

Renata Gliwa\*

## OCENA KOMPETENCJI I SPRAWNOŚCI INTERAKCYJNYCH, KOMUNIKACYJNYCH I JĘZYKOWYCH PACJENTKI Z POSTĘPUJĄCĄ AFAZJĄ NIEPŁYNNĄ

---

DIAGNOSIS OF COMPETENCES AND INTERACTIVE,  
COMMUNICATION AND LANGUAGE SKILLS OF A PATIENT  
WITH PROGRESSIVE NONFLUENT APHASIA

**Słowa kluczowe:** afazja pierwotnie postępująca niepełna, diagnoza logopedyczna, kompetencje i sprawności: interakcyjne, komunikacyjne, językowe.

**Keywords:** progressive nonfluent aphasia, speech therapy diagnosis, interactive, communicative and language competences and skills: interactive, communication, language.

### Wprowadzenie

Definicja otępienia zakłada, że można o nim mówić, gdy diagnozuje się nabyte, globalne upośledzenie funkcji poznawczych, wpływające na codzienne funkcjonowanie osoby nim dotkniętej (por. Siuda, Opala, 2012; Kozubski, Liberski, 2014). Przyjęcie w definicji pojęcia „globalne” może być mylące i nie w pełni odwzorowywać rzeczywisty stan pacjenta (Sobów, 2010, s. 104), a tym samym odbierać mu możliwość rehabilitacji, zwłaszcza w przypadku diagnozy otępienia głębokiego, gdy często rezygnuje się z terapii aktywnej. Wynika to ze znacznej alzheimeryzacji spojrzenia na otępienie. W praktyce prowadzi to do stosowania podobnych standardów diagnostycznych i rehabilitacyjnych we wszystkich typach otępień, co w przypadku demencji, o przebiegu odmiennym od tego obserwowanego w chorobie Alzheimera, może powodować wdrożenie zbyt pobieżnej diagnostyki i nieadekwatnej terapii (często w przypadku uzyskania bardzo niskich wyników w testach przesiewowych rezygnuje się ze szczególowej diagnostyki, a terapię ogranicza do oddziaływań biernych).

---

\* Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, 90-236 Łódź, ul. Pomorska 171/173, e-mail: [renata.gliwa@uni.lodz.pl](mailto:renata.gliwa@uni.lodz.pl), ORCID: 0000-0003-2231-9197.

W niniejszym artykule dokonano oceny kompetencji i sprawności interakcyjnych, komunikacyjnych i językowych (ze szczególnym uwzględnieniem sprawności leksykalno-semantycznych) pacjentki ze zdiagnozowaną afazją pierwotnie postępującą o typie *non fluent*<sup>1</sup> i otępieniem w stopniu głębokim. Komparacji dokonano w celu wskazania dysproporcji w zakresie zachowanych sprawności i deficytów w obszarze wymienionych powyżej sprawności oraz ukazania konieczności zastosowania szczegółowej diagnostyki logopedycznej w omawianym typie i stopniu otępienia. Jest to działanie niezbędne, by móc jak najdłużej wspierać wysepkowo<sup>2</sup> zachowane funkcje poznawcze, a tym samym jak najdłużej mieć możliwość kontaktu z chorym, poprawiając komfort życia jego oraz jego opiekunów.

## Metodologia

W artykule wykorzystano materiał badawczy dotyczący 76-letniej kobiety<sup>3</sup>. Badania prowadzono w warunkach domowych podczas kilkunastu spotkań.

Do oceny wykorzystano wywiad, obserwację, dane zaczerpnięte z dokumentacji medycznej, testy psychometryczne, próby kliniczno-eksperymentalne, a także swobodne techniki badawcze.

W pierwszym etapie badań dokonano oceny sprawności funkcjonowania poznawczego badanej przy użyciu MMSE<sup>4</sup>. Następnie przeprowadzono badania sprawności interakcyjnych, komunikacyjnych i językowych na podstawie obserwacji oraz wybranych prób diagnostycznych zawartych w następujących publikacjach: *Metody badania afazji* (Szumska, 1980), *Badanie neuropsychologiczne* (Szepietowska, 2000), *Bostoński test diagnostyczny do badania afazji* (Goodglas, Kaplan, 1972). Do oceny wykorzystano także test fluencji słownej<sup>5</sup> formalnej<sup>6</sup>, semantycznej<sup>7</sup> i czasownikowej<sup>8</sup> (por. Ponichtera-Kasprzykowska, Sobów, 2014;

---

<sup>1</sup> Szerzej na temat afazji pierwotnie postępującej zob. Sitek i in. (2018, s. 488–555), Olszewski (2008, s. 87–132), na temat historii terminu i wątpliwości definicyjnych zob. Jodzio (1999).

<sup>2</sup> Określenie przytoczone za T. Sobowem (2010).

<sup>3</sup> Autorka artykułu uzyskała zgodę na przeprowadzenie badań i ich publikację. Na prośbę opiekunów badanej dołożono wszelkich starań, by nie ujawnić szczegółów, mogących zdradzić jej tożsamość.

<sup>4</sup> MMSE – *Mini Mental State Examination* – narzędzie przesiewowe służące do oceny występowania i zaawansowania otępienia. Test został opracowany w 1975 r., a jego autorami są Marshal F. Folstein, Susan E. Folstein, Gary Fanjiang (Perkin, 2003, s. 78).

<sup>5</sup> Na każde ze zadań przeznaczano 60 sekund.

<sup>6</sup> Badaną proszono o wymienienie wyrazów rozpoczynających się od głoski *k* oraz *f*.

<sup>7</sup> Badaną proszono o wymienienie nazw zwierząt, a następnie ostrych przedmiotów.

<sup>8</sup> Badaną poproszono, aby wymieniła jak najwięcej czasowników, odpowiadając na pytanie: *Co robi człowiek?*

Szepietowska, Gawda, 2011); próby rozumienia znaczeń przenośnych<sup>9</sup> (por. Pąchalska, 2012, s. 392) oraz tzw. historyjki obrazkowe (3-, 4-elementowe) (Szepietowska, 2000).

W głównej części badania zastosowano 120 zdjęć<sup>10</sup>, przedstawiających desygnaty należące do 3 kategorii semantycznych, które statystycznie charakteryzuje wysoka częstotliwość użycia bądź wysoki stopień utrwalenia: 1) zwierzęta; 2) pokarmy i napoje; 3) przedmioty użytku domowego<sup>11</sup>.

Badanie składało się z następujących etapów<sup>12</sup>:

- 1) nazywanie konfrontacyjne: badaną proszono o nazwanie prezentowanego na zdjęciu obiektu, w razie niepowodzenia oceniano możliwości wyszukania nazwy na podstawie wskazówki formalnej;
- 2) ocena rozumienia nazw: badaną proszono o wskazywanie danego obiektu wśród 8 ułożonych przed nią zdjęć prezentujących desygnaty należące do tej samej kategorii semantycznej;
- 3) ocena możliwości dekodowania definiendum na podstawie definicji: badaną proszono o wskazywanie obiektu, który spełnia cechy słyszanej definicji, wśród 8 zdjęć zawierających desygnaty należące do tej samej kategorii semantycznej.

Wiele zadań zmodyfikowano tak, aby ocenić rzeczywiste możliwości poznawcze badanej, tj. możliwość kompensowania danej dysfunkcji inną modalnością; w przebiegu PPA *non fluent* należy spodziewać się dość długo utrzymywanej możliwości kreatywnej kompensacji deficytów, znacznie dłużej niż np. w otępieniu w przebiegu choroby Alzheimera. Zmodyfikowano próby:

<sup>9</sup> Badanej czytano związek frazeologiczny, a następnie proszono o jego wyjaśnienie. Ponieważ nie była ona w stanie samodzielnie udzielić odpowiedzi, czytano jej trzy zdania i proszono o wskazanie jednego, które zawierało właściwą interpretację.

<sup>10</sup> W każdej kategorii po 40. Prezentowano zdjęcia realistyczne, kolorowe, przedstawiające desygnaty na białym tle. Zdecydowano się na zdjęcia kolorowe, ponieważ użycie czarno-białych kopii znacząco ogranicza możliwości rozpoznawania takich desygnatów, jak np. sok i woda. Na przykład w KNZ wykorzystano zdjęcia z następującymi desygnatami: baran, byk, chomik, dzik, foka, gęś, hipopotam, indyk, jaszczurka, jeź, kaczka, kangur, koń, koza, krokodyl, krowa, kura, lama, lew, lis, małpa, mewa, mors, mucha, mysz, niedźwiedź, nosorożec, osa, osioł, papuga, paw, pies, rekin, sarna, sowa, struś, tygrys, wiewiórka, wilk, zebra, żyrafa.

<sup>11</sup> Wybór kategorii nie był przypadkowy, pierwsza z nich jest jedną z najwcześniej opanowywanych w toku rozwoju mowy, a pozostałe charakteryzuje wysoka częstotliwość użycia. Model dostępności leksykalnej zakłada, że szybkość i jakość przywoływania słów zależy m.in. od częstotliwości ich występowania (Gleason, Ratner, 2005, s. 184).

<sup>12</sup> Kolejne próby przeprowadzono w tygodniowych odstępach, by zniwelować wpływ uczenia się na wyniki.

kalkulii<sup>13</sup> (Szumska, 1980, s. 59), realizacji ciągów zautomatyzowanych<sup>14</sup> (Szumska, 1980, s. 20), renarracji<sup>15</sup> (Szumska, 1980, s. 54) i pamięci (Szumska, 1980, s. 67–69).

Dokonano także skróconego opisu funkcji prymarnych. Do ich oceny wykorzystano wskazówki zawarte m.in. w pracach: Litwin, Pietrzyk (2013); Gatkowskiej (2012); Jauer-Niworowskiej, Kwasiborskiej (2009).

## Opis pacjenta

Badana to matka dwójki dorosłych dzieci, z wykształcenia prawnik. W zawodzie pracowała do 66 roku życia. Jej podstawowy język to polski, dobrze posługiwała się też angielskim, знаła rosyjski.

Z obowiązków zawodowych musiała zrezygnować z powodu dość gwałtownie pogarszających się sprawności językowych. Pierwsze niepokojące objawy choroby zostały dostrzeżone przez współpracowników badanej. Ich początek rodzina odbierała jako nagły, w jej ocenie zmiany patologiczne postępowały dość agresywnie. W tym czasie nie obserwowano zaostrzenia się objawów ogólnoustrojowych, które mogłyby odpowiadać za pogorszenie funkcjonowania poznawczego badanej.

Zaburzenia poznawcze i pozapoznawcze determinują codzienne funkcjonowanie pacjentki, ponieważ wymaga ona całodobowej opieki. Nie jest w stanie samodzielnie przygotować dla siebie posiłków, ubrać się, nie orientuje się w sprawach finansowych, w wydarzeniach społecznych czy politycznych, ale jest w stanie śledzić losy bohaterów dwóch ulubionych telenowel – potrafi zaplanować swoją pobudkę tak, aby zdążyć na serial. Nie utraciła także zainteresowania swoim dotychczasowym hobby – uprawą roślin doniczkowych (pomimo znacznych niedomagań motorycznych).

---

<sup>13</sup> Apraksja ręki oraz twarzy uniemożliwiła badanej wykonanie zadań proponowanych przez J. Szumską zgodnie z instrukcją (tj. *Proszę wykonać kolejne działania na papierze* <np.>  $4 + 8 =$  czy *Proszę wykonać działania w pamięci*: <np.>  $60 + 32 =$ ), dlatego zapisywano 4 wyniki danego działania, a wśród nich jeden poprawny i proszono badaną o wskazanie właściwego.

<sup>14</sup> Ponieważ badana nie była w stanie wymienić żadnego z ciągów, zapisano poszczególne ich elementy na kartkach (np. kolejne dni tygodnia) i proszono ją o ich ułożenie we właściwej kolejności.

<sup>15</sup> W celu ustalenia, czy podstawowy deficyt w zakresie renarracji tkwił w zaburzeniach rozumienia słyszanego tekstu, zaburzeniach pamięci, czy może wynikał z obecności apraksji i agramatyzmów, zdecydowano się na uzupełnienie próby o dodatkowe pytania, które pozwoliły wskazać najbardziej prawdopodobne przyczyny zaburzeń. Wymagano odpowiedzi *tak* lub *nie*, przykładowe pytania: 1) *Czy bohaterem opowiadania był pijak?*, 2) *Czy pijak wypił wino ciepłe?*

Badana w zasadzie nie posługuje się dotychczas dominującą prawą ręką – jednostronne osłabienie kończyn bardzo często towarzyszy PPA niepełnej, podobnie jak obserwowane u pacjentki upośledzenie praktyki twarzy (por. Olszewski, 2008; Sitek i in., 2018). Badana porusza się samodzielnie, ale miewa problemy z utrzymaniem równowagi, stąd częste upadki i w konsekwencji obserwowane u niej drobne obrażenia. Przejawia nietrzymanie moczu.

Nie obserwuje się u niej anosognozji, wręcz przeciwnie – wydaje się ona mieć pełną świadomość obiektywnie istniejących zaburzeń (por. Herzyk, 2005). Nieznaczne dysfunkcje sterowania emocjami (np. nieuzasadniony płacz) zdarzają się jej głównie przy osobach z najbliższego otoczenia, a wybuchy złości w sytuacjach, gdy opiekunowie nie są w stanie zrozumieć jej komunikatów. Badana nie miewa napadów agresji. Na ogół zachowuje się bardzo stosownie<sup>16</sup>, aczkolwiek w jej zachowaniu można dostrzec swego rodzaju zdziwienie, ponieważ najchętniej pracuje, gdy ćwiczenie zawiera kolorowe pomoce przeznaczone dla dzieci.

Badana rzadko podejmuje samodzielną aktywność, jej zachowanie na ogół charakteryzuje brak napędu i aspontaniczność. Choć nie obserwuje się u niej zaburzeń wytrwałości w zakresie działań celowych, to ze względu na znaczne spowolnienie psychomotoryczne i dysfunkcje pamięci zdarza się jej zapominać, jaki jest cel zadania. Najczęściej jest świadoma tego, że jest w trakcie jego realizacji i prosi o przypomnienie polecenia.

W ocenie neurologicznej wykluczono objawy ogniskowego uszkodzenia o.u.n., stwierdzono objawy pierwotnie postępującej afazji i apraksji (mowy oraz kończyny prawej). W badaniu laboratoryjnym wyłączono czynniki mogące przyczynić się do nasilenia zaburzeń funkcji poznawczych (np. niedobory witamin). W ocenie stanu psychicznego wykluczono obecność zaburzeń nastroju, stwierdzono obecność otępienia (w aktualnym badaniu – głębokiego).

W bieżącym badaniu mózgowia pacjentki stwierdzono obecność licznych rozsianych zmian patologicznych, szczególnie nasilonych w obszarze płatów czołowych i skroniowych, wyraźny zanik lewej tylnej okolicy czołowej, a także zaniki korowo-podkorowe z poszerzeniem układu komorowego i zewnątrzmożgowych przestrzeni płynowych.

Zmiany patologiczne obserwowane u badanej narastają trwale pomimo terapii farmakologicznej, psychologicznej i logopedycznej. Nie obserwuje się fluktuacji funkcjonowania poznawczego. Przyjmowane przez badaną leki mają działanie poprawiające krążenie mózgowe i funkcjonowanie poznawcze.

Badana obecnie znajduje się pod opieką męża, syna i synowej. Przebywa w domu. Objęta jest opieką poradni specjalistycznych (geriatrycznej i neurologicznej), ma zapewnioną opiekę logopedyczną i psychologiczną.

---

<sup>16</sup> W otępieniu, któremu towarzyszy nfvPPA, chorzy bardzo często długo utrzymują wgląd, więc mogą utrzymywać kontrolę nad swoim zachowaniem (Olszewski, 2008, s. 114).

## Wyniki badań

W teście MMSE badana uzyskała 2 punkty – wynik wskazujący na obecność otępienia w stopniu głębokim. Nie była w stanie odpowiedzieć na żadne ze stawianych jej pytań dotyczących orientacji auto- i allopsychicznej. Nie wykonała zadań dotyczących pamięci chwilowej (powtórzyła tylko jeden wyraz) i odroczonej, testu odejmowania seryjnego (powtarzała wielokrotnie nagłos pierwszej liczby, po czym zrezygnowała), nazywania, powtarzania, rozumienia złożonej instrukcji słyszanej. Wykonała zadanie mające na celu ocenę rozumienia instrukcji samodzielnie czytanej. Nie wykonała próby pisania i prakcji konstrukcyjnej.

Warto podkreślić, że pacjentka każdorazowo odpowiadała, jak ma na imię, ale nie zawsze była w stanie powiedzieć, jak się nazywa, jednak poprawnie wskazywała swoje imię i nazwisko wśród 6 przypadkowych, zapisanych na kartce. Podobnie prawidłowo wskazywała obecny rok i datę, kiedy się urodziła.

Próby mające na celu ocenę rozumienia mowy wykazały nieznaczne trudności badanej w dekodowaniu zdań o prostych konstrukcjach składniowych typu: *Proszę wskazać drzwi; Proszę zamknąć oczy i otworzyć usta; Czy korek utonie w wodzie?* (prawidłowo 75%) (Szumska, 1980, s. 43; Goodglass, Kaplan, 1972; zadanie III, próby nr 3–4). Próbom towarzyszyło znaczne spowolnienie psychomotoryczne. Większość poleceń powtarzano kilkukrotnie. Pacjentka nie wykonywała instrukcji wymagających rozumienia złożonych relacji syntaktyczno-semantyczno-logicznych między słowami typu: *Proszę otworzyć zeszyt i położyć na nim długopis* (Szumska, 1980, s. 43). Miała znaczące problemy z rozumieniem konstrukcji składniowych, w których koduje się nie bezpośrednio, lecz logiczne stosunki, a także zdań zawierających konstrukcje przyimkowe. Trudniej było jej zrozumieć konstrukcje z dopełniaczem atrybutywnym aniżeli częstkowym (por. Łuria, 1976).

Można założyć, że pacjentka rozumiała prosty humor sytuacyjny, zareagowała bowiem śmiechem po usłyszeniu opowiadania *O pijaku* (Szumska, 1980, s. 54) oraz *O trębacz* (Goodglass, Kaplan, 1972; próba nr 7).

Znacznie gorsze rezultaty uzyskano w próbach oceniających możliwość rozumienia znaczeń przenośnych. Spośród pięciu prezentowanych jej zdań prawidłowo wskazała wyjaśnienie tylko dwóch z nich. Zaburzenia tego typu można rozpatrywać w kontekście dysfunkcji wykonawczych – tendencję do nadmiernie konkretnej i dosłownej interpretacji zwrotów o znaczeniu przenośnym można wiązać nie tylko z utratą wiedzy językowej, lecz także z brakiem możliwości zablokowania automatycznie nasuwających się skojarzeń pojęciowych (to tzw. defekt kontroli wykonawczej zakorzeniony w języku) (por. Jodzio, 2008; Domagała, 2015).

Badana nie wykonała zadań dotyczących narracji. W próbie autonarracji<sup>17</sup> na prośbę, by opowiedziała o sobie udało jej się wypowiedzieć tylko: *Tak, ja, ja,*

---

<sup>17</sup> Szerzej na temat narracji i jej opisu zob. Domagała (2015), Woźniak (2005), por. też Grabias (2015).

... (po czym westchnęła z rezygnacją). W próbie renarracji, w której wykorzystano powyżej wspomniane opowiadanie *O pijaku* (Szumska, 1980, s. 54), sformułowała jedynie zdanie: *No ta ta ta<sub>kie...</sub><sup>18</sup>, co<sub>s</sub> wypić...*, a komunikat uzupełniła gestykulacją. Trudno określić, jak szybko badana traciła dane niezbędne do budowania wypowiedzi, o zachowanej w jakiejś części kontroli zwrotnej, mimo bardzo długiego czasu przetwarzania, pozwala sądzić brak przypadkowych skojarzeń, a także to, że odpowiedziała poprawnie na 4 z 5 pytań dotyczących usłyszanego tekstu.

W próbie opisu ilustracji – *Podkradanie ciasteczek* (Goodglas, Kaplan, 1972) – pacjentka nie była w stanie zbudować sceny narracyjnej ani linii narracji. Nie miała możliwości stosowania typowych dla opisu formuł rozpoczynających. Pojawily się szczątkowe odniesienia do prezentowanych treści w postaci pojedynczych wyrazów (np. *No, no mama!*). Jej wypowiedzi pozbawione były warstwy informacyjnej (w zasadzie nie notowano jednostek semantycznych w zebranych próbkach narracji).

Znaczne zaburzenia kompetencji syntaktycznych obserwowane u badanej są efektem nawarstwiających się dysfunkcji, w głównej mierze: apraksji, obecności agramatyzmów i logoklonii. Utrata wątku wypowiedzi to również skutek dysfunkcji pamięci operacyjnej i zaburzeń aktualizacji słów, ponieważ zaangażowanie znacznej części zasobów poznawczych w poszukiwanie określonego słowa powodowało, że badana nie była w stanie wrócić do pierwotnego planu wypowiedzi i kontynuować rozpoczętego zdania (por. Sitek, 2018).

Próby mające na celu ocenę zdolności postrzegania ciągów przyczynowo-skutkowych przez badaną, polegające na układaniu tzw. „historyjek obrazkowych”, sugerują obecność dysfunkcji złożonych procesów myślowych (Szepietowska, 2000, s. 87–89). Pacjentce udało się ułożyć jedynie mało skomplikowaną, 3-elementową historyjkę (Szepietowska, 2000, s. 86).

Struktura dialogu współtworzonego przez chorą była bardzo zaburzona (por. Warchała, 1991; Domagała 2007; 2018). Obserwowano apraksję mowy, brak płynności słowa, logoklonię, styl telegraficzny, mowę skandowaną, zaimkową, brak gotowości słowa, bardzo liczne wypełniacze, tj. nieokreślone frazy, chrząknięcia itd.

Pacjentka próbowała współuczestniczyć w dialogu, ale rzadko go inicjowała, głównie w sytuacji, gdy chciała się przywitać lub pożegnać (stosowała wówczas adekwatne, choć bardzo zniekształcone formuły powitalne) bądź zaspokoić swoją aktualną potrzebę, okazjonalnie zdarzało się jej nawiązać dialog w celu wyrażenia swojej opinii. Badana adekwatnie do intencji wypełniała dialog tworzywem mimicznym i gestykulacją, odgrywały one istotną rolę komunikacyjną, zazwyczaj

---

<sup>18</sup> W indeksie dolnym zapisano słowa, fragmenty słów wymawiane przez badaną bardzo cicho, z tendencją do zanikania.

to one były nośnikami informacji. Pacjentka przestrzegła zasady naprzemienności ról. Gdy nie była w stanie wyartykułować tego, co chce, oczekiwała, że współrozmówca lub jej opiekun uzupełni część jej repliki. Jej szczątkowe odpowiedzi na niewymagające rozbudowanych konstrukcji pytania, wydawały się adekwatne w takim zakresie, w jakim można je ocenić.

Badana miała znaczne problemy z realizowaniem zautomatyzowanych ciągów słownych – nie była w stanie rozpocząć żadnego z nich samodzielnie. Obserwowano brak płynności słowa, zacinanie się, logoklonię, perseweracje. W dodatkowych próbach, polegających na układaniu w odpowiedniej kolejności kartek z zapisanymi elementami ciągów, popełniła nieliczne błędy, ale wykonanie zadań zajmowało jej dużo czasu, np. szeregowanie nazw dni tygodnia trwało ponad 10 minut! Badana po znalezieniu kolejnej nazwy odczytywała ją, ale zapomniała o ułożeniu w ciągu, co wskazuje na upośledzenie funkcji wykonawczych, których zadaniem jest kontrola zgodności realizacji zadania z celem.

Badana wykonała nieliczne zadania wymagające powtarzania<sup>19</sup>. Prawidłowo powtórzyła 88% samogłosek i spółgłosek, 60% sylab. Większe trudności notowano podczas powtarzania par sylab (42% prawidłowych powtórzeń), krótkich 1–2 sylabowych słów (44%) oraz par słów (20%). Badana nie była w stanie powtórzyć wyrazów powyżej trzech sylab, podobnie nie powtarzała neologizmów strukturalnych, serii słów i zdań. Możemy mówić o kilku warunkach poprawnego powtarzania, pierwszy to sprawne działanie kory słuchowej, drugi kory zaśrodkowej (kinestetycznej), warunkującej precyzyjną artykulację, trzeci to możliwość przełączania się z jednej artykulemy na drugą, co wymaga plastyczności kory przedruchowej lewej półkuli, czwartym jest możliwość abstrahowania od dobrze utrwalonych stereotypów i hamowanie ubocznych alternatyw, co jest realizowane przy bezpośrednim udziale płatów czołowych (Łuria, 1976, s. 338–339; por. też Panasiuk, 2013). U badanej podstawowy deficyt wynikał przede wszystkim z dysfunkcji obszaru drugiego i trzeciego.

Pacjentka czytała prawidłowo większość z prezentowanych jej liter (88%), popełniła kilka błędów realizacyjnych, np. (F) *we, weł*, (w) *we*, (h) *hu*, (Ł) *łu*, (m) *mem*. W czytanych przez nią tekstach pojawiały się liczne zniekształcenia, elizje trudnych realizacyjnie dźwięków, powtórzenia, powracanie do zrealizowanych już fragmentów (sylab) tekstu, np. (Na wiosnę kwitną drzewa) *Wio, wiesz, kwia, kwio, drzew*. Nie do końca radziła sobie ze śledzeniem kolejnych linijek tekstu, co świadczy o zakłóceniach mechanizmu przeszukiwania wzrokiem wersów słów (por. Domagała, 2017). Tempo czytania było znacznie spowolnione, płasz-

---

<sup>19</sup> Znaczącą rolę w czynności powtarzania przypisuje się pęczkowi łukowatemu, który skupia włókna kojarzeniowe łączące przednią i tylną część „obszaru mowy” i decyduje o połączeniu czuciowego i ruchowego aspektu czynności mówienia, w tym powtarzania (Panasiuk, 2013, s. 50).



czynna suprasegmentalna bardzo zaburzona. Neologizmy strukturalne, których umiejętność czytania uważa się za miarę czystego przetwarzania fonologicznego (ponieważ badany nie może kompensować swoich trudności za pomocą wiedzy leksykalnej czy gramatycznej), pacjentka czytała kilkakrotnie z licznymi błędami realizacyjnymi, uproszczeniami, wyraźnie dając do zrozumienia, że nie rozpoznaje logatomów.

Zauważalna była znaczna dysproporcja pomiędzy możliwością głośnego czytania a czytaniem bezgłośnym ze zrozumieniem. Badana dość dobrze radziła sobie zwłaszcza podczas czytania krótkich zdań (por. Domagała, 2017; Marczevska, 1994).

Pacjentka nazwała prawidłowo 98% prezentowanych jej liczb jednocyfrowych, popełniła jeden błąd spostrzegania: (zero) *oko* (zaśmiała się i skomentowała:) *oko <sup>powe</sup> działam*. Nie była w stanie nazwać liczb składających się z dwu i więcej cyfr, ale je rozpoznawała. Charakter popełnianych błędów wskazuje, że podstawową dysfunkcją w tym obszarze należy wiązać z obecnością logoklonii i apraksji mowy, np. (30) *ość*, (3001) *o to to to dłu...*, (12) *dwa, dwa, dwa*, (102) *sto?* Popępiała także błędy rzędowej oceny liczb, np. (301) *trzydzieści...* Znaczny deficyt dotyczył rozpoznawania znaków symbolicznych. Nie identyfikowała cyfr rzymskich. Pacjentka nie wykonała zadań tekstowych o złożonej strukturze logiczno-semantyczno-gramatycznej – najprawdopodobniej to efekt zaburzeń wykonawczych, tj. możliwości wytworzenia ogólnego planu operacji quasi-przestrzennych i możliwości jej realizacji (por. Łuria, 1976). Rozwiązała proste działania arytmetyczne (np.  $5 - 3$ ,  $10 + 7$ ), wybierając jeden z prezentowanych jej czterech wyników (por. Szumska, 1980, s. 60).

Pacjentka nie wykonała żadnej z prób pisania (tj. przepisywania, pisania ze słuchu, pisania spontanicznego i pisania zautomatyzowanych formuł). Podstawowy deficyt wynikał z zaburzeń możliwości odtwarzania wzorców pamięciowych aktu danego ruchu – apraksji (por. Domagała, 2017; Widła, 1986). Nie była zatem w stanie przystąpić do testu rysowania zegara<sup>20</sup>.

Nie orientowała się w położeniu znaków (Szumska, 1980, s. 64). Prawidłowo rozpoznała mapę Polski i wskazała 5 z 5 miast (Łódź, Warszawa, Zakopane, Gdańsk, Kraków) (Szumska, 1980, s. 65).

Nie wykonała żadnego z trzech prezentowanych jej zadań mających na celu ocenę pamięci (tj. pamięci bezpośredniej, z dystrakcją słuchową i dystrakcją wzrokową) (por. Szumska, 1980, s. 67–69). Ponieważ spodziewano się takiego wyniku, wykonano trzy dodatkowe próby mające na celu ocenę pamięci wzrokowej (badanej zaprezentowano 5 ilustracji, a następnie poproszono o ich

---

<sup>20</sup> Test pozwala m.in. na ocenę sprawności wzrokowo-przestrzennych oraz myślenia abstrakcyjno-pojęciowego (por. Krzyżmiński, 1995; Schulman, Shedletsky, Silver, 1986).

wskazanie wśród 10 innych bez konieczności nazywania), badana wskazała 4 ilustracje prawidłowo. Kolejne dwie próby, wykonane z zastosowaniem dystraktora słuchowego, w dalszej kolejności wzrokowego, nie powiodły się.

Badana nie była w stanie wykonać żadnego z zadań w zakresie fluencji słownej. Można zakładać istnienie kilku powodów jej zniesienia. Prymaryny wynikał zapewne z apraksji mowy oraz zaburzeń dostępu do wiedzy formalnej – fonologicznej postaci wyrazu. W dalszej kolejności zaburzeń wiedzy semantyczno-leksykalnej i dysfunkcji wykonawczych (tj. wadliwej organizacji i strategii myślenia). W najmniejszym zakresie można je łączyć z zaburzeniami pamięci i uwagi (por. Jodzio, 2006).

W obszarze funkcji prymarnych dostrzegalna była dyskretna dysfunkcja w zakresie gryzienia i żucia. Spożywanie pokarmów zajmuje badanej bardzo dużo czasu, ale nie obserwuje się krztuszenia czy dławienia (por. Jauer-Niworowska, Kwasińska, 2009; Litwin, Pietrzyk, 2013; Gatkowska, 2012).

### Ocena możliwości nazywania konfrontacyjnego

Ocena ilościowa możliwości nazywania konfrontacyjnego wskazuje na bardzo duży deficyt w tym obszarze, w zasadzie adekwatny do poziomu otępienia (por. tabela 1).

Liczba udzielonych prawidłowych odpowiedzi w kategorii nazw zwierząt (KNZ) stanowiła zaledwie 12,5% (bez namysłu badanej udało się wypowiedzieć jedynie leksem *pies*), w kategorii nazw pokarmów i napojów (KNPN) badana użyła prawidłowej nazwy jedynie w odniesieniu do 10% prezentowanych jej desygnatów (np. *jaja<sub>ja</sub>, piz<sub>za</sub>*). Samodzielnie nie przywołała żadnego leksemu z kategorii nazw sprzętów domowych (KNSD), ale to w tej kategorii utworzyła najwięcej konstrukcji opisowych i reagowała najżywiej.

Wśród charakterystycznych zjawisk obserwowano<sup>21</sup>: ominięcia, realizacje niesystemowe – neologistyczne, peryfrazy – konstrukcje opisowe, często połączone z kompensacją za pomocą gestów, nasiloną tendencją do quasi-nominacji, parafazje semantyczne – błędy semantyczne, syndrom TOT, parafazje fonologiczne. Notowano także błędy spostrzegania.

We wszystkich kategoriach najliczniej notowano ominięcia. Pacjentka nie zareagowała w żaden sposób, mimo wyraźnego skupienia na zadaniu, na 40% desygnatów z KNZ, 27,5% z KNPN i 25% z KNSD.

---

<sup>21</sup> W prezentowanym zadaniu wartości procentowe wyliczono, uwzględniając każdorazowe pojawienie się danego zjawiska w odpowiedzi pacjentki, np. (lama) *Tak, ale, ale, wysok taka, <sub>wy</sub>soka taka, lapec*; w ocenie ilościowej uwzględniono pojawienie się zarówno konstrukcji opisowej, jak i neologistycznej, a zatem dwóch zjawisk w odniesieniu do jednego desygnatu.

Komentarzem *nie wiem*, świadczącym nie tylko o zaburzeniach leksykonu, lecz także zaburzeniach słownika semantycznego badana opatrzyła 5% zdjęć z KNZ, 7,5% z KNPN, 0% z KNSD. Przyjmując istnienie co najmniej dwóch poziomów wyszukiwania wyrazów, gdzie pierwszy poziom odpowiada dostępowi do wiedzy semantyczno-leksykalnej, a drugi do wiedzy formalnej – fonologicznej postaci wyrazu, odpowiedzi *nie wiem* mogą świadczyć o zaburzeniu wyszukiwania słów na poziomie pierwszym (por. Rutkiewicz-Hanczewska, 2016; 2018).

Kilkukrotnie pojawiły się komentarze typu: *Chyba wiem, ale nie mogę pome*, które wskazują na dostęp do pierwszego ze wspomnianych poziomów, tj. dostęp do wiedzy semantyczno-leksykalnej przy zablokowanym dostępie do poziomu drugiego, formalnego.

Dość licznie notowano realizacje niesystemowe – pseudowyrazy, najczęściej w KNPN – 22,5%, np. (żółty ser) *To jest tu t y*; (wino) *Kazi y*; w KNSD – 17,5%, np. (pralka) *No py wopchodzi no parpan*; (talerz) *ga tata ek*; a w KNZ badana opatrzyła nimi 12,5% desygnatów, np. (kura) *zaa, ładna p<sub>h</sub>ul*; (lama) *Tak, ale, ale, wysok taka<sub>wy</sub>, soka taka, lapec*; (słoń) *To toj jest sła<sub>pec</sub>*.

Do realizacji niesystemowych zaliczyć należy także dźwięki namysłu, np. *yyy, myy, chych, chy*, dźwięki nieartykułowane: chrząknięcia, zająknięcia, westchnięcia. Świadczą one o podjętym wysiłku poszukiwania nazwy, na ogół pojawiały się po nich konstrukcje opisowe lub konstrukcje będące formą quasi-nominacji. Najczęściej notowano je w odniesieniu do desygnatów z KNZ – 32,5%, nieco mniej w pozostałych: 25% w KNPN, 20% w KNPN. Rejestrowano także realizacje niesystemowe, którym nie towarzyszyły żadne słowa treściowe czy gestykulacja.

W chwili braku możliwości odnalezienia poszukiwanej nazwy badana dość często spoglądała na opiekuna, oczekując, że ten udzieli za nią odpowiedzi. Najczęściej prośbę uzupełniała nieartykułowanym dźwiękiem o charakterze nakazu.

Efektom braku gotowości słowa były liczne peryfrazy. Uważa się, że tworzenie konstrukcji opisowych wymaga wysokiej sprawności językowej i w szczególności sposobu odzwierciedla obniżenie kompetencji metajęzykowej jako podstawy umiejętności definiowania pojęć (Domagała, 2019). Jednak możliwość korzystania z nich, nawet w ograniczonym zakresie, może wskazywać, że badana posiadała pewną wiedzę na temat prezentowanego jej desygnatu, choć niewystarczającą, by pobudzić proces wyszukiwania adekwatnych nazw i ich realizacji, co potwierdzają odpowiedzi typu: (kogut) *Tak, tak, wiem, wy<sub>soki</sub>*. Najliczniejsze konstrukcje opisowe zanotowano w KNSD, opatrzone nimi aż 40% desygnatów, np. (kubeczek) *To malutkie yy mm*; (widelec) *Ta ta<sub>kie</sub> jem je takie os<sub>tr</sub>e*, z czego dokładnie 50% połączona była z gestykulacją, np. (łodówka) *Myy y<sub>chy</sub> y<sub>y</sub>, to j<sub>est</sub> u otwiera się ni<sub>ktjo</sub> sakis, tamtam rzeczy, jeszcze jeszcze* (badana naśladowała ruch otwierania łódki i układania na jej półkach rzeczy); (wanna) *Najlepsza czeczęść, taka się siada* (badana odtworzyła gestem wygląd wanny, naśladowała ruch mycia się<sub>się</sub>); (czajnik) *y<sub>y</sub> To się, to się h<sub>y</sub> he no<sub>gotu</sub> je<sub>lo</sub> da* (pacjentka w dość ograniczony sposób próbowała naśladować czynność nastawiania wody na herbatę).

Badana zastosowała konstrukcje opisowe w odniesieniu do 22,5% prezentowanych jej desygnatów z KNPN. Zawierały one niewiele słów treściowych, były też znacząco krótsze od tych notowanych w KNSD. Zazwyczaj obejmowały wyrażone w sposób szczątkowy wskazania na temat funkcji lub cech fizycznych desygnatów, np. (mleko) *No, taki taki...bia<sub>ly</sub>, no tata kieke*; (kielbasa) *To no to <sup>takie</sup> i <sup>tu</sup> <sup>tu</sup> <sup>takie</sup> chudedo ta <sup>kieke</sup>*; (szynka) *Jeje je <sup>dze jedze y</sup> chyba taka dodo <sup>bra</sup>*. W kilku przypadkach badana uzupełniła komunikat gestem, np. (masło) *Na, y, y... , do m... jem* (pacjentka naśladowała w tym czasie ruch smarowania pieczywa masłem).

W KNZ badana utworzyła konstrukcje opisowe w odniesieniu do 30% prezentowanych jej desygnatów. Część zawierała informacje dotyczące np. cech fizycznych: (mors) *Takie wie wielkie yy*; (tygrys) *Taaki wielki*; (żyrafa) *Ooo! <sup>wys</sup> oka*; oceny: (małpa) *Yyy, <sup>takatak</sup> śmie <sup>szk</sup> a* bądź charakterystycznych zachowań: (kret) *O <sup>ilo</sup> my, co <sup>si</sup> nasem, <sup>usty</sup> kopie*. Także w tej kategorii gest odgrywał istotną rolę informacyjną i uzupełniał komunikat werbalny, np. (wąż) *Takiki <sup>grycl</sup> yyy* (tu badana kiwała głową, a ręką odwzorowała wygląd zwierzęcia, zaznaczając wyraźnie, że jest ono długie).

Wszystkie peryfrazy miały charakter fragmentaryczny i zazwyczaj zawierały cechy definicji konotacyjnych (skojarzenia z obiektem, jego wyglądem, funkcją). Składały się z licznych zaimków, tzw. mowa zaimkowa (por. Domagała, 2018, s. 79), czasem przymiotników (na ogół odnoszących się do cech fizycznych), a także pseudowyrzów, wykrzyknień, chrząknięć. Pomimo obserwowanego braku dostępu do poszukiwanego słowa badana wielokrotnie żywo reagowała na prezentowane jej obiekty, sugerując, że obraz rozpoznaje. Potwierdzają to też szczątkowo przytaczane cechy desygnatów, jednak nazbyt ogólne, by dokonać kategoryzacji zjawisk, ale sugerujące, że pacjentka posiada na ich temat pewną wiedzę pojęciową, np. (hipopotam) *Takie wie, wielkie yy*; (łóżko) *takie taki wielkie*; (nóż) *no no mały*, to element tzw. „mowy pustej”.

Ponadto rejestrowano odpowiedzi, w których brakowało jakichkolwiek wyrazów treściowych (obecne były głównie wykrzyknienia, chrząknięcia, pseudowyrazy), a funkcję opisu pełnił gest i jedynie on pozwalał ocenić poprawność rozpoznania desygnatu, np. (fotel) *To takie* (badana pokazywała, że przedmiot ten jest duży i służy do siedzenia); (telewizor) *Yyy, hy... no* (badana naśladowała czynność posługiwania się pilotem do telewizora, dość niezgrabnie odtworzyła lewą ręką wygląd ekranu); (komoda) *Y, y, ouuu, tky* (pokazywała, że jest to coś kwadratowego, naśladowała ruch wysuwania szuflad); (wielbłąd) *kiki <sup>wycl</sup> yyy*, (badana potakiwała, lewą ręką odwzorowała wygląd zwierzęcia, zaznaczając wyraźnie, że ma dwa garby).

Badanie ukazało nasiloną tendencję do quasi-nominacji. W zasadzie większość konstrukcji opisowych była zbudowana w sposób typowy dla mowy zaimkowej. Zauważalna była nieznaczna niezgodność formy gramatycznej zaimków (rodzaju, liczby, przypadku) w funkcji tzw. metatekstowych

protez zaimkowych z poszukiwanym słowem. Badanej zdarzało się też stosować zaimki bez wyraźnego dążenia do poszukiwanej nazwy, posługiwała się wówczas nimi tak, jakby były one nośnikami znaczenia. Odnosiło się wrażenie, że nie odczuwa ona potrzeby dookreślenia wypowiedzi, a takie zachowanie można tłumaczyć brakiem możliwości przyjęcia perspektywy rozmówcy (Domagała, 2018), np. (lis) *Yhm ten, tak!*; (cukierek) *Tak ten*; (pączek) *Yyy ten*; (taca) *No ta*.

Błędy semantyczne zanotowano w odniesieniu do 7,5% desygnatów z KNPN oraz 2,5% z KNSD. Badana przywołała hiperonim: (herbata) *woda*, kohiponim: (sok) *ym picie uuu*, odnotowano także meronim: (chleb) *k<sub>r</sub>o<sub>mka</sub>ka*. Generowanie nazwy z kategorii nadrzędnej czy kohiponimicznej, meronimicznej, wskazuje na deficyt pamięci semantycznej, wyrażający się upośledzeniem możliwości identyfikacji specyficznych, niezbędnych dla pojęcia cech, a także możliwości utrzymania wyników decyzji poznawczych w pamięci (por. Grossman i in., 2001, s. 265–276).

Dostrzeżono tylko jeden błąd użycia nazwy spoza badanej kategorii semantycznej, wynikający prymarnie z nieuwzględnienia przez badaną ekstensji – informacji, że stale nazywa obiekty przedstawiające napoje lub potrawy, w konsekwencji wodę w szklance opatrzyła nazwą *kukubek* (kohiponim w odniesieniu do szklanki). Zjawisko to może świadczyć o zaburzeniach funkcji wykonawczych, których zadaniem jest kontrola przebiegu próby, w tym utrzymanie zgodności odpowiedzi ze wskazanym kryterium (por. Piskunowicz i in., 2013, s. 477; Biechowska i in., 2012, s. 46).

Syndrom *mam to na końcu języka* (TOT) – konsekwencja anomii (por. Kiełlar-Turska, Byczewska-Konieczny, 2014; Rutkiewicz-Hanczewska, 2016; 2018) – ujawniał się dostępem prawie wyłącznie do cech semantycznych poszukiwanych słów. Zazwyczaj jako pierwsza ujawnia się wiedza formalna, tj. np. przekonanie, na jaką głoskę rozpoczyna się poszukiwany wyraz, z ilu składa się sylab, do jakiej kategorii gramatycznej należy itd. (Rutkiewicz-Hanczewska, 2016, s. 91). W omawianym typie afazji dostęp do tego typu wiedzy zazwyczaj jest bardzo ograniczony. Badana tylko raz podczas całego badania była w stanie przywołać cechę fonologiczną poszukiwanego leksemu: (lustro) *To je<sub>st</sub> tu!* (badana wskazała lustro)<sup>22</sup> *l...<sub>no w</sub> iem!*

Liczne parafazje fonologiczne pojawiały się zazwyczaj w komentarzach, nie zaś w pożądanym nazwach. Stan ten należy wiązać z ogólnie niewielką liczbą przytoczonych, poszukiwanych leksemów. W KNZ stanowiły 7,5% realizacji, np. (ryba) *Luba, ee! Lyba*; (osa) *Oca<sub>oca</sub>*; w KNPN 5%, np. (banan) *lubie!<sub>baba</sub> ban*, nie notowano ich w KNSD.

<sup>22</sup> Wskazanie desygnatu w chwili braku dostępu do jego nazwy to tzw. gest deiktyczny.

Tabela 1. Ocena ilościowa możliwości nazywania konfrontacyjnego

| Nazwa kategorii semantycznej                      |            | NZ    | NPN   | NSD   |
|---|------------|-------|-------|-------|
| Liczba nazw prawidłowych                          |            | 10%   | 10%   | 0%    |
| Ominięcia, komentarz <i>nie wiem</i>              |            | 45%   | 35%   | 25%   |
| Pseudowyrazy                                      |            | 12,5% | 22,5% | 17,5% |
| Dźwięki nieartykułowane                           |            | 32,5% | 25%   | 20%   |
| Quasi-nominacja                                   |            | 25%   | 20%   | 30%   |
| Konstrukcje opisowe, konstrukcje werbalno-gestowe |            | 30%   | 22,5% | 42,5% |
| Błędy semantyczne                                 | hiperonimy | 0%    | 2,5%  | 0%    |
|   | kohiponimy | 0%    | 2,5%  | 0%    |
|   | metonimy   | 0%    | 2,5%  | 0%    |
| Parafazje fonologiczne                            |            | 7,5%  | 5%    | 0%    |
| TOT   |            | 2,5%  | 0%    | 0%    |

Źródło: opracowanie własne.

## Ocena możliwości wyszukania nazwy po udzieleniu wskazówki fonetycznej

W chwili braku dostępu do poszukiwanego słowa badanej udzielano wskazówki o charakterze formalnym, podając jej pierwszą głoskę, a w przypadku niemożności przywołania adekwatnego leksemu jego kolejne sylaby bądź części.

Wśród obserwowanych tendencji, pojawiających się w realizacjach pacjentki, w pierwszej kolejności wymieniłem małą efektywność wskazówek. Podpowiedzi w postaci pierwszej głoski nie były skuteczne, badanej udało się odszukać tylko jedną nazwę w KNZ (lama: l...) *la... lama*<sup>23</sup>. W pozostałych kategoriach ten typ wskazówek był zupełnie nieskuteczny. Większą efektywność obserwowano po podaniu pierwszej sylaby: w KNPN badanej udało się wygenerować aż 30% leksemów, np. (bułka: buł..., buł...) *bułki*; (kurczak: kur...) *kru* (kur...) *ku<sub>rcz</sub>ak*; (mleko: mle...) *mleko*; (szynka: szy...) *szy<sub>ja</sub>* (szyn...) *hy* (szyn...) *kank, szynka*; (zupa: zu..., zu...) *zupa, ale ma ra, mało jej<sub>siee jee</sub>*; w KNZ było to 27,5%, np. (tygrys: tyg...) *ty<sub>g</sub>rys*; (koza: ko..., ko...) *koza*; a w KNSD 15%, np. (sedes: se..., se...) *se* (se...) *de, se<sub>des</sub>*; (wanna: wan...) *no* (wan...) *wanna*.

<sup>23</sup> W nawiasie zapisano leksem odnoszący się do wskazywanego badanej desygna-tu, po dwukropku – część cytowanego jej leksemu, poza nawiasem – realizację pacjentki. W ocenie procentowej (por. tabela 2) uwzględniano realizację najbliższą poprawnej, a zatem tu: wyraz *lama*.

Zwiększenie zakresu podpowiedzi, poprzez dodanie kolejnej sylaby lub głoski, było mało skuteczne, w KNSD owocowało przytoczeniem jedynie jednej nazwy: (kubek: ku...) *kuu* (kube...) *ku<sub>be</sub>k*; podobnie w KNPN: (paluszki: pa..., pa..., palu..., palusz...) *kiki*, *p<sub>ayylusz</sub>ki*; w KNZ tylko dwóch, np. (zając: za..., za...) *zaa* (zają...) *zaa<sub>zając</sub>*. Nieskuteczność podpowiedzi mogła być powodowana dwoma czynnikami, na co wskazują charakterystyczne reakcje pacjentki. W pierwszej kolejności zaburzeniami programowania fonologicznego, o czym świadczą komentarze, które sugerują, że badana identyfikowała słyszany fragment leksemu z właściwym desygnatem i leksemem, np. w KNZ: (owca: ow..., ow..., ow...) *tak!*; w KNPN: (miotła: mio..., mio..., miot...) *tata tak*; w KNSD: (umywalka: umy...) *tak!* (umywal...) *tak*. W drugim przypadku badana najprawdopodobniej nie identyfikowała zarówno bodźca wzrokowego, jak i słuchowego, np. w KNSD: (prysznic: pry...) *pry* (prysz..., prysznic) *szyni*; (pralka: pral...) *pra*, (pralka) *ala*; w KNZ (niedźwiedź: nie...) *ny* (niedź...) *niw*.

Bezowocne powtarzanie podpowiadanej części leksemu najliczniej rejestrowano w KNZ – w odniesieniu do 12% desygnatów, w pozostałych po 10%. Wśród powtórek obserwowano repetycje poprawne, ale bez możliwości ich rozwinięcia, np. (nosorożec: no...) *no* (no...) *no* (noso..., nosorożec) *ro*; (mikser: mi... mi...) *mi* (mikse) *miks?*; (naleśnik: na...) *na* (nale...) *yma* (naleś...) *na le*. Badana generowała także formy świadczące o znacznym nasileniu logoklonii, uniemożliwiający jej prawidłową realizację wyrazu<sup>24</sup>, np. (lis: l..., li..., li...) *lili* (li...) *li*; (cola: ko...) *koko<sub>k</sub>* (ko...) *koko<sub>k</sub> yhm!*; (fotel: fo..., fo, fofo (fo...)) *fof*. Obserwowano też przykłady, które można rozpatrywać w kontekście dysfunkcji wykonawczych – niemożności zablokowania automatycznie nasuwających się reakcji werbalnych (defekt kontroli wykonawczej zakorzeniony w języku) (por. Jodzio, 2008; Domagała, 2015), np. (krokodyl: kroko...) *dyl*; (wiewiórka: wie..., wiewiór...) *kaka* (wiewiór...) *ka*; (suszarka: su..., suszar...) *ka* (suszar) *ka*.

Wśród reakcji badanej rejestrowano dość liczne parafazy fonologiczne. Najliczniejsze w KNSD stanowiły aż 25% reakcji, np. (garnek: gar...) *gaagarek* (gar...) *garga*, *gar<sub>k</sub>*; (kuchenka: ku..., kuchen...) *henke*, *kuchenkeke*; (lodówka: lo..., lodu...) *lodziufka*; w KNPN 15%, np. (herbata: he) *he* (her...) *a!* *herba*; a w KNZ 10%, np. (hipopotam: hi...) *hipootan*; (kan...) *kan* (kan...) *kan<sub>gul</sub>*.

Nieco mniejszy odsetek stanowiły pseudowyrazy – formy tak zniekształcone, że nie sposób dopatrywać się w nich jakiegokolwiek podobieństwa do oczekiwanych leksemów. Najliczniej notowano je w KNSD – 20%, np. (pralka: pral...) *pr<sub>aw</sub>ra* (pral...) *do...* (pralka) *krka nak, man, man*; w pozostałych kategoriach nieco mniej, tj. 12,5% w KNZ, np. (koń: ko...) *ko<sub>ca</sub>* (ko...) *ko<sub>mn</sub>*; oraz 10% w KNPN, np. (kielbasa: kiel..., kiel..., kielba...) *acha!* (kielba...) *papa*.

<sup>24</sup> Nie można z całą pewnością wykluczyć tego, że badana nie rozpoznała bodźców (słuchowego lub/i wzrokowego).

Zanotowano tylko 2 przykłady parafazji semantycznych (w KNZ), a mechanizm ich generowania był dość podobny. Badanej udzielono podpowiedzi, podając część leksemu, np. „mors” (mo...), w odpowiedzi pacjentka przywołała tzw. *bloker*: *morze, ili, ili, ili*, czyli słowo styczne semantycznie z poszukiwanym. Generowanie wyrazów „intruzów” to efekt rozprzestrzeniania się aktywacji na pojęcia związane z poszukiwanym. Podobieństwo semantyczne lub fonologiczne *blokera* do właściwego słowa sprawia, że to bardziej dostępne w danej chwili zostaje przywołane, a proces poszukiwania zostaje zakończony (por. Kielar-Turska, Byczewska-Konieczny, 2014).

Tabela 2. Ocena ilościowa możliwości nazywania konfrontacyjnego po udzieleniu wskazówki o charakterze formalnym

| Możliwość wyszukania nazwy po udzieleniu wskazówki fonetycznej |   | NZ    | NPN   | NSD   |
|--|---|-------|-------|-------|
| Skuteczność udzielanych podpowiedzi                            | po podaniu pierwszej głoski                       | 2,5%  | 0%    | 0%    |
|  | po podaniu pierwszej sylaby                       | 27,5% | 30%   | 15%   |
|  | po podaniu dwóch i więcej sylab lub części wyrazu | 5%    | 2,5%  | 2,5%  |
| Podpowiedź nieskuteczna  | realizacja części leksemu                         | 12,5% | 10%   | 10%   |
|  | ominięcia   | 25%   | 32,5% | 27,5% |
| Parafazje semantyczne  |   | 5%    | 0%    | 0%    |
| Parafazje fonologiczne   |   | 10%   | 15%   | 25%   |
| Pseudowyrazy   |   | 12,5% | 10%   | 20%   |

Źródło: opracowanie własne.

## Ocena rozumienia nazw i możliwości ich identyfikacji z desygnatem

W kolejnej części badania oceniano poziom rozumienia słyszanych przez pacjentkę nazw i możliwość ich identyfikacji z desygnatem – proszono ją o wskazanie zdjęcia odpowiadającego słyszanej nazwie, wśród 8 należących do tej samej kategorii semantycznej. Badana poprawnie wskazała 80% desygnatów z KNZ, 70% w KNPN i tylko 65% w KNSD.

We wszystkich kategoriach notowano oznaki wahania wyrażane werbalnie i prozodycznie, np. (koza) *Koza? No too to?*; (mikser) *Mytse?*; (prysznic) *Priszi? To?*; (dżem) *Dżem... to chyba to...*; (sok) *Sok?... Tak?*

Najczęstszą przyczyną braku reakcji badanej były zaburzenia wzrokowej lub słuchowej możliwości identyfikacji bodźca. Nie notowano komentarzy *nie wiem*. O zniesieniu możliwości zarówno rozpoznania desygnatu, jak i braku rozumienia



słyszanego leksemu mogą świadczyć błędne wskazania, które trudno wyjaśnić jakimkolwiek podobieństwem funkcji czy cech desygnatów, np. kurczak: (wskazanie) *szklanka z herbatą*; paluszki: (wskazanie) *mleko*.

W kilku przypadkach badana udzieliła wskazówki semantycznej na temat leksemu, którego nazwę usłyszała, ale nie była w stanie go wskazać, np. w KNZ: (motyl) *Ma, ma, mały*, (papuga) (badana roześmiała się i dodała:) *Mómówi*; w KNSD (filiżanka) *Do kawy<sub>wy</sub>*. Błędy tego typu mogą sugerować, że pacjentka posiadała pewną wiedzę semantyczną na temat poszukiwanej nazwy, ale zaburzenia identyfikacji wzrokowej bodźców uniemożliwiły jej rozpoznanie desygnatu.

Notowano także nieliczne błędy o podłożu semantycznym, wynikające z podobieństwa cech (rzadziej funkcji) desygnatów, np. w KNPN: masło: (wskazanie) *lody*; wino: (wskazanie) *sok*; w KNSD: lodówka: (wskazanie) *kuchenka*; wanna: (wskazanie) *mydło*; w KNZ: kret: (wskazanie) *mysz*.

Każda z prób zajmowała badanej od 10 do nawet 60 sekund. Polecenie powtarzano mniej więcej co 20 sekund, ale konieczność przypominania badanej o realizowanym zadaniu nie wynikała prymarnie z zaburzeń mechanizmu kontroli realizacji zadania, a raczej z zaburzeń pamięci, ponieważ była ona świadoma, że jest w trakcie jego wykonywania<sup>25</sup>.

Tabela 3. Ocena ilościowa możliwości rozumienia nazw i ich identyfikacji z desygnatem

| Badana kategoria semantyczna                                      | NZ  | NPN   | NSD |
|---|-----|-------|-----|
| Prawidłowe wskazania  | 80% | 75%   | 65% |
| Błąd identyfikacji wzrokowej i słuchowej bodźca                   | 5%  | 12,5% | 10% |
| Błędy o podłożu semantycznym                                      | 5%  | 15%   | 10% |
| Zaburzenia identyfikacji wzrokowej (zachowana wiedza semantyczna) | 10% | 0%    | 5%  |
| Brak reakcji  | 0%  | 2,5%  | 10% |

Źródło: opracowanie własne.

## Wskazywanie desygnatu na podstawie słyszonej definicji

Ostatnie z zadań miało na celu ocenę możliwości wyszukiwania definiendum na podstawie usłyszonej definicji. Badaną proszono, by wskazywała odpowiadające danemu opisowi zdjęcie (desygnat) bądź przywołała nazwę spełniającą podane kryteria.

<sup>25</sup> Nasilenie się niniejszego zjawiska wiąże się z uszkodzeniami kory przedczołowej (por. Kielar-Turska, Byczewska-Konieczny, 2014).

Najwięcej prawidłowych realizacji – aż 70% odnotowano w KNZ, w dalszej kolejności w KNSD – 57,5% oraz 50% w KNPN.

Badana użyła nazw w odniesieniu do 18% definicji z KNSD, w pozostałych kategoriach po 10%. Czasem dodatkowo uzupełniała realizację (wypowiedziany wyraz, wskazanie) komentarzem lub dźwiękiem nieartykułowanym.

Rejestrowano komentarze sugerujące, że badana nie była do końca pewna swojej decyzji, np. (mikser) *Co to ma<sup>bybyć</sup>? Może ten... miks?*; (świnia) *Małe? Hy? Świ<sup>nia</sup>?*; (jajka) *Tak, tak, ych, no to...<sup>hy to</sup> to jajka?*; (chleb) *Nie wiem, wie<sup>lkie</sup>?*

Zdarzały się realizacje, które wskazywały, że była ona całkowicie pewna, o który desygnat jest pytana, np. (stół) *„stól! Ooo! To wiem! W 87% obecność komentarzy wiązała się z prawidłowym wskazaniem bądź przywołaniem nazwy desygnatu.*

Notowane błędy miały na ogół charakter semantyczny. Polegały na wyborze desygnatów, które spełniały tylko wybrane kryteria podawanych definicji. Najwięcej notowano ich w KNZ, ich podstawą była styczność w zakresie podobieństwa cech fizycznych desygnatów, np. zebra: „duże afrykańskie zwierzę roślinożerne, charakteryzuje je sierść w paski [...]”, badana wskazała tygrysa; bądź innych cech, np. środowiska życia, dzik: „zwierzę średniej wielkości, podobne do świni, żyjące np. w polskich lasach”, badana wskazała wiewiórkę. W kategoriach NPN i NSD pomyłki wynikały z podobieństwa funkcji bądź przeznaczenia desygnatów, np. zupa: „rodzaj płynnej potrawy, podawanej zwykle na obiad [...]”, badana podała nazwę *szynka*; czajnik: „rodzaj naczynia, w którym możemy ugotować wodę na herbatę [...]”, badana wskazała Kuchenkę i dodała: *To chyba to...*

Notowano nieliczne błędy użycia nazwy w jakimś zakresie stycznej semantycznie z poszukiwanym leksemem, ale prawidłowo wskazanym desygnacie, np. mleko (...) *No, kr<sup>ow</sup>, taka ka, kak<sup>aa</sup>.*

Kilkukrotnie komentarz wskazywał, że badana dokonała prawidłowego dekodowania definicji, ale zaburzenia na poziomie wyszukiwania leksykalnego bądź programowania fonologicznego i dodatkowo umiejętności wzrokowej identyfikacji desygnatu, uniemożliwiły jej wykonanie zadania, np. osioł: „ssak podobny do konia [...], charakteryzuje się dużą głową, długimi uszami [...]”: *Wiem! Uparty*; wilk: „drapieżny ssak, podobny do psa, ale żyjący dziko w stadach, watachach, poluje np. na sarny, dziki”: *Acha, ym, o Boże!* (mimika i gestykulacja badanej wskazywała, że wiedziała, że jest to groźne zwierzę); tyżka: „sztuciec składający się z trzonka i miseczki, służy do spożywania pokarmów płynnych [...]”: *Tak! takta mała, do e baty.*

Nieliczne pomyłki powodowane były niewłaściwym, trudnym do wyjaśnienia dekodowaniem definicji, np. wino: „napój alkoholowy robiony z owoców, najczęściej winogron, może być białe, różowe, czerwone, jego smak może być słodki, półsłodki, wytrawny, Pani lubi półsłodki”, odpowiedź badanej: *ser* (bez wskazania).

Tabela 4. Ocena ilościowa możliwości wskazywania desygnatów na podstawie słyszanej definicji

| Kategoria semantyczna   |   | NZ   | NPN | NSD   |
|---|---|------|-----|-------|
| Prawidłowe wskazanie/użycie właściwej nazwy   |   | 70%  | 50% | 57,5% |
| Błędy semantyczne   | styczność w zakresie podobieństwa cech desygnatów | 10%  | 0%  | 0%    |
|   | styczność w zakresie funkcji                      | –    | 15% | 12,5% |
| Brak reakcji lub odpowiedź <i>nie wiem</i>  |   | 10%  | 30% | 27,5% |
| Prawidłowe dekodowanie definicji, brak możliwości przywołania nazwy i wzrokowego identyfikowania bodźca |   | 7,5% | 0%  | 2,5%  |

Źródło: opracowanie własne.

### **Porównanie możliwości nazywania konfrontacyjnego, wyszukiwania nazwy po uzyskaniu wskazówki formalnej, rozumienia nazw oraz umiejętności rozpoznawania definiendum na podstawie definicji**

Porównanie możliwości nazywania konfrontacyjnego, efektywności wyszukiwania nazwy po uzyskaniu wskazówki formalnej, rozumienia nazw oraz umiejętności wskazywania definiendum na podstawie definicji wskazuje na znaczne dysproporcje pomiędzy możliwością realizacji nazwy a jej identyfikacji – możliwością jej rozumienia. Wiedza pojęciowa, a także kompetencja poznawcza pacjentki utrzymują się w stanie znacząco lepszym aniżeli można by się tego spodziewać w głębokim stopniu otępienia, np. w przebiegu otępienia w chorobie Alzheimera (por. Domagała, 2015).

### **Podsumowanie**

Mowa, którą posługuje się badana, jest ogólnikowa, pusta, bez słów kluczowych, z dostępem do zaimków, wykrzyknień i z bardzo ograniczonym dostępem do przymiotników, czasowników i rzeczowników. Dominuje anomia fonologiczna z przewagą zaburzeń na poziomie programowania fonologicznego, ze względny zachowaniem poziomu wyszukiwania leksykalnego (zaznaczyć jednak należy, że w tym w stopniu otępienia należy spodziewać się współlistnienia różnych typów anomii, także na poziomie wyszukiwania semantycznego), a zaburzenia potęguje nasilona logoklonia i apraksja.

Analiza uzyskanych wyników badań i obserwacja pacjentki wskazują na znacząco lepszy stan kompetencji interakcyjnych, społecznych i częściowo językowych

pacjentki niż odpowiadających im sprawności. Kompetencja poznawcza badanej wydaje się również znacząco wyższa aniżeli sprawność poznawcza, która pozwala jej na bardzo ograniczoną możliwość operowania segmentami wiedzy.

Ocena sprawności interakcyjnych badanej uwidacznia dość dobrze zachowane rozumienie zachowań niewerbalnych i dysfunkcje w zakresie rozumienia zachowań werbalnych w zależności od poziomu ich komplikacji leksykalno-semantyczno-składniowej. Badana ma nieznacznie zaburzoną możliwość kreowania zachowań niewerbalnych i znacząco upośledzoną możliwość kreowania zachowań werbalnych. W nielicznie i szczątkowo generowanych przez badaną komunikatach nie obserwuje się nieadekwatności w odniesieniu do uczestników interakcji czy nieadekwatnych społecznie zachowań językowych.

Zaburzenia sprawności komunikacyjnych, tj. sprawności społecznej, sytuacyjnej i pragmatycznej, mają charakter wtórny i wynikają z dysfunkcji sprawności językowych. U ich podłoża tkwi: obecność apraksji, agramatyzmu, dysfunkcje programowania fonologicznego, wyszukiwania leksykalnego, a także w mniejszym zakresie dysfunkcje w obszarze słownika semantycznego.

W zakresie sprawności językowych zauważalna jest wyraźna dysproporcja pomiędzy możliwością rozumienia i rozpoznawania jednostek podsystemów językowych a możliwością ich realizacji, z wyraźną przewagą tej pierwszej, co jest typowe dla przebiegu nfvPPA (por. Sitek, 2018, s. 69).

## Wskazania terapeutyczne

W omawianym typie afazji, ze względu na szybką progresję objawów, terapia powinna mieć charakter wielospecjalistyczny, a oddziaływania logopedyczne powinny być na stałe w nią wpisane (Wójcik-Topór, 2018, s. 462).

Rehabilitacja powinna być ukierunkowana na podtrzymywanie wszystkich aspektów komunikacji. Ponieważ podstawowe deficyty wynikają z apraksji, logoklonii oraz obecności agramatyzmów, znaczną uwagę trzeba skupić na łagodzeniu problemów we wskazanych obszarach.

Terapia nastawiona na redukcję objawów apraksji i logoklonii może opierać się na metodach wykorzystywanych w rehabilitacji przejawów apraksji oralnej poudarowej, a także terapii afazji ruchowej eferentnej i aferentnej. W podtrzymywaniu kompetencji syntaktycznych można wykorzystywać metody stosowane w terapii afazji ruchowej transkorowej (Sitek i in., 2018, s. 501). Objawy nasilającej się anomii można łagodzić metodami wykorzystywanymi w postępowaniu typowym dla terapii afazji amnestycznej (por. Rutkiewicz-Hanczewska, 2016).

Ze względu na przewidywalny wzorzec progresji objawów – nasilającą się apraksję, w procesie terapeutycznym należy unikać wprowadzania form komunikacji zastępczej wykorzystującej gest (por. Sitek i in., 2018).

## Bibliografia

- Biechowska D., Kaczmarek I., Witkowska M., Steinborn B. (2012), *Przydatność prób fluencji słownej w diagnozie różnicowej zaburzeń neurologicznych u dzieci i młodzieży*, „Neurologia Dziecięca”, nr 21, 42, s. 45–51.
- Domagała A. (2007), *Zachowania językowe w demencji*, t. 20, seria „Komunikacja Językowa i Jej Zaburzenia”, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Domagała A. (2015), *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Domagała A. (2017), *Zaburzenia komunikacji pisemnej u osób z chorobą Alzheimera*, [w:] *Zaburzenia komunikacji pisemnej*, red. A. Domagała, U. Mirecka, Harmonia, Gdańsk, s. 524–545.
- Domagała A. (2018), *Zaburzenia sprawności dialogowych w chorobie Alzheimera. Charakterystyka*, [w:] *Choroba Alzheimera. Zaburzenia komunikacji językowej*, red. A. Domagała, E. Sitek, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 100–124.
- Domagała A. (2019), *Rozpad sprawności leksykalnych u pacjenta z otępieniem umiarkowanym w chorobie Alzheimera*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 3, s. 45–61.
- Gatkowska I. (2012), *Diagnoza dyzartrii w neurologii klinicznej*, WUJ, Kraków.
- Gleason J. B., Ratner N. B. (2005), *Psycholingwistyka*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Goodglass H., Kaplan E. (1972), *Bostoński test diagnostyczny do badania afazji (Boston Diagnostic Aphasia Examination)*, Lea & Febiger, Filadelfia.
- Grabias S. (2003), *Język w zachowaniach społecznych*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Grabias S. (2015), *Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 955–995.
- Grossman M., Robinson K., Bernhardt N., Koenig P. (2001), *A rule-based categorization deficit in Alzheimer's Disease?*, „Brain and Cognition”, nr 45, s. 265–276.
- Herzyk A. (2005), *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- ICD-10 (2008), *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10*, [www.csioz.gov.pl/interoperacyjnosc/klasyfikacje/](http://www.csioz.gov.pl/interoperacyjnosc/klasyfikacje/) (dostęp: 12.12.2019).
- Jauer-Niworowska O., Kwasiborska J. (2009), *Dyzartria. Wskazówki do diagnozy różnicowej poszczególnych typów dyzartrii*, Komlogo, Gliwice.
- Jodzio K. (1999), *Afazja pierwotna postępująca*, Wydawnictwo UG, Gdańsk.
- Jodzio K. (2006), *Neuropoznawcze korelaty spadku fluencji słownej po udarze prawej półkuli mózgu*, „Studia Psychologiczne”, nr 44 (2), s. 5–18.
- Jodzio K. (2008), *Neuropsychologia intencjonalnego działania. Koncepcje funkcji wykonawczych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Kielar-Turska M., Byczewska-Konieczny K. (2014), *Specyficzne właściwości posługiwania się językiem przez osoby w wieku senioralnym*, [w:] *Biomedyczne podstawy logopedii*, red. S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska-Bray, Harmonia, Gdańsk, s. 429–443.
- Kozubski W., Liberski P. P. (2014), *Neurologia. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.

- Krzywiński S. (1995), *Test rysowania zegara*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, nr 4, suplement I (2), s. 21–30.
- Litwin M., Pietrzyk I. (2013), *Diagnoza i terapia dysfagii*, Komlogo, Gliwice.
- Luria A. R. (1976), *Podstawy neuropsychologii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Marczewska H. (1994), *Zaburzenia językowe w demencji typu Alzheimerera i demencji wielozawalowej*, [w:] *Nie tylko afazja...*, red. H. Marczewska, E. Osiejuk, Energeia, Warszawa, s. 7–60.
- Olszewski H. (2008), *Otępienie czołowo-skroniowe. Ujęcie neuropsychologiczne*, Impuls, Kraków.
- Panasiuk J. (2013), *Afazja a interakcja. Tekst – metatekst – kontekst*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Pąchalska M. (2012), *Afazjologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa–Kraków.
- Perkin D. (2003), *Neurologia w praktyce lekarza ogólnego*, Via Medica, Gdańsk.
- Piskunowicz M., Bieliński M., Zgliński A., Borkowska A. (2013), *Testy fluencji słownej – zastosowanie w diagnostyce neuropsychologicznej*, „Psychiatria Polska”, nr XLVI (3), s. 475–485.
- Ponichtera-Kasprzykowska M., Sobów T. (2014), *Adaptacja i wykorzystanie testu fluencji słownej na świecie*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, nr 14 (3), s. 178–187.
- Rutkiewicz-Hanczewska M. (2016), *Neurobiologia nazywania. O anomii prioprialnej i apelatywnej*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Rutkiewicz-Hanczewska M. (2018), *Wiek a nazywanie. Procesy wyszukiwania słów w starszym wieku*, [w:] *Gerontologopedia*, red. W. Tłokiński, S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Harmonia, Gdańsk, s. 241–269.
- Schulman K. L., Shedletsky R., Silver I. L. (1986), *The Challenge of Time: Clock Drawing and Cognitive Function in the Elderly*, „Geriatric Psychiatry”, vol. 1, s. 135–140.
- Sitek E. (2018), *Mowa w chorobie Alzheimerera*, [w:] *Choroba Alzheimerera – zaburzenia komunikacji językowej*, red. A. Domagała, E. Sitek, Harmonia, Gdańsk, s. 62–70.
- Sitek E., Barczak A., Kluj-Kozłowska K., Harciarek M. (2018), *Afazja pierwotnie postępująca – diagnostyka różnicowa i terapia*, [w:] *Gerontologopedia*, red. W. Tłokiński, S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Harmonia, Gdańsk, s. 488–522.
- Siuda J., Opala G. (2012), *Diagnostyka różnicowa otępienia*, [w:] *Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego*, red. M. Zabawa, MediSfera, Otwock, s. 41–49.
- Sobów T. (2010), *Praktyczna psychogeriatrya: rozpoznawanie i postępowanie w zaburzeniach psychicznych u chorych w wieku podeszłym*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław.
- Szepietowska E. M. (2000), *Badanie neuropsychologiczne. Procedura i ocena*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Szepietowska E. M., Gawda B. (2011), *Ścieżkami fluencji werbalnej*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Szumaska J. (1980), *Metody badania afazji*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Warchala J. (1991), *Dialog potoczny a tekst*, Wydawnictwo UŚ, Katowice.
- Widła T. (1986), *Cechy płci w piśmie ręcznym*, Wydawnictwo UŚ, Katowice.
- Woźniak T. (2005), *Narracja w schizofrenii*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Wójcik-Topór P. (2018), *Niefarmakologiczne metody oddziaływań na funkcje poznawcze w otępieniach*, [w:] W. Tłokiński, S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, *Gerontologopedia*, Harmonia, Gdańsk, s. 488–522.

## **Summary**

This article assesses the competences and interactive, communication and language skills (with particular emphasis on lexical-semantic skills) of patients diagnosed with primary non-fluent aphasia and deep dementia. The comparison was made to indicate proportions in the field of preserved abilities and deficits in the area of abovementioned abilities and to show the necessity of using detailed speech therapy in the discussed type and degree of dementia. It is necessary to be able to support islet-preserved selected cognitive functions for as long as possible, and thus to have the possibility of contact with the sick for as long as possible, improving the comfort of his and his caregivers' lives. The article uses research material about a 76-year-old woman.