

ANETA DOMAGAŁA

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

Nie wiem... Nie mogę naprawdę...
Ja mam głowę taką, kiepską zupełnie
– o zmianach w dyskursie pacjentów z otępieniem
w chorobie Alzheimerera

I don't Know... I Really Cannot... My Head is so, so Very Weak
– On Changes in the Discourse
of Patients with Dementia in Alzheimer's Disease

STRESZCZENIE

Artykuł poświęcony jest problemom w zakresie realizacji wypowiedzi ustnych ujawnianym przez osoby z otępieniem w chorobie Alzheimerera. Postępowanie badawcze ukierunkowano na znamienne dla części pacjentów wskazywanie w toku wypowiedzi, w sposób jednoznaczny, na własną niekompetencję, na niemożność sprostania wymaganiom związanym z konstruowaniem tekstu (wedle wyobrażeń, jakie ma w tym względzie badany). Materiał empiryczny stanowią wypowiedzi w formie opisu – próbki mowy zgromadzone w badaniach indywidualnych 120 osób w łagodnym i umiarkowanym stadium otępienia w chorobie Alzheimerera. W zależności od rodzaju opisu (tu: opis postaci, opis miejsca, opis sytuacji) problem występował u 39–47% badanych, był jednym z najczęstszych zachowań niepożądanych w aspekcie makrostruktury opisu. U części badanych był zachowaniem o zwiększonym nasileniu, co może czynić go wyróżnikiem ich dyskursu. Analizowane zachowania pozwalają rozpoznać osoby z otępieniem jako uczestników interakcji borykających się z problemami z realizacją wypowiedzi i jednocześnie – przynajmniej częściowo – wyczuwających własne ograniczenia, sygnalizujących je współmówcom, szukających zrozumienia; niekompetentny mówca daje sobie prawo do nieskrywania własnych trudności.

Słowa kluczowe: choroba Alzheimerera, diagnoza logopedyczna, opis, otępienie łagodne, otępienie umiarkowane, sprawności komunikacyjne

SUMMARY

The paper presents the issues of description as a form of oral utterance in Alzheimer's patients. The research procedure was oriented towards the significant tendency in some patients for pointing unambiguously to one's own incompetence, inability to satisfy the requirements connected with constructing an utterance (according to the notions that the subject has in this respect). The empirical material comprises utterances in the form of description – speech samples collected in individual testing of 120 patients with mild and moderate stages of dementia in Alzheimer's disease. Depending on the type of description (here: descriptions of persons, description of interiors, description of situations) the problem occurred in 39-47 percent of the subjects, and was one of the most frequent undesirable behaviors in terms of the macrostructure of the description. In some subjects it was behavior with heightened intensity, which can make it a distinguishing characteristic of their discourse. The analyzed behaviors make it possible to identify persons with dementia as interaction participants trying to cope with problems with utterance production and at the same time - at least partially – sensing their limitations, signaling them to their interlocutors, and seeking understanding; an incompetent speaker gives him/herself the right not to hide his/her difficulties.

Key words: Alzheimer's disease; diagnosis; description; mild stage of Alzheimer's dementia; moderate stage of Alzheimer's dementia; communication skills

WPROWADZENIE

Definiowanie otępienia powodowanego chorobą Alzheimera poprzez cechy kryterialne służące diagnozie medycznej (w ICD-10 – *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskaźniki diagnostyczne*, 2000; w DSM-IV i DSM-V – Wciórka 2008; Gałęcki, Świącicki 2015; wedle NIA/AA – McKhann et al. 2011) i ogólna ocena funkcjonowania poznawczego pacjentów w przebiegu choroby w literaturze przedmiotu¹, determinują obraz osoby chorej – jest on zdecydowanie negatywny. Kliniczna manifestacja otępienia nie jest jednak prostą manifestacją zmian neuropatologicznych (uszkodzenia mózgu), uświadamiał T. Kitwood – niewydolność chorego, jego dysfunkcje, wzmagane są poprzez oddziaływania zewnętrzne; mają również uwarunkowania środowiskowe (Woods 2001). Jak podkreślali R.L. Beard i wsp. (2009), porzucenie na biomedycznych czy neuropsychologicznych modelach otępienia czyni pacjentów obiektem choroby, przypadkami patologicznymi, ze szkodą dla dociekań dotyczących osoby chorej jako uczestnika trudnej sytuacji życiowej związanej z chorobą otępienną.

¹ W literaturze specjalistycznej ocena ta pokazuje ogromną skalę deterioracji umysłowej. Przykładowo: na gruncie neuropsychologii stwierdza się, porównawczo, że w badaniu funkcji poznawczych wyniki uzyskiwane przez pacjentów w I fazie otępienia (łagodnej) przypominają poziom zdolności i wiedzy ogólnej dziecka w wieku 8–12 lat, w fazie II (umiarkowanej) – dziecka w wieku 4–7 lat, w fazie III – w wieku 3 lat i mniej; obniżają się do poziomu noworodka (Pachalska et al. 2004).

Gdy rozpoznanie medyczne przesądza o tym, że chorzy uznawani są za niezdolnych do werbalnego komunikowania myśli i uczuć (zwracali na to uwagę Hubbard i wsp. – 2003), to łatwo o stan, w którym sama choroba przesłania osobę nią dotkniętą. Ze zrozumiałych przyczyn medyczne rozpoznanie otępienia skoncentrowane jest na deficytach będących podstawą diagnozy, w innym jednak kierunku będzie prowadzona logopedyczna ocena możliwości i ograniczeń komunikacyjnych chorego, traktowanego podmiotowo (zgodnie z tym, co pisano o „odkryciu” osoby z otępieniem – Woods 2001).

Rozpad mowy w otępieniu w chorobie Alzheimera jest komponentą deterioracji umysłowej, odbiera choremu status kompetentnego mówcy, partnera interakcji, wiarygodnego informatora. W literaturze przedmiotu mowę w otępieniu określa się jako „dziwaczną”, pozbawioną pozaosobistych odniesień, wskazuje się – w charakterystyce tzw. afazji alzheimerowskiej – na utratę kontroli nad wypowiedzią, zanik logiki wywodu, dygresję, zmyślenia (zob. przegląd prac w piśmiennictwie polskim, np. Marczevska 1994; Domagała 2015; Sitek 2018; Potocka-Pirosz 2019). Mimo tych niezaprzeczalnych objawów patologii warto jednak, dla przeciwwagi, eksponować te cechy mowy pacjentów, które pozwalają ich rozpoznać jako uczestników interakcji borykających się z problemami z realizacją wypowiedzi i jednocześnie – przynajmniej częściowo – wyczuwających własne ograniczenia, sygnalizujących je współmówcom, szukających zrozumienia.

PROBLEMATYKA BADAŃ. MATERIAŁ EMPIRYCZNY

Własne badania empiryczne ukierunkowane na rozpoznanie możliwości i ograniczeń w zakresie samodzielnej realizacji ustnych wypowiedzi w formie opisu wykazały u pacjentów szereg deficytów (2015)². Powtarzalnymi zachowaniami niepożądanymi były u badanych pierwszoplanowo:

1. Nieprawidłowości w określaniu obiektów oraz ich charakteryzowaniu – odstępstwa w stosunku do tego, co, potencjalnie, bezpośrednio dostępne jest na drodze obserwacji; niezgodności w aspekcie spostrzeżeniowym;

² Wskazana monografia zawiera ogólne, całościowe omówienie wyników badań zrealizowanych w ramach projektu pt. „Narracja i jej zaburzenia w przebiegu choroby Alzheimera. Skala sprawności narracyjnych jako technika diagnostyczna w otępieniu alzheimerowskim” (kierownik projektu: A. Domagała; 39 konkurs projektów badawczych MNiSW, NN104 155339).

2. Ponowne określanie tych samych obiektów (także ich części składowych) czy ich cech – niepożądane i bezzasadne, w przypadku wielokrotnych powtórzeń rozpoznawane jednoznacznie jako niekontrolowane przez badanego;
3. Dyslogia, podawanie informacji sprzecznych z ogólną wiedzą o rzeczywistości, wynikającą z powszechnych ludzkich doświadczeń, stwierdzenia zdradzające brak ustrukturuwanej wiedzy o rzeczywistości w określonym jej obszarze, sądy nieuprawnione;
4. Wypowiedzi ksobne, odniesienia o charakterze osobistym;
5. Rozbudowane wypowiedzi, tracące bezpośredni związek z tematem, wymagające wygaszenia przez badającego, by wypowiedź na temat obiektów przedstawionych na zdjęciu mogła być kontynuowana; dygresje.

Jednocześnie, w toku prowadzonych wówczas analiz, zwrócono szczególną uwagę na znamienne dla chorych ujawnianie (nieskrywanie) własnych deficytów i w rejestrze trudności wyodrębniono dodatkową kategorię zachowań: „Wskazywanie, w sposób jednoznaczny, na własną niekompetencję, niemożność sprostania wymaganiom związanym z konstruowaniem wypowiedzi (wedle wyobrażeń, jakie ma w tym względzie badany), uchylenie się od podawania określonych informacji na temat przedstawionych na zdjęciu osób/miejsca/sytuacji z powodu wyczuwanych u siebie ograniczeń, utraty sprawności umysłowej” (kategoria ta została oznaczona jako kategoria K).

Celem postępowania badawczego kontynuowanego na potrzeby niniejszego opracowania jest pogłębienie rozpoznania zachowań pomieszczonych w obrębie wskazanej wyżej kategorii – na bazie wyników częściowych, uzyskanych uprzednio podczas analizy ilościowej, oraz na podstawie całości materiału językowego, zapewniającego poszerzenie oglądu zjawisk w ramach analizy jakościowej i odpowiednie zilustrowanie zachowań pacjentów. Istotne jest prześledzenie problemu z uwzględnieniem różnych próbek mowy uzyskanej od osoby chorej podczas wykonywania zadań (ze względu na specyfikę wypowiedzi determinowanych gatunkowo). Interesującym zagadnieniem jest częstość występowania wskazanego problemu w badanej grupie (ogółem, a także z uwzględnieniem stopnia zaawansowania procesu otępiennego) i nasilenie w wypowiedziach poszczególnych osób.

To ważna kategoria zachowań w kontekście orzekania o sprawnościach komunikacyjnych osoby z otępieniem i logopedycznego postępowania postdiagnostycznego, powalająca zogniskować uwagę na funk-

cjach informacyjnych wypowiedzi (wedle zestawienia funkcji wypowiedzi przez S. Grabiasa – 2001).

Materiał językowy, uwzględniony w kontynuowanych badaniach, stanowią próbki mowy zgromadzone w badaniach indywidualnych 120 osób w łagodnym i umiarkowanym stadium otępienia w chorobie Alzheimera (badano równoliczne grupy pacjentów w obu stadiach, na równi kobiety i mężczyźni). Średnia wieku badanych wynosiła 76 lat, 7 miesięcy (była zbliżona w obu grupach: w stadium łagodnym to 76 lat, 5 miesięcy, a w umiarkowanym – 76 lat, 8 miesięcy). Próbki mowy, łącznie 360, po trzy teksty od każdego z badanych, obejmują wypowiedzi budowane na podstawie materiałów graficznych (zdjęć) – są to odpowiednio:

1. wypowiedzi na temat osób (w założeniu to prototypowo opis postaci – na podstawie zdjęcia przedstawiającego dwie osoby, kobietę i dziewczynkę, w typowym ujęciu portretowym) – próbka 1;
2. wypowiedzi na temat miejsca (w założeniu to prototypowo opis wnętrza – na podstawie zdjęcia przedstawiającegoumeblowany typowo pokój mieszkalny, stołowy) – próbka 2;
3. wypowiedzi na temat sytuacji (w założeniu to prototypowo opis sytuacji – na podstawie zdjęcia przedstawiającego mężczyznę i chłopca porządkujących pokój) – próbka 3.

Odnosnie do specyfiki gatunkowej wypowiedzi, determinującej dobór zadań, uwzględniono więc konstatacje badaczy zachodnich dotyczące dyskursu deskrypcyjnego – sytuowany obok innych typów dyskursu (tu: dyskurs narracyjny, proceduralny, konwersacyjny, objaśniający) jest szczególnie przez to, że może angażować odmienne procesy poznawcze, a przez to wiązać się u chorego z otępieniem z odmiennym stopniem wysiłku umysłowego (Arkin, Mahendra 2001; Mackenzie et al. 2007; Fleming, Harris 2008). Niewątpliwie opis jako forma wypowiedzi mówionej znajduje zastosowanie w komunikacji w życiu codziennym, w postaci namiastkowej bądź rozwiniętej. Jako podstawowa forma wypowiedzi opiera się na mechanizmie przypisywania przedmiotom określonych właściwości, co stanowi podstawową czynność poznawczą umysłu ludzkiego, przy czym zasadne jest zróżnicowanie deskrypcji na: opisy osób (tu: opis wyglądu zewnętrznego; opis postawy; opis uczuć i przeżyć wewnętrznych); opisy tła zdarzeń (tu: pejzaż; opisy wnętrza i rozmaitych przedmiotów) oraz opisy sytuacji (Witosz 1997, 2001).

REZULTATY

Charakterystyka jakościowa

W toku analizy dyskursu w aspekcie makrostrukturalnym odnotowano szereg zachowań językowych w ramach kategorii K: „Wskazywanie, w sposób jednoznaczny, na własną niekompetencję, niemożność sprostania wymaganiom związanym z konstruowaniem wypowiedzi (wedle wyobrażeń, jakie ma w tym względzie badany), uchylanie się od podawania określonych informacji na temat przedstawionych na zdjęciu osób/miejsca/sytuacji z powodu wyczuwanych u siebie ograniczeń, utraty sprawności umysłowej”. Oznacza to, że niekompetentny mówca daje sobie prawo do nieskrywania własnych trudności, przykładowo:

U. M.: *A tutaj to nie mam pojęcia. Jak Boga mego. Co to... a ja jakaś... nie mogę naprawde no...* [UM7, próbka 3]

(tu: badany podkreśla, że ma rzeczywiste trudności, chciałby, żeby odbiorca to zrozumiał).

Ł. K.: *No... ja naprawde nie wiem, nie to, że nie chcę, ale nie wiem. [...]*
I więcej już nie pamiętam. [ŁK20, próbka 3]

(tu: badana przekonuje o swojej dobrej woli, chęci sprostania zadaniu; skupia się na swoich trudnościach pamięciowych jako przyczynie niepowodzeń w realizacji wypowiedzi).

U. M.: *No tam nie wiem, co to jest.*

B: *Co to może być, jak pan myśli...*

U. M.: *Nie powiem (bezzradnie)* [UM20, próbka 2]

(tu: badany okazuje całkowitą bezsilność, rezygnację w obliczu utraty wiedzy, sprawności umysłowych).

Odnośnie do niekompetencji, na którą wskazują badani, należy wyszczególnić dwa jakościowo różne problemy. Odzwierciedlają je następujące formuły:

1. „Po prostu nie wiem, nie potrafię” – badany wskazuje na niemożność sprostania wymogom stawianym mówcy podczas realizacji dyskursu; ma trudności, których inni mówcy (w pełni sprawni umysłowo) nigdy/zwykle nie mają.
2. „Nie wiem, co powinienem wiedzieć / czego nie muszę wiedzieć” – badany wskazuje na niemożność sprostania wymogom, które

w istocie nie są mu stawiane podczas realizacji dyskursu, niewłaściwie rozpoznaje zakres wiedzy, jaką ma się wykazać, oczekiwanych od niego sprawności; w sytuacji zadaniowej sygnalizuje trudności na bazie własnych niepowodzeń doświadczanych w życiu codziennym.

Po prostu nie wiem, nie potrafię

Trudności badanych dotyczą w szczególności różnych obiektów, które mówca chciałby uwzględnić, dokonując deskrypcji. Mógłby to zrobić, gdyby nie deficyty skłaniające go do pominięcia danego elementu rzeczywistości przedstawionej na zdjęciu czy szukania sposobu przezwyciężenia trudności, przykładowo:

Ł. M.: *Tego, nie wiem, co to jest. No i...*

B: *A co to jest?*

Ł. M.: *Ano właśnie nie wiem. Tutaj to... wygląda mi jakies, fotel, tu jakaś lampka, nie wiem, nie wiem, nie potrafię odpowiedzieć. [ŁM29, próbka 2]*

(tu: początkowo badany po prostu bez namysłu pomija określony obiekt, chce przejść dalej).

U. K.: *Książka rozłożona. No iii to chyba by było wszystko. Tu tylko nie zauważyłam, co to jest.*

B: *Co to może być?*

U. K.: *Aha, co to może być? No wie pani, to... nie jestem zorientowana. To jest tak jak... coś od czytania, ale... ale nie wiem dokładnie. [UK21, próbka 2]*

(tu: badana używa wymijająco formuły „nie zauważyłam, co to”, wyjaśnia, że nie jest „zorientowana”, dlatego wcześniej świadomie pominęła określony obiekt).

Ł. M.: *Tutaj to nie wiem, co to jest. Do czego to służy...?*

B: *Co to może być?*

Ł. M. (milczy)

B: *A to chyba telewizor włączony. Tylko tak jest ustawiony, że...*

Ł. M.: *A, tutaj telewizor, tak? (upewnia się).*

B: *Tak.*

Ł. M.: *Tak, ustawiony jest tak, że... że tu... [...] Tak. Ale ładnie, ładnie wszystko. [ŁM22, próbka 2]*

(tu: badany zgłasza trudności i zasięga informacji u odbiorcy, nie wydaje się jednak, by udało mu się całkowicie pozbyć wątpliwości – przechodzi do ogólnikowego stwierdzenia: „ładnie, ładnie wszystko”).

W przypadku opisu sytuacji trudności badanych dotyczą również czynności prezentowanych na zdjęciu, ujmowanych w szerszym kontekście sytuacyjnym (co robią? dlaczego? po co? – ogólnie: co to za sytuacja?), przykładowo:

Ł. M.: *Oni układają książki... no, w jakiś sposób, prawda, systematyczny. O góry aż, nie wiem, dlaczego tutaj tych książek nie ma.* [ŁM28, próbka 3]

Ł. K.: *Myszę, że segregują coś, albo się... nie wiem. Nie umiem powiedzieć chyba.* [ŁK18, próbka 3]

Ł. M.: *Porządki. Porządki w zakresie biblioteki, w zakresie książek, które są układane. I na razie nie wiem co.* [ŁM23, próbka 3]

Niekiedy badani zgłaszają też wybiórcze deficyty, które są przeszkodą w budowaniu wypowiedzi na podstawie materiałów graficznych, przykładowo:

Ł. M.: *Kolory, ja tam tak nie mogę rozróżnić kolorów.* [LM10, próbka 1]

W tym kontekście szczególną uwagę należy zwrócić na wypowiedzi dowodzące aktywnego (choć niepełnego) odbioru rzeczywistości przedstawionej na zdjęciach – przez pryzmat wiedzy zachowanej w umyśle chorego, mogącej kompensować trudności odbiorcze (jako że odbiór rzeczywistości to proces wstępujący: dół – góra, a zarazem zstępujący: góra – dół). Badani sygnalizują: „nie wiem, nie potrafię”, a potem weryfikują podpowiedzi badającego, dopasowują do własnych wyobrażeń, przykładowo:

Ł. M.: *A to to ni mogę określić, co to jest. O to czerwone...?*

B: *Poduszka może.*

Ł. M.: *Poduszka?*

B: *Poduszka chyba.*

Ł. M.: *Może być poduszka. Na na fotelu. Tak. Musi być poduszka.* [LM30, próbka 2]

(tu: badana utwierdza się w przekonaniu, że *poduszka* to właściwe rozpoznanie, skoro przedmiot leży na fotelu: *Poduszka? – Może być poduszka – Musi być poduszka*).

U. K.: *No ja wiem, no może i stół. Sama nie wiem. Bo tych to jest sporo tego w tych nogach, to tak... nie wiem moja droga, chociaż w domu też mam taki stół. Ale jakoś jest inaczej.* [UK20, próbka 2].

(tu: badana waha się, czy stół to właściwe rozpoznanie, skoro jej domowy mebel prezentuje się inaczej).

U. K.: *O, to to ja nie wiem, co to leży, co to jest. Coś tu jest położone, no ale co? Jak poznać teraz, jak ja nie wiem, co to jest w ogóle, bo tu widzę buty stoją, tu poduszeczka jest, tu są, tu są... Co tu? No a tutaj co jest, to ja nie wiem.*

B: *Chyba jakieś gazety spadły ze stołu.*

U. K.: *Może, może i tak. Wszystko możliwe. Nie powiem już więcej nic, bo to to mi nie pasuje coś tutaj.* [UK28, próbka 2]

(tu: dla badanej obraz rzeczywistości pozostaje niespójny: *to mi nie pasuje coś tutaj*).

Deficyty w zakresie percepcji wzrokowej, procesów uwagi czy myślenia, powodują, że badani, opisując kolejne elementy rzeczywistości, borykają się z problemem: „co by to mogło być?” – próbują określić, co w danym kontekście jest możliwe, prawdopodobne.

Nie wiem, co powinienem wiedzieć / czego nie muszę wiedzieć

Gdy badany wskazuje na niemożność sprostania wymogom, które w istocie nie są mu stawiane w danej sytuacji zadaniowej, niewłaściwie rozpoznaje zakres wiedzy, jaką musi się wykazać podczas realizacji dyskursu, oczekiwanych od niego sprawności, ujawnia:

- brak adekwatnego rozpoznania sytuacji komunikacyjnej i rodzaju zadania, jakie diagnosta stawia przed chorym (tu: badający to osoba wcześniej nieznaną choremu, spotykana po raz pierwszy w sytuacji diagnostycznej, z zestawem zadań, wraz z materiałami pomocniczymi, z którymi badany mierzy się po raz pierwszy – jest proszony o opowiedzenie, co przedstawiają prezentowane mu zdjęcia),
- typowe dla otępienia trudności, z którymi boryka się w życiu codziennym (typu: trudności z rozpoznawaniem i nazywaniem osób, miejsc, sytuacji, luki w wiedzy na temat bieżących i przeszłych zdarzeń – dezorientacja, niepamięć) – na bazie negatywnych doświadczeń może wyczuwać, że wykonanie zadania jest, w jakimś aspekcie, niemożliwe.

W wypowiedziach pojawiają się osobiste odniesienia, przykładowo:

Ł. M.: *Tej pani to nie pamiętam...* [ŁM16, próbka 1]
(tu: o kobiecie na zdjęciu – tak, jakby badany miał ją z jakichś względów pamiętać).

Ł. K.: *Ale jak na imię mają, to nie wiem.* [ŁK2, próbka 1]
(tu: o kobiecie i dziewczynce na zdjęciu – tak, jakby badana miała z jakichś względów wiedzieć, jak się nazywają).

Ł. K.: *Co jest na zdjęciu... Jest piękna pani i chyba z córką.*

B: *Uhm.*

Ł. K.: *Bo więcej to nie znam.* [ŁK22, próbka 1]
(tu: o osobach na zdjęciu – tak, jakby badana miała z jakichś względów podać o nich więcej informacji, niż umożliwia to zdjęcie).

U. M.: *Zdjęcie jest ładne, poprawne. Ale... co do osób... to nie mogę się wypowiedzieć. Bo... yyy... nie wiem, kto to może być.* [UM28, próbka 1]

(tu: o kobiecie i dziewczynce na zdjęciu – tak, jakby badany nie mógł ich opisać, nie wiedząc, co to za osoby).

Ł. K.: *Tak. To ja nie wiem, co to... Nie byłam teraz. Nie byłam, to nie wiem, widzi pani. To już nie wiem teraz. [...] Już teraz nie wiem, nie wiem tera jak tu powiedzieć... pani...[...] I tego nie znam. A toto, co to jest? [...] Firanka i tutaj firanki. A tutaj to już nie wiem teraz, co to jest, co to... Co toto jest?* [ŁK29, próbka 2]

(tu: przy trudnościach podczas opisywania pokoju – badana określa ich powód: *Nie byłam teraz. Nie byłam, to nie wiem, widzi pani*).

Chory może nie być w stanie zmienić perspektywy postrzegania własnych ograniczeń, mimo wskazówek badacza. Obrazują to uwagi pacjentki, wyrażane podczas opisu pokoju, pozostające w ramie: nie wiem, co to za miejsce, bo w nim nie byłam – gdybym znała to miejsce, to bym powiedziała; nie chodzi o to, że nie chcę o czymś powiedzieć bądź coś zataić:

Ł. K.: *Nie wiem, nie wiem, nie byłam.*

B: *Ale to nie trzeba być.*

Ł. K.: *Bo nie byłam, prawda, nie znam. Może i tu to było. Nie wiem, trudno mi powiedzieć.*

i potem pod koniec wypowiedzi:

Ł. K.: Właśnie patrzę na ten. My mamy taką zasadę, że jak jesteśmy wszyscy razem, to trzymamy wszyscy razem paczkę, prawda... że... jakbym znała, to nie miałabym żadnej tajemnicy, żeby to... a to jest ten, czy tamten i bym pani powiedziała, kto to jest, a tak to...

B: *To jest czyjeś mieszkanie, po prostu.*

Ł. K.: *Przykro mi, ale...*

B: *Nie, to nie trzeba wiedzieć, czyje mieszkanie.*

Ł. K.: *Ja rozumiem. [ŁK22, próbka 2]*

W toku badania można przekonać się, że ogólne wskazania badanego w rodzaju „nie znam tych osób” (potencjalnie zwalniające chorego od rozwijania wypowiedzi) skrywają konkretne trudności. Należy im więc poświęcić szczególną uwagę, ponieważ częstokroć mają charakter unikowy, przykładowo:

U. K.: *A tu nie znam w ogóle nikogo.*

B: *Ale nie trzeba znać. Nie.*

U. K.: *No to to to dziewczyna jest, to jest chłopak chyba. Czy też dziewczyna. Nie wiem.*

B: *Niech pani obejrzy dokładnie.*

U. K.: *No tak to ja się bardzo nie znam na tym. Tak mi się wydaje, że to chłopak, a może też dziewczyna, a bo ja wiem... [UK20, próbka 1]*

(tu: początkowo badana stwierdza, że nie zna osób przedstawionych na zdjęciu, potem jednak okazuje się, że jej problemy przy rozpoznawaniu postaci mają charakter podstawowy – nie potrafi dokonać zróżnicowania: czy to dziewczyna, czy chłopak).

Trzeba podkreślić, że niepowodzenia doświadczane w toku wypowiedzi nierzadko wyzwalają u badanych negatywne emocje. Obniżenie sprawności umysłowej martwi, frustruje, złości: *Wie pani, ja mam głowę taką, kiepską zupełnie [ŁM27], no nie wiem, tak po moje/moim głupim rozumie to... to bym może złożyła to [UK23], nie bardzo wiem, jak się to tutaj... powiedzieć, bo ja byłem w pewnym momencie... przepraszam za wyrażenie, zatkany. W ogóle nie wiedziałem, jak to i co, w jaki sposób... [UM21].* Niekiedy badani próbują oddalić problemy, np. umniejszając własne trudności: *Nie wiem, co na tym obrazie jest... Tak to... nieistotne [ŁM28]* lub żartując: *A tu co tu jest? Ten mały mi ni / ten mały mi nie chce odpowiedzieć (śmieje się, odnosząc się do chłopca na zdjęciu) [UK28].*

WYNIKI ANALIZY ILOŚCIOWEJ

Częstość

W tabeli 1 wskazano, jaka jest częstość zachowań językowych klasyfikowanych w ramach kategorii K ogółem w badanej grupie oraz wyszczególniono wyniki grupowe dla osób z otępieniem łagodnym i umiarkowanym. Obok informacji odnośnie do odsetka badanych, u których odnotowano zachowania objęte kategorią K, określono rangę tego typu zachowań, biorąc pod uwagę częstość innych zachowań ujawniających się u badanych osób, typowych dla otępienia³.

Tabela 1. Częstość występowania trudności w grupie osób z chorobą Alzheimera

Lp.	Próba	W badanej grupie ogółem		W fazie łagodnej		W fazie umiarkowanej	
		odsetek badanych	ranga	odsetek badanych	ranga	odsetek badanych	ranga
1	Opis postaci	39,17%	2	36,67%	1	41,67%	3
2	Opis miejsca	46,67%	1	38,33%	1	55,00%	1
3	Opis sytuacji	39,17%	3	41,67%	1	36,67%	3

Analiza ilościowa prowadzi do następujących ustaleń:

1. Wskazywanie przez badanych na własną niekompetencję, na niemożność sprostania wymaganiom związanym z konstruowaniem dyskursu, jest jednym z trzech najczęstszych zachowań niepożądanych ujawniających się podczas realizacji dyskursu deskrypcyjnego.

Występuje ogółem u 39–47% wszystkich badanych, w zależności od rodzaju opisu.

Jeśli wziąć pod uwagę całą badaną grupę, najwyższą rangę (1), ma w przypadku opisu miejsca.

2. W grupie osób z otępieniem w fazie łagodnej jest problemem najczęstszym (ranga 1), niezależnie od rodzaju opisu – zarówno w przypadku opisu osób, opisu miejsca, jak i opisu sytuacji. W tej

³ Po dokonaniu całościowej ogólnej analizy próbek dyskursu sporządzono rankingi odnośnie do trudności ujawniających się u badanych osób – począwszy od kategorii występującej u największej liczby osób (Domagała 2015). Najczęstsze zachowania niepożądane, wedle ustaleń własnych, wyszczególniono wcześniej w niniejszym artykule w części poświęconej problematyce badań.

grupie występuje z częstością od 37 do 42%, w zależności od rodzaju opisu.

3. W grupie osób z otępieniem w fazie umiarkowanej występuje z częstością od 37 do 55%, w zależności od rodzaju opisu. Ranga problemu jest zróżnicowana; sytuuje się:
- na pozycji 1. w przypadku opisu miejsca (tu: na równi z zachowaniami objętymi kategorią „Nieprawidłowości w określaniu obiektów oraz ich charakteryzowaniu – odstępstwa w stosunku do tego, co, potencjalnie, bezpośrednio dostępne jest na drodze obserwacji; niezgodności w aspekcie spostrzeżeniowym” – również 55%).
 - na pozycji 2. w przypadku opisu osób – dużo częstsze są zachowania z kategorii „Nieprawidłowości w określaniu obiektów oraz ich charakteryzowaniu – odstępstwa w stosunku do tego, co, potencjalnie, bezpośrednio dostępne jest na drodze obserwacji; niezgodności w aspekcie spostrzeżeniowym”, jak wyżej (ranga 1 – 58,33%) oraz z kategorii „Ponowne określanie tych samych obiektów (także ich części składowych) czy ich cech – niepożądane i bezzasadne, w przypadku wielokrotnych powtórzeń rozpoznawane jednoznacznie jako niekontrolowane przez badanego” (ranga 2 – 45%),
 - na pozycji 3. w przypadku opisu sytuacji – częściej występują zachowania z kategorii „Nieprawidłowości w określaniu obiektów oraz ich charakteryzowaniu – odstępstwa w stosunku do tego, co, potencjalnie, bezpośrednio dostępne jest na drodze obserwacji; niezgodności w aspekcie spostrzeżeniowym”, jak wyżej (ranga 1 – 61,67%) oraz z kategorii „Dyslogia, podawanie informacji sprzecznych z ogólną wiedzą o rzeczywistości, wynikającą z ludzkich doświadczeń, stwierdzenia zdradzające brak ustrukturuwanej wiedzy o rzeczywistości w określonym jej obszarze, sądy nieuprawnione” (ranga 2 – 46,67%).

Jak pokazują dane, wskazywanie przez badanych na własną niekompetencję, na niemożność sprostania wymaganiom związanym z konstruowaniem dyskursu to zachowanie, które występuje w dyskursie wielu osób z chorobą Alzheimera. Trzeba podkreślić, że dominuje ono w łagodnej fazie otępienia. Relatywnie staje się mniej wyraziste w umiarkowanej fazie otępienia; z czasem zaczyna ustępować miejsca innym zachowaniom niepożądanym, współwystępuje z różnymi przenikającymi się objawami traconej sprawności umysłowej. Wraz z postępem choroby w dyskursie narastają zachowania niepożądane, których chory nie kontroluje,

trudności, których sobie nie uświadamia (daje w ten sposób dowody swojej niekompetencji w sposób niezamierzony, w przeciwieństwie do opisywanych tu zachowań).

Nasilenie

W tabeli 2 określono, jakie jest nasilenie zachowań językowych objętych kategorią K (tu odpowiednio: występuje jeden raz; dwa razy; trzy i więcej) w dyskursie poszczególnych osób – przedstawiono dane ogólne dla całej badanej grupy oraz wyniki grupowe dla osób z otępieniem łagodnym i umiarkowanym.

Tabela 2. Nasilenie trudności w dyskursie badanych osób

Lp.	Próba	Nasilenie trudności	W badanej grupie ogółem	W fazie łagodnej	W fazie umiarkowanej
1	Opis postaci	1	27,50%	25,00%	30,00%
		2	7,50%	6,67%	8,33%
		3 i więcej	4,17%	5,00%	3,34%
2	Opis miejsca	1	23,33%	28,33%	18,33%
		2	9,17%	3,33%	15,00%
		3 i więcej	13,34%	6,67%	20,00%
3	Opis sytuacji	1	20,83%	21,67%	20,00%
		2	9,17%	10,00%	8,33%
		3 i więcej	9,17%	10,00%	8,33%

Powyższe zestawienie danych pozwala stwierdzić, że wskazywanie na własną niekompetencję, na niemożność sprostaną wymaganiami związanym z konstruowaniem dyskursu, jest u części osób zachowaniem o zwiększonym nasileniu. Z częstością trzy razy i więcej występuje ogółem u 4–13% wszystkich badanych, w zależności od rodzaju opisu (w fazie łagodnej: 5–10% badanych, w fazie umiarkowanej: 3–20% badanych). Tym samym może być wyróżnikiem dyskursu poszczególnych osób. Obrazują to wypowiedzi wybranej osoby odnoszące się do wszystkich trzech rodzajów opisu:

Tutaj jakaś pani, a tutaj to nie wiem kto to. Mężczyzna może. Może nie. [...] Nie wiem dalej, co tu nic nie... [...] No i nie wiem dalej, co jest. Okurały jakieś tutaj. No i nic mi dalej nie wiem. [...] – ŁK27, próbka 1

No tutaj jest zegar, no tutaj to nie wiem, co to jest, takie jakieś... [...] A tutaj to nie wiem, co to jest. [...] No i nie wiem, co tu dalej jest... tutaj też coś tam jest, ale... [...] No nie wiem, co tu dalej jest... [...] No. No to w telewizorze wygląda, że coś tam podają, czy... nie wiem. [...] A tutaj tam daleko gdzieś jakieś... jakieś jest drzewo czy coś, przewrócone, nie wiem dokładnie. [...] – ŁK27, próbka 2

Nie wiem dlaczego. A tutaj jakieś też coś leży. [...] A tutaj na krześle stoi mężczyzna i coś tam kładzie czy wiesz. Nie wiem – ŁK27, próbka 3

Kobieta, w toku wypowiedzi (kolejno: opisu postaci, opisu miejsca, opisu sytuacji) wielokrotnie wskazuje na własną niewiedzę, niekompetencję, odnosząc się do różnych aspektów rzeczywistości przedstawionej na zdjęciach: nie wiem, kto to; nie wiem, co to; nie wiem, co się dzieje; nie wiem, dlaczego. Buduje deskrypcję w sposób wybiórczy: to wiem, potrafię *versus* tego nie wiem, nie potrafię. U podstaw tego typu zachowań leży niska ocena własnych możliwości, wyczuwanie ograniczeń umysłowych.

ZAKOŃCZENIE

Zachowania językowe klasyfikowane w ramach kategorii „Wskazywanie, w sposób jednoznaczny, na własną niekompetencję, niemożność sprostania wymaganiom związanym z konstruowaniem wypowiedzi (wedle wyobrażeń, jakie ma w tym względzie badany), uchylanie się od podawania określonych informacji na temat przedstawionych na zdjęciu osób/miejsca/sytuacji z powodu wyczuwanych u siebie ograniczeń, utraty sprawności umysłowej” mają znaczenie diagnostyczne. Interlokutor zyskuje przynajmniej częściowy wgląd w deficyty w funkcjonowaniu umysłowym mówcy, kierując się bezpośrednimi sygnałami od chorego – niewpisującymi się w obraz mowy niekontrolowanej. Zachowania budujące indywidualny przekaz w rodzaju: „nie potrafię”, „nie wiem”, „nie pamiętam”, „nie mogę” warto rejestrować i próbować objaśniać, mając na względzie ich możliwe u danej osoby uwarunkowania. Dla logopedy zrozumiałe jest, że w warunkach rozwijającej się choroby otępiennej część pacjentów może wyczuwać swe braki, ograniczenie kompetencji – ich zachowania będzie jednak różnicował szereg czynników (tu pierwszoplanowo: wiedza pacjenta na temat postawionego rozpoznania i choroby, możliwość wglądu we własne deficyty, styl radzenia sobie z rozpoznaniem choroby otępiennej i deficytami poznawczymi – Domagała, Sitek 2018),

dotatkowo dekodowanie intencji chorego, rozpoznawanie jego emocji możliwe jest tylko częściowo.

W badanej grupie wskazywanie przez pacjentów na własną niekompetencję, na niemożność sprostania wymaganiom związanym z konstruowaniem wypowiedzi, było jednym z trzech najczęstszych zachowań niepożądanych (w aspekcie makrostruktury opisu) ujawniających się podczas realizacji dyskursu deskrypcyjnego. W zależności od rodzaju opisu występowało u 39–47% wszystkich badanych (a więc było udziałem – w konkretnym zadaniu – nawet niemal połowy badanych). Trzeba jednak w tym miejscu zaznaczyć, że uczestnikami badania były osoby już zdiagnozowane, objęte specjalistyczną opieką. W przypadku niepostawionej jeszcze diagnozy czy zaprzeczania własnym problemom, skrywania ich na etapie diagnozy otępienia, zachowania osób z rozwijającą się chorobą otępienną mogłyby być odmienne.

Niezależnie od tego, w sytuacji oceny mowy u osób tracących sprawność umysłową, należy być wyczulonym na kwestię obnażania ich deficytów. Nieskrywanie własnej niekompetencji, brak zachowań uciezkowych, maskowania trudności, jest cenną dyspozycją badanego ze względów diagnostycznych, niemniej jednak obnażanie deficytów może być dla osoby badanej bardzo dotkliwe. Winno pociągać za sobą wsparcie na etapie postdiagnostycznym.

BIBLIOGRAFIA

- Arkin S., Mahendra N., 2001, *Discourse analysis of Alzheimer's patients before and after intervention: Methodology and outcomes*, "Aphasiology" 15, 6, s. 533–569.
- Beard R.L., Knauss J., Moyer D., 2009, *Managing disability and enjoying life: How we reframe dementia through personal narratives*, "Journal of Aging Studies" 23, s. 227–235.
- Domagała A., Sitek E., 2018, *Niefarmakologiczne metody terapii w chorobie Alzheimerza*, [w:] A. Domagała, E. Sitek, *Choroba Alzheimerza. Zaburzenia komunikacji językowej*, Gdańsk, s. 228–257.
- Domagała A., 2015, *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim*, Lublin.
- Fleming V.B., Harris J.L., 2008, *Complex discourse production in mild cognitive impairment: Detecting subtle changes*, "Aphasiology" 22 (7–8), s. 729–740.
- Galecki P., Świącicki Ł., 2015. *Kryteria diagnostyczne z DSM-5®. Desk reference*, przeł. P.S. Krawczyk, Wrocław.
- Grabias S., 2001, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin.
- Hubbard G., Downs M.G., Tester S., 2003, *Including older people with dementia in research: challenges and strategies*, "Aging & Mental Health" 7(5), s. 351–362.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, 2000, Kraków–Warszawa.

- Marczewska H., 1994, *Zaburzenia językowe w demencji typu Alzheimer*, [w:] *Nie tylko afazja... O zaburzeniach językowych w demencji Alzheimer, demencji wielozawalowej i przy uszkodzeniach prawej półkuli mózgu*, Warszawa, s. 7–60.
- Mackenzie C., Brady M., Norrie J., Poedjianto N., 2007, *Picture description in neurologically normal adults: Concepts and topic coherence*, „Aphasiology” 21, 3/4, s. 340–354.
- McKhann G. M., Knopman D.S., Chertkow H., Hyman B.T., Jack C.R. Jr, Kawas CH., Klunk W.E., Koroshetz W.J., Manly J.J., Mayeux R., Mohs R. C., Morris J. C., Rossor M.N., Scheltens P., Carrillo M.C., Thies B., Weintraub S., Phelps C.H., 2011, *The diagnosis of dementia due to Alzheimer’s disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer’s Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer’s disease*, “Alzheimer’s & Dementia” 7(3), s. 263–269.
- Potocka-Pirosz K., 2019, *Zaburzenia mowy we wczesnej fazie choroby Alzheimer. Studium przypadków*, Warszawa.
- 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*, „Psychogeriatrya Polska” 1 (2), s. 119–144.
- Sitek E., 2018, *Mowa w chorobie Alzheimer* [w:] A. Domagała, E. Sitek, *Choroba Alzheimer. Zaburzenia komunikacji językowej*, Gdańsk, s. 62–70.
- Wciórka J., red., 2008, *Kryteria diagnostyczne wg DSM-IV-TR*, Wrocław.
- Witosz B., 1997, *Opis w prozie narracyjnej na tle innych odmian deskrypcji*, Katowice.
- Witosz B., 2001, *Między opowiadaniem a opisem (O wykorzystaniu teorii współczesnej lingwistyki w typologii gatunków mowy)*, [w:] *Praktyki opowiadania*, red. B. Owczarek, Z. Mitosek, W. Grajewski, Kraków, s. 23–43.
- Woods R.T., 2001, *Discovering the person with Alzheimer’s disease: Cognitive, emotional and behavioral aspects*, “Aging & Mental Health” 5 (Supplement 1), s. 7–16.