

**Renata Tomaszuk-Wieczorek,
Dawid Larysz**

**Zaburzenia tekstu w schizofrenii na
podstawie badań własnych metodą
indywidualnych przypadków : część
praktyczna**

Logopedia Silesiana 4, 336-348

2015

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

RENATA TOMASZUK-WIECZOREK

Powiatowy Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim
Centrum Intensywnej Rehabilitacji i Terapii Dzieci i Młodzieży „Szansa” s.c. Rybnik

DAWID LARYSZ

Zakład Radioterapii Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, oddział Gliwice
Centrum Leczenia Zaburzeń OUN i Wspierania Rozwoju Dzieci „Kangur”, Katowice

Zaburzenia tekstu w schizofrenii na podstawie badań własnych metodą indywidualnych przypadków Część praktyczna

ABSTRACT: This article is a continuation of theoretical reflections on discourse disorders in persons with schizophrenia. The theoretical part was presented in *Logopedia Silesiana 2*. Working with a person suffering from schizophrenia relies on frequent relapses, medical prognosis, no schematic disorders, making it difficult to capture the moment of stabilization, when it can start or continue speech therapy. In the article are general guidelines that may affect the positive effects of therapy, such as giving everyday schematic rules, the gradual introduction of changes, reducing incentives. The research process involves five men staying at the Hospital for Mental Diseases in Rybnik, which combines diagnosis of schizophrenia. The study was based on *Krótką Skala Oceny Schizofazji* T. Woźniak and A. Czernikiewicz. Also used The scale for the assessment of thinking, language and verbal communication. In the final statement shows the most common disorder of text that should be included diagnostic and therapeutic process in neurologopedic therapy.

KEY WORDS: schizophrenia, schizophasia, discourse disorders, speech therapy, communication

W kontakcie z osobami chorymi na schizofrenię za najtrafniejszą metodę badań uważa się studium przypadku – metodę gromadzenia i analizy danych pojedynczych przypadków w celach badawczych. Można wyodrębnić trzy typy:

- historia życia osoby objętej studium przypadku do momentu podjęcia terapii – interpretacja zdarzeń, które wydarzyły się w jej życiu, oraz związku interpersonalne; informacje te pozwalają postawić diagnozę psychologiczną, wskazać problemy pacjenta i ich uwarunkowania;
- analiza procesu psychoterapeutycznego – sposób definiowania problemu przez pacjenta oraz zdarzenia podczas terapii, które były na tyle istotne, że zmieniły wcześniejszą definicję problemu, a tym samym wpłynęły na proces leczenia;
- ocena rezultatów techniki terapeutycznej zastosowanej u konkretnego pacjenta – studium to związane jest z rejestracją filmową / magnetofonową sesji terapeutycznej, podczas której wprowadzono konkretną technikę, aby ocenić stan pacjenta (problem) przed i po interwencji terapeutycznej.

Wymienione typy studium indywidualnego przypadku mogą być stosowane w różnych kombinacjach, nie ma również przeciwwskazań do wykorzystywania wszystkich trzech typów łącznie¹.

Metoda ta zwiększa swoją wartość, gdy „badacz zminimalizuje błąd subiektywizmu w dokonywanych ocenach i interpretacjach, posługując się standardowymi technikami pomiaru zmiennych i statystycznie weryfikując stawiane hipotezy kliniczne. [...] Studia te pozwalają [...] na wnikliwy opis indywidualnych, swoistych dla danego pacjenta, zmian zachodzących pod wpływem psychoterapii [...] oraz opisać wiele subtelnych, składających się na proces psychoterapii czynników, które trudno jest poddać obiektywnej kontroli”².

Tim Shallice uważa metodę studium przypadku za prawomocny dowód dla potwierdzenia – lub skrytykowania – koncepcji, tyle że łatwiej tą metodą, niż badaniem grupowym, uzyskać „rozeznanie wśród różnych teorii normalnego funkcjonowania”³.

W procesie badawczym nad zaburzeniami językowymi w schizofrenii wykorzystano technikę wywiadu, będącego dwustronną czynnością opartą na kontakcie bezpośrednim informatora z przeprowadzającym wywiad. Najtrafniejsze zastosowanie miał wywiad indywidualny, otwarty, przeprowadzony w sposób jawny, dający możliwość swobodnej wypowiedzi.

Narzędzie badawcze

Za rzetelne narzędzie badawcze do badania zaburzeń językowych w schizofrenii uznaje się *Krótką Skalę Oceny Schizofazji*⁴ Tomasza Woźniaka i Andrzeja Czernikiewicza. Służy ona do badania poszczególnych kategorii:

1. Spójność gramatyczna (znak – znak) – powiązania wewnątrztekstowe:

- ocena zaburzenia składni – liczba występujących w wypowiedzi zdań pojedynczych, równoważników zdań i ciągów zautomatyzowanych;
- ocena zaburzenia konotacji linearnej – nietypowe połączenia słów, które nie są spotykane w powszechnym języku.

Badanych jest 10 wypowiedzi pacjenta. Jeżeli w ich ramach występuje więcej niż 6 automatyzmów, równoważników zdań oraz zdań pojedynczych, to przyznać

¹ *Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Red. L. GRZESIUK. Warszawa, PWN 1994, s. 89–90.

² *Ibidem*, s. 90–91.

³ K. WALSH, D. DARBY: *Neuropsychologia kliniczna Walsha*, Gdańsk, GWP 2008, s. 416.

⁴ A. CZERNIKIEWICZ, T. WOŹNIAK: *Diagnoza psychogennych zaburzeń mowy*. W: *Diagnoza logopedyczna*. Red. S. MILEWSKI, E. CZAPLEWSKA. Gdańsk, GWP 2012, s. 415–480. W artykule dla oznaczenia *Krótkiej Skali Oceny Schizofazji* przyjmuje się skrót KSOS.

należy 1 pkt, jeżeli mniej niż 6 – 0 pkt. Kolejny punkt przyznaje się, gdy występuje kilka nietypowych połączeń wyrazów.

2. Spójność semantyczna (znak – obiekt oznaczany) – nazywanie i interpretacja rzeczywistości:

- występowanie neologizmów idolektalnych – używanie słów niewystępujących w systemie leksykalno-gramatycznym języka;
- występowanie paronimów – wykorzystywanie podobieństwa brzmień do łączenia wyrazów.

Kiedy w wypowiedzi pacjenta pojawiają się wyrazy o strukturze nieprzewidzianej w słowotwórczym systemie języka, wtedy należy przyznać 2 pkt, kolejne 2 pkt – gdy chory choć raz połączył wyrazy na zasadzie podobieństwa brzmień bez logicznego uzasadnienia.

3. Spójność pragmatyczna (znak – użytkownik znaku) – przestrzeganie reguł budowania wypowiedzi adekwatnej do sytuacji oraz rang społecznych rozmówców:

- ocena zrozumiałości wypowiedzi – mówienie nie na temat, nieadekwatnie do sytuacji; prezentowane w wypowiedzi sygnały pojawienia się urojeń, halucynacji;
- ocena konkretności wypowiedzi – pojawienie się w wypowiedzi słów związanych z aktualnie dominującymi bodźcami oraz przypadkowość i dowolność skojarzeń z pominięciem związków między nimi;
- utrzymywanie się co najmniej dwu objawów z zakresu zrozumiałości i konkretności wypowiedzi w dłuższych fragmentach wypowiedzi.

Jeżeli pacjent podczas rozmowy ujawni fragmenty halucynacji werbalnych, będzie mówił nie na temat lub w sposób nieadekwatny do sytuacji, to otrzymuje 3 pkt. Tyle samo punktów przyznaje się w sytuacji przypadkowego skojarzenia, które rozpoznaje się, kiedy chory pomija relacje między pojęciami. Dodatkowo 3 pkt należy przydzielić wówczas, gdy pacjent powtórzy minimum 2 razy zjawiska zaburzenia spójności gramatycznej oraz semantycznej. Pacjent maksymalnie może otrzymać 15 pkt.

T. Woźniak zaproponował kryteria oceny „schizofaktyczności” w wypowiedzi na podstawie KSOS:

- 15–7 pkt – schizofazja w stopniu ciężkim;
- 6–5 pkt – schizofazja w stopniu lżejszym;
- 4–2 pkt – zaburzenia o typie schizofazji;
- 1 pkt – brak schizofazji, zaburzenia gramatyczne, możliwe obniżenie sprawności intelektualnej;
- 0 pkt – brak schizofazji.

Do rozpoznania logopedycznego potrzebny jest wynik KSOS powyżej 5 pkt oraz opinia neuropsychiatryczna, potwierdzająca psychogeny charakter zaburzeń mowy.

Terapia logopedyczna może się rozpocząć dopiero po ustąpieniu stanów psychotycznych w ścisłej współpracy z psychiatrą. Taka terapia u osób dorosłych ma

na celu rekonstrukcję prawidłowych narracji, a także ćwiczenia komunikacji dialogowej.

Organizacja i przebieg badań

Badania powinny przebiegać w określony sposób, dlatego odwołano się do siedmiu etapów postępowania badawczego:

- postawienie problemów badawczych;
- sformułowanie hipotez badawczych;
- ustalenie zmiennych i wskaźników;
- określenie terenu badawczego i badanej populacji;
- dobór metod i technik;
- przeprowadzenie badań zasadniczych i zebranie potrzebnych informacji;
- opracowanie wyników badań, wyprowadzenie wniosków i uogólnień.

W przeprowadzonych przez nas badaniach zrealizowano następujące etapy postępowania badawczego:

- postawiono problem badawczy, a mianowicie: „Jakie zaburzenia językowe prezentuje pacjent chory na schizofrenię?”;
- ze względu na diagnostyczny charakter pracy zrezygnowano z hipotez badawczych;
- ustalono zmienne:
 - nastrój pacjenta,
 - czynniki zewnętrzne zaburzające rozmowę;
- określono teren badań i badaną populację: badania przeprowadzono w oddziałach Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku – jego statut określa cele, do których należą: udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii, neurologii, leczenia odwykowego i detoksykacyjnego, ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz promocja zdrowia; jako że posłużono się metodą indywidualnych przypadków, badania dotyczą pięciu mężczyzn cierpiących na schizofrenię;
- wybrano metodę indywidualnych przypadków, w której zastosowano KSOS Woźniaka i Czernikiewicza;
- badania przeprowadzono na podstawie:
 - rozmowy z pacjentem,
 - analizy historii choroby pacjenta,
 - wywiadu z medycznym opiekunem pacjenta;

- zebrano wszystkie dane i uogólniono wyniki badań oraz wyprowadzono wnioski.

Analiza badań własnych

Marek

1. Analiza historii choroby pacjenta.

Marek ma 29 lat. Jest bezdzietnym kawalerem. Mieszka z ojcem. Nie pracuje. Ukończył szkołę podstawową, przerwał naukę w szkole zawodowej. Choruje od 20. roku życia. Okresy zaostrzeń przebiegają ze znacznym nasileniem zaburzeń toku myślenia, urojeniami o bogatej i różnorodnej treści, niepokojem psychoruchowym oraz niedostosowaniem afektywnym. Pomimo leczenia w okresach remisji występują objawy osiowe schizofrenii.

2. Analiza indywidualnego przypadku na podstawie luźnej rozmowy z pacjentem z wykorzystaniem KSOS.

Podczas rozmowy pacjent był spokojny, świadomy sytuacji, w której się znalazł. Początkowo odpowiadał na pytania krótkimi zdaniami. Dopiero po 6 minutach wywiadu oraz po zapewnieniu, że nagranie nie zostanie ujawnione jego ojcu, mówił nieco więcej, odpowiadał chętniej na pytania.

Podjęto tematy orientacji w rzeczywistości, rodziny, szkoły, pracy, religii oraz filmów. Wszystkie pytania, oprócz ostatniego, były wyraźnie przygnębiające dla pacjenta. Opowiadał o przeszłości z żalem. Nawet myśl, że następnego dnia wyjdzie ze szpitala, nie napawała go optymizmem. Jedynie temat jego ulubionych horrorów był na tyle dla niego ciekawy, że rozwinął swoje wypowiedzi, a także nawiązał kontakt wzrokowy. Używał wyrazów, które wymawiał nieprawidłowo, np. „trailery”, „habeo”, jednak nie zalicza się ich do neologizmów z powodu podstawowego wykształcenia oraz możliwości użycia mowy potocznej. Podczas wywiadu nie zauważono innych nieprawidłowości językowych.

Na podstawie analizy nagrania z wywiadu w kontekście KSOS pacjent zdobył 1 pkt z powodu używania zdań pojedynczych oraz równoważników zdań. Wnioskuje się więc, że chory prezentuje brak schizofazji, zaburzenia gramatyczne oraz możliwe obniżenie sprawności intelektualnej.

3. Opinia psychologiczna dotycząca obecnego stanu pacjenta.

Pacjent w końcowym etapie leczenia szpitalnego (wypisany następnego dnia po udzielonym wywiadzie). Spokojny, z dyskretnymi cechami rozkojarzenia myślenia, jednak w dość dobrym kontakcie werbalnym. Błady afektywnie, apatyczny, izolujący się. Trudno mu podjąć jakąkolwiek dłuższą aktywność celową, wybiera aktyw-

ności mało angażujące uwagę. Ma tendencję do zalegania w łóżku. Rzadko inicjuje kontakty interpersonalne, jednak zagadnięty podtrzymuje rozmowę, choć – co dało się zauważyć – wymaga to odeń dużej koncentracji i jest dla niego męczące.

Janusz

1. Analiza historii choroby pacjenta.

Pacjent ma 62 lata. Jest żonaty, ma 3 dzieci. Mieszka z żoną. Na schizofrenię choruje od blisko 20 lat. Wielokrotnie hospitalizowany psychiatrycznie, jednak z długimi okresami remisji objawów wytwórczych, w czasie których był aktywny zawodowo (w sumie przepracował kilkanaście lat), aktualnie jest na rencie. Ma wykształcenie średnie.

2. Analiza indywidualnego przypadku na podstawie luźnej rozmowy z pacjentem z wykorzystaniem KSOS.

Pan Janusz prezentuje mowę bardzo cichą ze współruchami języka, które mogą być ubocznym efektem stosowanych leków. Cicha mowa może być skutkiem niegdyś wykonywanej pracy bez nausznego zabezpieczenia (jest to domniemanie badacza).

Pacjent utrzymywał kontakt wzrokowy, jednak był to wzrok przeszywający, nietypowy. Odpowiadał adekwatnie na zadane pytanie. Używał zdań złożonych z poprawnym zastosowaniem gramatyki. Zauważono jedno przejęzyczenie, a mianowicie: „w Krakowie” – „w Karlowie”. Chory trzymał się danego tematu, mówił adekwatnie, jednak w mowie zauważalne były urojenia co do tematu rodziny oraz swego domu, wtedy wypowiedź lekko zbaczała z nadanego toru. Pacjent twierdził, że po wyjściu ze szpitala wróci do matki – matka nie żyje, z kontekstu wynikało, że wróci do żony. Zmieniał zdanie na temat miejsca zamieszkania dzieci – „dzieci mieszkają w domu z nami, ale mieszkają w Krakowie”.

Za prezentowanie fragmentów wypowiedzi odnoszących się do urojeń pacjent otrzymał 3 pkt w KSOS, co daje zaburzenia o typie schizofazji.

3. Opinia psychologiczna dotycząca obecnego stanu pacjenta.

Pacjent w końcowym etapie leczenia szpitalnego – bez produkcji psychotycznej w postaci urojeń i omamów, jednak utrzymują się: bezkrytycyzm, dziwaczność zachowania, manieryzmy, ograniczona chęć do kontaktów interpersonalnych oraz charakterystyczne dla przewlekłej schizofrenii objawy osiowe, takie jak niedostosowanie i spłylenie afektu, ograniczenie aktywności celowej. Na oddziale spędza czas samotnie, rzadko sam rozpoczyna z kimś rozmowę. Gromadzi rzeczy znalezione na oddziale (np. części garderoby, jedzenie, drobne przedmioty codziennego użytku). Nie wykazuje konkretnych zainteresowań. Wymaga nadzoru w zakresie dbałości o higienę osobistą. Zagadnięty, w rozmowie skupia się na przeszłości, głównie na pracy, którą kiedyś wykonywał.

Kazimierz

1. Analiza historii choroby pacjenta.

Pan Kazimierz jest 44-letnim bezdzietnym kawalerem. Mieszka samotnie. Okresowo opiekuje się nim rodzeństwo. Utrzymuje się z renty socjalnej. Ukończył szkołę podstawową. Na schizofrenię choruje od 17. roku życia. Mimo że okresy remisji są coraz krótsze, aktualny pobyt w szpitalu wynosi już ponad 12 miesięcy. Brak poprawy pomimo intensywnego leczenia farmakologicznego. W obrazie chorobowym oprócz objawów wytwórczych w postaci urojeń i pseudohalucynacji coraz mocniej zaznaczają się objawy osiowe, takie jak zanik uczuciowości wyższej, rozszczepienie struktury osobowości, dezorganizacja myślenia, a także obniżenie funkcji poznawczych, w tym możliwości intelektualnych.

2. Analiza indywidualnego przypadku na podstawie luźnej rozmowy z pacjentem z wykorzystaniem KSOS.

Mowa pacjenta była niewyraźna, często bełkotliwa. Prowadził monolog, nie czekał na zadanie pytania. Był ufixowany na konflikcie między nauką Kościoła a seksem pozamałżeńskim. Nie utrzymywał kontaktu wzrokowego. Treści jego wypowiedzi miejscami były absurdalne, np. dotyczyły odwiedzin Diabła, który do niego mówił. Nie używał neologizmów, budował zdania rozwinięte, poprawne gramatycznie.

Pan Kazimierz otrzymał 6 pkt z KSOS, ponieważ każdy poruszony przez niego temat kończył się na tematyce seksu i Kościoła (przechodził z tematu na temat bez związku). Stwierdzono urojenia. W konsekwencji zdiagnozowano schizofazję w stopniu lekkim.

3. Opinia psychologiczna dotycząca obecnego stanu pacjenta.

Pacjent bogato urojeniowy, halucynujący słuchowo. Ambiwalentny, słabo dostosowany, hypomimiczny, błędy afektywne, zahamowany, behawioralnie mało spontaniczny, autystyczny, rozkojarzony. Ma trudności z podążaniem za głównym wątkiem rozmowy. Na pytania często odpowiada „obok”. Spontanicznie monologuje. Mówi szybko, nie stara się o wyraźną artykulację. Wykazuje małą aktywność celową, brak zainteresowań. Zalega w łóżku, zaniedbuje siebie i bezpośrednie otoczenie. Wymaga nadzoru w zakresie codziennych czynności, utrzymania higieny.

Adam

1. Analiza historii choroby pacjenta.

Ma 32 lata. Choruje od 22. roku życia. Jest bezdzietnym kawalerem. Otrzymuje rentę socjalną. Ze względu na trudny kontakt z pacjentem i brak kontaktu z rodziną nie ma danych o jego wcześniejszym funkcjonowaniu, wykształceniu, ewentualnej pracy zawodowej.

2. Analiza indywidualnego przypadku na podstawie luźnej rozmowy z pacjentem z wykorzystaniem KSOS.

Mowa pana Adama była niewyraźna, bardzo szybka. Stosował wielokrotne powtórzenia wyrazów, które najpierw wypowiadał niewyraźnie, a zależało mu, aby ktoś go zrozumiał. Był zafiksowany na swojej wyjątkowości oraz na temacie ćwiczeń fizycznych. W trakcie wypowiedzi wystąpiły współruchy. Chory wykonywał nagle, niespodziewane gesty, np. wstawał i pokazywał swoją „szeroką klatę i plecy”. Nie kępował się swoich reakcji fizjologicznych. Śmiał się bez powodu. W jego mowie wystąpiły liczne neologizmy, takie jak: „smytmatykowanie”, „teolitacja”, „hacylugenne”, „zdrowiś”. Stosował brzmieniowe podobieństwo wyrazów. Mówił nie na temat. Czasami „zawieszał się”, np. gdy „UFO o nazwie Bołki piszczą” (demonstrował). W mniemaniu pacjenta jest on bogiem, Austriakiem, „ufem”, telepatą grzechotkowym, jasnowidzem itp. Na pytanie o swoje imię odpowiedział: „Andreas Herc fun Lyndert y si indykajt flimu flium flium”. Zapytany o to, „czy ma rodzeństwo”, powiedział: „pięć braci ge ge geniusze pięć braci, pięć braci geniusze. Fater ojciec geniusz. Mój fater tata ojciec fajter Wietnam”. Zanotowano inne ciekawe cytaty: „Jasnowidz jestem. Ja mam wszystko, widzisz? Ake-nejkut, pałtenejkusz, ... [niezrozumiałe], zdrowiś. Telepata młotkowy. Witnosker. Wszystko mam w sobie. Technoweson ipsy mam w sobie [śmiejch]”.

Pan Adam uzyskał 14 pkt na 15. Pacjent buduje zdania złożone, jednak nietypowo łączy słowa, używa neologizmów oraz podobnych brzmieniowo słów („nualny”, „tałny”, „nutałny”, „nutrealny” – chodziło o nuklearny). Mówi nie na temat z urojeniami. Nagle zmienia temat bez związku do poprzedniej wypowiedzi. Jego mowa jest agramatyczna, bez składni oraz semantycznie niepoprawna. Rozumie to, co chce. Uzyskana przez niego liczba punktów KSOS wskazuje na schizofazję w stopniu ciężkim.

3. Opinia psychologiczna dotycząca obecnego stanu pacjenta.

Od około 7 lat pan Adam z powodu choroby nie jest w stanie funkcjonować poza placówką szpitalną lub opiekuńczą – w trakcie leczenia farmakologicznego uzyskano jedynie niewielką poprawę stanu psychicznego. Pacjent urojeniowy, ma doznania omamowe wzrokowe i słuchowe, paralogiczny, katatymiczny, ambiwalentny, dereistyczny, niedostosowany afektywnie, nieprzewidywalny w zachowaniu, paramimiczny. Występują u niego liczne manieryzmy, grymasowanie, psoty dezorganizujące dodatkowo jego zachowanie. Obserwuje się głęboki rozpad struktury osobowości, zanik uczuciowości wyższej, głęboką dezorganizację myślenia i mowy (m.in. werbigeracje, neologizmy). Wymaga nadzoru osób trzecich w zakresie codziennych czynności.

Władysław

1. Analiza historii choroby pacjenta.

Pacjent ma 69 lat. Jest bezdzietnym kawalerem. Ma wykształcenie średnie ogólne z maturą. Przepracował jeden rok. Od momentu zachorowania w 20. roku życia był kilkakrotnie hospitalizowany – ma za sobą wielomiesięczne lub nawet wieloletnie pobyty w szpitalu ze względu na ciężki przebieg choroby psychicznej i oporność na leczenie farmakologiczne. W krótkich okresach poza szpitalem mieszkał z matką, był pod jej opieką.

2. Analiza indywidualnego przypadku na podstawie luźnej rozmowy z pacjentem z wykorzystaniem KSOS.

Pan Władysław podczas wywiadu był spokojny. Nie nawiązywał kontaktu wzrokowego. Prowadził monolog. Na zadane pytania odpowiadał nielogicznie, używając „sałaty słownej”. W jego wypowiedzi pojawiły się neologizmy oraz słowa połączone w nietypowy sposób. Mimo zachowanej gramatyki logiczny kontakt z pacjentem był niemożliwy, co potwierdzają odnotowane cytaty: „... oni nie zgodzą się aby to było pod nadzorem prawnym” – pytanie: „Kto się nie zgodzi? Kto oni?”; „No to dotyczy głównej półki, co ma to do tro, żeby nie płakało małe dziecko jak się urodzi” – pytanie: „A czyje jest to dziecko?”; „To już są ludzie starsi, zmęczeni. Musimy nie wyśmiewać się z ich dobroci, jak nie to przelatują jeszcze przed starszym śmiechem za grzechu połączone, bo jest prawda taka, jak ludzie o coś poproszą to otrzymią” – pytanie: „Czy ma pan rodzinę? Żonę, dzieci?”; „Ja byłem grzeczny teraz, czego innego nie powiem na ten temat, bo za ciężkie prawo polskie co otrzymuje łaski ze moskiewskiej sakwy społecznej. [...] Jak nie mamy więcej mądrości, to nie róbmy z tego pośmiewiska i trzeba podziękować słońcom, co były i otrzymywały za dużo dobroci i nie możemy być ludźmi, co jeszcze barczyście wyśmiewają” – pytanie: „Czy jest pan z Rybnika?”; „To wszystko kosztuje, to wszystko kosztuje. My otrzymujemy drojte pączki, ciasteczka czy troszkę miodu ze kawą złotą. Mamy dobrych staruszków, co nie pracują ciężko fizycznie, a ja już nie mogę też się tak pchać tam i życzyć sobie, bo by nie wytrzymało prawo azjatyckie. Prawo azjatyckie za ciężkie. Rzadko który człowiek go wygra i po-życzy [przeciągnięcie słowa] dużo dobroci ludziom, co nie mają tyle łakoci. Łakocie to są kociki, one się bardzo boją pieska. Jak piesek jest mały, to chce się bawić, a jak on jest duży kotem przestraszył i by pani koczka miała jeszcze większe pomysły jakby to robić ma Kocik ogórki litewskie”.

Pacjent prezentuje schizofazję w stopniu ciężkim – otrzymał 14 pkt w KSOS.

3. Opinia psychologiczna dotycząca obecnego stanu pacjenta.

W aktualnym stanie psychicznym zaznacza się przede wszystkim brak logicznego kontaktu z pacjentem, spowodowany rozszczepieniem wyższych funkcji psychicznych, masowymi zaburzeniami myślenia oraz defektem poznawczym, wynikającym z wieloletniego procesu psychotycznego o ciężkim przebiegu. Pacjent jest

dereistyczny, oderwany od rzeczywistości, dziwaczny, niedorzeczny w wypowiedziach (neologizuje, rymuje, werbiguruje, w jego wypowiedziach występuje zjawisko „sałaty słownej”). Aktualny poziom nasilenia objawów wytwórczych (urojenia, pseudohalucynacje) jest niemożliwy do oceny. W codziennym funkcjonowaniu chory rzadko inicjuje kontakt z drugą osobą, jednak zagadnięty chętnie monologuje. Pozostaje beczny, przejawia niski poziom aktywności celowej, jest spokojny, bezkonfliktowy. Wymaga opieki i nadzoru w codziennych czynnościach.

Podsumowanie i wnioski

Z punktu widzenia chorych, klinicyści i badacze nie rozumieją schizofrenii – nie mogą zrozumieć, ponieważ nie doświadczyli schizofrenii „na własnej skórze”, nie mają informacji z „pierwszej ręki”, nie zostali też poddani leczeniu neuroleptykami, a tym samym nie doświadczyli ich skutków ubocznych, tak jak nie doświadczyli również hospitalizacji, przymusowego leczenia. Przeszkodą w zrozumieniu schizofrenika nie są więc jedynie chęci, ale także możliwości. Aby jak najlepiej poznać świat schizofrenika i zrozumieć jego zachowanie, wykonuje się szereg badań typowo medycznych (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, poziom hormonów), psychologicznych, psychiatrycznych, socjologicznych oraz logopedycznych. Poddanie się tym badaniom z pewnością może stać się uciążliwe. Niestety, jest to niezbędne w procesie leczenia. Tylko w taki sposób można chociaż w części pomóc człowiekowi.

W tabeli 1. zestawione zostały najważniejsze informacje dotyczące pacjentów, z którymi przeprowadzono wywiady.

Odpowiedź na główne pytanie badawcze: „Jakie zaburzenia językowe prezentuje pacjent chory na schizofrenię?” nie jest prosta. Chory na schizofrenię po zastosowaniu skutecznego leczenia, wypisany do domu (przykład pan Marka), prezentuje w wypowiedziach jedynie ubóstwo mowy. Jego odpowiedzi na pytania są krótkie i rzeczowe. Popełnia nieliczne pomyłki w wypowiedzianiu obcojęzycznych słów, powszechnie używanych – może to wynikać z niskiego wykształcenia lub być skutkiem potocznego wyrażania się przyjętego wśród kolegów. Najwięcej zaburzeń językowych odnotowano u osób, które według KSOS prezentują schizofazję w stopniu lżejszym i ciężkim. Występują wtedy: zbaczanie wypowiedzi, ubóstwo treści, natłok mowy, uskokowość, nielogiczność, dźwięczenie, neologizmy, przybliżenia słowne, persewacje. Objawy schizofazji prawie zawsze świadczą o złym rokowaniu.

Rokowania badanych pacjentów są różne. Uważa się, że dobre rokowanie ustąpienia epizodu schizofrenii jest możliwe. U większości pacjentów zachodzi konieczność stosowania długotrwałej terapii podtrzymującej. Mniej optymistyczna wizja

TABELA 1. Informacje o pacjentach, z którymi przeprowadzono wywiady

Parametry	Marek	Janusz	Kazimierz	Adam	Władysław
Wiek	29	62	44	32	69
Wiek zachorowania	20	42	17	22	20
Wykształcenie	podstawowe	średnie	podstawowe	brak danych	średnie
Kontakt wzrokowy	zachowany	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zachowany, ▪ przesywający 	brak	sporadyczny	brak
Zachowanie podczas wywiadu	spokojne	spokojne	nerwowe	pobudzone, bez zahamowań	spokojne
Zauważalne elementy skali TLC	ubóstwo mowy	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zbaczanie ▪ wypowiedzi, ▪ drobiazgowość, ale bez cech natłoku myśli 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ natłok mowy, ▪ uskokowość, ▪ utrata celu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ubóstwo treści, ▪ natłok mowy, ▪ mowa roztażniona, uskokowość, ▪ zbaczanie ▪ wypowiedzi, ▪ rozkojarzenie, ▪ nielogiczność, dźwięczenie, ▪ neologizmy, przybliżenia słowne, ▪ drobiazgowość, persewercje, ▪ mowa sztuczna 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ubóstwo treści, ▪ uskokowość, ▪ zbaczanie ▪ wypowiedzi, ▪ nielogiczność, dźwięczenie, ▪ neologizmy, ▪ przybliżenia słowne, ▪ drobiazgowość, ▪ persewercje, ▪ mowa sztuczna
Wynik KSOS	brak schizofazji, możliwe obniżenie sprawności intelektualnej	zaburzenia o typie schizofazji	schizofazja w stopniu lżejszym	schizofazja w stopniu ciężkim	schizofazja w stopniu ciężkim

dotyczy osób, które doświadczają częstych nawrotów chorobowych. W ich przypadku stosowana terapia nie jest skuteczna wobec objawów schizofrenii. Istnieją dowody, że nadanie życiu codziennemu sformalizowanych ram skutkuje pozytywnie w dalszym życiu pacjenta. Im dzień jest lepiej zorganizowany, tym symptomy chorobowe są mniej zauważalne oraz występuje mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia destrukcyjnych zachowań. Należy jednak stopniowo wprowadzać zmiany w życiu chorego, ponieważ zbyt wiele bodźców może być nadmiernie stresujące.

Z racji wieku oraz wypisu ze szpitala największą możliwością na polepszenie swojego stanu ma pan Marek, jednak to, czy skorzysta z tej szansy, zależy w większości od niego samego – od tego, czy będzie stosować się do zaleceń lekarskich i niezaprzestanie zażywania lekarstw.

Pan Janusz ma wsparcie ze strony rodziny, więc przypuszcza się, że powinno to wpływać na polepszenie się jego sytuacji. W niedługiej perspektywie osiągalny jest wypis ze szpitala.

Pozostali panowie nie rokują pomyślnie z powodu braku wspierającej rodziny, stosunkowo długiego pobytu w szpitalu, schizofazji oraz z uwagi na konieczność codziennej kontroli nad podstawowymi czynnościami żywymi. Domniemuje się, że ci pacjenci nie byłoby w stanie zadbać o siebie, więc z pewnością nie zażywaliby leków, co w konsekwencji skończyłoby się kolejną hospitalizacją.

Mimo że zbadano jedynie pięciu pacjentów chorych na schizofrenię, zauważyć można pewną tendencję schizofazji, a mianowicie – im poważniejszy jest stan psychiczny pacjenta, tym bardziej ujawniają się u niego zaburzenia językowe. Niemniej jednak nie wszystkie zaburzenia językowe występujące u konkretnego schizofrenika powtórzą się u innej osoby cierpiącej na tę samą chorobę. Dowodzi to nieschematyczności zaburzeń psychicznych. Pacjent zachowuje swoją indywidualność oraz niepowtarzalną osobowość, mimo zachorowania na tę samą jednostkę chorobową. Niewątpliwie jednak każdy epizod powoduje nieodwracalne skutki, dlatego przebieg schizofrenii porównano do pożaru – wybucha gwałtownie, pali się spokojnie, następnie wygasa, pozostawiając po sobie popioły i zgliszcza.

Bibliografia

- BILIKIEWICZ A., LANDOWSKI J., RADZIWIŁŁOWICZ P.: *Psychiatria. Repetytorium*. Warszawa, PZWL 2003.
- BIRCHWOOD M., JACKSON Ch.: *Schizofrenia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne dla praktyków i pacjentów*. Gdańsk, GWP 2004.
- CZERNIKIEWICZ A., WOŹNIAK T.: *Diagnoza psychogennych zaburzeń mowy*. W: *Diagnoza logopedyczna*. Red. S. MILEWSKI, E. CZAPLEWSKA. Gdańsk, GWP 2012, s. 415–480.

- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*. T. 1. Kraków, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius 1994.
- MUESER K.T., GINGERICH S.: *Życie ze schizofrenią. Poradnik dla rodzin*. Poznań, Dom Wydawniczy Rebis 1996.
- NIEDŹWIEDZKA I., KUEHN-DYMECKA A., WCIÓRKA J.: *Wgląd w chorobę a funkcjonowanie poznawcze osób chorych na schizofrenię*. „Psychiatria Polska” 2008, T. 42, nr 6.
- Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Red. L. GRZESIUK. Warszawa, PWN 1994.
- WALSH K., DARBY D.: *Neuropsychologia kliniczna Walsha*. Gdańsk, GWP 2008.
- WOŹNIAK T.: *Standard postępowania logopedycznego w schizofazji*. „Logopedia” 2008, T. 37, s. 313–322.
- WOŹNIAK T.: *Zaburzenia języka w schizofrenii*. Lublin, Wydawnictwo UMCS 2000.
- ZALEWSKI G.: *Kontrowersje wokół schizofrenii*. Białystok, Wydawnictwo Trans Humana 1997.