

---

## **Postępowanie logopedyczne. Studium przypadku • Logopedic Treatment. Case Studies**

---

**Aneta Domagała**

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

**Edyta Długosz**

Szpital Neuropsychiatryczny im. M. Kaczyńskiego, Lublin  
Oddział Psychogeriatrici

**Katarzyna Gustaw**

Instytut Medycyny Wsi, Lublin  
Poradnia Alzheimerowska  
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin  
Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

### **Zaburzenia mowy w badaniu klinicznym i ocenie własnej pacjenta we wczesnej fazie demencji typu Alzheimerera**

#### **Speech Disorders in the Clinical Examination and the Patient's Own Estimate in the Early Phase of Alzheimer's-related Dementia**

Na przykładzie pacjentki we wczesnej fazie demencji typu Alzheimerera, objętej badaniami w okresie trzech lat, przedstawiamy problem zaburzeń mowy w wolno postępującej chorobie neurodegeneracyjnej: początkowo mało uchwytanych i niekiedy trudnych do zobiektywizowania w badaniu klinicznym, a jednocześnie oczywistych dla osoby chorej i dostrzeganych przez jej otoczenie.

Wyeksponowanie interesujących nas kwestii – uzyskanie informacji dotyczących zmian obserwowanych przez chorą osobę i ocenianych subiektywnie – w opisywanym przypadku umożliwiają:

– świadomość pacjentki co do własnych trudności w mówieniu (także innych zmian zachodzących w jej funkcjonowaniu, uwarunkowanych chorobą); nieobecność wyparcia jako mechanizmu obronnego;

– zdolność do stworzenia właściwych relacji z lekarzem, psychologiem, logopedą i umiejętność współpracy podczas badania; poczucie ważności problemu ze względu na niepowodzenia pojawiające się w różnych sytuacjach komunikacyjnych w życiu codziennym;

– wysoka aktywność umysłowa pacjentki w ciągu całego życia (również po zakończeniu pracy zawodowej, np. udział w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku, a także, w dostępnych formach, w trakcie trwania choroby) oraz osiągnięty wysoki poziom sprawności językowej i refleksji nad językiem (staranna polszczyzna, bogata leksyka, umiejętność dostrzeżenia pewnych zjawisk, np. gwarowych, uchwycenia żartów językowych czy formułowania komentarzy z odniesieniem do języków obcych: białoruskiego i rosyjskiego, opanowanych w stopniu biegłym w młodości).

O wyborze tej właśnie osoby dla potrzeb niniejszego opracowania zdecydowały ponadto czynniki społeczne, zawarte w poniższej charakterystyce.

## I. PREZENTACJA BADANEJ OSOBY

Pacjentka A. Z.; wiek: 75 lat (w czasie pierwszej konsultacji logopedycznej, a obecnie 77 lat); pochodzenie: inteligenckie; wykształcenie: wyższe (nauki ścisłe); praca: zgodnie z wykształceniem, w przemyśle chemicznym, aktualnie na emeryturze; stan cywilny: zamężna; miejsce zamieszkania: małe miasto, dom rodzinny; opiekun: stały, odpowiedzialny (mąż).

Leczona w Poradni Alzheimerowskiej Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie od 2000 r. do chwili obecnej, w tym czasie regularnie poddawana kompleksowym badaniom – lekarz prowadzący: stały, współpraca z rodziną: bardzo dobra.

Diagnoza medyczna: demencja typu Alzheimerera. Spełnione kryteria kliniczne demencji typu Alzheimerera Amerykańskiej Klasyfikacji Diagnostycznej i Statystycznej (DSM-IV) i kryteria prawdopodobnej choroby Alzheimerera Narodowego Instytutu Chorób Neurologicznych i Udarów dla Choroby Alzheimerera i Chorób Pokrewnych (NINCDS/ADRDA). Choroby towarzyszące: osteoporoza, zaburzenia żołądkowo-jelitowe.

## II. OCENA KLINICZNA OTĘPIENIA

Stan pacjentki w momencie rozpoczęcia badań:

- Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego (MMSE): 24 pkt (tu: w części odnoszącej się do funkcji językowych wszystkie odpowiedzi prawidłowe);
- Skala Oceny Choroby Alzheimerera (ADAS): 26 pkt (punktacja całkowita) (tu: w zadaniach dotyczących języka odnotowano: niewielkie trudności w nazywaniu – badana nie podała nazw trzech obiektów spośród siedemnastu wskazanych (kciuk, palec serdeczny, nożyce), w ocenie ekspresji i rozumienia mowy, dokonywanej na podstawie 10-minutowej rozmowy lekarza/psychologa z pacjentem: jasność i komunikatywność wypowiedzi – brak zaburzeń; dobór słów w spontanicznej rozmowie – występowanie trudności, lecz bez znaczenia klinicznego; zdolność rozumienia języka mówionego – jednostkowe przypadki zakłóceń;
- Skala Ogólnej Deterioracji Reisberga (GDS) = 4 etap (lekkie nasilenie choroby – umiarkowane zaburzenia czynności poznawczych);
- Skala Niedokrwienna Hachinskiego (Hachinski Ischaemia Scale): punktacja całkowita = 2 (ponieważ: depresja oraz nadciśnienie tętnicze w wywiadzie);
- Skala Aktywności Złożonej (Instrumentalnej) Katza (IADL) (dotycząca funkcjonowania pacjenta w życiu codziennym, ukierunkowana na ocenę samodzielności i niezależności chorego): 19 pkt (tu: wynik odzwierciedla ograniczenia w zakresie takich rodzajów aktywności, jak: gotowanie, zakupy, sprząatanie, pranie oraz oznacza konieczność pomocy ze strony innych osób, np. chora nie potrafi gospodarować pieniędzmi, wymaga opieki podczas korzystania z komunikacji publicznej).

W tym okresie, w chwili objęcia A. Z. opieką lekarską, funkcjonowanie pacjentki było, zgodnie z istotą otępienia, zaburzone w dwu wymiarach: umysłowym oraz społecznym. W obrazie zaburzeń aktywności poznawczej dominowały zaburzenia pamięci, niemożliwe było zwłaszcza przypominanie po odroczeniu. Niekiedy chora wykazywała niepełną orientację allopsychiczną (tu: niemożność wskazania, jaki jest aktualnie miesiąc, dzień). W badaniu neuropsychologicznym stwierdzono przypadki osłabionej koncentracji uwagi. W wywiadzie notowano sytuacje obniżenia nastroju, utratę zainteresowania wydarzeniami w otoczeniu i wycofywanie się z różnych, chętnie podejmowanych do tej pory form aktywności (zgłaszane przez męża). Niewydolność pacjentki w życiu codziennym była wyraźna dla otoczenia (dezorganizacja podejmowanych działań, zagubienie) – zaakceptowana przez najbliższych, którzy w razie potrzeby służyli pomocą i udzielali wsparcia psychicznego.

W wyniku podjętego leczenia uzyskano, w pierwszym roku, pewną poprawę funkcjonowania poznawczego pacjentki, jednak w kolejnych latach nie obserwowano pozytywnych zmian. Wyniki osiągnięte w testach i próbach eksperymental-

nych ulegały nieznacznemu pogorszeniu. W ocenie neurologa dobry poziom sprawności umysłowej to rezultat zastosowania leków prokognitywnych. Na wyniki osiągnięte w badaniach pozytywnie mogły również wpływać oddziaływania ze strony męża: nie tylko stymulowanie aktywności umysłowej, np. poprzez rozwiązywanie krzyżówek, łamigłówek, gry komputerowe czy układanie pasjanśów, ale też wykonywanie ćwiczeń czy poleceń bezpośrednio związanych z orientacją w miejscu i czasie, liczeniem, nazywaniem, kategoryzowaniem obiektów, zapamiętywaniem – na wzór zadań testowych. Pacjentka była motywowana przez rodzinę, sięgała po informacje do książek, czytała, oglądała programy w telewizji. Funkcjonowanie społeczne było stale obniżone w odniesieniu do codziennych czynności domowych, co oceniano systematycznie w skalach behawioralnych na podstawie wywiadu rodzinnego.

W zakresie funkcji językowych w badaniu z wykorzystaniem wymienionych na wstępie skal również początkowo pojawiły się dobre efekty, następnie stale występowały wskazania na trudności w nazywaniu (brak odpowiedzi, substytucje), ale nigdy bardzo nasilone – niekiedy bez znaczenia klinicznego. Zmienne wyniki punktowe pacjentka osiągała przy wykonywaniu analogicznych bądź nawet tych samych zadań.

### III. OCENA ZABURZEŃ MOWY

#### 1. Ocena trudności pacjentki w pierwszym okresie badań

Celem pierwszej konsultacji logopedycznej (początek 2001 r.) było ustalenie zakresu trudności językowych chorej. Dwa odbyte wówczas spotkania zostały utrwalone na dyskach dyktafonu cyfrowego: zarejestrowany materiał jest źródłem cytowanych w niniejszym tekście wypowiedzi pacjentki.

Co warto podkreślić, początkowo stosunek chorej do logopedy był pełen rezerwy (skierowana przez lekarza prowadzącego po skończonej wizycie do sąsiedniego gabinetu, nie dowierzała: do logopedy chodziły jej wnuki, ale ona?). Wątpliwości te wyraziła wprost w rozmowie z logopedą, ponadto wykonanie pierwszych poleceń, które okazało się bezproblemowe, ujawniało wyraźny dystans wobec sytuacji. Pojawienie się trudności w następnych zadaniach, rozmowa o nich, możliwość swobodnego wypowiedzenia się na temat własnych problemów w mówieniu przełamały jednak barierę w kontakcie: obawy pacjentki zostały ostatecznie rozwiane (w związku ze swoim pierwszym skojarzeniem z pracą logopedy sądziła, mimo wstępnych wyjaśnień, że jest niesłusznie podejrzewana o zaburzenia wymowy) i jej postawa uległa diametralnie zmianie.

Badanie ekspresji i rozumienia mowy, adekwatnie do zaistniałych problemów, w głównej mierze zostało skoncentrowane na ocenie sprawności leksykalnej oraz sprawności narracyjnej pacjentki (tu objęło: nazywanie obrazków i wskazywanych obiektów, badanie fluencji słownej: semantycznej i kategoryjnej, badanie wybranych relacji w polu leksykalnym – hiponimii, antonimii – aktualizację słów w wypowiedziach monologicznych i dialogowych, budowanie tekstów w formie opowiadania i opisu na podstawie historyjek obrazkowych, ilustracji oraz faktów z własnego życia). Zamierzeniem realizowanym w trakcie całego badania było uzyskanie od pacjentki informacji o obserwowanych problemach: własnych przykładów niepokojących ją zjawisk, komentarzy, wyjaśnień, w miarę możliwości wolnych od sugestii badającego.

W rezultacie odnośnie do sprawności leksykalnej pacjentki wyznaczono następujący obszar trudności:

a) nazwy własne, w tym również bardzo dobrze znane i często używane, np. nazwiska postaci historycznych czy nazwy geograficzne:

A. Z.: „*Na przykład rozmawiam coś z kimś i... i w tym momencie chcę mówić o jakimś mieście. Nie ma nic, nie przypomnę sobie tej nazwy. I może być 'Warszawa'. Może być nawet i 'Lublin'*” – w trakcie rozmowy na temat własnych trudności, a po dopytaniu, czy nazwy tego rodzaju są „na końcu języka”, zaprzecza: „*To gdzieś ucieknie i nie ma w ogóle. Wiem przecież, a to słowo ucieknie. A ja potrzebuję nazwy, prawda, i trzeba jakoś tam powiedzieć inaczej, bo nie ma*”;

b) słownictwo zawodowe:

A. Z. skarży się na utratę słów, które były na co dzień, cały czas. W ogóle pytają się mnie, przychodzą nieraz, pytają się o coś. Wiem i nie mogę powiedzieć – z rozmowy, odnośnie do sytuacji, kiedy koleżanki proszą o radę w sprawach zawodowych;

c) nazwy pospolite o wysokiej frekwencji:

A. Z.: „*Nie ma tego słowa, które chce się powiedzieć, które się doskonale zna*” – w czasie rozmowy chora stwierdza, że dotyczy to różnych słów, np. nazw przedmiotów codziennego użytku, ale nie może sobie przypomnieć konkretnych przykładów; w badaniu logopedycznym podczas nazywania obrazków i wskazywanych obiektów sporadyczne przypadki trudności;

d) nazwy pospolite o niskiej frekwencji, ale aktualizowane w ostatnim czasie, uznawane przez pacjentkę za potencjalnie dostępne:

A. Z.: „*No na przykład: zrobiły mi się tu kurczajki, kupiłam lek [...] I ktoś mi się pyta, dlaczego mam zabandażowane. 'A bo zrobiło mi się coś'. I koniec. Nie ma tych, tej kurczajki już nie ma i trzeba dopiero: 'A bo tam jakaś brodawka' czy coś tam. Trzeba czymś to wypełnić*”;

e) w zakresie fluencji słownej: porównywalne, dobre wyniki odnośnie do kategorii semantycznych i formalnych, w obu przypadkach błędy typu powtórzeń:

A. Z.: „*Państwo, przebieg, Przemysław, pszenica, Pszonów, powierzchnia, pogórze, promień, państwo było, panna, pasternak, pieróg, Przemyśl, posucha,*



*pawian, peonia, pończocha, piskorz, płastuga, Przemysł było już, Przemysław, praktyka, praktykant, paw, pociąg, pogórze*” – kategoria formalna: słowa na literę „p” (podkreślono słowa powtórzone).

W odniesieniu do kategorii formalnych uobecniła się, często wyraźnie, tendencja do generowania imion i nazw miast, np.:

A. Z.: „*Kraków, Kołobrzeg, Kołomyja, karton* [tu komentuje: *trochę brakuje, tak to się wie*], *Kościierzyna, Konięcpol* [tu komentuje: *już teraz nie ma tego*], *kamasze, kałamarz, kordon, kamień, Krosno, Krzysztof, Kazimierz, Konrad, Kasia, Kamila, kreton, kruszyna, krzemień, krzesło, Konrad, Krzysztof*” – słowa na literę „k” (dodatkowo podkreślono powtórzenia).

W opinii pacjentki ubożenie słownika czynnego i trudności dotyczące aktualizacji słów były obecne od kilku lat (przed zgłoszeniem się do lekarza). Na etapie diagnozowania choroby, mimo stosunkowo dobrych wyników osiąganych w badaniach testowych, miała poczucie, że problemy są duże, choć osobie postronnej, nie znającej jej w przeszłości, może być trudno je ocenić czy w pełni ujawnić w sytuacji testowej (z drugiej strony, co oczywiste, wyniki nie wskazujące na poważne zaburzenia cieszyły ją). Swoje możliwości oceniała negatywnie: trudności pojawiały się podczas mówienia nagle, były zaskakujące, przykre. Szczególnie emocjonalnie podchodziła do ograniczeń w zakresie słownictwa zawodowego, gdyż fakt ten kwestionował jej wiedzę specjalistyczną i wykształcenie<sup>1</sup>. Wydaje się, iż także w kontaktach z logopedą odczuwała potrzebę potwierdzenia swojej wartości, mimo że jednocześnie otwarcie mówiła o swoich problemach<sup>2</sup>. Bardzo dotkliwe dla pacjentki były też niepowodzenia związane z aktualizacją w rozmowie słów uznawanych za „doskonale znane”, zarówno nazw własnych jak i pospolitych, dobrze utrwalonych w doświadczeniu osobniczym, bądź też w ogólnym odczuciu oczywistych (por. przykład pierwszy: „Warszawa”).

Wśród zachowań adaptacyjno-kompensacyjnych wyodrębniono następujące sposoby postępowania w przypadku zaistnienia problemów (począwszy od reakcji skrajnych)<sup>3</sup>:

<sup>1</sup> Choć słownictwo specjalistyczne, dobrze utrwalone, jest w takich sytuacjach w dużej części zachowane przez długi czas, nawet nieproporcjonalnie do słownictwa z rejestru podstawowego polszczyzny, to jednocześnie zmiany zauważalne przez chorego bywają dla niego czułym wskaźnikiem pogorszenia funkcjonowania: deficyty są wyraziste.

<sup>2</sup> Jako wyraz chęci potwierdzenia swojej wartości, sprawdzenia się przed logopedą i/lub samą sobą można interpretować zachowania typu dopowiadanie po zakończeniu zadania, np. A. Z.: „*Jeszcze będzie ultramarina, błękit francuski*”, „*Karminu nie było*” – w czasie rozmowy o zainteresowaniach plastycznych pacjentki, po badaniu fluencji słownej, kategoria semantyczna: kolory – badana uzupełnia jeszcze odpowiedź o przywołane w tej chwili nazwy rzadkie, które dowodzą posiadanej kompetencji.

<sup>3</sup> Zachowania te zależne są nie tylko od stopnia doświadczanej trudności, ale mają również uwarunkowania sytuacyjne.

a) wycofywanie się z sytuacji komunikacyjnej czy z poruszonego tematu, kiedy problemy językowe mogłyby zostać zinterpretowane przez współ rozmówców jako brak kompetencji zawodowych lub wiedzy bardzo dobrze opanowanej przez badaną (w wypadku określonych zagadnień z zakresu np. chemii, historii, geografii, plastyki, mody);

b) rezygnacja z uszczegółowienia tematu, dokładnego przedstawienia faktów, jeśli pojawia się obawa o możliwości językowego ujęcia informacji:

A. Z.: „*A to można pomijać niektóre rzeczy*” – odnośnie do opowieści ze swojego życia, przedstawionych logopedzie, a po dopytaniu, czy świadomie broni się przed pojawiającymi się w czasie opowiadania trudnościami: „*Tak, od razu staram się gdzieś coś*”; jeśli uda się pokonać trudności, wypowiedź będzie inaczej ukształtowana, np. temat zostanie rozwinięty w innym kierunku: A. Z.: „*Właśnie mi ten 'Lubomirski' uciekał, ale go złapałam*” – komentarz po własnej opowieści;

c) rezygnacja z odszukiwania nazwy w pamięci, ale posiłkowanie się innymi źródłami, by znaleźć określone słowo, np. odszukiwanie nazwy geograficznej na mapie;

d) substytucja, użycie słowa o podobnym znaczeniu, jeśli jest to możliwe, np. ‘*środkii pociągowe*’ zamiast ‘*środkii transportu*’ czy ‘*pojazdy*’, ale badana sama zgłasza, że ma świadomość istnienia bardziej odpowiedniej nazwy; ‘*przyrządy muzyczne*’ zamiast ‘*instrumenty muzyczne*’: A. Z.: „*Ale mi tych 'instrumentów' w tej chwili brakowało, tylko znalazłam odpowiednik dla nazwy. Trudno odpowiednik znaleźć*” – w związku z zadaniem podawania hiperonimów; A. Z.: „*Brak mnie nazwy 'Warszawa'. I jak powiedzieć? Jeszcze można powiedzieć: stolica. Ale jak będzie 'Przemysł', to jest trudność*” – z rozmowy na temat własnych problemów;

e) podejmowanie wysiłku, by samodzielnie odszukać dane słowo w pamięci:

A. Z. skarży się, że poszukując nazwy musi: „*długo, długo zastanawiać się, aż gdzieś ona wejdzie. To właśnie, to mnie męczy*”;

Podczas badania odnotowano również przykłady stosunkowo szybkiego pokonywania trudności:

A. Z.: „*Trzeba od bielizny zacząć: figi, rajtuzy, rajstopy, pończochy, koszula, podkoszulka, wiem, ale nie powiem, stanik, gorset. Halka. Tego mi było potrzeba*” – tu: w badaniu fluencji słownej, kategoria semantyczna: ubrania. Pacjentka nie przypomina sobie sytuacji, by błędne użycia słów nie zostały przez nią uświadomione, pozostawały poza jej kontrolą. Wydaje się jednakże, że takie objawy zaburzeń pojawiają się, choć może nieczęsto, w zachowaniach językowych badanej na co dzień. Pojedyncze przypadki zaburzeń tego typu odnotowano podczas badania logopedycznego:

Badający, po opowiedzeniu przez pacjentkę historyjki obrazkowej, wskazując na rysunek: „*Pani to nazywa wiatrakiem?*”, A. Z.: „*Oj, no nie, tak... [chwila zastanowienia]. Strach na wróble. [...] Pomyliłam*” – w odniesieniu do substytucji: ‘wiatrak’ jako ‘strach na wróble’: błędne użycie powtórzone, przy czym w danej

sytuacji powstają zdania zaburzone pod względem semantycznym: A. Z.: „*Pan [...] zobaczył, że stoi wiatrak, ale bez kapelusza. Więc ubrał ten wiatrak w kapelusz*”;

A. Z.: „*No i smutny pan wyszedł, doszedł*” (w znaczeniu: ‘odszedł, poszedł dalej’, po tym, jak wstał z ławki w parku).

Odnosnie do drugiego interesującego nas zagadnienia – mimo obniżonej sprawności leksykalnej pacjentki, na podstawie zebranego, poddanego analizie materiału, umiejętność funkcjonowania w dialogu oraz tworzenie tekstów monologicznych należy ocenić wysoko<sup>4</sup>. Nie zaobserwowano możliwych w takiej sytuacji, wtórnych do trudności ze znajdowaniem słów, zjawisk typu: przerywanie wypowiedzi, utrata wątku, zagubienie, urywanie zdań.

Wypowiedzi pacjentki były płynne. Badana budowała spójne teksty, prawidłowe pod względem semantycznym i składniowym, jeśli więc w trakcie wypowiedzi doświadczała trudności i uruchamiała zachowania zastępcze (co przyznała otwarcie w rozmowie z logopedą – por. cytowany wyżej przykład: „*A to można pomijać niektóre rzeczy*”), czyniła to na tyle skutecznie, że w rezultacie jej problemy zostały ukryte przed odbiorcą. Obserwowane powierzchwnie, z perspektywy słuchacza, przypadki zakłóceń w tym aspekcie – ze względu na rzadkość występowania – mieściły się w granicach zarysowanych dla normy języka mówionego. Badana wyrażała zadowolenie, że potrafi skutecznie omijać trudności.

Jeśli u odbiorcy pojawiało się wrażenie ogólnikowości wypowiedzi (np. za sprawą występowania zaimków nieokreślonych), to było ono niwelowane poprzez wyjaśnienia, które nie łączyły pobieżnego nieraz, niedookreślonego ujęcia faktów z trudnościami językowymi, a wskazując na inne uwarunkowania, przekonywały o możliwościach uszczegółowienia informacji także w innych fragmentach wypowiedzi:

A. Z.: „*Miałam do niej jakiś interes, no, dokładnie, chciałam kupić gęś dla koleżanki, która przyjechała z Warszawy, ale to nieważne*” – w trakcie dłuższej opowieści o zdarzeniu ze swojego życia.

Kontrowersje mogą z pewnością budzić dygresje, uwagi pacjentki pojawiające się w trakcie opowiadania historyjek obrazkowych i dokonywania opisów ilustracji. Uznanie ich za objaw patologii jest problematyczne. Zachowanie badanej znajduje bowiem uzasadnienie:

A. Z.: „*Nigdy bym nie pomyślała, że dziecko może się bać myszy*” (tu: nakręcanej zabawki); „*Prawdopodobnie jest wino, którego u nas się nie podaje na Boże Narodzenie*” – przy opisie ilustracji – komentarze mogą być motywowane

---

<sup>4</sup> Po odsłuchaniu nagranych opowiadań grupa piętnastu studentów logopedii przypisała nadawcy stopień sprawności narracyjnej zgodny z normą (języka mówionego). Nie doszukano się żadnych objawów patologii, za to rozpoznano w nadawcy osobę wykształconą, władającą staranną polszczyzną. Studenci wiedzieli, że jest to osoba z demencją typu Alzheimera.



rozbieżnością między tym, co obrazek nakazuje zwerbalizować, a własną wiedzą i przekonaniem w tym zakresie.

Choć wypowiedzi ksobne zwracają tu uwagę, trudno przypisać badanej nieadekwatność tego rodzaju zachowań w sytuacji, kiedy jej życie prywatne – również poglądy – jest stałym tematem rozmów w gabinecie.

W stosunku do sygnalizowanych w badaniach wstępnych (tu: ADAS) trudności w rozumieniu stwierdzono możliwość występowania nieprawidłowości w zadaniach eksperymentalnych – podczas wykonywania złożonych poleceń, wymagających jednoczesnego zintegrowania informacji związanych z orientacją w schemacie własnego ciała i przestrzeni oraz sekwencyjnością czynności. Funkcjonowanie pacjentki w dialogu nie wykazało natomiast żadnych problemów w rozumieniu wypowiedzi współrozmówcy, różnorodnych pod względem syntaktycznym i semantycznym (pytań nie wprost, aluzji, żartów językowych, wypowiedzi o wysokim stopniu złożoności syntaktycznej itp.). Nie zachodziła konieczność, by wypowiedzi kierowane do badanej były specjalnie projektowane z uwagi na zakładane zaburzenia rozumienia.

## 2. Ocena progresji zaburzeń. Stan po dwóch latach

Celem konsultacji w tym okresie (początek 2003 r.) była ocena zaburzeń mowy w aspekcie dynamicznym na podstawie powtórnie przeprowadzonych badań, z zachowaniem tej samej procedury i wykorzystanych wcześniej zadań. Zarejestrowany materiał został poddany analizie porównawczej.

Zdaniem samej pacjentki jej trudności z mową nasiliły się pod względem ilościowym. Dostrzegła ona także, jak wynika z podanych przez nią przykładów, że zaburzone porozumiewanie się spowodowane jest nie tylko przez trudności leksykalne i że jego przyczyny nawarstwiają się:

A. Z.: *„Tak samo teraz jak rozmawiam i ktoś mnie pyta się, czy o dzieci, czy o tych wnuków. I się popłaczę. Mi się zdaje to tak niedawno. I i i pyta się ktoś: „Ile pani syn ma lat?”, a ja mówię: „Dwadzieścia jeden”. A mój wnuk ma dwadzieścia jeden”* – nie chodzi wyłącznie o znaczenie słów oddających relacje rodzinne, pacjentce zdarza się pomylić pokolenia w rodzinie, jej wiedza na temat rzeczywistości nie jest już tak dobrze ustrukturowana jak kiedyś. Choć niewątpliwie leksyka tego rodzaju również sprawia jej kłopot i potęguje niepowodzenia komunikacyjne: A. Z.: *„Dziadek umarł, jak babka miała osiem lat”* – z opowieści o matce; niewłaściwość użycia jest dla słuchacza oczywista.

Jak stwierdzono w badaniu, w stosunku do poprzednich ustaleń zaburzenia objęły:

a) ciągi zautomatyzowane – wówczas wykonania bezbłędne, zadania ocenione przez badaną jako „za łatwe” dla niej i przez to traktowane z pewną rezerwą – aktualnie wymieniając nazwy miesięcy, pacjentka waha się przy ‘kwiecień’,

kończy na 'listopad', B.: „*Listopad i jeszcze?*”, A. Z.: „*Listopad, grudzień*”, tłumaczy, że się zagapiła; od 10 do 1 liczy bardzo uważnie, bo wie, że ma z tym problemy, komentuje: „*Troszkę trudniej, ale policzymy*”;

b) nazwy pospolite, w tym również odnoszące się do przedmiotów codziennego użytku (np. zegarek, lodówka) – więcej skarg pacjentki:

A. Z.: „*Workowiec, ale... Mam go i nie mogę powiedzieć*”, B. podpowiada pierwszą literę, sylabę: „ka”, potem: „kan”, A. Z.: niepewnie 'kangur', potem: „*Nie tylko 'kangur' mi może uciec. Bliski taki, no nie 'kot', nie 'pies', ale już jakieś inne ciągle spotykane zwierzę może mi uciec*” – podczas badania nazywania obrazków;

A. Z.: „*I raptem brakuje tego 'komputera' [...] 'drukarki'*” – pacjentka rozglądając się po swoim pokoju, uświadamia sobie, że nie potrafi przywołać dobrze utrwalonych nazw, odczuwa satysfakcję, jeśli okazuje się, że niektóre z nich nie sprawiają jej kłopotu: „*Ale 'myszkę' to zawsze pamiętam*” – z relacji na temat własnych trudności;

c) wyrazy już wypowiedziane – przy ponownej próbie użycia, w krótkim odstępie czasu:

A. Z.: „*To jest na przykład tak: coś rozmawiam z kimś, powiem, bo ktoś pyta się mnie, coś powiem i potem dalej rozmawiam, i jeszcze raz mam powtórzyć to samo słowo. Koniec, nie ma go*”, B.: „*Po krótkiej przerwie ono ucieka? Kiedy ma być powtórzone?*”, A. Z.: „*Na przykład rozmawiam o jakichś kwiatkach i potem znowu do tego, jak on wygląda ten kwiat. I ja nie. Uciekło już*” – z relacji na temat własnych trudności;

d) wyrazy już zaktualizowane, potencjalnie dostępne – przy ponownej próbie użycia, w krótkim odstępie czasu:

A. Z.: „*Jak spotkałam ją, wiem. Jak przychodzę do domu, nazwiska nie wiem, nie pamiętam*” – przykłady z życia codziennego, tu: o przypadkowym spotkaniu na ulicy dawno nie widzianej znajomej;

e) nazwy własne – problemy bardzo nasilone:

A. Z. rozgoryczona: „*Nazwy, nazwiska... I to takie!*”, ale, jak podkreśla, nie dotyczy to osób najbliższych; zapytana, czy zdarza jej się zapomnieć imiona członków rodziny: „*Tak to nie jeszcze, tak to nie jest [...] jeszcze mogę najwyżej mylić*” – różnicuje „mylenie” od niemożności przypomnienia sobie imion;

f) słownictwo specjalistyczne – problemy pogłębiły się:

A. Z.: „*Jeszcze przypomina się, ale już ginie*”, „*To była codzienność, były utrwalone, ale teraz to nie ma*”, „*Jeśli chodzi o chemię, to się i w ogóle zapomina, ale mnie bardzo brak. Bardzo brak*”;

g) w zakresie fluencji słownej: dysproporcja między dobrym wykonaniem odnośnie do kategorii semantycznych i zaburzonym generowaniem nazw rozpoczynających się od wskazanej litery (tu: znacznie wolniej, rezygnacja z poszukiwania kolejnych przykładów, utrzymywanie się tendencji do podawania imion i nazw geograficznych):

A. Z.: „*Alina, Agata, Agnieszka, Ambroży, Adam, Antek, aglomerat, aronia, Artek, Argentyna, Alina, August. Arabia. Już trudniej, trudniej*” – poddaje się i komentuje: „*Na przykład już nie mogłam sobie przypomnieć na 'a' z Europy*”, przyznaje, że „przeszukuje” mapę i tłumaczy: „*Jakoś mi to zostało to wzrokowe*”, „*Trochę przypadkiem, ale trochę szukam [...] Szczególnie jakieś nazwy. Gdzie to było?*”

Podczas badania kategorii formalnych pacjentka narzeka: „*Tylko trzeba ich [= słów na daną literę] szukać*”, „*Jeszcze coś bym tam znalazła, ale muszę już szukać*”, B.: „*Czy jest trudniej niż w przypadku nazw zwierząt czy pojazdów?*”, A. Z.: „*Jeśli na jakąś literę, to trudniej, a jeśli obojętnie jakie, no to zawsze coś się tam znajdzie*” – podkreślona wypowiedź najlepiej świadczy o zaistniałej dysporcji.

Powtarzanie słów już podanych występuje w podobnym stopniu, jak we wcześniejszym badaniu i bez przekraczania granic wskazanej kategorii:

B.: „*Czy przychodzą te wyrazy wcześniejsze na 'k' czy 'r' do głowy?*”, A. Z.: „*Trochę mi coś tam jakoś biegnie, ale nie [...] Tamte już skończone i bardzo często zapomniane*” – pacjentka przyznaje, że nie potrafiłaby wskazać, które wyrazy zostały przez nią wypowiedziane uprzednio.

Aktualne zachowania adaptacyjno-kompensacyjne:

a) wycofywanie się z rozmowy, podawanie nieściśłych informacji, czasem przekłamania, wynikające głównie ze świadomego używania nazw o nieprecyzyjnym znaczeniu bądź błędnych:

A. Z.: „*Jeśli by tam było trzeba, potrzeba było... Na przykład już mi brakowało 'żarówki' w tym momencie, ale sobie wybrnęłam z tego. Potem jeszcze czegoś mi brakło, to ja tak mimo woli zastąpiłam czymś takim bardziej okrągłym, że to by było i tamto*” – o radzeniu sobie z kłopotami podczas opowiadania logopedzie anegdoty z własnego życia;

A. Z.: „*No to nie były dosłownie 'cieplarki', to się inaczej nazywało, i ja w tej chwili nie mam tego*” – opowiada tak, „*żeby ominąć [...] I tego się już nie widzi [...] Nie widać, że ja przy tym trochę pracuję*”;

b) prośba o pomoc, kierowana do osób bliskich, w razie niedostępności obiektu, np. z wykorzystaniem deskrypcji:

A. Z.: „*Jak nie wiem... Na przykład 'Chełm' mi gdzieś zginął i ja mówię: jak jedziemy koleją, mijamy, powiedzmy, nie w kierunku Zamościa, i przejeżdżamy przez to miasto, w którym tam coś było*” – pacjentka preferuje ten sposób: „*Prędzej opiszę, gdzie ono [= miasto] jest na mapie i co tam się dzieje, niż znajdę w danym momencie nazwę*”;

c) posiłkowanie się mapą, encyklopedią, słownikiem, by przypomnieć sobie ważne nazwy;

d) wypowiedzi opisowe – deskrypcja jako sposób na ominięcie nazwy:

A. Z.: „*Jest ta nazwa, tylko że w danej chwili muszę inaczej opisać*”;

e) substytucja:

nazwa poszukiwana: 'instrumenty muzyczne': A. Z.: zastanawia się, 'przybory', 'przybory do grania', B. zachęca, żeby poszukała lepszej nazwy, w końcu podpowiada, A. Z.: „*No właśnie. Instrumenty muzyczne [...] Ale w tej chwili brak mi go było, musiałam coś innego znaleźć. Właśnie to to właśnie, że w danym momencie gdzieś polecie*” – w badaniu hiponimii;

nazwa poszukiwana: 'nabiał': A. Z.: początkowo: 'artykuły mleczne', ale sygnalizuje, że szuka innej nazwy, w końcu: „*Nie przypomnę sobie*”, B.: „*Czuje Pani, że jest taka nazwa?*”, A. Z.: „*No pewno, że wiem, i przed chwilą nawet, tu jest o cukrzycy, i wymienione jest*” – w poczekalni pacjentka oglądała wiszące na ścianie plansze – w badaniu hiponimii;

f) samodzielne poszukiwanie określonej nazwy, także poprzez posiłkowanie się wyrazami z danego pola leksykalnego, np. kohiponimami:

A. Z.: „*Tur, bizon, a ten mi się: zubr*” – w badaniu fluencji, kategoria semantyczna: zwierzęta – pacjentka potwierdza, że miała na myśli zebra, ale kojarzyły jej się inne, podane tu nazwy, podobnych zwierząt.

Czasem poszukiwanie początkowo jest nieskuteczne, a potem słowo zostaje wywołane przez przypadkowy bodziec w innej sytuacji:

A. Z.: „*Bo na przykład w tej chwili mi się 'ecru' przypomniało. Kiedyś tak mi potrzebny był ten kolor i nie wiem, no mówię: piaskowy, o taki naturalny kolor*” – w rozmowie, kilka minut po badaniu fluencji słownej, m.in. kategorii semantycznej: kolory.

Strategie uruchamiane przez badaną są już mniej skuteczne, a trudności leksykalne bardziej widoczne przy tworzeniu dłuższych tekstów. Sprawność narracyjna jest nadal wysoka, ale przy użyciu w badaniu historyjek obrazkowych czy ilustracji, co stwarza możliwość weryfikacji przez słuchacza przekazywanych mu przez nadawcę informacji, problemy mogą stać się namacalne:

A. Z.: „*Pod choinką leżą zabawki, pudełeczka i w takich innych opakowaniach*” – nazwa poszukiwana: 'prezenty';

A. Z.: „*Ciemno jest już za oknem, siedzi księżyc, gwiazdy są*”.

W wypowiedziach spontanicznych, nie weryfikowanych pod względem treściowym, sygnały zaburzenia są jednak nadal mało wyraziste. Mogą zaniepokoić przekręcone zwroty, wyrażenia, ale pojawiają się one sporadycznie:

A. Z.: „*Chemia to było tak jak dwa razy cztery*” – bez korekty, lecz później okazuje się, że nie tak chciała powiedzieć.

Generalnie sprawdza się zasada, że im większą swobodę zachowań językowych dopuszcza zadanie, tym trudniej uchwycić objawy patologii: tam, gdzie odpowiedź musi być jednoznaczna i ścisła, zawiodą strategie omijania problemów i zachowania ucieczkowe (pacjentka stwierdza, że w opowiadaniach o wydarzeniach z własnego życia używa słów dla niej „łatwych”, ale gdyby nie pozostawiono jej swobody: „*To wtedy już bym miała trudność*”).

Skłonność do przedstawiania osobistych komentarzy, nawiązywania do własnych doświadczeń, podobnie jak w tekstach zarejestrowanych dwa lata wcześniej, nastęrcza trudności interpretacyjnych. Nawet rozbudowane opowieści z różnych okresów życia pacjentki, kierowane do logopedy, są bezpośrednio związane z podejmowanymi podczas badania kwestiami (opowieści o rodzinie, np. uzdolnionej językowo matce, tłumaczą wysoki poziom sprawności językowych badanej i jej staranne wykształcenie, relacja o wielokrotnych zmianach miejsca zamieszkania – bogactwo doświadczeń językowych, zdobyte w zetknięciu z terytorialnymi odmianami języka ojczystego i językami obcymi, anegdota z pracy zawodowej ilustrują zaś nieporozumienia w komunikacji z osobami posługującymi się gwara). I choć jedną z dłuższych opowieści pacjentka kończy słowami: „*No to zabawiłam Panią*”, nic nie wskazuje na to, by tego typu opowiadania traktowała inaczej niż źródło oczekiwanych od niej informacji czy też traciła kontrolę nad tokiem wypowiedzi.

Warto tu podkreślić, że, jak wynika z relacji pacjentki i jej męża, kontakt z logopedą ma dla chorej bardzo duże znaczenie: stwarza jej możliwość otwartej rozmowy o swoich problemach, w tym także o własnych niepowodzeniach w porozumiewaniu się z innymi ludźmi, motywuje do podejmowania różnych form aktywności umysłowej i dalszych starań o zachowanie sprawności językowej. Pozytywna postawa pacjentki również może częściowo tłumaczyć fakt, że chętnie podejmuje ona w rozmowie różne tematy i dzieli się swoimi refleksjami.

Rozumienie w codziennych sytuacjach komunikacyjnych pozostaje nie zaburzone (ocenione na podstawie całego materiału zgromadzonego podczas badania logopedycznego).

#### IV. Dyskusja i wnioski

Obraz zaburzeń mowy u opisywanej pacjentki zasadniczo odpowiada danym na ten temat zawartym w literaturze przedmiotu<sup>5</sup>. Jeśli chodzi o objawy uznawane w mowie osób z demencją typu Alzheimerera za wiodące [Marczewska 1994; Łuczywek 1996; Herzyk 2001], nie obserwuje się w tym przypadku długich pauz na początku zdania i między zdaniami oraz wypowiedzeń niedokończonych. Tempo mówienia nie jest zwolnione, wypowiedzi są płynne.

Naszą uwagę zwraca bogaty rejestr zachowań adaptacyjno-kompensacyjnych. Ze względu na uwarunkowania indywidualne (osiągnięcie wysokiego poziomu sprawności językowej, opanowanie bogatej wiedzy, rozwijanie zainteresowań

---

<sup>5</sup> Zob. A. Domagała. *Mowa we wczesnej fazie demencji typu Alzheimerera* (w niniejszym tomie).



własnych) możliwości kompensacji są tu duże. W takich przypadkach wyniki badań mogą być niekiedy mylące. Przykładowo: ocena mowy w aspekcie ekspresywnym na podstawie krótkiej rozmowy z badanym (tak jak proponuje się np. w skali ADAS) może być pozytywna: będzie jednak oznaczać nie tyle brak trudności językowych, co skuteczne ich maskowanie. Podobnie u osób z obniżoną sprawnością leksykalną w wymiarze zbliżonym do zilustrowanego w niniejszym tekście (w pierwszym okresie badań), świadomością własnych problemów oraz rozbudowanymi strategiami omijania czy nawet mniej lub bardziej intencjonalnego ukrywania trudności, badanie przesiewowe Krótką Skalą Oceny Stanu Psychicznego nie pozwoli dostrzec anomii (tu: wymagane jest prawidłowe podanie nazw: 'zegarek' i 'ołówek') – jeśli badany poradzi sobie z obydwojma przykładami i nie zgłosi niepokojących go problemów w tym zakresie. Osobną kwestią pozostaje to, że dane z literatury przedmiotu (np. ustalenia takich badaczy, jak: Montanes (i in.) [1996]; Cappa (i in.) [1996]; Whatmough (i in.) [2003] – zob. Domagała. *Mowa we wczesnej fazie demencji typu Alzheimerera* – w niniejszym tomie) wskazywałyby raczej, że wyrazy o wysokiej frekwencji w języku, będące jednocześnie rzeczownikami, a przy tym rzeczownikami nazywającymi przedmioty codziennego użytku, zmniejszają możliwość wykrycia trudności w zadaniach nazywania. Gdyby więc chcieć rejestrować objawy zaburzeń językowych jak najwcześniej, narzędzia stosowane w badaniach skryningowych muszą być bardziej czułe.

Wyznaczenie granicy między normą a patologią w omawianym obszarze nie jest łatwe. Obniżenie poziomu gotowości słowa powszechnie obserwuje się u ludzi zdrowych w przypadku fizjologicznego starzenia się [La Rue 1992 – za: Łuczywek 1996], a w przypadku występowania łagodnych zaburzeń poznawczych (MCI) wśród objawów wymienia się w interesującym nas zakresie: „zauważalne dla osób bliskich kłopoty z przypominaniem słów i nazwisk” oraz „osłabienie zdolności zapamiętywania imion nowo poznanych osób” [Gabryelewicz 2003 s. 18]. Podobnie słabo wymierne okazują się często zjawiska tekstowe. Trudno więc jasno wskazać, kiedy zmiany językowe można określić jako patologiczne, by móc w porę uchwycić w mowie objawy zwiastunowe demencji, zwłaszcza że notowane zjawiska należy odnieść do posiadanych uprzednio możliwości badanej osoby. Nawiązując do opinii, że deficyty językowe w mniej lub bardziej ostrej formie są obecne we wszystkich stadiach choroby Alzheimerera [Murdoch (i in.) 1987], wypada stwierdzić, iż mogą być one dla pacjenta dotkliwe wcześniej, niż potrafimy to wychwycić w badaniu klinicznym za pomocą dostępnych obecnie narzędzi, czy też bardziej, niż można by przewidywać na podstawie osiągniętych przez pacjenta wyników.

Nie budujemy opozycji między wynikami badań testowych czy eksperymentalnych a subiektywną oceną pacjenta odnośnie do własnych trudności. Wskazujemy, że komentarze i uwagi chorego (zwłaszcza wolne od sugestii innych osób, zilustrowane przykładami, dotyczące reakcji na doświadczane podczas mówienia

niepowodzenia) mogą być bardzo ważnym źródłem wiadomości: podstawą interpretacji wielu jego zachowań. Gromadzenie informacji w tym zakresie jest czasochłonne i wymaga znajomości problematyki komunikacji i jej zaburzeń.

Pytanie o rolę logopedy w sytuacji demencji typu Alzheimer (uwarunkowanej chorobą postępującą, powodującą zaburzenia – przy obecnym stanie badań w medycynie – nieodwracalne) jest pytaniem o jego udział w diagnozowaniu zaburzeń mowy w przypadku zespołów otępiennych i, w dalszej kolejności, o zasadność i skuteczność ewentualnych oddziaływań terapeutycznych. Wypracowanie sposobów postępowania logopedycznego w tym przypadku jest sprawą przyszłości: wymaga badań w nowym obszarze i podjęcia współpracy z innymi specjalistami zajmującymi się problemem otępień, niemniej jednak jest to sprawa otwarta. Standardy leczenia i opieki nad osobami z demencją typu Alzheimer zmieniają się, a w literaturze przedmiotu pojawiają się także doniesienia o eksperymentalnych metodach terapii pozafarmakologicznej, opracowywanych z myślą o tej grupie chorych, również w aspekcie zaburzeń mowy (np. zaburzeń leksykalnych [Ousset (i in.) 2002]).

## Bibliografia

- Cappa S. F., Binetti G., Pezzini A., Padovani A., Rozzini L., Trabucchi M. (1998). Object and Action Naming in Alzheimer's Disease and Frontotemporal Dementia. "Neurology" 50, 351-355.
- Gabryelewicz T. (2003). Łagodne zaburzenia poznawcze (Mild Cognitive Impairment – MCI). Rozpoznawanie, różnicowanie, postępowanie, Warszawa.
- Herzyk A. (2001). Wariantywność przejawów afazji. Problem teoretyczny i diagnostyczny. W: S. Grabias (red.). Mowa. Teoria – Praktyka. T. 1: Zaburzenia mowy, Lublin, s. 280-300.
- Łuczywek E. (1996). Zaburzenia aktywności poznawczej osób w późnym wieku. Problemy demencji. W: A. Herzyk, D. Kądziaława (red.). Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej, Lublin: Wyd. UMCS, s. 111-149.
- Marczewska H. (1994). Zaburzenia językowe w demencji typu Alzheimer. W: H. Marczevska, E. Osiejuk. Nie tylko afazja... O zaburzeniach językowych w demencji Alzheimer, demencji wielozawałowej i przy uszkodzeniach prawej półkuli mózgu, Warszawa: Energeia, s. 7-60.
- Montanes P., Goldblum M. C., Boller F. (1996). Classification Deficits in Alzheimer's Disease with Special Reference to Living and Nonliving Things. "Brain and Language" 54, 335-358.
- Murdoch B. E., Chenery H. J., Wilks V., Boyle R. S. (1987). Language Disorders in Dementia of Alzheimer Type. "Brain and Language" 31, 122-137.
- Ousset P. J., Viallard G., Puel M., Celsis P., Demonet J. F., Cardebat D. (2002). Lexical Therapy and Episodic Word Learning in Dementia of the Alzheimer Type. "Brain and Language" 80, 14-20.
- Whatmough C., Chertkov H., Murtha S., Templeman D., Babins L., Kelner N. (2003). The Semantic Category Effect Increases with Worsening Anomia in Alzheimer's Type Dementia. "Brain and Language" 84, 134-147.