

dr hab. Piotr Sobotka
Instytut Języka Polskiego
Wydział Filologiczny UMK

Opinia o rozprawie doktorskiej mgr Kamili Potockiej-Pirosz

Charakterystyka zachowań językowych osób w początkowej fazie choroby Alzheimera

Warszawa 2018, ss. 206

(promotor dr hab. Natalia Siudzińska)

Na przedstawioną do oceny rozprawę doktorską mgr Kamili Potockiej-Pirosz składają się dwie zasadnicze części, teoretyczna i badawcza, poprzedzone wstępem, a zakończone syntetycznym podsumowaniem, a także obszerny, ponieważ liczący blisko 250 pozycji, wykaz literatury przedmiotu, dwa załączniki oraz angielskojęzyczne streszczenie rozprawy.

Głównym celem rozprawy jest charakterystyka mowy i jej zaburzeń u pacjentów w początkowej fazie otępienia typu Alzheimera (AD). Praca ma przede wszystkim charakter badawczy, a zawarty w niej materiał służy między innymi weryfikacji rodzajów i nasilenia dysfunkcji językowych wymienianych w literaturze przedmiotu jako charakterystycznych dla wczesnego stadium choroby. Na część teoretyczną rozprawy składają się informacje na temat patologii, epidemiologii AD (z uwzględnieniem czynników ryzyka), obrazu klinicznego, neuropsychologicznego i lingwistycznego choroby. Zostały tu omówione kryteria diagnostyczne AD, jej przyczyny, warianty chorobowe, a także strategie leczenia, zarówno farmakologicznego, jak i nefarmakologicznego. Zaprezentowana w pracy charakterystyka choroby Alzheimera i pokrewnych zaburzeń poznawczych wykorzystuje bogatą i różnojęzyczną literaturę, zwłaszcza opracowania polsko- i angielskojęzyczne. Mgr Potocka-Pirosz, referując stan badań, zestawia ze sobą charakterystyki mowy w procesie starzenia się i w chorobie Alzheimera. W kolejnym rozdziale poświęca uwagę diagnostyce różnicowej między AD a chorobami o podobnym obrazie klinicznym w zakresie funkcji językowych (czynnikami wywołującymi afazję, afazję pierwotną postępującą, otępieniem naczyniowym, otępieniem czołowo-skroniowym, chorobą Parkinsona, otępieniem z ciałami Lewy'ego, chorobą Huntingtona, depresją oraz schizofrenią i zaburzeniami schizotypowymi z ich objawami schizoafatycznymi). Tę część rozprawy zamyka rozdział poświęcony narzędziom do badania zaburzeń mowy m.in. w chorobie Alzheimera.

W części drugiej zostały zaprezentowane badania przeprowadzone w grupie badawczej oraz dwóch grupach kontrolnych. Do analiz i sformułowania wynikających z nich wniosków Doktorantka wykorzystowała wywiad, test Mini Mental State Examination (MMSE), elementy testu Boston

Diagnostic Aphasia Examination (BDAE), niektóre zadania z baterii Łuckiego oraz pomocniczo ankietę kwestionariuszową. Dodatkowo posłużyła się ona na użytek badań skonstruowanymi przez siebie na podstawie różnych narzędzi neuropsychologicznych metodami badania nazywania (ze względu na przynależność formalną i kategoriałną wyrażen) w celu określenia poziomu fluencji słownej i deficytów pamięci semantycznej oraz metodami analizy narracji. Dokonana na podstawie tych narzędzi obserwacja różnych poziomów języka i mowy wykazała specyficzne braki w zakresie rozumienia mowy, jej ekspresji, czytania oraz pisania. Chorzy mieli trudności z zapamiętywaniem instrukcji, nierzadko nie czekali z ich wykonaniem do końca jej przedstawienia, preferowali dosłowne znaczenia wyrażen metaforycznych, nie potrafili sformułować sensu opowieści, ich wypowiedzi charakteryzowały się zubożeniem treści, spadkiem fluencji tak semantycznej, jak i fonemicznej, mieli problemy z nazywaniem, zastępując wyrazy m.in. zaimkami, neologizmami, peryfrazami, posługiwali się wyrażeniami dubitatywnymi, wypowiedziom towarzyszyły pauzy, wydłużanie samogłosek, dłuższym frazom brakowało wykładników spójności. Doktorantka wykazuje zatem, że we wczesnym stadium AD zaburzenia mowy dotyczą przede wszystkim podsystemu leksykalnego, niemniej dostrzegła również deficyty w podsystemie składniowym i tylko drobne, niediagnostyczne uchybienia w realizacji podsystemów fonologicznego i morfologicznego.

Na podstawie poczynionych obserwacji Doktorantka wnioskuję, że główny wpływ na zaburzenia mowy ma przede wszystkim stopień upośledzenia funkcji poznawczych, z którymi korelują wykształcenie chorej osoby oraz jej aktywność umysłowa. Według mgr Potockiej-Pirosz zaburzenia mowy charakterystyczne w początkowej fazie choroby i procesy zubożenia funkcji językowych u osób podeszłych są ze sobą powiązane, choć w tej pierwszej grupie pojawiają się one szybko i poziom ich nasilenia jest znacznie większy niż w grupie drugiej.

Kompozycja rozprawy ma charakter logiczno-wynikowy. Każda z poprzedzających części motywuje następną. Zastosowany układ linearny jest standardowy dla tego rodzaju prac i należy ocenić go pozytywnie. Pewną niedogodnością są natomiast odsyłacze do numerów paragrafów, a nie do konkretnych stron wydruku.

Praca doktorska mgr Kamili Potockiej-Pirosz jest nie tylko ciekawa, sprawnie i ze znanstwem napisana, lecz także przyczynia się do potrzebnego uzupełnienia luki w dotychczasowych badaniach wczesnego stadium choroby Alzheimera w aspektach logopedycznych, neurolingwistycznych, psycholingwistycznych, a nawet neuropsychologicznych. Recenzowana rozprawa ma charakter interdyscyplinarny, zostały w niej wykorzystane narzędzia neuropsychologii do badania funkcji poznawczych i zaburzeń typu afatycznego, obserwacji poddane zostały wypowiedzi badanych z uwzględnieniem hierarchicznych poziomów organizacji języka i mowy (od fonologicznego i fonetycznego po składniowy) i związane z tymi wypowiedziami zachowania, które następnie

znalazły usytuowanie na tle kognitywnym w ścisłym powiązaniu z teorią lokalizacyjną, jak również koncepcją dynamicznej układowej lokalizacji czynności w mózgu. Co szczególnie warto podkreślić, materiał językowy został zanalizowany przy użyciu zdyscyplinowanych narzędzi lingwistyki strukturalnej. To podstawowe instrumentarium Doktorantki buduje pośrednio jej obraz jako badacza rzetelnego, bardzo skrupulatnego, a także cierpliwego. Rozprawa bowiem – choć pozornie wąsko sprofilowana – weryfikuje wiedzę na temat typów zaburzeń mowy charakterystycznych w początkowej fazie otępienia typu Alzheimera, analizuje hipotezy odnoszące się do ich specyfiki, co stanowi cenny wkład w badania szczegółowe dla innych neuronauk. Z punktu widzenia logopedii bardzo ważne są z kolei spostrzeżenia na temat sposobów kompensowania deficytów mownych i prowadzenia terapii logopedycznej. Stanowi ona też przykład umiejętnego mariażu lingwistyki z logopedią.

Na uwagę zasługuje już rozdział trzeci, wprawdzie teoretyczny i sprawozdawczy, lecz nie pozbawiony walorów twórczości naukowej. Autorka zestawia w nim dostępne polskie, zaadaptowane i angielskie narzędzia (skale, testy, baterie) badające sprawność językową m.in. osób z AD. Uporządkowanie tych metod ma niezaprzeczalny walor praktyczny. Zwłaszcza uwypuklenie badań funkcji językowych stanowi cenną pomoc badawczo-terapeutyczną i dydaktyczną. Autorka pisze w podsumowaniu tego rozdziału: „brakuje [...] testów sprawdzających poszczególne sprawności językowe u osób z chorobą Alzheimera. Spośród omówionych narzędzi tylko Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale (ADAS-Cog) oraz The Arizona Battery of Communication Disorders of Dementia (ABCD) są takimi testami. Natomiast Cambridge Semantic Memory Test Battery (CSB), choć stworzony z myślą o osobach z otępieniem, jest ograniczony do badania semantyki. Poza tym część narzędzi nie ma polskiej wersji (ADAS-Cog, PALS, PASS, ABCD, SydBat, CSB, CAT), a testy, które zostały już przetłumaczone, nie są wystandaryzowane”. Należy w tym miejscu podnieść jeszcze jedną kwestię. Diagnoza i terapia logopedyczna nie tylko w wypadku AD, lecz i innych dysfunkcji z objawami zaburzeń mowy jest utrudniona ze względu na to, że logopedzi w Polsce dysponują niewielką liczbą testów diagnostycznych. Dodatkowo, aby móc się nimi posługiwać, muszą ukończyć specjalistyczne kursy. Doktorantka pisze w przypisie 79., że posłużyła się testem MMSE nie w celu zdiagnozowania stopnia otępienia, że wykonała badanie za zgodą psychologa Centrum Alzheimera i że z procedurą badawczą zapoznała się podczas specjalistycznych warsztatów. Wymienione zastrzeżenia wskazują bardzo wyraźnie na to, że logopeda nie dysponuje możliwościami samodzielnego wykorzystania narzędzi do badania funkcji poznawczych, a zatem realizacja prac badawczych z tego obszaru przez logopedę jest w gruncie rzeczy niemożliwa. Tym bardziej znaczący jest zatem fakt, że mgr Potocka-Pirosz, pokonując wiele trudności, które nawet ciężko sobie wyobrazić, zdecydowała się opracować zagadnienie rezerwowane głównie dla psychiatrów, neuropsychologów i psychologów klinicznych. Na wartość tej

rozprawy wpływa ponadto dobry warsztat lingwistyczny jej Autorki, czego niejednokrotnie brakuje psychologom czy psychiatrom, analizującym język i jego zaburzenia z konieczności po amatorsku i raczej intuicyjnie niż systemowo.

Badania przeprowadzone na użytek pracy zostały przygotowane bardzo starannie. Ich podbudowa teoretyczna świadczy o dobrej znajomości literatury przedmiotu, a także o umiejętności weryfikacji i hierarchizacji zawartych w niej treści. Mgr Potocka-Pirosz wykorzystwała neuropsychologiczne testy diagnostyczne, których wyniki interpretowała w powiązaniu z wywiadem oraz ankietą skierowaną do opiekunów chorych. Zgodne jest to z klasycznymi wymogami badań diagnostycznych. W każdym takim postępowaniu nie wystarcza wiedza na temat procesów rozwojowych. Potrzebne są również umiejętności nawiązania kontaktu, obserwacji, często obserwacji towarzyszącej, prowadzenia rozmowy, stawiania problemów i hipotez, weryfikacji hipotez, opracowania i interpretacji wyników. Wybrany przez Doktorantkę model spełnia z powodzeniem te wymagania. Zastosowane przez nią testy nie tylko pozwalają postawić hipotezy badawcze, ale również je weryfikować pod kątem jakościowym. Każdy test bez wywiadu jest jednak martwy. Oba te narzędzia wzajemnie się wspierają, zresztą test często stanowi wstęp do wywiadu, który traktuje się niekiedy jako właściwy i podstawowy proces diagnostyczny. Szczególnie ważne wydaje się to, że rozmowy z pacjentami odbyły się nie podczas jednego, lecz sześciu, siedmiu spotkań. Pozwoliło to na stworzeniu atmosfery sprzyjającej przekazywaniu informacji przez badanego, a zapewne także nawiązaniu przez badanych zaufania do diagnosty. Z kolei informacje uzyskane w wywiadzie zostały zweryfikowane z danymi pochodzącymi z ankiet, co stworzyło możliwość porównania aktualnego poziomu sprawności językowych chorych ze sprawnościami sprzed choroby. Pozwoliło to również zweryfikować dane uzyskane w wywiadzie.

Niewątpliwym walorem zaprojektowanych do rozprawy badań jest wybór dwóch grup kontrolnych – osób w podeszłym wieku, powyżej 65. roku życia, dzięki czemu udało się ustalić stopień korelacji między starszymi dysfunkcjami mowy a ich nasileniem u chorych z AD, jak również osób młodych o średniej 30 lat, dzięki czemu możliwa stała się dynamiczna konfrontacja materiału osób spełniających warunki normy i wskazanie cech charakterystycznych dla mowy ludzi w podeszłym wieku niewykazujących ani zaburzeń poznawczych, ani otępiennych. Taki dobór jest jak najbardziej zasadny, na jego podstawie Doktorantka buduje ostateczne wnioski odnoszące się do funkcjonalności poszczególnych umiejętności językowych badanych.

Analiza materiału językowego, zasadnicza część pracy, przynosi całościowy obraz kliniczny w obszarze zaburzeń mowy badanej grupy chorych. Jest ona również źródłem nowych spostrzeżeń, do tej pory bądź pomijanych, bądź marginalizowanych jako diagnostycznych dla wczesnej fazy choroby Alzheimera. Chodzi tu o zaburzoną realizację i rozumienie złożonego materiału językowego, a zwłaszcza złożonego w wymiarze referencjalnym. Mam tu na myśli nie tylko

przewagę zdań prostych nad złożonymi w mowie chorych z AD, trudności z rozumieniem przez nich zdań złożonych, sensu krótkiej opowieści, jej morału, zubożenie treści, anomie, ograniczone słownictwo, posługiwanie się wyrazami o referencji nieokreślonej, zapowiednikami lub substytutami (chwilowo) zapomnianego wyrazu, lecz również złożoność referencjalną realizacji mowy nie wprost i zaburzenia w tym obszarze, m.in. rozumienie dosłowne metafor czy przysłów. Ta część rozprawy wykazuje, że deficyty językowe w AD są częścią deficytów funkcji poznawczych, zaburzenia nazywania czy osłabiona fluencja słowna są zapewne skutkiem deficytu pamięci semantycznej (ciekawe, że podpowiadanie chorym wywołuje dezorientację). Doktorantka precyzując przyczyny deterioracji językowej w AD, wskazuje na zaburzenia pamięci i uwagi.

Rozprawa wymaga jednak w kilku miejscach uzupełnień, przeformułowań bądź korektur. Ponadto nie ze wszystkimi wyborami Autorki mogę się zgodzić.

Najistotniejszym zarzutem, jaki można sformułować pod adresem założeń stojących u podstaw recenzowanej pracy, jest niewielka liczebność grupy badawczej, a co za tym idzie – również grup kontrolnych. Ośmioosobowa próba nie tylko nie pozwala na analizę ilościową danych, lecz również utrudnia formułowanie wniosków ogólnych na podstawie analizy jakościowej. Z tej pierwszej wady własnych badań Doktorantka wprowadzi zdaje sobie sprawę, co jednak nie przeszkadza jej porównywać wartości liczbowych i na ich podstawie budować pewne spostrzeżenia ogólne. Natomiast badania jakościowe powinny być raczej traktowane jako „przedpole” badawcze, metoda eksploracyjna przygotowująca do badań ilościowych lub jako metoda uzupełniająca, służąca pogłębieniu badań ilościowych. Analizy jakościowe mogą stanowić złoże dla budowania hipotez lub mogą być wykorzystywane jako przykład realizowania się prawidłowości odkrytej w badaniach ilościowych. Pełnią one co prawda funkcję hermeneutyczną, lecz nie są wystandaryzowane ani znormalizowane, a rzutowanie ich na warunki ogólne wymaga doświadczenia diagnostycznego oraz obszernej i zrównoważonej grupy badawczej. Ten ostatni warunek nie został w moim przekonaniu spełniony. Być może uzyskane w badaniu wypowiedzi pacjentki A1-65 w ogóle ze względu na ich odmienność nie powinny być brane pod uwagę. Skompletowanie grup winno być poprzedzone nie tylko MMSE (o czym jeszcze niżej), lecz również podtestami pamięci logicznej ze Skali Pamięci Wechslera (WMS), przynajmniej częścią podtestów Skali Inteligencji Wechslera dla Dorosłych (WAIS-R) oraz testami uczenia się, jak np. Test Uczenia się Słuchowo-Werbalnego Reya (RAVLT). Podział grupy badawczej, by można ją było uznać za zrównoważoną, musi uwzględniać rzecz jasna wiek, okres od rozpoznania choroby, płeć, wykształcenie, ale również lata nauki i wyniki uzyskane w testach, o których była mowa wyżej, a co najmniej w MMSE i WAIS-R. To ostatnie narzędzie pozwoliłoby m.in. ocenić stopień upośledzenia myślenia abstrakcyjnego.

Wątpliwości budzi ponadto wyeksponowana rola MMSE. Służy on wprawdzie do najczęściej stosowanych badań przesiewowych, jednak słabo się sprawdza do wykrywania łagodnych zaburzeń poznawczych (MCI). Jako narzędzie diagnostyczne bywa on zawodny – możliwe jest przy jego użyciu zarówno zdiagnozowanie otępienia, które w rzeczywistości nie istnieje, jak i nierozpoznanie otępienia, które rzeczywiście istnieje. Badania pokazują, że w grupie do 77 lat wartością graniczną, przy której stwierdza się otępienie, jest 25, przy czym zależy to również od dynamiki choroby – jest to bowiem także mediana pacjentów z MCI, u których mniej więcej w ciągu roku rozpoznano AD. Natomiast mediana pacjentów od 78 lat, u których rozpoznano AD, wynosi w MMSE 24, a u chorych z rozpoznaniem MCI, którzy mniej więcej w ciągu roku otrzymali diagnozę AD wyniosła ona 27. Widać też na tej podstawie, że dane uzyskane w MMSE mieszczą się często w granicach normy wiekowej lub w przedziale typowym dla MCI. Potrzebne są zatem inne testy. Pacjenci z AD zazwyczaj słabo wypadają w testach fluencji słownej i np. w Bostońskim Teście Nazywania (BNT). Już tylko ten przykład pokazuje, że dobrana do badań grupa badawcza również pod względem wiekowym nie ma charakteru zrównoważonego. (W tym miejscu należy dopowiedzieć, że zdaniem Raskina i Ehrenberga (1956) AD jest jednostką chorobową niemającą związku z wiekiem (przedstarczym) pacjenta. Zbieżność między neuropsychologicznym obrazem AD a stanem osób w podeszłym wieku może wynikać z tego, że u tych ostatnich obserwowane są w umiarkowanej wielkości złogi amyloidowe (cf. Braak & Braak 1997), pojawiające się także w AD w określonej kolejności.).

Drobnego uzupełnienia domaga się przypis 44. Inkluzje tau pojawiają się najpierw w przyśrodkowej korze skroniowej, w okolicy transśródwęchowej, która otrzymuje informacje z okolic asocjacyjnych kory nowej i przekazuje je do kory śródwęchowej, a w końcu do hipokampa (Braak & Braak 1991).

W rozdziale poświęconym diagnozie różnicowej zaburzeń mowy w AD nie uwzględniono stanów patologicznych charakterystycznych dla choroby Creutzfeldta–Jakoba i stwardnienia hipokampa (cf. Hamberger et al. 2007). Winny one w przyszłej publikacji przygotowanej na podstawie rozprawy zostać uzupełnione (chcę tym samy powiedzieć, że omawiana praca powinna być poprawiona, uzupełniona i upowszechniona – będzie z pewnością stanowić cenne źródło poznawcze). Częściowe podobieństwo zaburzeń mowy u chorych z AD i depresją endogenną może wynikać z dość istotnej, a pominiętej przez Doktorantkę, cechy patologii typu AD. U chorych z tym rodzajem otępienia stwierdza się znaczną utratę neuronów w dwóch strukturach przedomózgowia – w jądrze podstawnym Meynerta oraz w jądrze miejsca sinawego, co powoduje spadek zawartości neurotransmiterów cholinergicznym i noradrenergicznym.

Praca pozostawia niedosyt w kilku obszarach możliwych do zbadania: czy osoby we wczesnym stadium AD ujednolicają akcent wyrazowy, wymawiając np. również wyrazy akcentowane

oksytonicznie czy proparoksytonicznie na przedostatniej sylabie; jak przebiega wykonywanie zadań po odroczeniu lub z dystrakcją; w jaki sposób chorzy realizują wyrażenia wymagające częstej aktualizacji.

Cieniem na rozprawie kładzie się jej strona formalna. Wiele odsyłaczy bibliograficznych nie zostało uwzględnionych w wykazie literatury lub są niemożliwe do zidentyfikowania ze względu na odmienny od odsyłaczowego sposób zapisu, por. Szczudlik 2016, Kurcz 2011, Winkiel i in. 2014 obok Winkieli i in. 2014, Bugaj & Jermakow 2016, Węgiel & Wiśniewski 1998, Herzyk 2000, Norton i in. 2015 (w bibliografii jedynie Norton, bez współpracowników), Nawrot 2015 (w bibliografii: i in.), Hamilton 1999, Kirchner, Webb & Kelly 1984, Bradley, Daroff, Fenichel i in. 2006, Marczevska 1996 itd. Uporządkowanie literatury w bibliografii ma miejscami charakter chaotyczny. Jeżeli przyjęty w pracy zapis opiera się na schemacie AUTOR – ROK – TYTUŁ, to układ przykładowo pozycji, których pierwszym autorem jest Ewa Szepietowska winien wyglądać następująco: Szepietowska & Daniłuk 2000, Szepietowska & Gawda 2012, Szepietowska & Gawda 2014, Szepietowska, Hasicc & Jańczyk-Mikoś 2012, Szepietowska & Oroń 2008. To zresztą jedna z wielu kolizji w zapisie bibliograficznym. Na marginesie tylko dodam, że prace naukowe winny zawierać również nazwę wydawnictwa. W rozprawie dostrzegłem niestety błędy literowe, składniowe, fleksyjne, a nawet ortograficzne, por. *tzaw*, zamiast *zaw* (s. 16), *występują izolowane problemy językowe, związane między innymi problemy z aktualizacją* (s. 19), *osób cierpiących na chorobą* (s. 24), *mimo poczucia znajomości słowa i możliwość wskazania* (s. 25), *Uniwersytety III Wieku* (s. 29), *problemy z wyszukiwaniem* (s. 33), *(zdania w stronie czynnej, w stronie biernej, z grupą imienną i zdań względnych)* (s. 33), *Równi rzadko występowały* (s. 36), *na trzy stopniowej skali* (s. 38), *mówienia, przedkładania przedmiotów* (s. 68), *starszych osób (od 65. roku życia i młodszych)* (s. 69), *Badane z młodszej grupy* (s. 70), *Młody Bóg* (s. 104), *było znaczne więcej* (s. 110), *obniżona i starszej grupie* (s. 123), *u osób ze starszej grupie* (s. 128), *Osoba badana miała pokazywany na kartce wzorzec litery lub wyrazu, a jego zadaniem* (s. 128), *nie były w stanie ufaściwie ich dokończyć* (s. 133), *informacje, że* (s. 139), *a młodszej grupie* (s. 143) i in. Pomijam w wykazie sygnalizowanie miejsc z brakiem spacji lub z nadmiarowymi spacjami. Zwracam natomiast na koniec uwagę na konieczność przeczytania pracy pod względem interpunkcyjnym oraz brak logiki w komentarzu na s. 130 do zdań ze s. 131. Poprawek wymaga również angielskojęzyczne streszczenie rozprawy w zakresie literówek, użycia rodzajników i interpunkcji.

Podsumowując, rozprawa imponuje poziomem podjętych w niej badań, zdolnością godzenia przez Doktorantkę różnych obszarów nauki, a także umiejętnością spajania zagadnień ogólnoteoretycznych z analizami szczegółowymi. Jej wiedza zarówno w zakresie logopedycznym, jak lingwistycznym, a także pracowitość wywarły niebagatelny wpływ na ostateczny kształt badań. Baza erudycyjna mgr Potockiej-Pirosz jest z pewnością wystarczająca. Wszystkie pojawiające się przy

okazji omawianych zagadnień kwestie ogólne i teoretyczne są rozpatrywane z odpowiednim odwołaniem do właściwie dobranej literatury przedmiotu. Autorka wykazuje się odpowiednią świadomością metodologiczną, zarówno przy doborze właściwych metod badawczych, jak i ich wykorzystaniu w przeprowadzonych analizach. Hipotezy badawcze są jasno sformułowane w postaci eksplicytnych propozycji oraz właściwie uzasadnione przy pomocy odpowiednich procedur, głównie empirycznych.

Rozprawa doktorska mgr Kamili Potockiej-Pirosz pobudza do refleksji i kolejnych dyskusji, otwiera przestrzeń na kontynuację podjętych przez Doktorantkę badań oraz – co najistotniejsze w tym wypadku – daje pozytywną odpowiedź na pytanie o wartość merytoryczną przedstawionych w pracy tez. Fragmenty polemiczne recenzji czy wykazane drobne uchybienia warsztatowo-redaktorskie nie pozostają w żadnym konflikcie z opisanymi walorami pracy. **Rozprawa mgr Kamili Potockiej-Pirosz pt. „Charakterystyka językowa osób w początkowej fazie choroby Alzheimera” spełnia wymogi stawiane rozprawom doktorskim.**

Wnoszę zatem o jej przyjęcie i o dopuszczenie mgr Kamili Potockiej-Pirosz do kolejnych etapów przewodu doktorskiego.

Mrągowo, dn. 4 stycznia 2019 r.

Piotr Sobolew