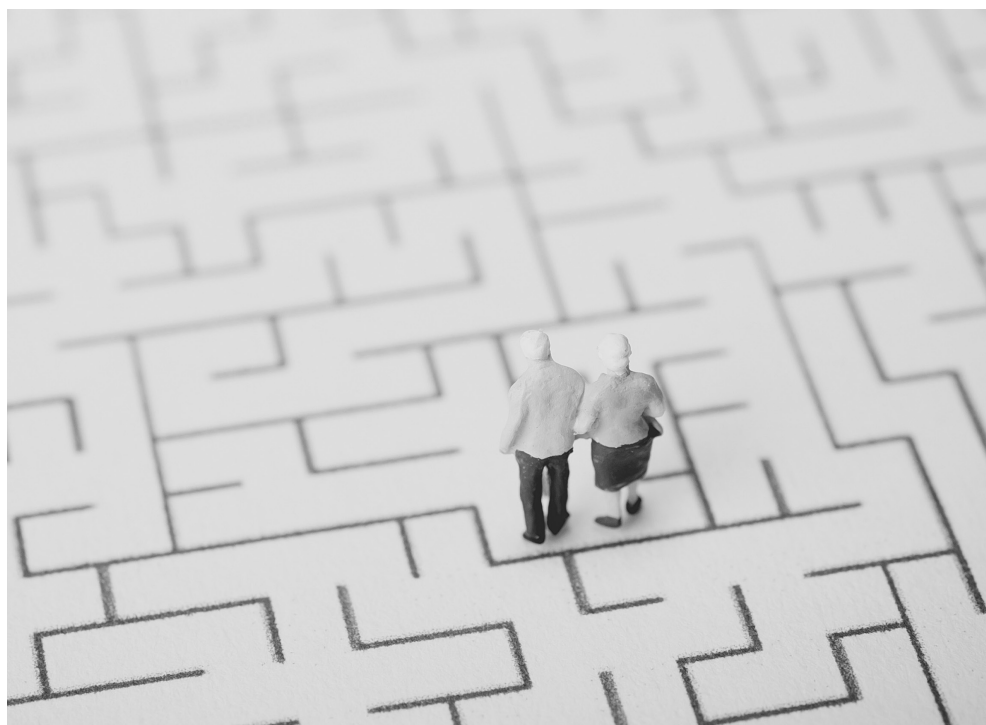


Justyna Antczak-Kujawin



**Zaburzenia sprawności
leksykalno-semantycznej
w otępieniu
alzheimerowskim
na tle starzenia się
fizjologicznego**



LOGOPEDIA

**Zaburzenia sprawności
leksykalno-semantycznej
w otępieniu
alzheimerowskim
na tle starzenia się
fizjologicznego**



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

[Kup książkę](#)

Justyna Antczak-Kujawin

**Zaburzenia sprawności
leksykalno-semantycznej
w otępieniu
alzheimerowskim
na tle starzenia się
fizjologicznego**

Justyna Antczak-Kujawin – Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny
Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii
90-236 Łódź, ul. Pomorska 171/173

RECENZENT
Stanisław Milewski

REDAKTOR INICJUJĄCY
Urszula Dzieciatkowska

OPRACOWANIE REDAKCYJNE
Danuta Bąk

SKŁAD I ŁAMANIE
Munda – Maciej Torz

KOREKTA TECHNICZNA
Leonora Gralka

PROJEKT OKŁADKI
Agencja Reklamowa efectoro.pl

Zdjęcie wykorzystane na okładce: Stock Adobe/beeboys

Rysunki prezentowane w aneksie autorstwa Małgorzaty Pertkiewicz

© Copyright by Justyna Antczak-Kujawin, Łódź 2021
© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2021

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
Wydanie I. W.10038.20.0.M

Ark. wyd. 11,3; ark. druk. 17,375

ISBN 978-83-8220-537-4
e-ISBN 978-83-8220-538-1

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
90-131 Łódź, ul. Lindleya 8
www.wydawnictwo.uni.lodz.pl
e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl
tel. 42 665 58 63

[Kup książkę](#)

SPIIS TREŚCI

WYKAZ SKRÓTÓW	9
WSTĘP	11
ROZDZIAŁ I	
OTĘPIENIE ALZHEIMEROWSKIE Z PERSPEKTYWY GERONTO-LINGWISTYKI I LOGOPEDII	17
1. Definiowanie terminu „otępienie”	17
2. Kliniczne kryteria rozpoznawania otępienia alzheimerowskiego	18
3. Diagnozowanie zaburzeń mowy i komunikacji w otępieniu alzheimerowskim ..	23
4. Zaburzenia mowy i komunikacji w otępieniu alzheimerowskim	24
ROZDZIAŁ II	
SPRAWNOŚĆ LEKSYKALNO-SEMANTYCZNA W KONTEKŚCIE ROZ- WOJU MOWY I JĘZYKA	27
1. Pojęcie sprawności leksykalno-semantycznej z perspektywy różnych dyscy- plin naukowych	27
2. Anomia jako zaburzenie aktualizowania nazw	30
3. Modele dostępu do „słownika umysłowego” a modele przetwarzania języka ...	31
ROZDZIAŁ III	
METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH	33
1. Problematyka i cele badań	33
2. Etapy postępowania badawczego	33
3. Charakterystyka badanych grup	34
3.1. Grupa właściwa	34
3.2. Grupa kontrolna	40
4. Metoda badania sprawności leksykalno-semantycznej osób w wieku senioralnym	43
4.1. Założenia teoretyczne proponowanej metody badania sprawności leksy- kalno-semantycznej	43
4.2. Struktura narzędzia do badania sprawności leksykalno-semantycznej osób w wieku senioralnym	45
5. Charakterystyka materiału empirycznego i sposób jego analizy	66
5.1. Typologia zaburzeń nazywania i rodzaje kompensacji w przypadku anomii ..	67
5.2. Typologia innowacji frazeologicznych współczesnej polszczyzny	71
5.3. Klasyfikacja semantyczna modyfikacji związków frazeologicznych	73

ROZDZIAŁ IV

POZIOM SPRAWNOŚCI LEKSYKALNO-SEMANTYCZNEJ OSÓB W WIEKU SENIORALNYM STARZEJĄCYCH SIĘ FIZJOLOGICZNIE ...	77
1. Ocena sprawności leksykalno-semantycznej osób w wieku senioralnym starzejących się fizjologicznie	77
1.1. Peryfrazy	78
1.2. Parafazje semantyczne	80
1.3. Ominięcia	82
2. Analiza ilościowa wyników badania rozumienia leksemów i nazywania w grupie osób w wieku senioralnym starzejących się fizjologicznie	84
2.1. Liczba odpowiedzi odroczonej i porażek a wiek seniorów	86
2.2. Liczba porażek a wykształcenie seniorów	86
2.3. Analiza porównawcza językowych strategii zastępczych w grupie kontrolnej	88
3. Znajomość frazeologizmów u osób w wieku senioralnym starzejących się fizjologicznie	91
4. Analiza ilościowa wyników badań znajomości frazeologizmów w grupie kontrolnej	93

ROZDZIAŁ V

ZABURZENIA SPRAWNOŚCI LEKSYKALNO-SEMANTYCZNEJ U OSÓB Z OTEPIENIEM ALZHEIMEROWSKIM	101
1. Charakterystyka językowych strategii zastępczych stosowanych w przypadku deficytów leksykalnych przez osoby z otępieniem alzheimerowskim	101
1.1. Peryfrazy (omówienia)	101
1.2. Parafazje semantyczne	103
1.3. Parafazje fonologiczne	112
1.4. Pamięć pierwszej litery lub sylaby	113
1.5. Parafazje mieszane	114
1.6. Parafazje leksykalne	115
1.7. Neologizmy słowotwórcze	116
1.8. Ominięcia	117
1.9. Quasi-nominacja przy użyciu zaimków	120
1.10. Błędy percepcyjne	121
1.11. Wyrazy niezwiązane	121
1.12. Peryfrazy niezwiązane semantycznie	122
1.13. Persewercje	123
1.14. Kompensacje za pomocą pisma i gestów	125
2. Analiza ilościowa wyników badań rozumienia leksemów i nazywania u osób z otępieniem alzheimerowskim	125
2.1. Zaburzenia sprawności leksykalno-semantycznej u osób w łagodnej fazie otępienia alzheimerowskiego	125
2.2. Zaburzenia sprawności leksykalno-semantycznej u osób w umiarkowanej fazie otępienia alzheimerowskiego	139

3. Charakterystyka innowacji frazeologicznych oraz semantycznych modyfikacji frazeologizmów u osób z otępieniem alzheimerowskim	152
3.1. Typy innowacji frazeologicznych i ich egzemplifikacja	153
3.2. Rodzaje modyfikacji semantycznych frazeologizmów i ich egzemplifikacja	165
4. Analiza ilościowa wyników badania znajomości frazeologizmów u osób z otępieniem alzheimerowskim	173
4.1. Zaburzenia struktury i semantyki frazeologizmów u osób w łagodnej fazie otępienia alzheimerowskiego	173
4.2. Zaburzenia struktury i semantyki frazeologizmów u osób w umiarkowanej fazie otępienia alzheimerowskiego	182
WNIOSKI KOŃCOWE	191
1. Poziom sprawności leksykalno-semantycznej osób starzejących się fizjologicznie a osób z otępieniem alzheimerowskim	191
2. Porównanie zaburzeń sprawności leksykalno-semantycznej u osób z łagodnym i umiarkowanym otępieniem alzheimerowskim	194
2.1. Poziom sprawności leksykalno-semantycznej a zaburzenia przetwarzania słuchowego u seniorów	195
2.2. Progresywność zaburzeń sprawności leksykalno-semantycznej u osób z otępieniem alzheimerowskim	196
2.3. Przejściowe (chwilowe) trudności leksykalno-semantyczne a stadium otępienia alzheimerowskiego	197
2.4. Poziom sprawności leksykalno-semantycznej a wiek i wykształcenie seniora	198
3. Językowe strategie zastępcze w przypadku trudności leksykalno-semantycznych u osób starzejących się fizjologicznie oraz osób z łagodnym i umiarkowanym otępieniem alzheimerowskim	199
4. Modyfikacje struktury i semantyki frazeologizmów u osób starzejących się fizjologicznie oraz osób z łagodnym i umiarkowanym otępieniem alzheimerowskim	204
5. Implikacje dla praktyki logopedycznej	207
ZAKOŃCZENIE	211
LITERATURA	213
WYKAZ TABEL	221
WYKAZ WYKRESÓW	225
ANEKS	229
SUMMARY	277

WYKAZ SKRÓTÓW

I	– pierwsze badanie
II	– drugie badanie
III	– trzecie badanie
ACE-III	– Skala Funkcjonowania Poznawczego Addenbrooke’a (ang. <i>Addenbrooke’s Cognitive Examination</i>)
AD	– choroba Alzheimera (ang. <i>Alzheimer Disease</i>)
ASF	– aktualizowanie struktury frazeologizmu
Cz	– Czasownik
DSM-5	– V edycja klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>)
DSM-IV	– IV edycja klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>)
EF	– etykietowanie frazeologizmu
F	– osoby starzejące się fizjologicznie
ICD-10	– Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ang. <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
K	– kobieta
Ł	– łagodna faza otępienia alzheimerowskiego
M	– mężczyzna
MMSE	– Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego (ang. <i>Mini-Mental State Examination</i>)
n	– liczba leksemów z danej kategorii semantycznej
NCD	– zaburzenie neuropoznawcze (ang. <i>neurocognitive disorder</i>)
NIA/AA	– nowe kryteria diagnostyczne Narodowego Instytutu Starzenia (NIA – National Institute on Aging) i Stowarzyszenia Alzheimera (AA – Alzheimer’s Association)
NK	– nazywanie konfrontacyjne
NO	– nazywanie oralne
PPA-G	– wariant agramatyczny pierwotnej afazji postępującej
Prz	– przymiotnik

PSJP	–	<i>Podręczny Słownik Języka Polskiego</i> , oprac. Elżbieta Sobol
Rz	–	rzeczownik
SFNow.	–	<i>Słownik frazeologiczny w układzie tematycznym i alfabetycznym</i> , red. nauk. Alicja Nowakowska
SS	–	<i>Słownik synonimów</i> , red. Andrzej Dąbrowka, Ewa Geller, Ryszard Turczyn
TRZ	–	Test Rysowania Zegara
U	–	umiarkowana faza otępienia alzheimerowskiego
WZF	–	wyjaśnianie znaczenia frazeologizmu

WSTĘP

Problematyka starości i funkcjonowania umysłowego ludzi u schyłku życia mieści się w obszarze badawczym wielu dyscyplin naukowych, m.in. nauk medycznych¹, psychologii i neuropsychologii², socjologii czy gerontologii społecznej³. Jednak problem funkcjonowania osób starszych w zakresie dotyczących ich zmian w językowym porozumiewaniu się, towarzyszących starości zarówno fizjologicznej, jak i naznaczonej procesami patologicznymi, wciąż nie jest do końca poznany i szeroko opisany w polskiej literaturze językoznawczej.

¹ Wspomnieć należy o pracach: *Neurogeriatria. Praktyczne problemy neurologii w wieku podeszłym* pod red. Antoniego Prusińskiego (2004); *Choroba Alzheimera w teorii i praktyce klinicznej* Marii Barcikowskiej i Adama Bilikiewicza (2004); *Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego* (2012); *Łagodne zaburzenia poznawcze (Mild Cognitive Impairment MCI). Rozpoznanie, różnicowanie, postępowanie* Tomasza Gabryelewicza (2003); *Otępienie* pod red. Andrzeja Szczudlika, Marii Barcikowskiej i Pawła Liberskiego (2004); *Choroby otępienne. Teoria i praktyka* pod red. Jerzego Leszka (2011); *Zaburzenia funkcji poznawczych w chorobach psychicznych* pod red. Aliny Borkowskiej (2005); *Praktyczna psychogeriatria. Rozpoznanie i postępowanie w zaburzeniach psychicznych u chorych w wieku podeszłym* Tomasza Sobowa (2010).

² Prace z zakresu psychologii i neuropsychologii podejmujące zagadnienie starości i funkcjonowania poznawczego seniorów to np.: *Starość. Jak ją widzi psychologia* pod red. Marii Kielar-Turskiej (2016); *Specyficzne właściwości posługiwania się językiem przez osoby w wieku senioralnym* Marii Kielar-Turskiej i Karoliny Byczewskiej-Konieczny (2014); *Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej* pod red. Anny Herzyk i Danuty Kądziaławy (1996); *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej* Anny Herzyk (2005); *Afazja pierwotna postępująca* Krzysztofa Jodzio (1999); *Pamięć, mowa a mózg* (2003) i *Diagnostyka neuropsychologiczna w praktyce klinicznej* (2011) Krzysztofa Jodzio; *Otępienie czołowo-skroniowe. Ujęcie neuropsychologiczne* Henryka Olszewskiego (2008); *Afazjologia* (1999) i *Rehabilitacja neuropsychologiczna. Procesy poznawcze i emocjonalne* (2009) Marii Pąchalskiej.

³ Do prac z zakresu socjologii i gerontologii społecznej opisujących starość zalicza się np.: *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej* Adama Zycha (1999); *Luździe starsi w perspektywie socjologicznej* Marka Niezabitowskiego (2007); *Człowiek z chorobą Alzheimera w rodzinie i środowisku lokalnym* pod red. Agnieszki Nowickiej i Wioletty Baziuk (2011).

Jak stwierdza Waldemar Tłokiński, pionier w zakresie badania mowy ludzi u schyłku życia, w literaturze naukowej poświęconej problematyce starzenia się przez długi okres panowało fałszywe przekonanie, że „wszystko w człowieku może się z wiekiem zmienić z wyjątkiem mowy” (Tłokiński, 1990, s. 15). Jego monografia *Mowa ludzi u schyłku życia* (1990) jest pierwszą w Polsce pracą omawiającą funkcjonowanie językowe osób starzejących się fizjologicznie z uwzględnieniem zmian lingwistycznych, zmian konwersacyjnych oraz zmian pragmatycznych w zachowaniach komunikacyjnych osób starszych.

Książka Waldemara Tłokińskiego (1990) to opracowanie z zakresu psychologii komunikowania się ludzi u schyłku życia. Autor przedstawił wyniki analizy zmian w aktach mowy ludzi starszych, zarejestrowanych przez ich opiekunów. W badaniach wzięło udział 300 par (osoba starsza i jej opiekun). Każdemu opiekunowi stawiano pytania typu: 1) „Co w mowie osoby starszej zauważam, że zmienia się i w jakim stopniu?”; 2) „Co w rozmowie z osobą starszą zmienia się coraz bardziej w wypowiedzi tej osoby? Co mnie niepokoi, co utrudnia porozumiewanie się?”; 3) „Co w wypowiedziach osoby starszej ulega coraz większym zmianom wraz z wiekiem?”. Zadaniem osób badanych (opiekunów) było ustosunkowanie się do każdego pytania poprzez zaznaczenie swojej oceny na 5-stopniowej skali przy odpowiednim hasle (tj. potencjalnej odpowiedzi). Badacz skupił się na ocenie trzech poziomów zachowań komunikacyjnych i opisał tym samym trzy rodzaje zmian w mowie ludzi starzejących się fizjologicznie: 1) zmiany lingwistyczne, czyli zmiany składniowe i prozodyjne; 2) zmiany konwersacyjne, takie jak gaśnięcie jasności oraz informatywności wypowiedzi; 3) zmiany pragmatyczne, ujawniające się jako całkowita niepewność komunikacyjna, niezadowolone, aktywizacja⁴ skierowana na siebie (Tłokiński, 1990, s. 38–101).

Większe zainteresowanie badaczy zagadnieniem mowy i komunikacji osób w wieku senioralnym starzejących się fizjologicznie pojawiło się znacznie później, bo dopiero na początku XXI wieku (Świątek, 2007; Stolarczyk-Zielonka, 2010; Krajewska, 2012; Milewski, Kaczorowska-Bray, 2014; Tłokiński i Olszewski, 2014; 2015; Kluj-Kozłowska i Sitek, 2016; Milewski, Kaczorowska-Bray, Kamińska, 2016; Humeniuk, 2017; Milewski, Kaczorowska-Bray, 2017; Michalik, Kaczorowska-Bray, Milewski, Solak, 2018). W większości są to jednak prace o charakterze artykułów naukowych, a nie monografii wyczerpujących całościowo zagadnienie mowy i języka osób w wieku senioralnym.

Ważną i cenną monografią, stanowiącą zbiór artykułów dotyczących logopedycznych aspektów geriatry oraz gerontologii, jest *Nowa logopedia*, t. 5: *Diagnoza*

⁴ Aktywizacja skierowana na siebie wzmaga zachowania językowe dokonujące się w tzw. mowie wewnętrznej. Na oznaczenie mowy wewnętrznej stosuje się także termin cerebracja (Baudouin de Courtenay, 1889; Kaczmarek, 1988). Wynikiem mowy wewnętrznej jest pozbawiony postaci dźwiękowej tekst pomyślany (Grabias, 1997b, s. 10).

i terapia logopedyczna osób dorosłych i starszych pod redakcją Mirosława Michalika (2014). To praca, w której zaprezentowano zarówno teoretyczno-metodologiczne założenia procesu diagnostyczno-terapeutycznego w odniesieniu do osób dorosłych i starszych, wyrosłe z neurolingwistyki, lingwistyki mentalnej, psychologii i socjologii humanistycznej, jak i praktyczne procedury i strategie postępowania logopedycznego w przypadkach zaburzeń komunikowania się osób dorosłych i starszych (np. z demencją, chorobą Alzheimera, jękaniem, pragnozją, autyzmem).

W polskiej literaturze językoznawczej i logopedycznej na uwagę zasługują także dwie monografie Anety Domagały opisujące zachowania językowe osób w wieku starszym z otępieniem w przebiegu choroby Alzheimera: *Zachowania językowe w demencji. Struktura wypowiedzi w chorobie Alzheimera* (2007) oraz *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim* (2015). Są to prace poświęcone głównie problematyce sprawności narracyjnej i sprawności interakcyjnej w otępieniu alzheimerowskim. Autorka w oparciu o autorską *Skalę sprawności narracyjnych* dokonała analizy i interpretacji zachowań językowych osób z otępieniem alzheimerowskim, z uwzględnieniem oceny ich sprawności narracyjnej, tj. samodzielnych wypowiedzi monologowych, obserwacji ich zachowań w sytuacji badania oraz dokonywanej przez nich oceny własnych możliwości językowych i doświadczanych problemów.

Pionierską publikacją, będącą próbą całościowego ujęcia zagadnień z zakresu gerontologopedii⁵, jest nowa publikacja pod redakcją Waldemara Tłokińskiego, Stanisława Milewskiego i Katarzyny Kaczorowskiej-Bray pt. *Gerontologopedia* (2018). To monografia składająca się z trzech części: 1) Wprowadzenie do komunikowania się w starości; 2) Komunikacja w procesie fizjologicznego starzenia się; 3) Komunikacja powikłana procesami patologicznymi. Ma ona charakter wielodyscyplinarny, bowiem zawiera rozważania na temat komunikacji osób starzejących się fizjologicznie, ale także naznaczonych procesami patologicznymi, poczynione przez szerokie grono specjalistów, m.in. psychologów, neuropsychologów, geriatrów, neurologów, audiologów, otolaryngologów, językoznawców i logopedów.

Choroba Alzheimera. Zaburzenia komunikacji językowej Anety Domagały i Emilii Sitek (2018) to najnowsza praca monograficzna poświęcona problematyce komunikacji językowej w chorobie Alzheimera. Podejmowane w monografii zagadnienia (np. aspekty diagnostyczne w przypadku choroby Alzheimera, komunikacja językowa i jej zaburzenia w chorobie Alzheimera, postępowanie logopedyczne w zakresie terapii pośredniej i bezpośredniej w chorobie Alzheimera, nefarmakologiczne oddziaływania terapeutyczne w chorobie Alzheimera) zostały omówione z perspektywy logopedy i neuropsychologa.

⁵ Gerontologopedia to „subdyscyplina logopedii, wyjaśniająca procesy komunikowania się słownego ludzi w starszym wieku, starzejących się fizjologicznie lub z towarzyszącymi zjawiskami patologii zdrowotnej (np. afazja, otępienie)” (Tłokiński, Milewski, Kaczorowska-Bray, 2018, s. 17).

Problematyka zaburzeń sprawności leksykalno-semantycznej u osób w wieku senioralnym starzejących się fizjologicznie oraz osób w różnych fazach rozwojowych otępienia alzheimerowskiego w polskiej literaturze językoznawczej i logopedycznej pozostaje wciąż nie w pełni opisana. Na gruncie logopedii i językoznawstwa dostrzega się bowiem brak opracowań o charakterze monograficznym, podejmujących całościowo zagadnienie związane z zaburzeniami o charakterze leksykalno-semantycznym w otępieniu alzheimerowskim. Częściowo problemy leksykalno-semantyczne osób starzejących się patologicznie omawia Aneta Domagała (2007; 2015; 2018). Autorka opisuje trudności leksykalne doświadczane przez badanych pacjentów podczas ich spontanicznych wypowiedzi pojawiających się w toku indywidualnych rozmów. Do oceny wypowiedzi konstruowanych przez badanych na temat osób, miejsca, sytuacji i zdarzeń zaprezentowanych na zdjęciach sytuacyjnych posłużyła badaczce autorska technika diagnostyczna, tj. *Skala sprawności narracyjnych*. Zaburzenia sprawności leksykalno-semantycznej w otępieniu alzheimerowskim zostały więc w pracy Anety Domagały (2015) omówione w oparciu o analizę spontanicznych wypowiedzi osób badanych.

Jak dotąd, w Polsce nie objęto badaniami nazywania tzw. konfrontacyjnego⁶, czyli umiejętności aktualizowania nazwy z użyciem bodźca wzrokowego (np. ilustracji), oraz nazywania tzw. oralnego, czyli umiejętności podawania nazwy w oparciu o bodziec słuchowy (np. na podstawie definicji wyrazu), u osób starzejących się patologicznie w przebiegu choroby Alzheimera⁷. Ponadto w Polsce dotychczas nie przeprowadzono badań o charakterze longitudinalnym⁸, czyli badań podłużnych, które umożliwiłyby prześledzenie zmian w funkcjonowaniu językowym, ze szczególnym uwzględnieniem postępujących problemów leksykalno-semantycznych osób starzejących się fizjologicznie i patologicznie, tj. z otępieniem alzheimerowskim. Podjęcie tematu będącego przedmiotem niniejszego opracowania jest próbą wypełnienia tej luki w badaniach nad zaburzeniami sprawności językowych osób w stanach otępiennych.

Głównym celem pracy jest ocena sprawności leksykalno-semantycznej oraz analiza językowych strategii zastępczych⁹ występujących w przypadku deficytów leksykalno-semantycznych u osób w różnych fazach rozwojowych otępienia w przebiegu

⁶ Termin *nazywanie tzw. konfrontacyjne* upowszechnił się dzięki pracy D. J. Done'a i T. M. Gale'a (1997), zaś termin *nazywanie tzw. oralne* – K. M. Millera i in. (2010).

⁷ Badania w odniesieniu do anomii proprialnej w porównaniu z anomią apelatywną z uwzględnieniem nazywania konfrontacyjnego i nazywania oralnego zostały przeprowadzone przez Małgorzatę Rutkiewicz-Hanczewską (2016) u osób po udarze w półkuli lewej i prawej.

⁸ Longitudinalne studium przypadku osoby z anomią w wariacie agramatycznym pierwotnej afazji postępującej (PPA-G) zostało omówione w monografii Małgorzaty Rutkiewicz-Hanczewskiej (2016).

⁹ W niniejszej pracy na określenie językowych strategii zastępczych stosuje się także termin „strategia kompensacyjna”, „technika kompensacyjna”, „kompensacja”.

choroby Alzheimera. Oceny rozumienia i aktualizowania leksemów oraz frazeologizmów, charakteryzujących się wysoką frekwencją użycia w języku polskim, dokonano przy użyciu autorskiego narzędzia do badania sprawności leksykalno-semantycznej.

Zaplanowane badania własne zostały ukierunkowane na analizę deficytów leksykalno-semantycznych występujących u pacjentów z otępieniem alzheimerowskim w fazie łagodnej i umiarkowanej. Przeprowadzone badania przybrały charakter longitudinalny i umożliwiły prześledzenie zmian w funkcjonowaniu językowym osób z otępieniem alzheimerowskim, objawiających się narastaniem u nich zaburzeń nazywania. Przyjęta strategia badawcza, zasadzająca się na prowadzeniu podłużnych badań, umożliwiła zatem:

- 1) zarejestrowanie postępujących objawów anomii (czyli zaburzeń nazywania) u pacjentów z otępieniem alzheimerowskim w fazie łagodnej i umiarkowanej oraz ewentualnych problemów leksykalnych u osób w wieku podeszłym bez objawów otępienia, czyli osób starzejących się fizjologicznie, stanowiących grupę kontrolną w badaniach;
- 2) opisanie językowych strategii kompensowania problemów anomicznych¹⁰ przez osoby w łagodnej i umiarkowanej fazie otępienia alzheimerowskiego, czyli analizę porównawczą strategii radzenia sobie z postępującymi błędami nazywania u pacjentów w różnych fazach zaawansowania choroby Alzheimera zaobserwowanych na przestrzeni trzech lat.

Obok słownictwa ocenie została także poddana frazeologia, czyli drugi składnik podsystemu leksykalnego polszczyzny. Materiał badawczy pozyskano od pacjentów z otępieniem alzheimerowskim, stanowiących właściwą grupę badawczą, oraz osób w wieku senioralnym starzejących się fizjologicznie, należących do grupy kontrolnej. Celem analizy materiału było:

- 1) omówienie zakłóceń w realizacji związków frazeologicznych objawiających się modyfikacjami ich struktury formalnej oraz struktury znaczeniowej;
- 2) stworzenie rejestru kategorii zmian¹¹ w zakresie struktury frazeologizmów (tj. rodzajów innowacji frazeologicznych) oraz ich zmian znaczeniowych (tj. rodzajów semantycznych modyfikacji frazeologicznych) zaobserwowanych na przestrzeni trzech lat u pacjentów w różnych fazach zaawansowania choroby Alzheimera.

¹⁰ Wykaz technik kompensowania błędów nazywania zarejestrowany w badanych grupach został opracowany w odwołaniu do różnorodnych klasyfikacji błędów nazywania omówionych głównie w literaturze afazjologicznej (por. Maruszewski, 1966, s. 139–202; Domagała, 2015, s. 149–207; Rutkiewicz-Hanczewska, 2016, s. 99–138).

¹¹ Scharakteryzowane w pracy kategorie zmian dotyczące formy i treści frazeologizmów zostały opisane w odwołaniu do: 1) językoznawczej klasyfikacji błędów frazeologicznych Danuty Buttler (1987); 2) typologii innowacji frazeologicznych współczesnej polszczyzny Stanisława Bąby (1986; 1989) oraz 3) klasyfikacji semantycznej zamierzonych modyfikacji związków frazeologicznych Grażyny Majkowskiej (1988).

Monografia składa się ze wstępu, pięciu rozdziałów, wniosków końcowych oraz zakończenia. We wstępie przedstawiono stan badań nad zaburzeniami sprawności językowej i komunikacyjnej osób w wieku senioralnym oraz sformułowano cel i założenia pracy. W rozdziale pierwszym opisane zostały wstępne zagadnienia teoretyczne, tj. definicje terminu „otępienie”, kliniczne kryteria rozpoznawania otępienia alzheimerowskiego, schemat diagnozy logopedycznej oraz rodzaje zaburzeń poznawczo-językowych w otępieniu alzheimerowskim. W rozdziale drugim omówiono pojęcie sprawności leksykalno-semantycznej oraz modele dostępu do „słownika umysłowego”. Rozdział trzeci poświęcono przedstawieniu metodologii badań własnych. W rozdziale czwartym i piątym zaprezentowano wyniki badań własnych. Przeprowadzono analizę jakościową, polegającą na wskazaniu konkretnych strategii kompensacyjno-adaptacyjnych stosowanych przez badane osoby w przypadku deficytów leksykalno-semantycznych oraz analizę ilościową otrzymanych wyników badań zorientowaną głównie na charakterystykę porównawczą sposobów radzenia sobie z postępującymi błędami nazywania u osób starzejących się fizjologicznie oraz osób w różnych fazach zaawansowania choroby Alzheimera zaobserwowanych u nich na przestrzeni trzech lat. W podsumowaniu i zakończeniu pracy zostały przedstawione wnioski płynące z przeprowadzonych badań. Do pracy została także dołączona literatura przedmiotu, wykaz tabel i wykresów, wykaz stosowanych skrótów oraz obszerny aneks zawierający autorskie narzędzie do badania sprawności leksykalno-semantycznej.

Monografia jest zaktualizowaną wersją rozprawy doktorskiej *Zaburzenia sprawności leksykalno-semantycznej w otępieniu alzheimerowskim* (2019), napisanej pod kierunkiem dr hab. Ireny Jaros, prof. UŁ (promotor pomocniczy dr Ewa Gacka) w Zakładzie Dialektologii Polskiej i Logopedii Instytutu Filologii Polskiej i Logopedii Uniwersytetu Łódzkiego.

ROZDZIAŁ I

OTĘPIENIE ALZHEIMEROWSKIE Z PERSPEKTYWY GERONTOLINGWISTYKI I LOGOPEDII

1. Definiowanie terminu „otępienie”

„Otępienie” (demencja, zespół otępienny) to zespół objawów spowodowany chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, obejmujący zaburzenia wyższych funkcji korowych, takich jak pamięć, myślenie, orientacja, funkcje wzrokowo-przestrzenne, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, ocena oraz język. Ponadto zaburzeniom funkcji poznawczych towarzyszą zwykle zmiany emocjonalno-osobowościowe oraz zaburzenia psychopatologiczne, co objawia się obniżeniem kontroli nad reakcjami emocjonalnymi, społecznymi, zachowaniem i motywacją (*Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania...*, 2000, s. 51; Herzyk, Jodzio, 2008, s. 29).

Zespół otępienny oznacza więc spadek możliwości umysłowych człowieka oraz nabytą deteriorację procesów poznawczych. Powoduje to trudności w pracy, problemy w życiu codziennym oraz wyraźne pogorszenie dotychczasowego funkcjonowania ogólnego (Szczudlik, Parnowski, 2012, s. 1). Otępienie jest syndromem klinicznym występującym w przebiegu różnych chorób wieku senioralnego, w tym najczęściej w przebiegu choroby Alzheimera, choroby naczyniowej mózgu czy choroby Parkinsona. Pojawia się ponadto w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych oraz guzów wewnątrzczaszkowych (*Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania...*, 2000, s. 51). Na gruncie różnych nauk, w tym medycznych¹ i neuropsychologicznych, podkreśla się progresywny

¹ Na gruncie nauk medycznych otępienie definiuje się w odniesieniu do kryteriów diagnostycznych wypracowanych przez zespoły specjalistów pracujących na Zachodzie. Są to Kryteria Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) oraz zbliżone do nich konstrukcyjnie Kryteria Amerykańskiego Stowarzyszenia Psychiatryków (DSM-IV) (por. Bilikiewicz i in., 1999; Parnowski, 1998; Szczudlik, Parnowski, 2012). Oprócz tych uznanych kryteriów, w ostatnim czasie powstały także nowe Kryteria Narodowego Instytutu Badań Starzenia i Stowarzyszenia Alzheimerowskiego (NIA/AA), których omówienie znajduje się w pracy A. Szczudlika i T. Parnowskiego (2012).

i nieodwracalny charakter zaburzeń procesów poznawczych będących konsekwencją patologicznych zmian (zwyrodnień, degeneracji) w tkance nerwowej i naczyniach krwionośnych mózgu oraz stopniowego wyczerpywania się zasobów mózgowych (Herzyk, 2005).

Na gruncie językoznawstwa i logopedii termin otępienie definiuje się jako „warunkowany chorobą otępienną proces pogarszającego się funkcjonowania umysłowego i społecznego człowieka, powodujący jego niewydolność i zmierzający zwykle do uogólnionej deterioracji umysłowej oraz – funkcjonalnie – do desocjalizacji” (Domagała, 2015a, s. 36–37). Choć zaburzenia mowy i komunikacji nie stanowią obligatoryjnego kryterium diagnostycznego otępienia, to jednak mogą dotyczyć osoby z zaburzeniami poznawczymi. Zgodnie z logopedyczną klasyfikacją zaburzeń mowy Stanisława Grabiasa (2012; 2015, s. 30–34) zaburzenia mowy i komunikacji u osób z otępieniem (demencją), będące wynikiem zamierania neuronów i układów synaptycznych oraz ujawniające się najwyraźniej w chorobie Alzheimera, sytuuje się w kategoriach zaburzeń mowy, związanych z rozpadem kompetencji językowej i komunikacyjnej, dla których procedurą logopedyczną jest stabilizowanie rozpadu, a niekiedy (np. w przypadku afazji) odbudowa wszystkich typów kompetencji i usprawnianie realizacji² (Grabias, 2015, s. 33).

Jak zaznacza Aneta Domagała: „Rozległość zaburzeń (poznawczych i pozapoznawczych) pozostaje w ścisłej zależności z dynamiką zmian – pojawiających się bądź narastających powoli lub gwałtownie, skokowo; czasowo stabilnych czy nawet wycofujących się” (2015, s. 37). Toteż zaburzenia mowy i komunikacji w otępieniu ulegają pogorszeniu w związku z postępującym procesem deterioracji umysłowej i desocjalizacji. Ponadto zmiany w funkcjonowaniu językowym seniora mają charakter układowy. Dotykają nie tylko osobę chorą, ale również osoby z jej otoczenia. Zmiany wewnątrzpochodne to zmiany zachowań językowych osoby chorej, zaś zewnątrzpochodne dotyczą zmian w funkcjonowaniu osób z otoczenia chorego i ich zachowań językowych w kontakcie z chorym (Domagała, 2015, s. 43). Te zmiany, widoczne w kontakcie językowym osoby bliskiej, członka rodziny czy opiekuna chorego z nim samym, wtórnie wpływają na osobę chorą.

2. Kliniczne kryteria rozpoznawania otępienia alzheimerowskiego

Otępienie alzheimerowskie należy do najczęstszych rodzajów zespołu otępiennego. W jego przebiegu obserwuje się postępujące i nieodwracalne zaburzenia poznawczo-językowe dotykające osoby w wieku senioralnym. W Polsce otę-

² Zaburzenia mowy związane z rozpadem kompetencji językowej i komunikacyjnej to, oprócz zaburzeń mowy w demencji, także afazja, pragnozja i schizofazja (Grabias, 2015, s. 33).

pień alzheimerowski (inaczej: otępienie typu alzheimerowskiego, otępienie typu Alzheimer, otępienie w przebiegu choroby Alzheimer) jest rozpoznawane przede wszystkim na podstawie kryteriów diagnostycznych ICD-10 (zob. tab. 1) lub DSM-IV (zob. tab. 2), zastąpione w 2013 r. w Stanach Zjednoczonych przez DSM-5³ (zob. tab. 3).

Tabela 1. Kryteria diagnostyczne otępienia alzheimerowskiego według ICD-10

Spełnione ogólne kryteria zespołu otępiennego⁴ oraz: 1) podstępny początek ze stopniowym narastaniem objawów i pogarszaniem się stanu chorego; 2) brak dowodów klinicznych i wyników badań wskazujących na możliwość wystąpienia otępienia jako rezultatu innych chorób układowych lub chorób mózgu; brak nagłego, tak jak w udarze, początku oraz objawów ogniskowego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

Źródło: *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków–Warszawa 2000, za: Barcikowska, 2012, s. 62.

Tabela 2. Kryteria diagnostyczne otępienia alzheimerowskiego według DSM-IV

A. Rozwój licznych deficytów poznawczych przejawiających się: 1) zaburzeniami pamięci (osłabiona zdolność do uczenia się nowych albo przypominania poprzednio wyuczonych informacji); 2) obecnością jednego lub więcej z następujących objawów: a) afazja, b) apraksja, c) agnozja, d) zaburzenia działań wykonawczych (planowanie, organizacja, ustalanie kolejności, uogólnianie).
B. Zaburzenia poznawcze w kryterium A1 i A2 powodują znaczące zaburzenie funkcjonowania społecznego lub zawodowego i wykazują znaczące pogorszenie w porównaniu z poprzednim poziomem funkcjonowania.
C. Przebieg charakteryzuje się stopniowym początkiem i ciągłym narastaniem zaburzeń poznawczych.

³ W Polsce kryteria diagnostyczne DSM-5 zostały upowszechnione dzięki publikacji Jamesa Morisona *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów* (2016).

⁴ Ogólne kryteria diagnostyczne otępienia, wypracowane przez zespoły specjalistów na Zachodzie, zostały omówione m.in. w pracy A. Szczudlika i T. Parnowskiego (2012).

Tabela 2 (cd.)

D. Zaburzenia poznawcze w kryterium A1 i A2 nie są spowodowane żadnym z wymienionych poniżej czynników:
1) inne choroby ośrodkowego układu nerwowego, które powodują postępujące deficyty pamięci i innych funkcji poznawczych (choroba naczyniowa mózgu, choroba Parkinsona, choroba Huntingtona, krwiałk podtwardówkowy, wodogłowie normotensyjne, guz mózgu);
2) stany i choroby, o których wiadomo, że mogą być przyczyną otępienia (niedoczynność tarczycy, niedobór witaminy B12, niedobór kwasu foliowego, niedobór niacyny, hiperkalcemia, kiła układu nerwowego, zakażenie HIV);
3) stany spowodowane substancjami toksycznymi.
E. Deficyty poznawcze nie występują wyłącznie w przebiegu zaburzeń świadomości.
F. Obecności tych deficytów nie można wyjaśnić lepiej występowaniem innego zaburzenia (choroby psychicznej) z zakresu osi I, np. depresji czy schizofrenii.

Źródło: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, wyd. 4, American Psychiatric Association, Washington 1994, za: Barcikowska, 2012, s. 62.

Tabela 3. Zasadnicze cechy zaburzenia neuropoznawczego⁵ spowodowanego chorobą Alzheimera według DSM-5

Postać NCD	Poważne NCD spowodowane chorobą Alzheimera		Łagodne NCD spowodowane chorobą Alzheimera	
	prawdopodobne	możliwe	prawdopodobne	możliwe
	Spełnia kryteria poważnego/łagodnego NCD			
	Podstępny początek, stopniowe nasilenie się niepełnosprawności			
Liczba naruszonych domen*	co najmniej 2		co najmniej 1	
Pozytywne dowody genetyczne (badania lub wywiad rodzinny) na chorobę Alzheimera	poważne NCD spowodowane prawdopodobną chorobą Alzheimera	–	łagodne NCD spowodowane prawdopodobną chorobą Alzheimera	–

⁵ W DSM-5 zamiast terminu „otępienie/demencja” używa się terminu „zaburzenie neuropoznawcze” (*neurocognitive disorder* – NCD), chociaż pozwala się na stosowanie terminu „otępienie” w etiologii podtypów zaburzeń, w których to określenie jest standardem, np. „otępienie typu alzheimerowskiego”.

Postać NCD	Poważne NCD spowodowane chorobą Alzheimera		Łagodne NCD spowodowane chorobą Alzheimera	
	prawdopodobne	możliwe	prawdopodobne	możliwe
	Spełnia kryteria poważnego/łagodnego NCD			
	Podstępny początek, stopniowe nasilenie się niepełnosprawności			
Liczba naruszonych domen*	co najmniej 2		co najmniej 1	
Systematyczne stopniowe pogarszanie; brak występowania dłuższych okresów stabilizacji stanu	obecne wszystkie 3 czynniki – poważne NCD spowodowane prawdopodobną chorobą Alzheimera	jeśli brak któregośkolwiek z tych 3 czynników – poważne NCD spowodowane możliwą chorobą Alzheimera	–	obecne wszystkie 3 czynniki – poważne NCD spowodowane możliwą chorobą Alzheimera
Brak dowodów na przyczyny mieszane				
Pogorszenie pamięci i zdolności uczenia się				

* Mianem „domeny neuropoznawczej” określa się grupę funkcji, które dotyczą jakiegoś aspektu myślenia, postrzegania lub pamięci. W DSM-5 wyróżnia się następujące domeny: uwagę złożoną, uczenie się i pamięć, funkcje percepcyjno-motoryczne, funkcje wykonawcze, język, poznanie społeczne (Morrison, 2016, s. 536–540).

Źródło: J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, tłum. R. Andruszko, Kraków 2016, s. 551.

W 2011 roku ukazały się także nowe kryteria diagnostyczne otępienia typu alzheimerowskiego, zwane kryteriami NIA/AA, opracowane przez Narodowy Instytut Badań Starzenia i Stowarzyszenie Alzheimerowskie (zob. tab. 4).

Tabela 4. Nowe kryteria diagnostyczne otępienia w chorobie Alzheimera według NIA/AA

Prawdopodobne otępienie w AD rozpoznaje się, jeżeli pacjent:

1. Spełnia ogólne kryteria otępienia oraz dodatkowo stwierdza się:
 - A. Skryty początek. Objawy rozpoczynają się stopniowo w ciągu miesięcy lub lat, a nie nagle – w ciągu godzin lub dni.
 - B. Jednoznaczny wywiad mówiący o pogorszeniu funkcjonowania poznawczego na podstawie opisu lub obserwacji chorego.
 - C. Początkowe i najwyraźniejsze ubytki funkcjonowania poznawczego, ustalone na podstawie wywiadu i badania klinicznego, należą do jednej z następujących kategorii:

Tabela 4 (cd.)

a. Zaburzenia amnestyczne – jest to najczęstszy zespół manifestujący się w otępieniu w AD. Objawy ubytkowe powinny obejmować upośledzenie uczenia się i przypominania świeżo wyuczonych informacji. Powinny również występować inne cechy zaburzeń funkcjonowania poznawczego w co najmniej jednym dodatkowym zakresie. b. Zaburzenia nieamnestyczne: • Manifestacja językowa – najwyraźniejsze ubytki dotyczą znajdowania słów, ale powinny występować również ubytki w innych zakresach funkcjonowania poznawczego; • Manifestacja wzrokowo-przestrzenna – najwyraźniejsze ubytki dotyczą poznawczych sprawności przestrzennych i obejmują agnozę przedmiotów, upośledzone rozpoznawanie twarzy, symultanagnozę i aleksję. Powinny występować ubytki w innych zakresach funkcjonowania poznawczego; • Zaburzenia funkcji wykonawczych – najwyraźniejsze ubytki dotyczą upośledzonego wnioskowania, osądu i rozwiązywania problemów. Powinny występować ubytki w innych zakresach funkcjonowania poznawczego. D. Rozpoznanie prawdopodobnego otępienia w AD nie powinno być stawiane, jeżeli istnieją dane wskazujące na: a. istotną współistniejącą chorobę naczyniową mózgu, definiowaną w wywiadzie przez udar mózgu, powiązany czasowo z wystąpieniem lub nasileniem się upośledzenia funkcji poznawczych lub obecność mnogich albo rozległych zawałów lub nasilonych zmian hiperintensywnych w istocie białej lub b. kluczowe cechy otępienia z ciałami Lewy’ego inne niż samo otępienie lub c. wyraźne cechy behawioralnej odmiany otępienia czołowo-skroniowego lub d. wyraźne cechy odmiany semantycznej pierwotnej afazji postępującej lub pierwotnej afazji postępującej bez płynności mowy/z agramatyzmami lub e. dane wskazujące na inną współistniejącą aktywną chorobę neurologiczną lub współistniejącą chorobę inną niż neurologiczna albo stosowanie leków, które mogłyby mieć istotny wpływ na funkcjonowanie poznawcze.	Prawdopodobne otępienie w AD ze zwiększonym stopniem pewności: 1. Prawdopodobne otępienie w AD z udokumentowanym pogorszeniem – istnieją dane wskazujące na postępujące pogorszenie funkcjonowania poznawczego w kolejnych ocenach opartych na informacjach od osoby dobrze znającej pacjenta i na badaniu funkcji poznawczych, albo w postaci badania neuropsychologicznego, albo standaryzowanych badań stanu umysłowego;
--	---

2. Prawdopodobne ołępienie w AD u nosiciela mutacji genetycznej powodujacej AD – istnieją dane wskazujące na sprawczą mutację genetyczną (w genie *APP*, *PSEN1* lub *PSEN2*);
3. Prawdopodobne ołępienie w AD z danymi wskazującymi na proces patofizjologiczny AD – stanowią o tym wyniki badań markerów biologicznych (markery biologiczne odkładania się w mózgu białka amyloidu beta; markery biologiczne zejściowego zwyrodnienia lub uszkodzenia neuronalnego).

Źródło: G.M. McKhann i in., *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” 2011, no. 3, s. 263–269, za: Barcikowska, 2012, s. 63–64.

3. Diagnozowanie zaburzeń mowy i komunikacji w ołępieniu alzheimerowskim

Ocena logopedyczna osób w wieku senioralnym powinna być prowadzona w oparciu o analizę wyników badań specjalistycznych (m.in. neuropsychologicznych, neurologicznych, psychiatrycznych), dane uzyskane z wywiadu (zebranego od badanego i osób z jego najbliższego otoczenia) i obserwacji zachowań komunikacyjnych pacjenta. Ponadto w diagnozowaniu zaburzeń mowy w ołępieniu alzheimerowskim analizie poddaje się wyniki badań kwestionariuszowych i prób eksperymentalno-klinicznych (Panasiuk, 2015, s. 969–970; 2018, s. 385).

Badanie logopedyczne w przypadkach schorzeń wieku senioralnego, w tym w kierunku rozpoznania ołępienia w chorobie Alzheimer'a, winno uwzględniać: ocenę sprawności interakcyjnych (rozumienie i budowanie zachowań werbalnych: dialogowych i monologowych), ocenę sprawności komunikacyjnych (rozumienie i użycie językowych reguł społecznych, sytuacyjnych i pragmatycznych), ocenę językowej sprawności systemowej (rozumienie i realizowanie jednostek podsystemu fonetyczno-fonologicznego, morfologicznego, leksykalno-semantycznego, syntaktycznego), ocenę umiejętności czytania, pisania i liczenia oraz ocenę funkcji prymarnych (tj. gryzienie, żucie i połykanie) (Panasiuk, 2015, s. 971; 2018, s. 386–387; Domagała, 2015b, s. 1002–1003).

Taka struktura badania logopedycznego pozwala na wieloaspektową ocenę funkcjonowania poznawczo-językowego pacjenta senioralnego oraz rozpoznanie objawów zmian patologicznych w przebiegu różnych schorzeń wieku senioralnego, w tym: zaburzeń językowych i komunikacyjnych w łagodnych zaburzeniach poznawczych, w różnych rodzajach ołępienia, w przebiegu afazji pierwotnej postępującej, dyzartrii/anartrii, afazji, pragnozji, mutyzmu kinetycznego, zespołu psychoorganicznego czy w związku z niedosłuchem i głuchotą (Panasiuk, 2018, s. 387–388).

W odniesieniu do diagnozowania zaburzeń mowy w otępieniu w przebiegu choroby Alzheimera, Aneta Domagała, autorka standardów postępowania logopedycznego w otępieniu alzheimerowskim (por. Domagała, 2015b, s. 995–1021), podkreśla potrzebę ukierunkowania badania logopedycznego osób z otępieniem w przebiegu AD na rozpoznanie osiowych objawów zaburzeń mowy w otępieniu alzheimerowskim, do których zaliczają się: zaburzenia leksykalno-semantyczne, obniżenie (redukcja) złożoności syntaktycznej wypowiedzi oraz zaburzenia struktury tekstu przy braku zaburzeń sprawności fonetyczno-fonologicznej i zachowanej względnie długo poprawności gramatycznej oraz umiejętności czytania i pisanie (Domagała, 2015, s. 1004).

Postępowanie diagnostyczne w otępieniu alzheimerowskim powinno polegać na pozyskaniu danych o poziomie sprawności językowych i komunikacyjnych, umiejętności czytania i pisanie pacjenta, a także jego zainteresowaniach i preferowanych rodzajach aktywności językowo-komunikacyjnej, z uwzględnieniem: 1) funkcjonowania pacjenta w okresie przed zachorowaniem; 2) obrazu zmian zachodzących w przebiegu choroby Alzheimera oraz 3) aktualnego stanu pacjenta (Domagała, 2015, s. 1003–1004).

4. Zaburzenia mowy i komunikacji w otępieniu alzheimerowskim

Zaburzenia mowy i komunikacji w otępieniu alzheimerowskim nie są izolowanym objawem, tzn. współlistnieją z innymi objawami choroby Alzheimera – zaburzeniami funkcji poznawczych i zaburzeniami zachowania. Rozwijają się one na przestrzeni kilku lat. Mają więc charakter progresywny. O ile w początkowej fazie otępienia alzheimerowskiego zaburzenia językowe są trudno uchwytne, to w miarę narastania zaburzeń dementywnych, czyli postępującej deterioracji umysłowej, pogłębiają się i stają się bardziej zauważalne. W zaawansowanej fazie otępienia alzheimerowskiego następuje już całkowity rozpad systemu komunikacyjnego, objawiający się zniesieniem zdolności mówienia i rozumienia (tzw. mutyzm akinetyczny) (Bidzan i in., 2010; Pąchalska, Łukaszewska, 2011; Domagała, 2015a, s. 102).

Zaburzenia językowe w otępieniu alzheimerowskim dotyczą przede wszystkim zaburzeń sprawności leksykalno-semantycznej. Mowa osób ma postać tzw. „mowy pustej” (ang. *empty speech*), czyli „mowy bez treści, z niewielkim zasobem konkretnego słownictwa i małą liczbą pojęć” (Olszewski, 2008, s. 200) przy nienaruszeniu reguł gramatycznych i składniowych (Grzywa, 2009). Postępujące pogorszenie w funkcjonowaniu poznawczym osoby w wieku senioralnym powoduje także postępującą deteriorację semantyczną. Jej typowym objawem są trudności z odnajdywaniem słów, czyli obniżony poziom gotowości słowa oraz zaburzenia fluencji (płynności) słownej. Problemom w aktualizacji (przy-

wolowaniu) nazw towarzyszy syndrom TOT (ang. *tip-of-the-tongue state*), czyli charakterystyczny „stan metakognitywny” (Kornell, Metcalfe, 2006, s. 248, za: Rutkiewicz-Hanczewska, 2016, s. 90–92), a raczej uczucie, że jest się blisko wyszukania nazwy docelowej, rozumiane jako „mam to na końcu języka”. Zjawisko TOT polega więc na tym, że osoba nie może przywołać szukanej nazwy, ale niejednokrotnie ma zachowaną pamięć pierwszej/ostatniej litery lub sylaby słowa docelowego (Kielar-Turska, Byczewska-Konieczny, 2014, s. 437–439). Zaburzenia nazywania, rozumiane jako problemy w przypominaniu sobie nazw rzeczy, przedmiotów, miejsc, imion znanych osób itp., określa się terminem dysnomia/anomia.

Kolejnym zasadniczym objawem zaburzeń językowych w ołępieniu alzheimerowskim są zaburzenia sprawności interakcyjnych. W wypowiedziach dialogowych osób z chorobą Alzheimera stwierdza się bowiem: problemy z referencją, nieoczekiwane zmiany tematów rozmów, wtrącanie słów, wyrażeń lub tematów z poprzednich rozmów (persewercje), wycofywanie się z rozmowy, długie pauzy, milczenie lub nadmierny werbalizm, automatyzmy i komentarze metajęzykowe. U chorych występują również trudności w budowaniu logiczno-treściowej struktury wypowiedzi monologicznej (Domagała, 2007; 2015). Wtórne objawy trudności leksykalnych uwiadcniają się więc na płaszczyźnie syntaktycznej wypowiedzi. Zakłócenia w strukturze syntaktycznej zdań czy dłuższych wypowiedzi osób z ołępieniem alzheimerowskim należy wiązać z dotykającymi te osoby deficytami leksykalno-semantycznymi (Domagała, 2018, s. 98).

Co więcej, osoby w łagodnej i umiarkowanej fazie ołępienia alzheimerowskiego mają kłopoty z budowaniem wypowiedzi pisemnych oraz z czytaniem ze zrozumieniem. Problemem pozostaje dla osoby chorej dekodowanie znaczenia przeczytanego tekstu oraz umiejętność pisania ze słuchu przy jednocześnie dość długo zachowanej technice czytania i pisania.

U osób z ołępieniem alzheimerowskim ujawniają się także zaburzenia sprawności narracyjnych, czyli trudności w zakresie kreowania wypowiedzi determinowanych gatunkowo (różnych form opisu i opowiadania). Wskazuje się na istotne trudności z realizacją wypowiedzi w aspekcie superstrukturalnym – z aktywizowaniem wzorców formalnych bądź zachowaniem ich w toku realizacji wypowiedzi (Domagała, 2015a, s. 427).

Zaburzeniu w ołępieniu alzheimerowskim ulegają ponadto sprawności komunikacyjne. Dotyczą one zaburzeń w zakresie językowej sprawności społecznej (umiejętności dostosowania wypowiedzi do rangi społecznej współrozmówcy), sytuacyjnej (umiejętności realizowania wypowiedzi adekwatnie do danej sytuacji komunikacyjnej), pragmatycznej (umiejętności osiągnięcia celu wypowiedzi i realizacji intencji komunikacyjnej) (Domagała, 2007; 2015; 2018, s. 152–176).