekstu pisanego z terapeutą angażuje chorego w takim wymiarze, w jakim jest on zdolny funkcjonować na danym etapie choroby (Domagała, Mirecka 2011; Domagała, Mirecka w druku).

Praca naukowa finansowana ze środków budżetowych na naukę w latach 2010–2012 jako projekt badawczy.

BIBLIOGRAFIA

- Domagała A., 2007, „*Teraz i dawniej*” – propozycja ćwiczeń logopedycznych dla pacjentów z otępieniem alzheimerowskim, „*Logopedia*”, 36, 239–248.
- Domagała A., 2012, *Sprawności narracyjne w otępieniu alzheimerowskim – postępowanie terapeutyczne*, [w:] *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk, s. 257–265.
- Domagała A., Mirecka U., 2011, *Education and Rehabilitation of Patients with Neurological Conditions. Written Communication Disorders*, ICERI, Madrid, 4993–4999.
- Domagała A., Mirecka U., Zaburzenia pisma w chorobach neurodegeneracyjnych u osób starszych (w druku).
- Forbes K. E., Shanks M. F., Venneri A., 2004, *The evolution of dysgraphia in Alzheimer’s disease*, „*Brain Research Bulletin*”, 63, 19–24.
- Grabias S., 2008, *Postępowanie logopedyczne. Diagnoza, programowanie terapii, terapia*, „*Logopedia*”, 37, s. 13–27.
- Groves-Wright K., Neils-Strunjas J., Burnetb R., O’Neill M. J., 2004, *A comparison of verbal and written language in Alzheimer’s disease*, „*Journal of Communication Disorders*”, 37, 109–130.
- Herzyk A., 2005, *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*, Warszawa.
- Hughes J. C., Graham N., Patterson K., Hodges J. R., 1997, *Dysgraphia in mild dementia of Alzheimer’s type*, „*Neuropsychologia*”, 35, 4, 533–545.
- Kumar V., Giacobini E., 1990, *Use of agraphia in subtyping of Alzheimer’s disease*, „*Archives of Gerontology and Geriatrics*”, 11, 2, 155–159.
- Lambert J., Giffard B., Nore F., Sayette V. de la, Pasquier F., Eustache F., 2007, *Central and peripheral agraphia in Alzheimer’s disease: from the case of Auguste D. to a cognitive neuropsychology approach*, „*Cortex*”, 43, 935–951.
- Luzzatti C., Laiacona M., Agazzi D., 2003, *Multiple patterns of writing disorders in dementia of the Alzheimer type and their evolution*, „*Neuropsychologia*”, 41, 759–772.
- Neils-Strunjas J., Shuren J., Roeltgen D., Brown C., 1998, *Perseverative writing Errors in a patient with Alzheimer’s disease*, „*Brain and Language*”, 63, 303–320.
- Pietro M. Di, Schneider A., Ptak R., 2011, *Peripheral dysgraphia characterized by the co-occurrence of case substitutions in uppercase and letter substitutions in lowercase writing*, „*Cortex*”, 47, 1038–1051.
- Ryan E. B., Bannister K. A., Anas A. P., 2009, *The dementia narrative: Writing to reclaim social identity*, „*Journal of Aging Studies*”, 23, 145–157.
- Yoon J. H., Kim H., Seo S. W., Chin J., Kim J., Lee K., Kim Y. W., Park E. S., Suh M. K., Na D. L., 2012, *Dysgraphia in Korean patients with Alzheimer’s disease as a manifestation of bilateral hemispheric dysfunction*, „*Journal of the Neurological Sciences*”, 320, 72–78.