



## LOGOPEDYCZNA PERSPEKTYWA

Paulina Wójcik-Topór

### STARZENIE SIĘ A AFAZJA PIERWOTNA POSTĘPUJĄCA. STUDIUM PRZYPADKU

#### Streszczenie

Artykuł jest rozważaniem na temat współwystępujących trudności w komunikacji językowej przy starzeniu się. To studium przypadku osoby starszej z objawami afazji pierwotnej postępującej. Pokazuje nakładanie się zaburzeń specyficznych dla afazji postępującej i wieku starczego. Jednocześnie wskazuje wpływ zaburzeń językowych na codzienne funkcjonowanie oraz konieczność podjęcia indywidualnej terapii logopedycznej, mającej na celu nie odbudowanie systemu języka, a zahamowanie procesu jego degradacji.

**słowa kluczowe:** starzenie się, afazja pierwotna postępująca (PPA), gerontologopedia, terapia logopedyczna

#### Old age and primary progressive aphasia. A case study

#### Summary

This article is a discussion of co-occurring language communication difficulties during the aging process. This is a case study of an elderly person with symptoms of primary progressive aphasia. It shows the overlap between disorders specific for progressive aphasia and the old age. At the same time it indicates the influence of language disorders on daily functioning of a person and the need for individual logopedic therapy, which aims not to rebuild the language system, but the inhibition of its degradation process.

**keywords:** old age, primary progressive aphasia (PPA), gerontologopaedic, logopaedic therapy

#### Wprowadzenie

W obecnych czasach temat starzenia się staje się popularny, a nawet można określić go za atrakcyjny. Wynika to z faktu, iż istnieje mały przyrost naturalny

w stosunku do starzejącej się populacji. Liczba osób powyżej 65. roku życia rośnie miesięcznie na świecie o 800 tysięcy (Gabryelewicz 2003: 7). W miarę starzenia się populacji wzrasta także liczba osób z otępieniem, zaburzeniami funkcji poznawczych, a co z tym się wiąże, trudnościami w komunikacji. Społeczeństwo „starcze” wymaga wsparcia tak, aby potrafiło jak najdłużej funkcjonować w jak najlepszej kondycji zarówno fizycznej, jak i psychicznej.

Jeśli spojrzeć na proces starzenia od strony fizjologicznej, to można określić go jako zmniejszanie się sprawności psychofizycznej w wyniku zużycia się tkanek narządów. Popularny staje się termin „zmęczenia metalu”. Spoglądając na ów proces holistycznie, należałoby powiedzieć, że stanowi on sumę wielu czynników, takich jak: biologiczne (całokształt procesów fizjologicznych oraz czynniki genetyczne), psychologiczne i środowiskowe (Bilikiewicz 2000: 385). Obecnie dąży się do współpracy między dziedzinami nauki zajmującymi się procesami i problematyką starzenia się. Dąży się do interdyscyplinarności między nimi, zarówno na poziomie naukowo-badawczym, jak i praktyczno-klinicznym. Nie można zatem wyznaczyć granicy między gerontologią, geriatrią, psychogeriatricą czy gerontologopedią (Bilikiewicz 2000: 383).

Mózg otrzymuje nierzetelny obraz świata, a co za tym idzie, często źle go interpretuje w wyniku występowania ograniczeń, a czasem upośledzeń percepcji w późnym wieku dorosłości (Stuart-Hamilton 2006: 41). Występowanie w wieku starczym wielu zaburzeń zarówno od strony fizjologicznej, jak i psychicznej, a przede wszystkim nakładanie się ich na siebie utrudnia często diagnostykę, w szczególności w zakresie procesów językowych. Brak jednoznacznych granic dotyczy także sfery sprawności językowych.

## Afazja pierwotna postępująca

Afazja pierwotna postępująca (PPA) nie jest zaburzeniem często opisywanym w literaturze polskojęzycznej, a niski poziom wiedzy na temat tej struktury zaburzeń może prowadzić do mylnej diagnozy lub małej rozpoznawalności tego procesu degeneracji. Afazja pierwotna postępująca jest określana jako zespół zaburzeń językowych o formie postępującej. Przyczyną jej jest proces neurodegeneracyjny, który rozpoczyna się wokół obszaru mowy, tj. bruzdy Sylwiusza. W początkowym etapie objawia się on spadkiem płynności mowy oraz gotowości do użycia słowa. Owe zaburzenia można zaobserwować w codziennych sytuacjach komunikacyjnych, na przykład przy załatwianiu

spraw urzędowych, rozmowach telefonicznych. Jest to zauważalne w takich sytuacjach ze względu na odbywającą się rozmowę „teraz”, a brak wskazówek mimicznych, pantomimicznych utrudnia interpretację komunikatu. W takich sytuacjach można zaobserwować trudności ze zrozumieniem wysyłanych informacji (Sitek i in. 2010: 126). Występujące zaburzenia językowe mają zmiennej charakter, a często narastają i mogą być izolowane, co oznacza, że poza mową inne funkcje nie ulegają większemu obniżeniu (Herzyk 2005: 132). Klasyfikacje medyczne przedstawiają płynną (*fluent primary progressive aphasia* – fPPA) oraz niepłynną postać afazji pierwotnej postępującej (*progressive non-fluent aphasia* – PNFA). Gdyby określić miejsce PPA w klasyfikacjach otępień, to należy ona do zwyrodnień czołowo-skroniowych. Grupa ta nie jest jednorodna zarówno genetycznie, klinicznie, jak i patologicznie. Wyróżnia się w niej trzy podzespoły:

- a) otępienie czołowo-skroniowe (FTD), gdzie dominują zaburzenia zachowania;
- b) otępienie semantyczne (SD), które występuje z dominującymi zaburzeniami pamięci semantycznej;
- c) afazja pierwotna postępująca bez płynności mowy (PNFA) (Sitek i in. 2010: 127)<sup>1</sup>.

Diagnostyka PPA powinna obejmować zarówno ocenę zaburzeń językowych, jak i całościową ocenę innych funkcji poznawczych. Ocena zaburzeń językowych w PPA w zakresie poszczególnych sprawności pokazuje, że fonologia, składnia, pisanie są zaburzone. Głęboki deficyt obserwuje się w rozumieniu złożonych konstrukcji oraz czytaniu ze zrozumieniem. W zakresie nazywania pojawiają się omówienia i parafazje głoskowe. Powtarzanie i czytanie głośne prezentuje się zmiennie. Semantyka jest względnie dobra. Natomiast płynność mowy, prozodia, rozumienie pojedynczych słów są zachowane (Sitek i in. 2010: 130).

Poniżej przedstawiam studium przypadku pacjenta z afazją pierwotną postępującą w późnym wieku starczym, z którym przyszło mi współpracować. Jak pokazuje poniższy przykład, istnieje konieczność wspierania osób z takimi zaburzeniami terapią logopedyczną, która nie tylko ma za zadanie spowolnić proces zaburzeń językowych, ale także wspomóc terapię psychogeriatryczną.

<sup>1</sup> Płynna postać PPA jest często kojarzona z otępieniem semantycznym, co bywa traktowane w literaturze jako termin synonimiczny fPPA.

## Analiza przypadku

Pan O., lat 78, przebywał na Oddziale Psychiatryczno-Geriatrycznym w 2014 roku z rozpoznaniem zaburzeń depresyjno-urojeniowych na podłożu organicznym. To był już jego drugi pobyt. Pierwszy miał miejsce w 2011 roku, wcześniej pacjent leczony był ambulatoryjnie – dostawał leki na uspokojenie. Z wcześniej przeprowadzonego wywiadu wiadomo, iż pan O. zawsze był dość pobudliwy, nerwowy. Pacjent wymagał hospitalizacji ze względu na nasilenie lęku i pobudzenie. W czasie pobytu zaobserwowano znaczną poprawę nastroju, pacjent brał udział w zajęciach terapeutycznych. Pobyt w roku 2014 był spowodowany zaburzeniami snu, zaburzeniami depresyjno-urojeniowymi. W czasie przyjęcia zaobserwowano objawy akatyzy – chory nie mógł utrzymać jednej pozycji, wstawał, chodził, w momencie siedzenia widoczne były mimowolne ruchy kończyn. W czasie zbierania wywiadu narzekał na wewnętrzny niepokój, niemożność snu. Mówił, że w domu w ciągu dnia raczej nic nie robił, próbował leżeć, czasami zdarzało się mu spać w ciągu dnia. Pacjent negował objawy wytwórcze, nieokreślony lęk. Był zorientowany co do własnej osoby, miejsca, mylił datę – dzień, tylko z jednodniowym opóźnieniem, rok: najpierw udzielił odpowiedzi: 1914, następnie poprawił na: 2014. W trakcie rozmowy był skupiony na swoich dolegliwościach.

Można powiedzieć, iż objawy neurotyczne w wieku starszym nie należą do rzadkości. Uruchomienie objawów nerwicowych: lękowych, depresyjnych, histerycznych, niepokoju, jest odpowiedzią na frustrację uczuciową, szarżyznę życia czy trudności w komunikacji przy zaburzeniach językowych (por. Bili-kiewicz 2000: 393).

W czasie pobytu w szpitalu pan O. był spokojny, choć w czasie rozmów z lekarzem często upominał się o dodatkowe leki „na spanie”. Po około miesięcznym pobycie na Oddziale zachowanie pacjenta uległo zmianie – stał się zdezorientowany, nieadekwatny w kontakcie słownym. Jego mowa bywała momentami logiczna, czasami zupełnie niejasna. Zaobserwowano objawy neurologiczne, a mianowicie opadnięcie kącika ust po lewej, a także słabszy odruch podeszwy po lewej. Ze względu na takie objawy wykonano badanie radiologiczne – tomografię głowy. Opis brzmiał: *w przednio-górnej części komory trzeciej widoczna drobna hyperdensyjna struktura bez cech wzmocnienia po zakontrastowaniu – torbiel koloidowa. Zmian ogniskowych nie uwidoczniiono. Uwapniałe zmiany miażdżycowe w tętnicach szyjnych wewnętrznych.*

Z wykształcenia pacjent jest monterem-spawaczem, ślusarzem, kierowcą. Około 30 lat pracował za granicą. Posiada pełną rodzinę – żonę, troje dzieci, wnuki i prawnuki.

### Orientacja auto- i allopsychiczna

Orientacja w miejscu, czasie – prawidłowa. Pacjent znał aktualne miejsce pobytu, podawał miejsce zamieszkania. Zauważalne były większe trudności w wydarzeniach bieżących, dotyczących np. bieżących wydarzeń politycznych. Na pytanie, kto jest obecnym prezydentem Polski, odpowiedział – *no, hmm... zabić Kaczyńscy, popatrz pani Komorowski, nie nie wiem*. Na pytanie, jak nazywał się papież Polak, nie potrafił przypomnieć sobie imienia, nazwiska, jedynie skojarzeniowo pamiętał, że pochodził z Wadowic (pacjent mówił *Wadowiec*), lecz wrócił do poprzedniego wątku i określił *Kaczyńscy z Wadowiec*. Zdarzają się trudności z umiejscowieniem członków rodziny – widoczne zagubienie w opisywaniu zdjęcia rodzinnego i określeniem stopnia pokrewieństwa niektórych osób.

### Kompetencja językowa

**Ekspresja.** Płynność wypowiedzi była nieznacznie zaburzona. W mowie spontanicznej widoczne były czasami trudności z aktualizacją czasownika, zdarzało się także, że chory używał formy bezosobowej, np. *no wszędzie jeździłem za granicę ... Czechy, Ostrawa, NRD, tu, tam, jeździło się, pracowało się tam, kupowało, wszystko się miało...* Widoczne braki w aktualizacji słownictwa są werbowane przez chorego – *no jak to..., jak to tam było, no ten... kurcu nie wiem, czy coś... jak to ująć*. Niepłynność mowy polegała na skróceniu fraz, wypowiedzi, niedokończeniu wypowiedzenia, uproszczeniu struktury składniowej. Chory w mowie spontanicznej tworzył niewiele własnych wypowiedzi, często były one echolaliami, odpowiedziami takimi, jak zadawane pytanie w zdaniu pytającym, przy zmianie intonacji. Można mówić o ograniczeniu wypowiedzi spontanicznych, a raczej ich ubóstwie. Jeden z przykładów tworzonych wypowiedzi narracyjnych, w których pan. O. miał opisać dzień kobiety przedstawionej na ilustracjach, wygląda następująco: *tu na rowerze do pracy czy coś, tu garnki myje, a tu szyje na maszynie. Kanapki robi na wieczór czy południe czy rano, gotuje, smaży coś na kuchni, a tu na basenie pływa*. Sam sposób opowiadania stawał się prostszy i był bardziej katalogowaniem faktów, niż opowiadaniem z fabułą (Stuart-Hamilton 2006: 125).

**Rozumienie.** Zaobserwowano zaburzenia rozumienia poleceń konstrukcyjnych. Chory spełniał proste polecenia. Natomiast trudności pojawiały się już przy poleceniach wymagających wykonania zadania w przestrzeni, np. położenia długopisu na kartce, położenia kartki między kluczem a długopisem. Przy wykonywaniu zadań podczas terapii każde polecenie musiało być poprzedzone wykonaniem przykładu przez samego terapeutę. I tak zdarzały się trudności polegające na przekładaniu polecenia z wcześniej wykonywanego zadania. Kolejne zadania były wykonywane jakby cały czas automatycznie, co powodowało wzrost błędów o charakterze intruzji, tzn. odtwarzane były elementy z wcześniejszych list do zapamiętania, zamiast bieżącego materiału (Jodzio 2011: 230).

**Powtarzanie.** Próba powtarzania została wykonana kilkakrotnie. Oparta była na powtarzaniu głosek, sylab zamkniętych i otwartych, wyrazów jednosylabowych, dwusylabowych, kilkusylabowych oraz pseudowyrazów i zdań pojedynczych po rozwinięte. Ćwiczenia w powtarzaniu zawierały także pary minimalne. Ilość wykonanych ćwiczeń była dość duża w celu zbadania, jakiego typu błędy są najczęściej popełniane przez badanego. Powtarzanie w oparciu o system fonologiczny umożliwia ocenienie analizy i syntezy słuchowej. U pana O. widoczne były trudności na poziomie wyrazu jednosylabowego, a szczególnie pary minimalnej. Wyrazy wielosylabowe zupełnie ulegały zniekształceniu, tak samo jak powtarzanie przez chorego wypowiedzeń pojedynczych. Z pewnością trudności w powtarzaniu w tym przypadku nie były tylko spowodowane niedosłyszeniem starym, ale także osłabieniem niekiedy uwagi i koncentracji. Mowa angażuje słuch. W momencie trudności z percepcją słuchową, należałoby poprosić mówiącego o powtórzenie. Nie jest to często wykorzystywane przez osoby starsze. Częsta prośba o powtarzanie z jednej strony pokazuje nam istniejące trudności z percepcją nowych informacji, z drugiej zaś utrudnienia w przetwarzaniu (Stuart-Hamilton 2006: 117).

**Nazywanie.** Z reguły chory dobrze nazywał materiał obrazkowy. Natomiast pojawiała się trudność w zapamiętaniu powtarzanego materiału, wymienieniu wcześniej nazwanych elementów. Często komentował takie zadania, mówiąc: *no popatrz pani nazwieć trzeba lub a kurcze...* Badanie psychologiczne potwierdziło zaburzenia pamięci krótkotrwałej, chory był w stanie zapamiętać tylko dwa elementy z siedmiu. Reszta wyrazów, które próbował powtórzyć były konfabulacjami. Problemy w nazywaniu, które zaczęły się pojawiać dotyczyły słownictwa o niższym stopniu frekwencyjności oraz takiego, które nie jest w kręgu zainteresowań pacjenta. Chory osiągał niski wynik w zakresie fluencji słownej, co wskazywało na słabą gotowość do użycia słowa. Pacjent po-

trafił rozpoznać elementy, natomiast odtworzyć nie umiał w badaniu żadnego. Niedobór słów mógł świadczyć o osłabieniu pamięci operacyjnej (Stuart-Hamilton 2006: 124). U osób starszych często zaczynają się problemy w uogólnianiu i abstrahowaniu, co można zobaczyć przy próbie klasyfikacji przedmiotów. Trudność z podaniem jednej konkretnej nazwy wymusza u starszych ludzi szukanie słowa poprzez uszczegółowianie, tworzenie dodatkowych kategorii, które są oparte na powinności czy użyteczności przedstawionego przedmiotu (Bilikiewicz 2000: 227).

### Uwaga i funkcje wykonawcze

U osób starszych, tak jak w opisywanym studium przypadku, widoczne są trudności z zapamiętywaniem. Występują w momencie, kiedy istnieje konieczność większej mobilizacji do wysiłku psychicznego, a także słuszność obrania strategii uczenia czy wykazania podzielności uwagi i przeorganizowania materiału przed samym zakodowaniem. Udzielane wskazówki raczej wspomagają proces przypominania, a przyczyna nie tkwi w konsolidacji i magazynowaniu, a raczej w trudności z wydobywaniem informacji. Osoby starsze uczą się wolniej, wymagają większej ilości powtórzeń do zapamiętania i są bardziej skłonne do dystrakcji (Jodzio 2011: 228). Trudności wykonawcze można było zaobserwować choćby w wykonywaniu porannej toalety, odszukiwaniu rzeczy w szufladzie czy gimnastyce grupowej na Oddziale, gdzie istniała konieczność podzielnej uwagi przy wykonywaniu sekwencji ćwiczeń.

Widoczne było u pana O. osłabienie także funkcji wzrokowo-przestrzennych. Badanie to w tym przypadku nie było do końca miarodajne ze względu na zaangażowanie rozumienia mowy przy wykonywaniu zadań konstrukcyjnych. Pan O. zadania polegające na odwzorowywaniu wykonywał w wydłużonym czasie, a sama ich jakość i precyzja nie była adekwatna do oczekiwanych rezultatów.

### Umiejętność czytania i pisania

Czytanie i pisanie jest umiejętnością opartą na wielu sprawnościach językowych. Obie zdolności zostały wyodrębnione ze względu na ich ważność w przypadku zaburzeń afatycznych. Ocenie zostało poddane czytanie głośne, czytanie ze zrozumieniem oraz pisanie – pisanie ze słuchu i od siebie, przepisywanie. Obie umiejętności wymagają wielu zdolności, m.in. pamięciowych, językowych, percepcyjnych i poznawczych. Umiejętność czytania i pisania

angażuje wiele różnych sprawności oraz wymaga ich koordynacji, począwszy od procesów prostych po najbardziej złożone. Z pewnością czytanie angażuje proces poznawczy, który pozwala na identyfikowanie pojedynczych liter oraz ich odróżnianie od pozostałych czy przypadkowych liter z obcego alfabetu. Kolejny proces to stwierdzenie, czy występująca sekwencja liter tworzy faktycznie jakieś słowo, czy jest nonsensownym zbitkiem. Następnie dokonuje się ocena, jak dane słowo wymówić. Jeśli jest to czytane zdanie, musi dojść do oceny i procesu akceptowalności owego zdania pod względem syntaktycznym i semantycznym (Stuart-Hamilton 2006: 115).

U pana O. zaobserwowano liczne zaburzenia w zakresie umiejętności czytania i pisania. Czytanie czasami przypominało styl telegraficzny. Obecne były odkształcenia jakościowe i ilościowe, ze zmianami semantycznymi wyrazów, zmianami końcówek fleksyjnych oraz redukcją lub substytucją przyimków i zaimków, opuszczanie wyrazów w zdaniach bądź uzupełnianie o nieistniejące. W momencie niezrozumienia pacjent zwalniał tempo czytania, próbując powrócić do początku czytanego wypowiedzenia.

W zakresie umiejętności pisania – także odkształcenia jakościowe i ilościowe. Zaobserwowano zarówno trudności w pisaniu własnych tekstów, jak i przepisywaniu. Głównym problem były elizje, zwłaszcza samogłosek, np. *bgactwo* [bogactwo], *spokj* [spokój], *niske* [niskie], *szeroke* [szerokie], *wewirka* [wiewiórka], *młpa* [małpa]. Przy dłuższych sylabach widoczne elizje sylab, np. *krokl* [krokodyl], *hipotam* [hipopotam], *kraks* [krakersy]. Widoczne były trudności z ortografią oraz pomijanie znaków diakrytycznych. Czas pisania, przepisywania był znacznie wydłużony. Czasami przy trudnościach z zapisem jakiejś litery pacjent zwracał się do terapeuty słowami: *jak się to pisze, to duże...* W zachowaniu chorego podczas wykonywania opisanych czynności można było z jednej strony zaobserwować dość dużą uwagę, a w momencie dłuższego czasu niepowodzeń pewną irytację, jak sam mówił: *człowiek głupi jest, matoł*. Świadczy to, że chory posiadał dużą świadomość występujących zaburzeń i trudności im towarzyszących.

Zaburzenia językowe występujące u opisywanej osoby podsumowuje poniższa tabela.

Tab. 1. Kompetencja językowa w przypadku badanej osoby starszej z PPA

Fonologia	zaburzona, trudności w odtwarzaniu zwłaszcza par minimalnych
Składnia	zaburzona, budowanie głównie zdań pojedynczych
Semantyka	zachowana, choć zdarzają się trudności z rozumieniem związków frazeologicznych



Płynność mowy	względnie zachowana, zaburzenia przy wypowiedzeniach monologicznych i zadaniach konstrukcyjnych
Prozodia	zachowana
Nazywanie	częściowo zachowane, choć pojawiają się omówienia
Rozumienie pojedynczych słów	zachowane jeśli chodzi o wyrazy o dużej frekwencyjności
Rozumienie złożonych konstrukcji	zaburzone, perseweraacje zadaniowe
Powtarzanie	zmiennie, zaburzone głównie przy parach minimalnych i wyrazach wielosylabowych
Czytanie głośne	zmiennie, dłuższe pauzy i zniekształcenia przy wyrazach kilkusylabowych bądź słownictwie o niskiej frekwencyjności; zmienność czytania, urywania wypowiedzeń dotyczyła także czytanego tekstu – jeśli był on tekstem publicystycznym, to zaburzenia nasilone
Czytanie ze zrozumieniem	zaburzone, zwolnione tempo, trudności z odtwarzaniem informacji
Pisanie	zaburzone, często występują elizje, substytucje, brak znaków diakrytycznych

Źródło: opracowanie własne

Widoczne zaburzenia kompetencji językowej w poszczególnych sprawnościach pokrywały się z występującymi przy afazji pierwotnie postępującej. Należy jednak zwrócić uwagę na towarzyszące zaburzenia psychiczne, tj. niepokój, zaburzenia snu. Z pewnością część zaburzeń wskazywała na postępujący proces starzenia się, jednak w ostatnim czasie zachorowania nastąpiło ich nasilenie.

W trakcie pobytu pana O. w szpitalu, oprócz leczenia farmakologicznego, prowadzono terapię zajęciową, a także terapię logopedyczną, mającą na celu usprawnienie funkcji językowych oraz umiejętności czytania i pisanie. Z czasem udało się zmniejszyć stan niepokoju, a przy zadaniach językowych obserwowano większe skupienie uwagi. Świadomość występujących trudności raczej stawała się motywacją do pracy niż zniechęceniem. Praca i poznanie swoich słabości w zakresie kompetencji językowych oraz wskazówki do dalszej terapii pozwoliły choremu usprawnić funkcjonowanie w jego przestrzeni.

## Podsumowanie

Jeśli przyjmiemy, że język należy także do funkcji poznawczych, to można powiedzieć, że komunikacja językowa u ludzi starzejących się może ulec obniżeniu ze względu na stosunkowo szybką dysfunkcję płatów czołowych. Jednak nie jest to jedyne wytłumaczenie istniejących problemów poznawczych. Wyjaśniają to jeszcze trzy inne mechanizmy neurofizjologiczne w starzeniu się jednostki ludzkiej, a mianowicie:

- U osób młodych występuje asymetryczna budowa półkul, natomiast u osób starszych asymetria czynnościowa półkul ulega zmniejszeniu. Wynikałoby z tego, że obie półkule biorą udział w wykonywaniu zadań, w tym zadań wymagających użycia sprawności językowych.
- Obserwuje się, że z wiekiem dochodzi do zmian czynnościowo-morfologicznych, które bardziej nasilają się w prawej półkuli niż w lewej. Powoduje to większe różnice w trudności wykonywania zadań wzrokowo-przestrzennych (w większości należących do prawej półkuli) niż problemów z rozwiązywaniem zadań werbalnych (przypisywanych lewej półkuli mózgu). Jeśli przyjmiemy założenie, iż język jako konwencjonalny system znaków stanowi sekwencję<sup>2</sup>, to jest w pewien sposób konstrukcją, która wymaga umiejętności tworzenia, budowania i odtwarzania. W przypadku umiejętności pisania i czytania musi angażować funkcje wzrokowo-przestrzenne z odpowiednią koordynacją, a tym samym angażować lewą, jak i prawą półkulę jednocześnie.
- W wyniku procesu fizjologicznego starzenia się człowieka obserwuje się równomiernie postępujący proces starzenia się obu półkul, co oznacza, że z biegiem lat masa mózgu zmniejsza się w sposób topograficznie nieróżnicowany, uogólniony. Wynikałoby z tego także, że w wieku starszym można spodziewać się zaburzeń procesów językowych w różnych sprawnościach, zarówno tych, które angażują lewą, jak i prawą półkulę mózgu (por. Jodzio 2011: 236).

Przedstawiony przypadek pokazuje, iż starzeniu się oprócz chorób somatycznych mogą towarzyszyć zaburzenia komunikacji językowej. W tym przypadku odpowiadają one afazji pierwotnie postępującej, choć można je określić jako inne zaburzenia językowe. Z pewnością przed geriatrią, a w tym przypadku gerontologopedią, młodą, rozwijającą się dziedziną, stoi duże wyzwanie ciągłego aktywizowania takich pacjentów. Pozbawienie ludzi starszych wysiłku intelektualnego, a szczególnie z zaburzeniami mowy, które mają charakter progresywny, prowadzi do pogłębienia zaburzeń, a w sprzężeniu z innymi deficytami poznawczymi oraz zaburzeniami emocji może prowadzić do deterioracji osobowości (por. Bilikiewicz, Jarema 2000: 165). Trudności w programowaniu i dekodowaniu języka mogą prowadzić do zaburzeń lękowych, objawiających się niepokojem, bezsennością, zmęczeniem. Poziom lęku osoby, która odczuwa potrzebę interwencji medycznej, staje się o wiele wyższy niż na przykład przed rozmową kwalifikacyjną czy wykonaniem nowego zadania

<sup>2</sup> Język polski jest sekwencją powstającą w sposób linearny od lewej do prawej.

(Stuart-Hamilton 2006: 193). Stąd wspieranie osób starszych i próba pomocy w dalszym funkcjonowaniu „językowym” jest istotna. O ile terapia logopedyczna nie będzie odbudowywać sprawności językowych, to może spowolnić proces rozpadu (Krajewska 2011: 260). Ludzie starsi należą w pewnym sensie do ocalałych, a późna dorosłość staje się zdobyczą, którą nie wszyscy młodszy będą mogli zasmakować, bo nie każdy będzie żył tak długo, żeby jej doczekać. (Stuart-Hamilton 2006: 220). Satysfakcja osiągnięcia jej jest tym większa, im wkracza się w późną dorosłość z jasnym i otwartym umysłem. Dlatego wymaga wsparcia młodszych i ciągłego wysiłku zmierzającego do jej udoskonalenia w bytowaniu.

## Bibliografia

- Barcikowska M., Bień B. i in. 2006, *Rozpoznawanie i leczenie otępień Rekomendacje Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów Rozpoznawania i Leczenia Otępień (IGERO 2006)*, Lublin.
- Bilikiewicz A., Jarema M. 2000, *Zaburzenia psychiczne na tle organicznym*, [w:] *Psychiatria*, red. A. Bilikiewicz, Warszawa, s. 162–175.
- Bilikiewicz A. 2000, *Starzenie się i zaburzenia psychiczne wieku podeszłego (problemy psychogeriatry)*, [w:] *Psychiatria*, red. A. Bilikiewicz, Warszawa, s. 383–394.
- Gabryelewicz T. 2003, *Łagodne zaburzenia poznawcze. Rozpoznawanie, różnicowanie, postępowanie*, Warszawa.
- Herzyk A. 2005, *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*, Warszawa.
- Jodzio K., 2011, *Diagnostyka neuropsychologiczna w praktyce klinicznej*, Warszawa.
- Krajewska M. 2011, *Afazja postępująca w przebiegu otępienia czołowo-skroniowego (na przykładzie studium przypadku)*, „Nowa Logopedia”, t. 2: *Biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*, red. M. Michalik, Kraków, s. 247–261.
- Panasiuk J. 2008, *Standard postępowania logopedycznego w afazji*, „Logopedia”, t. 37, s. 255–278.
- Pluta-Wojciechowska D. 2014, *Gerontologopedia*, „Forum Logopedyczne”, nr 22, s. 9–13.
- Sitek J. E., Narożańska E., Wieczorek D., Brockhuis P., Sławek J. 2010, *Afazja pierwotna postępująca z zachowaną płynnością mowy – specyfika diagnozy neurologicznej i neuropsychologicznej*, [w:] *Neuropsychologia a humanistyka*, red. M. Pąchalska, G. E. Kwiatkowska, Lublin, s. 125–134.
- Stuart-Hamilton I. 2006, *Psychologia starzenia się*, Poznań.
- Walsh K., Darby D. 2008, *Neuropsychologia kliniczna Walsha*, Gdańsk.
- Paulina Wójcik-Topór  
Specjalistyczny Szpital im. J. Babińskiego w Krakowie  
Oddział Psychiatryczno-Geriatriczny