

MARTA ROZE, MONIKA KAŻMIERCZAK

Uniwersytet Łódzki
Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4396-3627>

Logopedyczne studium przypadku dorosłej kobiety z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i schizofrenią paranoidalną

Speech Therapy Case Study of an Adult Woman
with Mild Intellectual Disability and Paranoid Schizophrenia

STRESZCZENIE

Zaburzenia mowy występujące w schizofrenii (schizofazja) oraz niepełnosprawności intelektualnej (oligofazja) są to zagadnienia bardzo złożone ze względu na mnogość objawów, które zależą od stopnia i rodzaju niepełnosprawności czy nasilenia choroby. W artykule zaprezentowano studium przypadku dorosłej kobiety z oligofazją i schizofazją, z uwzględnieniem historii jej leczenia oraz terapii, jak również aktualnego funkcjonowania społecznego. Analizie poddano różne rodzaje zachowań językowych, by zdiagnozować aktualny stan mowy Badanej. Do oceny użyto między innymi: KSOS, autorskiego kwestionariusza obrazkowego, oraz MoCA. W funkcji egzemplifikacyjnej, podczas prezentacji wyników badań, zostały przedstawione transkrypcje wypowiedzi oraz wytwory czynności grafomotorycznych. Diagnoza logopedyczna wykazała, że mimo niepełnosprawności i choroby psychicznej zachowania językowo-komunikacyjne kobiety pozostają na stosunkowo dobrym poziomie, Badana jest osobą wysoko funkcjonującą dzięki właściwemu leczeniu farmakologicznemu, terapii oraz wsparciu rodziny.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność intelektualna, schizofrenia, schizofazja, oligofazja, studium przypadku

SUMMARY

Speech disorders occurring in schizophrenia (schizophrenia) and intellectual disability (oligophasia) are very complex issues, because of symptoms, which depend on the degree and type of disability or the severity of the disease. The article presents a case study of an adult woman with

oligophasia and schizophasia, the history of her treatment and therapy, as well as the current social functioning. Different types of linguistic behavior were analyzed during the diagnosis. The following tools were used to assess the current state of speech i.a.: KSOS, the original picture questionnaire and MoCA. In the exemplification function were presented the transcriptions of the respondent's statement and the graphomotoric products. The speech therapy diagnosis showed that the linguistic and communicative behaviors of the woman with the intellectual disability and mental illness are at a relatively good level. This woman is a highly functioning person thanks to appropriate pharmacological treatment, therapy and family support.

Key words: schizophrenia, intellectual disability, schizophasia, oligophasia, case study

WSTĘP

Mowa jest efektem niezwykle złożonych procesów zachodzących w ludzkim umyśle, jednak nie zawsze mechanizmy warunkujące prawidłowy przebieg czynności poznawczych, komunikacyjnych czy interakcję językową działają właściwie. Niezależnie od stopnia nasilenia niepełnosprawność intelektualna może występować samodzielnie lub współwystępować z innymi zaburzeniami – między innymi z zachowaniami i zdrowia psychicznego (Bielawska 2017; Sturmey 2010), takimi jak depresja, stany lękowe, zaburzenia afektywne czy schizofrenia (Barnow i wsp. 2015).

Diagnoza zaburzeń mowy (w aspektach językowym, komunikacyjnym i poznawczym) występujących u osób z niepełnosprawnością intelektualną (oligofazja) oraz schizofrenią (schizofazja)¹ jest złożona ze względu na mnogość objawów, które zależą od stopnia i rodzaju niepełnosprawności, nasilenia choroby, skuteczności dotychczasowego leczenia czy terapii. Ustalenie aktualnego dobrostanu dorosłej osoby, rodzaju i jakości jej zachowań językowych, pozwala wnioskować na temat komunikacji pacjentki oraz jej potrzeb w tym zakresie, zweryfikować i – w razie konieczności – zmodyfikować plan terapii (też leczenia), określić cele kolejnych działań podejmowanych przez specjalistów.

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ INTELEKTUALNA W STOPNIU LEKKIM. OLIGOFAZJA

Niepełnosprawność intelektualna (upośledzenie umysłowe) to zaburzenie charakteryzujące się zarówno deficytem intelektualnym istotnie

¹ Kryteria diagnostyczne niepełnosprawności intelektualnej/upośledzenia umysłowego oraz schizofrenii wyznaczone są przez: Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10 2009), Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatryków (DSM-V 2013; Kupfer, Regier 2018; Morrison 2016).

niższym od przeciętnego, jak i deficytem w funkcjonowaniu przystosowawczym w różnych obszarach, z początkiem w okresie rozwojowym. Zaburzenia mowy towarzyszące niepełnosprawności intelektualnej określa się mianem oligofazji (gr. *oligoz* – ‘mały’ i *phasis* – ‘mowa’)².

Osoby z upośledzeniem umysłowym lekkiego stopnia (IQ 55–69 wg Skali Wechslera, u dorosłych wiek umysłowy to 9–12 lat), które stanowią ok. 85% wszystkich niepełnosprawnych intelektualnie, charakteryzuje niski poziom opanowania i zapamiętania podstawowej wiedzy oraz umiejętności, stopień rozwoju ich języka i komunikacji na każdym etapie koreluje z wiekiem biologicznym. Trudności notuje się w zakresie analizy i syntezy słuchowej oraz wzrokowej, rozumienia przekazu. Ze względu na spowolnione tempo kojarzenia oraz myślenie konkretno-obrazowe osoby te odbierają rzeczywistość jako mniej skomplikowaną, niż jest w istocie. Rozwój słownictwa biernego i czynnego jest spowolniony, występują trudności semantyczno-leksykalne, mniej złożona struktura posiadanych pojęć, dominuje nominalizm. Osoby te mają trudność z wykonywaniem różnych operacji umysłowych, tj. z szeregowaniem, klasyfikowaniem, kategoryzowaniem, abstrahowaniem, generalizowaniem czy wnioskowaniem. Zaburzone są też abstrakcyjne myślenie oraz funkcje wykonawcze, takie jak: planowanie, tworzenie strategii, elastyczność poznawcza, ustalanie priorytetów. Umiejętność czytania i pisanja pozostaje na niskim poziomie. Do najczęstszych odstępstw od normy ortofonicznej zalicza się: niewyraźną, zamazaną artykulację, nadmierne upraszczanie grup spółgłoskowych, ubezdźwięcznianie głosek dźwięcznych, opuszczanie sylab nagłosowych i wygłosowych, wady wymowy – najczęściej w postaci substytucji (Jęczeń 2015; Kaczorowska-Bray 2015). Odsetek występowania zaburzeń płynności u osób z niepełnosprawnością intelektualną jest większy niż wśród osób w normie intelektualnej (Błęszyński 2015; Tarkowski 2005, 1999).

U osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną notuje się obniżenie sprawności budowania wypowiedzi narracyjnej na różne tematy (dominują te związane z życiem codziennym), zorientowanie zachowań językowych na *tu-i-teraz*, przewagę bezpośrednich wrażeń zmysłowych. Budowane wypowiedzi często są agramatyczne, przeważają zdania pojedyncze i proste konstrukcje, logika dłuższych form może być zaburzona. Odpowiednia stymulacja i wychowanie językowe dzieci z lekką niepełno-

² Szczegółowe kryteria diagnostyczne oraz zasady postępowania w NI i oligofazji opracowali m.in. Błęszyński 2015; Jęczeń 2015; Kaczorowska-Bray 2015; Wyczęsany 2009, 2006; Komender 2004; Carson i wsp. 2003; Rakowska 2003, 2002; Minczakiewicz 1993; Kirejczyk 1981.

sprawnością umysłową sprawiają, że w dalszym życiu mają możliwość posługiwania się mówionym językiem potocznym oraz dobrze funkcjonować w środowisku (Jęczeń 2012; Tarkowski 1999). W dorosłym życiu zazwyczaj wymagają pomocy w bardziej złożonych codziennych zadaniach i obowiązkach, jednak wiele osób jest w stanie funkcjonować na wysokim poziomie, podjąć pracę i utrzymywać dobre relacje społeczne. W sferze społecznej zauważa się niedojrzałość w interakcjach z innymi ludźmi. Mogą pojawić się trudności w interpretacji sygnałów wysyłanych przez nadawców, sztywność myślenia (co w konsekwencji utrudnia prowadzenie i podtrzymywanie dialogu). Osoby te często bywają zbyt łatwowierne, poddają się manipulacji.

SCHIZOFRENIA PARANOIDALNA. SCHIZOFAZJA

Współcześnie schizofrenię określa się mianem ciężkiej i przewlekłej choroby psychicznej o nawracającym charakterze³, koncepcja rozszczepienia pomiędzy percepcją a rzeczywistością wyraża się w samej nazwie (gr. *schizein* – ‘rozszczepiam’, *phren* – ‘umysł, wola’; Wójciak, Rybakowski 2018; Kępiński 2001). Jednym z głównych objawów schizofrenii są zaburzenia mowy, określane jako schizofazja (gr. *schizein* – ‘rozszczepiam’ i *phasis* – ‘mowa’)⁴.

Wyróżniona w ICD-10 (2009) schizofrenia o typie paranoidalnym ma charakter najbardziej długotrwały ze wszystkich podtypów schizofrenii

³ W literaturze schizofrenia ujmowana jest w różny sposób: jako zaburzenie mózgo-
we (DSM-V 2013), zbiór kilku zaburzeń (Morrison 2016), choroba mózgu (Kępiński 2018),
niektórzy badacze zwracają uwagę na występowanie spektrum schizofrenii (Sęk, Steuden
2018). Kryteria diagnostyczne, z wyszczególnieniem objawów pozytywnych i negatyw-
nych, opracowali m.in.: Cierpiałkowska 2019; Morrison 2016; Sęk, Struden 2018; Seligman,
Walker, Rosenhan 2017; Kępiński 2018, 2001; Wójciak 2016; Carson i wsp. 2003; Wójciak,
Rybakowski 2018; Zhao i wsp. 2013; Klimasiński 2000.

⁴ Schizofazja definiowana jest dwojako. W odniesieniu do praktyki klinicznej w psy-
chiatrii to całościowy kształt zaburzeń językowych w przebiegu schizofrenii, który wyraża się zja-
wiskami polegającymi na zbaczaniu wypowiedzi i ubóstwie jej treści, co jest klinicznym
odpowiednikiem zaburzeń spójności tekstu i ubożenia syntaktyki, zaś ze względu na ana-
lizę danych lingwistycznych jest to zaburzenie związane z rozpadem funkcji komunikacyj-
nej języka, które charakteryzuje zanik spójności wypowiedzi oraz dezintegracja w zakre-
sie poziomu pragmatycznego, semantycznego i formalnogramatycznego języka. Szerzej
o schizofazji: Woźniak 2015; 2008, 2005, 2000; Czernikiewicz, Woźniak 2012; Czernikie-
wicz 2004). Elaine Chaika (1982) podaje w wątpliwość stwierdzenie, że zaburzenia mowy
w schizofrenii świadczą o zaburzeniach myślenia, wskazując, że mowa i myśl niekoniecz-
nie są tożsame. Od wprowadzenia klasyfikacji DSM-IV (2008) w kryteriach diagnostycz-
nych bierze się pod uwagę dezintegrację mowy, nie zaś zaburzenia myślenia.

(Seligman, Walker, Rosenhan 2017). Charakteryzuje się obecnością urojeń, zwykle prześladowczych i wielkościowych, oraz towarzyszących im omamów językowych i niejęzykowych (Kępiński 2001). Chorzy cierpiący na ten typ schizofrenii często stają się coraz bardziej podejrzliwi wobec otoczenia i mają poważne trudności w nawiązywaniu relacji z innymi ludźmi (Carson i wsp. 2003). Urojenia manifestują się przede wszystkim tym, że chory traktuje wszystko bardzo osobiście. Zaostrzenie spostrzegawczości i pamięci sprawia, że każdy szczegół jest dla chorego ważny (Kępiński 2001). Cierpiący na schizofrenię paranoidalną mogą doświadczać nieadekwatnych stanów emocjonalnych, zachowywać się skrajnie formalnie lub intensywnie.

Według Davida Forresta (za: Jenkins i wsp. 2005) nie istnieje swoisty „język schizofreniczny”, akty mowy pacjentów ze schizofrenią są zbliżone do aktów poetyzowania, opartych na kreacji. Specyficzne są jednak pewne zjawiska językowe charakteryzujące objawy pozytywne i negatywne choroby⁵. Ocena mowy pacjenta ze schizofrenią uwzględnia trzy grupy spójności: gramatyczną, semantyczną i pragmatyczną (Woźniak 2015). Do najczęstszych fenomenów językowo-komunikacyjnych w schizofazji zalicza się: niespójną i zdezorganizowaną narrację, uskokowość, zbaczanie wypowiedzi, utratę celu i ubóstwo treści, ubóstwo lub natłok mowy, anakoluty, zubożenie składni przy zazwyczaj zachowanym schemacie zdania, zaburzenia konotacji linearnej, dezintegrację związków między nazwą a znaczeniem, obecność neologizmów idiolektalnych czy paronimów, persewacje, występowanie operatorów metatekstowych, przejawy omamów słuchowych lub reakcje na nie. Zazwyczaj nie stwierdza się istotnych zaburzeń w obrębie realizacji fonetycznych systemu fonologicznego⁶. U niektórych chorych występują: zubożenie lub utrata płynności mowy, trudności w budowaniu frazy przez wprowadzanie nadmiernie długich pauz, spłaszczenie intonacyjne, co wraz ze spowolnieniem tempa mowy może wskazywać na spłylenie afektu i brak zainteresowania rozmową, pauzy wypełnione (również dźwiękami niepowiązanymi ze sobą), nagłe zmiany siły głosu w wypowiedzi, co zwykle jest połączone ze zmianą tematu roz-

⁵ Objawy pozytywne – wytwórcze – cechuje pojawienie się pewnych zaburzeń czy trudności w procesach poznawczych, zaburzenia języka i komunikacji, objawy negatywne – deficytowe – wskazują na występowanie nowych niedostatków.

⁶ Nieprawidłowości, dotyczące głównie procesów koartykulacji lub fonologicznej struktury wyrazów, mają charakter epizodyczny i przejściowy, mogą być efektem chwilowego spadku precyzji artykulacyjnej i opieraniem wypowiedzi na czynnikach prozodycznych, co może mieć związek z ubocznym działaniem przyjmowanych leków lub z gorszym ogólnym stanem pacjenta (por. Woźniak 2005, 2000).

mowy i adresata wypowiedzi⁷. W schizofazji manifestują się zaburzenia interakcji zewnętrznych i wewnętrznych (nakładanie się różnych w jednym czasie) oraz niekontrolowane przechodzenie z kodu symbolicznego do konkretnego i odwrotne.

CEL. MATERIAŁ I METODY

W badaniach dorosłej 33-letniej kobiety z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim oraz schizofrenią paranoidalną uwaga została skupiona na zachowaniach językowo-komunikacyjnych pacjentki oraz ich wpływie na codzienne życie badanej. Kobieta zdiagnozowana w wieku nastoletnim. Orzeczenie o niepełnosprawności wydano w roku 2002 przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności. Jako dziecko badana uczęszczała do szkoły specjalnej, gdzie uczestniczyła również w indywidualnych zajęciach z logopedą. Kobieta pozostaje pod stałą opieką psychologa i psychiatry⁸. Przyjmuje następujące leki: lamotrygina, olanzapina, perazyna, hydroksyzyna o działaniu przeciwpadaczkowym, przeciwpsychotycznym i anksjolitycznym⁹. Badana mieszka sama¹⁰, pracuje zawodowo, pomagając w sprzątaniu.

W kompleksowej diagnozie dorosłej kobiety uwzględniono różnego typu zachowania językowo-komunikacyjne, zwrócono uwagę na aspekty psychosocjalne, motoryczne, poznawcze i językowe. W badaniach wykorzystano metodę studium przypadku (Banaszkiewicz 2015), w tym techniki: obserwację, wywiad i analizę dokumentów, oraz narzędzia: skalę KSOS, autorski *Kwestionariusz do badania artykulacji* (zawierający zdjęcia przedmiotów i zwierząt łatwych do rozpoznania), Montrealską Skalę Oceny Funkcji Poznawczych – MoCA (Nasreddine i wsp. 2005; Gierus i wsp. 2015). Oceniono również warunki anatomiczno-czynności-

⁷ Tomasz Woźniak (2000) interpretuje to zjawisko jako reakcję werbalną wobec omówień słuchowych i uznaje za jeden z nielicznych ważnych wyróżników dyskursu schizofazycznego na płaszczyźnie suprasegmentalnej.

⁸ U pacjentów ze schizofrenią wykorzystuje się: farmakologię (neuroleptyki), psychoterapię (np. CBT – poznawczo-behawioralną), psychoedukację pacjenta i bliskich, terapię rodzin, arteterapię czy trening metapoznawczy (Szulc i wsp. 2019; Chądryńska i wsp. 2011).

⁹ Obecnie nie ma metody skutecznego niwelowania przetrwałych objawów negatywnych w schizofrenii, dlatego przy poszczególnych objawach stosuje się farmakologię wykorzystywaną przy leczeniu innych zaburzeń, np. na lęk – leki przeciwłękowe, na depresję – przeciwdepresyjne (Szulc i wsp. 2019).

¹⁰ Osoby chore na schizofrenię, które mieszkają z nadopieczniczą rodziną, są bardziej narażone na nawrót choroby (Birchwood, Jackson 2004).

we (za: Pluta Wojciechowska 2019), ogólną wiedzę pacjentki, umiejętności czytania i pisanie.

Badania przeprowadzono za zgodą prawnego opiekuna oraz samej pacjentki. Próbkę mowy zostały nagrane dyktafonem.

WYNIKI BADAŃ

Uczestnictwo w dialogu

Fragment 1

Badana: *Ekspresu nie kupuję, bo kawę często nie piję. Po co mi e e ekspres do kawy, nie? Patrzyłam cenowo ile kosztuje właśnie.*

Badająca: *No i ile kosztuje?*

Badana: *Najtańszy kosztuje chyba 600 zł, taki zwykły taki, ale ja kawę często nie piję, właśnie mówię. Nie kupuję, bo mama mówi, że le nie potrzebny jak ja kawę często nie piję. To po co mam kupować jak ja kawę często nie piję. Tylko oglądałam różne to do kawy, ale coś mi nie pasowało za bardzo w nich właśnie mówię. Bo ja cenowo oglądałam, bo w gazecie miałam tą ulotkę z tej krady to patrzyłam to bardzo dobre te ekspresy są właśnie, no ale nie kupuję, bo po co mi jak ja kawę często nie piję, po co mi kawy jak ja kawę często nie piję. W to, w to miejsce mogę kupić sobie jakiś sprzęt do do gotowania na naczynie do domu może być czy jakaś maszynka czy jakieś coś mówię. Bo nie mam takiego blenderu z tym wszystkim, muszę sobie kiedy kupić bo się też przyda, nie? Ja muszę sama pochodzić i sobie kupić, muszę pochodzić jakie ten. Bo ja dzisiaj cały taki zestaw chciaa kupić i taki ten yy blender i wszystko można zrobić nie? A aja aj aja nie wiem co to to to ten malakser, co to, co to to ten malakser jest?*

Fragment 2

Badana: *Bo mów wiesz ma ma mogę siem poczęstować jedną czekoladką? Jeden kawalek se wezme dobra?*

Badająca: *Tak, pewnie.*

Badana: *Ale bardzo dobra ta czek czekoladka. Ja to jestem za tym słodkim. Bardzo lubię. A mogę do domu pójść to się zważę. Ile ważę ciekawa jestem. Tylko ten jeden kawalek tylko tylko. Słodka bardzo, słodka. Zaraz idę właśnie.*

Badana chętnie uczestniczy w rozmowie, po udzieleniu krótkiej odpowiedzi na zadane pytanie sama inicjuje i rozważa kolejne istotne dla siebie tematy, szybko jednak urywa wątek i rozpoczyna następny. Wypowiedzenia często są niedokończone (anakoluty), występują liczne repetycje, też perseweraacje (*mówię, właśnie mówię, właśnie najczęściej na końcu wypowiedzi*) i wypełniacze (np. zaimki wskazujące *ten, ta, to; kawę często nie piję*). Badana kilkakrotnie podejmuje próby przekazania tej samej tre-

ści, występuje tzw. zapętlenie. W mowie spontanicznej (wypowiedzi subiektywne) notuje się zjawisko redundantnego gadulstwa (OTV – *off target verbosity*) i związaną z tym tendencję do gubienia celu lub zbaczania wypowiedzi.

Ocena fenomenów językowych (KSOS)

W skali KSOS badana uzyskała 12 punktów, co wskazuje na schizofazję w stopniu ciężkim. Jednak wynik ten jest niejednoznaczny ze względu na współwystępowanie NI w stopniu lekkim.

W wypowiedziach badanej notuje się zaburzenia spójności gramatycznej: zubożenie składni (w drugim dialogu przeważają zdania pojedyncze: 9/10) i konotacji linearnej. Dla mowy pacjentki charakterystyczne są anakoluty, potoczmy i kolokwializmy, kobieta stosuje liczne powtórzenia, wypełniacze i ciągi zautomatyzowanych słów, występują też fragmenty „urwanych myśli” (np. *bo mów wiesz, mogę do domu pójść*) i zapętlenie. W jednej wypowiedzi notuje się różnego typu fenomeny językowe (np. odnoszenia do siebie, zbaczanie wypowiedzi, persewercje i wypełniacze). W mowie spontanicznej spójność semantyczna jest na stosunkowo dobrym poziomie (rzadko notuje się neologizmy, np. *krada, patrzeć cenowo*). Badana z reguły jest rozumiana przez odbiorcę (poza komunikowaniem się w stanie pobudzenia emocjonalnego), formułuje komunikaty względnie adekwatne do sytuacji i uwzględniające rangę rozmówcy. Zaburzenia pragmatyki wiążą się z konkretnością wypowiedzi oraz aktywnością werbalną (wielomówność, ilościowy wzrost mowy spontanicznej).

Ocena warunków anatomiczno-czynnościowych

U badanej ułożenie głowy względem linii kręgosłupa jest nieprawidłowe (sylwetka lekko przygarbiona, głowa nieznacznie pochylona do przodu), ustawienie stóp w pozycji siedzącej jest prawidłowe. W ocenie budowy poszczególnych elementów kompleksu ustno-twarzowo-gardłowego nie odnotowano nieprawidłowości. Ocena funkcji narządów artykulacyjnych w spoczynku i podczas aktywności wykazała: prawidłowy oddech (jedynie w stanach pobudzenia emocjonalnego nieco skrócony i spłycony), odgryzanie, gryzienie, żucie i połykanie prawidłowe (z wywiadu z rodziną wiadomo, że kobieta ma trudności z koordynacją oddychania-żucia-połykania-mówienia podczas posiłków, kiedy chce aktywnie uczestniczyć w rozmowie). W trakcie wykonywania prób służących ocenie sprawności warg oraz języka zdiagnozowano małą precyzję

ruchów w obrębie aparatu artykulacyjnego (ruchy chaotyczne i niedokładne, kompensacja żuchwą).

Przy pierwszych próbach ćwiczeń badana szybko zniechęciła się i zaniechała działań, jednak po kilku powtórzeniach prób (na następnych spotkaniach) sama doszła do wniosku, że powinna wykonywać prezentowane ćwiczenia, gdyż usprawniają jej aparat artykulacyjny i poprawiają wyrazistość mówienia.

Ocena artykulacji, nazywania

Podczas badania kwestionariuszem nie zdiagnozowano wad wymowy, jedyny błąd w wyrazie „nosorożec” [nošorožec] mógł wynikać z dość szybkiego tempa mówienia oraz przygotowania narządów artykulacyjnych do wypowiedzenia głoski dźwiękowej [ž] (asymilacja). Trudności notowano podczas badania nazywania:

KSIĄŻKA – *książka mo a mo że te też r być te może też podręcznik, nie? Notes może być*

EKIERKA – *wieszak [nie, to nie jest wieszak]¹¹; ekierka? [tak, ekierka]*

SMOK – *smok wawels pamiętasz pamiętasz tego smoka? Taka bajka była!*

IGLOO – *co to może być... Jabłko to jest? To jest igloo igloo*

TRAMWAJ – *ten... nie autobus tylko to jest ten... mmm tramwaj*

GRABIE – *to się nazywa yyy [do grabienia] grabie, grabie, grabie*

KRÓLIK – *królik, dobrze mówię?*

PIEROGI – *pierogi, tak?*

KALAFIOR – *ten mmm nie brokuła tylko to jest ten kalafior*

WIŚNIA – *nie poziomka tylko ta... czereśnia? Albo wiśnia*

SZCZOTKA – *To jest ten, do włosów... Szczotka do włosów?*

ŻUK – *co to może być to małe może być, co to może jakiś żuk może być? Żuk, żuk, żuk*

ARCHITEKT – *i co to może być pan jakiś [który projektuje domy] projektuje właśnie mówię... [to jak taka osoba się nazywa? która projektuje domy?] projektant [tak, może być projektant, ale tutaj chodzi o architekta] a tak, architekt, architekt może być*

CIUCHCIA – *taka ciuchcia, ciuchcia*

LIŚĆ – *liść mówię*

ŻOŁĘDZIE – *róże, nie róże tylko te... Orzechy właśnie mówię... orzechy, orzechy [to są akurat żołądździe] żołądździe, żołądździe tak, to żołądździe*

¹¹ W nawiasach zostały umieszczone komentarze lub podpowiedzi badaczki.

PIENIĄDZE – *monety mówię [pieniądze] pieniądze, monety*

LILIE – *jak to jest tamto nazywa się... nazywa się to jakoś ten to jest to... [kwiaty, które możesz zobaczyć na wodzie] yy rusałki? [lilie wodne] lilia*

GOŁĄB – *ten yy wrona? Nie to jest ten. To jest takie szaree. Gołąb?!*

NOSOROŻEC – *hipopotam czy to jest koziorożec? [to jest nosorożec] noso noso noszorożec*

ANANAS – *a na czy to jest ten mmm jak to się mówi? kokos? [nie, może być w puszcze na przykład] ananas*

Pacjentka wielokrotnie miała trudność z odnalezieniem właściwego słowa. Nazwy, których błędnie używa, zazwyczaj należą do tej samej kategorii (np. pojazdy: autobus – tramwaj, warzywa: kalafior – brokuł, owoce: wiśnia – poziomka), mają podobny kształt (np. trójkątny: ekierka i wieszak, okrągły: igloo i jabłko), są przywoływane ze względu na podobieństwo brzmieniowe (np. nosorożec i koziorożec). Występuje zjawisko TOT (ang. *tip-of-the-tongue phenomenon* – ‘mam to na końcu języka’, np. *nazywa się to jakoś ten to jest to...*). Podpowiedź w postaci definicji słowotwórczej pomaga wydobyć właściwą nazwę (np. wykonawcy czynności – projektant). W trakcie badania kobieta oczekiwała na potwierdzenie trafności każdej odpowiedzi, repetycje dowodzą chęci zapamiętania właściwej nazwy.

Ocena funkcji poznawczych (MoCA)

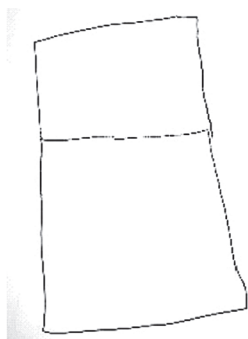
W skali MoCA Badana uzyskała 22 punkty.

a) Pamięć operacyjna, funkcje wykonawcze (test łączenia punktów)

Badana zrozumiała polecenie, narysowała linie łączące kolejno liczby i litery w porządku wzrastającym. Szukała jednak potwierdzenia trafności u badaczki, mówiąc na głos, jaką liczbę planuje połączyć z literą. Badana narysowała linie niekrzyżujące się i połączone poprawnie. Otrzymała za to zadanie 1 pkt.

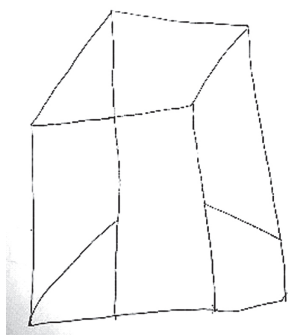
b) Zdolności wzrokowo-przestrzenne (test rysowania sześcianu)

Badana z góry założyła, że nie podoła zadaniu przerysowania figury widocznej na fotografii. Za pierwszym razem, bez żadnych podpowiedzi, przedstawiła figurę dwuwymiarową niepełną – rycina 1:



Rycina 1. Sześciątło narysowany przez pacjentkę (pierwsza próba)
Źródło: archiwum prywatne

Kolejna próba nastąpiła po kilku podpowiedziach oraz powtórzeniu polecenia. Ostatecznie figura została przedstawiona w sposób pokazany na rycinie 2:

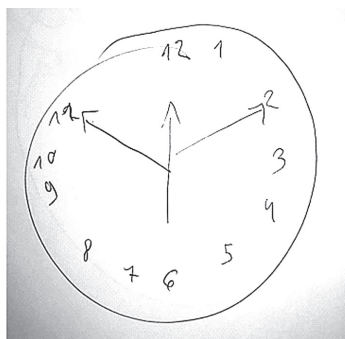


Rycina 2. Sześciątło narysowany przez pacjentkę (ostatnia próba)
Źródło: archiwum prywatne

W tym zadaniu nie przyznano punktu.

c) Zdolności wzrokowo-przestrzenne (test rysowania zegara)

Badana miała za zadanie narysować tarczę zegara, umieścić na niej godziny oraz wskazówki tak, aby wskazały godzinę 11.10. Zegar narysowany przez pacjentkę został przedstawiony na rycinie 3:



Rycina 3. Test rysowania zegara
Źródło: archiwum prywatne

Tarcza zegara jest okrągła (1 pkt), wszystkie cyfry oznaczające godziny są wpisane w tarczę zegara we właściwym miejscu (1 pkt, pomyłka między godziną 10 a 12 szybko została skorygowana). Badana narysowała trzy wskazówki o podobnej długości. Zapytana, czy na pewno wszystko się zgadza powiedziała, że nie, bo nie powinno być jednej ze wskazówek. Na drugim, poprawionym rysunku zegara umieściła dwie wskazówki, wskazujące dobrą godzinę, nadal podobnej długości.

d) Nazywanie

Zadaniem badanej było nazwanie przedstawionych obrazków, na których znajdowały się: lew, nosorożec, wielbłąd. Badana poprawnie nazwała lwa i wielbłąda. Nosorożec został nazwany jednorozcem. Zapytana czy jest pewna, że to jednorozec, poprawiła się i powiedziała nosorożec. Za zadanie otrzymała 2/3 pkt.

e) Pamięć

Badana została poproszona o zapamiętanie pięciu wymienionych wyrazów: *twarz*, *aksamit*, *kościół*, *stokrotka*, *czerwony*, a następnie powtórzenie ich. W pierwszej próbie badana wymieniła wszystkie wyrazy, jednak potrzebowała chwili do namysłu. Następną próbę miała miejsce na koniec przeprowadzanego testu. W drugiej próbie badana wymieniła dwa na pięć wyrazów: *stokrotka* i *czerwony*, mówiąc, że już więcej nie pamięta. Z podpowiedzią „był jeszcze: *materiał*, *budynek* i *część ciała*”, przypomniała sobie słowa *aksamit*, *kościół* i *twarz*.

f) Uwaga

Badana została poproszona o powtórzenie pięciu wymienionych cyfr: 2, 1, 8, 5, 4 w tej samej kolejności. Zadanie zostało wykonane poprawnie. Druga próba dotyczyła powtórzenia trzech cyfr: 7, 4, 2 w odwrotnej kolejności niż ta podana przez badaczkę. Tutaj badana popełniła błąd, wymieniając cyfry ze zmienioną kolejnością: 4, 2, 7. Otrzymała zatem 1 pkt w próbie pierwszej i 0 pkt w drugiej.

W kolejnym zadaniu badana miała klasnąć w dłonie, gdy usłyszy głoskę „A” w ciągu głosek: F, B, A, C, M, N, A, A, J, K, L, B, A, F, A, K, D, E, A, A, A, J, A, M, O, F, A, A. Próba została zrozumiana i wykonana błędnie. Przyznano 1 pkt.

Następnie badana była proszona o odejmowanie od 100 kolejno po 7 do momentu, aż badaczka powie „stop”. Wyniki przedstawiały się następująco: 93, 86, 79, 72, 66. Badana trzymała 3 pkt, ponieważ w tym zadaniu dopuszcza się jedną pomyłkę (w tym przypadku 66 zamiast 65).

g) Powtarzanie zdań

Zadaniem badanej było precyzyjne powtórzenie dwóch usłyszanych zdań:

1. Wiem tylko, że to Jan ma dzisiaj pomagać.
2. Kot zawsze chował się pod kanapą, gdy psy były w pokoju.

Kobieta początkowo powtórzyła pierwsze zdanie, mówiąc: *Wiem tylko, że to ja mam dzisiaj pomagać*. W drugiej próbie, po wyraźniejszym powtórzeniu wzorca przez badaczkę, został odtworzony poprawnie. Drugie ze zdań od razu zostało powtórzone prawidłowo. Przyznano w tym zadaniu 2 pkt.

h) Fluencja słowna

Odczytane zostało polecenie zadania, które polegało na wymienieniu jak największej liczby wyrazów zaczynających się na głoskę [f], w czasie 60 sekund. Badana została poinformowana, że nazwy własne nie będą brane pod uwagę. Badana wymieniła następujące wyrazy: fala, flet, flaga, firanka, flota. Za to zadanie przyznano 0 pkt, ponieważ liczba wyrazów jest mniejsza od 11, co uznaje się za normę.

i) Myślenie abstrakcyjne

W tej próbie zadaniem badanej było wskazanie, co wspólnego mają ze sobą podane pary wyrazów.

– pociąg i rower: *No, że można przemieszczać, pojechać gdzieś można. Przemieszczać się, zwiedzić, zobaczyć mówię.*

– zegar i linijka: *zegarek... czas, czas mówię, no. A linijką się czas mierzy. [Czyli co je łączy?] Mierzy. Tu czas, tu centymetry.*

j) Orientacja

Ostatnie zadanie w teście MoCA dotyczy orientacji w czasie i przestrzeni. Badana wykonała próbę poprawnie, podała właściwą datę, miejsce i miasto, w jakim się znajduje. Otrzymała maksymalną liczbę 6 punktów.

Ocena sprawności leksykalno-semantycznej

Poproszono badaną, aby dokończyła przysłowia i postarała się wyjaśnić, jak je rozumie.

1. Gdzie kucharek sześć... *tam nie ma gdzie jeść.*

Niee, nie umiem wytłumaczyć za bardzo. No, że kucharki gotować nie umiały albo im się nie chce? Coś takiego chyba, nie?

2. Bez pracy nie ma... *kołaczy*.
Co to może oznaczać pracy? *Naczy... że wszyscy, że każdy potrzebny jest do pracy, jest potrzebny nie? Żeby pracować, dobrze mówię?*
3. Kuj żelazo... *póki gorące*.
No nie wiem, co to może oznaczać, ja nie mam pojęcia, co to może być, mówię.
4. Co się odwlecze... *to nie uciecze*.
Znaczy, że że później trzeba coś zrobić, właśnie mówię.
5. Nie ma róży... *bez kolcy*.
No chyba wiem, że jedni są tacy, drudzy tacy. Coś z ludźmi czy coś innego?
6. Lepiej późno... *niż wcale*
Że lepiej coś później zrobić.

Badana kojarzy popularne przysłowia, jednak trudno jej zrozumieć i wyjaśnić ich niedosłowne znaczenia.

Ocena ogólnej wiedzy

Aby sprawdzić stan ogólnej wiedzy pacjentki, posłużono się zestawem pytań pochodzących z zestawu ćwiczeń stymulujących funkcje językowe i poznawcze (Dzienniak, Malinowska 2011).

1. Cztery pory roku to...? *Lato, jesień, zima, wiosna*
2. Pierwszym miesiącem roku jest...? *Styczeń*
3. Drugim dniem tygodnia jest...? *Drugim dniem tygodnia... wtorek*
4. Dzieci kończą wakacje i idą do szkoły we...? *Kiedy idą? Poczekaj... nie w czerwcu tylko ten. Jak kończą wakacje, tak? Zapomniałam właśnie mówię...*
5. Pierwszym roboczym dniem tygodnia jest...? *Tygodnia. Sobota, tak?*
[Roboczym, czyli takim kiedy się idzie do pracy] *Poniedziałek, poniedziałek*
6. Marzannę topimy pierwszego dnia...? *Marca. Pierwszego marca [A jaka to jest pora roku?] No mówiłam, to jest ten mmm zima? [Wiosna] Wiosna, wiosna, wiosny, wiosny tak*
7. Najdłuższy dzień w roku wypada w miesiącu...? *Najdłuższy dzień w roku, kiedy wypada? Mi się wydaje, że chyba, chyba w maju. Tak? Dobrze mówię? [W czerwcu wypada najdłuższy dzień w roku] W czerwcu, w czerwcu*
8. Ile dni ma zazwyczaj rok? *Trzysta sześćdziesiąt ma? [365 albo 366] Sześć no*

9. Miesiące letnie to...? *Maj i wiosna mówię. Dobrze mówię? Lato, lato, lato lipiec, lipiec, sierpień i czerwiec jeszcze będzie*
10. Rok kończy się trzydziestego pierwszego... *Grudnia mówię*
11. Polskie morze to...? *Wisła* [Wisła to rzeka. A kojarzysz morze? Można jeździć na przykład do Gdańska nad morze... Jakie?] *Koło-brzeg* [To jest miejscowość nad morzem. A morze jak się nazywa, znasz nazwę?] *Bałtyckie*
12. Lech Wałęsa był...? *Nie wiem właśnie kim był... prezydentem ten? Tak? dobrze mówię?*
13. Jan Matejko był...? *Jan Matejko kim? Mi się wydaje, że malarzem.*
14. Henryk Sienkiewicz był...? *„Potop” pisał właśnie mówię* [Pisał, czyli był kim?] *Pisarzem, pisarzem*
15. Józef Piłsudski był...? *No z historii ja się tego nie uczyłam, to jest ten. Może tym, może tym całym tym, jak to się mówi na to... co z historii się mówi. Pułkownikiem? Dobrze mówię? Coś takiego chyba, coś takiego mówię*

Ocena umiejętności czytania i pisania

Badaną poproszono o przeczytanie fragmentu książki *Dzieci z Bullerbyn* Astrid Lindgren (2008, 5).

My dzieci z Bullerbyn. Nazywa naz nazywamy siem Lisa jestem dziewczynką tą była od razu widać z imienia. Mam siedem lat i wkrótce skoncze osiem czasem mama mówi jesteś dużą córeczką mamy możesz więc chyba dzisiaj wystrzec nie.. wytrzeć naczynia. Czasem zaś Lours i Bosse mówią takie brzdące nie mogą siem z nimi bawić w Indian jesteśmy za mat. Jesteśmy za tam pisze, że [...] (bardzo szybko, niezrozumiale wypowiedziane słowo) tak pisze nie? Dlatego ten postanowił siem siem czy właści właściwie jesteście małe czy duże. Jesteś jesteśmy jednak uwaażając, że jesteśmy ty jesteś duża a drudzy, że jesteście małe a to pewnie jesteśmy sam raz. Lours i Bosse... [Imię chłopca czyta się „Lasse”] To oni to oni bracia. Lasse to dziewczynka znaczy Lejs [To jest dziewczynka?] Dziewczynka. To dziewczynka [Nie, tutaj jest napisane „Lasse ma dziewięć lat...”] Lasse ma dziewięć lat a Bosse osiem. Lasse jest bardzo silny i umie biegać o wiele szybciej od od od ode mnie jeszcze ja umiem biegać tak ba szybko jak Bosse. Czasem, gdy chłopcy nie chcą żeby szło z nimi Lasse przy przytrzymuje mje przez chwilę gdy tam tym tymczasem Bosse biegnie po poprzód [...]naprzód...] Naprzód, naprzód. Po-tem Lasse puszcza mnie z leci jak strzała. Siostra nie ma to wielka szkoda chłopcy są tacy nieznośni mieszkamy w grodzie, który nazywa siem Środkową nazywa siem jak dlatego że jeżeli [...]że leży....] dlatego, że po nazywa się tak dlatego, że leży pomiędzy dwoma innymi tamtej zgody [...]zagrody. Dziewczynka opowiada teraz, że mieszka w środkowym domu] domu domu opowiada opowiada właśnie mówię no w środkowym mieszka. A te nazywają się Północna i Południowa. Wszystkie trzy położone są o sobie sobie o sobie nie.. Obok siebie tak jak na rysunku. To niezupełnie tak wygląda rzeczywistość to dla-

tego, że nie umie zbyt dobrze rysować. Zgodzie Południowej mieszka chłopiec, który ma na imię Olle. Nie ma wcale rodzeństwa lecz bawi się z Losse i Basse. Ma osiem lat i już bardzo prędko biega natomiast w zagrodzie Północnej mieszka dziewczynka dziewczynki dwie co za szczęście że i one nie są chłopcami.

W zadaniu badana koncentrowała się głównie na odczytaniu treści fragmentu, posługiwała się techniką mieszaną (całościową oraz sylabizowaniem z syntezą). Trudności notowano zarówno w tempie (zwolnione), jak też technice czytania – tu wystąpiły: dysprozodia, „gubienie się” w tekście, brak zrozumienia treści czytanego fragmentu, odtwarzanie elementów podobnych graficznie i brzmieniowo (np. *że jeżeli* zamiast „*że leży*”), wprowadzanie słów lub fraz, których nie ma w czytanim tekście (np. *Lasse to dziewczynka* zamiast „*Lasse ma dziewięć lat*”), charakterystyczne dla badanej perseweracje: *właśnie mówię*), pomijanie lub mylenie drobnych elementów graficznych (np. *a-a, a-o*), opuszczenia liter lub powtarzanie wyrazów (np. *jesteśmy sam raz; od od od ode mnie; zgoda* zamiast „*zagroda*”), sylabizowanie, przedłużanie samogłosek w wyrazach trudnych (np. *postaanoowiił*), agramatyzmy (np. *poprzód* zamiast „*naprzód*”), błędy ortofoniczne (np. *siem – się; mje – mnie*). W czytaniu występują też repetycje – badana cofa się i powtarza już raz przeczytane słowa, co niejednokrotnie prowadzi do autokorekty (np. [...] *położone są o sobie sobie o sobie nie.. Obok siebie [...]*).

Ocena pisma składała się z trzech prób: 1. przepisywania (rycina 4), 2. pisania twórczego (rycina 5 – badana miała wyobrazić sobie, że jest na wakacyjnym wyjeździe i pisze list do znajomej), 3. pisania ze słuchu na czystej kartce (rycina 6).

[Pani Alina i pan Wacław Nowakowie są małżeństwem od 49 lat. Mają troje dzieci i pięcioro wnucząt. Mieszkają w Łodzi, w Śródmieściu. Ich mieszkanie jest nieduże, ale jasne i przytulne.] Niedawno zostało wyremontowane. Codziennie rano państwo Nowakowie chodzą do sklepu po świeże pieczywo, a po południu spacerują po położonym niedaleko parku. Wieczorami pani Alina ogląda telewizję lub rozwiązuje krzyżówki, a pan Wacław czyta książki albo gra w szachy z sąsiadem. Państwo Nowakowie bardzo lubią oglądać wspólnie zdjęcia i wspominać dawne czasy. Są zadowoleni z tego jak poukładali swoje życie.

Pani Alina i pan Wacław Nowakowie są
małżeństwem od 49 lat. Mają troje dzieci
i pięcioro wnucząt. Mieszkają w Łodzi, w
Śródmieściu. Ich mieszkanie jest nieduże, ale
jasne i przytulne.

Rycina 4. Pierwsza próbka pisma badanej (przepisywanie)

Źródło: tekst (Dzienniak, Malinowska 2011); próbka pisma – archiwum prywatne

Speknam wakację nad Morzem
w Ustce. Pojechałam z mamą i koleżanką
Chcimy na plażę i się opalony, i słońce
i chcimy. Głaska wody przy falach na
piasku. Jest ciepła słonnie i miernkami.
W dzień przyplaży. Domek jest dwudwójny i kolorowy.
W koleżkę zielonym i niebieskim.
Co sobie wzięłam książkę przygotowane. Rano wstaję i
wykuję mamę i koleżankę śniadanie, i potem
mama wykuję dzień i kolację.

Rycina 5. Druga próbka pisma badanej (pisanie twórcze)

Źródło: archiwum prywatne

Górskie Teatry Sezonie późno zimowym
 pękają w szwach. Polscy i zagraniczni turyści
 gromadzą się na każdy spektakl który wystawiają w
 Stolicy TATR. Pierwszeństwo mają jednak rdzenni
 mieszkańcy Zakopanego. Na sobotniej premierze
 pojawi się aż trzysta entuzjastów sztuki teatralnej
 Większość z nich jest przeznaczona Krasnicin Teatralnej.
 Ochotniczym Pogotowiem Ratunkowym Dzieńki
 - umożliwia bezpieczne dotarcie na miejsce przeznaczenia
 - wienia. Na jedyną wyjątkową atrakcję nie lada
 atrakcję. Przygotowani do występu aktorzy, niebagatelny
 - scenariusz, spotkanie z reżyserem, nietuzinkowa
 - scenografia i przysmaki w postaci wędzonych oscypków z żurawiną.
 Przewodnicy Górcy zachęcają do udziału w wydarzeniu nawet
 tych, którzy nie wychylają nosa poza próg swoich
 wygodnych i komfortowych mieszkań. Ostrzegają
 jednak przed zakładaniem sandałów i wysokich szpilek,
 które mogłyby zakłócić przebieg uroczystego
 wydarzenia.

Rycina 6. Trzecia próbka pisma osoby badanej (pisanie ze słuchu)

Źródło: tekst (WAJDA, 2019, 23*); próbka pisma – archiwum prywatne

* Dyktowany tekst: „Górskie teatry w sezonie późnozimowym pękają w szwach. Polscy i zagraniczni turyści gromadzą się niemal na każdy spektakl, który wystawiają w stolicy Tatr. Pierwszeństwo mają jednak rdzenni mieszkańcy Zakopanego. Na sobotniej premierze pojawi się aż trzysta entuzjastów sztuki teatralnej. Większość z nich jest przeznaczona w Górkim Ochotniczym Pogotowiu Ratunkowym, dzięki czemu może bezpiecznie dotrzeć na miejsce przeznaczenia. Na wyjątkowych gości czekają nie lada atrakcje: przygotowani do występu aktorzy, niebagatelny scenariusz, spotkanie z reżyserem, nietuzinkowa scenografia i przysmaki w postaci wędzonych oscypków z żurawiną. Przewodnicy górcy zachęcają do udziału w wydarzeniu nawet tych, którzy nie wychylają nosa poza próg swoich wygodnych i komfortowych mieszkań. Ostrzegają jednak przed zakładaniem sandałów i wysokich szpilek, które mogłyby zakłócić przebieg uroczystego wydarzenia”.

Pismo badanej charakteryzuje się niskim poziomem graficznym, występują liczne błędy zapisu (konstrukcyjne, proporcji, łączenia, pochylenia). Jakościowa ocena śladu, który zostawia narzędzie piszące (linia), wskazuje, że nacisk narzędzia piszącej jest stały, ślad pozostawiony na kartce papieru przez badaną nie jest ani zbyt słaby, ani za mocny; nieznacznie zachwiana jest stabilność linii. W strukturze litery widoczne są zniekształcenia: deformacje kół i kresek. Litery często są pisane niedbale (np. litera *o* kreślona jest niedokładnie, badana nie zawsze zawija górny łuk litery, przez co kształt przypomina *c*; litery *m* mają przedłużoną ostatnią łaskę). Kreślone linie bywają za krótkie lub za długie, przez co zmienia się proporcja liter względem siebie. Ponadto w tekście występują skreślenia wyrazów, pogrubienia liter i poprawki. Litery w wyrazach z reguły są podobnej wielkości, jednak w analizowanych tekstach zdarzały się wyrazy składające się tylko z wielkich liter lub zawierające wielkie litery łączone z małymi. Można dostrzec nieznaczne zmiany pochylenia liter w obrębie jednego wyrazu. Połączenia liter ze sobą są wyraźne.

Początkowo tekst zapisany przez badaną ma wyraźnie większe odstępy międzywyrazowe. Same wyrazy są bardziej rozciągnięte, przez co mieści się ich mniej w jednej linii. W połowie tekstu można zauważyć stopniowe zawężanie odstępów między wyrazami i znacznie mniejsze rozciągnięcie wyrazów w porównaniu do kilku pierwszych linii tekstu. Zjawisko to dostrzegalne jest w próbkach dłuższych tekstów (próbka 2. i 3.). Odstępy między wyrazami mają zmienną odległość, zmienna jest również odległość wyrazów od linii w liniaturze (próbka 1.). Odstępy między kolejnymi wersami tekstu są nierównomierne. Badana stara się pisać między marginesami (próbka 1.), od początku do końca strony. Unika dzielenia i przenoszenia wyrazów.

W piśmie występują liczne błędy ortograficzne (np. *gurskie, prug, żórawinną*), wstawianie dodatkowych liter (np. wydarzeniu: *wydarzeniu*; przygotowani: *pszygotowanij*) lub ich opuszczanie (np. turyści: *turści*) w wyrazach, metatezy i asymilacje (np. spektakl: *spetklat*). Liczne błędy notuje się w zapisie słów zawierających upodobnienia pod względem dźwięczności (np. przebieg: *przebiek*), liter o podobnym obrazie graficznym (np. *B i P, ł i t, e i ę*). Błędy dotyczą również zapisu samogłosek nosowych *a, ę* oraz zespołu dźwiękowego *om, em, on, en* (np. większość: *wieńkszoś*, domku: *dąku*, potem: *potę*, dzięki: *dzieńki*). Pomijane lub błędnie stosowane są znaki interpunkcyjne.

ZAKOŃCZENIE I WNIOSKI

Badana dorosła kobieta funkcjonuje na wysokim poziomie, jest osobą zaradną i w wielu sferach życia samodzielną, zorientowaną allopsychicznie. Pozostaje zmotywowana do terapii i leczenia¹², dostrzega także potrzebę doskonalenia umiejętności językowo-komunikacyjnych (głównie w zakresie płynności i wyrazistości mowy). Trudność w badaniu stanowiła charakterystyczna dla oligofazji i schizofrenii niemożność wyrażenia przez kobietę swoich doznań, odczuć czy emocji w sposób wystarczająco jasny dla badającego (por. Bielawska 2017; Komender 2004) oraz nadaktywność werbalna – objaw wytwórczy schizofrenii (Obrębska 2011). Okresy zwiększonego tempa mówienia, natłoku mowy (powyżej 150 słów na minutę), a jednocześnie mniejszej precyzji artykulacyjnej i redukcji głosek w wyrazach pojawiają się szczególnie w momentach, kiedy opowiada (także w komunikacji zapośredniczonej, tj. podczas rozmowy telefonicznej, kiedy nie widzi współ rozmówcy), jest pobudzona emocjonalnie.

Poziom wiedzy ogólnej jest wystarczający do uczestnictwa w codziennych zdarzeniach komunikacyjnych i spontanicznej rozmowie, kobieta nie wycofuje się z życia społecznego, przeciwnie – jest osobą towarzyską i otwartą, chętnie inicjuje kontakt słowny. Mimo tego, że jej wypowiedzi są niespójne i zdeorganizowane (rozbieżności na poziomie tekstu), a zaabsorbowana swoją osobą (doświadczeniami, potrzebami – co cechuje pacjentów z przewagą objawów pozytywnych w schizofrenii) (Obrębska 2011), ma tendencję do gubienia celu wypowiedzi – komunikacyjna funkcja mowy pozostaje na względnie dobrym poziomie. W dialogu i narracji badanej dostrzega się deficyt możliwości hamowania informacji nieistotnych, echolalię, brak samodzielnej korekty wypowiedzi niepełnych czy agramatyzmów – co świadczy o zaburzeniu kontroli wypowiedzi. Informacyjne ubóstwo, zbaczanie wypowiedzi, zaburzenia logiki oraz utrata celu utrzymują się po wieloletniej terapii logopedycznej i psychologicznej oraz leczeniu neuroleptykami – co jest charakterystyczne dla osób z przewlekłą schizofrenią paranoidalną (Czernikiewicz 2004).

Charakterystyczne dla oligofazji i schizofazji uproszczenie syntaktyczne, zaburzenia leksykalno-semantyczne i obniżona sprawność narracyjna (Woźniak 2005, 2000; Michalik 2012; Czernikiewicz, Woźniak 2012) notowane są zarówno w mowie spontanicznej, jak też podczas wykonywania kolejnych prób przez badaną. Występują trudności w wydobywaniu nazw z leksykonu umysłowego, zaburzenia pamięci semantycznej,

¹² Pacjenci objęci pomocą terapeutyczną są lepiej nastawieni do przyjmowania leków (Seligman, Walker, Rosenhan 2017).

obniżona jest efektywność przeszukiwania słownika mentalnego (strategia oparta na podobieństwie semantycznym, w mniejszym stopniu brzmieniowym), ograniczona możliwość rozumienia pojęć werbalnych – świadczy to o jakości procesów językowych, o stanie pamięci, ale też o strategii myślenia kobiety. Notowane w mowie spontanicznej oraz podczas wykonywania kolejnych prób wypełniacze stanowią rodzaj protezy metatekstowej (Ożóg 1990) – beztreściowego wypełnienia pewnych fragmentów tekstu.

Badaną charakteryzuje mniejsza dociekliwość i krótsza koncentracja uwagi na jednym przedmiocie, obniżenie ciekawości, myślenie konkretno-obrazowe, chętnie odwołuje się do własnych doświadczeń dla lepszego zobrazowania omawianych sytuacji. Kobiecie trudno jest myśleć i działać pod presją czasu, wyraźnie dostrzegalne są deficyty uwagi, spostrzegania wzrokowego, wydłużony czas pracy przy zadaniach wymagających pracy analizatora wzrokowego i/lub słuchowego, jest świadoma własnych niedostatków przy zadaniach dotyczących oceny procesów wzrokowo-przestrzennych, prakcji konstrukcyjnej oraz myślenia abstrakcyjnego (por. komentarze badanej podczas testu rysowania sześcianu oraz zegara). Dla lepszego zrozumienia kobieta kilkakrotnie głośno powtarza polecenia i podpowiedzi badacza (stosowane przy mniejszej koncentracji uwagi i zbaczaniu), podczas rozwiązywania zadań często myli się, jednak, motywowana, stara się wykonywać działania do końca. Zaburzony jest mechanizm kontroli realizacji zadania oraz możliwość hamowania informacji nieistotnych. Notowane u badanej trudności w czytaniu i pisaniu wynikają z obniżonego ilorazu inteligencji, a co za tym idzie – zaburzeń czynności poznawczych, funkcji różnych analizatorów (wzrokowego, słuchowego i kinestetyczno-ruchowego) czy koordynowania procesu odbioru informacji i reakcji na nią (por. Jęczeń, Krupa 2016; Bałachowicz, Paluszewski 1995).

Czynnikiem utrzymującym dobry stan pacjentki jest regularne przyjmowanie leków, stały kontakt z lekarzem psychiatrą, terapia psychologiczna oraz życzliwe wsparcie rodziny. Z wieloma zadaniami, takimi jak np. opłacanie rachunków, zakupy czy umawianie wizyt lekarskich kobieta radzi sobie samodzielnie. Deficyty poznawcze powodują ograniczenie rozumienia relacji interpersonalnych. Badana potrzebuje osoby godnej zaufania, która pomaga jej w podejmowaniu decyzji czy służy radą. Jest bardzo podatna na sugestie i trudno jej wyciągać wnioski z doświadczeń życiowych, zrozumieć przyczynę bądź skutek jakiegoś działania, jak również rozpoznać dobre czy złe intencje innych ludzi. Ważna jest dla niej obecność osoby, której może powierzyć swoje wątpliwości i obawy.

BIBLIOGRAFIA

- Bałachowicz J., Paluszewski J., 1995, *Sprawności językowe dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim*, Warszawa.
- Banaszkiewicz A., 2015, *Studium przypadku jako metoda badań logopedycznych*, [w:] *Metodologia badań z perspektywy teorii i praktyki*, red. K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski, Gdańsk, s. 364–378.
- Barnow S., Ermer A., Dittmann V., Stieglitz R.-D., 2015, *Upośledzenie umysłowe*, [w:] *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*, red. H.J. Freyberger, W. Schneider, R.-D. Stieglitz, Warszawa.
- Bielawska J., 2017, *Zaburzenia psychiczne u osób z niepełnosprawnością intelektualną. Wybrane zagadnienia komunikacyjne w opiece medycznej nad pacjentem*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy”, nr 25, s. 47–55.
- Birchwood M., Jackson Ch., 2004, *Schizofrenia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne dla praktyków i pacjentów*, Gdańsk.
- Błeszyński J.J., 2015, *Diagnoza rozwoju mowy osób z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] *Diagnoza logopedyczna. podręcznik akademicki*, red. E. Czaplewska, S. Milewski, Sopot, s. 177–221.
- Carson R. C., Butche J.N., Mineka S., 2003, *Psychologia zaburzeń*, Sopot.
- Chaika E., 1982, *Thought Disorder or Speech Disorder in Schizophrenia?*, „Schizophrenia Bulletin”, vol. 8, Issue 4, s. 587–591.
- Chądzyńska M., Meder J., Charzyńska K., Drożdżyńska A., 2011, *Psychoedukacja dla osób chorych na schizofrenię – wstępna analiza sposobów prowadzenia zajęć*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, nr 20(3), s. 201–206.
- Cierpiąkowska L., 2019, *Psychopatologia*, Warszawa.
- Czernikiewicz A., 1998, *Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii*, Lublin.
- Czernikiewicz A., 2004, *Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii*, Warszawa.
- Czernikiewicz A., Woźniak T., 2012, *Diagnoza psychogennych zaburzeń mowy*, [w:] *Diagnoza logopedyczna. podręcznik akademicki*, red. E. Czaplewska, S. Milewski, Sopot, s. 415–479.
- Czernikiewicz A., Bibulowicz D., 2006, *Dezorganizacja w schizofrenii – przegląd literatury*, „Psychiatria”, t. 3, nr 2, s. 74–80.
- Domagała A., Mirecka U., 2012, *Trudności grafomotoryczne. Typologia zjawisk*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin, s. 195–208.
- DSM-V, 2013, *American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition*, APA Washington, DC.
- Dzienniak M., Malinowska B., 2011, *Ćwiczenia stymulujące funkcje językowe i inne procesy poznawcze*, Łódź.
- Gierus J., Mosiołek A., Koweszko T., Kozyra O., Wnukiewicz P., Łoza B., Szulc A., 2015, *Montrealaska Skala Oceny Funkcji Poznawczych MoCA 7.2 – polska adaptacja metody i badania nad równoważnością*, „Psychiatria Polska”, nr 49(1), s. 171–179.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10*, 2009, World Health Organization.
- Jenkins J.H., Barrett R.J., 2005, *Schizofrenia, kultura i subiektywność – na krawędzi doświadczenia*, tłum. J. Bobrzyński, Kraków.
- Jęczeń U., 2012, *Symptomy oligofazji w upośledzeniu umysłowym*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin, s. 381–393.
- Jęczeń U., 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadkach oligofazji*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin.

- Jęczeń U., Krupa S., 2016, *Wady wymowy oraz trudności w czytaniu i pisaniu u dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym*, „Logopedia Silesiana”, t. 5, s. 275–294.
- Kaczorowska-Bray K., 2012, *Zaburzenia komunikacji językowej w grupie osób z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] *Diagnoza i terapia logopedyczna osób z niepełnosprawnością intelektualną*, red. J. Błęszyński, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk, s. 36–63.
- Kaczorowska-Bray K., 2014, *Biologiczne podłoże zaburzeń mowy u osób z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] *Biomedyczne podstawy logopedii*, red. S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk, s. 263–285.
- Kępiński A., 2001, *Schizofrenia*, Kraków.
- Kępiński A., 2018, *Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe (F20-F29)*, [w:] *Psychiatria*, red. P. Gałęcki, A. Szulc, Wrocław, s. 159–188.
- Kirejczyk K., 1981, *Upośledzenie umysłowe – pedagogika*, Warszawa.
- Klimasiński K., 2000, *Elementy psychopatologii i psychologii klinicznej*, Kraków.
- Komender J., 2004, *Upośledzenie umysłowe – niepełnosprawność umysłowa*, [w:] *Psychiatria dzieci i młodzieży*, red. I. Namysłowska, Warszawa, s. 92–109.
- Lindgren A., 2008, *Dzieci z Bullerbyn*, Warszawa.
- Michalik M., 2012, „Gramatyka wewnętrzna” a kompetencja składniowa osób upośledzonych umysłowo, [w:] *Studia z logopedii i neurologopedii*, red. I. Nowakowska-Kempna, Kraków, s. 33–53.
- Minczakiewicz E., 1993, *Zaburzenia mowy u upośledzonych umysłowo*, [w:] *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski, Lublin, s. 193–202.
- Morrison J., 2016, *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, Kraków.
- Nasreddine Z.S., Phillips N.A., Bedirian V., Charbonneau S., Whitehead V., Collin I., Cummings J.L., Chertkow H., 2005, *The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment*, „Journal of the American Geriatrics Society”; no. 53, pp. 695–699.
- Obrębska M., 2011, *Analiza leksykalna tekstów wypowiedzi pacjentów ze zdiagnozowaną schizofrenią paranoidalną. Doniesienia z badań*, [w:] *O utrudnieniach w porozumiewaniu się. Perspektywa języka i komunikacji*, red. M. Obrębska, Poznań, s. 29–45.
- Ożóg K., 1990, *Leksykon metatekstowy współczesnej polszczyzny mówionej: wybrane zagadnienia*, Kraków.
- Pluta-Wojciechowska D., 2019, *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*, Bytom.
- Rakowska A., 2003, *Język – komunikacja – niepełnosprawność: wybrane zagadnienia*, Kraków.
- Rakowska A., 2002, *Oligofazja. Ogólne tendencje w edukacji*, [w:] *Zaburzenia mowy*, red. S. Grabias, Lublin, s. 351–356.
- Kupfer D., Regier D., 2018, *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5*, Wrocław.
- Seligman M., Walker E., Rosenhan D., 2017, *Psychopatologia*, Poznań.
- Sęk H., Steuden, S., 2018, *Psychologia schizofrenii*, [w:] *Psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, Warszawa.
- Szulc A., Dudek D., Samochowiec J., Wojnar M., Heitzman J., Gałęcki P., 2019, *Rekomendacje dotyczące leczenia schizofrenii z objawami negatywnymi. Standardy farmakoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego*, cz. 2. „Psychiatria Polska”, nr 129, s. 1–16.
- Sturmeij P., 2010, *Diagnoza zaburzeń psychicznych u osób niepełnosprawnych intelektualnie*, [w:] *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania u osób niepełnosprawnych intelektualnie*, red. N. Bouras, G. Holt, Wrocław.
- Tarkowski Z., 1999, *Zaburzenia mowy dzieci upośledzonych umysłowo*, [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole, s. 489–495.

- Tarkowski Z., 2005, *Mowa osób upośledzonych umysłowo i jej zaburzenia*, [w:] *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, E. Szelaż, G. Jastrzębowska, Opole, s. 553–606.
- Wajda W., 2019, *Dyktanda z humorem*, Kraków.
- Wciórka J., 2018, *Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychotyczne: DSM-5 Selections*, Wrocław.
- Woźniak T., 2000, *Zaburzenia języka w schizofrenii*, Lublin.
- Woźniak T., 2005, *Narracja w schizofrenii*, Lublin.
- Woźniak T., 2012, *Schizofazja*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. M. Kurkowski, S. Grabias, Lublin, s. 645–678.
- Woźniak T., 2015, *Schizofazja. Zasady postępowania logopedycznego*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, T. Woźniak, J. Panasiuk, Lublin, s. 1093–1103.
- Woźniak T., Czernikiewicz A., 2002/2003, *Krótką oceną skali schizofazji (KSOS)*, „Badania nad Schizofrenią” nr 4, s. 569–575.
- Wójciak P., 2016, *Etapy przebiegu schizofrenii – koncepcja stagingu*, „Psychiatria Polska”, nr 50(4), s. 717–730.
- Wójciak P., Rybakowski J., 2018, *Obraz kliniczny, patogeneza i ocena psychometryczna objawów negatywnych schizofrenii*, „Psychiatria Polska”, nr 52(2), s. 185–197.
- Wyczesany J., 2006, *Pedagogika osób z lekkim upośledzeniem umysłowym*, [w:] *Pedagogika specjalna*, red. W. Dykcik, Poznań.
- Wyczesany J., 2009, *Pedagogika upośledzonych umysłowo. Wybrane zagadnienia*, Kraków.
- Zhao Y., Kishi T., Iwata N., Ikeda M., 2013, *Combination treatment with risperidone long-acting injection and psychoeducational approaches for preventing relapse in schizophrenia*. „Neuropsychiatric Disease and Treatment”, no. 9, s. 1665–1659.