


Renata Gliwa\*

 <https://orcid.org/0000-0003-2231-9197>

## OCENA SPRAWNOŚCI I KOMPETENCJI JĘZYKOWYCH, KOMUNIKACYJNYCH I KULTUROWYCH KOBIETY ZE ZDIAGNOZOWANYM ZESPOŁEM PSYCHOORGANICZNYM<sup>1</sup>

THE ASSESSMENT OF LANGUAGE, COMMUNICATION AND CULTURE  
SKILLS AND COMPETENCE OF A WOMEN DIAGNOSED WITH  
PSYCHOORGANIC SYNDROME

**Keywords:** psychoorganic syndrome, dementia, interaction, communication and language competence and skills

**Słowa kluczowe:** zespół psychoorganiczny, otępienie, kompetencje i sprawności interakcyjne, komunikacyjne i językowe

### 1. WPROWADZENIE

Zespół psychoorganiczny to odchylnie w stanie psychicznym, uwarunkowane uszkodzeniem lub dysfunkcją struktur mózgu [por. Prusiński, 1998; Kozubski, Liberski, 2014]. Wiąże się on z występowaniem zaburzeń psychicznych przejawiających się w sferze behawioralnej, społeczno-emocjonalnej, poznawczej i komunikacyjnej [por. Bilikiewicz, Strzyżewski, 1992; Olszewski, 2008; Panasiuk, 2015a; 2015b]. Według ICD-10 wyróżnia się kilka postaci klinicznych zespołu: typ charakteropatyczny (F07), typ oligofreniczny (F70-F79) oraz typ dementywny, będący

---

\* Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 91-404 Łódź, e-mail: [renata.gliwa@uni.lodz.pl](mailto:renata.gliwa@uni.lodz.pl).

<sup>1</sup> Miejsce pierwotnej publikacji „Logopaedica Lodziensia” 2020, nr 4. Tytuł oryginału: *Speech therapy Case Study of Patient Diagnosed with the Frontal Psychoorganic Syndrome*.

przedmiotem niniejszego omówienia [por. ICD-10, 2008]. W jego obrębie wyróżnia się [por. Herzyk, 2005; ICD-10, 2008; Panasiuk, 2015a]:

- otępienie w chorobie Alzheimera (F00): o wczesnym (F00.0) i późnym początku (F00.1), otępienie atypowe lub mieszane (F00.2), otępienie nieokreślone (F01.9);
- otępienie naczyniowe (F01): o ostrym początku (F01.0), wielozawałowe (F01.1), podkorowe (F01.2), mieszane korowe i podkorowe (F01.3), inne (F01.8), nieokreślone (F01.9);
- otępienie w chorobach klasyfikowanych gdzie indziej (F02): w chorobie Pica (F02.0), w chorobie Creutzfelda-Jacoba (F02.1), w chorobie Huntingtona (F02.2), w chorobie Parkinsona (F02.3), HIV (F02.4) i innych (F02.8);
- otępienie bliżej nieokreślone (F03);
- organiczny zespół amnestyczny niewywołany alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi.

Celem niniejszych rozważań jest ocena kompetencji i sprawności interakcyjnych, komunikacyjnych i językowych oraz innych wybranych funkcji poznawczych kobiety z rozpoznaniem zespołu psychoorganicznego, wskazanie objawów psychogennych, determinujących zaburzenia interakcji obserwowane u badanej oraz określenie patomechanizmu zaburzenia.

W literaturze znajdujemy niewiele opracowań poświęconych analizie zaburzeń komunikacji w przebiegu zespołu psychoorganicznego [por. Panasiuk, 2015a, s. 1025–1058; 2015b, s. 81–112].

## 2. METODOLOGIA BADAŃ

Proces opisu zmian wywołanych obecnością zespołu psychoorganicznego wymaga zastosowania podejścia ilościowo-jakościowego, musi uwzględniać ocenę wielospecjalistyczną, ponieważ przebieg procesów chorobowych może być zróżnicowany i w różnym wymiarze obejmować zaburzenia kontroli zachowania, emocji, funkcji poznawczych, a nawet sprawności motorycznych [por. Panasiuk, 2015a; 2015b].

Badanie poprzedzono zapoznaniem się z danymi dotyczącymi historii choroby pacjentki, a także informacjami z wywiadu z opiekunami badanej oraz z nią samą [por. Siuda, Opala, 2012; Panasiuk, 2015a; 2015b].

Do przesiewowej oceny funkcjonowania poznawczego badanej wykorzystano Mini Mental State Examination oraz test rysowania zegara [por. Krzymiński, 1995]. Do szczegółowej oceny kompetencji i sprawności interakcyjnych, komunikacyjnych i językowych wykorzystano skalę komunikacji niewerbalnej [Pąchalska, 2012], test autorstwa Joanny Szumskiej zawarty w publikacji *Metody badania afazji* [1980], próby mające na celu ocenę możliwości tworzenia narracji (autonarracji, renarracji

[Szepietowska, 2000], opisu [Szumska, 1980]). Wykonano test mianownictwa<sup>2</sup>, próby rozumienia przenośni<sup>3</sup>, próby rozumienia humoru sytuacyjnego [Goodglass, Kaplan, 1972, próby 7–8], test fluencji słownej<sup>4</sup> (obejmujący fluencję semantyczną: nazwy zwierząt, ostrych przedmiotów, miast, państw, rzek; fluencję formalną: głoski *f, k* oraz fluencję w zakresie czasowników – zadaniem badanej było udzielenie odpowiedzi na pytanie *co robi człowiek?*).

### 3. OPIS PRZYPADKU

Badana w momencie prowadzenia niniejszej oceny miała 68 lat<sup>5</sup>. Ma dwójkę dzieci. Obecnie znajduje się pod opieką rodziny. Uzyskała wykształcenie średnie, była pracownikiem administracji. Jest praworęczna. Według córki miała dobrze rozwinięte relacje społeczne.

W wieku 65 lat rozpoznano u niej zespół psychoorganiczny czołowy. Prymarne, niepokojące objawy choroby dostrzeżone zostały przez rodzinę około 8 lat temu. Jako pierwsza ujawniła się duża drażliwość i chwiejność emocjonalna. Według córki mama stawiała się kłótniwa, podejrzliwa, momentami alogiczna, powoli wycofywała się z relacji społecznych.

Stan pacjentki znacząco pogorszył się około 4 lata temu po upadku – złamała wówczas kość udową, według danych nie doznała urazu głowy. Po zdarzeniu w okresie rehabilitacji fizycznej zauważono u niej zaburzenia pamięci oraz brak motywacji do podejmowania jakiegokolwiek wysiłku fizycznego i psychicznego. Wówczas została skierowana na konsultację neurologiczną i psychiatryczną, zdiagnozowano u niej zespół psychoorganiczny.

W aktualnym badaniu CT stwierdzono obecność licznych zmian patologicznych, szczególnie nasilonych w obszarze płatów czołowych, a także zaniki korowo-podkorowe z poszerzeniem układu komorowego i zewnątrzmoźgowych przestrzeni płynowych. Widoczne obszary demielizacyjne w obrębie płatów czołowych przypisano przewlekłym procesom niedokrwiennym. W opinii neurologa większość

<sup>2</sup> Test opracowany na podstawie propozycji Marii Pąchalskiej [2012].

<sup>3</sup> Próby opracowane na podstawie propozycji Marii Pąchalskiej [2012]. Zadaniem badanej było wyjaśnienie, co oznaczają przenośnie: *ręka rękę myje, leje jak z cebra, serce z kamienia, trafiła kosa na kamień*.

<sup>4</sup> Test fluencji słownej opracowano i oceniono, odwołując się do publikacji: Ewy Małgorzaty Szepietowskiej i Beaty Gawdy [2011], Ewy Małgorzaty Szepietowskiej i Joanny Lipian [2012], Małgorzaty Piskunowicz i innych [2013], Emilii Sitek i innych [2014]. Przyjęty w każdej próbie czas na wykonanie zdania to 60 sekund [por. Piskunowicz i in., 2013].

<sup>5</sup> Uzyskano zgodę na przeprowadzenie badania i jego publikację.

obserwowanych zmian patologicznych odpowiada zespołowi przypodstawnemuczołowemu o typie dementywnym.

W skali Barthel kobieta uzyskała 15 punktów. Poza jedzeniem nie wykonuje samodzielnie czynności samoobsługowych (nie odczuwa też takiej potrzeby).

Charakteropatia wyraża się u badanej brakiem samopoznania i samoświadomości, zaburzeniami wglądu, fałszywymi przekonaniem na temat otoczenia, brakiem poczucia choroby i niepełną świadomością obiektywnie istniejących zaburzeń [por. Herzyk, 2005].

Obserwuje się u niej dużą zmienność w zakresie zachowania i sterowania emocjami, badana bardzo łatwo przechodzi od stanu euforii do krótkotrwałych wybuchów złości i agresji. Bardzo często koncentruje się na tematach powiązanych z seksem, nie jest to jednak dowcipkowanie, raczej forma agresji słownej, rozhamowania seksualnego [por. Łuria, 1976; Olszewski, 2008]. Badana bardzo rzadko podejmuje jakąkolwiek aktywność, jej zachowanie charakteryzuje brak napędu i aspontaniczność. Obserwuje się także zniesioną wytrwałość w zakresie działań celowych. Badana wykonuje czynności tylko wtedy, gdy jest przekonana, że zakończą się powodzeniem, natomiast w przypadku trudności rezygnuje z zadania, niejednokrotnie zachowując się przy tym agresywnie.

Badana realizuje swoje potrzeby bez zważania na następstwa i reguły społeczne (pozostawienie przy niej jakiegokolwiek rzeczy kończy się jej kradzieżą). Ma tendencję do żarłoczności [por. Olszewski, 2008]. Obserwuje się u niej zakłócenia mózgowych procesów pobudzania i hamowania działań, na przykład nieustanne składanie i rozkładanie koca. Jej myślenie charakteryzuje ukonkretnienie postawy wobec rzeczywistości.

Obecnie większość czasu spędza w łóżku. Według opinii lekarza ma ona możliwość samodzielnego poruszania się. Zaprzestano jednak prób pionizacji badanej ze względu na jej opór. Według relacji córki kobieta od czasu do czasu porusza się samodzielnie w nocy (np. rano znajdowano w jej pościeli różne przedmioty).

Przyjmowane przez badaną leki mają działanie przeciwzkrzepowe, przeciwoleżynowe i doraźne – przeciwbólowe.

## 4. WYNIKI BADAŃ

### 4.1. Orientacja auto- i allopsychiczna

Na podstawie wyników testu MMSE u badanej stwierdzono otępienie w stopniu głębokim (9 punktów). Badana miała zaburzoną orientację autopsychiczną. Podała jedynie podstawowe informacje na swój temat, co było mocno uzależnione od jej nastroju. Nie była w stanie opowiedzieć swojego życiorysu, odpowiadała jednak na pytania dotyczące jej osoby. W odpowiedziach popełniała błędy faktyczne, omijała ważne fakty, przedstawiała epizody, konfabulowała, na przykład: *(Jak się Pani*

nazywa?)<sup>6</sup> *Jak się n... nazywam... tak Jadwiga [...]. (Ile Pani ma lat?) Proszę kochanie? (Ile Pani ma lat?) Lat... ja ja nie liczyłam ostatnio, bo wszystkie mi się pokręciły i chciałabym przeprosić... (A tak mniej więcej ile?) Ja nie mogę mieć mniej albo więcej, jak jestem po... polatana dziewczyna. (Kim jest Pani z zawodu?) Ja jestem sanitariuszem, ucząca się nauki i rozmowy z właścicielami, żadnej opieki... (Na czym polegała ta praca?) Na niczym nie polegała, wszystko srały i pierdziały...*

Okazjonalnie prawidłowo przywoływała informacje dotyczące swojego otoczenia (orientacja allopsychiczna), najczęściej jednak jej odpowiedzi były nieadekwatne, na przykład: *(W jakim kraju mieszkamy?) Mieszkałyśmy! [kobieta poprawiła badającą] W Rosji, dochodzenie do... do określonych myślących słów, które pozwalają poprosić o coś albo przeprosić, sytuację... (W jakim kraju się znajdujemy?) Kochana Polska, urodzona, usiusiana i po... polana...*

#### 4.2. Test rysowania zegara

Wielokrotnie podejmowano próbę przeprowadzenia zadania dotyczącego gnozzji zegarowej, za każdym razem jednak bez powodzenia. Odmowa wykonania próby może wskazywać na brak motywacji wskutek upośledzenia funkcji wykonawczych. Ponieważ kobieta z reguły nie wykonywała zadań, w przypadku których spodziewała się, że sobie nie poradzi, można założyć obecność zaburzeń zdolności planowania, upośledzenie pamięci wzrokowej, upośledzenie zdolności wizualizacji, a tym samym zaburzeń wzrokowo-przestrzennych i zaburzeń myślenia abstrakcyjno-pojęciowego [por. Krzymiński, 1995; Schulman, Shedletsky, Silver, 1997]. Wnioszek ten potwierdzają kolejne próby (opisane w dalszej części artykułu), ukazujące urealnienie myślenia badanej.

#### 4.3. Ocena sprawności dialogowej

Struktura dialogu współtworzonego przez badaną była bardzo zaburzona [por. Warchala, 1991; Domagała, 2007]. Kobieta współuczestniczyła w dialogu, ale rzadko go inicjowała. Incydentalnie był to dialog mający na celu zaspokojenie jej potrzeb fizycznych. Adekwatnie do intonacji wypełniała go tworzywem mimicznym i gestykulacją. Zazwyczaj nie przestrzegała zasady naprzemienności ról, jej wypowiedzi miały charakter monologów, nie dążyła do podtrzymania dialogu. Stosowała niewiele pytań, ale robiła to poprawnie, zachowując odpowiednią intonację. Jej odpowiedzi bywały adekwatne tylko na początku wypowiedzi, potem gubiła cel, zbacziała z tematu, na przykład: *(Co to jest? [twarz kobiety]) Do nikogo nie jest podobna i nie jest ładna, zwyczajne ślipia ma... jakby miała takie ładne jak twoje*

<sup>6</sup> W nawiasie okrągłym, kursywą zapisano słowa wypowiedziane przez badacza, w nawiasie kwadratowym przytoczono nazwy desygnatów przedstawianych na ilustracjach, zdjęciach. Poza nawiasem, kursywą, zapisano słowa badanej, incydentalnie w kolejnym kwadratowym nawiasie, bez użycia kursywy, opisano jej niewerbalne reakcje.

*to byłoby śliczność..., jaka ja wpatrzona w ciebie jestem...* Jej repliki były pełne błędów logicznych, semantycznych, fleksyjnych i składniowych. Zauważalne były także amnestyczne ubytki słów, mimo to nie notowano konstrukcji opisowych, raczej różnego typu parafazy semantyczne czy fonetyczne. W jej wypowiedziach obecne było także zjawisko natłoku mowy, tj. wzrost ilości mowy spontanicznej w porównaniu do oczekiwań, na przykład: (*Jak się pani czuje?*) *Przeciętnie jak starsza osoba, przychodzi do zgody historii i prosi o rachunek za złe zachowanie...;* przy jednoczesnym ubóstwie treści, na przykład: (*Co Pani jadła dziś na śniadanie?*) *A nic nie jadłam, kubeczek mały, nieduży, żeby przeszedł przez gardło, żeby nie zatrzymywał się w niedokończony jedzeniu w gardle, to są serdecznie...* Po pojawieniu się dystraktora, badana nie wracała do tematu (to cecha tzw. mowy roztargnionej). Bardzo często jej odpowiedzi miały charakter uskokowy, zaskakujący, na przykład: *Aż głowa boli od głupot wysłuchiwanie... (Źle się Pani czuje?) Nigdy nie czuje się jak głupia, która głupoty gada przez lampę, ale ludzie tak robią.*

W przypadku osób, które lubiła, adekwatnie stosowała formuły powitalne – często towarzyszyło im duże nacechowanie emocjonalne, na przykład: *Dzień dobry, księżniczko moja kochana!*

#### 4.4. Ocena rozumienia wypowiedzi

Próby mające na celu ocenę dekodowania mowy przez badaną wykazują niewielkie trudności w zakresie rozumienia pojedynczych wyrazów (tj. nazw przedmiotów, czynności, części ciała itd.) oraz rozumienia prostych konstrukcji zdaniowych typu: *Proszę zamknąć oczy i otworzyć usta. Proszę wskazać podłogę, sufit i ścianę.* Badana wykonała poprawnie 80% tego typu zadań, wyjątkowo nie komentowała prób, w trakcie ich realizacji nie obserwowano opóźnienia psychomotorycznego.

Nie wykonywała instrukcji wymagających rozumienia złożonych relacji syntaktyczno-semantyczno-logicznych między słowami typu *brat ojca to...* (wymagano podania rozwiązania) czy *proszę otworzyć zeszyt i położyć na nim długopis* (wymagano realizacji), miała zatem znaczące problemy z rozumieniem konstrukcji składniowych, w których koduje się nie bezpośrednio, a logiczne stosunki, czy zdań zawierających konstrukcje przyimkowe. Trudniej było jej zrozumieć konstrukcje z dopełniaczem atrybutywnym niż cząstkowym [por. Łuria, 1976].

Badana nie rozumiała humoru sytuacyjnego [Goodglass, Kaplan, 1972, próby 7–8], prezentowane jej przerośnięcie wyjaśniała w sposób konkretny, co przemawia za obecnością globalnych zaburzeń funkcjonowania językowego. Zaburzenia tego typu można rozpatrywać w kontekście dysfunkcji wykonawczych – tendencja do nadmiernie konkretnej i dosłownej interpretacji zwrotów o przerośniętym znaczeniu wynika nie tylko z utraty wiedzy językowej, ale także z niemożności zablokowania automatycznie nasuwających się skojarzeń pojęciowych, których badana nie

potrafiła kontrolować i zahamować (to tzw. defekt kontroli wykonawczej zakorzeniony w języku) [por. Jodzio, 2008; Domagała, 2015].

#### 4.5. Ocena możliwości realizacji ciągów zautomatyzowanych

Badana nie miała możliwości wymieniania ciągów zautomatyzowanych, jak na przykład nazw dni tygodnia czy miesięcy, które wymagają zaangażowania strategii prawopółkulowych [por. Szepietowska, Lipian, 2012]. Próbę podejmowano kilka razy – za każdym bez powodzenia, na przykład: (*Proszę wymienić dni tygodnia.*) *Dzień tygodnia, a ten co siedzi i pisze na pisanym...* [badana komentowała zdjęcie z leżącej obok gazety] *Tamta, mił... miła pani i leży na takiej kanapie, wczesna jest i trzyma obie łapy coś, a ja to tylko trzymam obie łapy koło szyi...* Nawet w sytuacji, gdy badacz rozpoczynał ciąg, kobieta nie kontynuowała go, na przykład: (*Proszę policzyć od 1 do 10.*) *Ale co mnie obchodzą chłopcy, zasrane! Gówniane! Śmierdzące! (Liczymy od 1 do 10, jeden, dwa, trzy, co dalej?...) Jak liczymy to znaczy nie są obliczane, w rzeczywistości ktoś nie zwraca uwagi na tę osobę...* (*Proszę wymienić nazwy miesięcy, ja rozpocznę styczeń, luty, co dalej?.*) *Co mnie tam obchodzi st... ts ly...* [wyraźnie zniekształcone wyrazy styczeń, luty] *to jest, w dupę ona ma dupę i on śmierdzi...*

#### 4.6. Ocena czynności powtarzania

Badana nie wykonała większości zadań dotyczących powtarzania<sup>7</sup>. Nie obserwowano jednak u niej na tyle istotnych zaburzeń związku pomiędzy analizatorem słuchowym i kinestetycznym, by mówić o upośledzeniu podłoża tej czynności [por. Panasiuk, 2013]. Można wskazać kilka warunków sprawnego powtarzania – pierwszy to prawidłowe 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 zaś możliwość abstrahowania od dobrze utrwalonych stereotypów i hamowanie ubocznych skojarzeń, co jest realizowane przy bezpośrednim udziale płatów czołowych [por. Łuria, 1976, s. 338–339].

Podstawowy deficyt badanej, uniemożliwiający wykonanie zadania, dotyczył zapewne niemożności zrozumienia polecenia i oceny jego celowości, o czym świadczy specyficzna realizacja prób: (*Proszę powtórzyć „a”.*) *A to jest a, a nie be...* (*Proszę powtórzyć „o”.*) *O!... co chodzi kochanej pani?... (U, proszę powtórzyć „u”.) Jeżeli chodzi o u...uustęp?* (*Proszę powtórzyć „q”.*) *A? Co to jest q?... q i ę?... Jak się powtórzyła Pani, no to musi być trudno...* (*Proszę powtórzyć „k”.*) *Ky, sry, w dupie mamy! I nie...* (*Proszę powtórzyć „p”.*) *Ja nie potrzebuję dupy! Ani gówna...*

<sup>7</sup> Znaczącą rolę w czynności powtarzania przypisuje się pęczkowi łukowatemu, który skupia włókna kojarzeniowe łączące przednią i tylną część „obszaru mowy”, decyduje o połączeniu czuciowego i ruchowego aspektu czynności mówienia, w tym powtarzania [Panasiuk, 2013, s. 50].



Podczas próby powtarzania zdań badana komentowała je, ale nie powtarzała, na przykład: (*Proszę powtórzyć: „Pies szczeka”*). *Każdy pies na świecie szczeka, jak się psu nie podoba jakaś osoba albo ją nie lubi to nie zastanawia się, czy psa ugryźć w dupę czy nie tylko kich się na!...* (*Proszę powtórzyć „Mama gotuje obiad”*). *No to ta dziewczucha jest głodna i nie chce chodzić głodna po mieszkaniu to marudzi mamie, ja chodzę głodna a mama jeszcze obiadu nie naszykowała.* (*Proszę powtórzyć: „Po zielonej łące biega chłopiec”*). *Głupi chłopak z głupią matką* (perseweraacja do poprzedniego zdania). Badana nie miała zatem możliwości kopiowania symboli lingwistycznych – to efekt upośledzenia zdolności wykonywania operacji o charakterze metalingwistycznym. Deficyt ten wiązać należy z zaburzeniami rozumienia instrukcji.

#### 4.7. Ocena czynności nazywania

Badanej przedstawiono 50 ilustracji prezentujących desygnaty należące do 10 kategorii semantycznych oraz 20 ilustracji przedstawiających wykonywanie czynności. Poprawnie nazwała 11 rzeczowników i 5 czasowników. Kobieta miała zatem znaczne problemy z odnoszeniem symboli do rzeczywistości zewnętrznej. Obserwowane błędy dotyczyły: stosowania nazwy kategorii nadrzędnej, na przykład: [róża] *A to... jak kwiatki do bombonierki...*; nazwy niewłaściwej, ale należącej do tej samej kategorii semantycznej, na przykład: [buty] *Kapcie, nogi na tydkach, tydki...*; nazwy niewłaściwej, ale należącej do stycznej kategorii semantycznej, na przykład: [widelec] *To jest paskudna zwyczajna zagrycha po jedzeniu*; nazwy nieprawidłowej, powiązanej z prawidłową kontekstem, na przykład: [grzebień] *Butelka do łba czesania...*; [łóżko] *Pudło do spania*. Notowano także błędy spostrzegania, na przykład: [zegarek] *Wzrokowo, no sugestywnie wydaje się zaostrzone i pona... ponakłuwane wszystkie kółeczka, żeby było wiadomo, w którym kółeczku na okrągło się widziana*. W chwili braku gotowości słowa badana stosowała konstrukcje paraopisowe, na przykład: [parasol] *To jest zabezpieczenie przed wypadkiem albo po wypadku, dodatkowy pójścia...*

W zasadzie wszystkim odpowiedziom towarzyszył natłok mowy, na przykład: [szklanka z herbatą i łyżeczką] *Jakiś głupi prymityw! Pusta szklanka zalana pustym! Pustym jakimś tam płynem i łyżka, a łyżka położona na zewnątrz*.

Dość charakterystycznym zjawiskiem było przywoływanie przez badaną odpowiedzi tylko szczątkowo powiązanych z przedstawianą jej ilustracją, na przykład: [krzesło] *Palec na podłodze stoi, dodatkowo nie potrzeba się martwić, że się nie pójdzie spać albo siedzieć*. Badana miała znaczne problemy z rozpoznaniem desygnatów, co łączyło się z ukonkretnieniem widzianych ilustracji: [telefon] *To są dodatki podłączone pod zwyczajne pudło, pod zwyczajne pudło, jak takie pudełko w hiszpańskim języku*. Ukonkretnienie rzeczywistości/widzianych obrazów ujawniało się w postaci fragmentarycznego postrzegania prezentowanych jej na ilustracjach desygnatów, na przykład: [otwarty zeszyt] *Dwa osobne kawałki śmieci*



*rozerwane osobno*. Notowano swego rodzaju perseweraacje, ale bez użycia pożądanej nazwy, na przykład: [szczotka do włosów] *Jakaś pała* [badana samodzielnie przekładała zdjęcia i nazywała kolejną ilustrację], [grzebień] *I to pała...*

Wydaje się, że podstawowy deficyt pierwszoplanowo dotyczył zaburzeń percepcji obrazu wzrokowego, w mniejszym zaś stopniu braku akustycznego wzorca słowa (funkcje słuchowo-werbalnych systemów lewej okolicy skroniowej) czy zaburzeń znajdowania właściwego określenia z powodu braku możliwości hamowania słów alternatywnych (powiązanych semantycznie, morfologicznie czy dźwiękowo, tzw. blokerów [por. Kielar-Turska, Byczewska-Konieczny, 2014]), stosunkowo najrzadziej obserwowano natomiast zjawisko powiązane z osłabieniem tzw. ruchliwości procesów nerwowych (dolne części okolicy przedruchowej lewej półkuli oraz lewej okolicy czołowo-skroniowej) [por. Łuria, 1976].

#### 4.8. Ocena fluencji słownej

Badana nie była w stanie wykonywać zadań w zakresie fluencji słownej formalnej, semantycznej i czasownikowej, na przykład: (*Proszę wymienić jak najwięcej wyrazów rozpoczynających się na „s”*.) *Ktoś... ktoś będzie chciał, to na... nazwie każdy wyraz, dlatego że innego sobie nie poradzi, bo nie wiadomo co powymienia, żeby jakąś lokatę istotnego i z...zwariowanego tematu poprzekręcali...* (*Proszę wymienić jak najwięcej nazw zwierząt*.) *Ja zwierząt to nie znam, bo małpą to ja nie jestem! Inne małpy są małpami! Kłopot... kłopot mamy z nazwą... (Co może robić człowiek?) No... no oczywiście może wyjść z domu, w garnku, w garnku gotować, pod, pod podpisywał centrymetrami centry... centymetry wydzielają, z jakiego to chujstwa to znaczy...*

Można wskazać kilka powodów zniesienia fluencji słownej: po pierwsze upośledzenie lub zniesienie sprawności podstawowej – możliwości rozumienia instrukcji słyszanej, a następnie rozpad sieci semantycznych i ubożenie słownika semantycznego. Ponadto dysfunkcje mogą dotyczyć wadliwej organizacji i strategii myślenia, a te wiążą się z utratą ogólnej giętkości poznawczej, zaburzeniami wykonawczymi, zaburzeniami pamięci i uwagi [por. Jodzio, 2006].

#### 4.9. Ocena sprawności narracyjnej<sup>8</sup>

Opisu autonarracji dokonano w podrozdziale na temat orientacji autopsychicznej. Podczas badania renarracji kobietę poproszono o wysłuchanie dwóch opowiadań i streszczenie ich. Tekst pierwszego z nich i jego realizację przez badaną zamieszczono poniżej:

---

<sup>8</sup> Szerzej na temat teorii narracji i jej opisu piszą: Aneta Domagała [2015] i Tomasz Woźniak [2005], por. też Stanisław Grabias [2015].

„Pewien chłopiec pojechał do dużego miasta na zakupy. Jego pies wył z tęsknoty za panem, wreszcie zerwał się z łańcucha i pobiegł w stronę miasta. Kiedy chłopiec wychodził ze sklepu, zobaczył czekającego przed drzwiami psa. Jego pies znalazł go w dużym mieście” [Szepietowska, 2000, s. 23].

*(Proszę opowiedzieć, o czym przeczytałam?) Że jak pan se wy wy...sechodził z miasta to spotkał się z dużym psem i wiedział czyj czyj ten pies, dlaczego ten pies tak blisko mieszka, a nie i..., nie idzie nigdzie nikogo znaleźć, przeprosić pobyc z kimś, żeby nie miał kłopotu z sercem i z żalem, że ktoś źle go ocenił i źle określił jego zachowania w paru minutach większych.*

Sposób, w jaki badana opowiedziała przeczytane jej teksty, świadczy o zniesieniu spójności narracji. Badana nie była w stanie zbudować sceny narracyjnej, nie miała możliwości utrzymywania linii narracji ani porządkowania zdarzeń, pojawiły się tylko szczątkowe odniesienia do prezentowanych jej treści. Kobieta nie miała zatem możliwości układania zjawisk w strukturalną całość, brak tu jakiegokolwiek spójności pragmatycznej. Nie bez znaczenia pozostaje czynnik czasowy, ponieważ badana miała istotny problem z powtarzaniem zdań (por. próby powtarzania), nie dziwi więc, że nie była w stanie odtworzyć tekstów wymagających dłuższego okresu przetwarzania. Główna przyczyna zaburzeń tkwi zatem w uszkodzeniach pamięci operacyjnej i kontroli zwrotnej. Kobieta bardzo szybko traciła dane niezbędne do budowania wypowiedzi, brak kontroli zwrotnej przy długim czasie przetwarzania powodował odchodzenie od tematu, rozpad relacji wewnątrztekstowych i obecność przypadkowych skojarzeń [por. Woźniak, 2014].

W kolejnej próbie zadaniem badanej było opowiedzenie, co widzi na zdjęciu: *(Proszę opisać ilustrację [Szumska, 1980, s. 19]: To są wyrogówane sytuacje, przez które zmacają różne zachowania do swoich lepków... O jeja sam wlażł i sam stoi... ubrany jest w koszuli i w majtkach... jak pan widzi... pani, pani widzi [badana poprawiła się] widzi panią i pana to trzeba odejść i stanąć obok a nie wchodzić na pana, uprzedzają, nie uprzedzają kolejki do zabrania.*

Także w tym zadaniu badana szczątkowo budowała odniesienia do prezentowanego jej zdjęcia, nie stosowała typowych dla opisu formuł rozpoczynających, dostrzegła tylko jeden plan zdarzeń. W jej wypowiedzi brakowało jakiegokolwiek ustrukturyzowania hierarchicznego. Kobieta nie miała możliwości całościowej oceny widzianego obrazu, nie dostrzegła i nie uwzględniała zasad prezentatywności zdarzeń. Warto zwrócić uwagę, że z łatwością dostrzegła i poprawiła popełniony przez siebie błąd – zwracając się do badającej przy użyciu niewłaściwego rodzaju gramatycznego [...] *jak pan widzi... pani, pani widzi [...]*. Świadczy to o zachowanej w jakimś stopniu kompetencji językowej i możliwości dokonywania autokorekty.

#### 4.10. Ocena kalkuli

Badana nazwała prawidłowo 95% prezentowanych jej cyfr, nieliczne popełnione przez nią błędy to tzw. błędy rzędowej oceny liczb, na przykład: *(12) dwanaście tysięcy, (102) dwa tysiące*. Znaczny deficyt dotyczył rozpoznawania znaków symbolicznych – badana identyfikowała przecinki jako znaki mnożenia, na przykład: *(5,) pięć razy, (3,) trzy razy dziewięć, (9, 6) dziewięć razy sześć, [...]*. Nie rozpoznała cyfr rzymskich, na przykład: *(IV) jedna czwarta, (VI) jedna piąta*. Prawidłowo nazwała tylko jeden symbol operacji matematycznych (+) *uuu jeden plus, (-) niedokończony głupio zakreślony, sama się nakreśliłam, minus, plus, minus gównno...* Badana prawidłowo wskazała tylko cyfrę 8, przy kolejnej próbie zareagowała agresywnie: *(osiem) Osiem... no niby tu. (Proszę wskazać cyfrę 9) [badana odepchnęła książkę] Ja nie potrzebuję śmierdzącej dziewiątki posrana dupą, co posrała i śmierdziało..., zadania nie dokończyła.*

Kobieta nie była w stanie wykonać zadań tekstowych o złożonej strukturze logiczno-semantyczno-gramatycznej, choć udało jej się utrzymywać w pamięci część danych niezbędnych do wykonania zadania, na przykład: *(Na jednej półce były 3 książki, na drugiej dwa razy więcej. Ile razem było książek?) Na jednej półce były trzy książki jak trzy książki to i trzy kręcące na lekcji, której się dobrze należało mówić i wyjaśniać, bo jedna małpka jest jedna a reszta jest sześć*. Badana nie dostrzegła celowości operacji, kolejne elementy, tj. ogólny plan i część wykonawcza wymagająca operacji quasi-przestrzennych, uległy zatem rozpadowi [por. Łuria, 1976].

#### 4.11. Ocena czytania

Badana nazwała prawidłowo większość z prezentowanych jej liter (87%), popełniła kilka tzw. błędów realizacyjnych, przytaczając nazwy podobne brzmieniowo, na przykład: *(F) fał*, bądź nie rozpoznała wzorca: *(l) i jedna pała, (ł) i druga pała*.

W czytanych przez nią tekstach pojawiały się nieliczne zniekształcenia fonetyczne, nie poprawiała popełnionych błędów. Tempo czytania było normatywne. W zasadzie nie obserwowano zaburzeń płaszczyzny suprasegmentalnej.

Neologizmy strukturalne, których umiejętność czytania uważa się za miarę czystego przetwarzania fonologicznego (ponieważ nie można kompensować trudności za pomocą wiedzy leksykalnej czy gramatycznej), badana czytała bez zakłóceń, zgodnie z zapisem.

W próbie polegającej na wskazywaniu poprawnie zapisanego wyrazu wśród zapisanych błędnie podstawowy deficyt dotyczył rozumienia słyszanej instrukcji, toteż badana nie wykonała zadania: *(Proszę wskazać wyraz zapisany poprawnie. [okulary, okilary, okulary]) Okalary, okalary, co to jest te okalary? Akulary, okulaty, okalary, okulart, okulary...* *(Który wyraz zapisany jest prawidłowo?) Ci... po kolei są poprzekręcane na połowe, połowe sytuacji, tej scenki, o której tam piszą...* *(Proszę wskazać wyraz zapisany poprawnie. [wentyratol, wentylator, wenatalator]):*

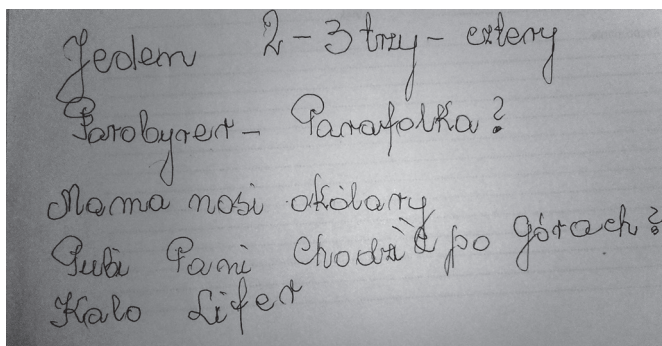
wentylator, wentylator, wentalator... (Który wyraz zapisany jest prawidłowo?) yyy...  
 Żaden z tych, wszystkie trzy głupie jak krowa na ulicy.

Zauważalna była wyraźna dysproporcja pomiędzy głośnym czytaniem a czytaniem ze zrozumieniem, zwłaszcza na poziomie zdań, krótkich tekstów czy instrukcji [por. Marczevska, 1994; Domagała, 2017]. Badana nieznacznie lepiej radziła sobie z czytaniem wyrazów niż tekstów, co świadczy o zakłóceniach mechanizmu przeszukiwania wzrokiem kolejnych wersów [por. Domagała, 2017].

Podczas całego procesu diagnostycznego obserwowano u badanej swego rodzaju zachowania użytkownika – badana czytała wszelkie teksty, które znajdowały się w jej polu widzenia. Na ogół było to czytanie bez zrozumienia, o czym można wnioskować na podstawie szczątkowych i alogicznych odniesień w jej komentarzach do czytanych treści.

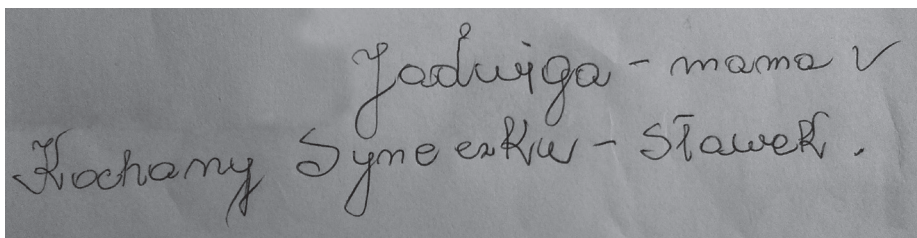
#### 4.12. Ocena pisma

Badana niechętnie wykonywała próby pisania (tj. przepisywania, pisania ze słuchu, pisania spontanicznego i pisania zautomatyzowanych formuł). Na ogół do zadań nie przystępowała lub rezygnowała w trakcie, odrzucając notatnik. Jeżeli udało się ją skłonić do pisania, to robiła to z dużym zaangażowaniem i troską, by zapis był jak najstaranniejszy (tj. przyjmowała prawidłową pozycję, nie komentowała, skupiała się wyłącznie na pisaniu). Świadczy to o w miarę dobrze zachowanej świadomości grafomotorycznej. Widoczne było jednak wyraźne zwiększenie rozmiaru pisma, różną wielkość liter, co można wiązać z pogorszeniem jakości wzroku, mniejszą swobodą i płynnością przebiegu linii (por. zdjęcia 1–3) [por. Widła, 1986; Domagała, 2017]. Nie obserwowano zmniejszenia czytelności pisma. Błędy graficzne i literowe rejestrowano w wyrazach powyżej trzech sylab, w których obecne były zbitki spółgłoskowe. Zapis miał w przeważającej mierze charakter ortograficzny, a nie fonetyczny (zob. zdjęcie 1).



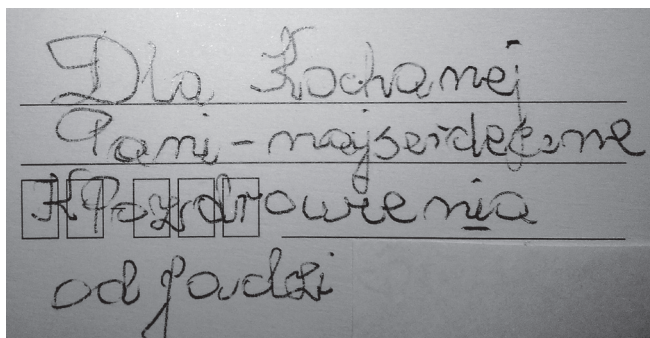
ZDJĘCIE 1. Próby pisania. Pierwsze zdanie zostało przepisane przez badaną. Zdanie drugie oraz wyraz *kaloryfer* badana zapisała ze słuchu

W piśmie spontanicznym badana ograniczyła się jedynie do zapisania króciutkich fraz: [nazwisko] *Jadwiga – mama. Kochany synek – Sławek* (por. zdjęcie poniżej).



ZDJĘCIE 2. Próba pisma spontanicznego

W zadaniu sprawdzającym możliwości odtwarzania tekstów sformalizowanych kobieta poprawnie skonstruowała jedynie formułę pozdrowienia, nie była w stanie posłużyć się narzuconym schematem (kartką pocztową z wyznaczonym miejscem do wpisania pozdrowień i adresu).



ZDJĘCIE 3. Próba pisma zautomatyzowanego

#### 4.13. Schemat własnego ciała, orientacja lewa – prawa

U badanej nie obserwowano znacznych zaburzeń rozpoznawania schematu własnego ciała<sup>9</sup>. Na ogół poprawnie wskazywała części ciała na sobie i prezentowanej ilustracji, choć tu dość często odnosiła polecenie do siebie, na przykład: [badanej zaprezentowano ilustrację twarzy kobiety] (*Proszę wskazać głowę, gdzie ona ma głowę?*) *W dupie, w dupie, a we łbie...* [w tym czasie kobieta poprawnie wskazała głowę i okolice tyłka]; (*nogi*) *Ja ją nie znam i ją nie pokazuję w głupoty wierzyć...* [badana poprawnie wskazała nogi]; (*ręce*) *Poopuszczała ponad poziomem ziarna...* [badana

<sup>9</sup> Zaburzenia rozpoznawania schematu własnego ciała obserwuje się zazwyczaj przy uszkodzeniach płata ciemieniowego, mogą one dotyczyć także oceny stron lewa – prawa [por. Szumska, 1980].



poprawnie wskazała ręce]; (*nos*) *Wydłużyła nos do gęby...* (badana wskazała nos na swojej twarzy). Kobieta nie radziła sobie z rozpoznawaniem stron prawa – lewa.

#### 4.14. Ocena praksj oralnej

Badana wykonała tylko 25% poleceń dotyczących oceny praksj oralnej, szybko straciła motywację i zrezygnowała z wykonywania kolejnych zadań. Poniżej zamieszczono jej przykładowe reakcje: (*Proszę oblizać usta językiem*) [badana nie wykonała próby, jedynie skomentowała:] *Ordynarnie śmierdzący bęc...*; (*Proszę pocmokać*) *Nie bawię się w głupią babę!* Najprawdopodobniej przyczyną rezygnacji z wykonywania prób i agresywnej reakcji był brak motywacji, a także zaburzenia rozumienia instrukcji. Brak możliwości naśladowania prób prezentowanych przez badającą sugeruje obecność zaburzeń praksj oralnej.

### 5. WNIOSKI

Funkcjonowanie badanej zdeterminowane było zaburzeniami w sferze emocjonalnej. Brak sprawnie działających mechanizmów motywacyjnych przyczynił się do zniesienia zainteresowania chorej otoczeniem i jakimikolwiek aktywnościami, a więc i rehabilitacją logopedyczną. Badana nie była w stanie zadbać o zaspokojenie swoich potrzeb ani planować podstawowych czynności, co świadczy między innymi o poważnie zaburzonych mechanizmach wykonawczych. Jej funkcjonowanie utrudniały: zaburzenia koncentracji, zmniejszenie szybkości przetwarzania informacji, ograniczona możliwość abstrahowania na materiale werbalnym oraz spadek wydajności uczenia się [por. Dominguez, De Strooper, 2002].

Komunikaty badanej były głośne, emfaticzne, o dość wysokim tempie, czasem trudne do przerwania, chora jednak nie mówiła, jeżeli w pobliżu nie miała potencjalnego odbiorcy. W formułowanych przez nią wypowiedziach pojawiały się zarówno elementy mowy sztucznej, pompacyjnej, ugrzecznionej, nadmiernie formalnej, momentami wręcz kaznodziejskiej, jak i wulgaryzmy, przekleństwa i wyzwiska, często połączone z agresją fizyczną. W mowie pierwszoplanowo obserwowano się rozbitcie spójności tekstu, nielogiczność i rozkojarzenie. Jedyne w krótkich zdaniach – dwu-, czterowyrazowych badana była w stanie osiągnąć „naturalny finał tekstu”. Na poziomie dłuższych zdań (od których kobieta nie stroniła) tekst był rozbity, agramatyczny, przypominał mowę schizofatyczną. Badana formułowała zdania zawierające niepowiązane ze sobą wątki, zestawiała je bez związków znaczeniowych, były one nadmiernie abstrakcyjne lub nadmiernie konkretne. W dłuższych budowanych przez nią tekstach brakowało niejednokrotnie nie tylko słów treściowych, ale i tzw. słów cementujących (spójników, zaimków). Wrażenie rozbitcia tekstu potęgowało zjawisko braku gotowości słowa.



Dość często w mowie badanej pojawiały się neologizmy, parafazje semantyczne i fonetyczne, rzadko notowano konstrukcje opisowe. Nie obserwowano echolalii. Chora miała tendencje do zacinania się i powtarzania nagłosów wyrazów. Ponadto obserwowano u niej nieznaczne zaburzenia motorycznych mechanizmów wymowy, miały one zapewne charakter involucyjny.

Ocena kompetencji i sprawności interakcyjnych badanej wykazała nieznaczne zaburzenia rozumienia zachowań niewerbalnych kinetycznych, znaczne proksemicznych [por. Grabias, 1997]. Kobieta dość dobrze posługiwała się komunikacją niewerbalną<sup>10</sup>. Duże dysfunkcje obserwowano u niej w zakresie rozumienia zachowań werbalnych.

Zmiany patologiczne zauważyć można także w obszarze kompetencji i sprawności komunikacyjnych. Badana w porównywalnym stopniu rozumiała i stosowała reguły społeczne i sytuacyjne. Znaczne zaburzenia dotyczyły sprawności i kompetencji pragmatycznych, badana nie była w stanie osiągnąć korzyści/celu, stosując komunikację werbalną.

Ocena kompetencji i sprawności językowych wykazała, że kobieta rozpoznawała jednostki systemu fonologicznego, była w stanie je realizować, rozpoznawała i poprawnie realizowała cechy prozodyczne. Zdiagnozowano głębokie deficyty w zakresie możliwości posługiwania się jednostkami podsystemu morfologicznego (leksyki, słowotwórstwa czy fleksji). Badana miała zachowaną możliwość rozumienia bardzo prostych konstrukcji składniowych i ich formułowania. Nie miała natomiast możliwości rozumienia czy prowadzenia operacji metalingwistycznych.

Znaczne zaburzenia zdiagnozowano także w zakresie pozostałych czynności językowych, takich jak czytanie ze zrozumieniem, wykonywanie operacji arytmetycznych czy pisanie.

## 6. WSKAZÓWKI TERAPEUTYCZNE

W literaturze od kilku lat kwestionuje się powszechnie przyjęty sąd na temat nieodwracalności zmian organicznych w obrębie mózgowia. Najnowsze badania sugerują, że terapia osób ze zdiagnozowanymi zaburzeniami o podłożu organicznym może przynosić wymierne efekty [por. Panasiuk, 2015a, s. 1048–1049].

Uwzględniając poziom zaawansowania otępienia u badanej i jej podeszły wiek, rokowania nie są zbyt pomyślne, ale nie można wykluczyć wymiernych efektów postępowania terapeutycznego. Jego wynikiem powinna być względna normalizacja funkcjonowania badanej, przede wszystkim w relacjach rodzinnych, a także społecznych.

<sup>10</sup> Por. *Skala komunikacji niewerbalnej* [Pąchalska, 2012, s. 397].

Wielospecjalistyczne oddziaływania terapeutyczne (bo tylko takie mogą przynieść pozytywne rezultaty) powinny być nastawione na stymulowanie zachowań interakcyjnych, komunikacyjnych i językowych.

Terapia logopedyczna powinna obejmować usprawnianie takich aspektów funkcjonowania językowego jak: poznawcza interpretacja świata, emocjonalna ocena zjawisk rzeczywistości, reguły zachowań werbalnych i niewerbalnych uwzględniające społeczne, sytuacyjne i pragmatyczne uwarunkowania komunikacji [por. Panasiuk, 2015, s. 1049–1050]. W początkowym etapie zaleca się wykorzystanie strategii restytucyjnych, w dalszych kompensacyjnych i adaptacyjnych. W następnej kolejności należy prowadzić ćwiczenia mające na celu usprawnianie najbardziej zaburzonych sprawności językowych, także w kontekście różnych – kreowanych i spontanicznych – sytuacji życiowych [por. Panasiuk, 2015, s. 1050]. Zakłada się zastosowanie technik o charakterze praktycznym, tak aby badana mogła wykorzystać je w codziennej aktywności.

Terapia pośrednia ma na celu między innymi uświadamianie rodziny i najbliższego otoczenia badanej, jakie działania podejmować, aby wspomagać chorą w przełamywaniu kolejnych ograniczeń i jak wykorzystywać codzienne sytuacje w realizacji celów terapeutycznych.

## 7. PODSUMOWANIE

W artykule dokonano oceny kompetencji i sprawności interakcyjnych, komunikacyjnych i językowych oraz innych wybranych funkcji poznawczych osoby z rozpoznaniem zespołu psychoorganicznego. Manifestuje się on zaburzeniami zachowania, emocji, osobowości, języka, pamięci, krytycyzmu, myślenia, w tym wnioskowania, abstrahowania i planowania. Stopień zmian jest na tyle zaawansowany, że badana nie jest w stanie zadbać o swoje podstawowe potrzeby. Podłoże zaburzeń ma charakter psychogeny i neurologiczny.

## BIBLIOGRAFIA

- BILIKIEWICZ Adam, STRYŻEWSKI Włodzimierz, 1992, *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- DOMAGAŁA Aneta, 2007, *Zachowania językowe w demencji*, w: S. Grabias, red., *Komunikacja językowa i jej zaburzenia*, t. 20, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- DOMAGAŁA Aneta, 2015, *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.

- DOMAGAŁA Aneta, 2017, *Zaburzenia komunikacji pisemnej u osób z chorobą Alzheimera*, w: A. Domagała, U. Mirecka, red., *Zburzenia komunikacji pisemnej*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk, s. 524–545.
- DOMINGUEZ Diana Ines, DE STROOPER Bart, 2002, *Novel therapeutic strategies provide the real test for the amyloid hypothesis of Alzheimer's disease*, „Trends in Pharmacological Sciences”, no. 23, s. 324–330.
- GOODGLASS Harold, KAPLAN Edith, 1972, *Boston Diagnostic Aphasia Examination*, The Psychological Corporation, Philadelphia.
- GRABIAS Stanisław, 1997, *Język w zachowaniach społecznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- GRABIAS Stanisław, 2015, *Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii*, w: S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, red., *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, s. 955–995.
- HERZYK Anna, 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: 28.03.2019).
- JODZIO Krzysztof, 2006, *Neuropoznawcze korelaty spadku fluencji słownej po udarze prawej półkuli mózgu*, „Studia Psychologiczne”, t. 44(2), s. 5–18.
- JODZIO Krzysztof, 2008, *Neuropsychologia intencjonalnego działania. Koncepcje funkcji wykonawczych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- KIELAR-TURSKA Maria, BYCZEWSKA-KONIECZNY Karolina, 2014, *Specyficzne właściwości posługiwania się językiem przez osoby w wieku senioralnym*, w: S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska-Bray, red., *Biomedyczne podstawy logopedii*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk, s. 429–443.
- KOZUBSKI Wojciech, LIBERSKI Paweł Piotr, 2014, *Neurologia. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- KRZYMIŃSKI Stefan, 1995, *Test rysowania zegara*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, nr 4, suplement I(2), s. 21–30.
- ŁURIA Aleksander Romanowicz, 1976, *Podstawy neuropsychologii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- MARCZEWSKA Hanna, 1994, *Zaburzenia językowe w demencji typu Alzheimera i demencji wielozawalowej*, w: H. Marczevska, E. Osiejuk, red., *Nie tylko afazja... O zaburzeniach językowych w demencji Alzheimera, demencji wielozawalowej i przy uszkodzeniach prawej półkuli mózgu*, Wydawnictwo Energeia, Warszawa, s. 7–60.
- OLSZEWSKI Henryk, 2008, *Otępienie czołowo-skroniowe. Ujęcie neuropsychologiczne*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.

- PANASIUK Jolanta, 2013, *Afazja a interakcja. Tekst – metatekst – kontekst*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- PANASIUK Jolanta, 2015a, *Postępowanie logopedyczne w przypadku zespołu psychoorganicznego*, w: S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, red., *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, s. 1025–1058.
- PANASIUK Jolanta, 2015b, *Zespół psychoorganiczny w diagnostyce logopedycznej*, „Logopedia Silesiana”, nr 4, s. 81–112.
- PĄCHAŁSKA Maria, 2012, *Afazjologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa – Kraków.
- PISKUNOWICZ Małgorzata, BIELIŃSKI Maciej, ZGLIŃSKI Adam, BORKOWSKA Alina, 2013, *Testy fluencji słownej – zastosowanie w diagnostyce neuropsychologicznej*, „Psychiatria Polska”, t. XLVII, nr 3, s. 475–485.
- PRUSIŃSKI Antoni, 1998, *Neurologia praktyczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- SCHULMAN Kenneth, SHEDLETSKY Ralph, SILVER Iwan, 1997, *The Challenge of Time: Clock Drawing and Cognitive Function in the Elderly*, „International Journal of Geriatric Psychiatry”, vol. 1, s. 619–627.
- SITEK Emilia, KONKEL Agnieszka, MIĘDZOBRODZKA Ewa, SOLTAN Witold, BARCZAK Anna, SŁAWEK Jarosław, 2014, *Kliniczne zastosowanie prób fluencji słownej w chorobie Huntingtona*, „Hygeia Public Health”, t. 49(2), s. 215–221.
- SIUDA Joanna, OPALA Grzegorz, 2012, *Diagnostyka różnicowa otępień*, w: M. Zabawa red., *Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego*, Wydawnictwo Medisfera, Otwock, s. 41–49.
- SZEPIETOWSKA Ewa Małgorzata, 2000, *Badanie neuropsychologiczne. Procedura i ocena*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- SZEPIETOWSKA Ewa Małgorzata, GAWDA Beata, 2011, *Ścieżkami fluencji werbalnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- SZEPIETOWSKA Ewa Małgorzata, LIPIAN Joanna, 2012, *Fluencja słowna neutralna i afektywna u chorych z uszkodzeniem prawej, lewej lub obu półkul mózgu*, „Psychiatria Polska”, t. XLVI, nr 4, s. 539–551.
- SZUMSKA Joanna, 1980, *Metody badania afazji*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- WARCHAŁA Jacek, 1991, *Dialog potoczny a tekst*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- WIDŁA Tadeusz, 1986, *Cechy płci w piśmie ręcznym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- WOŹNIAK Tomasz, 2005, *Narracja w schizofrenii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.

WOŹNIAK Tomasz, 2014, *Zaburzenia mowy w schizofrenii*, w: S. Grabias, M. Kurkowski, red., *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, s. 645–677.

*Renata Gliwa*

OCENA SPRAWNOŚCI I KOMPETENCJI JĘZYKOWYCH,  
KOMUNIKACYJNYCH I KULTUROWYCH KOBIETY ZE ZDIAGNOZOWANYM  
ZESPOŁEM PSYCHOORGANICZNYM

Streszczenie

Zespół psychoorganiczny to odchylenie w stanie psychicznym, uwarunkowane uszkodzeniem lub dysfunkcją struktur mózgu. Wiąże się on z występowaniem zaburzeń psychicznych przejawiających się w sferze behawioralnej, społeczno-emocjonalnej, poznawczej i komunikacyjnej. W artykule opisano przypadek 68-letniej kobiety, u której rozpoznano zespół psychoorganiczny. Obserwowane u niej zmiany dotyczą znacznych dysfunkcji w zakresie kompetencji i sprawności interakcyjnych, komunikacyjnych i językowych.

THE ASSESSMENT OF LANGUAGE, COMMUNICATION AND CULTURE SKILLS  
AND COMPETENCE OF A WOMEN DIAGNOSED WITH PSYCHOORGANIC  
SYNDROME

Summary

The psychoorganic syndrome is a deviation in the mental state due to damage or dysfunction of the brain structures. It is associated with the occurrence of mental disorders manifested in the behavioral, socio-emotional, cognitive and therefore also communicative sphere. The article describes the case of a 68-year-old women who was diagnosed with the psychoorganic syndrome. The changes observed in her relate to significant dysfunctions in the areas of competence, interaction, communication and language.

