


Danuta Grzesiak-Witek  <https://orcid.org/0000-0001-6959-9304>
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
e-mail: dgrzesiakwitek@ujk.edu.pl

Bartosz Świostek
Szkoła Podstawowa nr 10 z Oddziałami Integracyjnymi im. Szarych Szeregów
w Starachowicach

Studium przypadku mężczyzny z otępieniem alzheimerowskim – diagnoza i terapia logopedyczna

Streszczenie

Choroba Alzheimerera stanowi jedną z poważniejszych chorób neurologicznych współczesnego starzejącego się społeczeństwa. Każdego roku zwiększa się liczba osób, w szczególności seniorów, których dotyka to schorzenie. Zaburzenia mowy są jednym z pierwszych objawów tej choroby i ujawniają się już na samym początku jej rozwoju. Mimo coraz częstszego zainteresowania badaczy zaburzeniami mowy w przebiegu otępienia alzheimerowskiego w dalszym ciągu brak jest wystarczającej liczby badań empirycznych opisujących to zagadnienie. Niniejszy artykuł w oparciu o studium przypadku mężczyzny prezentuje charakterystykę zaburzeń mowy u osoby z otępieniem alzheimerowskim, przebieg diagnozy logopedycznej wraz z oceną poziomu poszczególnych sprawności językowych oraz podstawowe założenia i kierunki planowanej terapii logopedycznej. Badania pokazują, iż w zależności od indywidualnych cech danego pacjenta zaburzenia mowy mogą przyjmować odmienny charakter.

Słowa kluczowe: choroba Alzheimerera, otępienie alzheimerowskie, zaburzenia mowy w otępieniu alzheimerowskim, postępowanie logopedyczne w przypadku otępienia alzheimerowskiego

1. Choroba Alzheimera jako przyczyna otępienia

Choroba Alzheimera (ang. *Alzheimer's Disease* – AD) zaliczana jest do najczęstszych przyczyn otępienia. Na świecie choruje na nią od 15 do ponad 20 milionów osób (Domagała, 2015: 996), z czego w Polsce według danych z raportu z 2017 roku – od 360 do 470 tysięcy¹. Nazwa choroby wywodzi się od nazwiska niemieckiego neuropsychiatry Aloisa Alzheimera, który opisał ją pierwszy raz w 1907 roku. Początek AD odznacza się wzmożoną męczliwością oraz upośledzeniem sprawności uwagi i pamięci, przy czym to zaburzenia pamięci stanowią jej objaw osiowy (Grzesiak-Witek, 2007: 23). Choroba Alzheimera zaliczana jest do chorób pierwotnie zwyrodnieniowych mózgu, spowodowanych odkładaniem się w mózgu białek o patologicznej strukturze (beta-amyloidu i białka tau), w wyniku czego dochodzi do zaniku neuronów i ich połączeń (Barcikowska, 2018: 59). Pod wpływem obumarcia neuronów ustaje produkcja neuroprzekaźników mózgowych. Zaburzenie stężenia acetylocholino uważane jest za jedno z bardziej kluczowych w przypadku choroby Alzheimera, ale nie mniej ważna jest nieprawidłowość takich neurotransmiterów, jak: serotonina, noradrenalina i dopamina (Domagała, 2018b: 307). Badania nad etiologią AD wskazują wciąż nowe czynniki, dlatego zasadna jest teza o złożoności pochodzenia tego schorzenia (Grzesiak-Witek, 2007: 23–24).

W przebiegu choroby Alzheimera widoczne są trzy stadia:

1. Łagodne otępienie w przebiegu AD. W tej fazie otępienia u chorego występują głównie problemy związane z pamięcią epizodyczną. Pojawiają się kłopoty z przyswajaniem nowych informacji. Na tym etapie chory ma trudności z oceną czasu i przestrzeni, może zgubić się, podróżując w nieznanym mu wcześniej miejscu. Dla otoczenia zauważalne mogą być problemy pacjenta z przypominaniem nazwisk i aktualizacją trudniejszych słów (Barcikowska, 2018: 73–74).
2. Umiarkowane otępienie w przebiegu AD. Na tym etapie zaburzenia pamięci poszerzają się o wydarzenia osobiste z historii życia chorego. Rozwijające się problemy z pamięcią utrudniają codzienną egzystencję. Następuje zaostrzenie kłopotów z samodzielnym podróżowaniem i zarządzaniem własnymi finansami. Problemy z oceną czasu lub miejsca potęgują kłopoty z wykonywaniem prostych zadań i orientacją w aktualnych wydarzeniach. U chorego można zaobserwować zaburzenia zachowania przejawiające się na przykład oskarżeniami współmałżonka o oszustwa, natręctwami, takimi jak skubanie włosów, paznokci. Pacjent nie wymaga pomocy w czynnościach higienicznych i pokarmowych, ale mogą wystąpić kłopoty z doborem garderoby adekwatnie do okoliczności (Barcikowska, 2018: 73–74).
3. Głębokie otępienie w przebiegu AD. Na tym etapie otępienia pacjent wymaga stałej opieki drugiej osoby. W bardzo minimalnym stopniu zachowuje pamięć o wydarzeniach z przeszłości. Nie ma orientacji w czasie i miejscu. Dochodzi do zaburzeń rytmu dobowego. Pacjent zwykle pamięta swoje imię, jednak może zapomnieć imię współmałżonka. Kłopoty z kontrolą zwieraczy powodują, że nie odczuwa on potrzeb fizjologicznych. W ostatniej fazie głębokiego otępienia u chorego zanikają wszystkie

¹ Szacunkowe wartości według raportu NIK z 2017 roku, nr ewidencyjny 189/201/P/16/067/LKA.

zdolności werbalne, a utrata możliwości ruchowych powoduje, że przestaje on chodzić i na stałe pozostaje w łóżku. U chorego często występuje dysfagia, a ciągła pozycja leżąca powoduje zapalenie płuc, które zazwyczaj stanowi bezpośrednią przyczynę zgonu (Barcikowska, 2018: 76).

Ze względu na fenotyp wyróżniamy dwie odmiany choroby: wczesną postać choroby Alzheimer'a (ang. *early-onset Alzheimer's disease* – EOAD), która ujawnia się przed 65. rokiem życia i jest rzadka, gdyż stanowi mniej niż 5% wszystkich przypadków, oraz późną postać choroby Alzheimer'a (ang. *late-onset Alzheimer's disease* – LOAD), która ujawnia się po 65. roku życia i jest najczęstszą odmianą, stanowiącą ponad 95% wszystkich przypadków (Barcikowska, 2018: 76).

Z kolei, uwzględniając czynnik genetyczny, wyróżniamy następujące postaci choroby Alzheimer'a:

- postać sporadyczną choroby Alzheimer'a (ang. *sporadic Alzheimer's disease* – SAD), która stanowi większość przypadków choroby i nie jest uwarunkowana genetycznie,
- rodzinną postać choroby Alzheimer'a (ang. *familial Alzheimer's disease* – FAD), która występuje bądź występowała u osób spokrewnionych (Domagała, 2018b: 307).

W dostępnej literaturze przedmiotu do najczęściej przedstawianych klinicznych kryteriów rozpoznawania choroby Alzheimer'a zalicza się: Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11)², klasyfikację zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV 1994 r. i DSM-V 2013 r.) oraz Kryteria Narodowego Instytutu Badań Starzenia się i Stowarzyszenia Alzheimerowskiego (NIA/AA). Kryteria NIA/AA zamieszono w tabeli 1.

Tabela 1. Kryteria diagnostyczne otępienia w chorobie Alzheimer'a według NIA/AA

Kryteria według NIA/AA
Ogólne kryteria otępienia
<ol style="list-style-type: none"> 1. Zaburzenia funkcji poznawczych lub behawioralnych, które wpływają negatywnie na wykonywanie czynności zawodowych lub zwykłych codziennych czynności. 2. Ich intensywność wzrosła w stosunku do wcześniejszego poziomu funkcjonowania. 3. Zaburzenia te nie wynikają z zaburzeń świadomości ani innych zaburzeń psychicznych. 4. Zaburzenia funkcji poznawczych i behawioralnych obejmują co najmniej dwie poniższe domeny (obszary): <ol style="list-style-type: none"> a) zakłócenie zdolności nabywania i zapamiętywania nowych informacji, b) zakłócenie zdolności logicznego myślenia i radzenia sobie ze złożonymi zadaniami, c) zakłócenie funkcji wzrokowo-przestrzennych, które objawiają się na przykład nierozpoznananiem twarzy bliskich osób i przedmiotów mimo prawidłowej ostrości wzroku, d) zakłócenia funkcji językowych: mówienia, pisania, czytania (na przykład problemy z odnajdywaniem słów podczas mówienia), e) zmiany zachowania, osobowości lub sposobu bycia (na przykład pobudzenie, apatia, wycofywanie się z życia społecznego).

² Klasyfikacja ICD-10 od 1 stycznia 2022 roku została zastąpiona nową wersją ICD-11.

Kryteria według NIA/AA
<p>Prawdopodobne otępienie w chorobie Alzheimera – rozpoznaje się u pacjenta, który spełnia kryteria ogólne, oraz dodatkowo stwierdza się:</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Skryty początek objawów, które rozpoczynają się stopniowo w ciągu miesięcy i lat. 2. Jednoznaczne dane z wywiadu wskazujące na pogorszenie się czynności poznawczych. 3. Początkowe i najwyraźniejsze deficyty czynności poznawczych przybierają jedną z następujących postaci: <ol style="list-style-type: none"> a) amnestyczną – najczęstsza początkowa postać otępienia w chorobie Alzheimera, objawy ubytkowe powinny obejmować zaburzenia uczenia się i przypominania nowo poznanych informacji, b) nieamnestyczną: <ul style="list-style-type: none"> – manifestacja językowa – trudności w odnajdywaniu słów, – manifestacja wzrokowo-przestrzenna – ubytki dotyczą poznawczych sprawności przestrzennych i obejmują agnozję przedmiotów, problemy z rozpoznawaniem twarzy, aleksję, – zaburzenia funkcji wykonawczych – ubytki dotyczą niepoprawnej oceny sytuacji, osądu i rozwiązywania problemów. 4. Wykluczono: <ol style="list-style-type: none"> a) chorobę naczyń mózgowych (udar mózgu, mnogie lub rozległe zawały mózgu, liczne hiperintensywne zmiany w istocie białej), b) otępienie z ciałami Lewy’ego, c) zwyrodnienie czołowo-skroniowe, d) współistniejącą aktywną chorobę neurologiczną, nieneurologiczną chorobę układową lub działanie leków, które mogłyby mieć zasadniczy wpływ na czynności poznawcze.
<p>Prawdopodobne otępienie w chorobie Alzheimera ze zwiększonym stopniem pewności</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prawdopodobne otępienie w chorobie Alzheimera z udokumentowanym pogorszeniem – dane, które wskazują na czynne, rozwijające się deficyty funkcjonowania poznawczego w następujących po sobie ocenach okresowych, popartych informacjami od osoby dobrze znającej chorego oraz w badaniach funkcji poznawczych (neuropsychologicznych lub standaryzowanych badaniach stanu umysłowego). 2. Prawdopodobne otępienie w chorobie Alzheimera u nosiciela mutacji genetycznej powodującej chorobę Alzheimera – występują dane, które wskazują na sprawczą mutację genetyczną (APP, PSEN1, PSEN2). 3. Prawdopodobne otępienie w chorobie Alzheimera z danymi wskazującymi na proces patofizjologiczny – wyniki badań markerów biologicznych (odkładania się w mózgu białka beta-amyloidu; zejściowego zwyrodnienia lub uszkodzenia neuronalnego).

Źródło: opracowanie własne na podstawie Domagała, Sitek, 2018: 26–44.

W Polsce otępienie najczęściej jest rozpoznawane w oparciu o kryteria diagnostyczne ICD-10 (od 1 stycznia 2022 roku ICD-11). Aktualne kryteria diagnostyczne przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Kryteria demencji według ICD-11

Kryteria ICD-11
Spełnione ogólne kryteria otępienia oraz:
1. Ilościowa ocena kliniczna lub standaryzowane testy neuropsychologiczne/poznawcze, dane z neuroobrazowania, badania genetyczne, badania medyczne, wywiad rodzinny i/lub historia kliniczna wskazuje, że otępienie można przypisać chorobie Alzheimerera.
2. Stopniowy początek z postępującymi objawami i pogorszeniem się stanu chorego.

Źródło: opracowanie własne na podstawie <https://icd.who.int/browse11/lm/en/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fententy%2f795022044>.

2. Charakterystyka zaburzeń mowy w otępieniu alzheimerowskim

Wraz ze stopniowym rozwojem gerontologopedii (subdyscypliny logopedii, badającej zjawiska językowe zachodzące w mowie osób starzejących się fizjologicznie lub wskutek powikłań patologicznych) na gruncie literatury przedmiotu zaczęły pojawiać się doniesienia z badań nad mową osób z otępieniem alzheimerowskim. Jedną z pierwszych publikacji poruszających omawianą problematykę stanowi rozprawa Hanny Marczewskiej i Emilii Osiejuk (1994). Autorki zaprezentowały zakres badań nad zaburzeniami mowy w otępieniu alzheimerowskim z punktu widzenia psycholingwistyki, neurolingwistyki i neuropsychologii. Z badań wynika, że większość pacjentów z otępieniem o typie alzheimerowskim prezentuje problemy językowe w aspekcie semantycznym i pragmatycznym, a wśród zaburzeń mowy pojawiają się między innymi trudności w aktualizowaniu nazw z danej kategorii (por. Marczevska, Osiejuk, 1994; Grzesiak-Witek, Sobolewski, 2010). Niektórzy badacze (por. Łuczywek, 1996; Herzyk, 2005) przypisują cechy zaburzeń mowy w przebiegu AD tak zwanej afazji alzheimerowskiej, odznaczającej się:

- długimi pauzami na początku zdań, nieskończonymi frazami, występowaniem zjawiska „na końcu języka, ang. TOT”, autopoprawkami,
- w dalszym stadium: uproszczeniami syntaktyki, parafrazjami semantycznymi, zaburzeniami nazywania,
- w zakresie fluencji słownej chorym trudniej jest wymieniać słowa w kategoriach formalnych niż semantycznych, częściej używają nazw nadrzędnych niż podrzędnych,
- utratą kontroli nad wypowiedzią, zanikiem logiki wywodu, dygresjami i zamyśleniami,
- brakiem zaburzeń wzorca ruchowego mowy, w ostatnim stadium choroby występowaniem mutyzmu całkowitego,
- relatywnie długo zachowaną zdolnością pisania i czytania, która wraz z postępem choroby ulega redukcji do zautomatyzowanych form (Herzyk, 2005: 264).

Na polskim materiale językowym szczegółowe badania w zakresie mowy osób z otępieniem alzheimerowskim prowadzi Aneta Domagała (2007, 2018abcdef), która jest także autorką standardu postępowania logopedycznego w przypadku tego rodzaju otępienia (Domagała, 2015). Jednym z podstawowych objawów zaburzeń językowych pojawiających

się już we wczesnej fazie choroby są trudności z odnajdywaniem słów (anomia) oraz zaburzenia fluencji słownej. „Pacjentom zdarza się zapominać słowa, a nawet utarte sformułowania. Ważnym jest fakt, iż zapominane słowa stanowią nazwy przedmiotów codziennego użytku: *no, wiesz, jak się to nazywa... , daj mi ten... [...]*” (Grzesiak-Witek, 2007: 25). W zakresie sprawności semantyczno-leksykalnej u chorych możemy zaobserwować zmiany dotyczące znaczenia jednostek leksykalnych, takich jak: przeniesienie nazwy oraz przeniesienie znaczenia. Przeniesienie nazwy wskutek podobieństwa bądź styczności znaczeń dotyczy głównie rzeczowników i czasowników. W odniesieniu do nazw rzeczowników możemy zaobserwować zmiany występujące w relacji hiperonim–hiponim, na przykład *zwierzaki* – ‘ptaki’, zmiany zasadzające się na kohiponimii, czyli „wyrazach podrzędnych z tego samego poziomu organizacji pola leksykalno-semantycznego, na przykład *plaszcz* – ‘sweter’” (Domagała, 2018f: 72–73). Natomiast w odniesieniu do nazw czasowników zmiany zasadzają się: w relacji antonimii – przeciwstawnych znaczeń czy konwersji, na przykład *zapomnieć* – ‘pamiętać’; poprzez zastosowanie synonimów stylistycznych, na przykład *spoczywają* – ‘leżą’; poprzez wykorzystanie quasi-synonimów, na przykład *poustawiać* – ‘poukładać’. Przeniesienie znaczenia u chorych występuje zazwyczaj na skutek paronimii, czyli podobieństwa nazw, na przykład *chmura* – ‘chmara’. W wypowiedziach chorych bardzo często pojawiają się zaimki, które zastępują wyraz, dzięki czemu mowa przybiera charakter „mowy zaimkowej”. W zmianach dotyczących struktury formalnej jednostek leksykalnych możemy zauważyć między innymi zjawisko defrazeologizacji, które polega na błędnym użyciu związków frazeologicznych. Innym zjawiskiem w obrębie sprawności leksykalno-semantycznej, obserwowanym u osób z AD jest prośba o odpowiedź. Chory rezygnuje z samodzielnej próby odszukania pożądanego wyrazu, kierując prośbę o odpowiedź bezpośrednio do swojego współrozmówcy. Pacjenci bardzo często stosują omówienia, czyli realizacje zastępcze, które mogą pomóc w przywołaniu danego desygnatu – określają wtedy oni jego cechy fizyczne czy funkcje, jakie pełni, na przykład *żeby można było świecić* – ‘lampa’ (Domagała, 2018f: 76–88). Jednym z zabiegów stosowanych przez osoby obciążone otępieniem alzheimerowskim jest maskowanie ubóstwa słownika przez wielomówność (Grzesiak-Witek, 2007: 26).

Zaburzenia sprawności dialogowych stanowią kolejny istotny przejaw zaburzeń językowych u pacjentów z otępieniem alzheimerowskim. Domagała, która zebrała ponad tysiąc stron maszynopisu tekstów dialogowych z udziałem chorych, zaobserwowała w wypowiedziach tych osób liczne problemy uniemożliwiające współdziałanie w dialogu (Domagała, 2007). Pacjenci z AD bardzo często przyznają się do swojej niewiedzy, mówiąc wprost, że czegoś nie pamiętają, niekiedy wskazując rozmówcy, że osoba z ich najbliższego otoczenia, na przykład opiekun czy bliski członek rodziny, może udzielić odpowiedzi. Chory, który nie posiada odpowiedniej wiedzy posiłkuje się wypowiedziami współrozmówcy. Ponadto w wypowiedziach można dostrzec zwleknięcie z udzielaniem informacji, przedstawianie własnych domysłów czy odrzucanie tematu, odnajdując usprawiedliwienie dla własnej niewiedzy. Bardzo często w toku rozmowy chory podaje sprzeczne informacje, które prezentują problem niedostatecznej kontroli własnych wypowiedzi w zakresie spójności przekazu. Częstym zjawiskiem są perseweraacje – osoba z AD wtrąca słowa, wyrażenia lub tematy z poprzednich rozmów (Domagała, 2018d:

100–122). Grzesiak-Witek podczas swoich badań zwróciła uwagę na fakt, iż wszystkim wypowiedziom chorych towarzyszy niepokój oraz okresowe splątanie. W konwersacji uwidacznia się zawężenie zainteresowań i ograniczenie aktywności społecznej. „Ludzie z Alzheimerem dzieciennieją, absorbują ich jedynie funkcje fizjologiczne, takie jak: jeżenie, trawienie, wydalanie” (Grzesiak-Witek, 2007: 27–28).

Osoby z otępieniem w przebiegu choroby Alzheimera przejawiają również trudności w zakresie sprawności monologowych. Szczególnie w umiarkowanej fazie tej choroby problemem dla wielu z nich jest określenie tematu wypowiedzi. Kluczowe znaczenie ma to, czy pacjenci budują swoje wypowiedzi monologowe na podstawie materiału graficznego, na przykład ilustracji, czy nie korzystają z tego typu pomocy. Zastosowanie materiałów o wysokiej złożoności percepcyjnej może powodować nagromadzenie się różnych trudności w trakcie wykonywania zadania. Opowiadanie na podstawie historyjki obrazkowej angażuje złożone procesy percepcyjne, jak również funkcje wykonawcze, które u osób z chorobą Alzheimera są zaburzone (Domagała, 2018e: 148–149). Pacjenci w łagodnym i umiarkowanym stadium otępienia alzheimerowskiego mają problemy w zakresie wypowiedzi pisemnych oraz czytania ze zrozumieniem. U chorych z klasycznym wariantem choroby Alzheimera problemy z pismem uwydatniają się znacznie wcześniej niż zaburzenia czytania. Prawdopodobnie jest to wynik złożoności procesu pisania, wymagającego uwagi ze strony licznych procesów językowych, motorycznych i wzrokowo-przestrzennych. W zakresie czytania pacjenci prezentują znaczne zróżnicowanie, które jest uwarunkowane wariantem choroby (Sitek, 2018: 177–189).

Zaburzenia mowy w przypadku choroby Alzheimera współistnieją z innymi objawami, takimi jak zaburzenia poznawcze i pozapoznawcze (psychiczne i zachowania). Mają one charakter progresywny, co wynika ze specyfiki choroby, która rozwija się w ciągu kilku lub kilkunastu lat. Badania Grzesiak-Witek dowodzą, że w chorobie Alzheimera następuje utrata wiedzy o sobie, swojej przeszłości i samoświadomości: „sytuacja ta sprawia, iż trudno z nimi prowadzić konwersację. Szczególnie niezręczne dla rodzin, jak i opiekunów tychże osób są pytania pacjentów, dotyczące osób zmarłych” (Grzesiak-Witek, 2007: 27). W początkowym stadium choroby zaburzenia językowe nie są łatwe do uchwycenia, jednak w miarę postępu procesu neurodegeneracyjnego stają się one coraz bardziej widoczne. W ostatnim etapie choroby dochodzi do całkowitego rozpadu systemu komunikacyjnego, co uniemożliwia choremu mówienie i rozumienie, a komunikacja z otoczeniem jest niemożliwa (Antczak-Kujawin, 2021: 24).

3. Opis przypadku

Osoba badana to mężczyzna – pan M. w wieku 86 lat z wykształceniem średnim technicznym. Przez całą swoją aktywność zawodową pracował na stanowisku fizycznym w hucie żeliwa jako hutnik. Mężczyzna jest ojcem trzech synów, z których jeden zmarł w 2017 roku. Mieszka w małej miejscowości w województwie świętokrzyskim wraz z żoną, synem, synową i dwojgiem wnucząt w domu jednorodzinnym z ogrodem. Aktualnie badany znajduje się pod opieką następujących lekarzy: neurologa, psychiatry,

internisty, urologa, pulmonologa. Badany wykazuje deficyty w zakresie wzroku i korzysta z korekcji okularowej oraz w zakresie słuchu – stosuje aparat słuchowy ucha lewego. Zaburzenia słuchu fizjologicznego są wynikiem choroby zawodowej, która została zdiagnozowana u pacjenta po ustaniu zatrudnienia i uzyskaniu prawa do świadczenia emerytalnego. Choroba Alzheimera została zdiagnozowana u badanego w 2019 roku. Wówczas neurolog stwierdził u pacjenta otępienie lekkiego stopnia. Pierwsze symptomy choroby pojawiły się jednak dużo wcześniej. Rodzina badanego kilka lat wcześniej zaczęła dostrzegać problemy z pamięcią, jednak nie wiązała ich z otępieniem alzheimerowskim. Utrudniony dostęp do wizyt w publicznych placówkach zdrowotnych finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia spowodował, że rodzina badanego zmuszona była do korzystania z prywatnej opieki zdrowotnej. Wizyty w niepublicznych placówkach zdrowia generowały duże koszty, które obciążały istotnie domowy budżet.

Do realizacji badań zaprezentowanych w niniejszym tekście przystąpiono w marcu 2022 roku. W tym czasie w oparciu o opracowany kwestionariusz przeprowadzono wywiad z rodziną badanego. Z informacji uzyskanych podczas wywiadu wynika, że pacjent w okresie przed zachorowaniem w wolnym czasie lubił oglądać telewizję, czytać gazety i spacerować. Rodzina opisała badanego przed zachorowaniem jako energicznego, gadatliwego i towarzyskiego człowieka. Mężczyzna chętnie uczestniczył w życiu kulturalnym, biorąc udział w spotkaniach organizowanych przez Miejskie Centrum Kultury. Na pytanie podczas wywiadu: „Czy pacjent chętnie nawiązywał nowe znajomości” uzyskano odpowiedź, że „tak, przed zachorowaniem lubił poznawać nowe osoby, miał duże grono znajomych i przyjaciół, z którymi lubił spędzać czas”. Ponadto badany chętnie utrzymywał kontakt werbalny z sąsiadami, z którymi miał dobre relacje. Podczas zakupów czy korzystania z komunikacji miejskiej nawiązywał nowe znajomości, rozmawiając z poznanymi osobami. Rodzina pacjenta dostrzegła ograniczenia w komunikacji z chorym. Na pytanie sformułowane podczas wywiadu: „Czy uważa Pan/Pani, że komunikacja z chorym przebiega tak samo, jak przed zachorowaniem na chorobę Alzheimera?” padła odpowiedź, iż badany obecnie zdecydowanie mniej mówi: „opowiada zdarzenia sprzed kilkudziesięciu lat, a nie pamięta wydarzeń z teraźniejszych lat, a także ucina wyrazy i długo zastanawia się, co odpowiedzieć”.

W dalszej kolejności przystąpiono do analizy dokumentów, z których wynika, że chorobę Alzheimera stwierdzono u mężczyzny po badaniu w dniu 1 lipca 2019 roku, po tym, jak w Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego (MMSE)³ mężczyzna uzyskał wynik 21 pkt, co świadczyło o otępieniu lekkiego stopnia. Analiza dokumentacji lekarskiej (głównie neurologicznej) wskazuje, że już wtedy u pacjenta występowały zaburzenia językowe objawiające się problemami z wysławianiem się, zapominaniem imion osób bliskich i nazw własnych. Dodatkowo analiza dokumentacji z poradni zdrowia psychicznego i poradni neurologicznej wykazała, że w początkowej fazie choroby Alzheimera badany przejawiał zachowania autoagresywne, pobudzenie, a także myśli samobójcze.

³ MMSE, Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego to narzędzie przesiewowe do oceny otępień. Maksymalny wynik, jaki można uzyskać w teście to 30 punktów. 27–30 – wynik prawidłowy, 24–26 – zaburzenia poznawcze bez otępienia, 19–23 – otępienie lekkiego stopnia, 11–18 – otępienie średniego stopnia, 0–10 – otępienie głębokie.

Po włączeniu farmakoterapii opisywane objawy ustąpiły. Z zaświadczenia lekarskiego wydanego 29 marca 2022 roku przez lekarza neurologa wynika, że u badanego widoczne były zaburzenia pamięci, zwłaszcza świeżej, oraz orientacji odnośnie do miejsca i czasu. Okresowo u mężczyzny występowały wówczas pobudzenie psychomotoryczne, a także zaburzenia mowy.

4. Diagnoza logopedyczna. Ocena poziomu poszczególnych sprawności językowych

Podczas badania logopedycznego wykorzystano *Kwestionariusz diagnostyczny zaburzeń mowy ze szczególnym uwzględnieniem afazji i dysartrii dla młodzieży i dorosłych* Katarzyny Szłapy, Iwony Tomasiak i Sławomira Wrzesińskiego (2021), który składa się z dwóch części: arkusza diagnostycznego i materiałów do badania. Arkusz diagnostyczny zawiera szczegółowe instrukcje do przeprowadzenia badania oraz kartę odpowiedzi pacjenta. Materiał badawczy stanowi zbiór 18 załączników, w skład których wchodzi ilustracje, zdjęcia i materiał werbalny.

4.1. Poziom mowy zautomatyzowanej

U badanego oceniono poziom mowy zautomatyzowanej. Wykorzystano w tym celu pięć prób, z których tylko jedną wykonał prawidłowo. Mężczyzna nie potrafił policzyć od 1 do 10. W zakresie dni tygodnia samodzielnie wymienił: *ponie* – ‘poniedziałek’, *wtorek* – ‘wtorek’, *środa* – ‘środa’. Pozostałych nazw dni tygodnia nie był w stanie zaktualizować, twierdząc, że nie pamięta. Poproszony o wymienienie nazw pór roku podał prawidłowo wszystkie cztery, jednak zajęło mu to znaczną ilość czasu i wymagało naprowadzenia. Podczas aktualizacji ciągu słownego zbudowanego z nazw miesięcy uzyskano: *maj*, *listopad*, *grudzień*. Na prośbę badającego o przywołanie słów znanej wyliczanki badany odpowiedział: *nie wiem*, *nie pamiętam*. W trakcie tej części badania pacjent niechętnie współpracował, nie chciał wykonywać kierowanych do niego poleceń, powtarzając często *nie wiem*.

4.2. Ocena motoryki aparatu mowy

Następnie ocenie została poddana sprawność aparatu artykulacyjnego. Zadaniem mężczyzny było naśladowanie ruchów artykulacyjnych, zaczerpniętych z materiału diagnostycznego, a także prezentowanych przez osobę badającą. U pana M. można było zaobserwować nieprawidłową pracę mięśnia okrężnego ust. Nie był on w stanie wykonać między innymi rozciągania ust, zakrywania wargi dolnej górną wargą i zakrywania wargi górnej dolnymi zębami.

Podczas badania sprawności języka mężczyzna wykonał próby wymagające ruchów prostych, między innymi wysunięcie języka na brodę czy unoszenie języka w kierunku nosa, natomiast nie był w stanie wykonać ruchów złożonych, na przykład układania języka w kształt „łopaty”. U badanego zaobserwowano spoczynkowe drżenie języka

w poziomie. W zakresie budowy aparatu mowy badany nie przejawiał istotnych nieprawidłowości z wyjątkiem częściowego braku użębienia. Pan M. początkowo dość chętnie uczestniczył w tej części badania, jednak po wykonaniu kilku prób można było zauważyć u niego zniechęcenie i zmęczenie.

4.3. Poziom umiejętności rozumienia, powtarzania i nazywania

Kolejny etap diagnozy logopedycznej dotyczył badania rozumienia różnych części mowy: rzeczowników, czasowników, przymiotników, przysłówków, liczebników. Zadaniem badanego było wskazanie na planszy odpowiedniego obrazka. Badający kierował do mężczyzny polecenia typu: *proszę pokazać, gdzie jest dom*. U pacjenta nie dostrzeżono znacznych deficytów w zakresie rozumienia rzeczowników. Niepoprawnie wskazał on jedynie 2 z 16 przedmiotów (długopis, pieniądze). W wyniku przeprowadzonego badania stwierdzono także, że chory nie przejawia zaburzeń w rozumieniu nazw części ciała. Prawidłowo rozpoznał na schemacie wszystkie części ciała: głowę, nos, ucho, rękę, nogę, brzuch.

Chory przejawiał dość znaczące deficyty w zakresie rozumienia nazw czynności. Podczas badania wykorzystano 12 prób, spośród których mężczyzna prawidłowo wskazał jedynie 5 obrazków. Badany w trakcie diagnozy tej umiejętności przejawiał wycofującą postawę, wciąż powtarzając *nie wiem*. Kolejnym etapem była ocena rozumienia nazw przymiotników. Pan M. właściwie wskazał 8 z 12 obrazków. W związku z tym można przypuszczać, że prezentuje on niewielkie deficyty w zakresie rozumienia nazw cech. Podobnie podczas oceny rozumienia nazw przysłówków i liczebników nie zaobserwowano u pacjenta znacznych deficytów. Dość liczne zaburzenia stwierdzono w zakresie rozumienia nazw przyimków przestrzennych. W tej części diagnostycznej zastosowano 8 prób, spośród których mężczyzna prawidłowo wykonał zaledwie 4.

Pan M. wykonał 4 z 6 poleceń prostych i złożonych, co sugeruje nieznaczne trudności w zakresie rozumienia instrukcji słownych, szczególnie tych złożonych. Największe problemy badanemu sprawiły następujące próby: *proszę dotknąć prawą ręką lewego ucha* (pacjent wskazał prawe ucho), *proszę położyć długopis pod kartkę* (pacjent położył długopis obok kartki).

Następny etap diagnozy logopedycznej obejmował ocenę powtarzania. Badany bezbłędnie powtórzył usłyszane samogłoski: *a, o, u, e, i, y*. Kłopot jednak sprawiło mu powtarzanie sylab. Spośród następujących: *ma, ba, ta, ko, le, wy, pta, dba, gru* powtórzył tylko pierwsze trzy: *ma, ba, ta*. Podczas oceny powtarzania rzeczowników prawidłowo powtórzył wyrazy: *mama* i *oko*, natomiast w przypadku wyrazów *długopis* i *komputer* otrzymano następujące realizacje: *opis* i *puter*. W badaniu powtarzania czasowników spośród 4 wyrazów mężczyzna prawidłowo powtórzył dwa: *myje* i *śpi*, z kolei *szczekają* i *pomalował* powtórzył błędnie jako: *-ają* i *ponalował*. W trakcie oceny powtarzania grup słów pan M. powtórzył prawidłowo tylko zestawienia wyrazów jednosylabowych: *but-kot* i *ul-kos-mak*. Leksemów wielosylabowych nie powtórzył, mówiąc: *nie wiem, nie pamiętam*. Pan M. poproszony o powtórzenie zdań prawidłowo przywołał tylko jedno wypowiedzenie pojedyncze nierozwinięte: *Miód jest słodki*. Dłuższych zdań, takich jak: *Konie piją wodę ze strumienia* i *Następnego lata wyjadę na wczasy do Egiptu* nie powtórzył.

Badanie funkcji nazywania obejmowało nazywanie różnych części mowy (między innymi rzeczowników, przymiotników, przysłówków, liczebników, czasowników), które były prezentowane przez badającego na planszy w formie obrazków. W zakresie nazywania części ciała u mężczyzny nie zaobserwowano znaczących nieprawidłowości. Badany poprawnie nazwał 5 spośród 6 części ciała (głowa, nos, ucho, ręka, noga). Brzuch nazwał *bruszek*. Podczas oceny nazywania rzeczowników u badanego można było zaobserwować parafrazje semantyczne, parafrazje głoskowe, wskazywanie na przeznaczenie przedmiotu, zdrobnienia oraz pauzy. Nazywanie czynności sprawiło badanemu znaczne trudności. Mężczyzna prawidłowo nazwał 7 z 16 czynności, w przypadku pozostałych bardzo często stosował opis ilustracji za pomocą rzeczowników. Najmniej trudności badanemu sprawiła próba nazywania przymiotników. Mężczyzna nazwał 11 spośród 12 cech, prawidłowo podając przymiotnik. Największym problemem było dla pana M. nazywanie przymiotków przestrzennych. Badany na pytanie dotyczące położenia piłki na prezentowanej planszy zamiast odpowiedzieć słownie, w większości przypadków wskazywał palcem jej położenie na ilustracji.

Chory przejawiał głębokie deficyty w zakresie poprawności logiczno-językowej. W badaniu zastosowano 5 prób, spośród których mężczyzna nie dokonał oceny i poprawy żadnego z przeczytanych mu zdań. Konstrukcje: *Ta pani są w sklepie, Jabłko jest czerwony, Kasia gotuje książkę, Dałem jeść psowi, Wpadł jak śliwka w kawę* zakwalifikował jako poprawne.

4.4. Poziom mowy opowieściowej

Badanie mowy opowieściowej polegało na samodzielnym opowiedzeniu przez badanego, co dzieje się na prezentowanym zdjęciu sytuacyjnym⁴. Podczas tej próby mężczyzna nie chciał współpracować. Do opisu ilustracji używał jedynie rzeczowników. Chcąc stwierdzić, że na ilustracji znajduje się wiele osób, wskazywał palcem na jedną z nich, mówiąc: *ludzie*. Pan M. w chwili, gdy nie mógł przywołać z pamięci żadnego ze słów, denerwował się, mówiąc: *no ten, tego, nie pamięta, daj mi już spokój*. Wypowiedzi badanego były nie płynne, bardzo często kiwał on głową w celu potwierdzenia słów pomocniczych wypowiedzianych przez badającego.

4.5. Poziom zachowania umiejętności czytania, liczenia i pisania

Badanie umiejętności czytania obejmowało próby z zakresu rozpoznawania liter, czytania sylab, wyrazów jedno- i dwusylabowych oraz zdań pojedynczych i złożonych. Badany bez większego trudu rozpoznał litery i przeczytał wszystkie sylaby. W przypadku próby czytania wyrazów u mężczyzny można było zaobserwować problemy, głównie odnośnie do wyrazów trudniejszych zbudowanych z pięciu i więcej sylab. Badany poprawnie

⁴ Zdjęcie sytuacyjne znajduje się w *Materiale do badania. Kwestionariusz diagnostyczny zaburzeń mowy ze szczególnym uwzględnieniem afazji i dysartrii dla młodzieży i dorosłych* K. Szlapy, I. Tomasik i S. Wrzezińskiego (2021). Przedstawia fragment morskiej plaży, na której wypoczywa część osób, a pozostali kąpią się w wodzie. W tle widać bezchmurne niebo i fragment statku.

przeczytał 4 spośród 8 zdań: *To jest wąż. Nie próbuj złapać węża za ogon. Zgaś światło. Przesyłam serdeczne pozdrowienia.*

Badanie liczenia obejmowało poziom nazywania i rozumienia cyfr, liczb i znaków matematycznych, a także ocenę umiejętności wykonywania działań arytmetycznych. Mężczyzna wykonał błędnie wszystkie działania arytmetyczne, zaznaczając nieprawidłowe ich wyniki. Poproszony o wskazywanie na planszy i nazywanie liczb oraz znaków matematycznych prawidłowo wskazał tylko liczby. Nie rozpoznał żadnego ze znaków matematycznych.

Badanie zdolności pisania ujawniło umiarkowane deficyty w zakresie omawianej sprawności. Badany poprawnie zapisał swoje imię i nazwisko, a także następujące litery: *e, a, o, u, k, m, r, l*. W zakresie pisania sylab również nie odnotowano u mężczyzny żadnych błędów. Problemy pojawiły się w trakcie zapisu następujących słów: *ptaszek, czekoladki* i *zachmurzenie*. Można było zaobserwować parafrazje literowe (dodawanie, opuszczenie, zamienianie liter). Mężczyzna poproszony o zapisanie pod dyktando wybranych liczb i znaków matematycznych nie był w stanie wykonać tego polecenia.

5. Wyniki diagnozy oraz kierunki planowanej terapii logopedycznej

W wyniku przeprowadzonego badania logopedycznego oraz analizy dokumentacji i po uwzględnieniu informacji uzyskanych od rodziny badanego stwierdzono u mężczyzny zaburzenia mowy w przebiegu otępienia alzheimerowskiego. Zaburzenia językowe dotyczyły w szczególności funkcji nazywania, ale i powtarzania, tworzenia dłuższych wypowiedzi, przy stosunkowo dobrze zachowanym rozumieniu mowy. W trakcie badania logopedycznego u pacjenta można było zaobserwować charakterystyczne dla choroby Alzheimera: pauzy w trakcie wypowiedzi, parafrazje semantyczne i fonetyczne, zdrobnienia i wskazywanie na przeznaczenie przedmiotu. Mężczyzna tworzył tak zwaną pustą mowę, mówił stosunkowo dużo, ale z ograniczonym zasobem słów i nieprawidłową składnią. Jego wypowiedzi nie wnosiły żadnej treści i były trudne do zrozumienia.

Z uwagi na charakter chorób neurodegeneracyjnych, do których zaliczamy chorobę Alzheimera, a w szczególności ich progresywność, nieodwracalność i złożoność, postępowanie terapeutyczne z punktu widzenia logopedy jest zadaniem trudnym. Głównym celem planowanej terapii powinno być zachowanie w możliwie jak najwyższym stopniu aktualnego poziomu sprawności językowej. W pierwszym rzędzie planując terapię logopedyczną, należy uwzględnić te obszary, w których badany przejawia widoczne deficyty. W przypadku diagnozowanego mężczyzny należy skoncentrować się na ćwiczeniach w zakresie: nazywania, budowania dłuższych wypowiedzi językowych, powtarzania, mowy zautomatyzowanej, liczenia. W planowanej terapii logopedycznej ważnym aspektem powinno być również oddziaływanie terapeutyczne na te funkcje językowe, których poziom stosunkowo dobrze został zachowany, czyli rozumienie, czytanie i pisanie, aby jak najdłużej zachować te umiejętności. Ze względu na umiarkowaną fazę choroby, szczególne znaczenie powinno mieć usprawnianie komunikacji podczas sytuacji życia codziennego

przy jednoczesnej stymulacji języka w korelacji z działaniem. Kluczowym aspektem oddziaływań terapeutycznych u mężczyzny powinna być stymulacja funkcji językowych z równoległym usprawnianiem innych funkcji poznawczych: pamięci, uwagi, myślenia. Z uwagi na utrudniony dostęp do logopedy, z powodu braku tego specjalisty w niedalekiej okolicy od miejsca zamieszkania chorego, główną formą terapii powinna być terapia pośrednia, która utrzymywana jest w interakcji na linii logopeda–opiekun⁵. Działania terapeutyczne należy zawierać w takich formach, jak: instruktaż, okresowa ocena działań, weryfikacja i ewentualna modyfikacja działań, jak również pomoc doraźna. Do tego celu rekomenduje się stosowanie w terapii różnych programów i strategii komunikacyjnych (Domagała, 2015: 1010). Wskazane jest między innymi wprowadzenie rodziny badanego w założenia programu Kontakt⁶. W przypadku mężczyzny warto rozważyć zastosowanie tak zwanej książki wspomnień (ang. *memory books*). Najbardziej rozpowszechnioną formą książki wspomnień jest księga życia (ang. *life story book*), która obejmuje biografię osoby cierpiącej na chorobę Alzheimera. W opracowaniu książki życia bardzo istotna jest rola rodziny badanego, ponieważ to ona wraz z chorym powinna ją stworzyć. Zadaniem logopedy w tym przypadku jest jedynie nakreślenie schematu i kluczowych elementów, które powinny się w niej znaleźć. Zakres tematyczny książki wspomnień powinien obejmować następujące tematy wiążące się z osobą badaną:

- a) dzieciństwo – między innymi data i miejsce urodzenia, imiona i nazwiska rodziców, rodzeństwa; środowisko społeczne; szkoły, do których uczęszczał badany;
- b) okres dorastania – pierwsza praca, pierwszy samochód, pierwsza miłość, różne upodobania, na przykład kulinarne, muzyczne;
- c) wczesna dorosłość – studia, praca, służba wojskowa, małżeństwo, dzieci;
- d) wiek dojrzały i lata późniejsze – wnuki, polityka, rodzina, podróże, a także osiągnięcia i nagrody (Domagała, 2018c: 301).

Istotnym wsparciem dla rodziny będzie także pomoc psychologiczna, ponieważ postępująca choroba najbliższego członka rodziny powoduje rozpad więzi emocjonalnych i wyczerpanie psychiczne. Rodzina powinna wziąć udział w spotkaniach grup wsparcia dla rodzin osób chorujących na chorobę Alzheimera, co pozwoliłoby na wymianę doświadczeń z innymi, których dotyczy to schorzenie. Zapewne cenne byłoby tu również wsparcie materialne ze strony różnych instytucji państwowych.

Rodzinnie mężczyzny z chorobą Alzheimera można też zaproponować udział w programie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej pod nazwą „Opieka wytchnieniowa”. Priorytetową koncepcją tego programu jest pomoc członkom rodzin lub opiekunom sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobami z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności. Dzięki takiej pomocy rodzina mogłaby otrzymać czas wolny na załatwienie

⁵ Terapia pośrednia nie obliguje do pracy wprost z chorym, przez co teoretycznie jest skierowana do szerokiej grupy. Do zadań logopedy w tym przypadku należy usprawnianie chorego poprzez reorganizację zachowań komunikacyjnych jego opiekunów, osób z najbliższego otoczenia i opracowanie odpowiednich sposobów komunikacji z pacjentem (Domagała, 2018a: 475).

⁶ Jednym z programów, które można wykorzystać w tworzeniu strategii komunikacyjnej z pacjentem obciążonym otępieniem alzheimerowskim jest program Kontakt. Został on zaadaptowany przez Katarzynę Gustaw na wzór amerykańskiego programu Focused (Gustaw, 2007).

niezbędnych spraw czy odpoczynek. Takie rozwiązanie jest kluczowe w sytuacji, kiedy w najbliższym otoczeniu rodziny badanego nie ma żadnego środowiskowego domu opieki dla osób z chorobą Alzheimera ani innej tego typu placówki opiekuńczej.

Podsumowanie

Studium przypadku mężczyzny z chorobą Alzheimera skłoniło do sformułowania wniosku, że postęp choroby przyczynia się do występowania znacznych deficytów językowych, które mogą przyjmować różną postać. Na podstawie przeprowadzonych badań, w szczególności diagnozy logopedycznej, stwierdzono, że charakter zaburzeń mowy jest typowy dla otępienia alzheimerowskiego. Zaburzenia mowy u mężczyzny koncentrują się na funkcji nazywania, która już w początkowych etapach choroby uległa osłabieniu. Innym zaobserwowanym zjawiskiem w zakresie upośledzenia mowy jest tak zwana pusta mowa – badany mówił stosunkowo dużo, ale posługiwał się ograniczonym zasobem słów. W oparciu o sformułowane wytyczne do terapii stwierdza się, że programując terapię logopedyczną, należy wziąć pod uwagę zarówno charakter zaburzeń językowych, jak i charakter samej choroby powodującej zaburzenie mowy. W tym przypadku jest to choroba Alzheimera, która należy do schorzeń postępujących i złożonych. Proponując ćwiczenia, należy uwzględnić nie tylko deficyty językowe, ale również zaburzenia funkcji poznawczych.

Przeprowadzone badania ujawniły, że rodzinie badanego nie jest udzielane żadne wsparcie w zakresie komunikacji z chorym. Oznacza to, że kwestie zaburzeń mowy nie stanowią istotnego problemu dla specjalistów zajmujących się osobą z chorobą Alzheimera. Warto byłoby się zastanowić, czy problem ten jest tylko jednostkowy, czy zbiorowy i dotyczący inne rodziny osób cierpiących na otępienie alzheimerowskie. Włączenie logopedów w postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne wydaje się kluczowe dla poprawy komfortu życia zarówno samych chorych, jak i ich opiekunów.

Bibliografia

- Antczak-Kujawin J. (2021), *Zaburzenia sprawności semantyczno-leksykalnej w otępieniu alzheimerowskim na tle starzenia się fizjologicznego*, Łódź.
- Barcikowska M. (2018), *Choroba Alzheimera*, [w:] T. Barylewicz, A. Barczak, M. Barcikowska (red.), *Otępienie w praktyce*, Poznań.
- Barczak A. (2018), *Warianty choroby Alzheimera*, [w:] T. Barylewicz, A. Barczak, M. Barcikowska (red.), *Otępienie w praktyce*, Poznań.
- Domagała A. (2007), *Zachowania językowe w demencji. Struktura wypowiedzi w chorobie Alzheimera*, Lublin.
- Domagała A. (2015), *Standardy postępowania logopedycznego w przypadku otępienia alzheimerowskiego*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin.

- Domagała A. (2018a), *Choroba Alzheimera w perspektywie gerontologopedycznej. Postępowanie terapeutyczne*, [w:] W. Tłokiński, S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Gerontologopedia*, Gdańsk.
- Domagała A. (2018b), *Heterogenność choroby Alzheimera. Implikacje w obszarze logopedii*, [w:] J. Cieszyńska-Rożek, P. Sobolewski, D. Grzesiak-Witek (red.), *Zaburzenia mowy w wybranych zespołach uwarunkowanych genetycznie*, Lublin.
- Domagała A. (2018c), *Memory books w opiece logopedycznej nad pacjentem z chorobą Alzheimera. Zastosowanie w terapii pośredniej*, [w:] A. Domagała, E. Sitek (red.), *Choroba Alzheimera. Zaburzenia komunikacji językowej*, Gdańsk.
- Domagała A. (2018d), *Zaburzenia sprawności dialogowych w chorobie Alzheimera. Charakterystyka na materiale języka polskiego*, [w:] A. Domagała, E. Sitek (red.), *Choroba Alzheimera. Zaburzenia komunikacji językowej*, Gdańsk.
- Domagała A. (2018e), *Zaburzenia sprawności monologowych w chorobie Alzheimera. Charakterystyka na materiale języka polskiego*, [w:] A. Domagała, E. Sitek (red.), *Choroba Alzheimera. Zaburzenia komunikacji językowej*, Gdańsk.
- Domagała A. (2018f), *Zaburzenia sprawności systemowych w chorobie Alzheimera*, [w:] A. Domagała, E. Sitek (red.), *Choroba Alzheimera. Zaburzenia komunikacji językowej*, Gdańsk.
- Domagała A., Sitek E. (2018), *Choroba Alzheimera w świetle aktualnych kryteriów diagnostycznych*, [w:] A. Domagała, E. Sitek (red.), *Choroba Alzheimera. Zaburzenia komunikacji językowej*, Gdańsk.
- Grzesiak-Witek D. (2007), *Zaburzenia komunikacji słownej u osoby z chorobą Alzheimera*, „Społeczeństwo i Rodzina. Stalowowolskie Studia Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II”, nr 11.
- Grzesiak-Witek D., Sobolewski P. (2010), *Zaburzenia komunikowania się chorych w wieku podeszłym w naczyniopochodnych chorobach mózgu*, [w:] T.B. Kulik, B. Wolny, A. Pacian (red.), *Edukacja zdrowotna w naukach medycznych i społecznych*, Tarnów.
- Gustaw K. (2007), *Kontakt, czyli strategie komunikacji z pacjentem z chorobą Alzheimera. Poradnik dla pacjentów*, Warszawa.
- Herzyk A. (2005), *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*, Warszawa.
- Łuczywek E. (1996), *Zaburzenia aktywności poznawczej osób w późnym wieku. Problemy demencji*, [w:] A. Herzyk, D. Kądziaława (red.), *Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej*, Lublin.
- Marczewska H., Osiejuk E. (1994), *Nie tylko afazja...: o zaburzeniach językowych w demencji Alzheimera, demencji wielozawalowej i przy uszkodzeniach prawej półkuli mózgu*, Warszawa.
- Obrębowski A. (2005), *Uwagi do ośrodkowych zaburzeń mowy*, „Otolaryngologia”, nr 4(4).
- Sitek E. (2018), *Komunikacja pisemna w chorobie Alzheimera*, [w:] A. Domagała, E. Sitek (red.), *Choroba Alzheimera. Zaburzenia komunikacji językowej*, Gdańsk.
- Szłapa K., Tomasik I., Wrzesiński S. (2021), *Kwestionariusz diagnostyczny zaburzeń mowy ze szczególnym uwzględnieniem afazji i dysartrii dla młodzieży i dorosłych*, Gdańsk.
- Wasielwski T.P. (2013), *Podjęmowanie terapii zaburzeń mowy wobec pacjenta z chorobą Alzheimera*, „Zdrowie i Dobrostan”, nr 2.

Abstract

A case study of a man with Alzheimer's dementia – diagnosis and speech therapy

Alzheimer's disease is one of the most serious neurological diseases of today's ageing society. The number of people, particularly seniors, affected by this condition is increasing every year. Speech disorders are one of the earliest symptoms of this disease and reveal themselves early in its development. Despite the increasing interest of researchers in speech disorders associated with Alzheimer's dementia, there are still not enough empirical studies describing this issue. This article, based on a case study of a man, presents the characteristics of speech disorders in a person with Alzheimer's dementia, the course of speech therapy diagnosis with assessment of the level of individual language skills and the basic assumptions and directions for the planned speech therapy. The research shows that, depending on the individual characteristics of the patient in question, language disorders can take on a different character.

Keywords: Alzheimer's disease, Alzheimer's dementia, speech disorders in Alzheimer's dementia, speech therapy in Alzheimer's dementia