



URSZULA CISZEWSKA-PSUJEK

Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego, Wydział Humanistyczny,
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

0000-0002-8487-0358

Zaburzenia językowe w przebiegu choroby alkoholowej Obraz i dynamika*

Linguistic Disorders in Alcohol Dependence: Representation and Dynamics

ABSTRACT: Alcohol dependence is a chronic disease which damages many systems and organs. The toxic influence of alcohol on the central nervous system leads to the durable reduction of neurons and neural connections in number and size, especially those within the frontal structures, the limbic system, and the cerebellum. These changes result in cognitive impairments, including executive cognitive impairments, memory deficits, and emotional information processing disorder. Cognitive deficits, in turn, affect the way of understanding human reality and the possibility to represent it in language. The diagnosis of speech disorders among alcohol-dependent patients can be accomplished by evaluating their narrative skills. The article contains selected narrative statements of two men maintaining short- and medium-term alcohol abstinence, and the description of the exponents of a particular attitude and neurocompensatory mechanisms.

KEY WORDS: language impairments in alcoholism, cognitive and executive functions disorders, narrative efficiency, exponents of a particular attitude, neurocompensatory mechanisms

Choroba alkoholowa w świetle literatury przedmiotu

W literaturze medycznej i psychologicznej wskazuje się na negatywne konsekwencje działania alkoholu dla funkcjonowania całego organizmu człowieka, a przede wszystkim ośrodkowego układu nerwowego (OUN)¹. Toksyczne

* Tematyka zaburzeń językowych w chorobie alkoholowej została podjęta przeze mnie w trzech innych rozprawach: U. CISZEWSKA-PSUJEK: *Sprawność narracyjna w chorobie alkoholowej*. „Logopedia Silesiana”, t. 6, 2017, s. 159–188; EADEM: *Zaburzenia językowe w uzależnieniu od alkoholu – w poszukiwaniu metodologii badawczej*. „Logopedia”, t. 46, 2017, s. 175–192; EADEM: *Językowe wykładniki poznawczej deterioracji w chorobie alkoholowej* [artykuł w druku; na podstawie referatu przygotowanego na interdyscyplinarną, ogólnopolską konferencję studencko-doktorancką „język – umysł – poznanie”, zorganizowaną przez Kieleckie Towarzystwo Naukowe 11–12 października 2017 roku].

¹ A. RYSZKOWSKI et al: *Objawy i skutki nadużywania alkoholu*. „Journal of Clinical Healthcare” 2015, nr 1, s. 2–6; B.T. WORONOWICZ: *Alkoholizm jest chorobą*. Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych 1998; IDEM: *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*

oddziaływanie alkoholu na układ nerwowy prowadzi do trwałego zmniejszenia się liczby i rozmiaru neuronów oraz zaniku połączeń neuronalnych, szczególnie w obrębie struktur czołowych, układu limbicznego i mózdzku, a w konsekwencji powoduje: zaburzenia poznawcze (przede wszystkim w zakresie funkcji wykonawczych, czyli procesów poznawczych nadrzędnych związanych z szeroko pojętą kontrolą zachowania i myślenia), zaburzenia pamięci (w tym najbardziej pamięci operacyjnej, czyli krótkotrwałej, pozwalającej na jednoczesne przechowywanie kilku porcji informacji przez krótki okres i wykrywanie związków między nimi), a także zaburzenia w kontroli reakcji emocjonalnych². Do dysfunkcji czołowych wywołanych toksycznym działaniem alkoholu należy zaliczyć także: trudności w rozwiązywaniu problemów złożonych, podejmowaniu decyzji i elastycznej zmianie strategii działania, osłabienie kontroli zachowania oraz zdolności adaptacji psychospołecznej, zaburzenia przetwarzania informacji poznawczych (w tym planowania, nadzoru wykonania i korekty własnych działań, hamowania reakcji automatycznych), zaburzenia elastyczności poznawczej, międzyzadaniowego przełączania uwagi, umiejętności szybkiej adaptacji do zmieniających się sytuacji³.

Alkohol oddziałuje na mózg poprzez zmiany biochemiczne (aspekt patofizjologiczny)⁴, co zakłóca regulację funkcji psychicznych (aspekt psychologiczny) i determinuje społeczne funkcjonowanie człowieka (aspekt socjologiczny). Alko-

niu. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii 2001; K. NOWAKOWSKA et al.: *Zaburzenia funkcji poznawczych pacjentów uzależnionych od alkoholu*. „Psychiatria Polska” 2007, nr 5 (41), s. 693–703; A. BECHARA et al.: *Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers*. „Neuropsychology” 2001, no. 39, p. 376–389; X. NOËL: *Contribution of frontal cerebral blood flow measured by 99mTc-bicisate SPECT and executive function deficits to predicting treatment outcome in alcohol-dependent patients*. „Alcohol” 2002, no. 37, s. 347–354; P.J. CUNHA, M.A. NOVAES: *Neurocognitive assessment in alcohol abuse and dependence: implications for treatment*. „Revista Brasileira de Psiquiatria” 2004, no. 26, s. 23–27; M.H. DAO-CASTELLANA et al.: *Frontal dysfunction in neurologically normal chronic alcoholic subjects: metabolic and neuropsychological findings*. „Psychological Medicine” 1998, no. 28, s. 1039–1048; M.J. ROSENBLUM et al.: *Persistent cognitive deficits in community-treated alcoholic men and women volunteering for research: limited contribution from psychiatric comorbidity*. „Journal of Studies on Alcohol and Drugs” 2005, no. 66, s. 254–265; A.W. BLUME et al.: *Memory, executive cognitive function, and readiness to change drinking behavior*. „Addictive Behaviors” 2005, no. 30, s. 301–314; M. LEZAK: *Neuropsychological assessment*. New York, Oxford University Press 1995.

² B.T. WORONOWICZ: *Alkoholizm jest chorobą...*; A. RYSZKOWSKI et al.: *Objawy i skutki nadużywania alkoholu...*, s. 2–6.

³ K. NOWAKOWSKA et al.: *Zaburzenia funkcji poznawczych...*; A. BECHARA et al.: *Decision-making deficits...*; X. NOËL: *Contribution of frontal cerebral blood flow measured...*; P.J. CUNHA, M.A. NOVAES: *Neurocognitive assessment in alcohol abuse and dependence...*; M.H. DAO-CASTELLANA et al.: *Frontal dysfunction...*; M.J. ROSENBLUM et al.: *Persistent cognitive deficits...*; A.W. BLUME et al.: *Memory, executive cognitive function...*; M. LEZAK: *Neuropsychological assessment...*

⁴ Alkohol działa na mózg przez swoje właściwości chemiczne. Osłabia działanie związków chemicznych produkowanych przez układ nerwowy (zakłócenie działania neurotransmiterów), uszkadza struktury mózgowe (u alkoholików destrukcji ulega 30% neuronów w płatach czołowych) odpowiadające za zachowania instynktowne i wyższe funkcje psychiczne.

holizm jest chorobą, która istnieje zarówno w stanie intoksykacji (upojenia), jak i w czasie abstynencji⁵.

Choroba alkoholowa jest jednostką diagnostyczną. W najnowszej, wydanej w maju 2013 roku, przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association – APA), klasyfikacji chorób psychicznych DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: Fifth Revision*) „uzależnienie od alkoholu” – obok „nadużywania alkoholu” – zaliczane jest do „zaburzeń spowodowanych nadużywaniem alkoholu”, charakteryzujących się różnym stopniem nasilenia⁶. Definiowane jest jako grupa objawów behawioralnych i somatycznych (np. alkoholowy zespół odstawienia, głód alkoholu), które występują u osób spożywających alkohol w dużych ilościach. Jako kryteria rozpoznawania choroby alkoholowej przyjmuje się⁷:

- częste spożywanie alkoholu w dużych ilościach i przez dłuższy czas;
- uporczywe pragnienie picia i nieudane próby jego zaprzestania;
- poświęcanie dużo czasu na działania związane z pozyskiwaniem alkoholu, piciem i usuwaniem poalkoholowych skutków;
- głód alkoholowy;
- spożywanie alkoholu prowadzące do zaniedbywania obowiązków domowych i zawodowych;
- spożywanie alkoholu pomimo powracających problemów interpersonalnych i społecznych, wywołanych przez nadmierne picie alkoholu;
- ograniczenie lub porzucenie na rzecz alkoholu aktywności społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych;
- spożywanie alkoholu w sytuacjach zagrożenia i fizycznego niebezpieczeństwa;
- spożywanie alkoholu mimo obecności problemów fizycznych, psychicznych spowodowanych alkoholem;
- większa tolerancja na alkohol;
- pojawienie się objawów zespołu abstynencyjnego⁸.

W międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10 (*International Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth version. ICD-10*) w rozpoznawaniu choroby alkoholowej przyjmuje się podobne kryteria, a mianowicie:

⁵ B.T. WOROŃCZAK: *Alkoholizm jest chorobą...*; IDEM: *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu...*

⁶ W poprzedniej wersji tej klasyfikacji, DSM-IV, uzależnienie od alkoholu opisywane było w grupie uzależnień spowodowanych również przez inne substancje.

⁷ O problemie alkoholowym świadczy wystąpienie 2 z 11 kryteriów diagnostycznych, a dokładnie 2–3 w przypadku łagodnego przebiegu zaburzeń spowodowanych nadużywaniem alkoholu (*alcohol use disorders* – AUD), 4–5 – umiarkowanego, powyżej 6 – ciężkiego.

⁸ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Revision. DSM-5*, Washington, American Psychiatric Association 2013; por. A. SAMOCHOWIEC et al.: *Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych?* „Alkoholizm i Narkomania” 2015, nr 28, s. 55–63.

- silne poczucie przymusu picia alkoholu;
- trudności w powstrzymaniu się od spożywania alkoholu, kontrolowaniu długości picia i ilości spożywanego alkoholu;
- obecność fizjologicznych objawów zespołu odstawienia oraz tolerancji na coraz większe dawki alkoholu;
- zaniedbywanie innych sfer życia;
- picie alkoholu mimo jego szkodliwego działania w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym⁹.

W klasyfikacji ICD-11 (*International Classification of Diseases and Related Health Problems. Eleventh version. ICD-11*), która ukazała się w 2018 roku, uzależnienie od alkoholu rozumiane jest jako „przewlekłe zaburzenie regulacji używania alkoholu, wynikające z ciągłego lub powtarzanego używania substancji”¹⁰, do „zaburzeń spowodowanych nadużywaniem alkoholu” zaliczono następujące stany:

- ostre zatrucie alkoholem;
- używanie szkodliwe;
- zespół uzależnienia;
- zespół abstynencyjny;
- zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu.

W opisie skutków alkoholizmu badacze posługują się terminem „obkurczenie mózgu”, oznaczającym zmiany ilościowe i jakościowe w obrębie jego struktur, które polegają na zaniku korowo-podkorowym tkanki mózgowej, obejmującym głównie płaty czołowe, skroniowe oraz mózdzek¹¹. Są najwyraźniejsze w zespole (psychozie) Korsakowa, występującym zwykle po wielu latach intensywnego picia. Zespół Korsakowa objawia się zaburzeniami pamięci, konfabulacjami, dezorientacją, zafałszowanym rozpoznawaniem osób. Zaobserwowano, że po zaprze-

⁹ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. ICD-10. Przeł. R. TOPÓR-MĄDRY et al. Kraków, Vesalius, Fundacja Szkoły Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego 1994; por. A. SAMOCHOWIEC et al.: *Zaburzenia używania alkoholu...*

¹⁰ Za: A. SAMOCHOWIEC et al.: *Zaburzenia używania alkoholu...*, s. 58.

¹¹ Obkurczenie mózgu u osób uzależnionych od alkoholu znajduje potwierdzenie w badaniach neuroobrazowych, takich jak tomografia komputerowa (CT) i rezonans magnetyczny (MRI). Tomografia pozytronowa (PET) i tomografia komputerowa emisji pojedynczych fotonów (SPECT) wskazują miejscowe zmniejszenie przepływu krwi i tempa metabolizmu u osób pijących nałogowo w porównaniu z osobami spożywającymi alkohol w kontrolowany sposób, nawet przy niestwierdzeniu mierzalnego obkurczenia tkanki mózgowej. Uszkodzenia strukturalno-funkcjonalne mózgu na skutek długoletniej intoksykacji, potwierdzone w technice spektroskopii rezonansu magnetycznego (MRS) i PET, mogą powstawać w wyniku zmniejszania się liczby neuronów, ich rozmiaru i gęstości połączeń neuronalnych. Omówienie zastosowania technik neuroobrazowania w chorobie alkoholowej prezentuje artykuł *Techniki obrazowania a alkoholizm. Podglądanie pracy mózgu*. Przeł. M. ŚLÓRSKA. „Alkohol i Nauka” 2000, nr 9, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/263-techniki-obrazowania-a-alkoholizm-podgladanie-pracy-mozgu.html> [data dostępu: 2.04.2017]; por. *Imaging and Alcoholism: A Window on the Brain*. „Alcohol Alert” 2000, no. 47, <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa47.htm> [data dostępu: 2.04.2017].

staniu picia alkoholu zmiany częściowo ustępują¹². Niektórzy badacze wykazują, że zmiany w OUN wywołane przewlekłą intoksykacją zmniejszają się w czasie abstynencji, ale w niewielkim stopniu, nie następuje powrót do stanu sprzed choroby alkoholowej¹³. Drudzy twierdzą, alkoholicy, którzy zaprzestali spożywania alkoholu, uzyskują pewną poprawę w zakresie funkcji poznawczych i że zależy ona nie tylko od samej abstynencji, lecz również predyspozycji indywidualnych¹⁴ czy stanu funkcjonowania poznawczego przed chorobą¹⁵. Jeszcze inni zauważają, że dysfunkcje poznawcze u osób utrzymujących abstynencję nie łagodnieją, ale mogą przyjąć postać otępienia¹⁶. Wciąż brak jednoznacznych wyników badań dotyczących związku pomiędzy czasem utrzymywania abstynencji a poprawą funkcji poznawczych¹⁷.

Wyniki polskich badań¹⁸ pozwalają stwierdzić, że u uzależnionych od alkoholu zaburzenia funkcjonowania poznawczego mają charakter trwałe, występują w różnych okresach choroby alkoholowej i nie zmniejszają się w trakcie abstynencji. Wykazano, że osoby z długo trwającym uzależnieniem, a także osoby starsze popełniają więcej błędów perseweracyjnych, co świadczy o sztywności reakcji i myślenia oraz mniejszej plastyczności zachowania. Dowiedziono przy

¹² B.T. WORONOWICZ: *Alkoholizm jest chorobą...*; IDEM: *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu...*

¹³ F.T. CREWS et al.: *Alcoholic neurobiology: changes in dependence and recovery*. „Alcoholism. Clinical and Experimental Research” 2005, no. 29, s. 1504–1513.

¹⁴ Do predyspozycji indywidualnych należy zaliczyć społeczną charakterystykę badanych osób, czyli wiek, płeć, wykształcenie, wykonywany zawód, stan zdrowia, czas trwania uzależnienia, ilość spożywanego alkoholu, typ spożywanego alkoholu itp. oraz funkcjonowanie mechanizmu neurokompensacji.

¹⁵ E.M. JOYCE, T.W. ROBBINS: *Memory deficits in Korsakoff and non-Korsakoff alcoholics following alcohol withdrawal and the relationship to length of abstinence*. „Alcohol” 1993, no. 2, s. 501–505; J. O'NEILL, V.A. CARDENAS, D.J. MEYERHOFF: *Effects of abstinence on the brain: quantitative magnetic resonance imaging and magnetic resonance spectroscopic imaging in chronic alcohol abuse*. „Alcoholism. Clinical and Experimental Research” 2001, no. 25, s. 1673–1682.

¹⁶ A. PIERUCCI-LAGHA, C. DEROUESNE: *Alcoholism and aging. 2: Alcoholic dementia or alcoholic cognitive impairment?* „Psychology. Neuropsychiatrie” 2003, no. 1, s. 237–249.

¹⁷ A.I. DRAKE et al.: *Cognitive recovery with abstinence and its relationship to family history for alcoholism*. „Journal of Studies on Alcohol and Drugs” 1995, no. 56, s. 104–109; H. BERGMAN et al.: *Alcohol-induced cognitive impairment is reversible. Neuropsychological tests but not MRT show improvement after abstinence*. „Lakartidn” 1998, no. 95, s. 4231–4236; E.V. SULLIVAN: *Longitudinal changes in cognition, gait, and balance in abstinent and relapsed alcoholic men: relationships to changes in brain structure*. „Neuropsychology” 2000, no. 14, s. 178–188.

¹⁸ Badania przeprowadzono za pomocą testów neuropsychologicznych (Testu Sortowania Kart Wisconsin, do oceny pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych, oraz Testu N-back, pozwalającego ocenić prostą wzrokową pamięć operacyjną i zdolność koordynacji) w grupie 88 pacjentów (67 mężczyzn i 21 kobiet) z uzależnieniem od alkoholu, w wieku 21–58 lat, w tym 51 osób (38 mężczyzn i 13 kobiet) bezpośrednio po ciągu alkoholowym i 37 osób (29 mężczyzn i 8 kobiet) utrzymujących abstynencję od co najmniej roku. K. NOWAKOWSKA i et al.: *Zaburzenia funkcji poznawczych...*

tym, że wykształcenie wyższe może wpływać na złagodzenie objawów zaburzeń poznawczych w przebiegu alkoholizmu¹⁹.

Badacze stwierdzają większą wrażliwość kobiecego mózgu na destrukcyjne działanie alkoholu, objawiające się: zaburzeniami koncentracji, selektywności uwagi, pamięci wzrokowej i funkcji wzrokowo-przestrzennych, zmniejszeniem się tempa przetwarzania informacji, giętkości umysłowej oraz zdolności planowania w sytuacji konieczności rozwiązania nowego bądź złożonego problemu, zanikiem zdolności uczenia się, dysfunkcją pamięci krótkotrwałej²⁰. Mimo mniejszej ilości spożywanego alkoholu i krótszego trwania uzależnienia niż w przypadku mężczyzn uwzględnionych w porównaniu, lewy hipokamp jest u kobiet mniejszy, a uogólniony zanik komórek mózgowych jest podobny²¹.

Dotychczas nie stwierdzono jednoznacznie, żeby zachowania depresyjne czy lękowe oddziaływały negatywnie na funkcjonowanie poznawcze osób uzależnionych od alkoholu. Wykazano natomiast, że takie oddziaływanie może mieć uszkodzenie wątroby²² czy palenie tytoniu²³. Wyniki badań nie przyniosły jednoznacznych wniosków dotyczących wpływu alkoholizmu w rodzinie i wynikającej stąd deprywacji na funkcjonowanie poznawcze osoby uzależnionej²⁴. Trudno też określić, jaki wpływ w tym zakresie ma wiek alkoholika, czas uzależnienia, ilość spożywanego alkoholu, ponieważ taka ocena bazuje jedynie na danych retrospek-

¹⁹ Ibidem.

²⁰ M. LEZAK: *Neuropsychological assessment...*; za: M. KOPERA et al.: *Czynniki wpływające na funkcjonowanie poznawcze u osób uzależnionych od alkoholu*. „Alkoholizm i Narkomania” 2011, nr 1 (24), s. 39–52; por. *Szkodliwy wpływ alkoholu na mózg...*

²¹ C. ACKER: *Neuropsychological deficits in alcoholics: the relative contributions of gender and drinking history*. „British Journal of Addiction” 1986, no. 81, s. 395–403; N.J. PIAZZA et al.: *Telescoping of alcoholism in women alcoholics*. „International Journal of the Addictions” 1989, no. 24, s. 19–28; S.W. GLENN: *Sex differences in alcohol-induced brain damage*. W: *Alcohol-Induced Brain Damage*. Eds. W.A. HUNT, S.J. NIXON. W: „National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Research Monographs” (NIAAA) . No. 22. Rockville, The Institute 1993, s. 195–212; I. AGARTZ et al.: *Hippocampal volume in patients with alcohol dependence*. „Archives of General Psychiatry” 1999, no. 56, s. 356–363; E.V. SULLIVAN et al.: *Longitudinal changes in cognition, gait, and balance in abstinent and relapsed alcoholic men: relationships to changes in brain structure*. „Neuropsychology” 2000, no. 14, s. 178–188; K. MANN et al.: *Neuroimaging of gender differences in alcohol dependence: Are women more vulnerable?* „Alcoholism. Clinical and Experimental Research” 2005, no. 29, s. 896–901; B. FLANNERY et al.: *Gender Differences in Neurocognitive Functioning Among Alcohol-Dependent Russian Patients*. „Alcoholism. Clinical and Experimental Research” 2007, no. 31, s. 745–754; za: M. KOPERA et al.: *Czynniki wpływające na funkcjonowanie poznawcze...*

²² K. SCHAEFFER et al.: *Cognitive performance of alcoholics: a longitudinal evaluation of the role of drinking history, depression, liver function, nutrition, and family history*. „Alcoholism. Clinical and Experimental Research” 1991, no. 15, s. 653–660; R.E. TARTER et al.: *Hepatic dysfunction and neurological test performance in alcoholics with cirrhosis*. „Journal of Studies on Alcohol” 1986, no. 47, s. 74–77.

²³ J.M. GLASS et al.: *Smoking is associated with neurocognitive deficits in alcoholism*. „Drug and Alcohol Dependence” 2006, no. 82, s. 119–126; J.M. GLASS et al.: *Effects of alcoholism severity and smoking on executive neurocognitive function*. „Addiction” 2009, no. 104, s. 38–48.

²⁴ M. KOPERA et al.: *Czynniki wpływające na funkcjonowanie poznawcze...*

tywnych. Według jednych do powstania poważnych zmian neuropsychologicznych u osób uzależnionych dochodzi w przypadku nadużywania alkoholu przez okres co najmniej 10 lat²⁵, a według drugich już po 4 latach nałogowego picia alkoholu²⁶.

Wśród czynników, które wpływają na stopień i rozległość uszkodzeń mózgu pod wpływem toksycznego działania alkoholu, wymienia się: ilość wypijanego alkoholu i częstość picia, wiek inicjacji alkoholowej i czas picia, wiek, wykształcenie i płeć osoby uzależnionej, uwarunkowania genetyczne (dziedziczenie określonej tolerancji na alkohol), rodzinną historię uzależnienia od alkoholu, prenatalną ekspozycję na alkohol, ogólny stan somatyczny²⁷. Natomiast za czynnik najistotniejszy w zakresie stanu możliwości poznawczych osób z rozpoznaną chorobą alkoholową, które zaprzestały spożywania alkoholu, uznaje się czas trwania abstynencji. Po kilku pierwszych tygodniach abstynencji u niektórych osób zauważa się nieznaczną poprawę funkcji percepcyjno-motorycznych, wzrokowo-przestrzennych, pamięci, uwagi i zdolności abstrahowania, gdyż ustępują objawy zespołu abstynencyjnego. (za krótki czas trwania abstynencji uznaje się okres do 2 tygodni od zaprzestania spożywania alkoholu, za umiarkowany – do 2 miesięcy, za długi – ponad 2 miesięcy)²⁸. W pierwszych 2 tygodniach abstynencji rzetelna ocena funkcji poznawczych jest jednak niemożliwa z powodu utrzymywania się objawów odstawienia alkoholu (np.: drżenie, drażliwość, pobudzenie, zaburzenia snu). W drugim okresie abstynencji utrzymują się zaburzenia poznawcze. W trzecim niewielkiej poprawie ulegają: reakcja, uwaga, uczenie się, zapamiętywanie materiału werbalnego, ale dysfunkcje wzrokowo-przestrzenne, zaburzenia pamięci krótkotrwałej, myślenia, rozwiązywania problemów z wykorzystaniem materiału niewerbalnego utrzymują się nadal. U niektórych pamięć poprawia się umiarkowanie po 6 tygodniach abstynencji²⁹, u innych nie zauważa się pozytywnych zmian nawet po roku jej trwania. Roczna abstynencja pozwala tylko częściowo poprawić funkcjonowanie poznawcze³⁰. W literaturze nie precyzuje się skutków

²⁵ M.E. ECKARDT et al.: *Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system*. „Alcoholism. Clinical and Experimental Research” 1998, no. 22, s. 998–1040.

²⁶ W. BEATTY et al.: *Neuropsychological deficits in sober alcoholics: influences of chronicity and recent alcohol consumption*. „Alcoholism. Clinical and Experimental Research” 2000, no. 24, s. 149–154.

²⁷ O.A. PARSONS: *Alcohol abuse and alcoholism*. W: *Neuropsychology for Clinical Practice*. Red. S.J. NIXON. Washington DC, American Psychological Press 1996, s. 175–201; por. M. KOPERA et al.: *Czynniki wpływające na funkcjonowanie poznawcze*

²⁸ J.M. CLAIBORNE, R.L. GREENE: *Neuropsychological changes in recovering men alcoholics*. „Journal of Studies on Alcohol” 1981, no. 42, s. 757–765; G.B. KISH: *Alcoholics' recovery from cerebral impairment as a function of duration of abstinence*. „Journal of Clinical Psychology” 1980, no. 36, s. 584–589; G. FEIN et al.: *Cognitive impairments in abstinent alcoholics*. „The Western Journal of Medicine” 1980, no. 152, s. 531–537.

²⁹ M.E. BEATES et al.: *Short-term neuropsychological recovery in clients with substance use disorders*. „Alcoholism. Clinical and Experimental Research” 2005, no. 30, s. 1538–1544.

³⁰ M. KOPERA et al.: *Czynniki wpływające na funkcjonowanie poznawcze...*; K. NOWAKOWSKA et al.: *Zaburzenia funkcji poznawczych...*

choroby alkoholowej dla funkcjonowania człowieka w sferze językowej, stąd istnieje potrzeba takich badań.

Z danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wynika, że w Polsce problem uzależnienia od alkoholu dotyczy 2% populacji³¹, co stanowi około 3 mln osób³². Chorych uzależnionych od alkoholu, którzy zostali zdiagnozowani i zarejestrowani w systemie leczenia, jest w Polsce około 600–800 tys., co roku rejestruje się około 350 tys. nowych przypadków. W świetle tych danych należy stwierdzić, że alkoholizm jest istotnym problemem społecznym.

Teoretyczne podstawy badań nad zachowaniami językowymi osób uzależnionych od alkoholu

Zgodnie ze stanowiskiem **determinizmu językowego** prezentowanym przez filozofów i lingwistów (Johann G. Herder, Wilhem von Humboldt, Ludwig Wittgenstein, Ernst Cassirer, Jost Trier, Kazimierz Ajdukiewicz, Alfred Korzybski, Edward Sapir, Benjamin Whorf, Stanisław Grabias, Jolanta Panasiuk), myślenie jest nierozzerwalnie związane z językiem, a wszystko, o czym myśli człowiek, jest „ujęzykowane”. Za zachowania językowe należy uznać dwa rodzaje zjawisk – cerebrację, czyli tzw. mowę wewnętrzną, oraz komunikację pojawiającą się w mowie zewnętrznej³³. We współczesnej logopedii przyjmuje się, że mowa to „zespół czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek, poznając świat i przekazując jego interpretację innym uczestnikom życia społecznego”, co znaczy, że pełni ona trzy zasadnicze funkcje: poznawczą, komunikacyjną i socjalizacyjną³⁴. W **jedno-czynnikowej koncepcji działania mózgu** (koncepcji antylokalizacyjnej) mózg ludzki jest anatomiczną i fizjologiczną całością, a obniżenie jego ogólnego potencjału czynnościowego skutkuje zaburzeniami w przebiegu złożonych czynności psychicznych³⁵. Według Johna Hughlinga Jacksona, każda wyższa czynność psychiczna ma

³¹ Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych: <http://www.parpa.pl/index.php/33-analzy-badania-raporty/132-statystyki> [dostęp: 23.12.2017].

³² PARPA: *Polska w czołówce Europy pod względem spożycia alkoholu*. <http://www.pap.pl/aktualnosc/news,1093892,parpa-polska-w-czolowce-europy-pod-wzglem-spozycia-alkoholu.html> [dostęp: 23.12.2017].

³³ S. GRABIAS: *Język w zachowaniach społecznych*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2003; IDEM: *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. GRABIAS, M. KURKOWSKI. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 15–72.

³⁴ Ibidem, s. 15.

³⁵ B. KACZMAREK: *Mózg, język, zachowanie*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1995; za: J. PANASIUK: *Afazja a interakcja. Tekst – metatekst – kontekst*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 600–601.

różne poziomy swej organizacji, przy czym w przypadku uszkodzeń mózgu lub jego choroby zaburzony zostaje poziom najwyższy³⁶. Przyjmując stanowisko zwolenników jednoczynnikowej koncepcji działania mózgu (Pierre'a Marie'ego, Henry'ego Heada, Johna Hughlinga Jacksona, Kurta Goldsteina oraz Diany van Lancker), należy stwierdzić, że konsekwencją uszkodzenia mózgu jest ogólne upośledzenie danej funkcji, bez względu na miejsce uszkodzenia, a powstałe na jego skutek zaburzenia językowe należy interpretować w kontekście zaburzeń poznawczych³⁷.

Na gruncie teorii antylokalizacyjnej Goldstein sformułował popartą obszernym materiałem klinicznym tezę, że organizm ludzki jest złożonym układem o określonej konfiguracji czynników oraz określił zestawy zachowań charakteryzujących ludzi zdolnych do przyjęcia postawy abstrakcyjnej lub postawy konkretnej.

Do zachowań wyróżniających człowieka o **postawie abstrakcyjnej** (zdolnego do abstrahowania, podejmowania działań dowolnych, planowania i programowania działań w nowych sytuacjach) zaliczył:

- przyjmowanie dowolnego nastawienia umysłowego;
- inicjowanie określonej czynności lub wykonywanie jej na polecenie z zewnątrz;
- dowolne przechodzenie z jednej sfery działania w drugą;
- równoczesne utrzymywanie w umyśle różnych aspektów sytuacji;
- reagowanie na kilka niepowiązanych ze sobą bodźców;
- ujmowanie pewnej całości, wyodrębnianie poszczególnych jej części i ponowne łączenie w całość;
- wyodrębnianie „ja” ze świata zewnętrznego³⁸.

Na skutek każdego uszkodzenia mózgu nad postawą abstrakcyjną zaczyna dominować **postawa konkretna** (zależność od okoliczności określonej sytuacji – zwykle codziennych, nawykowych czynności – jednostkowego doznania i sensualnego doświadczenia). Wśród charakteryzujących ją zachowań wymienił takie, jak:

- powiązanie reakcji słownych z aktualnie działającymi bodźcami;
- ścisła zależność zachowań językowych od wcześniej wytworzonych reakcji słownych na daną sytuację;
- zbytnia koncentracja wypowiedzi na szczegółach związanych z sytuacją;
- tendencja do opisywania przedmiotów ze względu na ich użyteczność;
- niezdolność do grupowania przedmiotów według jakiejś cechy (forma, materiał, kolor)³⁹.

Koncepcja Goldsteina może stać się punktem wyjścia do oceny zachowań językowych osób uzależnionych od alkoholu, u których toksyczne działanie alkoholu doprowadziło do uszkodzeń strukturalno-czynnościowych mózgu, a w konsekwencji – do zaburzeń funkcjonowania poznawczego.

³⁶ M. MARUSZEWSKI: *Mowa a mózg. Zagadnienia neuropsychologiczne*. Warszawa, Państwowe Wydaw. Naukowe 1970; za: J. PANASIUK: *Afazja a interakcja...*, s. 600–601.

³⁷ M. MARUSZEWSKI: *Mowa a mózg...*; za: J. PANASIUK: *Afazja a interakcja...*, s. 600–601.

³⁸ Za: J. PANASIUK: *Afazja a interakcja...*, s. 602.

³⁹ Ibidem, s. 603.

Wypowiedzi osób uzależnionych od alkoholu mogą być też interpretowane w świetle koncepcji **kodów orientacji** przedstawionej przez Kazimierza Obuchowskiego. W psychologii orientacja poznawcza jest podstawową cechą układów żywych, polegającą na wykorzystaniu zmian w otoczeniu jako informacji niezbędnych do życia. Oznacza także aktywne poszukiwanie informacji o konkretnych właściwościach świata zewnętrznego w celu przewidzenia pewnych zdarzeń. Przetwarzaniem informacji zajmuje się mózg, który koduje je według określonych zasad. Ta „pozyskana” przez mózg człowieka wiedza o świecie zostaje ujęta w słowa, które składają się na język. Organizowanie informacji przebiega na podstawie zarówno wytwarzania przez mózg wrażeń i spostrzeżeń, jak i doświadczenia jednostki lub jakiejś grupy ujętego w struktury języka⁴⁰.

Organizowanie informacji dokonuje się u człowieka dzięki funkcjonowaniu trzech układów (kodów) orientacji w rzeczywistości zewnętrznej:

- konkretnego;
- hierarchicznego;
- twórczego.

Układ konkretny, wspólny dla ludzi i zwierząt, nastawiony jest na analizę i różnicowanie fragmentów rzeczywistości. W jego obrębie wyróżnia się **układ monokonkretny** – naturalny, pierwotny i najmocniej związany z doświadczeniem zmysłowym, pozwalający rozróżniać bodźce o jednej modalności, oraz **układ polikonkretny** – umożliwiający analizę doświadczeń wielomodalnych. Reakcje słowne powstające na tym poziomie rozumienia bodźców zewnętrznych są związane kontekstowo z zaistniałą sytuacją doświadczaną przez jednostkę. Językowe zachowania występujące w kodzie monokonkretnym mają charakter odruchowo-warunkowy. Funkcjonują jako struktury automatyczne, formułiczne i są wyuczonymi w sposób probabilistyczny (statystyczny) reakcjami słownymi powstałymi dzięki osobistemu doświadczeniu. Zachowania językowe powstałe w kodzie polikonkretnym odnoszą się do pragmatycznych i interakcyjnych aspektów funkcjonowania językowego.

Właściwy jedynie człowiekowi **układ hierarchiczny** pozwala mu dostrzegać cechy zjawisk o różnych poziomach organizacji i przetwarzać je na drodze abstrahowania, uogólniania, analizowania i syntetyzowania, umożliwiając w ten sposób tworzenie związków znaczeniowych między informacjami pozyskanymi w układzie konkretnym. Zachowania językowe nie są w tym układzie wynikiem kontekstowej reakcji na bodziec zewnętrzny, ale stają się symbolami klasy zjawisk i prowadzą do wytwarzania umysłowych modeli reprezentacji rzeczywistości. Najwyższym układem organizacji poznawczej człowieka jest **układ twórczy**, dzięki któremu człowiek w sposób kreatywny przetwarza rzeczywistość za pomocą słów – w przypadku twórczości literackiej, czy też niewerbalnie – w innych formach

⁴⁰ K. OBUCHOWSKI: *Kody orientacji i struktura procesów emocjonalnych*. Warszawa, Państwowe Wydaw. Naukowe 1970. Por. J. PANASIUK: *Afazja a interakcja...*, s. 627–629.

aktywności artystycznej⁴¹. Okazuje się, że fundamentem dla posługiwania się kodem twórczym (ponadjęzykowym) jest kod polikonkretny (obrazowy). Zdaniem badaczy, świadczyć to może o niskich zdolnościach językowych (charakterystycznych dla kodu hierarchicznego) ludzi wybitnych⁴².

Metodologia badań własnych

Podjmując badania zachowań językowych mężczyzn⁴³ uzależnionych od alkoholu – pacjentów Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (OLAZA) oraz Całodobowego Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkohol (COTUA) w Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego w Lublinie⁴⁴, założyłam, że diagnozy zaburzeń mowy osób z chorobą alkoholową można dokonać poprzez **ocenę sprawności narracyjnej**, która odzwierciedla tkwiącą w ludzkim umyśle wiedzę o świecie, czyli sposób poznawczego reprezentowania świata. Opiswane zdarzenia tworzą historię, w której zawsze występuje bohater, prezentowane są pewne wartości, intencje, plany realizacji, pojawia się komplikacja, a wraz z nią szanse przezwyciężenia trudności i realizacje zamierzonych intencji. Narracja jest uniwersalna dla zachowań społecznych, w wymiarze kulturowym jest fundamentem mitów, religii, baśni, legend, ideologii, a także

⁴¹ Ibidem.

⁴² R. JACOBSON: *W poszukiwaniu istoty języka*. T. 1–2. Przeł. M.R. MAYENOWA. Warszawa, Państwowy Instytut Wydawniczy 1989; B. KACZMAREK: *Mózg, język, zachowanie...*; za: J. PANASIUK: *Afazja a interakcja...*, s. 632.

⁴³ Zrezygnowano z badania kobiet, ponieważ uzależniają się one szybciej, są bardziej wrażliwe na destrukcyjne działanie alkoholu i narażone na szybsze fizjologiczne starzenie się mózgu, częściej występuje u nich problem współuzależnienia od innych substancji.

⁴⁴ Badania zachowań językowych mężczyzn uzależnionych od alkoholu były prowadzone od stycznia do lipca 2017 roku. Każde badanie obejmowało: wywiad, służący zebraniu szczegółowych informacji o pacjencie, stanie jego zdrowia, funkcjonowaniu w społeczeństwie, próby eksperymentalno-kliniczne, pozwalające na ocenę rozumienia i budowania kategorii narracyjnych (opowiadanie na podstawie historyjki obrazkowej, przeczytanego tekstu, obejrzanego filmu, opowiadanie autobiograficzne, opis sytuacji, krajobrazu, przedmiotu przedstawionych na zdjęciach, obrazu typu martwa natura, obrazu abstrakcyjnego, kognitywny opis postaci) oraz badanie za pomocą Montrealskiej Skali Oceny Funkcji Poznawczych (MoCa). Badania były prowadzone podczas jednego lub dwóch spotkań z pacjentem i trwały od 1 do 2–3, a nawet 4 godzin. Do grupy badanych osób zastało zakwalifikowanych 30 mężczyzn (15 z oddziału OLAZA i 15 mężczyzn z oddziału COTUA) w wieku 35–65 lat, z wykształceniem podstawowym, średnim zawodowym lub technicznym, deklarujący nadużywanie alkoholu minimum 10 lat, bez zdiagnozowanych chorób psychicznych, ostrych objawów zespołu abstynencyjnego, poważnych chorób somatycznych (neurologicznych, metabolicznych, nowotworowych, układu krążenia, oddechowego, trawiennego), depresji wymagającej leczenia farmakologicznego, nie uzależnionych od narkotyków, leków czy innych substancji chemicznych.

filmów czy seriali telewizyjnych. To najbardziej naturalny sposób przekazywania ludzkiego doświadczenia. Myślenie narracyjne wiąże się z istnieniem pamięci i wiedzy operacyjnej. Istniejące w umyśle schematy narracyjne wpływają także na postrzeganie rzeczywistości⁴⁵.

Prowadzone przeze mnie badania dotyczące zachowań językowych mężczyzn uzależnionych od alkoholu, będących w pierwszych dniach abstynencji i przebywających na odtruciu alkoholowym (pacjenci oddziału OLAZA) oraz będących w pierwszych kilku tygodniach abstynencji i poddawanych terapii psychologicznej (pacjenci oddziału COTUA), pozwoliły postawić hipotezę, że w konsekwencji zaistniałych deficytów poznawczych u alkoholików dochodzi do ograniczenia postawy abstrakcyjnej i dominacji postawy konkretnej⁴⁶ oraz zaburzeń kodu hierarchicznego, co przejawia się stereotypowością sądów na temat rzeczywistości i trudnościami w racjonalizacji własnych doświadczeń. Do wykładników ukonkretnienia postawy wobec rzeczywistości można zaliczyć również: trudności w planowaniu i budowaniu wypowiedzi, obniżenie sprawności w rozwiązywaniu nowych problemów, automatyzmy, charakterystyczną dla kodu monokonkretnego skłonność do preferowania sformułowań warunkowanych aktualną sytuacją i konkretnym bodźcem. W związku z postępującą neurodegeneracją u osób uzależnionych od alkoholu i pozostających w abstynencji pojawiają się umożliwiające przełamywanie zaistniałych deficytów mechanizmy kompensacyjne, do których należą m.in.: hipermnezja, detalizacja, dygresyjność, konfabulacje, formuliczność wypowiedzi, a także częste bogactwo słów przy faktycznym ubóstwie treści.

Założenie o deterioracji poznawczej osób nadużywających alkoholu skłoniło mnie do stworzenia narzędzia badawczego, które umożliwi pokazanie spektrum zaburzeń językowych w alkoholizmie – ujawniających się w strukturach najdoskonalszej z form językowej ekspresji, jaką jest **sprawność narracyjna** – oraz językoznawczą weryfikację teorii psychologicznych na temat mechanizmu uzależnienia oraz deficytów poznawczo-emocjonalnych.

Odnosząc się do wyników badań neuropsychologicznych⁴⁷, dotyczących obrazu i dynamiki zaburzeń poznawczych na poszczególnych etapach choroby alkoholowej, należy stwierdzić, że w przypadku osób poddawanych odtruciu alkoholow-

⁴⁵ J. TRZEBIŃSKI: *Narracyjne konstruowanie rzeczywistości*. W: *Narracja jako sposób rozumienia świata*. Red. J. TRZEBIŃSKI. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2002, s. 17–42.

⁴⁶ W charakterystyce funkcjonowania poznawczo-językowego osób uzależnionych od alkoholu odwołuję się do teorii Kurta Goldsteina (za: J. PANASIUK: *Afazja a interakcja...*, s. 602–603), który określił zestawy zachowań charakteryzujących ludzi zdolnych do przyjęcia postawy abstrakcyjnej lub postawy konkretnej, oraz teorii Kazimierza Obuchowskiego dotyczącej kodów orientacji w rzeczywistości stworzoną (K. OBUCHOWSKI: *Kody orientacji...*).

⁴⁷ J.M. CLAIBORNE, R.L.GREENE: *Neuropsychological changes in recovering men alcoholics...*; G.B. KISH: *Alcoholics' recovery from cerebral impairment...*; G. FEIN et al.: *Cognitive impairments in abstinent alcoholics...*; M.E. BEATES et al.: *Short-term neuropsychological recovery...*; M. KOPERA i wsp.: *Czynniki wpływające na funkcjonowanie poznawcze...*; K. NOWAKOWSKA et al.: *Zaburzenia funkcji poznawczych...*

wemu oraz osób utrzymujących abstynencję przez kilka tygodni wycofywanie się zaburzeń poznawczych może skutkować zmianami w zachowaniach językowych. Zmiany te mogą się uwidaczniać w sprawnościach językowych badanych osób, na przykład sprawności narracyjnej i sprawności leksykalno-semantycznej. W niniejszym artykule zostaną przedstawione i zanalizowane wypowiedzi narracyjne dwóch mężczyzn uzależnionych od alkoholu. Pierwszy z nich w chwili badania znajdował się w krótkim czasie trwania abstynencji, drugi – w umiarkowanym.

Charakterystyka kliniczna badanych mężczyzn

Osoba 1

Mężczyzna, lat 50, mieszkaniec wsi, z wykształceniem zawodowym (malarz). Nie pracuje, nie ma własnej rodziny. Deklaruje, że od 30 lat spożywa alkohol w nadmiernych ilościach (przede wszystkim wódkę), a od 15 spożywa go bez kontroli. W momencie badania znajduje się w 2. tygodniu abstynencji, 3. raz przebywa na OLAZIE. Nigdy nie podejmował terapii uzależnienia od alkoholu. Zgłasza pojawianie się halucynacji w czasie, gdy zachowywał trzeźwość. Podczas hospitalizacji halucynacje się nie pojawiają. Nie podaje motywów nadmiernego picia. Nie jest aktywny poznawczo, nie ma konkretnych zainteresowań, nie czyta książek, gazet itp., usprawiedliwiająć się wzmożoną męczliwością wzroku.

Osoba 2

Mężczyzna, lat 45 z wykształceniem zawodowym (spawacz). Mieszkaniec wsi. Zajmuje się rolnictwem. Nie założył własnej rodziny. Deklaruje, że alkohol (głównie wódkę) pije w nadmiarze od 20 lat, od 10 lat bez kontroli. W czasie upojenia alkoholowego miał halucynacje. Od 6 tygodni zachowuje abstynencję i uczestniczy w terapii uzależnienia od alkoholu. Wcześniej przebywał na OLAZIE w Opolu Lubelskim. W czasie pobytu na odtruciu pojawiły się halucynacje i padaczka alkoholowa. U pacjenta zdiagnozowano zapalenie trzustki i problemy z wątrobą. Jako motywy picia podaje motywy społeczne (towarzystwo pijące) i osobiste (śmierć rodziców). Nie jest aktywny poznawczo, nie ma konkretnych zainteresowań, nie zna języków obcych, nie czyta.

Obraz i dynamika zaburzeń językowych w chorobie alkoholowej Egzemplifikacja

W niniejszym artykule zostaną przedstawione trzy próby eksperymentalno-kliniczne dotyczące opowiadania na podstawie historyjki obrazkowej, opowiadania na podstawie przeczytanego tekstu oraz opisu krajobrazu. Poprzez analizę wypowiedzi narracyjnych badanych mężczyzn zostaną scharakteryzowane wykładniki konkretyzacji postawy wobec rzeczywistości oraz omówione mechanizmy neurokompensacyjne, pojawiające się jako reakcja na postępującą neurodegenerację.

Historyjka obrazkowa

Zadaniem obu mężczyzn było skonstruowanie opowiadania na podstawie historyjki obrazkowej *Ławeczka*. Historyjka obrazkowa przedstawia kilku ludzi siedzących na ławce i spoglądających gdzieś przed siebie. Pośrodku ławki znajduje się czytający książkę i śmiejący się mężczyzna. Do siedzących osób dołącza kobieta, a czytający mężczyzna śmieje się coraz bardziej, czym zwraca uwagę współtowarzyszy. W finale historyjki mężczyzna, który czyta książkę, przestaje się śmiać i czuje się zawstydzony, natomiast śmieją się osoby siedzące wraz z nim na ławce⁴⁸. W tabeli 1 znajdują się zapisy wypowiedzi obu mężczyzn (mogą zawierać błędy fonetyczne, gramatyczne, stylistyczne i leksykalne).

TABELA 1. Opowiadanie na podstawie historyjki obrazkowej *Ławeczka*

Osoba 1	Osoba 2
Tytuł nadany historyjce: <i>Przystanek</i>	Tytuł nadany historyjce: <i>Wesołe przygody jakiegoś podróżnika</i>
(po dłuższej chwili) <i>Tu jakby czekali na poczekalni. Siedzą smutni, siedzą, siedzą. (po chwili) I ten facet znowu jakiś smutny. Jeszcze coś tam czyta sobie, to fajkę, to. Później coś tam ich ruszyło na faceta, który sobie czyta jakieś tam kawały, śmieje się okropnie. Wszyscy weseli, znowu jakiś smutny, a później wszyscy się zaczęli śmiać z tego wszystkiego.</i>	No tu siedzi jakiś pan, coś ogląda. Tu dalej siedzi pani jakaś, coś, no nie wiem, podobna do zakonnicy, czy coś. Jakoś ma tak. Dalej pan siedzi, założył nogę na nogę, w kapeluszu, czyta książkę. I dalej siedzi jakiś pan, szczupły z laską, z wąsami, z brodą, w kapeluszu. Obok niego siedzi pan, tylko troszkę cięższy z fajko. Też czapki, jakiś podobny, marynarz, czy coś koło tego. No i pani przeg... przegła... w sukience w paski, przegłądająca się w jakimś tym razem... No przegłąda się, ma takie, w lusterku. Na drugim

⁴⁸ Wykorzystany w badaniu opowiadania na podstawie historyjki obrazkowej komiks autorstwa Herlufa Bidstrupa dostępny jest na stronie internetowej <https://qubradar.files.wordpress.com/2015/07/63.jpg> [data dostępu: 18.03.2016].

	<p>też jest. Przyszła pani w kapeluszu, z torebką, bardzo tęga. Próbuje usiąść przy panu, przy szczupłym panu. No i dalej też tam siedzi ta pani w kapeluszu. Dalej siedzi też grubszy pan, nogą założoną, czyta książkę, ale chyba coś zabawnego, bo się śmieje. No i tu siedzi szczupły pan, podparł się laską, w kapeluszu. Obok niego siedzi ten gruby właśnie pan z fajką i też w czapce. No i na końcu też ta pani. Otworzyła puderniczkę, przegląda się i pudruje się, bo są tu smugi pudru. Na następnym już też ta pani siedzi, ma torebkę, w kapeluszu, obok siedzi też pan, ale spogląda na tą panią, jakiś nie za bardzo wesoły. I ta pani też spogląda, z torebką, w kapeluszu, na tego pana też grubszego. Ten pan siedzi też w kapeluszu, czyta tą książkę i przytupuje nogą. Tu roześmiany. No i dalej ten starszy pan w kapeluszu z laską, ale już laska nie stoi pionowo, ale coś ją przechylił, coś się na niego patrzy. No i dalej ten grubszy pan tak samo z fajką. No i ta pani przypudrowana, wszyscy się patrzą na tego pana w środku. No i tutaj znów ta pani siedzi z torebką, też w kapeluszu. Ten pan, ta pani, no tutaj, zaczęła się śmiać, no wszyscy się troje uśmiechają. No i ten pan z książką strasznie jest zadowolony. No ten pan w kapelusiku z laską też zadowolony, ten pan grubszy też się uśmiecha. No i ta pani na końcu już też zaczyna się uśmiechać. No i tu na ostatnim to już, pierwsza pani też już jest bardzo zadowolona. Ten pan następnie strasznie jest rozbawiony. No i ta pani następna też już. Musi bardzo. No też jest rozbawiona. Trzyma się tu aż za brzuch. A ten pan, który był wcześniej rozbawiony, teraz siedzi smutny z książką. No, następny pan też jest zadowolony z laseczką, aż mu chyba lzy ciekną, bo ręką sobie obciera. No i ten pan gruby też już jest roześmiany. Wyklada się już na ławce. No i na końcu ta pani też jest bardzo zadowolona.</p>
<p>Przedstawione alternatywne zakończenie historii: (po dłuższej chwili) <i>Zamyślenie dalej, co robić.</i></p>	<p>No, tak by może można określić, jakby byli w kinie, bo tu ławka jest, ale... Ten pan najpierw jest poważniejszy, ten w środku, i potem, jak już zaczyna książkę czytać i już się śmieje bardzo, i na końcu jest smutny. On jest smutny, reszta jest wesoła. (po dłuższej chwili) Bo to wszystkich na raz to trochę ciężko.</p>

Oznaczenia: pogrubienie – powtarzające się konstrukcje dotyczące „siedzenia na ławce”; podkreślenie – powtarzające się konstrukcje dotyczące zadowolenia i śmiechu.

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

W krótkiej wypowiedzi pierwszej osoby zauważa się językowe wykładniki ukonkretnienia postawy wobec rzeczywistości, do których należą problemy organizacji twórczej, objawiające się **trudnościami w planowaniu i budowaniu tekstu oraz dekodowaniu znaczenia** ukrytego w rysunkach historyjki obrazkowej. Mężczyzna nie rozumie sensu wydarzeń przedstawionych w historyjce ani nie potrafi odtworzyć ich w logicznym porządku przyczynowo-skutkowym, pomija niektóre z nich (np. początkowy brak wzajemnego zainteresowania osób siedzących na ławce, pojawienie się na ilustracji 2 nowej postaci – kobiety) lub jakies dodaje (np. z wypowiedzi wynika, że główny bohater jest smutny, ma fajkę). Przyczyny tych trudności mogą być konsekwencją zaburzeń pamięci operacyjnej, recepcji, percepcji wzrokowej. To, że badany zwraca uwagę na towarzyszący bohaterom historyjki smutek (co nie do końca znajduje swoje odzwierciedlenie w ilustracjach historyjki), może wynikać ze skłonności do **preferowania sformułowań warunkowanych kontekstem i konkretnym bodźcem** oraz do **stereotypowego postrzegania rzeczywistości** (uczucie smutku poprzedza uczucie radości). Innym wykładnikiem postawy konkretnej jest **opisanie miejsca ze względu na jego użyteczność** – bohaterowie historyjki obrazkowej czekali na poczekalni.

W odpowiedzi na postępującą neurodegenerację uruchamiają się mechanizmy kompensacyjne, do których należą: **konfabulacja, formulicznosc, schematyczność i szablonowość** wypowiedzi. Zjawiska te potęgują powtórzenia i paralelne konstrukcje składniowe: Siedzą smutni, siedzą, siedzą; Znowu jakiś smutny; Jeszcze coś tam czyta sobie [...] który czyta sobie jakies tam kawały. Mężczyzna ma także **problem z uogólnianiem**, co potwierdza niespójny z treścią tytuł nadany historyjce obrazkowej – Przystanek, przy czym, jak już wskazano, w tekście opowiadania bliżej nieokreśleni przez narratora ludzie czekali na poczekalni. Charakterystyczne dla uszkodzeń płatów czołowych **obniżenie sprawności rozwiązywania nowych problemów** przejawia się trudnościami w sformułowaniu alternatywnego zakończenia historii, co tłumaczy silny związek z jednostkowym doświadczeniem, stereotypem i działaniem schematycznym.

Pole leksykalno-semantyczne wypowiedzi osoby pierwszej jest ubogie i dotyczy uczucia smutku, wyrażania radości poprzez śmiech, czynności siedzenia i czytania. **Ubóstwo treści znaczeniowej** opowiadania jest konsekwencją trudności nominacyjnych.

Opowiadanie osoby drugiej jest bardziej rozbudowane w porównaniu do opowiadania osoby pierwszej. Ma postać wyliczenia postaci i ich obszernego, **detalicznego opisu**, przy czym postać głównego bohatera pojawia się jedynie na początku (*No tu siedzi jakiś pan, coś ogląda*), w środku (*wszyscy się patrzą na tego pana w środku*) i na końcu opowiadania (*ten w środku i potem jak już zaczyna książkę czytać i już się śmieje bardzo i na końcu jest smutny. On jest smutny, reszta jest wesola*). Główny sens historyjki został wskazany dopiero po pytaniu o alternatywne zakończenie.

Tekst jest bardzo **schematyczny, szablonowy**, co uwidacznia się w powtórzeniach, paralelizmach składniowych. Konstrukcje zawierające informacje o „siedzeniu na ławce” poszczególnych bohaterów powtarzają się w opowiadaniu 14 razy (zostały oznaczone w transkrypcji pogrubioną czcionką). Paralelne konstrukcje dotyczące zadowolenia i śmiechu opisywanych postaci występują 13 razy. Obecność powtórzeń potwierdza skłonność do **preferowania sformułowań warunkowanych kontekstem i konkretnym bodźcem** oraz do **automatyzmów**. O ukonkretnieniu postawy wobec rzeczywistości świadczy także jeden z mechanizmów neurokompensacyjnych, którym jest wspomniana **detalizacja**, przejawiająca się w bardzo szczegółowym opisie niektórych postaci (np. *Otworzyła puderniczkę, przegląda się i pudruje się, bo są tu smugi pudru; No i dalej ten starszy pan w kapeluszu z laską, ale już laska nie stoi pionowo, ale coś ją przechylił, coś się na niego patrzy*).

Rozbudowany tytuł *Wesołe przygody jakiegoś podróżnika* jest niespójny semantycznie z tekstem opowiadania, z którego treści nie wynika, że główny bohater jest podróżnikiem. W zakończeniu tekstu pojawia się informacja, że bohaterowie opowiadania siedzą na ławce, *jakby byli w kinie*. Niespójność ta świadczy o **trudnościach w uogólnianiu** i może być wynikiem **niesprawnie działającej pamięci operacyjnej** lub **stereotypowego postrzegania rzeczywistości** (być może główny bohater czyta książkę podróżniczą). Alternatywne zakończenie historii sformułowane przez mężczyznę zawiera odniesienie do ostatniej ilustracji historyjki i jest **warunkowane działaniem bodźca wizualnego i zaistniałym już wcześniej kontekstem sytuacyjnym**. Dodatkowo w opowiadaniu mężczyzny można zauważyć **tendencję do opisywania rzeczy ze względu na ich użyteczność**, czego odzwierciedleniem są frazy: *No przegląda się, ma takie, w lusterku; pan podparł się laską; Otworzyła puderniczkę, przegląda się i pudruje się, bo są tu smugi pudru*.

Pole leksykalno-semantyczne wypowiedzi osoby drugiej jest rozbudowane o atrybuty poszczególnych postaci i ich czynności, ale ze względu na liczne powtórzenia zarówno pojedynczych słów, jak i fraz, nie można stwierdzić bogactwa treściowego opowiadania. W odpowiedzi na postępującą neurodegenerację uruchamia się mechanizm kompensacyjny, którym jest **pozorne bogactwo słów, przy faktycznym ubóstwie treści**.

Opowiadanie na podstawie przeczytanego tekstu

W drugiej próbie badani zostali poproszeni o przeczytanie tekstu i opowiedzenie go. W tabeli 2 znajdują się transkrypcje uzyskanych wypowiedzi (mogą zawierać błędy fonetyczne, gramatyczne, stylistyczne i leksykalne). Mężczyznom przedstawiono następujący tekst⁴⁹:

⁴⁹ Przygotowany na potrzeby badania, na podstawie: K. BONDA: *Film może działać jak prawdziwe lekarstwo*. http://www.poradnikzdrowie.pl/psychologia/zrelaksuj-sie/Film-moze-dzialac-jak-prawdziwe-lekarstwo_35136.html [data dostępu: 18.03.2016].

Film jako terapia

Kino wywołuje w nas prawdziwe emocje. Instynktownie wybieramy: romans, kryminał lub thriller. Niektórzy pasjami oglądają komedie romantyczne. To nie przypadek. Film może być lekarstwem na stres, samotność, nudę, zły nastrój.

„Nie pamiętam, by moja mama kiedykolwiek płakała, nawet w dramatycznych chwilach życia zawsze znajdowała wyjście z sytuacji. Natomiast, zawsze płacze, kiedy ogląda wzruszające romanse, denerwuje się dramatami, nie cierpi horrorów. Przeżywa fabułę jak własne życie” – opowiada 27-letnia Kasia – internautka. Ta z kolei jest pasjonatką filmów o poważnych sprawach, uważa tydzień za stracony, jeśli nie obejrzy dobrego filmu, ale niekoniecznie komedii. „Niektórzy ludzie mają potrzebę analizowania trudnych problemów tego świata. Są wrażliwi i dojrzały emocjonalnie. W kinie szukają ważnych przeżyć, nie relaksu” – mówi psycholog z Warszawy.

Zanim kupisz bilet do kina, zastanów się, w jakim jesteś stanie psychicznym. Jeśli źle się czujesz, nie idź na dramat, który cię bardziej zmartwi, ale wybierz raczej komedię.

Niektórzy psychologowie polecają kino. To jedna z metod terapeutycznych. Uświadomienie sobie własnych uczuć to istotny element terapii. „Pacjent ma szansę odkryć to, co jest w nim głęboko ukryte. Czasem tak mocno ukrywa emocje, ale gdy zobaczy, jak je przeżywa bohater filmu, gdy obserwuje jego życie i sposób rozwiązywania problemów, może zrozumieć, że jego sytuacja jest analogiczna. Zdarza się, że kontakt z arcydziełem filmowym pomaga odblokować osoby zamknięte w sobie” – dodaje psychoterapeutka.

TABELA 2. Opowiadanie na podstawie przeczytanego tekstu *Film jako terapia*

Osoba 1	Osoba 2
Tytuł nadany tekstowi: <i>Kocham kino</i>	Tytuł nadany tekstowi: nie został sformułowany
(patrzy do tekstu) <i>Przeważnie o kinie. Często wybieramy kino, różne filmy, przeważnie sensacyjne, horrory czy tam jakieś komedie. No tam później zanim kupisz bilet, zastanów się, w jakim teście psychologicznym jeśli... Jeśli się źle czujesz, a dramat, który cię... No i się często zastanowi, wybierz raczej komedię albo coś innego. Coś tam było. Niektórzy psychologowie (pauza) proponują kino. Przeważnie to jest wszystko o kinie.</i>	<i>Może, wybierając się tam do kina czy to tam na romans, czy tam na jeszcze jakiś inny film... No nie powiem. Naprawdę nie pamiętam. Tak, jak pani powiedziałam. Przeczytałem, ale... nie pamiętam.</i>

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

W swej lakonicznej wypowiedzi osoba pierwsza stereotypowo nawiązuje do tekstu, ale nie oddaje jego sensu. Ma problem z odniesieniem się do treści i ze zrozumieniem znaczeń ukrytych w tekście, co może być wynikiem zaburzeń pamięci operacyjnej i zaburzeń myślenia. W pierwszej części wypowiedzi zostało zawarte wyliczenie typów filmów, które można oglądać w kinie – warunkowane bodźcem słownym, mocno związane z kontekstem sytuacyjnym oraz nawiązujące do własnego doświadczenia. Składa się ono także na pole leksykalno-seman-tyczne tekstu. Mężczyzna czyta fragmenty tekstu, ale dekodowanie nie zawsze

jest właściwe, co może być konsekwencją nie tyle zaburzeń percepcji, ile recepcji wzrokowej. Może się również wydawać, że mężczyzna nie rozumie nawet tego, co czyta na głos. Wypowiedź zaczyna i kończy ta sama konstrukcja: Przeważnie to jest o kinie; Przeważnie to jest wszystko o kinie. Bardzo stereotypowy tytuł Kocham kino jest także pewnym automatyzmem, który powstał na zasadzie skojarzenia tematyki tekstu z programem telewizyjnym dotyczącym filmów.

Wypowiedź narracyjną osoby drugiej buduje tylko jedna fraza nawiązująca do tematyki tekstu – kina i filmu. Mężczyzna odmawia opowiadania tekstu z powodu zaburzeń pamięci.

Opis krajobrazu

W tej próbie eksperymentalno-klinicznej badani mężczyźni mieli za zadanie opisać przedstawiony na zdjęciu krajobraz pola, z przebiegającą przez nie ścieżką, przy której stoi drzewo. Z jednej strony pole porasta żółty rzepak, z drugiej zielona trawa. W tle widać zboża, na błękitnym niebie – białe obłoki⁵⁰. W tabeli 3 znajdują się wypowiedzi obu badanych (mogą zawierać błędy fonetyczne, gramatyczne, stylistyczne i leksykalne).

TABELA 3. Opis krajobrazu przedstawionego na zdjęciu *Pole*

Osoba 1	Osoba 2
Tytuł nadany zdjęciu: <i>Wiosna</i>	Tytuł nadany zdjęciu: <i>Pejzaż przed żniwami</i>
(po chwili) <i>To tak jakby była droga polna, rolnicza. Rolnik zawsze se lubi jeździć drogą, popatrzyć, jak zboże rośnie czy tam rzepak, czy tam co innego. No krajobraz. Każdy z miasta by chciał zobaczyć i drogą tak przejechać piękne górki, jak wszystko się zieleni. Tak jakby była wiosna.</i>	<i>No tutaj jest droga prowadząca w pole. Zaznaczę, że polna, no bo asfaltu nie ma. Po prawej stronie jest takie zielone zboże, po lewej też jest zboże, ale to wygląda na rzepak, bo żółte. No i w oddali też jest jakieś zboże. Po prawej stronie za zielonym zbożem jest drzewo. Obok niego jest małe drzewko. No i tam w oddali też jest jakieś, prawdopodobnie też zboża, stoją małe drzewka. No tyle chyba.</i>

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Wypowiedź narracyjna osoby pierwszej w rzeczywistości wykracza poza normy opisu, który, zdaniem Grabiasa, powinien spełniać trzy procedury: generalizacji zdarzeń, przestrzenności, prezentatywności zdarzeń⁵¹. Wypowiedź ta

⁵⁰ Zdjęcie wykorzystane w badaniu jest dostępne na stronie internetowej: <http://www.ostrowiecnr1.pl/zdjecie/Krajobraz-5/> [data dostępu: 18.03.2016].

⁵¹ **Generalizacja zdarzeń** to procedura zakładająca istnienie formuł pozwalających rozpocząć opis i prezentować treść opowiadania. **Przeźrenność opisu** świadczy o umiejętności ułożenia zdarzeń w hierarchiczne plany. Umiejętność **prezentowania zdarzeń** w określonych planach przestrzeni jest zgodna z doświadczeniem mówiącego. S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy...*

przyjmuje postać **dygresyjnego** opowiadania związanego z **jednostkowymi doświadczeniami** osoby mówiącej, mieszkającej od urodzenia na wsi. W tekście narracyjnym mężczyzny pojawia się **stereotypowe** odniesienie do życia na znajdującej się blisko natury, pięknej i zielonej wsi, skontrastowanej z miastem, w którym nie można zobaczyć takiego krajobrazu. W tekście opowiadania pojawia się **konfabulacja** – wzmianka o „pięknych górkach”, które nie mają swojego odniesienia w prezentowanym na zdjęciu krajobrazie. Zauważa się tu także inny wykładnik ukonkretnienia postawy, jakim jest **opisanie obiektu ze względu na jego użyteczność**, które ujawnia się we frazach: *Rolnik zawsze se lubi jeździć drogą, i drogą tak przejechać*. Tytuł zdjęcia powstał na zasadzie skojarzenia krajobrazu z porą roku. W polu leksykalno-semantycznym wypowiedzi mężczyzny znajdują się rzeczowniki, przymiotniki i czasowniki nazywające elementy pejzażu i zjawiska z nim związane: *droga polna, rolnicza, zboże rośnie, rzepak, przejechać piękne góry, wiosna, zieleni się*.

Wypowiedź narracyjna osoby drugiej spełnia procedury opisu i jest **reakcją słowną, kontekstową powstałą w wyniku działania bodźca konkretnego (wizualnego)**. Tytuł zdjęcia został sformułowany na drodze skojarzenia elementów krajobrazu z czynnościami rolniczymi. Pole semantyczno-leksykalne opisu odnosi się do elementów krajobrazu na zdjęciu.

Podsumowanie

Odnosząc się do literatury przedmiotu w zakresie szkodliwego działania alkoholu dla ośrodkowego układu nerwowego, teoretycznych założeń dotyczących konkretyzacji postawy wobec rzeczywistości jako konsekwencji chorób i uszkodzeń mózgu oraz wyników badania sprawności narracyjnej osób uzależnionych od alkoholu, należy stwierdzić, że alkohol działa destrukcyjnie na funkcjonowanie poznawcze, a w konsekwencji także językowe. Zmiana systemu poznawczego badanych mężczyzn uzależnionych od alkoholu uwidoczniła się obniżeniem sprawności narracyjnej i konkretyzacją postawy wobec rzeczywistości. Spośród wykładników postawy konkretnej odnotowano: trudności w dekodowaniu znaczenia, planowaniu i budowaniu wypowiedzi, obniżenie sprawności rozwiązywania nowych problemów, zaburzenia uogólniania, silny związek z jednostkowym doświadczeniem, stereotypem i działaniem schematycznym, tendencja do opisywania przedmiotów, obiektów i miejsc ze względu na ich użyteczność. W odpowiedzi na postępującą neurodegenerację zadziałały mechanizmy kompensacji, takie jak: konfabulacja, formuliczność wypowiedzi, dygresyjność, detalizacja, a także częste bogactwo słów przy faktycznym ubóstwie treści. Na obniżenie sprawności narracyjnej wpłynęły także zaburzenia pamięci operacyjnej, recepcji

i percepcji wzrokowej. Dane zgromadzone w tabeli 4 odnoszą się do występowania wykładników konkretnej postawy wobec rzeczywistości oraz mechanizmów neurokompensacyjnych w poszczególnych typach wypowiedzi narracyjnych badanych mężczyzn.

TABELA 4. Wykładniki postawy konkretnej i mechanizmy neurokompensacji w wypowiedziach narracyjnych badanych mężczyzn*

Wykładnik postawy konkretnej / mechanizm neurokompensacji	Opowiadanie na podstawie historyjki obrazkowej		Opowiadanie na podstawie przeczytanego tekstu		Opis krajobrazu	
	osoba 1	osoba 2	osoba 1	osoba 2	osoba 1	osoba 2
Problemy w dekodowaniu znaczenia	+	-	+	+	-	-
Zaburzenia planowania i budowania wypowiedzi	+	-	+	+	-	-
Związek z aktualnie działającym bodźcem i kontekstem sytuacyjnym	+	+	+	+	+	+
Tendencja do opisywania rzeczy ze względu na ich użyteczność	+	+	-	-	+	-
Problemy w uogólnianiu (tytuł)	+	+	+	+	-	-
Trudności w rozwiązywaniu nowych problemów (alternatywne zakończenie historii)	+	+	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy
Schematyczność wypowiedzi	+	+	+	-	-	+
Stereotypowość wypowiedzi	+	-	+	-	+	-
Związek z jednostkowym doświadczeniem	+	-	+	-	+	-
Automatyzmy	-	+	+	-	+	-
Konfabulacje	+	-	-	-	+	-
Detalizacja	-	+	-	-	-	-
Dygresyjność	-	-	-	-	+	-
Ubóstwo treści	+	+	+	+	-	-

* Obecność danego wykładnika postawy konkretnej lub/i mechanizmu neurokompensacji została oznaczona plusem (+), natomiast brak minusem (-).

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Scharakteryzowani w artykule mężczyźni zostali dobrani ze względu na podobną charakterystykę społeczną: czas i intensywność spożywania alkoholu i jego rodzaj, wiek, wykształcenie, funkcjonowanie społeczne. Należy podkreślić, że mimo zaburzeń pamięci krótkotrwałej, mniej wykładników konkretnej postawy wobec rzeczywistości i zdecydowanie lepsze sprawności językowe odnotowano w przypadku drugiego z badanych mężczyzn (osoba 2), kilka lat młodszy, deklarujący trochę krótszy czas spożywania alkoholu bez kontroli oraz dłużej utrzymujący abstynencję (6 tygodni). Wiek i krótszy czas choroby alkoholowej mogą więc być czynnikami protekcyjnymi, podtrzymującymi sprawności językowe, a zachowanie abstynencji może poprawić funkcje wzrokowo-przestrzenne, myślenie, dekodowanie znaczenia, budowanie i planowanie wypowiedzi, rozwiązywanie problemów z wykorzystaniem materiału niewerbalnego. Uczestnictwo w terapii psychologicznej także może przyczynić się do poprawy funkcjonowania poznawczego oraz sprawności językowych.

Biorąc pod uwagę utrzymywanie się zaburzeń poznawczych w pierwszym i drugim okresie abstynencji, obserwuje się znaczne trudności obu mężczyzn w konstruowaniu wypowiedzi narracyjnej na podstawie bodźca abstrakcyjnego, czyli słów (tekstu) w porównaniu do budowania opowiadania czy opisu na podstawie bodźców konkretnych (wizualnych)⁵², czyli na podstawie historyjki obrazkowej czy zdjęcia przedstawiającego krajobraz. Najlepiej zrealizowaną wypowiedzią narracyjną pod względem formy i treści jest opis krajobrazu ze zdjęcia sformułowany przez drugiego mężczyznę.

Uzależnienie od alkoholu i jego skutki dla poznawczego funkcjonowania człowieka wpływają na przebieg terapii psychologicznej i proces społecznej reintegracji osób dotkniętych chorobą. Mam nadzieję, że rezultaty podjętych przeze mnie badań przyczynią się do pogłębienia wiedzy o możliwościach osób uzależnionych od alkoholu i pozwolą wyznaczyć optymalne strategie usprawniania w sferze poznawczej i językowej, a przez to przyspieszyć zdrowienie osób zachowujących abstynencję.

⁵² Iwan Pawłow zakłada istnienie dwóch układów sygnałowych, w pozyskiwaniu materiału językowego zastosowano: bodźce konkretne (sensoryczne), stymulujące pierwszy układ, oraz działanie konkretne i bodźce abstrakcyjne (słowa), pobudzające myślenie abstrakcyjne, pojęciowe. I.P. PAWŁÓW: *Wykłady o czynności mózgu*. Przeł. S. MILLER. Oprac. J. KONORSKI. Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich 1952; za: J. PANASIUK: *Afazja a interakcja...*, s. 628.

Bibliografia

- ACKER C.: *Neuropsychological deficits in alcoholics: the relative contributions of gender and drinking history*. „British Journal of Addiction” 1986, no. 81, s. 395–403.
- AGARTZ I. et al.: *Hippocampal volume in patients with alcohol dependence*, „Archives of General Psychiatry” 1999, no. 56, s. 356–363. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. Text revision. DSM-IV*. Washington, American Psychiatric Association 1994.
- BEATTY W.W. et al.: *Neuropsychological deficits in sober alcoholics: influences of chronicity and recent alcohol consumption*. „Alcoholism, Clinical and Experimental Research” 2000, no. 24, s. 149–154.
- BECHARA A. et al.: *Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers*. „Neuropsychology” 2001, no. 39, s. 376–389.
- BERGMAN H. et al.: *Alcohol-induced cognitive impairment is reversible. Neuropsychological tests but not MRT show improvement after abstinence*. „Lakartidn” 1998, no. 95, s. 4231–4236.
- BLUME A.W., SCHMALING K.B., MARLATT G.A.: *Memory, executive cognitive function, and readiness to change drinking behavior*. „Addictive Behaviors” 2005, no. 30, s. 301–314.
- CISZEWSKA-PSUJEK U.: *Językowe wykładniki poznawczej deterioracji w chorobie alkoholowej* [artykuł w druku; na podstawie referatu przygotowanego na interdyscyplinarną, ogólnopolską konferencję studencko-doktorancką „Język – umysł – poznanie”, Kieleckie Towarzystwo Naukowe, 11–12 października 2017 roku].
- CISZEWSKA-PSUJEK U.: *Sprawność narracyjna w chorobie*. „Logopedia Silesiana” 2017, t. 6, s. 159–188.
- CISZEWSKA-PSUJEK U.: *Zaburzenia językowe w uzależnieniu od alkoholu – w poszukiwaniu metodologii badawczej*. „Logopedia” 2017, t. 46, s. 175–192.
- CLAIBORNE J.M., GREENE R.L.: *Neuropsychological changes in recovering men alcoholics*. „Journal of Studies on Alcohol” 1981, no. 42, s. 757–765.
- CREWS F.T. et al.: *Alcoholic neurobiology: changes in dependence and recovery*. „Alcoholism: Clinical and Experimental Research” 2005, no. 29, s. 1504–1513.
- CUNHA P.J., NOVAES M.A.: *Neurocognitive assessment in alcohol abuse and dependence: implications for treatment*. „Revista Brasileira de Psiquiatria” 2004, no. 26, s. 23–27.
- D’ANGELO E., CASALI S.: *Seeking a unified framework for cerebellar function and dysfunction: from circuit operations to cognition*. „Front Neural Circuits” 2012, no. 6, s. 116.
- DAO-CASTELLANA M.H. et al.: *Frontal dysfunction in neurologically normal chronic alcoholic subjects: metabolic and neuropsychological findings*. „Psychological Medicine” 1998, no. 28, s. 1039–1048.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Revision. DSM-5*. Washington, American Psychiatric Association 2013.
- DRAKE A.I. et al.: *Cognitive recovery with abstinence and its relationship to family history for alcoholism*. „Journal of Studies on Alcohol and Drugs” 1995, no. 56, s. 104–109.
- ECKARDT M.E. et al.: *Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system*. „Alcoholism. Clinical and Experimental Research” 1998, no. 22, s. 998–1040.
- FEIN G. et al.: *Cognitive impairments in abstinent alcoholics*. „The Western Journal of Medicine” 1980, no. 152, s. 531–537.
- FLANNERY B. et al.: *Gender Differences in Neurocognitive Functioning Among Alcohol-Dependent Russian Patients*. „Alcoholism. Clinical and Experimental Research” 2007, no. 31, s. 745–754.
- GLASS J.M. et al.: *Effects of alcoholism severity and smoking on executive neurocognitive function*. „Addiction” 2009, no. 104, s. 38–48.
- GLASS J.M. et al.: *Smoking is associated with neurocognitive deficits in alcoholism*. „Drug and Alcohol Dependence” 2006, no. 82, s. 119–126.

- GLENN S.W.: *Sex differences in alcohol-induced brain damage*. W: *Alcohol-Induced Brain Damage*. Eds. W.A. HUNT, S.J. NIXON. W: „Rockville National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Research Monographs” (NIAAA). No. 22. Rockville, The Institute 1993, s. 195–212.
- GOLDSTEIN K.: *Language and Language Disturbances*. New York, Ronald Press 1948.
- GRABIAS S.: *Język w zachowaniach społecznych*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2003.
- GRABIAS S.: *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. GRABIAS, M. KURKOWSKI. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 15–72.
- Imaging and Alcoholism: A Window on the Brain*. „Alcohol Alert” 2000, no. 47, <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa47.htm> [data dostępu: 2.04.2017].
- JACOBSON R.: *W poszukiwaniu istoty języka*. T. 1–2. Przeł. M.R. MAYENOWA. Warszawa, Państwowy Instytut Wydawniczy 1989.
- JOYCE E.M., ROBBINS T.W.: *Memory deficits in Korsakoff and non-Korsakoff alcoholics following alcohol withdrawal and the relationship to length of abstinence*. „Alcohol” 1993, no. 2, s. 501–505.
- KISH G.B. et al.: *Alcoholics’ recovery from cerebral impairment as a function of duration of abstinence*. „Journal of Clinical Psychology” 1980, no. 36, s. 584–589.
- KACZMAREK B.: *Mózg, język, zachowanie*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1995.
- KOPERA M., WOJNAR M., SZELENBERGER W.: *Czynniki wpływające na funkcjonowanie poznawcze u osób uzależnionych od alkoholu*. „Alkoholizm i Narkomania” 2011, nr 1 (24), s. 39–52.
- LEZAK M.: *Neuropsychological assessment*. New York, Oxford University Press 1995.
- MANN K. et al.: *Neuroimaging of gender differences in alcohol dependence: Are women more vulnerable?* „Alcoholism. Clinical and Experimental Research” 2005, no. 29, s. 896–901.
- MARUSZEWSKI M.: *Mowa a mózg. Zagadnienia neuropsychologiczne*. Warszawa, Państwowe Wydaw. Naukowe 1970.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. ICD-10*. Przeł. R. TOPÓR-MĄDRY et al. Kraków, Vesalius, Fundacja Szkoły Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego 1994.
- NOËL X. et al.: *Contribution of frontal cerebral blood flow measured by 99mTc bicisate SPECT and executive function deficits to predicting treatment outcome in alcohol-dependent patients*. „Alcohol” 2002, no. 37, s. 347–354.
- NOWAKOWSKA K., JABŁKOWSKA K., BORKOWSKA A.: *Zaburzenia funkcji poznawczych pacjentów uzależnionych od alkoholu*. „Psychiatria Polska” 2007, nr 5 (41), s. 693–703.
- OBUCHOWSKI K.: *Kody orientacji i struktura procesów emocjonalnych*. Warszawa, Państwowe Wydaw. Naukowe 1970.
- O’NEILL J., CARDENAS V.A., MEYERHOFF D.J.: *Effects of abstinence on the brain: quantitative magnetic resonance imaging and magnetic resonance spectroscopic imaging in chronic alcohol abuse*. „Alcoholism. Clinical and Experimental Research” 2001, no. 25, s. 1673–1682.
- PANASIUK J.: *Afazja a interakcja. Tekst – metatekst – kontekst*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012.
- PARSONS, O.A.: *Alcohol abuse and alcoholism*. W: *Neuropsychology for Clinical Practice*. Ed. S.J. NIXON. Washington DC, American Psychological Press 1996, s. 175–201.
- PARSONS O.A.: *Neurocognitive deficits in alcoholics and social drinkers: A continuum?* „Alcoholism. Clinical and Experimental Research” 1998, no. 22, s. 954–961.
- PAWŁOW I.P.: *Wykłady o czynności mózgu*. Przeł. S. MILLER. Oprac. J. KONORSKI, Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich 1952.
- PFEFFERBAUM A., DESMOND J.E., GALLOWAY C.: *Reorganization of frontal systems used by alcoholics for spatial working memory: An fMRI study*. „Neuroimage” 2001, no. 13, s. 1–14.
- PIAZZA N.J., VRBKA J.L., YEAGER R.D.: *Telescoping of alcoholism in women alcoholics*. „International Journal of the Addictions” 1989, no. 24, s. 19–28.

- PIERUCCI-LAGHA A., DEROUESNE C.: *Alcoholism and aging. 2: Alcoholic dementia or alcoholic cognitive impairment?* „Psychology. Neuropsychiatry” 2001, no. 1, s. 237–249.
- RYSZKOWSKI A. et al.: *Objawy i skutki nadużywania alkoholu.* „Journal of Clinical Healthcare” 2015, nr 1, s. 2–6.
- SAMOCHOWIEC A. et al.: *Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych?* „Alkoholizm i Narkomania” 2015, nr 28, s. 55–63.
- SCHAEFFER K. et al.: *Cognitive performance of alcoholics: a longitudinal evaluation of the role of drinking history, depression, liver function, nutrition, and family history.* „Alcoholism. Clinical and Experimental Research” 1991, no. 15, s. 653–660.
- SULLIVAN E.V. et al.: *Longitudinal changes in cognition, gait, and balance in abstinent and relapsed alcoholic men: relationships to changes in brain structure.* „Neuropsychology” 2000, no. 14, s. 178–188.
- TARTER R.E. et al.: *Hepatic dysfunction and neurological test performance in alcoholics with cirrhosis.* „Journal of Studies on Alcohol”, no. 47, 1986, s. 74–77.
- Techniki obrazowania a alkoholizm. Podglądanie pracy mózgu.* Przeł. M. ŚLÓRSKA. „Alkohol i Nauka” 2000, nr 9. <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/263-techniki-obrazowania-a-alkoholizm-podgladanie-pracy-mozgu.html> [data dostępu: 2.04.2017].
- TRZEBIŃSKI J.: *Narracyjne konstruowanie rzeczywistości.* W: *Narracja jako sposób rozumienia świata.* Red. J. TRZEBIŃSKI, Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2002, s. 17–42.
- WORONOWICZ B.T.: *Alkoholizm jest chorobą.* Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych 1998.
- WORONOWICZ B.T.: *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu.* Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii 2001.