

Recenzja

pracy doktorskiej mgr Kamili Potockiej-Pirosz

pt. „Charakterystyka zachowań językowych osób w początkowej fazie choroby Alzheimera”

Rozprawa doktorska mgr Kamili Potockiej-Pirosz poświęcona jest zachowaniom językowym w chorobie Alzheimera, a jej podstawą są badania empiryczne zrealizowane przez Doktorantkę (zaprojektowane przez nią i w całości samodzielnie przeprowadzone). Doktorantka podjęła ważną problematykę, stanowiącą duże wyzwanie dla specjalistów zajmujących się komunikacją językową i jej zaburzeniami, stosunkowo nową w Polsce. Choroba Alzheimera (ang. *Alzheimer's disease, AD*) to najczęstsza choroba pierwotnie zwyrodnieniowa mózgu, w dobie zmian demograficznych to problem ważny społecznie. Z wielkim uznaniem odnoszę się zatem do działań podjętych przez Doktorantkę, w szczególności mając na uwadze wysiłek, jaki musiała włożyć w realizację badań własnych i czasochłonność postępowania badawczego.

Przedstawiona do recenzji rozprawa doktorska liczy 206 stron, z czego tekst główny (obejmujący: *Wstęp*, dwie części, poświęcone odpowiednio zagadnieniom teoretycznym oraz badaniom własnym, *Podsumowanie*) zajmuje 145 stron. Dopełniają go: *Spis Treści*, *Bibliografia*, *Załączniki* (gdzie, odpowiednio zmniejszając czcionkę, pomieszczono obszerny *Materiał językowy osób z grupy badawczej i grup kontrolnych* oraz *Ankiety dla członków rodziny/ opiekunów na temat badanej osoby*). Struktura praca jest właściwa.

Część I rozprawy, *Zagadnienia teoretyczne*, obejmuje trzy rozdziały: *Choroba Alzheimera*, *Mowa w chorobie Alzheimera* oraz *Przegląd narzędzi do badania zaburzeń mowy w chorobie Alzheimera*.

Rozdział pierwszy wprowadza w problematykę choroby Alzheimera; mgr Kamila Potocka-Pirosz podaje w nim, w kolejnych podrozdziałach, podstawowe informacje dotyczące relacji między chorobą Alzheimera a otępieniem alzheimerowskim, epidemiologii,

rozpoznawania choroby, dokonuje krótkiej charakterystyki choroby Alzheimera, wskazuje jej warianty, na koniec podejmuje zagadnienie profilaktyki i terapii. Ten krótki rozdział (liczący w sumie 13 stron) dowodzi dobrej znajomości literatury przedmiotu, odpowiednio do podjętej tematyki Doktorantka sięga w głównej mierze do prac z zakresu nauk medycznych i neuropsychologii. Studiowanie tego rodzaju literatury nie jest łatwe, należy więc docenić interdyscyplinarne poszukiwania Autorki i dążenie do zachowanie spójności wyводу. Odnośnie do teoretycznego opracowania dotyczącego choroby Alzheimera mam jednak jedną zasadniczą uwagę. W rozdziale pierwszym nie ma miejsca na szczegółowe rozważania, nie taki jest bowiem jego cel, niemniej jednak – mając na względzie temat rozprawy, wyznaczający zakres dociekań – muszę wskazać na brak wiążących ustaleń na temat stadialności choroby Alzheimera (jej etapów/ faz). W temacie rozprawy wskazano na „początkową fazę choroby”, we *Wstępie* na pacjentów „we wczesnej fazie choroby” (s. 6), osoby zakwalifikowane do badań opisano jako należące „do grupy osób dobrze funkcjonujących poznawczo” mimo zróżnicowanych wyników w skali MMSE – *Mini-Mental State Examination* (tu: z rozstępem równym 9 i minimalnym wynikiem punktowym równym 17 – s. 69), potem Autorka omawia wyniki badań osób pozostających „na tym etapie choroby” (s. 75). W pracy nie znajduję wyjaśnienia, na jakich zasadach Doktorantka wyróżnia na potrzeby badań własnych początkową fazę choroby. Etapy choroby wyróżniane na gruncie nauk medycznych (tu: etap bezobjawowy, przedkliniczny, prodromalny /łagodne zaburzenia poznawcze w przebiegu choroby Alzheimera/ oraz kliniczny /otępienie w chorobie Alzheimera w stadium łagodnym, umiarkowanym, głębokim/) pozwalają uświadomić sobie, jak odległy w czasie (nawet o kilkadziesiąt lat) jest początek choroby od momentu, w którym u chorego zostanie postawione rozpoznanie. Oczywiście jest dla mnie to, że nie o taki początek Autorce chodzi. Wybierając określony etap choroby/ określoną jej fazę, trzeba jednak czynić ustalenia spójne z ustaleniami innych specjalistów zajmujących się chorobą Alzheimera i dbać o zgodność w kwestiach nazewniczych. Ma to bezpośredni związek z tym, kogo się bada, a tym samym, jakiej grupy osób z chorobą Alzheimera będą dotyczyły ustalenia płynące w badań własnych.

Rozdział drugi przybliży problematykę mowy w chorobie Alzheimera. Autorka rozpoczyna tu, słusznie, od zdefiniowania pojęcia mowy w relacji do języka i przywołuje, za S. Grabiasem (*Język w zachowaniach społecznych*, 2001), pojęcie „zachowań językowych”. Ponieważ w badaniach własnych uwzględni potem nie tylko mowę, ale też czytanie i pisanie, warto zaznaczyć, że wskazane byłoby tu szersze ujęcie zjawisk. Zanim Doktorantka przejdzie do problematyki patologii mowy w chorobie Alzheimera, podejmuje zagadnienie mowy w procesie fizjologicznego starzenia się, z ukierunkowaniem na zmiany pojawiające się u osób

starszych w aspekcie objawowym. Należytą uwagę poświęca obowiązkowej w tym względzie monografii W. Tłokińskiego (*Mowa ludzi u schyłku życia*, 1990), ale odwołuje się też do szeregu innych prac, z przekonaniem, że: „Znajomość zmian w zachowaniach językowych zdrowych osób starszych pozwala na oddzielenie tego, co w mowie osób z AD mieści się jeszcze w granicach procesów zachodzących w normalnym starzeniu się, od tego, co nosi znamiona patologii” (s. 30). Należy żałować, że w Polsce, na gruncie logopedii (także w naukach pokrewnych), brakuje systematycznych badań nad mową osób starszych, które dałyby odpowiednie podstawy rozwiązaniom diagnostycznym przyjmowanym w celu możliwie wczesnego rozpoznawania symptomów zaburzeń mowy w przebiegu choroby Alzheimera (i chorób pokrewnych). Z tego powodu (choć nie jest to oczywiście powód jedyny) „oddzielenie” zjawisk normatywnych od nienormatywnych, o którym pisze Doktorantka, zapewne jeszcze długo będzie zadaniem trudnym, tylko w pewnym stopniu wykonalnym. Sytuacja ta nie ułatwia Doktorantce działań ukierunkowanych na rozpoznawanie objawów patologii mowy u osób, które dobrze jeszcze funkcjonują w sferze komunikacji językowej i które są w stanie osiągnąć odpowiednio wysokie wyniki w badaniach przesiewowych (np. bez utraty punktów w skali MMSE za wykonanie zadań służących ocenie funkcji językowych). W rozdziale drugim najwięcej miejsca Autorka poświęca zaburzeniom mowy w chorobie Alzheimera, w szczególności zwracając uwagę na badania empiryczne prowadzone w tym zakresie na materiale języka polskiego, co należy ocenić pozytywnie. Niepotrzebnie natomiast rozbudowuje podrozdział ostatni, odnoszący się do diagnozy różnicowej, tracąc spójność wywodu – rozdział ten zapowiada jako część poświęconą „diagnozie różnicowej między AD a schorzeniami o podobnym obrazie klinicznym” (s. 23), potem nadaje mu tytuł: „Diagnoza różnicowa zaburzeń mowy w chorobie Alzheimera” (s. 40), a prezentowane treści nie przekonują w pełni o przestrzeganiu porządku wynikającego z rozpoznania roli logopedy w diagnozie osób z chorobą Alzheimera, z oddzieleniem problemów związanych z diagnozą zaburzeń mowy od diagnozy samej choroby Alzheimera. W Polsce, zgodnie ze standardami obowiązującymi na świecie, diagnoza choroby Alzheimera to diagnoza medyczna, stawiana z udziałem neuropsychologa; przyjęty algorytm postępowania diagnostycznego obejmuje pełne badanie neuropsychologiczne, nie uwzględnia natomiast badania logopedycznego (język pozostaje jednym z obligatoryjnych elementów oceny neuropsychologicznej, prowadzonej w szerokim zakresie, w kontekście diagnozy różnicowej). W związku z tym zadaniem logopedy nie będzie różnicowanie, przykładowo, otępienia i depresji (której Autorka poświęca jeden z podrozdziałów sytuowanych w obszarze diagnozy różnicowej zaburzeń mowy, nie uwzględniając przy tym zagadnienia mowy/ zachowań językowych w depresji).

W rozdziale 3. Doktorantka dokonuje „przeglądu różnych skal, testów i baterii, które można wykorzystać do oceny sprawności językowych osób z chorobą Alzheimera” (s. 49). Najważniejsze informacje na temat kilkudziesięciu narzędzi diagnostycznych zestawia przejrzyste w tabeli – wskazuje badane obszary, każdorazowo wyznaczając zarazem zakres badania mowy. Przegląd ten, kończący część teoretyczną rozprawy, otwiera drogę do badań własnych, w których ustalenie procedury badania (z doбором narzędzi diagnostycznych) będzie miało znaczenie kluczowe. Niewątpliwie jest więc bardzo przydatny. Jego zawartość informacyjna jest wysoka. Jednocześnie, przyjęta formuła przeglądu narzędzi diagnostycznych, „które można wykorzystać” (jak cytowano wcześniej), budzi wątpliwości. Doktorantka wskazuje w przypisie, że rozdział 3. powstał na podstawie jej artykułu (w druku, przy czym w *Bibliografii* znajduje się artykuł o podobnym tytule, również z informacją: „w druku” – czy to ten sam tekst, czy chodzi o dwa różne teksty?). Być może nie wszystkie podstawowe kwestie zawarte w artykule zostały uwzględnione w opracowaniu włączonym do rozprawy i tu należy szukać źródła nieporozumień. Zapoznając się z przeglądem narzędzi w rozdziale 3., wnioskuję, że do oceny sprawności językowych osób z chorobą Alzheimera w diagnozie logopedycznej można wykorzystać różne narzędzia, nie zważając na to, czy są to narzędzia przeznaczone do użytku logopedy, w jakim celu zostały skonstruowane i jakie są zasady użytkowania poszczególnych narzędzi. Przykładowo, w kwestii kwalifikacji zawodowych, wskazany w tabeli *Kalifornijski Test Uczenia się Językowego* (polska adaptacja i standaryzacja: Łojek, Stańczak, 2010), przygotowany w warszawskiej Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, to test, którego użytkownikami są psychologowie (nabywają go, poświadczając swoje kompetencje zawodowe dyplomem magisterskim studiów psychologicznych). *RHLB-PL. Bateria Testów Do Badania Funkcji Językowych i Komunikacyjnych Prawej Półkuli Mózgu* (polska adaptacja: Łojek, 2007) to, podobnie, narzędzie pracy psychologa, ewentualnie neurologopedy (tu: pod warunkiem uzyskania specjalnych uprawnień do posługiwania się testem, tj. ukończenia w PTP ogólnego szkolenia z zakresu psychometrii, a następnie szkolenia z zakresu tego konkretnego testu). Pisząc o narzędziach diagnostycznych, w tym testach, chronionych narzędziach pracy psychologa, nie można pozostawiać wątpliwości co do tego, czy postępuje się w zgodzie z własnymi kompetencjami zawodowymi. Jeśli danym narzędziem mogą się posługiwać nie tylko psychologowie, ważną kwestią pozostaje zasadność stosowania go w badaniu określonych grup osób (przykładowo, *Test Zdolności Językowych* został skonstruowany do badania zdolności do nauki języków obcych). Czytając: „Można także wykorzystać testy, które nie zostały zaprojektowane do oceny zaburzeń mowy, jak na przykład *Kalifornijski Test*

Uczenia się Językowego (CVLT), Test Zdolności Językowych (TZJ) czy Test Rozumienia Słów (TRS)” (s. 58), trudno się rozeznac, jaką perspektywę oglądu zjawisk przyjmuje Doktorantka (rekomenduje narzędzia diagnostyczne logopedom? neurologopedom? neuropsychologom? czy jest do tego uprawniona z racji posiadanych kwalifikacji zawodowych? w jakim stopniu zna te narzędzia? to rekomendacje własne?). W komentarzach dotyczących narzędzi powracają niejasności związane z celem postępowania diagnostycznego, w wymiarze podstawowym (czy chodzi o ocenę sprawności językowych osób z chorobą Alzheimera, czy też o diagnozę samej choroby Alzheimera?). Doktorantka stwierdza: „Poza opisanymi narzędziami pomocne przy diagnozie AD mogą być [...]” (s. 49) i wymienia narzędzia służące ocenie zaawansowania procesu otępiennego w diagnozie medycznej (przy czym nazwy narzędzi podaje jedynie w języku angielskim, nie dookreśla źródeł). Pozostaje mieć nadzieję, że w artykule, który stał się podstawą rozdziału 3., wybrane narzędzia diagnostyczne zaprezentowano w sposób nie budzący zastrzeżeń.

Część II rozprawy, *Charakterystyka zachowań językowych w chorobie Alzheimera*, dotyczy badań własnych. Mgr Kamila Potocka-Pirosz wyodrębnia w niej dwa rozdziały: pierwszy to *Wprowadzenie do badań*, drugi – *Analiza materiału badawczego*.

W rozdziale pierwszym prezentuje metodykę badań własnych: wskazuje wybrane przez siebie metody badawcze (tu: testową, wywiadu/ rozmowy oraz ankietową), określa schemat oraz warunki badania, dokonuje charakterystyki grupy badawczej oraz grup kontrolnych, formułuje, na koniec, pytania badawcze. Uwzględnia podstawowe informacje, które winny znaleźć się w pracy o charakterze badawczym, niemniej jednak dostrzegam tu pewne niejasności i luki informacyjne. Brakuje mi jasnego sformułowania celów badań, wraz ze wskazaniem sposobów ich realizacji. Luki tej nie udało się wypełnić za sprawą pytań badawczych, w takim kształcie, w jakim zapisano je w podrozdziale 1.6. (niekiedy z towarzyszącymi im hipotezami, niekiedy bez hipotez). Pytania te dają bowiem wyobrażenie badań ukierunkowanych zarówno na symptomatologię zaburzeń mowy w chorobie Alzheimera (w fazie określanej tu jako początkowa), podłoże tych zaburzeń, uwarunkowania demograficzno-społeczne sprawności językowej pacjentów, jak i na metody diagnozy oraz terapii zaburzeń mowy w chorobie Alzheimera. Badania empiryczne zrealizowane przez Doktorantkę nie mają jednak tak szerokiego zakresu; ze względu na dobór metod badawczych i wybór grup badanych, większość postawionych przez nią pytań będzie musiała pozostać bez odpowiedzi. W tej sytuacji jako wiążącą traktuję deklarację zawartą we *Wstępie* rozprawy: „Podstawowym celem rozprawy jest próba scharakteryzowania mowy pacjentów we wczesnej fazie choroby Alzheimera oraz zbadanie, które sprawności są zaburzone, a które zachowane”

(strony 6-7), czemu w podrozdziale 1.6. odpowiadają bezpośrednio pytania badawcze 1 oraz 3. Tak we *Wstępie*, jak i w rozdziale poświęconym metodyce badań własnych, Doktorantka wskazuje inne jeszcze interesujące ją kwestie, niewątpliwie bardzo ważne dla logopedów (i innych specjalistów zajmujących się chorobą Alzheimera), niepotrzebnie jednak w podrozdziale 1.6. urastają one do rangi pytań badawczych obudowanych stawianymi, jakby z przymusu, hipotezami. Przykładowo, pytanie badawcze nr 7 brzmi: „Dlaczego tak mało czasu jest poświęcane na terapię mowy osób z chorobą Alzheimera?” (s. 71), a hipotezy zostały sformułowane w następujący sposób:

„Hipoteza 1.: Brak testów do badania zaburzeń mowy u osób z chorobą Alzheimera (czy szerzej z chorobami neurodegeneracyjnymi) – co wpływa na brak pełnej diagnozy zachowanych i zaburzonych elementów mowy, przez co trudno podjąć właściwą terapię.

Hipoteza 2.: Niedobór odpowiednich narzędzi i/lub technik terapii mowy u osób z chorobą Alzheimera.

Hipoteza 3.: Ze względu na zaburzenia funkcji poznawczych (w tym duże, postępujące problemy z pamięcią operacyjną) terapia mowy i języka jest bardzo trudna” (s. 72).

Autorka nie referuje w pracy postępowania badawczego zrealizowanego w wyznaczonym wyżej zakresie (czy takie postępowanie prowadziła?). Na jakiej podstawie przystępuje więc do udzielania odpowiedzi na pytanie badawcze w *Podsumowaniu*, wieńczącym rozprawę? Czemu służą postawione hipotezy, jeśli nie determinują odpowiedzi na pytanie badawcze? Kolejne pytanie badawcze również dotyczy terapii logopedycznej w chorobie Alzheimera, tym razem kwestii doboru metod terapii (tu: „Jakie narzędzia mogą być przydatne w terapii logopedycznej osób z chorobą Alzheimera?” – s. 72). Tak jak poprzednio, krótką, ogólną odpowiedź na to pytanie przynosi *Podsumowanie* – Autorka odsyła do teoretycznej części rozprawy, gdzie wymieniła niektóre formy terapii logopedycznej wskazywane w literaturze przedmiotu, w tym miejscu dodając jeszcze narzędzia i techniki glottodydaktyczne (z utrzymaniem formuły: „mogą być przydatne”, „można zastosować”, choć przydatność narzędzi nie była przez nią oceniana). Choć w literaturze przedmiotu można spotkać się z opisem wielu różnorodnych zajęć dla osób z otępieniem, trzeba mieć na uwadze, że stosowanie większości z proponowanych metod terapii nie ma żadnego uzasadnienia merytorycznego – przypisuje się im potencjał terapeutyczny mimo braku weryfikacji empirycznej. W tym obszarze logopeda winien postępować bardzo rozważnie.

Pytania badawcze, w takiej liczbie i w takiej formie, w jakiej pojawiają się w podrozdziale 1.6., bardziej przeszkadzają niż pomagają w badaniu i opisywaniu zjawisk. Znajduje to potem bezpośrednio odzwierciedlenie w końcowej części rozprawy, w tych

fragmentach *Podsumowania*, które finalnie mają przynieść odpowiedzi na wszystkie postawione pytania badawcze, a przynoszą tylko część odpowiedzi, które uznać można za satysfakcjonujące – jasne, poparte wynikami badań własnych. Koncentrując się na systematycznym opisie zaburzeń mowy w grupie osób z chorobą Alzheimera (zgodnie z przywoływanym wcześniej w recenzji celem badań, zawartym we *Wstępie* rozprawy), można było uniknąć niefortunnie postawionych pytań i hipotez badawczych. Tego rodzaju opis zaburzeń otrzymamy w istocie w kolejnym rozdziale części II, gdy Autorka przystąpi do analizy zgromadzonego materiału badawczego i będzie prowadziła dociekania w granicach wyznaczonych przez materiał badawczy; rozdział ten da dobre świadectwo umiejętności prowadzenia postępowania logopedycznego w sposób zdyscyplinowany.

W rozdziale poświęconym metodyce badań własnych cenne byłyby jeszcze bliższe informacje na temat przebiegu badania w poszczególnych grupach (niezależnie od informacji na temat schematu badania). Badania porównawcze, co do zasady, mogą być prowadzone pod warunkiem stałości procedury badania. Trzeba podkreślić, że Doktorantka zadbała o odpowiednie warunki badania pacjentów (np. mając na względzie czas optymalnej aktywności osoby chorej). Co powodowało jednak, że przebieg badań nie zawsze był jednakowy, np. niejednakowa była liczba spotkań z danym pacjentem? Sygnalizują to niektóre uwagi zawarte w tekście (np. Autorka pisze, że pierwsze spotkanie służyło podpisaniu deklaracji zgody na udział w badaniu naukowym i krótkiej rozmowie z pacjentem, potem stwierdza: „Na tym samym lub kolejnym spotkaniu sprawdzałam ogólny poziom funkcji poznawczych” – s. 64). Pewien niedosyt budzi charakterystyka grup kontrolnych i przebiegu badania w tych właśnie grupach (jakie były warunki badania? czy przyjęto wspólną procedurę?).

Jak już sygnalizowałam wcześniej, najbardziej wartościowy poznawczo jest dla mnie rozdział 2 części II, zawierający omówienie wyników badań empirycznych; sukcesywną prezentację ustaleń dotyczących wykonania wszystkich zadań postawionych pacjentom (na tle wyników uzyskanych w grupach kontrolnych), wraz z licznymi przykładami analizowanych przez Doktorantkę zachowań językowych. Przyjęty sposób analizy materiału językowego oraz uporządkowanie formalne wyników badań pozwalają odbiorcy śledzić ustalenia z badań empirycznych z ogromnym pożytkiem. W tym kontekście trzeba wyeksponować trzy główne zalety postępowania badawczego prowadzonego przez Doktorantkę: 1) w sposób celowy prezentuje ona wybrany materiał językowy w toku analiz, a jednocześnie umożliwia zapoznanie się w pełnym wymiarze ze zgromadzonymi danymi; całość materiału językowego z badań własnych zestawia w tabelach zamieszczonych na końcu rozprawy, dając nieograniczony wgląd w wykonanie poszczególnych zadań przez wszystkie badane osoby z osobna i

umożliwiając usytuowanie omawianych problemów w szerszym kontekście; 2) konsekwentnie dokonuje egzemplifikacji zjawisk w przypadku nieprawidłowego wykonania zadań przez osoby badane bądź wykonania, które z trudem podlega ocenie; analizuje i interpretuje wypowiedzi badanych, ich reakcje, określając, na jakiej podstawie zostały zakwalifikowane jako błędne i przesądziły o niższej oceny punktowej wykonania danego zadania przez osobę badaną; 3) rozważa różne przyczyny trudności ujawnianych przez osoby z chorobą Alzheimera w toku realizacji zadań, kierując swą uwagę również na uwarunkowania związane z samą procedurą badania i zaproponowanymi pacjentom zadaniami; dzieli się swoimi spostrzeżeniami, wątpliwościami w kontekście trafności diagnostycznej zrealizowanego badania i formułowanych na jego podstawie wniosków na temat sprawności językowych/zaburzeń mowy w chorobie Alzheimera. Wskazując te zalety postępowania badawczego mgr Kamili Potockiej-Pirosz, pragnę mocno podkreślić, że na gruncie logopedii (nauk pokrewnych również) nieczęsto spotykamy się z prezentacją rezultatów badań empirycznych pozwalającą ukonkretnić sobie uzyskany przez badacza obraz zachowań językowych w wybranej jednostce patologii mowy; szczegółowo, w namacalny sposób, poznać zarejestrowane przez niego zjawiska. Co bardzo istotne, taki sposób prezentacji wyników inspiruje specjalistów do dalszych badań, sprzyja dyskusji, poszukiwaniu optymalnych rozwiązań w opisie zjawisk językowych w chorobie otępiennej.

Zadania zaproponowane pacjentom (wybrane z istniejących narzędzi diagnostycznych, dostępnych dla logopedów, uzupełnione zadaniami stworzonymi samodzielnie) pozwoliły uzyskać zróżnicowany materiał językowy, umożliwiający ocenę sprawności językowych pacjentów z wyróżnieniem dwu zasadniczych aspektów komunikacji ustnej: rozumienia i ekspresji, osobno także czytania i pisanie w obszarze komunikacji pisemnej.

Przeprowadzoną analizę materiału badawczego oceniam wysoko. Poważniejsze zastrzeżenia miałabym tylko do oceny zadań dotyczących dłuższych wypowiedzi budowanych przez pacjentów i osoby z grupy kontrolnej. Ocena opowiadań i opisów została chyba zbyt uproszczona; jestem przekonana, że Doktorantka mogłaby zbudować pełniejszy obraz zjawisk, gdyby bardziej zaufała swoim kompetencjom językoznawczym, logopedycznym, mniej zaś schematycznym ujęciom zawartym w narzędziach diagnostycznych, dającym pierwszeństwo ocenie punktowej. Ostateczna ocena punktowa w przypadku konstruowania tekstów chyba najmocniej zafalszowała całościowy obraz zachowanych i zaburzonych sprawności językowych w badanych grupach – na nieudanej realizacji zadań u wielu osób zaważyły wszakże nieodpowiedniej jakości materiały graficzne zawarte w testach (co jasno wykazała Autorka, analizując wyniki uzyskane przez osoby zdrowe, nie tylko starsze, ale i młodsze).

Dobrze się więc stało, że Doktorantka, oprócz osób z chorobą Alzheimera, badała również starsze i młodsze osoby zdrowe. Zachowania osób zdrowych, zwłaszcza tych młodszych, najlepiej ujawniają niedostatki narzędzi diagnostycznych, oddalając opinię, że każdy stracony punkt może być miarą patologii mowy. Jedną z największych bolączek okazały się niewątpliwie materiały graficzne, stanowiące nieodłączny element zaprojektowanych narzędzi diagnostycznych – niezbędne w diagnozie, a jednak niedoskonałe (Doktorantka zobrazowała to także m.in. na przykładzie niepowodzeń osób badanych ujawniających się w toku realizacji zadania polegającego na wskazywaniu nonsensów). Co ważne, analizując materiał badawczy, Doktorantka dostrzegła też dodatkowe problemy związane z językowym kształtem zadań proponowanych w dostępnych narzędziach (np. doбором materiału językowego w zadaniu). Przykładowo, pacjentka, zapytana: „Czy korek utonie w wodzie?”, stwierdza: „Korek zależy, z czego jest zrobiony, może być korek gumowy, może być taki z korka”, a po podpowiedzi: „Taki z korka”, decyduje: „To raczej nie utonie” (s. 78). W tym przypadku, w kontakcie z diagnostą, osobie badanej udało się wyjaśnić wątpliwości, jakie zrodziło w niej pytanie. Inne osoby mogą np. nie mieć odwagi wyrazić takich wątpliwości i w rezultacie udzielić odpowiedzi, która zostanie potraktowana jako błąd (nie będąc objawem zaburzeń językowych). To ważne, że Doktorantka eksponuje sytuacje niespodziewane dla diagnosty (a nawet fakty w pewnym sensie dla niego kłopotliwe), np. lepsze wykonanie określonego polecenia przez osoby z chorobą Alzheimera niż przez osoby zdrowe (tak było w przypadku badania rozumienia metafor, w związku z doбором przykładów i formę językową zadania). Analiza porównawcza jest przez to cenna poznawczo.

Oczywiście z uwagi na przedmiot analiz i dużą różnorodność zarejestrowanych zjawisk językowych, nie można oczekiwać, że nie pojawią się odmienności w opisie i interpretacji zjawisk przez różnych badaczy. Przykładowo, śledząc wypowiedzi pacjentów czasem trudno jest/ nie udaje się ustalić, czy pacjent nie rozpoznaje określonego przedmiotu, czy też rozpoznaje go, lecz nie potrafi podać właściwej nazwy. W próbie nazywania konfrontacyjnego uzyskano od pacjentki odpowiedź: „przymocowane takie kółka czy coś” (s. 97) – w opinii Autorki osoba badana prawidłowo rozpoznaje przedmiot, mimo że nie podaje jego nazwy, mnie natomiast wypowiedź pacjentki nie przekonuje, że rozpoznała ona na obrazku kłamekę).

Trzeba docenić dociekliwość Autorki, uwyrażniającej w toku analiz, że trudności w wykonaniu zadań mogą wynikać u pacjentów nie tylko z deficytów językowych – także z zaburzeń innych funkcji poznawczych (Autorka przede wszystkim wskazuje tu na deficyty pamięciowe i deficyty w sferze uwagi). Opisywane zachowania dotyczą też problemu

odmienności funkcjonowania osób zdrowych i osób chorych w sytuacji badania diagnostycznego, w związku z rozumieniem celów badania, oczekiwań diagnosty .

Język rozprawy jest poprawny, świadczy o wysokich kompetencjach językowych Autorki. Trzeba jednak nadmienić, że miejscami tekst jest trudny w odbiorze ze względu na liczne przypisy, wprowadzające informacje różnej wagi. W pracy pojawiają się błędy językowe czy usterki, nie są jednak zbyt liczne (choć jeśli Doktorantka pisze o testach „dedykowanych” chorobie Alzheimera /s. 149/, to może to razić). Źródła nie zawsze są przywoływane w pracy we właściwy sposób (np. pomijane są pierwotne źródła informacji, jak w przypisie nr 3, na stronie 7). Praca czeska została (tu: Klimowa, Kuca, 2016) została przywołana we *Wstępie* jako publikacja polska. Wnikliwej korekty wymagałaby *Bibliografia*. Co może dziwić, w opisie bibliograficznym publikacji wieloautorskich Autorka nie podaje nazwisk wszystkich autorów; używa formuły „i in.” (ale też np. publikacje Tadeusza Wasilewskiego opisywane są jako publikacje Tomasza Wasilewskiego oraz Tomasza Wasielewskiego).

Podsumowując, mimo zastrzeżeń sformułowanych wcześniej odnośnie do metodyki badań (w formie uwag do rozdziału pierwszego części II), chcę podkreślić, że przeprowadzone badania empiryczne upoważniają Doktorantkę do wieloaspektowej charakterystyki zachowań językowych osób z chorobą Alzheimera, w granicach odpowiadających zakresowi zadań postawionych przed osobami badanymi, opisanych w rozdziale drugim części II. Jest to charakterystyka cenna (choć nie pozwalająca na wyciąganie wniosków odnoszących się do uwarunkowań opisanych zjawisk w takim zakresie, jaki planowała Doktorantka). Z pewnością zostało tu wypełnione zadanie logopedy, jakim jest szczegółowe rozpoznanie możliwości i ograniczeń pacjentów w zakresie komunikacji językowej, z ukierunkowaniem na język, na tle zjawisk ujawniających się w innych sferach funkcjonowania człowieka (w procesie diagnostyczno-terapeutycznym prowadzonym przez logopedę ocena innych funkcji pozostaje jedynie oceną orientacyjną, podyktowaną współwystępowaniem różnego rodzaju zaburzeń poznawczych). Ustalenia płynące ze zrealizowanych badań będą dobrze służyły chorym, a to kwestia nadrzędna. Mgr Kamila Potocka-Pirosz zdobyła doświadczenie, które będzie owocować w praktyce i z którego będą korzystał inni logopedzi. Praca z pewnością będzie posłużyła dynamicznie rozwijającej się ostatnio w Polsce logopedii, w szczególności neurologopedii i gerontologopedii.

Stwierdzam, że rozprawa doktorska mgr Kamili Potockiej-Pirosz pt. „Charakterystyka zachowań językowych osób w początkowej fazie choroby Alzheimera” spełnia warunki określone w art. 13.1. ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym – stanowi oryginalne rozwiązanie problemu naukowego i wykazuje ogólną wiedzę teoretyczną Kandydatki w dyscyplinie: językoznawstwo oraz umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej. Wnioskuje zatem o dopuszczenie mgr Kamili Potockiej-Pirosz do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

A handwritten signature in blue ink, reading "Aneta Domagała". The signature is written in a cursive style and is enclosed in a thin blue rectangular border.