

# DEMENCJA / DEMENTIA

ANETA DOMAGAŁA

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

## Interakcja: logopeda – pacjent z chorobą Alzheimerera w fazie umiarkowanej w sytuacji badania diagnostycznego

---

Interaction: speech therapist – patient with a moderate stage  
of Alzheimer's disease

### STRESZCZENIE

W artykule podjęto problematykę interakcji, definiowanej jako podstawowa jednostka komunikacji społecznej w sytuacji badania diagnostycznego prowadzonego w warunkach otępienia w fazie umiarkowanej. Ukierunkowano się na problemy z zachowaniem relacji interpersonalnej adekwatnej w sytuacji badania, w aspekcie językowej sprawności społecznej. Badania zostały przeprowadzone na materiale językowym pozyskanym w grupie 60 osób z otępieniem alzheimerowskim w fazie umiarkowanej, w czasie realizacji projektu badawczego pt. „Narracja i jej zaburzenia w przebiegu choroby Alzheimerera. *Skala sprawności narracyjnych* jako technika diagnostyczna w otępieniu alzheimerowskim” (kierownik projektu: dr Aneta Domagała; 39. konkurs projektów badawczych Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego). W badanej populacji około 58% osób było zdolnych poprawnie funkcjonować w kontakcie z interlokutorem (tu: ujawniono osoby potrafiące kształtować relacje odznaczające się wysoką sprawnością współdziałania z drugą osobą w warunkach diagnozy – około 17%). U około 42% badanych ujawniono trudności w relacji z interlokutorem. Ocena podstawowych wymiarów interakcji zachodzącej w sytuacji badania ma fundamentalne znaczenie przy orzekaniu o sprawnościach językowych pacjenta z otępieniem; wypowiedzi chorego, analizowane i interpretowane przez logopedę, warunkowane są sytuacyjnie (tu: zgodnie z tym, jak osobie chorej jawi się dana sytuacja komunikacyjna).

**Słowa kluczowe:** diagnoza, zachowania językowe, interakcja, otępienie alzheimerowskie

### SUMMARY

This article discusses the problems of interaction (defined as a basic unit of social communication – Domagała 2015b) in the conditions of a moderate stage of dementia. The attention has been focused on problems with keeping interpersonal relations adequate in the examination situa-

tion in respect of social skills. The study was conducted on the empirical material gathered under the research project "Narrative and Its Disorders in Alzheimer's Dementia. *The Scale of Narrative Skills in Alzheimer's Dementia*" (project manager: Dr Aneta Domagała; 39<sup>th</sup> Ministry of Science and Higher Education competition of research projects). A total of 60 patients with a moderate stage of Alzheimer's dementia were studied.

In the studied population, about 58% of subjects were able to function correctly in contact with the interlocutor. It should be noted that there were persons (ca. 17%) who were able to form a (strongly) positively marked relationship, and were characterized by high skills of cooperation with another person in a diagnostic situation. About 42% of the subjects showed difficulties in the relationship with the interlocutor. The evaluation of basic dimensions of interaction occurring in the examination condition is fundamental to determining the linguistic abilities of a patient with dementia; the subject's utterances, analyzed and interpreted by a speech therapist, are situationally conditioned (here: according to how the patient perceives a given communication situation).

**Key words:** diagnosis, linguistic behaviors, interaction, Alzheimer's dementia

## WPROWADZENIE

W niniejszym artykule podejmuję problematykę interakcji (definiowanej jako podstawowa jednostka komunikacji społecznej – Domagała 2015b) w sytuacji badania diagnostycznego prowadzonego w warunkach otępienia w fazie umiarkowanej.

Umiejętność nawiązania kontaktu z drugą osobą, utrzymania go i wreszcie wygaszenia w ramach zaistniałego układu ról społecznych (tak jak ujmuje to S. Grabias – 2001) jest podstawowym wymiarem interakcji w warunkach diagnozy i terapii, a także każdej innej sytuacji komunikacyjnej z udziałem pacjenta (np. opiekun zawodowy – podopieczny, w warunkach codziennej komunikacji w ośrodku). W otępieniu podstawową kwestią pozostaje rozpoznanie sytuacji komunikacyjnej – ról społecznych, tego, kto mówi, do kogo, w jakiej sytuacji i w jakim celu (co należy wyekspozować jako możliwość aktywizowania się pożądanego modelu sytuacyjnego, odpowiadającego ogólnej wiedzy na temat różnorodnych sytuacji porozumiewania się czy kontekstów, w jakich dyskurs ma miejsce – tak jak referuje to E. Osiejuk [1994] w obszarze neuropsychologii poznawczej, w odniesieniu do podstawowych poziomów strukturyzacji wypowiedzi). Trzeba mieć na uwadze, że zachowanie chorego w sytuacji badania może być warunkowane różnymi deficytami poznawczymi oraz pozapoznawczymi. Jeśli chodzi o sferę poznawczą, w umiarkowanej fazie otępienia nasilone są zaburzenia językowe (zob. przegląd prac – H. Marczevska 1994; A. Domagała 2007, 2015), ale też zaburzenia pamięci, myślenia, orientacji allo- i autopsychicznej, uwagi czy funkcji wzrokowo-przestrzennych (M. Pąchalska i in. 2004; A. Herzyk, K. Jodzio 2008; H. Olszewski 2008; G. T. Grossberg, S. M. Kamat 2011 i inni). W aspekcie pozapoznawczym powszechnie wskazuje się na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (T. Sobów 2010; G. T. Grossberg, S. M. Kamat 2011, I. Kłoszew-

ska i R. Magierski 2004, i inni), przy czym brakuje kryteriów, które określałyby symptomy psychozy przypisane chorobie Alzheimera (L. S. Schneider, K. S. Dagerman 2004).

Ocena podstawowych wymiarów interakcji zachodzącej w sytuacji badania ma fundamentalne znaczenie przy orzekaniu o sprawnościach językowych pacjenta z otępieniem; wypowiedzi chorego, analizowane i interpretowane przez logopedę, warunkowane są sytuacyjnie (tu: zgodnie z tym, jak osobie chorej jawi się dana sytuacja komunikacyjna).

Wyniki badań prezentowane w artykule uzupełniają opis zjawisk zawarty w monografii przedstawiającej podstawowe ustalenia płynące z badań empirycznych w populacji osób z otępieniem o zróżnicowanym stopniu nasilenia (Domała 2015b). W niniejszej pracy skoncentrowano się na problemach z zachowaniem w sytuacji badania adekwatnej relacji interpersonalnej pomiędzy badanym a badającym, w aspekcie językowej sprawności społecznej.

## MATERIAŁ BADAWCZY

Badania zostały przeprowadzone na materiale empirycznym zgromadzonym w ramach projektu badawczego pt. „Narracja i jej zaburzenia w przebiegu choroby Alzheimera. *Skala sprawności narracyjnych* jako technika diagnostyczna w otępieniu alzheimerowskim” (kierownik projektu: dr Aneta Domała; 39. konkurs projektów badawczych Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego).

W ramach projektu pierwszoplanowo pozyskiwano wypowiedzi narracyjne z wykorzystaniem materiałów pomocniczych (zdjęć, ilustracji) zaprojektowanych tematycznie, z myślą o generowanych przez nie podstawowych formach wypowiedzi. Teksty te podlegały następnie wieloaspektowej analizie. Jednocześnie istotnym elementem całościowej oceny zachowań językowych badanego, dokonywanej z zastosowaniem autorskiej „Skali sprawności narracyjnych”, było funkcjonowanie chorego w toku interakcji z logopedą. Zastosowana w badaniach autorska *Skala sprawności narracyjnych* składa się bowiem z trzech zasadniczych części:

I. Oceny sprawności narracyjnych – dokonywanej na podstawie materiału empirycznego zgromadzonego w toku badania, wypowiedzi pozyskanych przez badającego w indywidualnym kontakcie z badanym, zarejestrowanych i poddanych transkrypcji.

II. Samooceny własnych zachowań językowych, dokonywanej przez badanego.

III. Oceny zachowania badanego w sytuacji badania.

W części III podstawą oceny zachowania badanego jest obserwacja prowadzona w toku badania, ukierunkowana, zgodnie z opracowaną „Kartą obserwacyjną”, na funkcjonowanie pacjenta w relacji: osoba badana – osoba badająca,

w celu rozpoznania ewentualnych problemów z zachowaniem relacji interpersonalnej, adekwatnej w sytuacji badania.

Badaniami objęto chorych przebywających w placówkach specjalistycznych ukierunkowanych na pomoc osobom z chorobą Alzheimera, takich jak:

- Ośrodek Naukowo-Badawczo-Dydaktyczny Chorób Otepiennych Akademii Medycznej we Wrocławiu, z siedzibą w Ścinawie – Oddział Psychogeriatryi;
- Szpital Neuropsychiatryczny im. prof. M. Kaczyńskiego w Lublinie – Oddział Psychogeriatryi;
- Zakład Opiekuńczo-Pielęgnacyjny im. Ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu – Oddział Dzienny;
- Zakład Opiekuńczo-Leczniczy dla Osób z Chorobą Alzheimera w Koprzywnicy;
- Zakład Opiekuńczo-Leczniczy dla Osób z Chorobą Alzheimera w Górnice (Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Jana Pawła II);
- Centrum Alzheimera w Warszawie – Oddział Dzienny oraz Dom Pomocy Społecznej;
- Środowiskowy Dom Samopomocy dzielnicy Wola w Warszawie – Świetlica dla Osób Chorych na Chorobę Alzheimera;
- Środowiskowy Dom Samopomocy dla osób z zespołem otępiennym typu Alzheimera w Krakowie (Małopolskiej Fundacji Pomocy Ludziom Dotkniętym Chorobą Alzheimera);
- Dom Dziennego Pobytu i Terapii dla Osób z Chorobą Alzheimera w Płocku;
- Środowiskowy Dom Samopomocy dla Osób z Chorobą Alzheimera w Łodzi (Łódzkiego Towarzystwa Alzheimerowskiego);
- Ośrodek Wsparcia dla Osób Chorych na Alzheimera w Kielcach;
- Środowiskowy Dom Samopomocy typu C (z siedzibą przy ul. Krzemionkowskiej) w Kielcach;
- Środowiskowy Dom Pomocy w Poznaniu (Wielkopolskiego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego);
- Środowiskowy Dom Samopomocy dla osób z chorobą Alzheimera oraz Dom Pomocy Społecznej „Kalina” w Lublinie;
- Środowiskowy Dom Samopomocy typu C dla osób z chorobą Alzheimera (z siedzibą przy ul. Lwowskiej) w Lublinie;
- Środowiskowy Dom Samopomocy dla osób z chorobą Alzheimera „Mefazja” oraz „Memory” (Lubelskiego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego) w Lublinie<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Pragnę złożyć tą drogą serdeczne podziękowania wszystkim specjalistom każdego z wymienionych ośrodków – za pomoc i ogromną życzliwość, której doświadczyłam w trakcie realizacji badań – oraz, za udział w badaniach, pacjentom i ich opiekunom.

Badania empiryczne zostały przeprowadzone przeze mnie osobiście, każdorazowo w indywidualnym kontakcie z osobą badaną.

Materiał empiryczny odnośnie do oceny zachowania, wykorzystany w niniejszym artykule, to 60 „Kart obserwacyjnych”, każdorazowo uzupełnionych bezpośrednio po badaniu indywidualnym, oraz dodatkowo – zarejestrowane nagrania z tej części badania wraz z transkrypcją wypowiedzi badanego. Grupę badaną stanowi w tym przypadku 60 osób pozostających w umiarkowanej fazie otępienia alzheimerowskiego: 30 kobiet (kod grupy: UK) oraz 30 mężczyzn (kod grupy: UM – kody te wykorzystuję w niniejszym artykule w opisie materiału egzemplifikacyjnego, wraz z uzupełnieniem o numer porządkowy badanej osoby). Średnia wieku dla badanej populacji wynosiła 76 lat i 8 miesięcy.

Analizy materiału empirycznego dokonano w aspekcie jakościowym i ilościowym, zgodnie z wytycznymi zawartymi w III części „Skali sprawności narracyjnych”, odnoszącej się do oceny zachowania.

## REZULTATY BADAŃ

1. Funkcjonowanie pacjenta w relacji: osoba badana – osoba badająca. Ogólna ocena jakościowa i ilościowa

Oceny funkcjonowania w relacji: osoba badana – osoba badająca, dokonywano z wyróżnieniem następujących kategorii:

*0 – zasadniczo bez zastrzeżeń*

Kwalifikowano tu zachowania zgodne z typem kontaktu odpowiadającym sytuacji badania (kontakt oficjalny, nietrwały) – pacjent zdolny do funkcjonowania w roli osoby badanej, do nawiązania kontaktu i zachowania właściwej relacji z badającym, współdziałania w warunkach diagnozy (brak zachowań nieadekwatnych).

Dodatkowo z kategoryzacją:

*0 a – kontakt oficjalny, neutralny,*

*0 b – kontakt oficjalny, nacechowany pozytywnie.*

Kategoria 0b wyróżnia osoby zdolne kształtować relację nacechowaną pozytywnie: chętnie przystępujące do badania, z zadowoleniem przyjmujące zainteresowanie własną osobą, w trakcie badania okazujące sympatię, uprzejme, niekiedy nawiązujące ciepły, serdeczny kontakt. Miernikiem są tu bezpośrednio komentarze dotyczące udziału w badaniu i uwagi kierowane pod adresem osoby badającej, sposób zwracania się do interlokutora, formuły grzecznościowe, zachowania głosowe. W takich wypadkach badanie przebiega w szczególnej, miłej atmosferze – zaistniała sytuacja komunikacyjna jest dla pacjentów satysfakcjonująca, nie-

pytani, zwracają uwagę na jakość relacji interpersonalnych (w danym układzie ról społecznych – wskazują przykładowo na podobieństwo do pełnionych przez siebie w przeszłości ról zawodowych, np. nauczyciela, lekarza).

Osoby z oceną funkcjonowania w relacji: osoba badana – osoba badająca: „0 – zasadniczo bez zastrzeżeń” odznaczają się najwyższymi możliwościami współdziałania z osobą badającą w warunkach diagnozy. Można sądzić, że są wśród nich pacjenci nawykli do wykonywania rozmaitych zadań (w ramach postępowania diagnostycznego i/lub terapeutycznego) w kontakcie indywidualnym z badającym bądź terapeutą, a jednocześnie bez negatywnych doświadczeń w tego typu relacjach.

#### *1 – z zastrzeżeniami*

Kwalifikowano tu zachowania niezgodne z typem kontaktu odpowiadającym sytuacji badania.

Dodatkowo z kategoryzacją:

*1a – skracanie dystansu, zachowania nieoficjalne, familiarne,*

*1b – dystans nadmierny, wycofanie, zachowania pełne rezerwy,*

*1c – zachowania nacechowane jawnie negatywnie (typu: przejawy agresji, irytacja, podejrzliwość i in.).*

Kategorię 1a charakteryzowały następujące zachowania:

- inicjowanie kontaktu fizycznego (typu: przytulanie się, dotykanie),
- szczególnie sposób zwracania się do osoby badającej, familiarność (przykładowo: *dziecko, córeczko, kotku, dziewczyno kochana, kochanie*, czy formy czasownika w 2 os. l. poj., np. *rozumiesz*),
- przekleństwa (tu: wypowiedane w obecności osoby badającej, lecz nieskierowane pod jej adresem), nasilona kolokwialność,
- wypowiedzi dwuznaczne, poufale, żarty.

Kategorię 1b rozpoznawano w sytuacji występowania znaczących zachowań niewerbalnych związanych z postawą ciała, kontaktem wzrokowym, mimiką, dystansem fizycznym między interlokutorami, ponadto za sprawą wyrażanych przez badanego uwag, wątpliwości, także zachowań głosowych. Zachowania te mogą być wyrazem dezorientacji chorego w sytuacji badania, poczucia obcości w kontakcie z osobą badającą, niepewności, nieufności czy obniżenia nastroju itp. Osoba badająca – jako osoba nowa, widziana po raz pierwszy – może nie zapewniać choremu, w wystarczającym stopniu, poczucia bezpieczeństwa. Poczucie obcości w sytuacji badania może wynikać z niedookreślenia relacji między interlokutorami, z niemożności dostatecznego rozpoznania osoby badającej w jej roli.

Kategorię 1c charakteryzowały zachowania w sposób jawny nacechowane negatywnie: przejawy agresji, wrogiego nastawiania do interlokutora, irytacja czy podejrzliwość, występujące przejściowo w kontakcie z osobą badającą, uobecniająca się w wypowiedziach. Zachowania te w przypadku każdej z badanych osób, u której się pojawiły, miały charakter przemijający. Mogą być one odzwierciedleniem ogólnych problemów pacjenta w kontakcie z innymi osobami, niektóre reakcje mogą jednak świadczyć o tym, że pacjent nie czuje się przez badającego traktowany w sposób odpowiedni (ma swoje oczekiwania i potrzeby, które nie są dostrzegane). Negatywne reakcje może prowokować sam fakt uczestnictwa w badaniu, które kojarzone jest z inną sytuacją diagnostyczną, niepożądane jako forma sprawdzania umiejętności mogąca obnażyć deficyty chorego<sup>2</sup>.

W populacji osób w umiarkowanej fazie otępienia, odnośnie do funkcjonowania w relacji: osoba badana – osoba badająca, ponad połowa badanych uzyskała ocenę: „0 – zasadniczo bez zastrzeżeń” i w zdecydowanej większości typ kontaktu kwalifikowano jako oficjalny, neutralny (0a). Funkcjonowanie w relacji: osoba badana – osoba badająca, oceniono jako: „1 – z zastrzeżeniami” w 41,67% przypadków: najczęściej stwierdzano tu skracanie dystansu (1a), dużo rzadziej zachowania nacechowane negatywnie (1c), najrzadziej zaś dystans nadmierny (1b).

Zestawienie danych szczegółowych zawiera tabela nr 1.

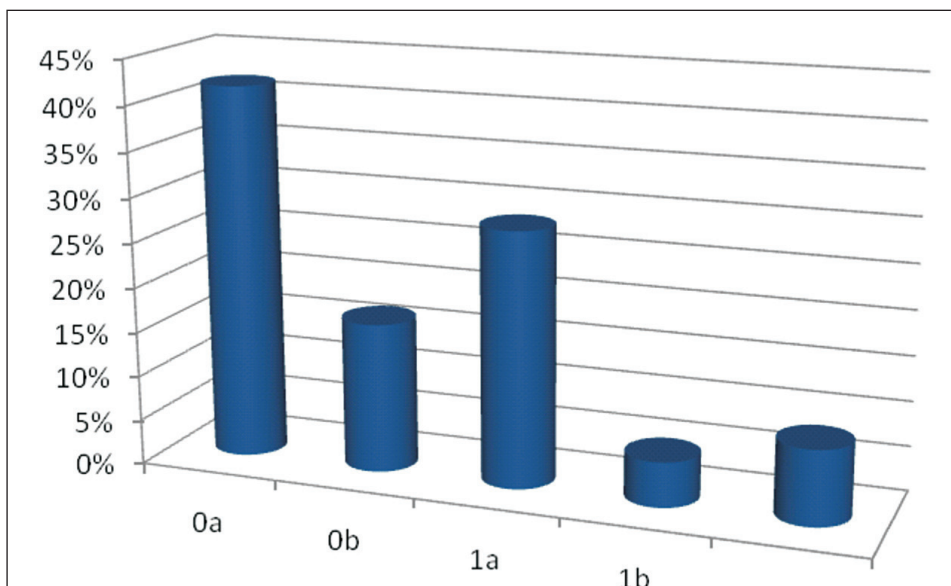
Tabela 1. Funkcjonowanie w relacji: osoba badana – osoba badająca (gdzie: 0 – zasadniczo bez zastrzeżeń /tu: 0a – kontakt oficjalny, neutralny; 0b – kontakt oficjalny, nacechowany pozytywnie/; 1 – z zastrzeżeniami /tu: 1a – skracanie dystansu; 1b – dystans nadmierny; 1c – zachowania nacechowane negatywnie)

Funkcjonowanie w relacji: osoba badana – osoba badająca		Pacjenci w umiarkowanej fazie otępienia N = 60
	0	58,33%
w tym:	0a	41,67%
	0b	16,67%
	1	41,67%
w tym:	1a	28,33%
	1b	5%
	1c	8,33%

<sup>2</sup> Szczegółową charakterystykę zachowań objętych „Kartą obserwacyjną”, wraz z bogatym materiałem ilustracyjnym, zawarto w monografii prezentującej wyniki badań w populacji osób z otępieniem alzheimerowskim, z wykorzystaniem eksperymentalnej wersji „Skali sprawności narracyjnych” (Domagała 2015b).



Odnośnie do zakresu zjawisk wyznaczonego dla potrzeb niniejszego opracowania wyniki pacjentów pozostających w umiarkowanej fazie otępienia w aspekcie ilościowym obrazuje wykres 1.



Wykres 1. Funkcjonowanie w relacji: osoba badana – osoba badająca (gdzie: 0 – zasadniczo bez zastrzeżeń /tu: 0a – kontakt oficjalny, neutralny; 0b – kontakt oficjalny, nacechowany pozytywnie/; 1 – z zastrzeżeniami /tu: 1a – skracanie dystansu; 1b – dystans nadmierny; 1c – zachowania nacechowane negatywnie)

2. Problemy w relacji: osoba badana – osoba badająca. Egzemplifikacja zjawisk

Osoba badana:

kobieta w umiarkowanej fazie otępienia alzheimerowskiego; podopieczna środowiskowego domu samopomocy dla osób z chorobą Alzheimera – placówki pobytu dziennego, na stałe mieszkająca z rodziną; wiek: 77 lat; wykształcenie: średnie.

Ocena funkcjonowania w relacji: osoba badana – osoba badająca (według „Skali sprawności narracyjnych” w części III. Ocena zachowania badanego w sytuacji badania):

„1 – z zastrzeżeniami” (tu: 1a. skracanie dystansu, zachowania nieoficjalne, rodzinne).



W wybranym przypadku na podstawie interakcji z pacjentką można orzekać o błędnym rozpoznaniu przez nią współ rozmówcy (tym samym: układu ról społecznych) – osoba badająca najprawdopodobniej identyfikowana jest jako jedna z sióstr zakonnych, z którymi pacjentka pozostawała w przeszłości w bliskich relacjach.

Rejestr form zwracania się do współ rozmówcy jest stały, i – w ramach przestrzeganego przez pacjentkę układu – spójny. Obejmuje następujące formy: *siostrę/ siostrzyczko*; *siostra* + czasownik w 3 os. l. pojedynczej; *siostrę/ siostrzyczko* + czasownik w bezokoliczniku; *kotuniu*.

Przykładowo:

*A tu... może ja tu siedzę. Siostrę, naprawdę?*

*I chyba, coś siostra może jeszcze dolożyć, nie?*

*I co, siostra chyba poprawi mnie na pewno coś?*

*I chyba to by było wszystko siostrzyczko, nie?*

*No i chyba to by było siostrzyczko, coś poprawić mi, co tam, bo inaczej...*

*No chyba to by było wszystko siostrzyczko.*

*Tele/ tele/ telewizor może ogląda ten pan. Możliwe, możliwe. Tak że... kotuniu, no może być, bo przecież...*

Wskazane formy adresatywne używane są na każdym etapie badania, podczas wykonywania kolejnych zadań (konstruowania wypowiedzi w formie opisu i opowiadania na podstawie prezentowanych materiałów graficznych) oraz dokonywania samooceny. Zarówno na początku, jak i w końcowej części spotkania pacjentka wskazuje, że gabinet, w którym odbywa się badanie, jest jej znany (kojarzy go z uzyskiwaniem porady specjalistycznej /tu: formalnie jest to gabinet psychologa, skromnie urządzone, bez żadnych wskazówek zdradzających przeznaczenie pomieszczenia).

Przykładowo:

U. K.: *Przed tym też byłam z jakąś rozmową, ale nie pamiętam... [...] Na pewno całe o o tych osób roz/ opowiadać.*

B: *Tak, tak.*

U. K.: *Tak wyczuwam.*

B: *Proszę dokładnie opowiedzieć, co jest na tym zdjęciu.*

U. K.: *Właśnie kotuniu.*

U. K.: *Dziękuję bardzo, dziękuję. Już ja raz tutaj byłam, tylko z zębami (opowiada o wizycie, robieniu protezy).*

Wypowiedzi pacjentki, włącznie z tymi, które konstruowane są na podstawie materiałów graficznych w toku wykonywania kolejnych zadań, wyrażają przyjazne nastawienie do otoczenia (ufną postawę, przeświadczenie, że współ rozmów-

ca będzie w razie potrzeby służył pomocą), pogodne postrzeżenie świata, zgodnie z własnym przekonaniem w kwestiach religijnych. Zachowania niewerbalne są wyrazem chęci nawiązania/podtrzymania bliskiej, ciepłej relacji z interlokutorem. Badana inicjuje kontakt fizyczny – dotyka rąk osoby badającej, głaszcze.

Odwołując się do typologii zjawisk odnośnie do językowych ról społecznych w warunkach otępienia (Domagała 2007, 2012b, 2013a), z uwagi na wymierne językowe i niejęzykowe wykładniki relacji między interlokutorami, zachowania osoby badanej należy kwalifikować jako błędne postrzeżenie współrozmówcy i relacji, w jakiej się z nim pozostaje (tu: błędne rozpoznanie: usytuowanie współrozmówcy w odmiennej grupie osób z otoczenia pacjentki; zachowania językowe charakterystyczne dla odmiennego układu językowych ról społecznych). Dla logopedy oznacza to układ zastany, wynikający z poczynionych przez chorego niewłaściwych ustaleń odnośnie do sytuacji komunikacyjnej. Badanie diagnostyczne zachodzi przy tak określonym przez pacjentkę układzie ról i typie kontaktu.

3. Problemy w relacji: osoba badana – osoba badająca a całościowa ocena zachowania pacjenta w sytuacji badania

W „Skali sprawności narracyjnych” o całościowej ocenie zachowania pacjenta w toku interakcji stanowiące współ:

- 1) ocena funkcjonowania w relacji: osoba badana – osoba badająca,
- 2) ocena realizacji procedury badania.

Zjawiska rejestruje się w następujących układach:

- 1) brak trudności w obydwu wyróżnionych aspektach zachowania (ocena: 0;0),
- 2) trudności dotyczące realizacji procedury badania, przy jednoczesnym ich braku odnośnie do funkcjonowania w relacji: osoba badana – osoba badająca (ocena: 0;1),
- 3) trudności dotyczące funkcjonowania w relacji: osoba badana – osoba badająca, przy jednoczesnym braku zastrzeżeń odnośnie do realizacji procedury badania (ocena: 1;0),
- 4) trudności dotyczące obydwu wyróżnionych aspektów zachowania (ocena: 1;1).

Uzyskane wyniki wskazują, że problemy w relacji: osoba badana – osoba badająca bardzo rzadko mają charakter izolowany (około 3% przypadków). W większości współwystępują u chorych wraz z problemami dotyczącymi realizacji procedury badania (około 38%) – warunki prowadzenia diagnozy zaburzeń językowych są w takich przypadkach niekorzystne. Kształt wypowiedzi pacjenta

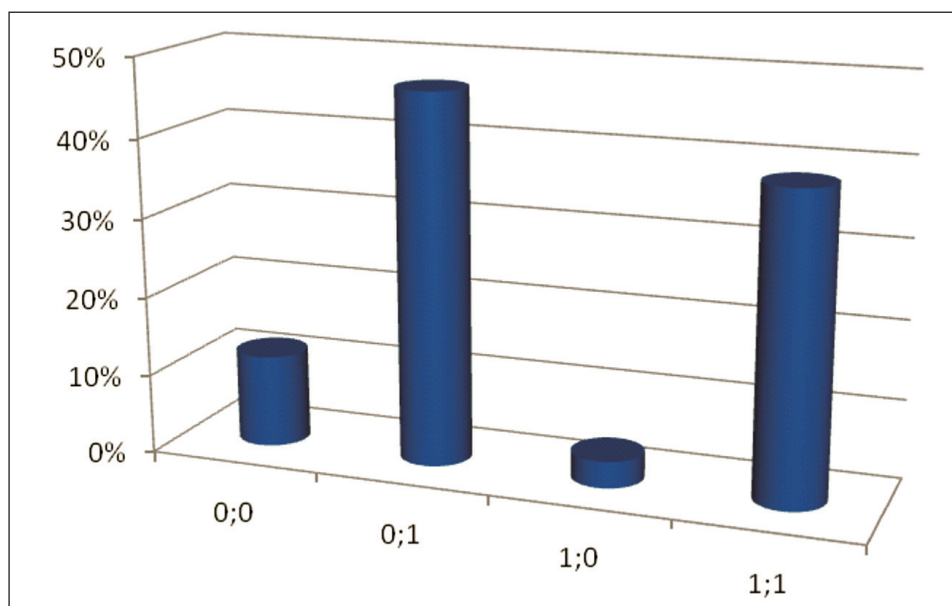
warunkowany jest więc wieloczynnikowo – w wielu wypadkach determinuje go umiejętność funkcjonowania w kontakcie z drugim człowiekiem, w relacji społecznej (tu: w relacji pacjent – logopeda).

Zestawienie danych szczegółowych zawiera tabela nr 2.

Tabela 2. Ocena zachowania pacjenta w sytuacji badania – wyniki ogólne (gdzie: 0;0 – zasadniczo bez zastrzeżeń; 0;1 – z zastrzeżeniami odnośnie do realizacji procedury badania; 1;0 – z zastrzeżeniami odnośnie do funkcjonowania w relacji: osoba badana – osoba badająca; 1;1 – z zastrzeżeniami odnośnie do funkcjonowania w relacji: osoba badana – osoba badająca oraz realizacji procedury badania)

Ocena zachowania pacjenta	0;0	0;1	1;0	1;1
Odsetek badanych	11,67%	46,67%	3,33%	38,33%

W aspekcie ilościowym wyniki uzyskane w badanej populacji osób w umiarkowanej fazie otępienia ilustruje wykres 2.



Wykres 2. Całościowa ocena zachowania pacjenta w sytuacji badania (gdzie: 0;0 – zasadniczo bez zastrzeżeń; 0;1 – z zastrzeżeniami odnośnie do realizacji procedury badania; 1;0 – z zastrzeżeniami odnośnie do funkcjonowania w relacji: osoba badana – osoba badająca; 1;1 – z zastrzeżeniami odnośnie do funkcjonowania w relacji: osoba badana – osoba badająca oraz realizacji procedury badania)

## PODSUMOWANIE I WNIOSKI

1) W populacji osób z otępieniem alzheimerowskim w fazie umiarkowanej obserwacja zachowania chorych w dwuwymiarowym układzie (1/ funkcjonowanie w relacji: osoba badana – osoba badająca; 2/ realizacja procedury badania) ujawnia duże zróżnicowanie zjawisk. Obydwa wyróżnione wymiary, stanowiące o ocenie zachowania pacjenta w sytuacji badania, są ważne z punktu widzenia analizy i interpretacji jego aktywności językowej, zachodzącej w określonych warunkach i przez nie determinowanych. Należy mieć na uwadze, że w otępieniu alzheimerowskim interakcja ulega zakłóceniu na skutek różnorodnych zaburzeń poznawczych (tu przykładowo: błędne rozpoznawanie osób – co zilustrowano w tekście) i pozapoznawczych, narastających w przebiegu choroby. Zróżnicowany charakter trudności rozpoznawanych w poszczególnych przypadkach będzie stanowił o indywidualizacji postępowania względem chorego na etapie postdiagnostycznym.

2) W badanej populacji około 58% osób było zdolnych poprawnie funkcjonować w kontakcie z interlokutorem. Trzeba zaznaczyć, że ujawniono osoby (około 17%) potrafiące kształtować relację (mocno) nacechowaną pozytywnie, odznaczające się wysoką sprawnością współdziałania z drugą osobą w warunkach diagnozy. U około 42% badanych ujawniono trudności w relacji z interlokutorem. W wielu przypadkach sygnalizują one badającemu, że dana sytuacja komunikacyjna jest pojmowana przez chorego odmiennie. Z perspektywy logopedycznej potrzebne jest rozpoznanie, w jakich relacjach chory funkcjonuje zadowolająco, a w jakich nie; czy są osoby potrafiące osiągnąć z nim porozumienie. Trzeba uznać, że relacja może być nieodpowiednia z powodu zachowań drugiej osoby (badającego, terapeuty czy opiekuna), nie zaś chorego. Nie wszystkie zachowania zdrowego interlokutora będą odpowiadały potrzebom i możliwościom osoby chorej – ten brak akceptacji trudno jednakże pacjentom wyrazić w sposób bezpośredni (poczucie obcości w sytuacji badania może np. skutkować zwiększeniem dystansu czy neutralizowaniem własnych zachowań tak, jakby pacjent chciał podołać stawianym przed nim wyzwaniom, wycofując się zarazem z relacji w wymiarze interpersonalnym). Zachowania nacechowane negatywnie może wyzwać czy nasilać sam fakt uczestnictwa w badaniu, konfrontującym pacjenta z posiadanymi deficytami (stąd podstawowe zalecenie w kontakcie z chorym kierowane do osób z jego najbliższego otoczenia to: „nie testuj”, w szczególności w programach terapii pośredniej – Ripich i in. 2000; Small 2002; Domagała, Gustaw 2006; Domagała 2008a, 2011a, 2011b, Powell 2012 i inni).

3) W stosunku do osób z otępieniem umiarkowanym z rozwagą należy interpretować przedstawione dane ilościowe, dotyczące zachowań niepożądanych w relacji z interlokutorem. Rzadko stwierdzano zachowania nacechowane negatywnie, lecz należy tu mieć na uwadze specyfikę badanej populacji (w wie-

lu ośrodkach zajmujących się chorymi z otępieniem, oferujących nie tylko opiekę, ale również terapię, podopieczni przechodzą specjalną kwalifikację – by mogli funkcjonować w grupie wraz z innymi chorymi i czerpać korzyści z proponowanych w placówce oddziaływań terapeutycznych). W kontakcie z osobą z zaawansowaną chorobą Alzheimera trzeba być przygotowanym na zachowania nacechowane jawnie negatywnie – one mogą zaistnieć i wymagać rozsądnej reakcji. Stwierdzenie występowania zasadniczych problemów w toku interakcji, uniemożliwiających osiągnięcie porozumienia z chorym, pokierowanie jego zachowaniami nakazuje rozważyć (zasięgając również opinii innych specjalistów), czy terapia logopedyczna w formie bezpośredniej znajdzie tu uzasadnienie; w niektórych przypadkach będzie ona niecelowa (Domagała 2015a, 2015c).

#### BIBLIOGRAFIA

- Domagała A., 2007, *Zachowania językowe w demencji. Struktura wypowiedzi w chorobie Alzheimera*, Lublin.
- Domagała A., 2008, *Choroba Alzheimera – komunikacja z chorym. Poradnik dla opiekunów*, wyd. II, zmienione, Wrocław.
- Domagała, A., 2011a, *Knowledge of Rehabilitation of Patients with Alzheimer's Dementia in University Training of Logopedists*, In: I. Candel Torres, L. Gomez Chóva, A. López Martinez (eds), ICERI Publications, 4966–4973, Madrid: International Association of Technology, Education and Development.
- Domagała A., 2011b, *Otępienie alzheimerowskie – usprawnianie komunikacji językowej w relacji: opiekun – chory*, [w:] *Choroby otępienne. Teoria i praktyka*, red. J. Leszek, Wrocław, s. 305–320.
- Domagała A., 2012b, *Zaburzenia komunikacji językowej w otępieniu alzheimerowskim – typologia zjawisk w perspektywie progresywności wypowiedzi*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin, s. 625–641.
- Domagała A., 2013a, *The Relation between the Patient with Alzheimer's Dementia and the Healthy Co-Interlocutor. From the Logopedic Perspective*, INTED Publications, Valencia, s. 1680–1685.
- Domagała A., 2015a, *Logopedic Examination of the Patient with Alzheimer's Dementia*, „Acta Neuropsychologica”, 13 (1), s. 11–23.
- Domagała A., 2015b, *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim*, Lublin.
- Domagała A., 2015c, *Standardy postępowania logopedycznego w otępieniu alzheimerowskim*, [w:] *Logopedia. Postępowanie logopedyczne. Standardy*, red. S. Grabias, T. Woźniak, J. Panasiuk, Lublin, s. 987–1013.
- Domagała A., Gustaw K., 2006, *Program FOCUSED jako metoda usprawniania komunikacji w otępieniu alzheimerowskim*, „Logopedia” 35, s. 91–98.
- Grabias S., 2001, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin (wyd. II).
- Grossberg G. T. & Kamat S. M., 2011, *Choroba Alzheimera. Najnowsze strategie diagnostyczne i terapeutyczne*, Warszawa.
- Herzyk A., Jodzio K., 2008, *Charakterystyka i perspektywy rozwoju neuropsychologii*, [w:] K. Jodzio, W. M. Nyka (red.), *Neuropsychologia medyczna. Wybrane zagadnienia (13–66)*, Sopot.

- Kłoszeńska I., Magierski R., 2004, *Zespoły otępienne*, [w:] *Neurogeriatria. Praktyczne problemy neurologii w wieku podeszłym*, red. A. Prusiński, Lublin, s. 205–226.
- Marczewska H., 1994, *Zaburzenia językowe w demencji typu Alzheimer*, [w:] H. Marczeńska, E. Osiejuk (red), *Nie tylko afazja... O zaburzeniach językowych w demencji Alzheimer, demencji wielozawalowej i przy uszkodzeniach prawej półkuli mózgu*, 7–60, Warszawa.
- Olszewski H., 2008, *Otępienie czołowo-skroniowe. Ujęcie neuropsychologiczne*, Kraków.
- Pąchalska M., Kurzbauer H., MacQueen B. D., Grochmal-Bach B., Godziniec K., 2004, *Kliniczny Test Funkcji Wykonawczych – Zrewidowany w diagnostyce różnicowej depresji, zespołu lekkich zaburzeń poznawczych oraz otępienia typu Alzheimer*, „Psychogeriatra Polska” 1 (2), s. 119–144.
- Schneider L. S. & Dagerman K. S., 2004, *Psychosis of Alzheimer's disease: clinical characteristics and history*, „Journal of Psychiatric Research” 38, s. 105–111.
- Sobów T., 2010, *Praktyczna psychogeriatra: rozpoznawanie i postępowanie w zaburzeniach psychicznych u chorych w wieku podeszłym*, Wrocław.
- Osiejuk E., 1994, *Problematyka dyskursu w neuropsychologii poznawczej*, Warszawa.
- Powell J., 2012, *Pomoc w komunikacji przy demencji* (Polonische Ausgabe von Hilfen zur Kommunikation bei Demenz” von Jennie Powell, Heft 2 der Reihe – Demenz Service, tłum. na język polski: A. Sęk).
- Ripich D. N., Ziol E., Fritsch T., Durand E. J., 2000, *Training Alzheimer's Disease Caregivers for Successful Communication*, „Clinical Gerontologist”, 21, s. 37–56.
- Small J. A., 2002, *Language and Communication in Alzheimer's Disease*, „Research and Practise in Alzheimer's Disease” 6, s. 100–104.