

Kamila Potocka-Pirosz  
Uniwersytet Warszawski

## Wykorzystanie metodologii badań nad idiolektem przy opisie zaburzeń nazywania i fluencji słownej u osób z chorobą Alzheimera<sup>1</sup>

### Wstęp

Na początek kilka pytań. Czy na wzór *schizofazji* (towarzyszącej chorobom psychicznym) i *oligofazji* (towarzyszącej niepełnosprawności intelektualnej) można by stworzyć termin opisujący zaburzenia mowy i języka osób z chorobą Alzheimera? Czy są jakieś charakterystyczne zaburzenia mowy i języka towarzyszące tej chorobie? Czy taka osoba używa swoistego idiolektu wynikającego z jej choroby? Celem artykułu jest zaprezentowanie badań nad zaburzeniami mowy i języka u osób z chorobą Alzheimera na przykładzie zaburzeń nazywania i próba ich analizy w kontekście badań nad idiolektem. Skoncentruję się na następujących problemach badawczych:

- czynniki wpływające na komunikację chorych,
- podobieństwa i różnice w zaburzeniach funkcji nazywania i fluencji słownej u osób z chorobą Alzheimera,
- wykorzystanie metodologii badania idiolektu w badaniach zaburzeń mowy/języka.

---

<sup>1</sup> Płynność i szybkość przypominania sobie i wypowiedzania lub pisania słów – z danej kategorii, np. zwierzęta, przedmioty ostre (*płynność semantyczna*) lub zaczynających się na daną literę, np. na literę *k* (*płynność fonemiczna*). Test na fluencję słowną pochodzi ze wspomnianego testu Łuckiego i polega na wymienianiu kolejno w ciągu jednej minuty jak największej liczby nazw zwierząt, wyrazów na literę *k* i przedmiotów ostrych. W czasie badania fluencji słownej są zaangażowane różne funkcje poznawcze, m. in.: językowe, uwaga, pamięć.

Przedstawiony materiał językowy zebrałam w czasie spotkań z osobami przebywającymi w Centrum Alzheimerera w Warszawie.

## 1. O idiolektcie

Zastanawiałam się, czy któreś z triady pojęć, które pojawiły się w temacie konferencji *Socjolekt – idiolekt – idiostyl*, można by wykorzystać do opisu zaburzeń mowy/języka. Intuicyjnie wydaje mi się, że najbardziej użytecznym z tych terminów byłby *idiolekt*. Może on mieścić w sobie zarówno pojęcie *socjolekt* (ponieważ język osobniczy każdego mówiącego powstał m.in. na podstawie przynależności do jakiejś grupy społecznej) oraz *idiostyl* (ponieważ w konkretnych sytuacjach mówiący posługuje się mniej lub bardziej świadomie jakimś stylem).

W USJP wyraźnie rysuje się podział na rozumienie *idiolektu* w językoznawstwie jako: ‘język jednostki, indywidualne cechy mowy danej osoby związane z jej pochodzeniem, wykształceniem, zawodem, tradycjami środowiskowymi, upodobaniami stylistycznymi itp.’; oraz w literaturoznawstwie, gdzie *idiolekt* rozumie się jako: ‘język danego utworu literackiego’ (USJP 2006: 1183). Ze względu na charakter badań będzie mnie interesowało podejście językoznawcze.

Według mnie najtrafniejszą definicję *idiolektu* sformułowała A. Kozłowska, według której to nie tylko system i jego realizacja, ale „całość językowej kompetencji jednostki mówiącej, czyli ogół wiedzy i umiejętności, które pozwalają jej konstruować wypowiedzi”. Na podstawie języka ogólnego, jednostka tworzy indywidualną adaptację, bowiem poza naturalnymi procesami, którym podlegają wszyscy mówiący, każdy użytkownik języka ma swoją indywidualną drogę rozwoju (Kozłowska 2009: 119–120)<sup>2</sup>.

## 2. Badanie idiolektu

Podczas analizy powyższej definicji A. Kozłowskiej rodzi się pytanie, czy badający może mieć w jakikolwiek sposób dostęp do wspomnianej „całości językowej kompetencji” osoby cierpiącej na chorobę Alzheimerera. Oczywiście nie. Najczęściej bowiem nie wiadomo, jak dana osoba komunikowała się przed chorobą oraz jak proces neurodegeneracyjny wpłynął na jej system językowy (*langue*). Jedyne, do czego ma dostęp badający, to konkretne wypowiedzi

<sup>2</sup> Podobne stanowisko wcześniej zaprezentowali H. Borek (1988) i P. Fliciński (2004).

chorego (*parole*)<sup>3</sup>. Jak słusznie zauważa H. Borek, pełny opis idiolektu jest niemożliwy – nawet jeśli mamy dostęp do konkretnych wypowiedzi, to cała kompetencja językowa i komunikacyjna jest poza zasięgiem obserwacji badacza. Dość obrazowe jest porównanie tego zjawiska do *czarnej skrzynki*, w której znamy wejścia w postaci znajomości norm języka ogólnego, jakim posługuje się dana osoba oraz wyjścia w postaci jej wypowiedzi, ale wszystko to, co dzieje się pomiędzy, pozostaje zagadką (Borek 1988: 19–20).

Warto wykorzystać do analizy zaburzeń mowy i języka spostrzeżenia V. Machnickiej zebrane podczas badań nad *idiostylem/idiolektem*. Autorka podkreśla, by zebrany materiał językowy badać w jak najszerszych kontekstach (pod uwagę należy brać nie tylko wybór różnych tekstów danego autora – w tym wypadku pacjenta, ale także uwzględniać uwarunkowania psychologiczno-socjologiczno-kulturowe). Według badaczki nie należy ograniczać się tylko do skatalogowania konkretnych zachowań językowych, ale spojrzeć na nie przede wszystkim od strony funkcji, jaką pełnią w danym tekście i intencji, jakimi mógł kierować się autor – co pozwoli na lepszą interpretację badanych zjawisk (Machnicka 2010: 131–132).

Z. Klemensiewicz zaproponował badanie idiolektu w duchu strukturalistycznej analizy kolejnych podsystemów<sup>4</sup>: głosowni (grafii), słowotwórstwa, fleksji, składni, słownika (1982: 568–573). Moim zdaniem jest to dobry podział pozwalający na uporządkowanie badań. Jednak wymienione przez Z. Klemensiewicza podsystemy warto rozszerzyć o aspekt semantyczny i pragmatyczny.

### 3. Krótko o chorobie Alzheimera

W medycynie różnicuje się chorobę Alzheimera (w klasyfikacji ICD 10 kod G30) i otępienie typu Alzheimera (w klasyfikacji ICD 10 kod F00)<sup>5</sup>. W artykule dla pewnego uproszczenia będę posługiwała się nazwą choroba Alzheimera i skrótem AD (*Alzheimer's disease*) na oznaczenie zarówno choroby

<sup>3</sup> Być może wraz z rozwojem technologii, będzie możliwe powszechne badanie systemu języka u chorych z uszkodzeniami mózgu na podstawie neuroobrazowania, np. rezonans magnetyczny (MRI), funkcjonalny rezonans magnetyczny (fMRI), pozytonowa emisyjna tomografia komputerowa (PET), tomografia emisyjna pojedynczych fotonów (SPECT). Wówczas będzie można dokładnie zaobserwować, które obszary mózgu są aktywne w trakcie diagnozy i terapii.

<sup>4</sup> Klemensiewicz postulował badanie w ten sposób języka artystycznego (Klemensiewicz 1982: 576–537).

<sup>5</sup> Ten podział tłumaczy fakt, że otępienie jest jednym z objawów choroby, a samą chorobę Alzheimera można potwierdzić z całą pewnością w badaniu pośmiertnym, kiedy to w mózgu pacjenta stwierdza się obecność złożeń amyloidu tzw. blaszek starczych i splątków neurofibrylarnych (por. Sobów, Nagata, Sikorska i wsp. 2004: 186–189 oraz Antoniuk 2012: 18–19).

Alzheimera, jak i otępienia typu Alzheimera. Obecnie w Polsce na chorobę Alzheimera cierpi około 250 000 osób, a dane z innych krajów rozwiniętych są jeszcze bardziej niepokojące<sup>6</sup>.

Przykładową definicję<sup>7</sup> tego schorzenia znajdziemy w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10):

pierwotna choroba zwyrodnieniowa mózgu o nieznannej etiologii, charakteryzująca się określonymi cechami neuropatologicznymi i neurochemicznymi. Początek choroby jest zwykle trudny do ustalenia. Choroba rozwija się powoli, lecz stale postępuje przez okres kilku lat.

#### 4. Zaburzenia nazywania w chorobie Alzheimera

Zaburzenia mowy i języka są tylko jednym z symptomów AD. Postępujący proces otępienny dotyka w pierwszej kolejności płaty skroniowe, czołowe i ciemieniowe, w których są zlokalizowane ośrodki mowy odpowiadające za rozumienie mowy i nadawanie<sup>8</sup>. W literaturze przedmiotu podaje się pewne symptomy zaburzeń językowych u osób z chorobą Alzheimera (por. Lewicka 2010, Wasilewski 2013). Początkowo pojawiają się długie pauzy na początku zdania i między zdaniami, chorzy urywają wypowiedzi, mają problemy ze znalezieniem właściwego słowa. Na tym etapie chorzy są świadomi popełnianych błędów (A8<sup>9</sup>: „Już mi sporo myśli mi uciekło, no niestety Alzheimer, w końcu jest jakaś przyczyna, że tu jestem”; B: „To powtórzę Panu jeszcze raz” A2: „No tak, ale to nie pomoże”; podczas wymieniania ostrych przedmiotów A3: „Palec, nie, nie palec”) i często stosują autopoprawki (zamiast *piłuje* A3: „Prasuje, nie piłą”; A8: „To jest zdrowa... nie no nie tak powiem zdrowa tylko

<sup>6</sup> W USA w 2010 r. było 4,7 mln osób powyżej 65 r.ż. z rozpoznaną chorobą Alzheimera, w 2050 r. może być nawet 13,8 mln chorych (Gabryelewicz 2014: 17).

<sup>7</sup> Nieco inne kryteria rozpoznania znajdziemy w klasyfikacjach DSM IV i nowszej wersji DSM V (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) oraz w kryteriach NINDS-ADRDA z 2007 roku (*National Institute of Neurological Disorders and Stroke, Alzheimer's Disease and Related Disorders Association*). Zestawienie podobieństw i różnic między poszczególnymi kryteriami diagnostycznymi zostało przedstawione w książce „Choroba Alzheimera” (Parnowski 1998: 48).

<sup>8</sup> W tych miejscach są zlokalizowane tzw. ośrodki mowy: w płacie skroniowym – ośrodek Wernickiego odpowiadający za słuch fonemowy (synteza i analiza fonemów), a okolice tego ośrodka za słuchową pamięć werbalną; w płacie czołowym – ośrodek Broki odpowiadający za koordynację ruchów narządów aparatu artykulacyjnego; styk płatów skroniowego-ciemieniowo-potylicznego – ośrodek odpowiadający za rozumienie związków logiczno-gramatycznych, kształtowanie się pojęć, posługiwanie się nazwami, tworzenie skojarzeń intermodalnych i prawidłowych struktur przestrzennych liter (por. Luria 1967). U 90% osób ośrodki odpowiadające za nadawanie i rozumienie mowy są zlokalizowane w lewej półkuli.

<sup>9</sup> Aby ukryć dane osobowe pacjentów, kolejne osoby są oznaczone jako A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8. Moje wypowiedzi zostały oznaczone jako B.

że taka twórcza czynność”). W miarę postępu choroby pogłębiają się trudności z przywołaniem właściwej formy wyrazu lub jego znaczenia, co wpływa na zaburzenie fluencji słownej oraz zubożenie konstrukcji składniowych – wypowiedzi są krótsze, pacjent wycofuje się z rozmowy lub odpowiada stereotypowo.

U niektórych osób może pojawiać się także wielosłowie/pustosłowie – co jest efektem braku kontroli słuchowej swojej wypowiedzi oraz narastających problemów z pamięcią – chorzy wielokrotnie powtarzają te same informacje, robią liczne dygresje. Z powodu zaburzenia zdolności logicznego myślenia jasność i spójność wywodu zostaje naruszona (zwłaszcza przy dłuższych wypowiedziach). Ostatnią fazą zaburzeń mówienia u chorych jest mutyzm całkowity (brak mowy werbalnej). Co ciekawe, osoby z AD relatywnie długo zachowują zdolność czytania i pisanie, a także rzadko mają trudności z realizacją na poziomie głosek (por. Domagała 2007: 245–248).

M. Maruszewski w innym typie zaburzeń mowy i języka – afazji<sup>10</sup>, wskazywał na cztery możliwe przyczyny problemów z aktualizacją nazwy (Maruszewski 1970):

- a) Uszczuplenie funkcji intelektualnych – hipoteza K. Goldsteina, według której zaburzeniu ulega postawa abstrakcyjna, chorzy nie używają słów jako symboli.
- b) Uszczuplenie funkcji percepcyjnych – wybiórcze zaburzenia analizy/syntezy wzrokowej, pacjenci nie są w stanie podać prawidłowych nazw, ponieważ nie rozpoznają obiektów, które mają nazwać.
- c) Zakłócenia w skojarzeniach intermodalnych – hipoteza N. Geschwinda, według której dochodzi do zaburzenia integracji bodźców wzrokowo-słuchowo-dotykowych (cecha obserwowana jedynie u ludzi) z powodu uszkodzenia styku skroniowo-ciemieniowo-potylicznego.
- d) Zakłócenia w syntezie równoczesnej (symultatywnej) – zaburzenie szukania słów na *siatce pojęć*, pacjenci skarżą się na to, że nie są w stanie przypomnieć sobie słowa, chociaż, jak mówią, mają je *na końcu języka*, osobom z afazją pomaga podpowiedź początku wyrazu<sup>11</sup>.

U osób z chorobą Alzheimera najczęściej można zaobserwować zwłaszcza ostatnie z opisywanych zjawisk, ale nie można wykluczyć istnienia pozostałych mechanizmów. Część badanych rzeczywiście nie mogła rozpoznać obiektu lub błędnie go rozpoznawała (uszczuplenie funkcji percepcyjnych, przede wszystkim

---

<sup>10</sup> „Afazja to spowodowane organicznym uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych częściowe lub całkowite zaburzenie mechanizmów programujących czynności mowy człowieka, który już uprzednio opanował te czynności” (Maruszewski 1966: 98).

<sup>11</sup> Inaczej w chorobie Alzheimera – podpowiedź pierwszej głoski czy nawet sylaby rzadko pomaga, ponieważ chorzy nie mają problemu (przynajmniej na początku choroby) ze wzorcem ruchowym wyrazu.

agnozja wzrokowa), np. u pacjentki A3 „złotówka” (zamiast *zegar*), „pierścionek” (zamiast *naparstek*), „klucz” (zamiast *fajka*); np. u pacjenta A5 „myje zęby” (zamiast *pije*); np. u pacjentki A6 „firanka” (zamiast *hamak*), „do ust, w ustach ma, tak jakby śpiewał, do śpiewu się zbiera” (zamiast *pije*). W tych przypadkach problemem nie jest podanie nazwy, ale mylne rozpoznanie tego, co jest na obrazku.

## 5. Wpływ choroby Alzheimerera na idiolekt chorego

Pojęcie mowy jednostkowej spotyka się z krytyką, że nie uwzględnia ono ani zmian w ciągu życia człowieka, ani uwarunkowanych społecznie i sytuacyjnie różnic w jego zachowaniu się językowym. Jeśliby bowiem nawet pominąć wczesne dzieciństwo, nie sposób twierdzić, że człowiek 60-letni używa tego samego języka, którym posługiwał się mając lat 20 (EJP 1991: 206–207).

Przy analizie zachowań językowych chorych ciągle za mało wagi przywiązuje się do sprawdzenia (np. w wywiadzie rodzinnym), jak dana osoba komunikowała się przed zachorowaniem i jak jej pochodzenie społeczne, wykształcenie, wykonywany zawód, płeć, osobowość wpłynęły na jej idiolekt przed chorobą i jak wpływają na niego w trakcie choroby. Trzeba zatem w miarę możliwości wziąć pod uwagę wszystkie te czynniki, które mogą wpłynąć na mowę badanych.

Choć w mózgu człowieka są zlokalizowane pewne obszary odpowiedzialne za nazywanie<sup>12</sup> (por. Łuria 1967: 87–91), to po pierwsze mózg jest bardzo plastyczny i zdolny do kompensowania deficytów, po drugie na realizację wpływają te wszystkie indywidualne czynniki wymienione wyżej. Jak ważne jest indywidualne spojrzenie na osobę z chorobą Alzheimerera, świadczyć może charakterystyka badanych osób – różni je wiek, płeć, pochodzenie, wykształcenie, wykonywany zawód, a także stopień otępienia wyliczony na podstawie przesiewowego testu Mini-Mental (MMSE)<sup>13</sup>. Mimo dużych różnic w sumie punktów uzyskanych w teście MMSE, osoby te łączą dobry wynik w zakresie funkcji językowych (6–8 p. na 8 możliwych). Wszyscy badani są w Centrum Alzheimerera w grupie osób o łagodnych zaburzeniach poznawczych.

<sup>12</sup> Wielu badaczy (m.in. M. Maruszewski, A. Łuria) wskazuje styk skroniowo-ciemieniowo-potyliczny, ponieważ uszkodzenie w afazji tylko tej części skutkowało „czystymi” zaburzeniami nazywania, bez parafazji czy perseweracji (Maruszewski 1970: 233).

<sup>13</sup> *Mini-Mental State Examination* – krótkie narzędzie przesiewowe do oceny otępień, powstało w 1975 r., na podstawie sumy punktów ocenia się głębokość otępienia: 30–27 wynik prawidłowy, 26–24 zaburzenia poznawcze bez otępienia, 23–19 lekkie otępienie, 18–11 średnie otępienie, 10–0 głębokie otępienie. Za pomocą testu bada się orientację w czasie i przestrzeni, zapamiętywanie, uwagę i liczenie, przypominanie, funkcje językowe (nazywanie, czytanie, pisanie, powtarzanie, rozumienie), prakcję konstrukcyjną.

Tabela 1. Charakterystyka badanych

Osoba	Wiek	Płeć	Miejsce urodzenia	Wykształcenie	Wykonywany zawód	Wynik MMSE
A1	56	M	wieś	zawodowe	pracownik fizyczny	11
A2	67	M	miasto > 1 mln	wyższe	nauczyciel	15
A3	67	K	miasto > 500 tys.	wyższe	rzeczoznawca	17
A4	73	K	miasto > 10 tys.	wyższe	aktorka	20
A5	59	M	wieś	wyższe	sportowiec	22
A6	82	K	wieś	zawodowe	pracownik fizyczny	22
A7	82	K	miasto > 1 mln	wyższe	ekonomistka	23
A8	72	K	miasto > 1 mln	wyższe	inżynier chemii	26

Warto zestawić przykładowe błędy popełniane przez badane przeze mnie osoby z typami zaburzeń nazywania w afazji opracowanymi przez M. Maruszewskiego<sup>14</sup>:

Tabela 2. Zestawienie typów zaburzeń nazywania (na podstawie Maruszewski, 1970)

typ I – chory w sposób werbalny lub niewerbalny komunikuje, że nie jest w stanie podać nazwy, choć często rozpoznaje przedmiot na obrazku; nie próbuje zastąpić właściwej nazwy jakąś inną;
typ II – chory prawidłowo rozpoznaje przedmiot, ale zamiast jego nazwy, stosuje omówienia – podaje cechy przedmiotu, jego pochodzenie, funkcje, umiejscowienie w czasie lub przestrzeni, osobiste skojarzenia;
typ III – zamiast nazwy przedmiotu pojawiają się a) <i>parafazje werbalne semantyczne</i> (nazwa przedmiotu należącego do ogólniejszej kategorii lub połączonego funkcjonalnie, sytuacyjnie, przyczynowo-skutkowo ze wskazywanym przedmiotem), b) <i>persewercje</i> (nazwa poprzedniego przedmiotu lub poprzednie słowo wypowiedziane przy innej okazji), c) słowa o wzorcu słuchowo-ruchowym zbliżonym do pożądanej nazwy, d) słowa, których związek z właściwą nazwą nie wynika z kontekstu ani z zasad formalno-językowych;

<sup>14</sup> Ciekawe przykłady zaburzeń nazywania w demencji zostały zebrane przez A. Domagałę (2007).

typ IV – zniekształcenie wzorca słuchowo-ruchowego nazwy przez *parafazje głoskowe* (zastąpienie jednej z głosek inną), *obrastanie* (dodatkowe głoski), *opuszczenia* (głoski/głosek), utratę stałości wzorca słuchowo-ruchowego (fragmenty wyrazu/cały wyraz są poprawne, ale szukanie właściwej nazwy jest długotrwałe), *żargonafazja* (podawane nazwy nie występują w języku ojczystym).

Odpowiedzi badanych przez mnie osób można podporządkować do trzech pierwszych typów zaproponowanych przez M. Maruszewskiego – ostatni z tych typów nie pojawił się. Trzeba podkreślić, że opisywane przykłady zachowań językowych pochodzą z zadań testowych (*Mini-Mental*, *Bostoński test do badania afazji*<sup>15</sup> i *Zestawu prób do badania procesów poznawczych u pacjentów z uszkodzeniami mózgu Łuckiego*), a w takich próbach pacjenci wypadają gorzej niż w rozmowie spontanicznej – przyczyną, na którą wskazuje A. Domagała, jest „bogaty rejestr zachowań adaptacyjno-kompensacyjnych”, jaki pacjenci stosują w czasie rozmowy spontanicznej (Domagała 2007: 193). Poza tym, kontekst sytuacyjny w zwyczajnej rozmowie sprzyja maskowaniu deficytów językowych.

Spróbowałam przyporządkować odpowiedzi badanych<sup>16</sup> do typów zaburzeń nazywania opisanych przez M. Maruszewskiego:

Tabela 3. Przykłady zaburzeń nazywania u badanych

	<i>właściwy wyraz -&gt; „odpowieź badanego”</i>	<b>typ zaburzenia</b>
<b>A1</b>	<i>agrafka -&gt; „Jak to się nazywa?”</i>	typ I
	<i>goli się -&gt; „Co to może być?”</i>	typ I
	<i>je -&gt; „Muszę się przyjrzeć dobrze, żeby od tego... pali papierosa, tak sobie wykalkulowałem”</i>	typ I
	<i>pełny -&gt; „Się zacięło teraz”</i>	typ I
	<i>drzwi -&gt; „Otwieramy, zamykamy, ta część”</i>	typ II
	<i>kościół -&gt; „Wieża, a może tak wyżej jeszcze”</i>	typ III
	<i>krzesło -&gt; „Fotel”</i>	typ III
	<i>ołówek -&gt; „Długopis albo coś”</i>	typ III
	<i>agrafka -&gt; „Spinka taka”</i>	typ III
	<i>piłuje -&gt; „A to jest cięcie”</i>	typ III
	<i>broda -&gt; „Podbródek”</i>	typ III
	<i>łydka -&gt; „Podudzie”</i>	typ III
	<i>noga -&gt; „Goleń”</i>	typ III
	<i>bagażnik -&gt; „Przykrywka”</i>	typ III

<sup>15</sup> Bostoński Test do Diagnozy Afazji (BDAE), stworzony w 1972 r. przez H. Goodglassa i E. Kaplan. Polska adaptacja testu została dokonana przez H. K. Ulatowską, M. Sadowską i D. Kądziaławę w 2004 r.

<sup>16</sup> Kursywą są podane oczekiwane odpowiedzi, a w cudzysłowie – odpowiedzi badanych.



	<i>właściwy wyraz -&gt; „odpowiedź badanego”</i>	<b>typ zaburzenia</b>
<b>A2</b>	<i>ramię -&gt; „Tu twarde może być prawda? Tylko to się nazywa... nie pamiętam”</i> <i>kaktus -&gt; „Te co się zapijają, jak się dotyka”</i> <i>kapie -&gt; „Trzy kropelki puścił i nie lecą”</i> <i>fioletowy -&gt; „Fiolecik”</i>	typ II/I  typ II typ II typ III
<b>A3</b>	<i>jedzie na rowerze -&gt; „Nie wiem, co robi”</i> <i>kopie -&gt; „Nie wiem, co robi”</i> <i>wycieraczki -&gt; „Nie wiem, co to jest”</i> <i>pełny -&gt; „Nie wiem, co powiedzieć”</i> <i>piłuje -&gt; „Prasuje, nie piłą”</i> <i>czoło -&gt; „Głowa”</i> <i>policzek -&gt; „Czoło”</i> <i>ręka -&gt; „Ramię”</i> <i>udo -&gt; „Noga”</i> <i>plecy -&gt; „Pupa”</i> <i>drzwi -&gt; „Kierownica”</i> <i>fotele -&gt; „Samochód”</i> <i>klamka -&gt; „Drzwi”</i> <i>nieciekawcy -&gt; „Zły”</i>	typ I typ I typ I typ I typ III typ III typ III typ III typ III typ III typ III typ III typ III typ III typ III
<b>A4</b>	<i>wycieraczki -&gt; „Jak to się nazywa?”</i> <i>drzwi -&gt; „Wejście jakieś otwiera, wejście do”</i> <i>plecy -&gt; „Tu są żebra, ale one są osadzone na kręgosłupie”</i> <i>szeroki -&gt; „Gruby”</i>	typ I typ II typ II typ III
<b>A5</b>	<i>udo -&gt; „Noga”</i> <i>dłoń -&gt; „Ręka”</i> <i>klamka -&gt; „Zamek”</i>	typ III typ III typ III
<b>A6</b>	<i>nożyczki -&gt; „Można nożem, można jest przyrząd specjalny do papieru ciecica, bo nie wszystkie, nie każdy papier się da ciąć nożem”</i> <i>zegar -&gt; „Termometr, jeszcze coś innego, miarka jakaś?”</i>	typ II  typ III
<b>A7</b>	<i>jedzie na rowerze -&gt; „Kolarz”</i> <i>piłuje -&gt; „To chyba stolarz”</i> <i>plecy -&gt; „Kręgosłup”</i> <i>nudny/nieciekawcy -&gt; „Niezainteresowany”</i> <i>szeroki -&gt; „Gruby”</i>	typ III typ III typ III typ III typ III
<b>A8</b>	<i>kapie -&gt; „A ten kran za przeproszeniem sika sobie troszeczkę”</i> <i>niebieski -&gt; „Taki średni błękit”</i> <i>kaktus -&gt; „Rośliny, powiedzmy, czyli to jest kaktus”</i>	typ II  typ III typ III

U wszystkich osób najwięcej było parafazji semantycznych należących do typu III zaburzeń nazywania, typy I i II pojawiły się u niektórych osób. Parafazje semantyczne występują oczywiście nie tylko w chorobie Alzheimera, ale ich nagromadzenie w tym zaburzeniu jest na dość znaczne.

Sprawdzałam u badanych nie tylko nazywanie obrazków czy odpowiadanie na pytania, ale także fluencję słowną. Chciałam ustalić, czy wyniki takiego testu będą zależały tylko od stopnia otępienia, czy także od czynników osobniczych.

Tabela 4. Badanie fluencji słownej

	Zwierzęta	Słowa na literę k	Ostre przedmioty
A1	„Odsuwa mi się teraz już... byle jakie? To co to było? Ołówek, ten, ten kura przykładowo, kogut... długopis.”	„Krzysztof, kogut, co tam jeszcze? Konstanty. Nie tam, nie będę się bawił.”	„No najbardziej to... ostry, ostry, wszystko co się dzieje kręci się tam brzytwa, klucze, Konstanty się mówiło i jeszcze inne teraz podaję, tak że ze trzy cztery dodałbym teraz byliśmy w takiej ciemni i po prostu nie można było się skupić tam.”
A2	„Kura, kogut, krowa, kura... znowu kura, kogut, a dalej tam pusto i ptaki są zwierzętami.”	„Kwiaty... takie rzeczy wiedział, a teraz wiem, że już nie... kurnik, krowa?”	„Siekierka, scyzoryki najróżniejsze mogą być... zatrzasnąć się na przykład w jakimś miejscu tak, szpada, dużo tego, nie wiem.”
A3	„Zwierzę.”	„Krokodyl, zebra, nie, nie zebra, nie wiem, co jeszcze powiedzieć, krokodyl, zebra, krokodyl, nie... nie mam pojęcia jeszcze co.”	„Brzytwa, nie wiem co jeszcze, brzytwa, nie ma pojęcia, co jeszcze, brzytwa, palec, nie, nie palec”.

	Zwierzęta	Słowa na literę k	Ostre przedmioty
A4	„Pies... pies, ży... żyrafa, nie muszą być tego, pies, żyrafa, lew, słoń, słoń, chciałam powiedzieć Juhas, miałam psa Juhasa, kot, kanarek, kanarek, co jeszcze może być, no wszystkie ptaki mogę wymienić, sroka, wrona, wróbelek, co jeszcze, co to jeszcze jest jakiś ptaszek latający, jaskółka, tygrys, pantera.”	„Krowa, kogut, ale zwierzęta tak? Książka, ale rzecz? Kolęda, kiep, Kunegunda, Krystyna, krowa, kocie... kocioł, kiszka, Kraków, krab. Rzecz? Rzecz? Nie komin to nie jest rzecz, komin, kieszeń, kocioł, kiszka.”	„Nóż, szabla... czasem papier ostry jest... najtrudniejsze to jest... słowo ostre może być... A strzała, strzałka? A szop? Szafa ostra może być, szpagat.”
A5	„Pies, krowa, koń, co jeszcze, osioł, co może być jeszcze, żyrafa, słoń, co jeszcze może być, koń, to chyba wszystko, coś jeszcze mam wymienić? Krowa, owca, co tam może być jeszcze, pies.”	„No teraz mnie pani zagięła, na K, krzesło, co jeszcze jest na K, dobra nie przychodzi mi nic więcej do głowy, krzesło, krowa, koń.”	„Nóż, nożyczki, co jeszcze z ostrych rzeczy, dobra, nic więcej mi nie przychodzi do głowy. Nóż jeszcze, co jeszcze może być z ostrych rzeczy, nożyczki już wymieniałem, no to chyba wszystko, nóż, nożyczki, co tam jeszcze może być z ostrych przedmiotów. Dobrze nic więcej mi nie się nie przypomni.”
A6	„Owiec, kóz nie ma... kury nie widzę już w żadnych zaroślach, nigdzie, krowy już tu nikt nigdzie w pobliżu kompletnie.”	„Kozłowski, Kozieł... nie to nie to mało mam. Kuźwa, kościół, karczma... kuszetka... Kuszetka to chyba to co w pociągu?...”	„Nie wiem, co zaliczyć, nóż, siekiera, młotek... piłka... nie wiem.”
A7	„Małpa, krokodyl, koń, lew, świnia, zając, kozioł, krowa, była chyba, krowa, wilk, no wystarczy, świnia, świnia, kura, no starczy.”	„Kapłan, kura, kozioł, kolce, kura, kogut, kozioł już był, kozioł nic nie wymyślę a kaczka jeszcze może być, a kogut był.”	„Nóż, żyłotka, szpadel, brzytwa, no żyłotka, brzytwa, scyzoryk, też jest nóż, ale w innej postaci.”

	Zwierzęta	Słowa na literę k	Ostre przedmioty
A8	„Lew, słoń, krokodyl, nosorożec, krowa, koń, koza, owca, żyrafa była? Żyrafa, żubr, zebra była? Kangur, krokodyl był zdaje się, kangur, kuroapatwa, koczokodan, słoń.”	„Kopać, kochać, kucać, krwawic, koordynować, kosztować, kuzyn, to też może być prawda? Kuzyn, kobieta, kalendarz, klepsydra czy klepsydra. Jak to się mówi? Kune-gunda, kiszka, kapusta była chyba, krewny był? kundel był? krzemionka, krzesło było? Krzesło, kiść, kucać było? Kiść, krzesać.”	„Nóż, kosa, sierp, co jeszcze może być ostre? Ostrogi. No nie wiem. Sierp, młot też jest, sierp, kosa była chyba tak? Nie wiem, wyszło, uciekło.”

Próbka badania pokazuje, że zasób słownictwa i umiejętność jego przywołania w określonym czasie zależą nie tylko od stopnia otępienia. Osoby z głębszym otępieniem rzeczywiście podały mało wyrazów, ale niektóre osoby z dobrym wynikiem MMSE także miały w tym zadaniu niski wynik, np. A5 i A6, z kolei osoba A4 ze średnim wynikiem testu MMSE podała dużo wyrazów. Pokazuje to, że fluencja słowna zależy także od poziomu wykształcenia i sposobu spędzania czasu – osoby lubiące czytać książki i rozwiązywać krzyżówki miały najlepsze wyniki: A4, A7, A8.

W literaturze przedmiotu podaje się, że zarówno zdrowe osoby, jak i cierpiące na AD osiągają lepsze wyniki we fluencji semantycznej niż fonemicznej<sup>17</sup>. W przypadku badanych przeze mnie osób było odwrotnie (poza osobą A2, która wymieniła w każdej kategorii tyle samo wyrazów). Osoby A1, A4, A6, A8 wymieniły więcej słów na literę k, niż oddzielnie w kategorii zwierzęta i przedmioty ostre. Sześć osób (poza A2 i A3) wymieniło więcej wyrazów na literę K niż przedmiotów ostrych i tylko jedna osoba (A5) wymieniła więcej zwierząt niż wyrazów na literę k.

<sup>17</sup> E. Sitek i A. Barczak w referacie o *Zaburzeniach pamięci semantycznej w neurologii* przedstawiły dane E. Sitek i D. Wieczorka dotyczące wyniki badań fluencji słownej u zdrowych osób: fluencja semantyczna (zwierzęta) u osób ze średnią wieku 70 lat: 16±2 i u osób ze średnią wieku 50 lat: 22±6; fluencja fonemiczna (k) u osób ze średnią wieku 70 lat: 14±2 i u osób ze średnią wieku 50 lat: 15±4. Materiały dostępne online: <http://www.neuropsychologia.net/index.php/do-pobrania/send/2-materiały-z-wykładow/2-neurodegeneracje-2015-warsztat-zaburzenia-pamieci-semantycznej-dr-a-barczak-dr-med-e-sitek> (dostęp: 8.12.2016).

Tabela 5. Podsumowanie badań fluencji słownej

	Zwierzęta	<i>k</i>	Ostre przedmioty	Suma	Wyniki MMSE
A1	2	3	1	6	11
A2	3	3	3	9	15
A3	0	1	1	2	17
A4	12	13	5	30	20
A5	7	3	2	12	22
A6	4	6	3	13	22
A7	11	6	5	22	23
A8	14	19	3	36	26

Być może lepsze wyniki fluencji fonemicznej zależały od tego, że niektóre osoby powtórzyły nazwy zwierząt wymieniane w poprzednim zadaniu zaczynające się na literę *k*. Warto byłoby zatem zbadać fluencję w zadaniach, w których badani musieliby najpierw wymienić nazwy z kategorii fonemicznej, a potem semantycznej.

## 6. Podsumowanie

Osoby cierpiące na chorobę Alzheimera nie mają jednego wspólnego idiolektu, choć pewne cechy zaburzeń mowy i języka są obecne u wszystkich badanych: zaburzenia fluencji słownej oraz parafazje semantyczne. Trzeba jednak pamiętać, że te dysfunkcje występują także w innych chorobach związanych z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Ciężko zatem stworzyć na wzór *schizofazji* czy *oligofazji* ogólny profil zaburzeń chorego z AD. Aby sprawdzić, czy idiolekty cierpiących na chorobę Alzheimera, to idiolekty tych osób sprzed choroby jedynie nieco zniekształcone w skutek procesów neurodegeneracyjnych, czy nowe idiolekty wynikające z choroby, czy może wreszcie połącznie idiolektu sprzed zachorowania i zaburzeń wynikających z choroby, wymagałoby szczegółowych badań tychże osób z okresu przed chorobą i w trakcie jej trwania. Trzeba pamiętać, że mamy tu do czynienia z szeregiem bardzo wielu zmiennych, ponieważ w każdym przypadku tempo i uszkodzeń i ich obszar oraz rezerwy ośrodkowego układu nerwowego i strategie kompensacyjne są inne.

Na sposób komunikacji danej osoby wpływają doświadczenia językowe wyniesione z domu rodzinnego, wykształcenie, wykonywany zawód i pełnione role społeczne, a także osobowość, temperament i sposób spędzania wolnego czasu. Bez wiedzy o tym, jak chory komunikował się przed zachorowaniem, można niewłaściwie zinterpretować pewne fakty językowe jako zaburzenia powstałe w wyniku uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, a nie jako cechę charakterystyczną mowy pacjenta, którą miał także przed rozpoznaniem choroby. Z jednej strony choroba wpływa na sposób porozumiewania się chorego, z drugiej zaś strony jego kompetencja, sprawność językowa i cechy osobnicze w posługiwaniu się językiem mają wpływ na obraz zaburzeń.

Być może termin *idiolekt* nie jest najbardziej odpowiednim pojęciem do opisu zaburzeń mowy i języka. Warto jednak, moim zdaniem, z metodologii badań nad idiolektem, przejąć postulat możliwie jak najszerszego spojrzenia na komunikację badanej osoby. Dzięki takiemu całościowemu spojrzeniu będzie łatwiej pomóc osobie z AD w odbudowaniu czy chociaż utrzymaniu sprawności komunikacyjnych.

## Literatura

- Antoniak D., 2012, *Podstawowe informacje na temat choroby Alzheimera*, [w:] *Choroba Alzheimera*, red. T. Parnowski, Warszawa, s. 16–22.
- Borek H., 1988, Co możemy wiedzieć o języku osobniczym, [w:] *Język osobniczy jako przedmiot badań lingwistycznych*, red. J. Brzeziński, Zielona Góra, s. 15–21.
- Bostoński Test do diagnozy afazji. Wersja skrócona. Adaptacja polska. Wersja eksperymentalna*, 2004, tłum. Ulatowska, H., Sadowska, M., Kądziaława, D., Warszawa.
- Choroba Alzheimera*, 2012, red. T. Parnowski, Warszawa.
- Domagała A., 2007, *Zachowania językowe w demencji*, Lublin.
- Encyklopedia języka polskiego*, 1991, red. S. Urbańczyk, Wrocław.
- Fliciński P., 2004, *Idiostyl pisarza jako problem badawczy stylistyki*, [w:] *Studia nad polszczyzną współczesną i historyczną. Prace dedykowane Profesorowi Stanisławowi Bąbie w 65-lecie urodzin*, red. J. Liberka, Poznań, s. 95–108.
- Gabryelewicz T., 2014, *Epidemiologia choroby Alzheimera*, [w:] *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera, Raport Rzecznika Praw Obywatelskich*, red. A. Szczudlik, online <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Sytuacja%20os%C3%B3b%20chorych%20na%20chorob%C4%99%20Alzheimera%20w%20Polsce%20Raport%20RPO.pdf> (dostęp: 1.06.2016).
- Grabias S., 1997, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin.
- Jodzio K., 2003, *Pamięć, mowa a mózg*, Gdańsk.
- Klemensiewicz Z., 1982, *Składnia, stylistyka, pedagogika językowa*, Warszawa.

- Kozłowska A., 2009, *Problemy z idiolektem*, [w:] *Język pisarzy jako problem lingwistyki*, red. T. Korpysz, A. Kozłowska, t. 2, Warszawa, s. 111–131.
- Kurcz I., 2005, *Psychologia języka i komunikacji*, Warszawa.
- Kusy A., 2012, *Trudności komunikacyjne w chorobie Alzheimera w kontekście zaburzeń afatycznych*, online: [www.logopedia.pl](http://www.logopedia.pl) (dostęp: 1.06.2016).
- Łucki W., 1995, *Zestaw prób do badania procesów poznawczych u pacjentów z uszkodzeniami mózgu*. Warszawa.
- Łuria A., 1967, *Zaburzenia wyższych czynności korowych wskutek ogniskowych uszkodzeń mózgu*, Warszawa.
- Machnicka V., 2010, *Terminologiczno-metodologiczne dyskusje na temat idiolektu oraz idiostylu*, „*Conversatoria linguistica*”, t. IV, red. K. Wojtczuk, s. 121–135.
- Maruszewski M., 1966, *Afazja*, Warszawa.
- Maruszewski M., 1970, *Mowa i mózg*, Warszawa.
- Lewicka T., 2010, *O komunikowaniu się w chorobie Alzheimera*, „*Biuletyn Śląskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego*”, nr 2, red. M. Walusiak, Katowice, s. 9–10.
- Parnowski T., 1998, *Obraz kliniczny*, [w:] *Choroba Alzheimera*, red. J. Leszek, Wrocław, s. 47–69.
- Sobów T., Nagata K., Sikorska B. i wsp., 2004, *Choroba Alzheimera*, [w:] *Otępienie*, red. A. Szczudlik, P. P. Liberski, M. Barcikowska, Kraków, s. 177–210.
- Wasielewski T. P., 2013, *Podjęmowanie terapii zaburzeń mowy wobec pacjenta z chorobą Alzheimera*, „*Zdrowie i Dobrostan*”, nr 2, Lublin, s. 155–165.
- Uniwersalny Słownik Języka Polskiego*, 2006, red. S. Dubisz, Warszawa.

## The methodology of the idiolect in research of the naming and fluency disorders in Alzheimer's disease

### Summary

The aim of this paper is to explore, if there is one general *idiolect* for patient with Alzheimer's disease. The article asks if the knowledge of the *idiolect* can be included in the research of speech and language disorders. Persons were tested by The Boston Diagnostic Aphasia Examination and the Łucki's test (examination of cognitive process after brain's injury). The tasks were focused on naming and semantic phonemic fluency. I analyzed similarity and difference between the patients and the factors which can affect the one's *idiolect*.

**Key words:** idiolect, Alzheimer's disease, speech and language disorders, naming, fluency

**Słowa-klucze:** idiolekt, choroba Alzheimera, zaburzenia mowy i języka, nazywanie, fluencja