2020 LOGOPEDIA 49/2
ISSN 0459-6935 103–119

ANETA DOMAGAŁA

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
Katedra Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego
ORCID ID: https://orcid.org/0000-0001-5955-5164

Jak pacjenci z chorobą Alzheimera opisują osoby, miejsca i sytuacje? Charakterystyka trudności w zakresie komunikacji językowej w łagodnej fazie otępienia

How Do Patients with Alzheimer's Disease Describe Persons, Places and Situations? Description of Difficulties in Linguistic Communication in the Mild Stage of Dementia

STRESZCZENIE

W artykule dokonano charakterystyki trudności w zakresie komunikacji językowej u osób z chorobą Alzheimera w łagodnym stadium otępienia, mając za podstawę wyniki badań empirycznych odnoszących się do opisu jako formy wypowiedzi mówionej, przeprowadzonych w grupie 60 osób w ramach projektu badawczego pt. „Narracja i jej zaburzenia w przebiegu choroby Alzheimera. *Skala sprawności narracyjnych* jako technika diagnostyczna w otępieniu alzheimerowskim" (kierownik projektu: A. Domagała; 39. konkurs projektów badawczych Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, NN104 155339). Artykuł ten stanowi drugą część opracowania dotyczącego możliwości językowych pacjentów z odniesieniem do różnych rodzajów opisu (postaci, wnętrza, sytuacji) w aspekcie makro- i superstruktury tekstu (w pierwszej części opracowania zaprezentowano wyniki analiz odnoszące się do umiarkowanej fazy otępienia – Domagała 2018). W tej części w analogiczny sposób (przy wyborze tych samych zjawisk i zakresu ich analizy co uprzednio w przypadku pacjentów z otępieniem umiarkowanym) unaoczniono ujawniające się stosunkowo wcześnie trudności z określaniem tematu wypowiedzi (najczęściej w przypadku opisu sytuacji, najrzadziej w przypadku opisu miejsca), wskazywanie przez pacjentów na własną niekompetencję, własne ograniczenia, niemożność sprostania wymaganiom związanym z konstruowaniem wypowiedzi w aspekcie makrostrukturalnym (najczęściej w przypadku opisu sytuacji, nieco rzadziej w przy-

padku opisu miejsca i opisu osób), manifestujące się w niektórych wypowiedziach znaczące trudności w aspekcie superstrukturalnym (najczęściej w przypadku opisu osób).

Słowa kluczowe: choroba Alzheimera; łagodna faza otępienia; opis; wypowiedź mówiona.

SUMMARY

The paper presents difficulties in linguistic communication in Alzheimer's patients (in the moderate stage dementia) on the basis of empirical studies concerning description as a form of spoken utterance, conducted in a 60-person group as part of the research project 'Narrative and Its Disorders in the Course of Alzheimer's Disease. *The Scale of Narrative Skills* as a Diagnostic Technique in Alzheimer's Dementia (project manager: Dr Aneta Domagała; the 39th Competition of Ministry of Science and Higher Education for research projects NN10415339). The present article is the second part of the study on the linguistic abilities of patients with regard to different kinds of description (of persons, interiors, situations) from the angle of the macro- and superstructure of text (Part One of the study presented the results of analyses concerning the moderate stage of dementia – Domagała 2018). The present part, analogously (having selected the same phenomena and scopes of their analyses as previously in the cases of patients with moderate dementia) demonstrates difficulties with defining the subject of utterances that manifest themselves comparatively early (most often in the case of descriptions of situations, least often in the case of descriptions of interiors), showing their incompetence by the patients themselves, their own limitations, inability to meet the requirements related to utterance building from the macrostructural perspective (most often in the case of descriptions of situations, less frequently in the case of descriptions of interiors and descriptions of persons), significant difficulties manifested in some utterances from the superstructural angle (most often in the case of descriptions of persons).

Key words: Alzheimer's disease; mild stage dementia; description; spoken utterance.

WPROWADZENIE

Po opracowaniu całościowej charakterystyki zjawisk dotyczących narracji (Domagała 2015b), na podstawie wyników uzyskanych w ramach projektu badawczego pt. „Narracja i jej zaburzenia w przebiegu choroby Alzheimera. *Skala sprawności narracyjnych* jako technika diagnostyczna w otępieniu alzheimerowskim" (kierownik projektu: A. Domagała; 39 konkurs projektów badawczych MNiSW, NN104 155339), dokonano dodatkowej oceny porównawczej sprawności komunikacyjnych pacjentów z odniesieniem do różnych rodzajów opisu (postaci, wnętrza, sytuacji) w grupie pacjentów z otępieniem umiarkowanym. Wybór grupy podyktowany był tym, że pacjenci z otępieniem umiarkowanym stanowią w Polsce, w placówkach oferujących terapię niefarmakologiczną, najliczniejszą grupę podopiecznych z chorobą Alzheimera – ich możliwości komunikacyjne winny więc zostać szczegółowo rozpoznane w kontekście proponowanych oddziaływań terapeutycznych. Wyniki analiz zaprezentowano w osobnym opracowaniu, wykazując, że trudności w zakresie komunikacji językowej

w chorobie Alzheimera mogą być w znacznej mierze determinowane gatunkowo (Domagała 2018).

Uzyskane wyniki zrodziły potrzebę dokonania dodatkowych analiz w grupie pacjentów z otępieniem łagodnym, by ustalić, jakie problemy stają się zauważalne już w pierwszej fazie otępienia. Ponieważ na gruncie medycyny otwierają się nowe możliwości diagnozowania choroby Alzheimera (tu: kryteria IWG, IWG-2 oraz NIA-AA – Dubois i in. 2007, 2014, 2016; McKhann i in. 2011; Carrilloa i in. 2013, Domagała, Sitek 2018), dające nadzieję na dużo wcześniejsze niż obecnie jej rozpoznawanie i wdrażanie terapii, także niefarmakologicznej, wiedza na temat sprawności komunikacyjnych osób z otępieniem łagodnym staje się bardzo ważna; największe korzyści daje choremu wczesna diagnoza i terapia.

PROBLEMATYKA BADAŃ

Adekwatnie do wcześniejszych ustaleń (Domagała 2018) niniejsze opracowanie poświęcone jest problematyce opisu jako formy wypowiedzi mówionej u osób w fazie łagodnej otępienia w chorobie Alzheimera. Tak jak w przypadku osób z otępieniem umiarkowanym, artykuł służy ocenie sprawności komunikacyjnych ważnych z punktu widzenia funkcjonowania pacjentów w życiu codziennym (tu: wypowiadania się na temat osób, miejsc, sytuacji). Zgodnie z kryterium przedmiotu opisywanego w diagnozie uwzględniono trzy zasadnicze rodzaje opisu (jak wskazuje Witosz 1997, 2001, są to: opisy osób /tu: opis wyglądu zewnętrznego; opis postawy; opis uczuć i przeżyć wewnętrznych/; opisy tła zdarzeń /tu: pejzaż; opisy wnętrz i rozmaitych przedmiotów/ oraz opisy sytuacji). Opis to podstawowa forma wypowiedzi, nie tylko w kontekście edukacyjnym, co wieloaspektowo prezentuje Witosz; mechanizm przypisywania przedmiotom pewnych właściwości stanowi podstawową czynność poznawczą umysłu ludzkiego.

Deskrypcja ujawnia u osób z otępieniem swoją specyfikę – różne typy dyskursu (obok dyskursu deskrypcyjnego sytuowane są zasadniczo: dyskurs narracyjny, proceduralny, konwersacyjny, objaśniający) mogą angażować odmienne procesy poznawcze, wiązać się u chorego z odmiennym stopniem wysiłku umysłowego (Arkin, Mahendra 2001; Mackenzie i in. 2007; Fleming, Harris 2008). Dodatkowe odmienności może powodować wewnętrzne zróżnicowanie głównych typów dyskursu, dotąd nie było to jednak na Zachodzie badane. By nie poprzestać na ogólnej charakterystyce zaburzeń mowy, zdecydowano się więc uwzględnić specyfikę wypowiedzi determinowanych gatunkowo w badaniach własnych. Otępienie łagodne to o tyle szczególny etap choroby Alzheimera, że zaburzenia mowy, przynajmniej u części osób, nie są jeszcze bardzo wyraziste (niezaprzeczalne staną się na etapie otępienia umiarkowanego – zob. np. Domagała 2015b, Wolańska 2017, Sitek 2018); w klasycznej postaci choroby Alzheimera na pierw-

szym planie sytuują się zaburzenia pamięci. Badania szczegółowe pozwalają jednak na dokumentowanie deficytów językowych, także zaburzeń dotyczących sprawności narracyjnych (np. Taler, Phillips 2008, Tsantali i in. 2013), wraz z poszerzeniem ustaleń o etap przedkliniczny (np. Wessson Ashford i in. 2006; Laws i in. 2007; Taler, Phillips 2008).

W niniejszym opracowaniu prześledzono zachowania językowe pacjentów z otępieniem łagodnym w analogiczny sposób jak uprzednio w przypadku pacjentów z otępieniem umiarkowanym. Celem postępowania badawczego było rozpoznanie możliwości pacjentów z otępieniem łagodnym w odniesieniu do różnych rodzajów opisu, wziąwszy pod uwagę następujący zakresie zjawisk:

– określanie tematu wypowiedzi,
– normatywne zachowania językowe oraz zachowania niepożądane w aspekcie treściowym wypowiedzi,
– formalna organizacja wypowiedzi.

Jako podstawę analiz wypowiedzi determinowanych gatunkowo przyjęto warstwowy model dyskursu Frederiksena i Breuleuxa (Osiejuk 1994), który umożliwia zogniskowanie uwagi na treści wypowiedzi pacjenta (makrostrukturze) oraz organizacji formalnej (superstrukturze).

MATERIAŁ EMPIRYCZNY

Materiał empiryczny wykorzystany dla potrzeb niniejszego artykułu zgromadzono w ramach projektu badawczego od 60 osób z chorobą Alzheimera w fazie łagodnej (30 kobiet oraz 30 mężczyzn; średnia wieku = 76,5)[1]. Obejmuje on

[1] Badania empiryczne zostały przeprowadzone przez autorkę w następujących placówkach: Ośrodek Naukowo-Badawczo-Dydaktyczny Chorób Otępiennych Akademii Medycznej we Wrocławiu, z siedzibą w Ścinawie – Oddział Psychogeriatrii; Szpital Neuropsychiatryczny im. prof. M. Kaczyńskiego w Lublinie – Oddział Psychogeriatrii; Zakład Opiekuńczo-Pielęgnacyjny im. Ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu – Oddział Dzienny; Zakład Opiekuńczo-Leczniczy dla Osób z Chorobą Alzheimera w Koprzywnicy; Zakład Opiekuńczo-Leczniczy dla Osób z Chorobą Alzheimera w Górnie (Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Jana Pawła II); Centrum Alzheimera w Warszawie – Oddział Dzienny oraz Dom Pomocy Społecznej; Środowiskowy Dom Samopomocy dzielnicy Wola w Warszawie – Świetlica dla Osób Chorych na Chorobę Alzheimera; Środowiskowy Dom Samopomocy dla osób z zespołem otępiennym typu Alzheimera w Krakowie (Małopolskiej Fundacji Pomocy Ludziom Dotkniętym Chorobą Alzheimera); Dom Dziennego Pobytu i Terapii dla Osób z Chorobą Alzheimera w Płocku; Środowiskowy Dom Samopomocy dla Osób z Chorobą Alzheimera w Łodzi (Łódzkiego Towarzystwa Alzheimerowskiego); Ośrodek Wsparcia dla Osób Chorych na Alzheimera w Kielcach; Środowiskowy Dom Samopomocy typu C (z siedzibą przy ul. Krzemionkowskiej) w Kielcach; Środowiskowy Dom Pomocy w Poznaniu (Wielkopolskiego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego); Środowiskowy Dom Samopomocy dla osób z chorobą Alzheimera oraz Dom Pomocy Społecznej „Kalina" w Lublinie; Środowiskowy Dom Samopomocy typu C, dla osób z chorobą Alzheimera (z siedzibą przy ul. Lwowskiej) w Lublinie; Środowiskowy Dom Samopomocy dla osób z chorobą Alzheimera „Mefazja" oraz

ogółem 180 próbek wypowiedzi – po 60 próbek dla każdego z trzech zadań zaprojektowanych w celu pozyskania:

- wypowiedzi na temat osób (w założeniu to prototypowo opis postaci – na podstawie zdjęcia przedstawiającego dwie osoby, kobietę i dziewczynkę, w typowym ujęciu portretowym),
- wypowiedzi na temat miejsca (w założeniu to prototypowo opis wnętrza – na podstawie zdjęcia przedstawiającego umeblowany typowo pokój mieszkalny, stołowy),
- wypowiedzi na temat sytuacji (w założeniu to prototypowo opis sytuacji – na podstawie zdjęcia przedstawiającego mężczyznę i chłopca porządkujących pokój).

REZULTATY BADAŃ

I. Określanie tematu wypowiedzi

W toku analizy ustalono, czy/jak osoby badane określają temat wypowiedzi [a) o osobach, b) o miejscu, c) o sytuacji], dokonując generalizacji na podstawie prezentowanego materiału zdjęciowego. Rozpoznano następujące kategorie zachowań:

0 – badany poprawnie określa temat, rozpoczynając swą wypowiedź; wskazuje na wstępie, że zdjęcie przedstawia odpowiednio:

a) dwie sportretowane osoby (bez niezgodności odnośnie do ich płci i, ogólnie, wieku),
b) pomieszczenie, pokój (ewentualnie z zaznaczeniem, że to jego część lub z dookreśleniem, jaki to pokój),
c) dwie osoby (mężczyznę i chłopca) porządkujące pokój, z akceptowalnym dookreśleniem w rodzaju: sprzątanie, przeprowadzka, porządkowanie książek.

Przykładowo, w przypadku opisu miejsca:

To jest tak: jeden, jeden z jakichś wygodnych pokoi, zzz ze stołem głównym, z możliwością biesiadowania.

Podobnie, choć mniej udatnie pod względem językowym, u innej osoby:

Ładny kawałek pokoju.

„Memory" (Lubelskiego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego) w Lublinie. Autorka serdeczne dziękuje dyrekcji oraz wszystkim specjalistom każdego z tych ośrodków za pomoc w realizacji badań, a także pacjentom za udział w badaniach, również ich opiekunom i rodzinom.

Badania terenowe trwały blisko trzy lata, prowadzono je w placówkach specjalistycznych mogących się poszczycić największym doświadczeniem w Polce, w trosce o odpowiedni dobór osób badanych na podstawie rozpoznania medycznego (i dodatkowo: z zastosowaniem kryteriów wykluczających – Domagała, 2015).

1 – badany określa temat w toku wypowiedzi, z nieznacznym opóźnieniem; rozpoczynając wypowiedź, napotyka na przeszkody w odbiorze treści prezentowanych na zdjęciu bądź w zakresie językowej realizacji wypowiedzi (np. doświadcza trudności z rozpoznawaniem bądź nazywaniem osób, wybranych przedmiotów, działań prowadzonych przez osoby, sytuacji), które pokonuje samodzielnie lub z nieznaczną pomocą badającego.

2 – badany nie określa poprawnie tematu wypowiedzi – w toku wypowiedzi osobno odnosi się do poszczególnych osób (bądź tylko jednej z nich), do wybranych przedmiotów, ludzkich działań itp., bez generalizacji, lub błędnie dokonuje generalizacji na podstawie wybranych szczegółów.

Przykładowo – pacjent chce wybrać obiekt, o którym będzie mówił (zamiast opisu sytuacji), a potem odnosi się tylko do jednej z przedstawionych osób:

O tym chłopcu chce pani wiedzieć czy o… (*pokazuje mężczyznę*). […] *Tatuś coś tam sięga na półkę. Tam po książkę chyba. Najprawdopodobniej po jakąś książkę. Tylko mam wrażenie, że on spadnie zaraz. No bo tak tylko wisi, widzi, pani, na jednej nodze.*

Badający: *Uhm.*

Tutaj na półeczce coś tam, coś tam jest stare, co trudno określić. No i… to krzesło, to, przystawione do tej szafki. Stoi. Tyle, co ja tu zauważyłem.

Podobnie, wybiórczo pod względem tematycznym, u innego pacjenta:

Tutaj jest y… jest troszki… w tym miejscu starsza osoba na no tego… która książki czy tam coś, nie wiem.

Wyniki analizy ilościowej zawiera tabela 1.

Tabela 1. Określanie tematu wypowiedzi o osobach, miejscu i sytuacji w łagodnej fazie otępienia w chorobie Alzheimera (tu: kategorie zachowań: 0, 1, 2 – zgodnie z opisem w tekście)

Kategoria	Wypowiedź o osobach (odsetek badanych)	Wypowiedź o miejscu (odsetek badanych)	Wypowiedź o sytuacji (odsetek badanych)
0	60,00%	70,00%	33,33%
1	30,00%	26,67%	40,00%
2	10,00%	3,33%	26,67%

Dane zawarte w tabeli wskazują, że w łagodnej fazie otępienia w przebiegu choroby Alzheimera u części osób występują trudności z określeniem tematu wypowiedzi w formie opisu – najmniej pożądana kategoria zachowań (2) cechuje średnio co czwartego pacjenta w przypadku opisu sytuacji, co dziesiątego w przypadku opisu osób, najmniej kłopotów mają zaś pacjenci w przypadku opisu miej-

sca. Choć powody trudności mogą być zróżnicowane u poszczególnych pacjentów, w kontekście zróżnicowania rodzajów opisu można wyeksponować następującą komplikację odnośnie do opisu sytuacji (najbardziej problematycznego): to działania osób w określonym miejscu, ten rodzaj generalizacji może stawać się dla chorych zbyt trudny.

II. Wypowiedź w aspekcie treściowym – normatywne zachowania językowe

Odnośnie do treści wypowiedzi najczęstsze kategorie zachowań normatywnych[2] występujące w łagodnej fazie otępienia uwyraźniono w tabeli 2 (dla każdego rodzaju opisu uwzględniono po pięć kategorii zachowań o najwyższej frekwencji, wraz z danymi ilościowymi odnośnie do częstości ich występowania).

Tabela 2. Wypowiedź w aspekcie treściowym – najczęstsze normatywne zachowania językowe w łagodnej fazie otępienia w chorobie Alzheimera

Wypowiedź	Najczęstsze kategorie zachowań normatywnych	Odsetek badanych
O osobach	Prawidłowe określanie obiektów dostępnych percepcyjnie: osób, także części ciała, części garderoby, przedmiotów osobistych	100,00%
	Prawidłowe określanie cech fizycznych, wyglądu obiektów dostępnych percepcyjnie	96,67%
	Podawanie cech ewaluatywnych obiektów, także ich części składowych	56,67%
	Odwoływanie się do wiedzy o rzeczywistości, ludzkich doświadczeń – przywoływanie ogólnych sądów, powszechnie podzielanych opinii, przekonań bądź, jeśli to zasadne, wiedzy specjalistycznej	45,00%
	Określanie cech psychicznych osób (ewentualnie innych obiektów traktowanych jako ożywione), ich emocji, stanów świadomości – bez niezgodności w stosunku do tego, co dostępne percepcyjnie	21,67%

[2] Autorka przeciwstawia zachowania normatywne, konstytutywne dla wypowiedzi w formie opisu (w części II artykułu) zachowaniom niepożądanym – w kontekście budowania deskrypcji (w części III). Zgodnie z tytułem niniejszego opracowania zmierza do odpowiedzi na pytanie: „Jak pacjenci z chorobą Alzheimera opisują osoby, miejsca i sytuacje?", ukierunkowując się na doświadczane przez nich trudności. Wiedza na temat możliwości i ograniczeń pacjentów z otępieniem jest potrzebna, daje wyobrażenie o jakości budowanych przez nich wypowiedzi – z punktu widzenia oczekiwań zdrowego odbiorcy.

Tabela 2, cd.

O miejscu	Prawidłowe określanie obiektów dostępnych percepcyjnie: pomieszczenia i jego części, znajdujących się w nim mebli, przedmiotów użytkowych, także ich części; badany spostrzega i nazywa obiekty (także części składowe) przestawione na zdjęciu	100,00%
	Prawidłowe określanie cech fizycznych, wyglądu obiektów dostępnych percepcyjnie	80,00%
	Odwoływanie się do wiedzy o rzeczywistości, ludzkich doświadczeń – przywoływanie ogólnych sądów, powszechnie podzielanych opinii, przekonań bądź, jeśli to zasadne, wiedzy specjalistycznej	55,00%
	Podawanie cech ewaluatywnych obiektów, także ich części składowych	41,67%
	Wskazywanie wyobrażanych sobie przez badanego przeszłych bądź przyszłych działań związanych z danym miejscem; badający w akceptowalny sposób uzupełnia to, co jest dostępne percepcyjnie, informacjami „spoza kadru" o tym, co mogło zajść w danym miejscu wcześniej lub dopiero może nastąpić	23,33%
O sytuacji	Prawidłowe określanie obiektów dostępnych percepcyjnie: osób (także części ciała, części garderoby, przedmiotów osobistych), pomieszczenia i jego części, znajdujących się w nim mebli, przedmiotów użytkowych (także ich części); badany spostrzega i nazywa obiekty (także części składowe) przestawione na zdjęciu	100,00%
	Prawidłowe określanie czynności, stanów aktywności zewnętrznej osób przestawionych na zdjęciu, bez niezgodności z tym, co dostępne percepcyjnie	100,00%
	Prawidłowe określanie cech fizycznych, wyglądu obiektów dostępnych percepcyjnie	66,67%
	Odwoływanie się do wiedzy o rzeczywistości, ludzkich doświadczeń – przywoływanie ogólnych sądów, powszechnie podzielanych opinii, przekonań bądź, jeśli to zasadne, wiedzy specjalistycznej	56,67%
	Określanie cech psychicznych osób (ewentualnie innych obiektów traktowanych jako ożywione), ich emocji, stanów świadomości, bez niezgodności w stosunku do tego, co dostępne percepcyjnie	31,67%

Stwierdza się, że:

– Pacjenci w łagodnej fazie otępienia w swoich wypowiedziach, niezależnie od rodzaju opisu, wskazują najczęściej obiekty (wszyscy badani, choć niektóre osoby w minimalnym tylko zakresie), często określają także cechy fizyczne, wygląd obiektów (niemal wszyscy w przypadku opisu osób, w przypadku opisu miejsca nie robi tego co piąty badany, w przypadku opisu sytuacji średnio co trzeci) i – w przypadku opisu sytuacji – zawsze uwzględniają czynności, stany aktywności zewnętrznej osób (choć niektóre osoby w minimalnym tylko zakresie).
– Jednocześnie, odnośnie do określania obiektów, będącego podstawą wypowiedzi opisowych, już dla fazy łagodnej otępienia znamienne jest podawanie informacji hipotetycznych [prawidłowe określanie obiektów dostępnych percepcyjnie, ale z zastrzeżeniem typu: „nie jestem pewien", „chyba", może", „przypuszczalnie" – budowanie wypowiedzi w ramie modalnej niepewności i prawdopodobieństwa (tego typu zachowania zliczono osobno, niezależnie od zachowań uwzględnionych w tabeli 2)]. Zjawisko rejestrowano najczęściej w przypadku opisu miejsca (95,00% wypowiedzi; a opisu sytuacji – 60,00% a w przypadku opisu osób – 28,33%).
– W swoich wypowiedziach pacjenci często wspierają się ogólnymi sądami o rzeczywistości, wskazaniami na powszechne ludzkie doświadczenia (ponad połowa osób w przypadku opisu miejsca i opisu sytuacji, rzadziej – o ok. 10% – dochodzi do tego w przypadku opisu postaci).
– Podawanie cech ewaluatywnych wyróżnia opis postaci, robi to większość pacjentów [w przypadku opisu miejsca cechy ewaluatywne uwzględnia ok. 40% osób, a w przypadku opisu sytuacji tylko 1,67% badanych (tu: ze względu na rzadkość tego rodzaju zachowań dane nie zostały uwzględnione w tabeli 2 w charakterystyce opisu sytuacji)].

III. Wypowiedź w aspekcie treściowym – niepożądane zachowania językowe

Najczęstsze kategorie zachowań niepożądanych występujące w fazie łagodnej zestawiono w tabeli 3 (wraz z danymi ilościowymi określającymi częstość występowania w przypadku poszczególnych rodzajów opisu).

Tabela 3. Wypowiedź w aspekcie treściowym – najczęstsze niepożądane zachowania językowe w łagodnej fazie otępienia w chorobie Alzheimera

Najczęstsze kategorie zachowań niepożądanych	Wypowiedź o osobach (odsetek badanych)	Wypowiedź o miejscu (odsetek badanych)	Wypowiedź o sytuacji (odsetek badanych)
Wskazywanie, w sposób jednoznaczny, na własną niekompetencję, niemożność sprostania wymaganiom związanym z konstruowaniem wypowiedzi (wedle wyobrażeń, jakie ma w tym względzie badany), uchylanie się od podawania określonych informacji na temat obiektów przedstawionych na zdjęciu z powodu wyczuwanych u siebie ograniczeń	36,67%	38,33%	41,67%
Ponowne określanie tych samych obiektów (także ich części składowych) czy ich cech – niepożądane i bezzasadne, w przypadku wielokrotnych powtórzeń rozpoznawane jednoznacznie jako niekontrolowane przez badanego	30,00%	21,67%	18,33%
Nieprawidłowości w określaniu obiektów oraz ich charakteryzowaniu – odstępstwa w stosunku do tego, co, potencjalnie, bezpośrednio dostępne jest na drodze obserwacji; niezgodności w aspekcie spostrzeżeniowym	26,67%	31,67%	21,67%
Dyslogia, podawanie informacji sprzecznych z ogólną wiedzą o rzeczywistości, wynikającą z ludzkich doświadczeń, stwierdzenia zdradzające brak ustrukturowanej wiedzy o rzeczywistości w określonym jej obszarze, sądy nieuprawnione	21,67%	25,00%	33,33%
Wypowiedzi ksobne, odniesienia o charakterze osobistym	20,00%	21,67%	18,33%
Rozbudowane wypowiedzi, tracące bezpośredni związek z tematem, wymagające wygaszenia przez badającego, by wypowiedź na temat obiektów przedstawionych na zdjęciu mogła być kontynuowana; dygresje	6,67%	10,00%	6,67%

Ukierunkowując się na niepożądane zachowania językowe, należy wskazać, że:

– Wskazywanie, w sposób jednoznaczny, na własną niekompetencję, niemożność sprostania wymaganiom związanym z konstruowaniem wypowiedzi (wedle wyobrażeń, jakie ma w tym względzie badany), uchyla-

nie się od podawania określonych informacji na temat obiektów przedstawionych na zdjęciu z powodu wyczuwanych u siebie ograniczeń, jest zjawiskiem najczęstszym, w łagodnej fazie otępienia w przypadku każdego z rodzajów opisu cechuje jednak mniej niż połowę badanych.

– W przypadku każdego z rodzajów opisu występują nieprawidłowości w określaniu obiektów oraz ich charakteryzowaniu (niezgodności w aspekcie spostrzeżeniowym) – najczęściej w przypadku opisu miejsca.
– Jednocześnie, odnośnie do określania obiektów, jako podstawy wypowiedzi opisowych, dla fazy łagodnej otępienia znamienne jest podawanie informacji hipotetycznych – nieprawidłowe określanie obiektów dostępnych percepcyjnie, ale z zastrzeżeniem typu: „nie jestem pewien", „chyba", „może", „przypuszczalnie"; budowanie wypowiedzi w ramie modalnej niepewności i prawdopodobieństwa (tego typu zachowania zliczono osobno, niezależnie od zachowań uwzględnionych w tabeli 3). Zjawisko notowano stosunkowo często w przypadku opisu miejsca (36,67% wypowiedzi) i opisu sytuacji (33,33% wypowiedzi), rzadziej w przypadku opisu osób (16,67% wypowiedzi).
– W wypowiedziach o osobach dużo częściej niż w innych dochodzi do niekontrolowanych powtórzeń.
– W wypowiedzi o sytuacji częściej niż w innych dochodzi do podawania sądów nieuprawnionych, dyslogii.

IV. Superstruktura wypowiedzi

Odnośnie do superstruktury wypowiedzi w łagodnej fazie otępienia zarejestrowano następujące typy wypowiedzi:

0 – wypowiedź zrealizowana z zachowaniem formalnej struktury opisu, odpowiednio:

a) opis postaci – pierwszoplanowo wyglądu zewnętrznego osób; obiekty i ich cechy opisywane są kolejno, zgodnie z konwencją (np. z ukierunkowaniem: góra – dół; z hierarchizacją: cechy istotne – nieistotne) bądź z wykorzystaniem tzw. opisu porównawczego.
b) opis wnętrza – obiekty i ich cechy określane są kolejno, w sposób konwencjonalny – wedle zasad kompozycji przestrzennej, hierarchicznej bądź lokalizacyjnej.
c) opis sytuacji – zasadzający się na dwóch sytuacjach odniesienia bądź jednej przy podmiocie zbiorowym; sytuacje odniesienia zostają wyodrębnione w sposób konwencjonalny, np. w relacji przestrzennej bądź w relacji: obiekt wyjaśniający – obiekt wyjaśniany.

1 – wypowiedź zdezorganizowana w aspekcie formalnym:
– brak uporządkowania informacji bądź brak podstawowego elementu struktury opisu (np. w przypadku opisu postaci – wypowiedź odnosząca się do jednej osoby, bez uwzględnienia drugiej; w przypadku opisu miejsca – wypowiedź zredukowana do fragmentarycznego opisu wnętrza, z pominięciem istotnej jego części, np. środka pokoju; w przypadku opisu sytuacji – wypowiedź zredukowana do sytuacji odniesienia dla jednego z podmiotów, z pominięciem drugiej osoby)

i/lub

– nasilone występowanie objawów patologicznych uwzględnionych w rejestrze zjawisk niepożądanych (takich jak: niekontrolowane powtórzenia, ponowne reprodukowanie fragmentów wypowiedzi; rozbudowane wypowiedzi, tracące bezpośredni związek z tematem; wypowiedzi ksobne; komentarze dotyczące własnej niekompetencji, trudności w realizowaniu wypowiedzi – zob. wyżej, pkt. III).

2 – wypowiedź namiastkowa (tu: niemożność orzekania o aktywizowaniu przez pacjenta wzorca strukturalnego opisu) – mimo prób aktywizacji i pomocy ze strony badającego zachowania językowe pacjenta ograniczone są do krótkich odpowiedzi na pytania, często są znacznie zaburzone także na poziomie wypowiedzenia.

Wyniki analizy ilościowej zawiera tabela 4.

Tabela 4. Superstruktura wypowiedzi o osobach, miejscu i sytuacji w łagodnej fazie otępienia w chorobie Alzheimera (tu: kategorie zachowań: 0, 1, 2 – zgodnie z opisem w tekście)

Kategoria	O osobach (odsetek badanych)	O miejscu (odsetek badanych)	O sytuacji (odsetek badanych)
0	75,00%	55,00%	73,33%
1	15,00%	40,00%	23,33%
2	10,00%	5,00%	3,34%

Stwierdza się, że:
– Ogólnie pacjenci zdecydowanie lepiej poradzili sobie z formalną organizacją wypowiedzi w formie opisu postaci i opisu sytuacji (trudności odnotowano średnio u co czwartego badanego) niż opisu miejsca (trudności odnotowano u niemal połowy badanych) – jeśli mieć na względzie kategorię 0. Opis miejsca był najtrudniejszy prawdopodobnie dlatego, że

pacjenci nie mieli możliwości skupienia uwagi na postaciach ludzkich; ich wypowiedzi często były zdezorganizowane w aspekcie formalnym (kategoria 1).

– Już w łagodnej fazie część osób (co dziesiąty pacjent) buduje wypowiedzi namiastkowe (kategoria 2), najczęściej w przypadku opisu postaci. Ponieważ dokonanie opisu postaci było pierwszym zadaniem wykonywanym przez pacjentów, rezultat ten może być zależny od procedury badania, sytuacji diagnostycznej (np. niepewności badanego, jakiego sposobu wykonania zadania oczekuje badacz – Domagała 2015a), w przypadku kolejnych zadań wypowiedzi namiastkowe były już rzadsze.

Oceniając formalną organizację opisów, osobno rejestrowano operatory metatekstowe (zwyczajowo) sygnalizujące planowanie i kontrolowanie realizacji wypowiedzi (Ożóg 1990, 1991) i wyróżniono:

1 – operatory związane z wyborem kolejnych obiektów przedstawionych na zdjęciu; wprowadzaniem kolejnych elementów strukturalnych opisu (tu z perspektywy pacjenta: „O czym będę teraz mówić?"), np. *Mogę teraz od tego?*

2 – operatory związane z opisem wybranego obiektu – z zamiarem zamknięcia wypowiedzi na jego temat (tu z perspektywy pacjenta: „Czy mam coś jeszcze powiedzieć o tym, o czym aktualnie mówię?"), np. *No nie wiem, co tu o niej powiedzieć więcej.*

3 – operatory sygnalizujące niemożność zdecydowania, czy wypowiedź może już zostać zakończona, czy jest wyczerpująca (tu z perspektywy pacjenta: „Czy mogę już zakończyć wypowiedź?"), np. *No i to chyba to jest wszystko, bo… nie*?

4 – operatory związane z zamknięciem wypowiedzi – zakończeniem realizacji zadania (tu z perspektywy pacjenta: „Decyduję o zakończeniu swojej wypowiedzi"), np. *No i tyle mogę, co mogę powiedzieć.*

Wyniki analizy ilościowej zawiera tabela 5.

Tabela 5. Operatory metatekstowe w wypowiedziach o osobach, miejscu i sytuacji w łagodnej fazie otępienia w chorobie Alzheimera (tu: kategorie zachowań: 1–4 – zgodnie z opisem w tekście)

Kategoria	O osobach (odsetek badanych)	O miejscu (odsetek badanych)	O sytuacji (odsetek badanych)
1	35,00%	13,33%	8,33%
2	1,67%	6,67%	0,00%
3	31,67%	41,67%	30,00%
4	40,00%	36,67%	25,00%

Dane zawarte w tabeli wskazują, że w wypowiedziach pacjentów dominują operatory z dwu ostatnich kategorii. Kategoria 3 (niemożność zdecydowania o wyczerpaniu tematu) najczęściej dotyczy opisu miejsca (występuje też w dużym odsetku opisów osób i sytuacji – średnio u co trzeciej osoby), kategoria 4 (formalne wskazanie na zakończenie wypowiedzi) często występuje w przypadku opisu osób i miejsc, najrzadziej w przypadku opisu sytuacji (u co czwartej osoby). W chorobie Alzheimera kłopoty z wyznaczeniem ramy: (początek) – koniec wypowiedzi, u wielu osób zauważalne są więc już w łagodnej fazie otępienia. Kategoria 1 (wybór kolejnych obiektów przedstawionych na zdjęciu; wprowadzanie kolejnych elementów strukturalnych opisu) zdecydowanie najczęściej występuje w przypadku opisu osób. Tak jak wskazywano wcześniej, dokonanie opisu osób było pierwszym zadaniem wykonywanym przez pacjentów, rezultat ten może być więc zależny od procedury badania, sytuacji diagnostycznej (np. niepewności badanego, jakiej szczegółowości opisu oczekuje badacz – Domagała 2015a).

ZAKOŃCZENIE

Jak wykazywano w I części opracowania, w odniesieniu do umiarkowanej fazy otępienia (Domagała 2018), trudności w zakresie komunikacji językowej ujawniające się podczas realizacji wypowiedzi mówionych mogą być w dużej mierze determinowane gatunkowo, ze zróżnicowaniem rodzajowym. W niniejszym opracowaniu prześledzono zachowania językowe pacjentów z otępieniem łagodnym, co pozwala wskazać zjawiska, które stają się zauważalne stosunkowo wcześnie, choć nie u wszystkich pacjentów.

W odniesieniu do podstawowych poziomów strukturyzacji wypowiedzi w łagodnej fazie otępienia należy wskazać na:

1. Pojawiające się u części osób problemy z dokonywaniem generalizacji, określaniem tematu wypowiedzi, najczęściej (średnio u co czwartego pacjenta) w przypadku opisu sytuacji, wymagającego rozeznania się, co robią ludzie w danym miejscu, co się dzieje.
2. Przy zachowaniu w dużym zakresie podstawowych umiejętności służących deskrypcji (tu: u wszystkich badanych, niezależnie od rodzaju opisu, określanie obiektów – przynajmniej w minimalnym zakresie; u większości – określanie cech fizycznych, wyglądu obiektów, relatywnie najsprawniej w przypadku opisu osób), zauważalne u wielu chorych budowanie wypowiedzi w ramie modalnej niepewności i prawdopodobieństwa; podawanie informacji hipotetycznych (zdecydowanie najczęściej w przypadku opisu miejsca, wymagającego rozpoznawania i nazywania wielu kolejnych obiektów, w toku deskrypcji uposażonej przestrzeni).

3. Pojawiające się, obok normatywnych zachowań służących deskrypcji, nieprawidłowości w określaniu obiektów oraz ich charakteryzowaniu, niezgodności w aspekcie spostrzeżeniowym – najczęściej w przypadku opisu miejsca (w tym przypadku i przy opisie sytuacji stosunkowo częste również podawanie informacji błędnych w ramie modalnej niepewności i prawdopodobieństwa).
4. Wspieranie się w swoich wypowiedziach ogólnymi sądami o rzeczywistości, wskazaniami na powszechne ludzkie doświadczenia (najczęściej w przypadku opisu miejsca i opisu sytuacji), co u niektórych osób może mieć charakter zastępczy w stosunku do deskrypcji rzeczywistości przedstawionej na zdjęciu.
5. Znamienne dla części chorych (w przypadku każdego z rodzajów opisu u mniej niż połowy badanych) wskazywanie, w sposób jednoznaczny, na własną niekompetencję, niemożność sprostania wymaganiom związanym z konstruowaniem wypowiedzi (wedle wyobrażeń, jakie ma w tym względzie badany), uchylanie się od podawania określonych informacji z powodu wyczuwanych u siebie ograniczeń.
6. Pojawiające się problemy z organizacją formalną wypowiedzi opisowych, w szczególności w przypadku opisu miejsca, wymagającego uporządkowania uposażonej przestrzeni, przy jednoczesnym braku możliwości skoncentrowania się na postaciach ludzkich.
7. Budowanie wypowiedzi namiastkowych, najczęściej w przypadku opisu postaci (u co dziesiątego pacjenta), co być może po części związane było z przyjętą procedurą badania (dokonanie opisu postaci było pierwszym zadaniem wykonywanym przez pacjentów).

Uwagi sformułowane w stosunku do osób z otępieniem umiarkowanym (w pierwszej części opracowania) będą więc zasadne w odniesieniu do części pacjentów z otępieniem łagodnym, u których trudności ujawniają się już w pierwszej fazie otępienia. Przykładowo logopeda będzie: wspierał pacjenta poprzez przyjmowanie roli osoby, która ustala i kontroluje porządek wypowiedzi współtworzonej z chorym; sam określał temat wypowiedzi, pomagał pacjentowi rozeznać się w rzeczywistości, podpowiadając, co jest ważne; dobierał przystępne tematy, materiały graficzne w sposób typowy przedstawiające rzeczywistość, odpowiednio do oczekiwań obserwatora, co pozwoli choremu w większym stopniu polegać na wiedzy ogólnej, zachowanych doświadczeniach. W terapii, doborze ćwiczeń, należy uwzględnić specyfikę wypowiedzi determinowanych gatunkowo.

BIBLIOGRAFIA

Arkin S., Mahendra N., 2001, *Discourse analysis of Alzheimer,s patients before and after intervention: Methodology and outcomes*, "Aphasiology" 15, 6, s. 533–569.

Carrilloa M.C., Deanb R.A., Nicolasc F., David S., Millerd D.S., Bermane R., 2013, *Revisiting the framework of the National Institute on Aging-Alzheimer's Association diagnostic criteria*, "Alzheimer's & Dementia", 9, s. 594–601.

Domagała A., 2015a, *Logopedic Examination of the Patient with Alzheimer's Dementia*, "Acta Neuropsychologica", 13 (1), s. 11–23.

Domagała A., 2015b, *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim*, Lublin.

Domagała A., 2018, *Jak pacjenci z chorobą Alzheimera opisują osoby, miejsca i sytuacje? Charakterystyka trudności w zakresie komunikacji językowej w umiarkowanej fazie otępienia*, „Logopedia", 47–1, s. 129–144 (w wersji anglojęzycznej: Domagała A., 2018, *How Do Patients with Alzheimer's Disease Describe Persons, Places and Situations? Description of Difficulties in Linguistic Communication in the Moderate Stage of Dementia*, „Logopedia", 47–1, s. 99–114 [edycja cyfrowa: www.logopedia.umcs.lublin.pl]).

Domagała A., Sitek E., 2018, *Choroba Alzheimera w świetle aktualnych kryteriów diagnostycznych*, [w:] A. Domagała, E. Sitek, *Choroba Alzheimera. Zaburzenia komunikacji językowej*, Gdańsk, s. 26–44.

Dubois B., Hampel H., Feldman H.H., Scheltens P., Aisen P., Andrieu S., Bakardjian H., Benali H., Bertram L., Blennow K., Broich K., Cavedo E., Crutch S., Dartigues J. F., Duyckaerts C., Epelbaum S., Frisoni G.B., Gauthier S., Genthon R., Gouw A.A., Habert M.O., Holtzman D.M., Kivipelto M., Lista S., Molinuevo J.L., O'Bryant S.E., Rabinovici G.D., Rowe C., Salloway S., Schneider L.S., Sperling R., Teichmann M., Carrillo M.C., Cummings J., Jack C.R. Jr., 2016, *Preclinical Alzheimer's disease: Definition, natural history, and diagnostic criteria*, "Alzheimer's & Dementia", 12, s. 292–323.

Dubois B., Feldman H.H., Jacova C., DeKosky S.T., Barberger-Gateau P., Cummings J., Delacourte A., Galasko D., Gauthier S., Jicha G., Meguro K., O'Brien J., Pasquier F., Robert P., Rossor M., Salloway S., Stern Y., Visser P.J., Scheltens P., 2007, *Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS–ADRDA criteria*, "Lancet Neurology", 6, s. 734–46.

Dubois B., Feldman H.H., Jacova C., Hampel H., Molinuevo J.L., Blennow K., DeKosky S.T., Gauthier S., Selkoe D., Bateman R., Cappa S., Crutch S., Engelborghs S., Frisoni G.B., Fox N.C., Galasko D., Habert M.O., Jicha G.A., Nordberg A., Pasquier F., Rabinovici G., Robert P., Rowe C., Salloway S., Sarazin M., Epelbaum S., de Souza L.C., Vellas B., Visser P.J., Schneider L., Stern Y., Scheltens P., Cummings J.L., 2014, *Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG-2 criteria*, "Lancet Neurology", 3(6), s. 614–29.

Fleming V.B., Harris J.L., 2008, *Complex discourse production in mild cognitive impairment: Detecting subtle changes*, "Aphasiology", 22 (7–8), s. 729–740.

Laws, K.R., Adlington R.L., Gale T.M., Moreno-Martinez F.J., Sartori G., 2007, *A meta-analytic review of category naming in Alzheimer's disease*, "Neuropsychologia", 45, s. 2674–2682.

Mackenzie C., Brady M., Norrie J., Poedjianto N., 2007, *Picture description in neurologically normal adults: Concepts and topic coherence*, „Aphasiology" 21, 3/4, s. 340–354.

McKhann G.M., Knopman D.S., Chertkow H., Hyman B.T., Jack C.R. Jr, Kawas CH., Klunk W.E., Koroshetz W.J. , Manly J.J., Mayeux R., Mohs R.C., Morris J.C., Rossor M.N., Scheltens P., Carrillo M.C., Thies B., Weintraub S., Phelps C.H., 2011, *The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease*, "Alzheimer's & Dementia", 7(3), s. 263–269.

Osiejuk E., 1994, *Problematyka dyskursu w neuropsychologii poznawczej*, Warszawa.

Ożóg K., 1990, *Leksykon metatekstowy współczesnej polszczyzny mówionej. Wybrane zagadnienia*, Kraków.

Ożóg K., 1991, *Elementy metatekstowe ze składnikiem mówię w polszczyźnie mówionej*, [w:] *Język a kultura*, t. 4, red. J. Bartmiński, R. Grzegorczykowa, Wrocław, s. 183–194.

Sitek E., 2018, *Mowa w chorobie Alzheimera*, [w:] A. Domagała, E. Sitek, *Choroba Alzheimera. Zaburzenia komunikacji językowej*, Gdańsk, s. 62–70.

Taler V., Phillips N. A., 2008, *Language performance in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment: A comparative review*, "Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology" 30 (5), s. 501–556.

Tsantali E., Economidis D., Tsolaki M., 2013, *Could language deficits really differentiate Mild cognitive Impairment (MCI) from mild Alzheimer's disease?* „Archives of Gerontology and Geriatrics" 57, s. 363–270.

Wesson Ashford J., Borson S., O'Hara R., Dash P., Frank L., Robert P., Shankle W.R., Tierney M.C., Brodaty H., Schmitt F.A., Kraemer H.C., Buschke H., 2006, *Should older adults be screened for dementia?*, "Alzheimer's & Dementia" 2, s. 76–85.

Witosz B., 1997, *Opis w prozie narracyjnej na tle innych odmian deskrypcji*, Katowice.

Witosz B., 2001, *Między opowiadaniem a opisem (O wykorzystaniu teorii współczesnej lingwistyki w typologii gatunków mowy)*, [w:] *Praktyki opowiadania*, red. B. Owczarek, Z. Mitosek, W. Grajewski, Kraków, s. 23–43.

Wolańska E., 2017, *Nowe formy rehabilitacji neurologopedycznej jako odpowiedź na nowe formy farmakoterapii w chorobie Alzheimera*, „Poradnik Językowy", z. 6, s. 39–52.