



LOGOPEDYCZNA PERSPEKTYWA

Aleksandra Matyjasek

KORELACJA ZABURZEŃ POZNAWCZYCH I JĘZYKOWYCH W CHOROBIE ALZHEIMERA

Streszczenie

Choroba Alzheimer'a cechuje się charakterystycznym przebiegiem i obrazem klinicznym, w którym pierwszoplanowymi objawami są zaburzenia poznawcze i językowe. W klasyfikacji logopedycznej trudności językowe w chorobie Alzheimer'a zalicza się do zaburzeń mowy spowodowanych rozpadem kompetencji językowej i komunikacyjnej obok takich jednostek, jak afazja, pragnozja, schizofazja. W otępieniu pierwotnym podkreśla się jednak specyfikę tych objawów: progresywność i nieodwracalność oraz ich związek z zaburzeniami innych procesów poznawczych. To właśnie ten trzeci aspekt, korelacja procesów poznawczych i językowych w otępieniu alzheimerowskim, jest nadrzędnym celem w prezentowanym materiale badawczym. Dane empiryczne zostały zgromadzone za pomocą wybranych metod psychometrycznych, skonstruowanych prób eksperymentalno-klinicznych oraz obserwacji osób badanych. Zestawienie danych otrzymanych z analiz ilościowych i jakościowych wykazało związek funkcji wykonawczych (monitorujących przebieg zadania) z procesami poznawczymi oraz językiem.

słowa kluczowe: otępienie pierwotne, deficyty językowe i poznawcze w chorobie Alzheimer'a

Correlation of cognitive and linguistic disorders in Alzheimer's disease

Summary

Alzheimer's disease is characterized by distinctive disease course and clinical picture, in which cognitive and linguistic disorders are the primary symptoms. In logopedic classification linguistic difficulties in Alzheimer's disease are classified as speech disorders caused by the disintegration of linguistic and communicative competence, alongside with such entities as aphasia, pragnosia, and schizophasia. However, in primary dementia the specific characteristics of these symptoms are highlighted: progressivity, irreversibility as well as their connection with other disorders of cognitive processes. The third aspect, the correlation of cognitive and linguistic processes in dementia of the Alzheimer type, is the paramount aim of the presented research

material. Empirical data was gathered by means of the selected psychometric methods, prepared experimental clinical trials as well as observation of the researched individuals. The comparison of data obtained from the quantitative and qualitative analyses proved the relationship between executive functions (monitoring the course of the task) and cognitive processes as well as language.

keywords: primary dementia, linguistic and cognitive deficits in Alzheimer's disease

Choroba Alzheimera jako jednostka nozologiczna

Choroba Alzheimera (AD), po raz pierwszy opisana w 1907 roku przez niemieckiego psychiatrę, od którego nazwiska pochodzi jej nazwa, to pierwotny zespół otępienny o charakterystycznym przebiegu i obrazie klinicznym. Jest najczęściej występującą postacią demencji – w roku 2004 stanowiła połowę wszystkich rodzajów otępienia, przy czym w Polsce liczba ta wynosiła około 500 tysięcy zachorowań (Barcikowska, Bilikiewicz 2004). W większości przypadków początek schorzenia rozpoczyna się po 60 roku życia, ma postępujący przebieg, jego objawy są nieodwracalne (por. Bilikiewicz 2011; Steuden 2011).

Opis zachowań językowych w chorobie Alzheimera w ujęciu logopedycznym i neuropsychologicznym

Perspektywa logopedyczna

W logopedycznej klasyfikacji demencja mieści się w grupie zaburzeń mowy związanych z rozpadem kompetencji językowej i komunikacyjnej, co przejawia się zakłóceniami sprawności narracyjnych i dialogowych, rozpadem językowych sprawności komunikacyjnych i językowych (Grabias 2008, 2012; Domagała 2007, 2008, 2012).

Pacjenci z AD mają trudności z doбором adekwatnych wykładników językowych regulujących relację z interlokutorem, co ma związek z nierozpoznananiem lub niewłaściwym rozpoznananiem osoby rozmówcy. Osoba z otępieniem alzheimerowskim może traktować interlokutora jako osobę znajomą, rozpoznać w niej osobę z najbliższego otoczenia mimo pierwszego kontaktu, przypisywać rozmówcy wspólne doświadczenia i działania w przeszłości, stosować zachowania językowe, charakterystyczne dla innego (nieadekwatnego w danej sytuacji) układu ról. Przy braku rozpoznania rozmówcy chory zwraca się do znanej osoby jak do nowopoznanej, nie pamięta o wcześniejszych

spotkaniach, zaprzecza istnieniu wspólnych doświadczeń i działań. Interakcja z chorym może być utrudniona ze względu na zaburzenia w aspekcie orientacji allopsychicznej – chory pomimo fizycznej obecności w danym miejscu, nie rozpoznaje go lub niewłaściwie postrzega. Nieprawidłowo określa miejsca, wskazuje na okoliczności niezgodne z faktycznym stanem, zgłasza problemy z orientacją. Dodatkowo zakłócenia w przebiegu interakcji wynikają z trudności w rozumieniu wypowiedzi rozmówcy. U osób z chorobą Alzheimera często dochodzi do częściowego (niedookreślanie odniesień czasowych) lub całkowitego załamania się perspektywy temporalnej. Chorzy mają tendencję do postrzegania teraźniejszości jako przeszłości przez pryzmat zachowanych w pamięci długotrwałej faktów. W demencji Alzheimera zaburzony jest odbiór i przekazywanie informacji, co uniemożliwia budowanie wspólnej wiedzy u uczestników dialogu. Chory traci wgląd we własne wypowiedzi, perseweruje wątki rozmowy, tracąc wiedzę z wielu obszarów, ogranicza możliwości tematu rozmowy, konfabuluje (Domagała 2007, 2008, 2012).

Wypowiedzi osób z AD nie są zaburzone w aspekcie realizacyjnym. Pewne osłabienie wyrazistości artykulacyjnej i możliwości fonacyjnych są zazwyczaj związane z ogólnym spadkiem psychofizycznej wydolności chorego. Zakłócona jest sprawność leksykalno-semantyczna (chory używa zaimków jako zamienników właściwej nazwy, aktualizuje nieodpowiednie w danym kontekście słowa), co jest wyrazem jego ograniczonej i stale pogarszającej się aktywności poznawczej (por. Domagała 2012; Łuczywek 2004).

Perspektywa neuropsychologiczna

W ujęciu neuropsychologicznym opisuje się związek między czynnościami mowy a aktywnością mózgową (Marczewska 1994). W myśl tego podejścia uznaje się, że zaburzenia językowe powinny być uznawane za objaw zwiastunowy choroby Alzheimera (AD), mimo iż nie są zaliczane do osiowych objawów tego zaburzenia (Daniluk, Szepietowska 2005). Na podstawie analizy testów językowych wykonywanych przez pacjentów z AD dokonano zestawienia objawów najbardziej charakterystycznych dla tej jednostki nozologicznej, są to zaburzenia nazywania, obniżenie fluencji słownej, trudności z powtarzaniem, zaburzenia czytania i pisanie, a także zaburzenia procesów myślowych (por. Marczewska 1994; Daniluk, Szepietowska 2005; Herzyk 2009).

Mechanizm zaburzeń nazywania zmienia się wraz z postępowaniem choroby lub lokalizacją ognisk neuropatologii w mózgu. Uznaje się, że trudności z nazywaniem w fazie początkowej mają charakter semantyczny (wybieranie

obrazków kojarzących się semantycznie z podanym), a w miarę postępowania choroby narastają zakłócenia wynikające z zaburzeń percepcji wzrokowej (wskazywanie przedmiotów podobnych wizualnie). Zaburzenia w aktualizowaniu nazw mogą objawiać się jako peryfrastyczne opisy znaczenia słowa, synonimiczne określenia właściwej nazwy – zwykle poprzez nazwę z zakresu bardziej ogólnej kategorii lub podawanie nazwy odnoszącej się do aktualnie działającego bodźca (ibidem).

Obniżenie fluencji słownej stanowi istotny objaw zwiastunowy AD. Pacjenci gorzej radzą sobie z fluencją w obrębie kategorii semantycznych (pomimo zaangażowania pamięci epizodycznej, która stanowi składnik pamięci długotrwałej, wynik jest jednak zależny od stopnia znajomości kategorii przez osobę badaną) niż z płynnością w obrębie cech formalnych. Trudności z powtarzaniem są zależne od różnic indywidualnych pomiędzy pacjentami. Nie występują na wczesnym etapie AD. Najczęściej pojawiające się problemy z wyrecytowaniem zautomatyzowanych ciągów słownych należy wiązać z upośledzoną kontrolą toku mowy wynikającą z zaników w obrębie płatów czołowych. Zaburzenia czytania, które pojawiają się w późniejszym stadium otępienia, wynikają z zaburzeń językowych wiążących się z trudnościami w dekodowaniu na poziomie semantycznym, a nie z deficytów percepcji wzrokowej. Wraz z postępem choroby redukuje się do formy zautomatyzowanej – badany nie rozumie czytanych treści. Zaburzenia pisania, które należą do częstych objawów demencji, korelują dodatkowo z postępami choroby. Przy niezaburzonym pisaniu pod dyktando (szczególnie słów izolowanych) pacjenci popełniają liczne błędy: pomijanie, dodawanie, powtarzanie, substytuowanie liter ze względu na ich fonologiczne i wizualne podobieństwo. Teksty pisane samodzielnie są zredukowane treściowo, zawierają wiele błędów formalnych i semantycznych – często występują neologizmy, pojawia się regularyzacja słów nieregularnych. Zaburzenia intelektu mogą objawiać się jako perseweracje werbalne – ich występowanie w AD zależne jest od stadium choroby. Podłożem perseweracji są zaburzenia przełączania uwagi, a zatem ten objaw nasila się przy pojawianiu się nowych bodźców (zmiany tematu) w trakcie wypowiedzi. Najczęstszym typem perseweracji są powtórzenia myśli.

Jak wynika z analiz neuropsychologicznych, zaburzenia językowe w chorobie Alzheimera pojawiają się już we wczesnych stadiach. Wypowiedzi pacjentów stają się krótsze, ubogie treściowo, pojawia się anomia, parafazje, neologizmy, zmyślenia, dygresje ksobne. Progresa choroby prowadzi do całkowitego mutyzmu.

Aktywność poznawcza w chorobie Alzheimera

Opis aktywności poznawczej osób z chorobą Alzheimera dotyczy następujących funkcji: percepcji i przetwarzania informacji, pamięci, uwagi, orientacji, funkcji werbalnych, procesów przestrzennych oraz funkcji czołowych (pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych) (Pasgreta, Gorzelańczyk 2010). Profil deficytów wyższych czynności psychicznych w chorobie Alzheimera (AD), jest swoisty i odmienny w porównaniu z innymi zespołami otępiennymi (Łuczywek 1996).

Wczesne objawy, które w przyszłości mogą wskazywać na AD, określane są jako łagodne zaburzenia poznawcze (MCI). Podkreśla się jednak, że MCI nie stanowią synonimu dla prodromalnej fazy otępienia. Do charakterystycznych objawów MCI należą zaburzenia pamięci (głównie roboczej, krótkotrwałej), zaburzenia selektywności uwagi, zaburzenia myślenia z tendencją do konkretyzacji, zmiana osobowości, obniżenie napędu psychoruchowego (Knopman 2004). Anatomicznie zmiany patomorfologiczne u tych osób występują w obszarze płatów czołowych oraz układu limbicznego (Neil 2001). Jak wynika z badań (Pasgreta i Gorzelańczyk 2010), u 50% chorych z diagnozą łagodnych zaburzeń poznawczych o określonym profilu (w obrazie zaburzeń dominuje osłabienie pamięci, w mniejszym stopniu zdolności konstrukcyjne i myślenie abstrakcyjne) w ciągu 5 lat rozwija się pełnoobjawowe AD.

Zaburzenia mnesticzne pojawiające się w stadium prodromalnym otępienia są cechą charakterystyczną dla opisywanej jednostki (Łuczywek 1996). Początkowo pojawiają się zaburzenia pamięci modalnie specyficzne, obejmujące pojedyncze funkcje poznawcze (Daniluk, Szepietowska 2005), które przejawiają się trudnościami w zapamiętaniu nowej informacji (Łuczywek 1996). W początkowych stadiach zachowana jest pamięć proceduralna i nabywanie nowych umiejętności ruchowych (Daniluk, Szepietowska 2005).

W kolejnej, umiarkowanej fazie zmian poznawczych, narastają zaburzenia pamięci krótkotrwałej deklaratywnej, pamięci semantycznej, a następnie epizodycznej (Pasgreta, Gorzelańczyk 2010). Do coraz bardziej rozległych zaburzeń mnesticznych dołączają się zaburzenia innych czynności poznawczych (modalnie niespecyficzne), co utrudnia stosowanie mechanizmów kompensacyjnych. Dodatkowo, oprócz deterioracji w obrębie struktury hipokampa (odpowiedzialnego za pamięć) narasta patologia płatów czołowych, co wpływa na wzmożoną podatność na dystraktory, trudności z planowaniem, oceną sytuacji, rozpoznawaniem (Daniluk, Szepietowska 2005). Zaznacza się początek trudności w zakresie rozumienia mowy i znajdowania właściwych słów (dysnomia prowadząca do anomii), spadek fluencji słownej i artykulacji,

dysgrafię, dysleksję i dyskalkulię (Pasgreta, Gorzelańczyk 2010). Przy patologii wynikającej z zaników mózgu w obrębie płatów czołowych, a szczególnie kory oczodołowoczołowej i tylnego zakrętu obręczy, części głowowej jądra ogoniastego oraz obszaru skroniowo-ciemieniowego, na tym etapie choroby może pojawić się anozognozja (Herzyk 2009).

Otępienie właściwe, o charakterze nieodwracalnym, występuje w późnej fazie choroby (Łuczywek 1996). Odnacza się znacznym pogorszeniem dotąd dobrze funkcjonującej pamięci kontekstowej i chronologii zdarzeń, prowadzącym do całkowitej amnezji (Szepietowska, Daniluk 2008). Występują trudności w rozpoznawaniu bodźców (agnozja), głębokie zaburzenia rozumienia i mówienia oraz apraksja (Pasgreta, Gorzelańczyk 2010).

Funkcje wykonawcze w chorobie Alzheimera

W chorobie Alzheimera zaburzenia funkcji wykonawczych mają określoną specyfikę. Dochodzi do zakłócenia mechanizmów monitorujących przebieg czynności pamięciowych. Deficyt ten, wywołany patologią płatów czołowych, określany jest inaczej jako „amnezja źródła” i przejawia się zaburzeniami kontroli procesów, dzięki którym możliwe jest określenie źródła zapamiętywanej informacji. Charakterystycznym dla AD deficytem są zaburzenia konstrukcyjne (rozpoznawane przy zastosowaniu Testu Zegara) wynikające z obniżenia pamięci operacyjnej przy zachowanej zdolności do kopiowania i odwzorowywania. Początkowo zaburzenia tego typu pamięci mają naturę pozajęzykową i wiążą się z zaburzeniami uwagi (jej podatnością na dystrakcję i brakiem podzielności). W klinicznym obrazie AD wraz z deficytami kontroli zachowania współwystępują zaburzenia planowania; problemy decyzyjne, stereotypowy przebieg rozumowania, niedostateczna przetrutność uwagi, niezdolność do jednoczesnego przechowywania i manipulowania informacjami oraz deficyt samoświadomości (Jodzio 2008).

Biorąc po uwagę powyższe dane, stwierdzić należy, że analiza głębokości zaburzeń poznawczych i wykonawczych stanowi istotny wskaźnik diagnostyczny ogólnego stopnia otępienia.

Sprawności językowe a możliwości poznawcze

Rozważania nad relacją między językiem a procesami poznawczymi wywodzą się z założeń hipotezy Sapira-Whorfa, zgodnie z którymi percypowanie przez jednostkę rzeczywistości zależy od sposobu jej mówienia (Sapir 1978). Współcześnie uważa się, że język jest elementem wspomagającym myślenie,

ale go nie warunkuje. Pozwala natomiast zwiększać kompetencje poznawcze dzięki umiejętności operowania symbolami językowymi (Maruszewski 2002).

W kontekście związku pomiędzy językiem a myśleniem istotne są ustalenia A. Łurii, który wyróżnił dwie formy myślenia: konkretno-praktyczne (pojawia się jako pierwsze, warunkuje rozwiązywanie zadań konstrukcyjnych), werbalno-logiczne (odpowiada za klasyfikowanie, wnioskowanie – zachodzi u osób z wykształconym systemem werbalnym). Obie formy myślenia są względem siebie komplementarne (Łuria 1976).

Uściślając definicję myślenia werbalnego, wymienia się jego dwa poziomy: 1) poziom konkretny, 2) poziom abstrakcyjny. Myślenie na poziomie konkretnym przejawia się brakiem zdolności posługiwania się cechą wyabstrahowaną, operowania nią przy rozwiązywaniu problemów, co ma związek z silnym powiązaniem reakcji z aktualnie działającym bodźcem. Poziom abstrakcyjny jest bardziej złożony, ponieważ wymaga zachowania się uwzględniającego przewidywanie przyszłych wydarzeń, wnioskowanie o tym, co było na podstawie znajomości pewnych okoliczności (Obuchowski 1982).

Dualistyczny podział sposobów orientacji jednostki w świecie prezentuje K. Goldstein. Autor, bazując na wynikach badań klinicznych i eksperymentalnych, wyszczególnił zachowania swoiste dla tych biegunowych postaw. Jednostka zdolna do przyjęcia postawy abstrakcyjnej samodzielnie rozpoczyna czynności, jest zdolna zmieniać sfery działania, analizuje całości i syntezuje jej elementy, ma wpływ na określone stany umysłu, odgranicza swoje Ja od świata zewnętrznego. Postawa abstrakcyjna jest często nieosiągalna dla osób z zaburzeniami neurologicznymi. Skutkuje to przewagą wykładników ukonkretnienia zachowań i przejawia się zależnością reakcji od aktualnego bodźca, powielaniem reakcji werbalnych zgodnie z wcześniej wyuczoną reakcją językową na daną sytuację, osłabieniem fluencji kategoryjnej, tworzeniem definicji odnoszących się do cech użytkowych, trudnościami z całościowym postrzeganiem sytuacji (Goldstein 1948, za: Panasiuk 2012). Założenia teorii Goldsteina wyznaczyły kierunek analizy zgromadzonego materiału badawczego.

Badania własne

Charakterystyka grupy

W badaniu wzięło udział 5 kobiet stanowiących grupę kliniczną. Kryterium włączającym była diagnoza choroby Alzheimera. Osoby badane zostały

podzielone na dwie grupy (grupa I – faza początkowa choroby, grupa II – faza umiarkowana choroby) w zależności od wyniku osiągniętego w Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego (MMSE)

Tab.1. Charakterystyka grupy klinicznej

Pacjentka	Zmienna niezależna		Zmienna zależna (wynik skoryg. MMSE)	Zmienna kliniczna	
	Wiek (lata)	Wykształcenie		Czas od postawienia diagnozy	Grupa
1.	77	Średnie	20 punktów	9 miesięcy	I
2.	81	Zawodowe	19 punktów	1 rok 6 miesięcy	I
3.	74	Podstawowe	17 punktów	3 lata 1 miesiąc	II
4.	84	Zawodowe	15 punktów	3 lata 7 miesięcy	II
5.	82	Podstawowe	15 punktów	2 lata 6 miesięcy	II

Opis i uzasadnienie wyboru metod badawczych

W badaniu osób z chorobą Alzheimera wykorzystano metody jakościowe i ilościowe do oceny funkcji poznawczych i sprawności językowych.

Metody ilościowe

Krótką Skalę Oceny Stanu Psychicznego – jest to narzędzie pomocnicze pozwalające na standaryzowany i ilościowy pomiar wybranych funkcji poznawczych (orientacja w czasie i w miejscu, zapamiętywanie, uwaga i liczenie, przypomnienie, nazywanie, powtarzanie, rozumienie, czytanie, pisanie, rysowanie). Stosowane jest w celach przesiewowych oraz do monitorowania przebiegu chorób neurodegeneracyjnych (Stańczak 2010).

Test Rysowania Zegara – jest to narzędzie do oceny funkcji wzrokowo-przestrzennych, ma na celu wstępną i przesiewową ocenę aktywności poznawczej i/lub ocenę głębokości zaburzeń o tym charakterze (Łuczywek 2004).

Test leksykalno-semantyczny – jest to narzędzie do oceny wiedzy leksykalno-semantycznej, słuchu fonematycznego oraz analizy wzrokowo-przestrzennej. Osoba badana ma za zadanie wskazać na planszy jednego spośród 6 rysunków, który odpowiada wypowiedzianemu przez badającego słowu. Po-

zostałe 5 obrazków stanowi dystraktor o różnym charakterze: semantycznym, fonetycznym, graficznym, czynnościowym (Łojek 2005).

Badanie fluencji słownej dla kryterium formalnego/literowego/fonetycznego – to dwie próby, w których badany ma za zadanie przez minutę generować słowa zaczynające się kolejno na literę P i K (por. Jodzio 2006, 2008).

Badanie fluencji słownej dla kryterium treściowego/semantycznego/kategorialnego – to próby, w których badany ma za zadanie przez minutę generować słowa należące do określonej kategorii – kolejno: rzeczy, które można kupić w supermarkecie; zwierzęta (por. Jodzio 2006, 2008).

Metody jakościowe

Na potrzeby badania skonstruowano próby eksperymentalno-kliniczne, których wykonanie dostarczyło danych o możliwościach poznawczych i językowych badanych osób. Zastosowano próby obrazkowe przedstawiające realne sytuacje i ich uczestników. Osoba badana miała za zadanie na podstawie bodźca wzrokowego określić w kolejnych próbach:

1. Przewidywanie – co może się zaraz wydarzyć (poznawcze symulowanie przyszłości);
2. Wnioskowanie – co mogło doprowadzić do przedstawionej sytuacji (tworzenie potencjalnej rekonstrukcji zdarzeń);
3. Opis obrazka – co jest przedstawione na obrazku (jego treść dotyczy sytuacji emocjonalnej, która stymuluje do ekspozycji poznawczej).

Opis funkcjonowania poznawczego został sporządzony według następujących wskaźników (cechy składające się na postawę konkretną i abstrakcyjną):

1. Analiza poszczególnych elementów sytuacji (rozpoznanie bohaterów, miejsca, przedmiotów etc.);
2. Synteza elementów (rozpoznanie kontekstu, intencji bohaterów);
3. Przerzutność między sferami działania (płynne przechodzenie między zadaniami, zdolność oddzielenia ich treści);
4. Zdolność do decentracji (odwoływanie się do wiedzy ogólnej) vs. egocentryczność wypowiedzi (odwoływanie się do własnych doświadczeń);
5. Rozumowanie stereotypowe (wyuczona reakcja werbalna w odpowiedzi na bodziec) vs. rozumowanie plastyczne (dostosowane do prezentowanych treści).

Analiza sprawności językowych dotyczyła aspektów formalnych oraz treściowych wypowiedzi w odniesieniu do sprawności dialogowych (komunika-

cja z chorym podczas badania) oraz monologowych (interpretacja materiału percepcyjnego). Na tej podstawie opisano: sprawność systemową (system leksykalny, gramatyczny, fonologiczny), sprawność społeczną (rangi rozmówców, rodzaj kontaktu, formuły grzecznościowe), sprawność sytuacyjną (adekwatny dobór środków językowych do miejsca, czasu i tematu rozmowy).

Omówienie wyników

Zgromadzony materiał empiryczny stanowi pomiar ilościowy oparty na wynikach testów neuropsychologicznych oraz interpretację jakościową prób eksperymentalno-klinicznych. Analiza zebranego materiału pozwoliła odpowiedzieć na następujące problemy badawcze:

Jaki jest obraz funkcjonowania językowego osób z chorobą Alzheimera?

Pierwszoplanowy obraz zaburzeń językowych w chorobie Alzheimera ma charakter leksykalny. Wypowiedzi badanych osób są ubogie treściowo, co wynika ze znacznego obniżenia gotowości słowa w mowie spontanicznej. Jako substytut brakujących słów i wyraz bezradności komunikacyjnej chorezy stosują zaimki wskazujące (*no tu, no ten*). Wywód chorych bardzo często pozbawiony jest logiki, na co wpływ mają błędy leksykalne (głównie o podłożu wizualnym i semantycznym). Pojawiają się parafazje semantyczne (np. *świadczący* zamiast *świadkowie*). W wypowiedziach chorych występują dygresje o charakterze egocentrycznym jako wyraz zachowanych mechanizmów kompensacyjnych przez odwoływanie się do informacji dostępnych w najdłużej zachowanej pamięci długotrwałej.

Analiza gramatycznego aspektu wypowiedzi pozwala dostrzec zaburzenia fleksyjne (np. *dostawają, skakają*), słotwórcze (neologizmy: *zastopował, zaparkingował, kolorkowo, zastrzykować*) oraz składniowe wynikające ze znacznego uproszczeniem syntaktyki (wypowiedzi mają postać fraz, składających się często z pojedynczych wyrazów).

Osoby badane nie wykazywały trudności artykulacyjnych (zachowany pozostał wzorzec kinestetyczno-ruchowy głoski). Wraz z rozwojem choroby zauważalne stawało się spowolnienie tempa mowy i gorszą zdolność do generowania słów powodowaną narastającą adynamią. Największe deficyty językowe można zaobserwować we wczesnym etapie choroby Alzheimera, progresja otępienia prowadzi do całkowitego mutyzmu.

Jakie cechy wypowiedzi osób z chorobą Alzheimera świadczą o dominacji postawy konkretnej?

W wyniku załamania poznawczej funkcji mowy w wypowiedziach osób z chorobą Alzheimera widoczna jest dominacja postawy konkretnej. Trudności przejawiają się w każdym z wyszczególnionych obszarów:

1. Interpretacja miejsca zdarzenia (komentarz do ilustracji przedstawiającej kibiców na meczu piłkarskim): *cieszą się, bo kabareciarzy oglądają i tak się cieszą i śmieją się*. Interpretacja przedmiotów: *on tam śpi, a tu jakieś pudełko stoi* (opis budzika), *leci o tu, jakiś orzech włoski* (opis piłki).
2. Rozpoznanie bohaterów (opis obrazka przedstawiającego pogrzeb): *lekarz tu jest i stoi nad łóżkiem [...] nad łóżkiem chorego i ludzi jest dużo*.
3. Synteza elementów: *płacze tutaj dziewczynka, chusteczkę trzyma, smutna jest, może ktoś ją skrzywdził* (osoba badana nie dostrzegła kontekstu sytuacji, wykazuje trudności z całościową interpretacją, mimo poprawnego nazwania przedmiotów i określenia stanu emocjonalnego bohatera).
4. Przełączanie uwagi między zadaniami (opis obrazka przedstawiającego kobietę trzymającą na rękach dziecko): *a tu dziecko mają, jak szybko [...] tu miłość do dziecka [...] jak fajnie szybko dziecko mają* (badana widząc tę sytuację skojarzyła ją z wcześniejszą, która przedstawiała ślub i bazując na tej wiedzy dokonała interpretacji zdarzenia).
5. Odwołanie się do wiedzy ogólnej *versus* egocentryczność wypowiedzi: *święta [...] były u nas niedawno, ale to chyba inne święta [...] tu choinka jest, dzieci o tu [...] u mnie zawsze więcej było osób* (badana opisuje obrazek przez pryzmat własnych doświadczeń).
6. Rozumowanie plastyczne *versus* rozumowanie stereotypowe (opis obrazka przedstawiającego pogrzeb): *O a tu ksiądz jeden jest [...] są w kościele* (osoba badana spostrzegając postać księdza błędnie, w sposób automatyczny, określiła miejsce zdarzenia).

Jaki jest związek między deficytami poznawczymi, wykonawczymi i językowymi w chorobie Alzheimera?

Analiza zebranego materiału dowodzi, że dominującym objawem są zaburzenia pamięci, głównie krótkotrwałej, w zakresie przyswajania nowych informacji. Tego typu trudności mają związek z mechanizmami monitorującymi przebieg różnych czynności. Teza ta podkreśla korelację funkcji wykonawczych i procesów pamięciowych. Pacjenci z chorobą Alzheimera cechują się podatnością na interferencję wywołaną brakiem kontroli hamowania, co prze-

jawia się zaburzeniami konstrukcyjnymi (w tym zaburzeniami planowania), deficytami uwagi (brak podzielności, patologiczna podatność na dystrakcje), i samoświadomości (zaburzenia orientacji allopsychicznej i autopsychicznej).

Istotny jest także związek funkcji wykonawczych z procesami językowymi. Pacjenci z chorobą Alzheimera przejawiają skłonność do interpretacji faktów w sposób nadmiernie stereotypowy. Prowadzi to do błędnej interpretacji miejsca zdarzenia (badana widząc duże zwierzę blisko człowieka błędnie zinterpretowała miejsca zdarzenia jako zoo), niewłaściwej interpretacji przedmiotów (zdjęcie osoby zmarłej na pogrzebie, stojące obok księdza zostało rozpoznane jako obraz osoby świętej), rozumowania na poziomie konkretnym (*kobieta trzyma chusteczkę przy oku, bo ją boli*). Dosłowna interpretacja zdarzeń wynika z zablokowania wiedzy językowej i nasuwających się automatycznych skojarzeń, których pacjent nie kontroluje.

Deficyty aspektu wykonawczego, wyrażające się poprzez język, przejawiają się także w niezdolności do jednoczesnego przechowywania i manipulowania napływającymi informacjami, co prowadzi do braku syntezy różnych elementów odniesienia, nieuwzględniania kontekstu, a w efekcie błędnej interpretacji. Trudności z hamowaniem reakcji mają także związek z zaleganiem informacji i trudnościami z przełączania się na inną aktywność (osoby badane często interpretowały kolejną prezentowaną sytuację przez pryzmat wcześniejszej).

Bibliografia

- Barcikowska M., Bilikiewicz A. 2004, *Choroba Alzheimera w teorii i praktyce klinicznej*, Lublin.
- Bilikiewicz A. 2011, *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa.
- Daniluk B., Szepietowska M. 2005, *Ograniczenia możliwości komunikacji językowej w demencji*, [w:] *Neurologopedia*, red. Z. Tarkowski, Lublin, s. 61–79.
- Domagała A. 2007, *Zachowania językowe w demencji. Struktura wypowiedzi w chorobie Alzheimera*, Lublin.
- Domagała A. 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku zaburzeń mowy w otępieniu alzheimerowskim*, „*Logopedia*” t. 37, s. 297–311.
- Domagała A. 2012, *Zaburzenia komunikacji językowej w otępieniu alzheimerowskim – typologia zjawisk w perspektywie progresywności wypowiedzi*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin, s. 625–645.
- Grabias S. 2001, *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*, [w:] *Mowa – teoria – praktyka*, red. S. Grabias, Lublin, s. 11–43.
- Grabias S. 2008, *Postępowanie logopedyczne. Diagnoza, programowanie terapii*, „*Logopedia*”, t. 37, s. 13–27.

- Grabias S. 2012, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] *Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin, s. 48–58.
- Herzyk A. 2009, *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*, Warszawa.
- Jodzio K. 2006, *Neuropoznawcze korelaty spadku fluencji słownej po udarze prawej półkuli mózgu*, „*Studia Psychologiczne*”, t. 44, z. 2, s. 5–18
- Jodzio K. 2008, *Neuropsychologia intencjonalnego działania*, Warszawa.
- Łuria A. 1976, *Podstawy neuropsychologii*, Warszawa.
- Łojek E. 2005, *Bateria Testów do Badania Funkcji Językowych i Komunikacyjnych Prawej Półkuli Mózgu (RHLB-PL). Podręcznik*, Warszawa.
- Łuczywek E. 1996, *Zaburzenia aktywności poznawczej osób w późnym wieku. Problemy demencji*, [w:] *Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej*, red. A. Herzyk, D. Kądziaława, Lublin, s. 111–150.
- Łuczywek E. 2004, *Neuropsychologiczna ocena zaburzeń funkcji poznawczych*, [w:] *Otępienie*, red. A. Szczudlik, P. Liberski, M. Barcikowska, Kraków, s. 134–149.
- Marczewska H. 1994, *Zaburzenia językowe w demencji typu Alzheimer*, [w:] *Nie tylko afazja*, red. H. Marczevska, M. Osiejuk, Warszawa, s. 7–53.
- Maruszewski T. 2002, *Psychologia poznania*, Gdańsk.
- Neil M.G. 2001, *Neuropsychologia*, Warszawa.
- Obuchowski K. 1982, *Kody orientacji i struktura procesów emocjonalnych*, Warszawa.
- Panasiuk J. 2012, *Afazja a interakcja. TEKST – metaTEKST – konTEKST*, Lublin.
- Pasgreta K., Gorzelańczyk J. 2010, *Zaburzenia poznawcze, emocjonalne i motoryczne w chorobie Alzheimer* – perspektywa neurobiologiczna, „*Episteme*”, t. 1, nr 11, s. 37–56.
- Sapir E. 1978, *Kultura, język, osobowość*, Warszawa.
- Stańczak J. 2010, *Krótką Skala Oceny Stanu Psychicznego (MMSE). Podręcznik*, Warszawa.
- Studen S. 2011, *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa.

- Aleksandra Matyjasek
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
Wydział Humanistyczny