

RENATA GLIWA

Uniwersytet Łódzki, Łódź

Nazwy własne a otępienie — ujęcie kliniczne

1. Wstęp

W ostatnich dziesięcioleciach dostrzegamy znaczny wzrost zainteresowania zagadnieniami neurolingwistycznymi. Język stał się przedmiotem badań nie tylko językoznawców, psychologów, ale i klinicystów (np. neurologów, psychiatrów).

Obserwowany obecnie proces starzenia się społeczeństwa i jednoczesnego wydłużania życia skłania badaczy do podejmowania zagadnień bezpośrednio powiązanych ze wspomnianymi zjawiskami (por. *Diagnostyka...* 2012, Parnowski 2010, Domagała 2007, 2015).

Proces starzenia się społeczeństwa nakazuje założyć, że częstość występowania zespołów otępiennych, dla których wiek jest podstawowym czynnikiem ryzyka, wzrośnie odpowiednio do wzrostu liczebności populacji. Szacuje się, że w 2030 roku populacja powyżej 65. roku życia, licząca obecnie 14%, będzie stanowiła 23% w krajach rozwiniętych, a odpowiednio 5–10% w krajach rozwijających się. Statystyki pokazują, że z każdym pięcioleciem w populacji powyżej 65. roku życia obserwuje się niemal dwukrotny wzrost zachorowań (por. Kozubski, Liberski 2014: 255–256, *Diagnostyka...* 2012: 30–31, 58–59, Ritchie 2002: 238, Gabrylewicz 2004: 42–49).

2. Otępienie

Najczęściej stosowana do celów diagnostycznych definicja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) opisuje otępienie jako zespół objawów wywołanych chorobą mózgu zwykle przewlekłą lub o postępującym charakterze; charakteryzujący się klinicznie licznymi zaburzeniami wyższych funkcji korowych, takich jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność do uczenia się, możliwości komunikacyjne, umiejętność oceny sytuacji. Zaburzeniom funkcji poznawczych towarzyszą lub je poprzedzają zaburzenia emocjonalne, zaburzenia zachowania i motywacji. Następstwem zmian

otępiennych jest pogorszenie funkcjonowania, zarówno w zakresie aktywności złożonych (jak umiejętność kontrolowania własnych finansów, korespondencji, umiejętności organizowania czasu wolnego), jak i w późniejszej fazie — czynności podstawowych (takich jak ubieranie się, higiena osobista czy przyjmowanie pokarmów)¹ (por. ICD 10, 1997).

Istotą otępienia jest zatem utrata funkcji, które umożliwiają samodzielne funkcjonowanie w społeczeństwie, warto zatem podejmować wysiłki mające na celu ocenę funkcjonowania poznawczego osoby dotkniętej otępieniem, aby móc przygotowywać odpowiednie postępowanie terapeutyczne, mające na celu poprawę jakości życia i umożliwienie choremu radzenie sobie chorobą.

Demencja nie jest jednostką jednorodną nozologicznie (por. Mumenthaler, Bassetti, Deatwyler 2005: 98, 99). W praktyce klinicznej najczęściej wyróżniane typy otępienia to otępienie w chorobie Alzheimera, otępienie w przebiegu choroby Parkinsona, otępienie naczyniopochodne, otępienie z ciałami Lewy’ego, otępienie czołowo-skroniowe, otępienia mieszane i inne.

W prezentowanych badaniach skupiono się na otępieniu o etiopatogenezie naczyniopochodnej (VaD). Najczęstsze postaci VaD (na podstawie kryteriów kliniczno-neuropatologicznych) to: 1) otępienie wielozawałowe (MID), 2) niedokrwienne otępienie podkorowe (SIVD) związane z chorobą małych naczyń. Ponieważ zaburzenia funkcji poznawczych wyraźnie wiążą się z miejscem wystąpienia udaru, wyróżnia się 1) zespół czołowy oraz, będące przedmiotem niniejszego omówienia, 2) uszkodzenia w obrębie płata ciemieniowego zwłaszcza kory asocjacyjnej (mogą one prowadzić do korowych objawów podobnych do tych, typowych dla choroby Alzheimera: afazji mieszanej, apraksji oraz zaburzeń gnozji wzrokowo-przestrzennej).

3. Zaburzenia wzrokowo-przestrzenne

Jednym z zaburzeń typowych dla demencji są zaburzenia w zakresie szeroko rozumianej orientacji. Klinicyści zaliczają do niej możliwość orientacji w schemacie własnego ciała i przestrzeni, niesprawności tej towarzyszą duże trudności w zakresie odczytywania i rysowania planów, zaburzenia orientacji na zegarze (agnozja zegarowa) i szczególnie istotne dla niniejszych rozważań zaburzenia orientacji na mapie. Deficyty przestrzenne mogą obejmować również zaburzenia czynności oceniających położenie obiektów w przestrzeni, zaburzenia rozumienia relacji przestrzennych pomiędzy obiektami, zniesienie bądź zaburzenie możliwości operowania „pojęciami przestrzennymi” (por. Pąchalska 2012: 110).

¹ Nie można postawić diagnozy otępienia, jeżeli wymienione objawy występują wyłącznie w trakcie zaburzeń świadomości, chociaż sama obecność zaburzeń świadomości w przebiegu otępień jest powszechna i została ujęta w ICD-10 w odrębnej kategorii diagnostycznej, tj. majaczenie nałożone na otępienie (por. *Diagnostyka...* 2012: 3–8).

4. Narzędzia diagnostyczne do oceny zaburzeń wzrokowo-przestrzennych

Wśród niewielu „logopedycznych” testów, dostępnych w literaturze polskojęzycznej, służących do oceny poszczególnych funkcji związanych z orientacją na mapie wymienić należy podtest testu autorstwa Jadwigi Szumskiej „Orientacja w mapie Polski” (Szumska 1980) oraz test Marii Pąchalskiej „Ocena stosunków przestrzennych na mapie” (por. Pąchalska 2012: 329) przeznaczony do badania zaburzeń związanych z obecnością afazji. Nie posiadamy jednak testów dedykowanych wyłącznie zaburzeniom orientacji na mapie, dostosowanych do badania zespołów otępienny o różnej patogenezie.

5. Cel badań

Przedmiotem niniejszych rozważań jest eksperyment, mający na celu ocenę możliwości dekodowania i lokalizowania wybranych toponimów i hydronimów na mapie w otępieniu o etiopatogenezie naczyniopochodnej, ze zdiagnozowanymi uszkodzeniami w obrębie płata ciemieniowego.

Przystępując do badań wyznaczono następujące cele: ocena możliwości dekodowania² wybranych toponimów i hydronimów w otępieniu różnego stopnia; ocena jakości dekodowania nazw własnych, to znaczy, czy odbywa się ono poprzez wydobywanie cech definicyjnych czy może niedefinicyjnych (asocjacyjnych), związanych z indywidualnym doświadczeniem badanego; porównanie możliwości dekodowania nazwy i umiejętności lokalizowania jej referenta na mapie.

6. Charakterystyka narzędzi badawczych

Istotnym problemem w każdym procesie badawczym jest wybór odpowiednich narzędzi. W niniejszym opracowaniu jako metodę zastosowano eksperyment kliniczny, który zakłada swego rodzaju plastyczność w zakresie doboru materiału bodźcowego. W eksperymencie wykorzystano narzędzia standaryzowane — jak MMSE (*Mini Mental State Examination*)³, a także autorski zestaw prób opracowanych na podstawie powyższej wspomnianego testu autorstwa Marii Pąchalskiej (por. Pąchalska 2012: 329).

7. Przebieg eksperymentu

Eksperyment składał się z kilku etapów. Pierwszy z nich polegał na wyborze odpowiedniej grupy badawczej (por. poniżej pkt 8). W dalszej kolejności, ze względu na to, że nie zawsze dysponowano pełną dokumentacją medyczną na temat zaawansowania

² W niniejszych rozważaniach przez termin *dekodowanie* rozumie się proces identyfikacji i interpretacji przez odbiorcę sygnałów przekazywanych za pomocą dźwięku, tj. zrozumienie przez niego wypowiedzi.

³ Pozwolił on ocenić: orientację, zapamiętywanie, uwagę, odtwarzanie informacji, podstawowe funkcje językowe, podstawowe funkcje wzrokowo-przestrzenne, rozumienie instrukcji (czytanej i słyszanej) oraz prakcję konstrukcyjną.

otępienia, a także ze względu na dynamiczny charakter demencji, zdecydowano się na ocenę każdego uczestnika badania za pomocą MMSE.

W kolejnym etapie uczestnikom eksperymentu pokazywano konturową mapę Polski z oznaczonymi graficznie granicami województw, pytano go, *czy rozpoznaje, co to jest*. W razie konieczności komunikowano badanemu, że jest to mapa Polski. Następnie proszono go o wymienienie i oznaczenie czterech kierunków geograficznych oraz oznaczenie ich na mapie.

W dalszym etapie eksperymentu proszono badanego o wyjaśnienie, co oznacza słyszana nazwa własna. W teście wykorzystano nazwy 2 rzek (Wisła i Odra) i 12 miast wojewódzkich lub takich, które wywołują określone skojarzenia, np. Zakopane, Częstochowa; badanie grupy kontrolnej pozwoliło ustalić średnią statystyczną, tj. 8 z 12 nazw. Za każdym razem pytano badanego: *czy zna pan/pani taką nazwę? co to jest? co to znaczy? z czym panu/pani się kojarzy się ta nazwa?*

Przy niepowodzeniu podczas procesu słuchowego rozpoznawania nazwy przypomniano badanemu, że to odpowiednio nazwa miasta bądź rzeki i proszono o zaznaczenie jej na mapie (badany zaznaczał lokalizację miasta kropką lub je podpisywał), za prawidłowe oznaczenie uznawano te odpowiedzi, które lokalizowały prawidłowo miejscowość w obrębie województwa lub na jego granicy. Prawidłowe oznaczenie rzek wiązało się z koniecznością oznaczenia ich schematycznego przepływu.

8. Charakterystyka grupy badawczej

W eksperymencie uczestniczyło 30 osób w wieku od 65 do 88 lat. U 20 (16 kobiet i 4 mężczyzn) zdiagnozowano otępienie (wielonaczyniowe, z dominującymi zmianami w obrębie płatów skroniowych); u 10 osób (8 kobiet, 2 mężczyzn) nie obserwowano zaburzeń poznawczych (na podstawie MMSE). Podstawą zakwalifikowania do grupy osób z zaburzeniami poznawczymi była dokumentacja, która musiała zawierać informację o obecności otępienia i jego charakterze. Badani zostali podzieleni na grupy zgodnie z wynikami MMSE⁴: I grupa — osoby, u których stwierdzono otępienie w stopniu lekkim (5); II grupa — osoby, u których zdiagnozowano otępienie w stopniu średnim (5); III grupa — osoby, u których zdiagnozowano otępienie głębokie (5 osób z punktacją powyżej 5 pkt; 5 osób z punktacją poniżej 5 pkt).

Osoby z grupy kontrolnej i grupy ze zdiagnozowanym otępieniem posiadały wykształcenie średnie, wszyscy w przeciągu ostatnich 20 lat mieszkali w mieście⁵.

⁴ Ocena według MMSE: 30–27 punktów wynik prawidłowy; 26–24 punktów — zaburzenia poznawcze bez otępienia; 19–23 punkty — otępienie lekkiego stopnia; 11–18 punktów — otępienie średniego stopnia; 0–10 punktów — otępienie głębokie.

⁵ Z grupy badanych wykluczono m.in. osoby: niedowidzące, niewidome i z tak zwanym zaniedbaniem stronnym, osoby z dużym niedosłuchem, osoby głuche, osoby, u których obserwowano szeroko rozumiane zaburzenia motoryczne, uniemożliwiające im wykonanie zadania.

9. Proces prawidłowej identyfikacji nazwy

W przebiegu całego eksperymentu niezbędna jest chęć dążenia do celu, której nie obserwujemy np. u pacjentów z otępieniem w stopniu głębokim, stąd niepowodzenia w tej grupie badanych (por. tabela poniżej).

Właściwe wykonanie zadania wiąże się z prawidłowym działaniem funkcji poznawczych (do których zaliczamy m.in. procesy wzrokowo-przestrzenne, myślowe, pamięć, myślenie, język) i wykonawczych. Aktywizacja powyższych funkcji pozwala wyabstrahować z sytuacji zadaniowej reguły i wymagania oraz sformułować kryteria poprawnego wykonywania działania. Badany musi planować kolejne etapy postępowania, kontrolować i moderować jego rezultaty pod kontem zgodności z kryteriami — instrukcją (por. Sławek, Wieczorek 2006: 43). Na tym etapie konieczne są sprawnie działające mechanizmy: rozumienia i zapamiętywania instrukcji oraz sprawnie działająca pamięć operacyjna⁶, ponieważ w procesie rozwiązywania problemu konieczne jest uwzględnianie (zapamiętywanie) kilku składowych działania (por. Lezak 1995: 79).

Zadanie wymaga odwoływania się do zasobów posiadanej wiedzy⁷ bądź doświadczenia, wymaga to sprawnego funkcjonowania procesów pamięciowych⁸, uaktywniona zostaje m.in. pamięć epizodyczna (autobiograficzna) oraz pamięć semantyczna (hierarchicznie uporządkowana, wiążąca się z tzw. wiedzą „szkolną”, pojęciową).

W początkowym etapie eksperymentu badany powinien opierać się na myśleniu werbalno-logicznym, czyli dyskursywnym, które wykorzystywane jest m.in. podczas klasyfikowania pojęć. Rozpoznanie nazwy⁹ wymaga komunikacji między jego wewnętrzną reprezentacją, istniejącą w systemie poznawczym, a danymi odbieranymi za pomocą bodźca słuchowego. W pierwszej kolejności ma miejsce proces różnicowania wzorów sygnałów akustycznych. Następnie zachodzi proces kodyfikacji — łączenia poszczególnych cech bodźca w spójny układ (jest to presemantyczny poziom przetwarzania informacji, umożliwiający segregowanie różnych typów bodźców do oddzielnych podsystemów; dobieranie tych wzorów do symboli językowych zmagazynowanych w mózgu); w dalszej kolejności ma miejsce interpretacja znaczenia symboli językowych w oparciu o wiedzę o języku i świecie. Rozpoznanie bodźca — przy-

⁶ Pamięć operacyjna może być oceniana za pomocą Testu Łączenia Punktów (*Trail Making Test*) (Kądziaława 1990).

⁷ Zdolność do sięgania do własnych zasobów pamięciowych można ocenić za pomocą testów fluencji słownej (por. Goodglas, Kaplan 1972), nie mają one jednak standaryzowanych, przystosowanych do języka polskiego, norm.

⁸ W obrębie procesów pamięciowych wyróżnia się szereg podsystemów, które mogą ulegać zaburzeniu względnie niezależnie od siebie (Sławek, Wieczorek 2006: 45).

⁹ O zaburzeniach przywoływania nazw własnych, towarzyszących afazji, pisała m.in. M. Rutkiewicz-Hanczewska (2015: 69), M. Pąchalska (2012: 95) (por. też Valentine, Brennen, Brédart 1996, Cipolotti 2000, Martins, Farrajota 2007).

wołanie jego znaczenia — to semantyczny poziom opracowania informacji (korzystamy tu z tak zwanej wiedzy kategoryjnej — kategoria semantyczna to z minimum znaczeniowe tkwiące w świadomości ludzi, składające się na ich wiedzę referencjalną (por. Pąchalska 2012: 401, Zawadzka 2013: 35). Obiekty, z którymi łączy człowieka bogate doświadczenia, np. użytkuje je w codziennej aktywności życiowej lub też ma na ich temat szeroką i ugruntowaną wiedzę, wywołują bardzo szybką reaktywację ich umysłowej reprezentacji.

By prawidłowo aktualizować nazwy własne, jak *Warszawa*, *Zakopane*, *Wisła*, trzeba w słowniku mentalnym posiadać pojęcia, jak *rzeka*, *miasto*, trzeba się też nimi sprawnie posługiwać. W sytuacji gdy nie ma do nich dostępu, badany nie rozpoznaje nazwy lub błędnie ją dekoduje i tym samym niewłaściwie podaje, co nazwa oznacza.

10. Wyniki badań

W grupie kontrolnej nie zaobserwowano trudności w zakresie podawania informacji na temat tego, co oznaczają kolejne toponimy i hydronimy. Badani nie mieli problemu z powiązaniem słyszanej nazwy z odpowiednią kategorią semantyczną; podawali najczęściej cechy definicyjne, wykorzystując także wiedzę umożliwiającą lokalizację danej miejscowości w odniesieniu do innych, w zasadzie nie odwoływali się do własnych doświadczeń.

Nieznaczne trudności obserwujemy u pacjentów z otępieniem w stopniu lekkim (por. tabela nr 1). Zauważalne jest tu zjawisko posiadania tzw. wiedzy szczątkowej, wtedy gdy bodziec słuchowy aktywizował cechy niedefinicyjne, oparte na zasadzie asocjacji, np. *co to Zakopane? Góry. Co to za nazwa Gdańsk? Stocznia*¹⁰.

Nieznaczny procent nazw (por. tabela nr 1) nie został rozpoznany, w opisach zmniejszyła się ilość cech definicyjnych, częściej pacjenci snuli obszernie opowieści na temat tego, co łączyło ich z daną miejscowością.

W grupie badanych ze zdiagnozowanym otępieniem w stopniu średnim znacznie częściej nie rozpoznawano nazwy własnej (por. tabela nr 2); bardzo często pojawiały się cechy niedefinicyjne, oparte na własnym doświadczeniu, w niewielkim zakresie mające charakter wiedzy encyklopedycznej, dość charakterystyczne były odpowiedzi sugerujące prawidłowe przyporządkowanie do kategorii semantycznej, ale nieprawidłowo lokalizujące przestrzennie (z użyciem nazw kierunków geograficznych), znacznie

¹⁰ Poza znaczeniem kategoryjnym nazwa własna u osoby zdrowej wywołuje znaczenie asocjacyjne. Semantyka asocjacyjna ujawnia się w synchronicznej strukturze nazwy podczas jej odbioru, użycia, ponieważ odnosi się do poziomu *parole*, nie do poziomu *langue*. Te asocjacje mogą być dwojakiego rodzaju, mogą odnosić się do właściwości referenta: *Zakopne* 'miasto, ośrodek wypoczynkowy położony w górach'; bądź jego nazwy (za + kopane). Ten rodzaj znaczenia wzmocniony jest znaczeniem ekspresyjnym, które towarzyszy indywidualnie tworzonemu się konotacjom do poszczególnych nazw. W warunkach nazywania u osób zdrowych aktualizacja obu rodzajów wiedzy jest sprawna, w mózgu uszkodzonym na tych poziomach dochodzi do różnych zaburzeń, dysocjacji (Rutkiewicz-Hanczewska 2015: 69).

Otepienie w stopniu lekkim		
Brak rozpoznania	Rozpoznanie nazwy	
	Cechy niedefinicyjne / dekodowanie szczątkowe / błędne lokalizowanie (werbalne) przy zachowanej kategorii.	Cechy deficyjne i okazjonalnie pojawiające się niedefinicyjne
Rzeszów, nie wiem Kielce...	<p>Łódź... była praca fabryki, leży na wschodzie.</p> <p>Kielce, gdzie to leży? Nie wiem.</p> <p>Kielce — północ?</p> <p>Targi kieleckie, syn jeździ.</p> <p>Zakopane, miasto zimowe, takie najsłynniejsze zimowe, ono jest miastem stolicą zimową, na północy.</p> <p>Warszawa jest naszą stolicą, która była piękniejsza z każdym rokiem, leży na południu.</p> <p>Kraków, zabytkowe miasto, chyba przy zachodniej granicy.</p> <p>Szczecin, albo to to może Gdańsk na zachodzie będzie.</p> <p>Zakopane małe miasteczko, jak się jedzie do Krakowa z Łodzi, to wstąpić można, byłam z mężem...</p> <p>Opole, to te festiwale tam są, ale gdzie to leży, to nie wiem.</p> <p>Warszawa, to na południe od nas leży chyba.</p> <p>Warszawa to u góry będzie, nad nami.</p> <p>Rzeszów, a to takie rzeczy Pani pyta, nie wiem! Nie byłam, niech mi pani da spokój!</p>	<p>Gdańsk to miasto na północy.</p> <p>Gdańsk, też miasto.</p> <p>Kraków, są tam zabytki, miasto na południu.</p> <p>Gdańsk leży na północy, kojarzy się z urlopami.</p> <p>Warszawa to miasto w centrum.</p> <p>Rzeszów, miasto.</p> <p>Łódź jest miastem, w którym mieszkamy.</p> <p>Targi kieleckie, syn jeździ.</p> <p>Opole — miasto na południu Polski, byłam na festiwalu.</p> <p>Wisła to największa, najpiękniejsza rzeka.</p> <p>Wisła rzeka, płynie przez Warszawę.</p> <p>Odra leży na granicy niemieckiej.</p> <p>Warszawa, to Warszawa, nasza stolica, w środku leży.</p>

Tabela nr 1. Źródło: opracowanie własne (we wszystkich tabelach zacytowano przykładowe odpowiedzi).

wzrosła liczba odpowiedzi o charakterze szczątkowym. Wszyscy badani udzielili poprawnej odpowiedzi na temat, co oznaczają nazwy Wisła i Odra (warto zaznaczyć, że żaden z badanych nie oznaczył prawidłowo przepływu obu rzek).

Otępienie w stopniu średnim		
Nierozpoznanie nazwy/ kategorii semantycznej	Rozpoznanie nazwy	
	Szczątkowe rozpoznanie nazwy / cechy niedefinicyjne / błędne lokalizowanie przestrzenne (werbalne) przy zachowanej kategorii	Cechy definicyjne Przywołanie kategorii, lokalizacja przestrzenna
<p>Większość odpowiedzi: <i>nie wiem</i> lub brak reakcji werbalnej</p> <p><i>Rzeszów to nie wiem, to nie słyszałam.</i></p> <p><i>Lublin, nie umiem powiedzieć.</i></p> <p><i>Toruń, kojarzy mi się z czymś, ale nie wiem.</i></p>	<p><i>Warszawa leży na południu.</i></p> <p><i>Rzeszów to będzie na północy.</i></p> <p><i>Zakopane miasto zimowe, na północy leży.</i></p> <p><i>Gdańsk, to miasto, to wiem, gdzie leży...</i></p> <p><i>Opole..., a komu to potrzebne, gdzie to to leży!</i></p> <p><i>Opole, festiwale piosenki popularnej.</i></p> <p><i>Opole to jest miasto zakochanych...</i></p> <p><i>Miasto, Opole, śpiewają festiwale, koto Wrocławia, niżej, też nad Odrą.</i></p> <p><i>Bydgoszcz, o... gdzie to będzie?</i></p> <p><i>Toruńskie pierniki.</i></p> <p><i>Gdańsk, to port, huta.</i></p> <p><i>Toruń, też miasto, nie mogę powiedzieć, gdzie leży, bo nie byłam.</i></p> <p><i>Toruń też miastem, wnuk tam się uczy, to wiem...</i></p> <p><i>Bydgoszcz, to miasto, leży... a takie pytania Pani zadaje...</i></p> <p><i>Kraków, stolica Polaków, też miasto.</i></p> <p><i>Częstochowa święte miasto, ale jak to powiedzieć, gdzie jest... a byłam...</i></p> <p><i>Częstochowa miasto Maryjne.</i></p> <p><i>Częstochowa miasto Maryi.</i></p> <p><i>Częstochowa, tam mamy klasztor, był film o obronie Częstochowy, oglądała pani?</i></p> <p><i>Częstochowa, to każdy wie, gdzie leży, to święte miasto.</i></p>	<p><i>Gdańsk, to miasto nad morzem, o Niemcy tak..., kiedyś było wolne miasto Gdańsk, Niemcy tak wojują o ten Gdańsk.</i></p> <p><i>Gdańsk, Gdynia, to nad morzem miasta.</i></p> <p><i>Warszawa w centrum.</i></p> <p><i>Warszawa stolica.</i></p> <p><i>Opole, miasto, raczej na południu.</i></p> <p><i>Toruń, to tak na północny zachód od Warszawy, piękne miasto...</i></p> <p><i>Łódź, nasze miasto, w centrum Polski.</i></p> <p><i>Zakopane, piękne miasto w górach.</i></p>

Tabela nr 2. Źródło: opracowanie własne.

Najwięcej błędów w zakresie prawidłowego rozpoznania nazwy obserwujemy u pacjentów z otępieniem w stopniu głębokim (por. tabela nr 3). Uzyskane w tej grupie bardzo niskie wyniki wynikają najczęściej z nierozumienia lub szcątkowego rozumienia poleceń. U badanych, zwłaszcza z bardzo niskim wynikiem w MMSE, obserwowano dodatkowo tendencję do echolalicznego powtarzania usłyszanych nazw oraz

odpowiedzi pozbawione sensu (niewiążące się z pytaniem). Badani mieli znaczne problemy z poprawnym sklasyfikowaniem kategoryalnym nazw bądź nie byli w stanie wyszukać właściwej kategorii. Wyniki badań wskazują, że badani, którzy uzyskali 5–10 pkt w MMSE, znacznie lepiej poradzili sobie z tym zadaniem aniżeli badani, którzy uzyskali 0–4 pkt (por. tabela nr 4).

Otępienie w stopniu głębokim		
Nierozpoznanie nazwy	Rozpoznanie nazwy	
Większość odpowiedzi: <i>nie wiem.</i> <i>Zakopane. O! To zakopane jest! A jak zakopane, jak tu nie ma dołów.</i> <i>Odra, przez tę odrę to ja poszedłem siedzieć!</i> <i>Odra... normalnie chorobę miałem odrę.</i> <i>Bydgoszcz, to nie wiem, co to...</i> <i>A nie wiem, co to Rzeszów?</i> <i>Opole to nie wiem.</i> <i>Gdańsk to jest w Gdańsku.</i> <i>Gdańsk to Gdańsk</i> <i>Gdańsk...</i> <i>Warszawa leży tam. gdzie leży, będzie leżała aż dotąd. aż się wyleży, bo przenieść się nie da.</i> <i>Opole to nie wiem.</i> <i>Opole takie przewisko.</i> <i>Łódź...</i> <i>Wisła..., Wisła..., Wisła...</i> <i>Odra to je choroba.</i>	Szczątkowe rozpoznanie nazwy / cechy niedefinicyjne / błędne lokalizowanie przestrzenne (werbalne) przy zachowanej kategorii	Cechy definicyjne Przywołanie kategorii, lokalizacja przestrzenna
	<i>...Łódź to osada.</i> <i>Lublin to gdzieś na północy.</i> <i>Zakopane... no jest taka miejscowość...</i> <i>Warszawa... to taka to Warszawa miasto.</i> <i>Wrocław to gdzieś koło stolicy.</i> <i>Wrocław to do stolicy autostrada.</i> <i>Łódź to nazwa miasta, leży w Łodzi, w górnej części Polski.</i> <i>Co to za nazwa Gdańsk? Stocznia.</i> <i>Wrocław..., nie wiem, nigdy nie byłam.</i> <i>Opole to tam śpiewają tak pięknie.</i> <i>Zakopane... o to daleka droga.</i> <i>Byłam kiedyś w Rzeszowie, ale nie wiem, gdzie to.</i> <i>Babcia jest z Poznania.</i>	<i>Kraków na południu.</i> <i>Warszawa leży w środku.</i> <i>Warszawa... stolica Polski, leży jak to powiedzieć, położenie...</i> <i>Zakopane? Góry.</i> <i>Kraków... no miasto gdzieś w krakowskim.</i> <i>Gdańsk... nad morzem</i> <i>Wrocław to nie wiem, nigdy nie byłam.</i> <i>Odra to na granicy.</i> <i>Byłam kiedyś w Rzeszowie, ale nie wiem, gdzie to.</i> <i>Babcia jest z Poznania.</i>

Tabela nr 3. Źródło: opracowanie własne.

Poniżej umieszczono procentowe zestawienie możliwości rozpoznawania nazw własnych w zależności od stopnia otępienia.

Grupa kontrolna	Otępienie w stopniu lekkim	Otępienie w stopniu średnim	Otępienie w stopniu głębokim powyżej 5 punktów w MMSE	Otępienie w stopniu głębokim — 5 punktów i mniej w MMSE
100%	85%	73%	38%	0,5%

Tabela nr 4. Źródło: opracowanie własne.

Identyfikacja nazwy, prawidłowe zaszeregowanie kategoriale umożliwiało przejście do ostatniego etapu eksperymentu — oznaczenia czy wskazania położenia miejscowości na mapie. Jest to zadanie, które możemy zaliczyć do tak zwanych prób uzupełniania elementów w celu uzyskania określonej całości — w niniejszym eksperymencie mapy Polski. Korzystamy tu z tzw. prawa stałości, które zakłada pewną elastyczność schematów poznawczych służących do identyfikacji obiektów, schematy te możemy wykorzystywać dzięki doświadczeniu (wiedzy) w tworzeniu obrazów wzrokowych (Dręgowski 1990, Młodkowski 1998). Pomocne w umiejscowieniu obiektów w określonej przestrzeni powinny być informacje o nich samych oraz informacje o innych obiektach, zatem wiedza, którą posiadamy, powinna tworzyć swego rodzaju kontekst ułatwiający identyfikację i lokalizację obiektu (w opisywanym eksperymencie kontekst tworzy: wiedza (doświadczenie) dotycząca nazwy ujawniająca się na przykład, gdy badany stwierdza, że wie, gdzie leży Bydgoszcz i Toruń, ponieważ przez te miejscowości jeździł nad morze; wie, że Zakopane to zimowa stolica Polski), oraz bodźce wzrokowe — mapa z oznaczonymi granicami państwa i województw.

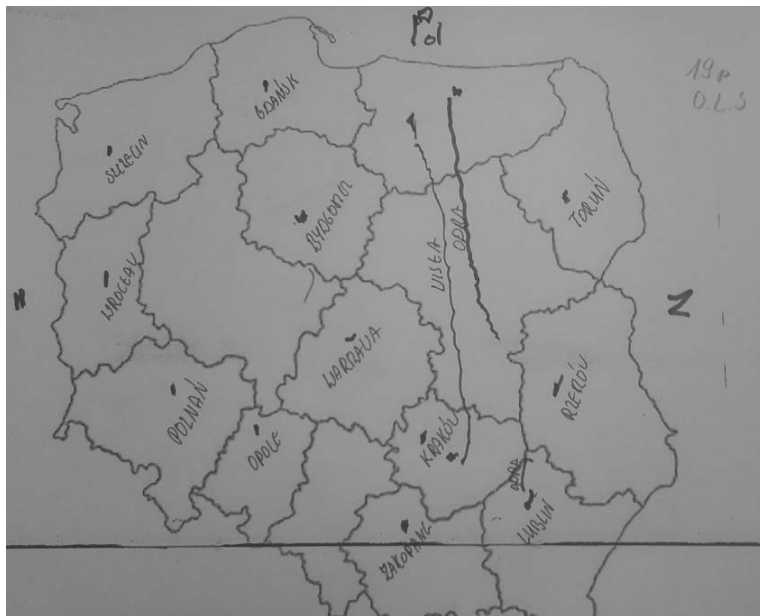
Eksperyment wykazał bardzo duże zaburzenia w zakresie orientacji na mapie, niewspółmierne do zaburzeń w zakresie możliwości dekodowania werbalnego nazwy. Utrwalone skojarzenia o charakterze czysto werbalnym pojawiające się w opisach słownych stwarzały wrażenie, że badany będzie w stanie poprawnie oceniać relacje topograficzne, zwłaszcza w przypadku otępienia lekkiego, podczas gdy w rzeczywistości nie jest już do tego zdolny (por. Benton 1969: 221). Trafność sądu klasyfikującego, czyli poprawność przydzielania spostrzeganych przedmiotów do określonej kategorii semantycznej, w niewielkim procencie pokrywała się z prawidłową lokalizacją na mapie. Obserwowane zaburzenia mogą być oczywiście powiązane z zakłóceniami powstającymi na drodze wstępującej i zstępującej (Strelau, Doliński 2015: 551–552).

W grupie kontrolnej (bez cech otępienia) wszyscy badani poprawnie oznaczyli kierunki geograficzne i schematyczny przepływ Wisły i Odry. Nieznaczące problemy pojawiły się podczas prób oznaczania kolejnych nazw miejscowości na mapie, uzyskane dane pozwoliły ustalić wspomnianą powyżej średnią statystyczną.

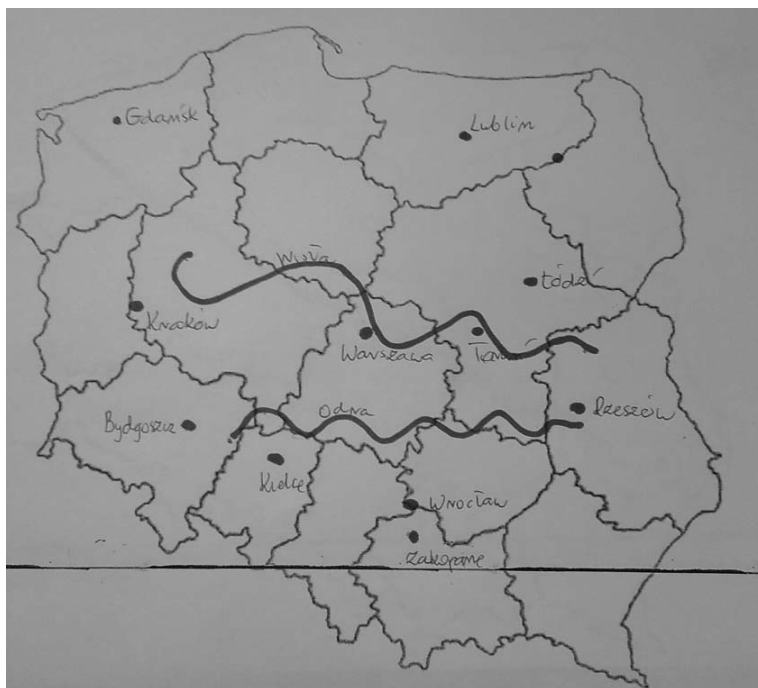
W grupie pacjentów z otępieniem w stopniu lekkim obserwowano znaczne problemy z oznaczeniem kierunków geograficznych, odsetek prawidłowych oznaczeń kolejnych miejscowości na mapie to 22%, jeden spośród badanych oznaczył prawidłowo przepływ Wisły (por. zdjęcie nr 1).

Badani z otępieniem w stopniu średnim prawidłowo oznaczyli jedynie 12,5% miejscowości. Żaden z badanych nie oznaczył prawidłowo Wisły i Odry, nikt w tej grupie nie oznaczył prawidłowo kierunków geograficznych (por. zdjęcie nr 2).

W grupie badanych z otępieniem głębokim większość nie podjęła próby realizacji zadania; zaledwie 8,3% miejscowości zostało prawidłowo wskazanych; nikt z badanych nie oznaczył prawidłowo schematycznego przepływu Wisły i Odry; część badanych pomimo otrzymania informacji, że są to rzeki, oznaczała je punktem, świadczy to

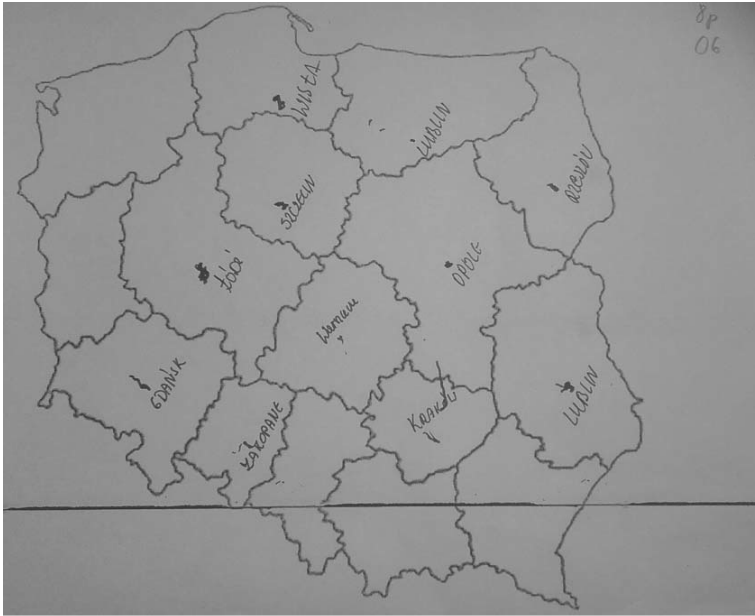


Zdjęcie nr 1. Źródło: badania własne.



Zdjęcie nr 2. Źródło: badania własne.

o istnieniu zaburzeń w zakresie wyboru odpowiedniej kategorii semantycznej (na temat porównania możliwości dekodowania nazw pospolitych i własnych przez osoby, u których zdiagnozowano otępienie o różnej etiopatogenezie, prowadzone są obecnie badania przez autorkę niniejszego artykułu). W otępieniu w stopniu głębokim często obserwowano agnozę wzrokową — brak możliwości rozpoznania obiektu — mapy Polski lub błędne rozpoznanie, werbalna podpowiedź, że jest to mapa Polski, nie wpływała na możliwość poprawnego wykonania dalszej części eksperymentu.



Zdjęcie nr 3. Źródło: badania własne.

Przyczyny niepowodzeń w zakresie orientacji na mapie mają zapewne charakter wieloczynnikowy, wśród nich wymienić należy: niezdolność do dokonania wzrokowej analizy modelu, rozpad schematów przestrzennych, w wielu przypadkach niezdolność do zapoczątkowania zadania. Wynikają one zapewne z uogólnionych zaników korowo-podkorowych typowych dla demencji, leżących w obrębie płatów skroniowych prawostronnych, które powodują zaburzenia percepcji wzrokowo-przestrzennej, i lewostronnych powodujących zaburzenie funkcji ruchowych (por. Walsh 2000: 283).

Podsumowanie

Opisane wyniki badań, choć dotyczą niewielkiej populacji chorych, u których zdiagnozowano otępienie o podłożu naczyniopochodnym (uszkodzenia w obrębie płata ciemieniowego, zwłaszcza kory asocjacyjnej), ukazują znaczne zróżnicowanie dynamiki zaburzeń w zależności od jego etapu.

Eksperyment pozwolił wyróżnić następujące poziomy zaburzeń możliwości dekodowania nazw własnych uzależnione od stopnia głębokości otępienia: a) zaburzenie może pojawić się już na poziomie dekodowania nazwy własnej, błędnym przywołaniu wiedzy definicyjnej, kategoryalnej; przywołaniu wiedzy szczątkowej, niedefinicyjnej; b) braku możliwości przywołania jakiegokolwiek wiedzy o charakterze wiedzy kategoryalnej czy asocjacyjnej. Charakterystyczny okazał się w przypadku otępienia głębokiego: u badanych z wynikiem w MMSE 0–4 pkt brak odpowiedzi; prawie regularny brak odpowiedzi u pacjentów z wynikiem w MMSE 5–10 pkt; zaburzenia możliwości dekodowania w stopniu średnim, częstsze odpowiedzi dla otępienia w stopniu lekkim.

Dominujące zaburzenia dotyczą jednak jednej ze składowych gnozyj wzrokowo-przestrzennej — orientacji na mapie (por. tabela nr 7). Zaburzenia zapewne manifestują się już w okresie prodromalnym choroby, gdy najczęściej diagnozuje się łagodne zaburzenia poznawcze bez cech otępienia (por. MMSE). Testy mające na celu ocenę zaburzeń wzrokowo-przestrzennym w otępieniu naczyniopochodnym mogą zatem mieć istotne znaczenie diagnostyczne.

Poniżej zestawiono wyniki badań dotyczących możliwości prawidłowego dekodowania i określenia, co oznacza dany toponim czy hydronim z umiejętnością lokalizowania go na mapie (por. tabela nr 5).

Prawidłowość oznaczenia na mapie					
	GR. KONTR.	OT.L.ST	OT.ŚR.ST	OT. GŁ. (min 5 pkt)	OT. GŁ. Poniżej 5 pkt.
Prawidłowe dekodowanie nazwy na płaszczyźnie werbalnej	100%	85%	73%	38%	0,5%
Prawidłowe oznaczenie na mapie	98% (8 na 12 nazw)	22%	12,5%	8,3%	0%

Tabela nr 5. Źródło: opracowanie własne.

Możliwości poprawnego dekodowania nazw własnych przy zaburzonych, zniesionych możliwościach odwzorowywania ich na mapie pozwala mówić o kilku niezależnych ścieżkach „wyszukiwania” propriów i ich lokalizacji wzrokowo-przestrzennej.

Bibliografia

- Benton A.L. (red.), 1969, Contributions to clinical neuropsychology, Chicago.
 Cipolotti L., 2000, Sparing of country and nationality names in a case of modality-specific oral output impairment: implications for theories of speed production, Cognitive Neuropsychology 17 (8), s. 709–729.

- Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego, 2012, Otwock.
- Domagała A., 2007, *Zachowania językowe w demencji*, Lublin.
- 2015, *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim*, Lublin.
- Dręgowski J.B., 1990, *Oko i obraz. Studium psychologiczne*, Warszawa.
- Gabrylewicz W., 2004, *Rozpowszechnienie zespołów otępiennych*, [w:] *Otępienie*, red. A. Szczudlik, P.P. Liberski, M. Barcikowska, Kraków.
- Goodglas J.M., Kaplan E., 1972, *The assessment of aphasia and related disorders*, Philadelphia.
- Grabowska A., 1997, *Percepcja wzrokowa i jej analogie do innych form percepcji*, [w:] *Mózg a zachowanie*, red. T. Górską, A. Grabowska, J. Zagrodzka, Warszawa, s. 147–183.
- ICD 10, 1997, *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*, rewizja 10, Kraków–Warszawa.
- Kądziaława D., 1990, *Podręcznik do Baterii Testów Neuropsychologicznych Halsteda-Reitana*, Warszawa.
- Kozubski W., Liberski P.P., 2014, *Neurologia*, Warszawa.
- Lezak M.D., 1995, *Neuropsychological assessment*, New York.
- Łuria A.R., 1967, *Zaburzenia wyższych czynności korowych wskutek ogniskowych uszkodzeń mózgu*, Warszawa.
- Marczewska H., Osiejuk E., 1994, *Nie tylko afazja... O zaburzeniach w demencji Alzheimera, demencji wielozawałowej i przy uszkodzeniach prawej półkuli mózgu*, Warszawa.
- Martins I.P., Farrajota L., 2007, *Proper and common names: A double dissociation*, *Neuropsychologia* 45, s. 1744–1756.
- Maruszewski M., 1970, *Mózg a mowa. Zagadnienie neuropsychologiczne*, Warszawa.
- Młodkowski J., 1998, *Aktywność wizualna człowieka*, Warszawa.
- Mumenthaler M., Bassetti C., Deatwyler Ch., 2005, *Diagnostyka różnicowa w neurologii*, red. R. Podemski, Wrocław.
- Pąchalska M., 1986, *Kompleksowy model rehabilitacji chorych z ogniskowym uszkodzeniem mózgu i afazją całkowitą*, Kraków.
- Pąchalska M., 2012, *Afazjologia*, Warszawa.
- Parnowski T., 2010, *Choroba Alzheimera*, Warszawa.
- Ritchie K., 2002, *Epidemiology of the Dementias and Alzheimer's disease*, [w:] *Evidence based Dementia Practice*, red. N. Qizilbag, L.S. Schneider, H. Chui, P. Tariot, H. Brodaty, J. Kaye, T. Erikinjuntti, Oxford, s. 238–259.
- Rutkiewicz-Hanczewska M., 2015, *Semantyka nazw własnych w ujęciu neurolingwistycznym*, [w:] *Mikrotoponimy i makrotoponimy w komunikacji i literaturze*, red. A. Gałkowski, R. Gliwa, Łódź, s. 67–80.
- Sławek J., Wieczorek D., 2006, *Zaburzenia poznawcze w chorobie Parkinsona: rozpowszechnienie, patogeniza i obraz kliniczny*, [w:] *Zaburzenia poznawcze i psychiczne w chorobie Parkinsona i innych zespołach parkinsonowskich*, red. T. Sobów, J. Sławek, Wrocław, s. 33–74.
- Strelau J., Doliński D., 2015, *Psychologia akademicka. Podręcznik*, t. 2, Gdańsk.
- Szumski J., 1980, *Metody badania afazji*, Warszawa.
- Valentine T., Brennen T., Brédart S., 1996, *The Cognitive Psychology of Proper Names. On the importance of being Ernest*, London–New York.
- Walsh K., 2000, *Neuropsychologia kliniczna*, Warszawa.
- Zawadzka E., 2013, *Świat w obrazach u osób po udarach mózgu*, Warszawa.

SUMMARY**Names and dementia — clinical presentation**

Keywords: toponyms, hydronyms, own names, dementia, vascular dementia (VaD).

Słowa kluczowe: toponimy, hydronimy, nazwy własne, demencja, otępienie naczyniopochodne (VaD).

The subject of the study was an experiment to evaluate the ability to decode and locate toponyms and hydronyms on the map in dementia on vascular ethiopathogenesis. The experiment allowed to distinguish the levels of disturbances in the decoding ability of toponyms and hydronyms, depending on the depth of dementia. Dominant disturbances involve one component of visual-spatial gnosis — orientation on the map. The ability to correctly decode toponyms and hydronyms with distorted or abrogated mapping capabilities allows you to talk about a few independent paths for “searching” propria and their visual-spatial localization.