

JUSTYNA ANT CZAK-KUJAWIN

Uniwersytet Łódzki

ORCID: 0000-0002-8473-9878

Progresja zaburzeń nazywania i fluencji semantycznej w przypadku łagodnych zaburzeń poznawczych (MCI)

1. Wprowadzenie

Zdolność do świadomego i trafnego używania jednostek językowych zgodnie z ich znaczeniem, świadcząca o umiejętności nazywania, określa się mianem sprawności leksykalno-semantycznej. Jej rozwój odbywa się szczególnie w okresie dzieciństwa (por. Zarębina, 1994), jednak pełną dojrzałość językową oraz świadomość leksykalną człowiek rozwija przez całe swoje życie. Ich poziom jest kluczowy dla ogólnego rozwoju językowego. Jakiegokolwiek ograniczenia zasobu słownikowego, czyli zaburzenia sprawności leksykalno-semantycznej, przyczyniają się do zakłóceń w procesie porozumiewania się językowego (Grabias, 2015, s. 20).

Badania dowodzą, że wraz z wiekiem, szczególnie u osób z uszkodzeniami mózgu, chorobami neurodegeneracyjnymi oraz z objawami otępienia (demencji), zdolność aktualizowania nazw oraz fluencji słownej maleje (por. Daniluk, Szepietowska, 2009a, 2009b; Rutkiewicz-Hanczewska, 2016; Domagała, 2007, 2015; Jodzio, 2006; Kielar-Turska, Byczewska-Konieczny, 2014; Marczevska, Osiejuk, 1994; Tłokiński, 1990; Antczak-Kujawin, 2021). Zaburzenia sprawności leksykalno-semantycznej objawiające się ograniczeniem lub brakiem umiejętności nazywania to dysnomia/anomia. Jej typowym objawem są m.in. minimalizacja zasobu słownikowego oraz trudności z aktualizacją nazw (ograniczony dostęp do słownika umysłowego). Niemożność przypomnienia sobie danej nazwy (brak dostępu do jego fonologicznej warstwy) pomimo zachowania umiejętności określenia semantycznych lub gramatycznych cech poszukiwanego słowa to tzw. zjawisko TOT (ang. *tip-of-the-tongue*), czyli „mam na końcu języka” (Pachalska, 2003, s. 626; Kertesz, 2010, s. 42; Kielar-Turska, Byczewska-Konieczny, 2014, s. 432). Z kolei

pod pojęciem zaburzeń fluencji słownej rozumie się ograniczenie zdolności generowania słów w określonej kategorii semantycznej (tzw. fluencja semantyczna/kategorialna) lub rozpoczynających się na daną literę (tzw. fluencja fonemiczna/literowa), co świadczy o zaburzeniach nie tylko funkcji językowych, ale także pamięci semantycznej, pamięci operacyjnej, funkcji wykonawczych i uwagi (Piskunowicz i in., 2013).

Celem artykułu jest opis postępujących zaburzeń nazywania oraz płynności semantycznej zarejestrowanych w ciągu kilku lat u pacjentki, która w momencie pierwszego badania miała 51 lat. W pracy przedstawiono longitudinalne studium przypadku kobiety z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi, co pozwoliło na scharakteryzowanie u niej dynamiki utraty zdolności językowego wyrażania oraz opisanie zastosowanych przez nią językowych strategii radzenia sobie z trudnościami leksykalno-semantycznymi.

2. Kryteria rozpoznania łagodnych zaburzeń poznawczych

Wśród kryteriów diagnozowania łagodnych zaburzeń poznawczych (ang. *mild cognitive impairment*, MCI), wyróżnionych przez National Institute of Aging (NIA) oraz Alzheimer's Association (NIA-AA), wymienia się:

- 1) zaniepokojenie zmianą sprawności poznawczej zgłaszane przez pacjenta, wiarygodnego opiekuna lub lekarza;
- 2) obiektywne dowody (badanie psychometryczne) na pogorszenie sprawności poznawczej w zakresie jednej lub kilku domen poznawczych, takich jak pamięć, uwaga, funkcje wykonawcze, wzrokowo-przestrzenne, językowe;
- 3) zachowaną samodzielność w zakresie codziennego funkcjonowania (niewykluczając obecności osłabienia sprawności i jakości wykonywania bardziej skomplikowanych, wieloetapowych czynności);
- 4) brak znaczącego upośledzenia społecznego lub zawodowego (Albert i in., 2011, za: Gorzkowska, Klimkiewicz-Mrowiec, 2023, s. 128).

3. Metodologia i charakter badań własnych

Badaniem objęto kobietę (J.A.) w wieku 51 lat¹. Z pacjentką spotkano się trzykrotnie. Pierwsze badanie² przeprowadzono w marcu 2019 r. Drugie spotkanie miało miejsce w sierpniu 2022 r., czyli po 3 latach i 5 miesiącach od pierwszego badania. Z kolei trzecia diagnoza logopedyczna została przeprowadzona we wrześniu 2024 r., czyli po 2 latach i miesiącu od drugiego badania oraz po 5 latach i 6 miesiącach od pierwszego spotkania diagnostycznego.

W badaniach wykorzystano metodę studium przypadku (Banaszkiewicz, 2015), w tym techniki: obserwację, wywiad, oraz diagnostyczne narzędzia psychiatryczne,

¹ To wiek pacjentki odnotowany w pierwszym badaniu, tj. w marcu 2019 r.

² Pacjentka wyraziła zgodę na udział w badaniu oraz publikację wyników badania.

neuropsychologiczne i logopedyczne, które szczegółowo opisano w dalszej części pracy. Podczas każdego badania przeprowadzono te same próby diagnostyczne.

Badanie funkcji poznawczych wykonano przy użyciu przesiewowych narzędzi psychiatrycznych i neuropsychologicznych. Zastosowano:

- I. *Test Rysowania Zegara*, TRS (ang. *Clock Drawing Test*, CDT) (Sunderland i in., 1989; Krzymiński, 1995), w wersji opracowanej przez Sunderlanda i in. (1989). TRS pozwala ocenić orientację wzrokowo-przestrzenną. Badanego prosi się, by na czystej kartce: 1) narysował tarczę zegara z oznaczonymi na niej godzinami; 2) umieścił wskazówki tak, by wskazywały godzinę 2:45. Wykonanie zadania jest oceniane wedle następujących kryteriów i punktacji: 10–6 pkt – rysowanie całego zegara jest generalnie poprawne (10 pkt – wskazówki są na właściwych pozycjach, np. wskazówka godzinowa zbliża się do godziny 3; 9 pkt – drobne pomyłki w położeniu wskazówek; 8 pkt – wyraźne błędy w położeniu obu wskazówek; 7 pkt – wskazówki są zdecydowanie źle położone; 6 pkt – niewłaściwe użycie wskazówek, np. oznaczanie wskazanego czasu cyfrowo lub zakreslanie godzin, mimo powtarzania instrukcji); 5–1 pkt – rysowanie tarczy zegara (koła i cyfr) jest zaburzone (5 pkt – grupowanie cyfr po jednej stronie zegara lub ich odwracanie; 4 pkt – dalsze zaburzenie sekwencji cyfr. Zegar traci integralność – brakuje cyfr lub są poza tarczą; 3 pkt – tarcza i cyfry nie są ze sobą powiązane; brak wskazówek; 2 pkt – rysunek wskazuje, że coś z instrukcji zostało zrozumiane, ale bardzo słabo przypomina zegar; 1 pkt – próba rysowania nie zostaje podjęta albo wyniku nie można zinterpretować) (za: Krzymiński, 1995, s. 25–26).
- II. *Krótką Ocenę Stanu Psychicznego*, MMSE (ang. *Mini-Mental State Examination*, MMSE) (Folstein i in., 1975). Jest to proste narzędzie przesiewowe, pozwalające ocenić następujące funkcje poznawczo-językowe: 1) orientację w czasie i miejscu; 2) zapamiętywanie; 3) uwagę i liczenie; 4) przypomnianie; 5) funkcje językowe, tj. nazywanie, powtarzanie, wykonywanie poleceń i pisanie; 6) prakcję konstrukcyjną. Maksymalny wynik możliwy do uzyskania podczas badania to 30 pkt. Wyniki odpowiadające wartościom poniżej 27 pkt (szczególnie u osób z wysokim wykształceniem) należy traktować jako podstawę do przeprowadzenia dalszego szczegółowego badania klinicznego mającego na celu potwierdzenie bądź wykluczenie zespołu otępiennego. Uznaje się, że wynik poniżej 24 pkt (tzw. punkt odcięcia) sugeruje obecność procesu otępiennego, a wynik od 24 do 26 pkt może świadczyć o MCI (Bilikiewicz i in., 1999). Obniżenie wyników o minimum 4 pkt, następujące w ciągu 1–4 lat, jest wskaźnikiem istotnego osłabienia sprawności poznawczych (Chayer, 2002; Soto i in., 2008).
- III. *Montrealską skalę oceny funkcji poznawczych*, MoCA (ang. *Montreal Cognitive Assessment*, MoCA) (Nasreddine i in., 2005). MoCA została zaprojektowana jako szybkie narzędzie przesiewowe służące do oceny łagodnych dysfunkcji poznawczych. Pozwala ocenić różne obszary poznawcze: uwagę i koncentrację, funkcje wykonawcze, pamięć, funkcje językowe, funkcje wzrokowo-przestrzenne, myślenie koncepcyjne, zdolności kalkulacyjne i orientację.

Maksymalna liczba punktów wynosi 30, a wynik 26 lub więcej punktów jest uważany za prawidłowy. Sugerowany punkt odcięcia to zatem poniżej 26 pkt. Zgodnie z normami testu MoCA opracowanymi dla populacji amerykańskiej w grupie badanych z MCI odnotowano średni wynik 22,1, a zakres wyników to 19,0–25,2. W grupie osób z chorobą Alzheimera uzyskano średni wynik 16,2, a zakres wyników to 11,4–21 (por. Nasreddine i in., 2005, za: Talarowska, Gałęcki i Zboralski, 2011, s. 18).

Badanie sprawności leksykalno-semantycznej obejmowało trzy zadania: nazywanie konfrontacyjne, nazywanie oralne oraz fluencję semantyczną. W tym celu wykorzystano:

- I. *Test fluencji słownej*, TFS (ang. *Thurstone's Word Fluency Test*) (Thurstone, 1938), który pozwala na ocenę zasobów leksykonu umysłowego, sposobu magazynowania wiedzy i możliwości jej przywoływania. Wykonano test fluencji semantycznej kategoryjnej³. Zadaniem osoby badanej było wymienienie jak największej liczby słów z danej kategorii semantycznej, tj. zwierząt, w określonym czasie, tj. w ciągu minuty. Instrukcja brzmiała: „Proszę wymienić jak najwięcej nazw zwierząt, dopóki nie powiem dość”. W języku polskim brakuje norm i publikacji na temat właściwości psychometrycznych TFS. Normy ilościowe zostały opracowane tylko dla wybranych prób i kategorii wiekowych przez Wysokińskiego i współautorów (2010). W praktyce klinicznej przyjmuje się, że norma to 15 słów w kategoriach szerokich i 11 w wąskich (por. Piskunowicz i in., 2013; Szepietowska, Gawda, 2011). Inni badacze przyjmują, że dla kategorii szerokich norma to 20 słów, a dla wąskich – 16 (Stolarska i in., 2008). Trzeba dodać, że w badaniach wskazuje się na związek pomiędzy wyższymi wynikami w TFS a wyższym formalnym wykształceniem (Szepietowska, Gawda, 2011).
- II. Autorskie narzędzie diagnostyczne do badania nazywania tzw. konfrontacyjnego oraz oralnego. Zaproponowano nazywanie obiektów prezentowanych wzrokowo z wykorzystaniem ilustracji⁴ (tzw. nazywanie konfrontacyjne). Zadaniem badanej osoby było nazwanie 50 obrazków przedstawiających różne przedmioty, osoby, organizmy (15 rzeczowników), czynności (16 czasowników), cechy istot żywych, rzeczy, zjawisk (13 przymiotników), stosunki przestrzenne (3 wyrażenia przyimkowe), cechy ilościowe (3 liczebniki). Badana otrzymała następującą instrukcję: „Za chwilę pokażę Pani ilustrację. Proszę powiedzieć, co Pani na niej widzi: 1) Co to jest/są?; 2) Kto to jest?; 3) Co (on/ona) robi?; 4) Jaki/jaka on/ona jest?”. W badaniu nazywania tzw. oralnego oceniono rozumienie i aktualizowanie 40 leksemów

³ Innym wariantem testu fluencji słownej jest test płynności fonemicznej, w którym poleca się wymienić jak najwięcej słów rozpoczynających się od określonej głoski (por. Szepietowska, Gawda, 2011).

⁴ Zestaw obrazków wykorzystywanych w badaniu nazywania to czarno-białe ilustracje stworzone na wzór materiałów wykorzystywanych przez badaczy anomii (por. Martins i in., 2010; Rutkiewicz-Hanczewska, 2016).

(15 rzeczowników, 15 czasowników i 10 przymiotników) na podstawie wysłuchanej definicji wyrazu. Procedura badania brzmiała następująco: „Za chwilę odczytam Pani opis jakiegoś przedmiotu, osoby, czynności lub cechy. Proszę powiedzieć, o jaki wyraz chodzi: 1) Co to jest... ?; 2) Kto to jest...?; 3) Co robi człowiek, który...?; 4) Jaki jest...?”

Wykaz strategii kompensowania błędów nazywania zarejestrowany u badanej kobiety został opracowany w odwołaniu do klasyfikacji błędów nazywania omówionych w literaturze językoznawczej, afazjologicznej (por. Maruszewski, 1966; Domagała, 2015, Rutkiewicz-Hanczewska, 2016).

4. Opis przypadku – dane uzyskane w wywiadzie logopedycznym

Badana to kobieta (J.A.) z wykształceniem zawodowym. Jest czynna zawodowo. Pracuje jako krawcowa. Mieszka w małym mieście wraz z mężem, synem i jego rodziną w domu jednorodzinnym z ogrodem warzywnym, który z chęcią pielęgnuje. Uprawa ogrodu warzywnego to część zainteresowań kobiety. Ponadto J.A. aktywnie uczestniczy w życiu społecznym. Przynależy do stowarzyszenia kulturalno-społecznego, przy którym działa chór muzyki ludowej.

U pacjentki odnotowano obciążony wywiad rodzinny w kierunku choroby Alzheimera⁵. U matki, babci i ciotki pacjentki potwierdzono obecność choroby Alzheimera, której objawy rozwinęły się w późniejszym wieku (po 65. roku życia). Chęć udziału w badaniu funkcji poznawczo-językowych kobieta motywowała tym, że ma świadomość wysokiego ryzyka zachorowania na demencję ze względu na obciążony wywiad rodzinny. Podczas pierwszego spotkania diagnostycznego uzyskano informacje, że ani pacjentka, ani jej bliscy nie zauważają u niej znaczących problemów w zakresie funkcjonowania poznawczego i językowego. Do tej pory J.A. nie miała przeprowadzonej żadnej diagnostyki specjalistycznej w kierunku rozpoznania ryzyka zaburzeń neuropsychicznych.

W wywiadzie z pacjentką oraz jej opiekunem ustalono, że na rok przed drugim spotkaniem diagnostycznym było zauważalne narastanie problemów z pamięcią (częste zapominanie rzeczy, godzin spotkań towarzyskich, zapominanie słów, imion bliskich), jednak nie w stopniu utrudniającym samodzielne funkcjonowanie w życiu codziennym i zawodowym. Łagodne zaburzenia funkcji poznawczych (MCI) zostały potwierdzone w badaniu neuropsychologicznym przeprowadzonym w lipcu 2021 r. Uzyskano

⁵ Występowanie w najbliższej rodzinie potwierdzonych przypadków choroby Alzheimera zwiększa ryzyko zachorowania. Mając świadomość tego, warto przeprowadzić badania genetyczne predyspozycji do wystąpienia choroby Alzheimera. Wczesne rozpoznanie choroby, zmiana stylu życia oraz odpowiednie leczenie mogą złagodzić objawy oraz spowolnić zmiany neurodegeneracyjne w mózgu (Barczak, 2018; Skrzypa, 2023; Gorzkowska, Klimkowicz-Mrowiec, 2023).

informację, że neuropsycholog zalecił pacjentce poszerzenie diagnostyki o badanie neurologiczne i genetyczne w kierunku określenia ryzyka wczesnej lub rodzinnej postaci choroby Alzheimera ze względu na obciążony wywiad rodzinny. Jednak pacjentka i jej bliscy jak dotąd nie przeprowadzili tych badań.

5. Wyniki badań własnych

5.1. Progresja zaburzeń poznawczych

W pierwszym badaniu⁶ funkcji poznawczych u kobiety zauważono niewielkie trudności w zakresie funkcji wzrokowo-przestrzennych. W TRZ pacjentka popełniła drobne błędy w oznaczeniu godziny. W teście MMSE pacjentka osiągnęła maksymalną liczbę punktów (tj. 30). Z kolei w teście MoCA wynik wyniósł 27 pkt. Odnotowano trudności w dwóch zadaniach diagnostycznych oceniających odroczone przypomnienie oraz fluencję słowną. W próbie odroczonego przypominania pacjentka spośród pięciu słów (*twarz, aksamit, kościół, stokrotka, czerwony*) zaktualizowała trzy: *czerwony, twarz, kościół*. W badaniu fluencji słownej fonemicznej wynik produkcji słownej wyniósł jedynie sześć⁷ słów (*film, fajka, co tam jeszcze, na F, tak?, to jeszcze fotel, fu..., futerał, filiżanka, foka*). Trzeba dodać, że w badaniu odnotowano obecność pauz i pytań pomocniczych typu *Co jeszcze? Na literę F?*

W drugim badaniu, czyli po 3 latach i 5 miesiącach od pierwszego spotkania, u pacjentki zaobserwowano łagodne zaburzenia funkcji poznawczych. W TRZ u kobiety zarejestrowano błędy wzrokowo-przestrzenne znacznie poważniejsze w porównaniu z wynikiem w pierwszym badaniu. Polegały one na wpisaniu godzin odwrotnie do ruchu wskazówek zegara oraz na błędnym oznaczeniu podanej przez diagnostę godziny. W badaniu funkcji poznawczych testem MMSE osoba badana uzyskała wynik 25 pkt, sugerujący ryzyko łagodnych zaburzeń poznawczych. Odnotowano problemy w zakresie uwagi i liczenia. Pacjentka prawidłowo wykonała tylko dwa działania matematyczne (100–7, 93–7). W próbie przypominania odroczonego wymieniła dwa wyrazy (*byk, mur*) spośród trzech (*byk, mur, las*). W badaniu nazywania dwóch przedmiotów (*ołówek, zegarek*) miała trudność z aktualizowaniem słowa *ołówek*. Przywołała peryfrazę, która przybrała formę opisu funkcji przedmiotu: *ten do pisania, a raczej rysowania*. Na podstawie wyników uzyskanych w teście MoCA (20 pkt) można wnioskować o progresji zaburzeń funkcji poznawczych i sprawności leksykalno-semantycznej. Pacjentka miała trudności w nazwaniu ilustracji (*lew, nosorożec, wielbłąd*), przywołując jedynie

⁶ W pracy są szczegółowo omówione próby diagnostyczne, podczas wykonania których u pacjentki obserwowano trudności.

⁷ Zgodnie z punktacją przyjętą w teście MoCA prawidłowy wynik to 11 lub więcej słów wymienionych w ciągu minuty.

pierwszy desygnat (*lew*). Zamiast słowa *nosorożec* badana utworzyła peryfrazę *taki duży, ciężki, z rogami*, opisując cechy wyglądu zwierzęcia. Kobieta miała też problem z aktualizacją słowa *wielbłąd*. Stosowała długie pauzy, informowała o swoich trudnościach komentarzem typu *nie wiem, czy sobie przypomnę*. Następnie zastosowała odpowiedź inicjującą typu *To jest przecież..., to się mówi..., a także prośbę o odpowiedź: Jak mam to powiedzieć? Jak to jest?* Finalnie utworzyła parafazję semantyczną, bowiem podała słowo nadrzędne (hiperonim): *Takie, takie zwierzę*. Zdolność fluencji słownej uległa pogorszeniu. Pacjentka wygenerowała cztery słowa (*foka, fotel, fala, fajka*). Odnotowano długie pauzy, powtarzanie pierwszej litery i sylaby oraz komentowanie swoich problemów, a także dwa powtórzenia: *foka, fotel, f..., fff..., fo..., fa..., fala, fajka. Co tam jeszcze? (długa pauza) Może hm..., foka i fo..., fotel i tyle już chyba więcej nie powiem*. U pacjentki zaobserwowano również osłabioną uwagę i pamięć słuchową. W próbie odtwarzania w prawidłowej kolejności cyfr badana popełniła błędy. Z kolei próby odtwarzania cyfr w odwrotnej kolejności nie wykonała w ogóle. Uwaga i liczenie także uległy osłabieniu w porównaniu z wynikami w pierwszym badaniu. W zadaniu polegającym na odejmowaniu kolejno od 100 po 7 przy ostatnich dwóch działaniach pacjentka w ogóle nie podjęła próby liczenia. Trudności przysporzyło pacjentce również odroczone przypominanie pięciu słów, bowiem przywołała tylko dwa z nich (*twarz, czerwony*).

W trzecim badaniu funkcji poznawczych pacjentka osiągnęła najniższy wynik w porównaniu z dwiema poprzednimi ocenami. O progresji zaburzeń funkcji wzrokowo-przestrzennych świadczy wynik uzyskany w TRZ, tj. 4 pkt. Odnotowano zaburzenia sekwencji cyfr. Ponadto brakowało niektórych cyfr, a same wskazówki były zdecydowanie źle położone. Na podstawie wyniku uzyskanego przez kobietę w teście MMSE (24 pkt) określono ryzyko łagodnych zaburzeń poznawczych. U pacjentki odnotowano trudności z uwagą i liczeniem, przypominaniem odroczonego oraz wykonaniem złożonego polecenia. W teście MoCA kobieta uzyskała wynik (19 pkt) gorszy (o 1 pkt) niż w poprzednim badaniu, który także wskazuje na ryzyko MCI. Zarejestrowano błędy wzrokowo-przestrzenne. Zaobserwowano również osłabioną fluencję fonemiczną, bowiem wynik produkcji słownej to zaledwie cztery słowa. Odpowiedź pacjentki brzmiała: *film, to jeszcze... hmm..., futro, fu..., fu..., futerał, no i może na F..., film albo może też fala, to wszystko już*. Podczas badania płynności słownej u badanej zauważono wydłużony czas do namysłu, jedno powtórzenie wyrazu *film*, a także tzw. pamięć pierwszej litery lub sylaby. U kobiety wystąpiły też problemy z odroczonego przypominaniem. W tej próbie badana nie przypominała sobie żadnego słowa. Ponadto trudność sprawiło kobiecie podanie dzisiejszej daty.

W tabeli 1 umieszczono ilościowe zestawienie wyników trzech badań przy użyciu TRZ, MMSE i MoCA, które potwierdza progresję zaburzeń funkcji poznawczych u kobiety obserwowaną w ciągu kilku lat.

Nazwa testu/ próby diagnostycznej	TRZ maks. 10 pkt	MMSE maks. 30 pkt	MoCA maks. 30 pkt
Wyniki w I badaniu	9	30	27
Wyniki w II badaniu	5	25	20
Wyniki w III badaniu	4	24	19

Tabela 1. Wyniki ilościowe uzyskane w TRZ, MMSE, MoCA we wszystkich trzech badaniach

Źródło: badania własne.

5.2. Progresja zaburzeń fluencji słownej

W pierwszym badaniu płynności semantycznej kategoryjnej wynik produkcji słownej uzyskany przez badaną to 16 słów z kategorii zwierzęta (por. tabela 2). Klaster obejmował 6 subkategorii, np. zwierzęta hodowlane, domowe, leśne, afrykańskie, owady i wodne (ssaki morskie). Liczyły one od 2 do 4 egzemplarzy. Najliczniejsze były nazwy zwierząt hodowlanych, np. *kura*, *kaczka*, *gęś*, *indyk*, oraz nazwy owadów, np. *mucha*, *osa*, *komar*, *ćma*. Wśród nazw zwierząt leśnych odnotowano następujące przykłady: *dzik*, *sarna*. Pozostałe słowa to nazwy zwierząt afrykańskich, tj. *żyrafa*, *lew*, nazwy ssaków morskich, tj. *wieloryb*, *delfin*, oraz nazwy zwierząt domowych, tj. *kot*, *pies*. Pacjentka generowała nazwy, wykorzystując pełny czas przeznaczony na zadanie, a pierwsze słowa wymieniła w pierwszych 2 sekundach. Nie odnotowano ani długich pauz, ani błędów semantycznych (słów spoza kategorii semantycznej), ale zaobserwowano jedno powtórzenie (dotyczyło słowa *lew*).

W drugim badaniu fluencji słownej kobieta uzyskała gorsze wyniki aniżeli w poprzednim badaniu, co może świadczyć o obniżonym poziomie płynności semantycznej. W ciągu minuty badana podała 11 nazw zwierząt (por. tabela 2). Pierwsze słowo pada w pierwszych 3–4 sekundach. Pacjentka wykorzystała cały czas przeznaczony na zadanie, ale dawała sobie czas do namysłu, czego potwierdzeniem są długie pauzy oraz pytania pomocnicze typu: *Co jeszcze?*; *Zwierzęta, tak?*; *Czy to może być zwierzę, tak?*. Odnotowano 4 subkategorie, tworzące klaster: zwierzęta gospodarskie (*kaczka*, *indyk*), domowe (*kot*, *pies*), leśne (*królik*, *zając*) i afrykańskie (*słoń*, *lew*, *tygrys*, *gepard*), które obejmowały od 2 do 4 egzemplarzy. Nie zarejestrowano błędów semantycznych, jednak pojawiły się trzy powtórzenia (*kot*, *tygrys*, *lew*).

O progresji zaburzeń płynności słownej świadczą wyniki trzeciego badania, na podstawie których można wnioskować o pogłębieniu trudności z generowaniem słów z określonej kategorii semantycznej. Wynik produkcji słownej to 9 nazw zwierząt (por. tabela 2). Nie zanotowano słów spoza kategorii, choć błędy były obecne. Pacjentka przywoływała nazwy nadrzędne, np. ...*zwierzęta takie*; ...*i jeszcze, jeszcze no... zwierzęta*. Pojawiło się jedno powtórzenie, dotyczyło ono desygnatu *kot*. Ponadto występowały liczne pauzy, którym towarzyszyło także pojawienie się tzw. substytutów zanegowanych, np. ...*No takie nie maki, nie, nie maki nie, tylko...*, czyli słów podkreślających, że wyszukane słowo nie jest tym, o które chodzi. Klaster obejmował 3 subkategorie

(od 2 do 5 egzemplarzy): zwierzęta domowe (*kot, pies*), owady (*mucha, osa*) i najliczniejsze zwierzęta hodowlane (*krowa, świnia, kura, indyk, kaczka*).

Rodzaj badania	Wynik produkcji słownej	Odpowiedź pacjentki
I badanie	16	<i>Kot, pies, dzik, sarna, kura, kaczka, gęś, indyk, mucha, osa, komar, ćma, żyrafa, lew, wieloryb, delfin, lew.</i>
II badanie	11	<i>Zwierzęta, tak? To kaczka, indyk, kot, pies, królik, zając... Co jeszcze? Czy to może być zwierzę, tak? To jeszcze kot, słoń, lew, ten tygrys... Hm no tygrys, to jeszcze gepard, lew, krowa... I już, już koniec.</i>
III badanie	9	<i>Kot, pies, mucha, osa, zwierzęta takie, kot, krowa i takie jeszcze... No (pauza)... No takie nie maki, nie, nie maki nie, tylko... (pauza)... Świnia, kura, indyk, kaczka i jeszcze, jeszcze no... Zwierzęta.</i>

Tabela 2. Wyniki fluencji semantycznej we wszystkich trzech badaniach

Źródło: badania własne.

5.3. Progresja zaburzeń nazywania konfrontacyjnego i oralnego

W pierwszym badaniu nazywanie konfrontacyjne, poza jednym wyjątkiem, zostało wykonane prawidłowo (por. tabela 3). Odnotowano tylko jeden błąd, polegający na przywołaniu ze słownika umysłowego słowa zastępczego (zamiennika), które sygnalizuje związek semantyczny z wyrazem docelowym. Przykładem parafazji semantycznej jest zaktualizowanie przez kobietę wyrazu nadrzędnego o szerokim zakresie (hiperonimu) *zwierzę* zamiast słowa docelowego *kot*. W badaniu nazywania oralnego błędne odpowiedzi wystąpiły w dwóch przykładach i są to także parafazje semantyczne. Zamiast słowa docelowego *marchew* osoba badana zaktualizowała nazwę *pietruszka*. Jest to przykład kohiponimu. Drugi błąd polegał na podaniu nazwy *młody* zamiast *stary*. To z kolei jest antonim.

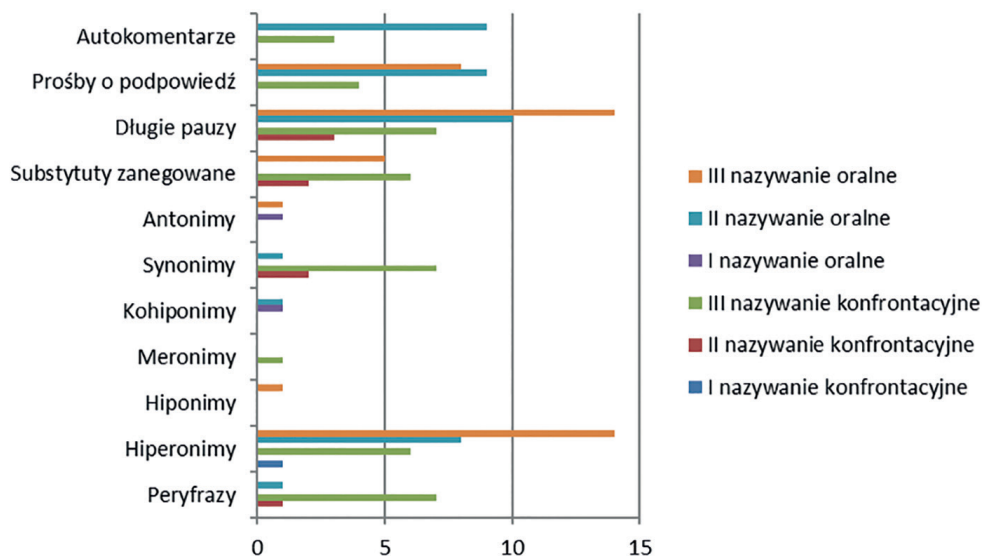
W drugim badaniu u kobiety zaobserwowano trudności w nazywaniu. Gorsze wyniki pacjentka uzyskała w badaniu nazywania na podstawie usłyszanej definicji niż w badaniu nazywania w oparciu o ilustrację. Ponadto zarejestrowano stosowanie tzw. odroczonej odpowiedzi, czyli przejściowych trudności z aktualizacją słowa docelowego. To rodzaj odpowiedzi, kiedy badana wykazywała chwilowe problemy z przywołaniem danej nazwy, najczęściej dawała sobie czas do namysłu i w efekcie samodzielnie pokonywała trudności leksykalno-semantyczne. W pierwszym badaniu nie występowały one w ogóle. W tabeli 3 umieszczono procentowe zestawienie uzyskanych odpowiedzi prawidłowych, odroczonej i porażek w każdym z trzech badań nazywania konfrontacyjnego i oralnego.

W przypadku doświadczanych deficytów leksykalnych, objawiających się obecnością zjawiska TOT („mam na końcu języka”), pacjentka stosowała różnorodne językowe strategie zastępcze. Ilościowe zestawienie strategii kompensacyjnych przedstawiono na rys. 1.

Kod ⁸	Odpowiedzi prawidłowe	Odpowiedzi odroczone	Porażki
NKI	49 (98%)	0	1 (2%)
NOI	38 (95%)	0	2 (5%)
NKII	45 (90%)	3 (6%)	2 (4%)
NOII	18 (45%)	10 (25%)	12 (30%)
NKIII	22 (44%)	22 (44%)	6 (12%)
NOIII	8 (20%)	18 (45%)	14 (35%)

Tabela 3. Wyniki ilościowe uzyskane w ciągu kilku lat w próbach nazywania konfrontacyjnego i oralnego

Źródło: badania własne.



Rys. 1. Ilościowe zestawienie strategii kompensacyjnych zarejestrowanych u badanej we wszystkich badaniach nazywania

Źródło: opracowanie własne.

W drugim badaniu w próbie nazywania konfrontacyjnego pacjentka w sytuacji doświadczanych trudności z aktualizowaniem słowa docelowego dawała sobie czas do namysłu. Oprócz długich pauz odnotowano także peryfrazę, parafrazę semantyczne w postaci synonimów oraz tzw. substytuty zanegowane (por. pkt 5.2). W próbie nazywania oralnego zarejestrowano liczne ominięcia nazw docelowych, przybierające postać

⁸ Zastosowany w tabeli kod uwzględnia rodzaj badania: NKI – I badanie nazywania konfrontacyjnego, NKII – II badanie nazywania konfrontacyjnego, NKIII – III badanie nazywania konfrontacyjnego, NOI – I badanie nazywania oralnego, NOII – II badanie nazywania oralnego, NOIII – III badanie nazywania oralnego.

długich pauz, próśb o odpowiedź oraz komentarzy informujących o swoich trudnościach. Równie liczne były parafazy semantyczne, czyli wyrazy zastępcze będące w relacji nadrzędności względem szukanego słowa (hiperonimy). W trzech przykładach odnotowano także kohiponimy, synonimy oraz peryfrazę.

W trzecim badaniu nazywania pacjentka osiągnęła najwyższy procent odpowiedzi odroczonej i porażek (w porównaniu z wynikami dwóch poprzednich badań). Świadczy to o progresji dysnomii. Zauważono, podobnie jak w drugim badaniu, że nazywanie oralne było dla pacjentki trudniejsze niż nazywanie konfrontacyjne, co potwierdza zdecydowanie niższy procent odpowiedzi prawidłowych dla próby nazywania w oparciu o usłyszaną definicję wyrazu (por. tabela 3). W porównaniu z wynikami drugiego badania procent odpowiedzi odroczonej był wyższy (por. tabela 3).

Wśród strategii kompensacyjnych użytych w trzecim badaniu nazywania konfrontacyjnego przeważały: peryfrazy, synonimy, ominięcia w postaci długich pauz, hiperonimy oraz substytuty zanegowane. W czterech przypadkach odnotowano użycie ominięć w postaci próśb o odpowiedź. Mniej liczne były autokomentarze. W jednym przykładzie zarejestrowano meronim. W próbie nazywania oralnego najczęstszą strategią zastępczą były hiperonimy oraz długie pauzy. Często pacjentka zwracała się także z prośbą o odpowiedź oraz używała substytutów zanegowanych. W dwóch przykładach odnotowano antonim i hiponim.

W tabeli 4 umieszczono przykładowe odpowiedzi pacjentki (uzyskane we wszystkich trzech badaniach nazywania) i wskazano użytą przez nią strategię kompensacyjną.

Kod	Odpowiedź pacjentki ⁹	Rodzaj językowej strategii zastępczej
NKI	Zwierzę (kot)	Parafazja semantyczna (hiperonim)
NKII	Tak wali, wali, kto tam jest, chce wejść (puka)	Parafazja semantyczna (synonim)
NKII	No tu coś na tej kartce tak skrobie coś, notuje coś tam ważnego (pisze)	Parafazja semantyczna (synonim)
NKII	No taki, że dużo lat ma. Nie taki młody. To się mówi... (pauza) No stary (stary)	Peryfrazja, substytut zanegowany, pauza, odpowiedź odroczonej
NKIII	Ostry, do krojenia, kroi się nim tam coś, chleb czy coś (nóż)	Peryfrazja
NKIII	Tu nogawka, tu nogawka (spodnie)	Parafazja semantyczna (meronim)
NKIII	Żelazkiem tak przesuwa, żeby to nie były takie... Żeby ładnie wyglądało (prasuje)	Peryfrazja
NKIII	Nie słodka, tylko... Jak to się mówi? (kwaśna)	Substytut zanegowany, prośba o odpowiedź
NKIII	No taka rozdarta (dziurawa)	Parafazja semantyczna (synonim)

⁹ W nawiasie okrągłym wpisano słowo docelowe, które pacjentka powinna zaktualizować.

Kod	Odpowiedź pacjentki ⁹	Rodzaj językowej strategii zastępczej
NKIII	<i>Tak skakają do muzyki, tak no, płasają czy tam no bująją się jak muzyka gra (tańczą)</i>	Parafazja semantyczna (synonimy)
NKIII	<i>No ma plamę, czyli taka, taka... Poplamiona jest, a inaczej to, że taka (pauza) Brudna (brudna)</i>	Parafazja semantyczna (synonim), pauza, odpowiedź odroczone
NKIII	<i>To jest ten kolor, nie niebieski, tylko... Inny taki, taki... (pauza) Zielony (zielony)</i>	Substytut zanegowany, pauza, odpowiedź odroczone
NKIII	<i>Jak się prasuje ubrania, to właśnie tym. Jak to się mówi? (pauza) Żelazko (żelazko)</i>	Peryfrazja, prośba o odpowiedź, pauza, odpowiedź odroczone
NKIII	<i>Taki pojazd, ale nie samochód, nie samochód, tylko... Ojejku, wiem, wiem... (pauza) Rower przecież to jest (rower)</i>	Parafazja semantyczna (hiperonim), substytut zanegowany, pauza, odpowiedź odroczone
NKIII	<i>Listy roznosi. Tak, tak, listy nosi, to jest ten... (pauza) Listy..., listonosz, właśnie listonosz (listonosz)</i>	Peryfrazja, odpowiedź odroczone
NKIII	<i>Odpoczywa tak, ale to się mówi inaczej, wiem, jak się mówi, zaraz... (pauza) Zapomniałam, ale wiem... (pauza) Że sen już jest, no śpi (śpi)</i>	Parafazja semantyczna (synonim), autokomentarz, pauza, odpowiedź odroczone
NOI	<i>Pietruszka (marchew)</i>	Parafazja semantyczna (kohiponim)
NOI	<i>Młody (stary)</i>	Parafazja semantyczna (antonim)
NOII	<i>No to wkłada, zakłada ubieranie (ubiera się)</i>	Parafazja semantyczna (synonim)
NOII	<i>Bada, leczyci ludzi, kiedy ktoś chory (lekarz)</i>	Peryfrazja
NOII	<i>Czyli tasak taki (nóż)</i>	Parafazja semantyczna (kohiponim)
NOII	<i>Ojejku, wiem to, tylko jak to powiedzieć? Na głowie, ale jaki to się mówi? (tęsy)</i>	Autokomentarze, prośba o odpowiedź
NOII	<i>Gazetę to się... Jejku, gazetę się mówi, że... (pauza)... Czyta przecież gazetę (czyta)</i>	Pauza, odpowiedź odroczone
NOII	<i>Kiedy szybko, to, że wtedy szybko... (pauza)... Biegnie (biega)</i>	Pauza, odpowiedź odroczone
NOIII	<i>Jak szczeka, to jakiś owczarek może (pies)</i>	Parafazja semantyczna (hiponim)
NOIII	<i>Czyli zwierzę takie (kot)</i>	Parafazja semantyczna (hiperonim)
NOIII	<i>Nie lekarz, tylko inaczej... To się mówi na taki zawód, że to... Nie lekarz, tylko... (listonosz)</i>	Substytut zanegowany
NOIII	<i>Jeśli taki jest, no taki wtedy mały, niski (wysoki)</i>	Parafazja semantyczna (antonim)
NOIII	<i>Że kłęczy, tak? No to składa ręce tak. Jak mam to powiedzieć? (po chwili) Modli się, a właśnie tak (modlić się)</i>	Prośba o odpowiedź, pauza, odpowiedź odroczone

Tabela 4. Przykładowe odpowiedzi pacjentki wraz ze wskazaniem użytej przez nią strategii kompensacyjnej we wszystkich trzech badaniach nazywania

Źródło: badania własne.

6. Zakończenie

Na podstawie analizy wyników badań przeprowadzonych trzykrotnie w ciągu kilku lat u kobiety z MCI można wyciągnąć następujące wnioski:

- 1) Wraz z pogłębianiem się u pacjentki trudności poznawczych ujawniły się także u badanej coraz większe problemy językowe.
- 2) U 51-letniej kobiety z MCI głównym objawem zaburzeń sprawności językowych są zaburzenia w zakresie podsystemu leksykalno-semantycznego, objawiające się dysnomią oraz zaburzeniami płynności (fluencji) słownej. Zarejestrowane u badanej zaburzenia nazywania mają charakter progresywny.
- 3) Trudniejsze dla pacjentki okazało się badanie nazywania oralnego niż konfrontacyjnego. Można wywnioskować, że kobieta z MCI ma znacznie utrudniony dostęp do struktury wyrazu na drodze słuchowej¹⁰, bardziej niż na poziomie wizualnym.
- 4) Odpowiedzi z odroczeniem, czyli przejściowe trudności z aktualizacją słowa docelowego, rejestrowane u badanej, niejednokrotnie były powiązane ze zjawiskiem TOT („mam na końcu języka”). Dowodzą one tego, że dawanie sobie czasu do namysłu¹¹ przez kobietę wielokrotnie skutkowało samodzielnym pokonywaniem chwilowych trudności leksykalno-semantycznych.
- 5) W przypadku deficytów leksykalno-semantycznych badana kobieta z MCI stosowała dwa rodzaje strategii kompensacyjnych¹². Były to strategie kompensacyjne o charakterze semantycznym, czyli: a) peryfrazy, b) parafrazy semantyczne, tj. hiperonimy, synonimy, substytuty zanegowane, rzadziej kohiponimy, hiponimy, meronimy i antonimy, oraz strategie kompensacyjne w postaci wyrazów przypadkowych, czyli ominięcia w formie: długich pauz, próśb o podpowiedź i autokomentarzy.

¹⁰ W literaturze podkreśla się, że umiejętność w zakresie przetwarzania słuchowego u osób dorosłych (szczególnie seniorów), zarówno starzejących się fizjologicznie, jak i patologicznie (tj. w przebiegu choroby Alzheimera), ulega osłabieniu (Antczak-Kujawin, 2018).

¹¹ Trzeba w tym miejscu przywołać opinie badaczy, według których przyczyn zaburzeń sprawności leksykalno-semantycznej u osób starszych starzejących się fizjologicznie oraz osób z zaburzeniami neuro-poznawczymi należy upatrywać w tzw. generalnym zwalnianiu i deficytach inhibicji (za: Rutkiewicz-Hanczewska, 2016, s. 86). Osoby w podeszłym wieku potrzebują bowiem więcej czasu do realizacji różnych zadań czy operacji mentalnych, co ma związek z tzw. spowolnieniem myślowym.

¹² Dla porównania należy zapoznać się z wynikami badania sprawności leksykalno-semantycznej u osób z otępieniem alzheimerowskim, które dowiodły, że pacjenci z AD w przypadku o wiele bardziej dotkliwych trudności leksykalno-semantycznych stosują różnorodne strategie kompensacyjne (por. Antczak-Kujawin, 2021).

Bibliografia

- Albert, M.S., DeKosky, S.T., Dickson, D. et al. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7, 270–279.
- Antczak-Kujawin, J. (2018). Zaburzenia przetwarzania słuchowego u osób starszych – wstępne wyniki badań. *Otorynolaryngologia*, 17(2), 65–71.
- Antczak-Kujawin, J. (2021). *Zaburzenia sprawności leksykalno-semantycznej w otępieniu alzheimerowskim na tle starzenia się fizjologicznego*. Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Barczak, A. (2018). Wczesne rozpoznanie choroby Alzheimera. *Pediatrics i medycyna rodzinna*, 14(2), 157–166.
- Bilikiewicz, A., Barcikowska, A., Kądziaława, D. i in. (1999). Stanowisko grupy ekspertów w sprawie zasad diagnozowania i leczenia otępienia w Polsce (IGERO). *Rocznik Psychogeriatryczny*, 1, 105–152.
- Chayer, C. (2002). The neurologic examination: brief mental status. *Journal of Geriatric Care and Research*, 3, 265–267.
- Daniluk, B., Szepietowska, E. (2009a). Płynność semantyczna i literowa osób w różnych fazach dorosłości – część I. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 22, 97–110.
- Daniluk, B., Szepietowska, E. (2009b). Płynność semantyczna i literowa osób w różnych fazach dorosłości – czynniki modyfikujące wykonanie zadań fluencji słownej – część II. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 22, 111–123.
- Domagała, A. (2007). *Zachowania językowe w demencji. Struktura wypowiedzi w chorobie Alzheimera*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Domagała, A. (2015). *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Folstein, M.F., Folstein, S., McHugh, P. (1975). 'Minimal State': A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189–198.
- Gorzowska, A., Klimkowicz-Mrowiec, A. (2023). Aktualne podejście diagnostyczne w chorobie Alzheimera. *Aktualności Neurologiczne*, 23(4), 125–130.
- Grabias, S. (2015). Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii. W: S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 13–35). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Jodzio, K. (2006). Neuroznaczeniowe korelaty spadku fluencji słownej po udarze prawej półkuli mózgu. *Studia Psychologiczne*, 44(2), 5–18.
- Kertesz, A. (2010). Anomia. W: H.A. Whitaker (red.), *Concise Encyclopedia of Brain and Language* (s. 42). Amsterdam–Tokyo: Elsevier Health Sciences.
- Kielar-Turska, M., Byczewska-Konieczny, K. (2014). *Specyficzne właściwości posługiwania się językiem przez osoby w wieku senioralnym*. W: S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Biomedyczne podstawy logopedii* (s. 429–443). Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Krzymiński, S. (1995). Test Rysowania Zegara. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 4, Suplement 1(2), 21–30.
- Marczewska, H., Osiejuk, E. (1994). *Nie tylko afazja... O zaburzeniach językowych w demencji Alzheimera, demencji wielozawłowej i przy uszkodzeniach prawej półkuli mózgu*. Warszawa: Energeia.
- Martins, I.P., Loureiro, C., Rodrigues, S. et al. (2010). Factors Affecting the Retrieval of Famous Names. *Neurological Sciences*, 31, 269–276.
- Maruszewski, M. (1966). *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*. Warszawa: PWN.
- Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Bedirian, V. et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *The Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 695–699.
- Pąchalska, M. (2003). Diagnostyka chorego z afazją. W: T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. T. 2: *Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych* (s. 611–699). Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Piskunowicz, M., Bieliński, M., Zgliński, A., Borkowska, A. (2013). Testy fluencji słownej – zastosowanie w diagnostyce neuropsychologicznej. *Psychiatria Polska*, 46(3), 475–485.

- Rutkiewicz-Hanczewska, M. (2016). *Neurobiologia nazywania. O anomii propriajnej i apelatywnej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Skrzypa, M. (2023). Metylacja DNA oraz polimorfizmy genetyczne w chorobie Alzheimera. (Praca doktorska dostępna w Repozytorium Uniwersytetu Rzeszowskiego). <https://repozytorium.ur.edu.pl/items/8fed960e-646e-4859-a04e-8a9ff5518d6e> (dostęp: 21.02.2025).
- Soto, M., Andrieu, S., Cantet, C. et al. (2008). Predictive value of rapid decline in Mini Mental State Examination in clinical practice for prognosis in Alzheimer's Disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26, 109–116.
- Stolarska, U., Krocza, S., Gergont, A. i in. (2008). Test fluencji słownej – aspekty rozwojowe w normie i patologii, *Przegląd Lekarski*, 65, 764–768.
- Sunderland, T., Hill, J.L., Mellow, A.M. et al. (1989). Clock drawing in Alzheimer's disease. A novel measure of dementia severity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 725–729.
- Szepietowska, E.M., Gawda, B. (2011). *Ścieżkami fluencji werbalnej*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Talarowska, M., Florkowski, A., Zboralski, K., Gałęcki, P. (2011). Skala MoCA oraz MMSE w diagnozie łagodnych zaburzeń funkcji poznawczych. *Psychiatria i Psychoterapia*, 7(1), 13–20.
- Thurstone, L.L. (1938). *Mental abilities*. Chicago: University of Chicago Press.
- Tłokiński, W. (1990). *Mowa ludzi u schyłku życia*. Warszawa: PWN.
- Zarębina, M. (1994). Rozwój semantyczny języka dziecka i opanowanie przez nie wyrazów z funkcją gramatyczną. W: M. Zarębina, *Język polski w rozwoju jednostki. Analiza tekstów dzieci. Rozwój semantyczny. Dyskusja nad teorią Chomskiego* (s. 107–139). Gdańsk: Wydawnictwo Glottispol.

STRESZCZENIE

Słowa kluczowe: sprawność leksykalno-semantyczna, dysnomia, fluencja słowna, łagodne zaburzenia poznawcze, językowe strategie kompensacyjne

Celem artykułu jest opis postępujących zaburzeń nazywania oraz płynności semantycznej zarejestrowanych w ciągu kilku lat u pacjentki z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi (ang. *mild cognitive impairment*, MCI), co pozwoliło na scharakteryzowanie u niej dynamiki utraty zdolności językowego wyrażania oraz opisanie zastosowanych przez nią językowych strategii radzenia sobie z trudnościami leksykalno-semantycznymi. Badanie funkcji poznawczych wykonano przy użyciu przesiewowych testów psychiatrycznych i neuropsychologicznych. Do oceny sprawności leksykalno-semantycznej użyto *Testu fluencji słownej* oraz autorskich prób diagnostycznych przydatnych w ocenie nazywania konfrontacyjnego i oralnego. Analiza wyników badań dowiodła, że u pacjentki z MCI rozpoznano postępujące zaburzenia fluencji słownej i dysnomię, przy czym trudniejsze dla pacjentki okazało się nazywanie oralne niż konfrontacyjne. Wykazano, że w przypadku doświadczanych deficytów leksykalnych, objawiających się obecnością zjawiska TOT („mam na końcu języka”), pacjentka stosowała różnorodne językowe strategie zastępcze. Były to głównie strategie kompensacyjne o charakterze semantycznym oraz w postaci wyrazów przypadkowych.

SUMMARY

Progression of naming disorders and semantic fluency in mild cognitive impairment (MCI)

Keywords: lexical-semantic proficiency, dysnomia, verbal fluency, mild cognitive impairment, language compensatory strategies

The aim of the article is to describe progressive naming disorders and semantic fluency recorded over several years in a patient with mild cognitive impairment (MCI), which has allowed to the author to characterize the dynamics of the loss ability to express language and to describe the linguistic strategies the patient used to cope with lexical and semantic difficulties. Cognitive function testing was performed using psychiatric and neuropsychological screening tests. To assess lexical and semantic efficiency, the Verbal Fluency Test and the author's own diagnostic tests, useful in the assessment of confrontational and oral naming, were used. Analysis of the results obtained has shown that, however the patient with MCI was diagnosed with progressive verbal fluency disorders and dysnomia, the oral naming turned out to be more difficult for the patient than confrontational naming. It was shown that in the case of lexical deficits, manifested by the presence of the TOT phenomenon ("I have it on the tip of my tongue"), the patient used a variety of linguistic replacement strategies. These were mainly compensatory strategies of a semantic nature, using random words.