

**KOMUNIKACJA W SCHIZOFRENII.
PRZYCZYNY STYGMATÓW I KIERUNKI TERAPII**

Magdalena Kazimierska- Zając

Zakład Chorób Układu Nerwowego,

Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
ul. Barta 5, 51-618 Wrocław,

E-mail: magdalena.kazimierskazajac@gmail.com



Joanna Rosińczuk

Zakład Chorób Układu Nerwowego,

Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
ul. Barta 5, 51-618 Wrocław,

E-mail: joanna.rosinczuk@umed.wroc.pl

Luba Jakubowska

Zakład Promocji Zdrowia

Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
ul. Barta 5, 51-618 Wrocław

E-mail: luba.jakubowska@umed.wroc.pl

ABSTRAKT

Teza

Schizofrenia jest zaburzeniem psychicznym, manifestującym się przez dwa szerokie obszary objawów określanymi jako: pozytywne (halucynacje, urojenia) oraz negatywne przejawiające się m.in.: w wycofaniu się osoby czy spadku motywacji. Objawy negatywne są mniej widoczne, jednak również są bardzo uciążliwe dla budowania i podtrzymywania relacji z osobami ze schizofrenią.

Nieprawidłowości mowy i komunikacji są powiązane zarówno z pozytywnymi, jak i negatywnymi objawami schizofrenii. Z jednej strony brak motywacji do mówienia, z drugiej dezintegracja mowy, trudności w odczytywaniu niedosłowności – utrudniają kontakt osób chorych z otoczeniem oraz mogą prowadzić do stygmatyzacji.

Omówione koncepcje

Celem artykułu jest opisanie zaburzeń mowy w schizofrenii, których niepoprawna interpretacja może być przyczyną stygmatów/piętnowania, oraz wyznaczenie kierunku działań terapeutycznych. Schizofazja – specyficzne dla schizofrenii zaburzenie mowy – charakteryzuje się zanikiem spójności wypowiedzi, dezintegracją na poziomie pragmatycznym, semantycznym oraz formalnogramatycznym.

Wyniki i wnioski

Zadaniem terapeuty powinno być zaplanowanie i przeprowadzenie terapii, która pomoże choremu płynnie mówić, odnaleźć się w sytuacji dialogowej, w odbudowaniu prawidłowej narracji, a także w przełamywaniu lęków przed mówieniem.

Słowa kluczowe: zaburzenia mowy, schizofrenia, terapia, komunikacja, stygmat, piętno, schizofazja

Communication in schizophrenia. The causes of stigma and directions of therapy

ABSTRACT

Thesis. Schizophrenia is a mental disorder manifested through two broad areas of positive (hallucinations and delusions) and negative symptoms, which include withdrawal and decreased motivation. The negative symptoms are not as readily perceptible, however, they are significantly detrimental in establishing and maintaining relationships with persons with schizophrenia.

Impairments in speech and communication are connected with the positive as well as the negative symptoms of schizophrenia. On the one hand, the lack of motivation to talk, and on the other hand, the disintegration of speech, as well as difficulties in comprehending ambiguities, impede communication with the environment and may lead to stigmatization.

Discussed conceptions. The aim of the present paper is to describe those anomalies in schizophrenia which may be misconstrued, and thus lead to social stigma and to define therapeutic goals. Schizophasia (a speech disorder typical for schizophrenics) is characterized by incoherent speech and disintegration on the pragmatic, semantic, and formal grammatical level.

Results and conclusion. The aim of the therapist ought to be the planning and conducting of therapy which can help the patient deliver coherent speech, communicate in dialogue, reconstruct proper narration, and overcome the fear of speaking.

Key words: speech disorders, schizophrenia, therapy, communication, stigma, schizophasia

SCHIZOFRENIA – DEFINICJA I ETIOLOGIA

Schizofrenia nadal uznawana jest za tajemniczą chorobę, budzącą strach w społeczeństwie. Jest zaburzeniem psychicznym, którego częstość występowania w światowej populacji dorosłych szacuje się na około 1% (Kuperberg, 2010). Nie udało się jeszcze wyjaśnić przyczyn zaburzenia. Przyjmuje się wieloczynnikową genezę, obejmującą zarówno czynniki neurobiologiczne jak i psychospołeczne.

W schizofrenii chory nieprawidłowo ocenia rzeczywistość, ponieważ dochodzi do częstych wahań emocjonalnych i upośledzenia funkcji poznawczych, co znacząco utrudnia funkcjonowanie społeczne. Choroba manifestuje się m.in. przez nieprawidłowości myśli, języka i komunikacji. Zarówno komunikacja werbalna, jak i niewerbalna ulega zaburzeniu. Obserwuje się nienaturalne pozy ciała i mimikę twarzy. Odmienność mowy osób ze schizofrenią prowadzi do społecznego naznaczenia, co skutkuje izolacją jednostki. Aby zapobiec wykluczeniu i zminimalizować negatywne

konsekwencje choroby, konieczne jest działanie wielu specjalistów. Pacjent potrzebuje m.in.: opieki psychiatry, psychologa, pedagoga czy logopedy, który wspiera działania psychiatryczno-psychologiczne. Interdyscyplinarna terapia obejmuje: psychoterapię, socjoterapię, terapię zajęciową, terapię społeczną, arteterapię, logoterapię, rehabilitację funkcji poznawczych. Konieczny jest trening kompetencji społecznych i czynności dnia codziennego. Psychoedukacją powinien być objęty nie tylko pacjent, ale także jego rodzina (Volz, Pajonk, 2004)

ZABURZENIA MOWY I KOMUNIKACJI W SCHIZOFRENII

Nasilenie nieprawidłowości w mowie i komunikacji w schizofrenii jest różne u poszczególnych chorych. Na podstawie komunikatów werbalnych stwierdza się zaburzenia myślenia i ich stopień. Analiza mowy jest niezwykle ważna, gdyż tylko w ten sposób można zrozumieć świat chorych.

W literaturze logopedycznej zaburzenia mowy, występujące w schizofrenii określa się jako schizofazję. Charakteryzuje się zanikiem spójności wypowiedzi oraz dezintegracją na poziomie pragmatycznym, semantycznym i gramatycznym (Woźniak, 2008).

Z czasem trwania choroby dochodzi do zaniku funkcji komunikatywnej języka, społecznego celu mowy. Prowadzi to do trudności w relacjach interpersonalnych, a w dalszej perspektywie do utraty chęci do życia.

Cechy kliniczne schizofrenii są klasyfikowane jako pozytywne (wytwórcze) i negatywne (ubytkowe) (Perzyńska-Starkiewicz, Perzyński 2012). Objawy pozytywne, nie są wbrew nazwie, niczym pozytywnym dla chorego, charakteryzują się nadmiarem występowania określonych cech (są to np. omamy czy urojenia). Zakłócają one normalne funkcjonowanie osoby. Objawy negatywne to cechy, które nie pojawiają się u osób chorych na schizofrenię, albo pojawiają się w bardzo ograniczonym zakresie. Te objawy występują powszechnie u osób zdrowych – osoby zdrowe komunikują się i czerpią przyjemności z rozmowy. Wobec tego osoby ze schizofrenią nie posiadają motywacji do mówienia, co objawia się ubóstwem mowy.

Mowa chorych na schizofrenię jest nierzadko bełkotliwa. Zauważalny jest brak logicznego związku pomiędzy elementami wypowiedzi, brak odpowiedzi na pytania lub odpowiedzi nieadekwatne, np. na pytanie o ulubiony przedmiot w szkole pacjent odpowiada:

„Zawsze lubiłem geografie. Moim ostatnim nauczycielem tego przedmiotu był profesor August. Był mężczyzną z czarnymi oczami. Ja też lubię czarne oczy. Są jeszcze niebieskie i szare oczy i inne rodzaje też” (“I always liked geography. My last teacher in that subject was Professor August A. He was a man with black eyes. I also like black eyes. There are also blue and grey eyes and other sorts, too...”) (Bleuler, 1950, s. 28).

Nancy Andreasen (1980) opracowała skalę TLC (Thought, Language and Communication), wymieniając 18 fenomenów językowych, których obecność bada się w schizofrenii. Należą do nich: ubóstwo mowy, ubóstwo treści, natłok mowy, mowa roztrągniona, uskokowość, zbaczanie wypowiedzi, rozkojarzenie, nielogiczność, dźwięczenie, neologizmy, przybliżenia słowne, drobiazgowość, utrata celu, persewacje, echolalia, blokowanie, mowa sztuczna, odnoszenie do siebie (Andreasen, 1980).

Według Andrzeja Czernikiewicza schizofazja jest zjawiskiem bardzo złożonym, którego oś stanowią fenomeny językowe będące efektem rozbicia struktury wypowiedzi na poziomie tekstu (czynnik „niespójność”) i na poziomie zdania (czynnik „rozkojarzenie”). Niespójność jest czynnikiem powodującym nieprawidłową kompozycję wypowiedzi, nielogiczność, ubóstwo treści, uskokowość myślenia, utratę celu i przybliżenia słowne, a rozkojarzenie – powodującym neologizmy i dźwięczenie (Czernikiewicz, 1998). Nie stwierdza się nieprawidłowości w zakresie realizacji fonemów. Melodia wypowiedzi jest zwykle prawidłowa. Jedynie problem może stanowić odczytanie właściwych intencji mówiącego na podstawie cech prozodycznych. Zdarza się, że u niektórych pacjentów występują nadmiernie długie pauzy w wypowiedzi czy spowolnienie tempa mowy, co świadczy o trudności w tworzeniu konstrukcji zdaniowych. Czasem chorzy zmieniają nagle natężenie głosu w wypowiedzi, a to zwykle łączy się ze zmianą tematu i adresata wypowiedzi (często na skutek omamów słuchowych). Pacjenci tworzą liczne neologizmy. Pojawiają się niezrozumiałe formy, wyrazy powstałe na skutek podobieństwa brzmieniowego, wtręty niemające logicznego związku z wypowiedzią, czy uporczywe powtarzanie słów. Chorzy nie stosują przyjętego porządku składniowego i reguł gramatycznych. Zdania nierzadko są niedokończone. Wypowiedzi nazywane są „sałatą słowną” – ciągami chaotycznych, niepowiązanych ze sobą wyrazów, sylab.

Dyskurs nie jest zrozumiały ani spójny. Jest ubogi treściowo, nielogiczny, bezcelowy. Na skutek uszkodzenia płatów czołowych następuje rozpad systemu językowego, co najbardziej widoczne jest na poziomie tekstu (Czernikiewicz, Woźniak, 2012).

Ponadto obserwuje się bardzo duże rozkojarzenie i niemożność koncentracji, przytłoczenie nadmiarem informacji i nieumiejętność selekcji tego co istotne od tego co nie jest ważne.

W fazie prodromalnej, występującej przed fazą ostrą, obserwuje się: pogorszenie umiejętności szkolnych, wycofywanie się z ról społecznych, niedbałość o własny wygląd i higienę. Na tym etapie mogą pojawiać się zaburzenia funkcji poznawczych, odczuwane subiektywnie. Zaburzenia te nie są widoczne na poziomie klinicznym. Są rozpoznawane w późniejszej fazie choroby na poziomie retrospektywnym. Różnorodność objawów sprawia, że bardzo rzadko terapię rozpoczyna się na samym początku choroby (Volz, Pajonk, 2004).

STYGMATYZACJA OSÓB CHORYCH NA SCHIZOFRENIĘ

Każda cecha wyróżniająca osobę może zostać potraktowana jako stygmatyzująca. E. Goffman określa taką cechę mianem „piętna”. Socjolog wyróżnia trzy źródła piętna: wygląd fizyczny; wady związane z charakterem, zachowaniem, niekorzystną sytuacją jednostki oraz stygmatyzacja związana z wyznaniem, narodowością (Goffman, 2005, s. 34).

Osoby napiętnowane są niekorzystnie oceniane przez innych oraz inaczej traktowane, w związku z tym mogą stosować taktyki, które zredukują reakcję na cechę stygmatyzującą. Taktyki stosowane przez te osoby to: „zatajanie”, „jawność i zdejmowanie piętna”, „kompensacja”, „wykorzystywanie” i „rezygnacja” (Leary, 2007, ss. 143-144).

Podobnie w przypadku osób borykających się z chorobami o naturze psychicznej wyróżnia się trzy sposoby radzenia sobie z problemem potencjalnego odrzucenia społecznego poprzez: „zachowywanie swojej choroby w tajemnicy”, „wycofanie społeczne” i ostatni (który łączy się z taktyką „jawność i zdejmowanie piętna”) polega na „edukowaniu innych”, próbie zmiany postaw dotyczących choroby (Link i in. 1989; Świtaj, 2005).

W przypadku osób cierpiących na schizofrenię, problem polega na tym, że mogą nie być świadomi źródła stygmatów, tym samym trudniej jest im się przed nimi bronić. Jednym z takich źródeł, mogą być trudności komunikacyjne. Język, jest szczególnym narzędziem identyfikacji osoby, za pomocą którego możemy wnioskować o różnych cechach człowieka w tym m.in. o sprawności intelektualnej (Janocha, 2016).

Objawy schizofrenii ujawniane w komunikacji są interpretowane przez otoczenie, m.in.: jako skutki oddziaływań środków psychoaktywnych, „dziwaczność”, czy jako „zła wola” osoby (np. niespójność narracji jest interpretowana jako okłamywanie). W przypadku „negatywnych” objawów, polegających na spadku motywacji do mówienia, osoba cierpiąca na schizofrenię może być postrzegana jako „odludek”, lub jako osoba, która nie ma nic do powiedzenia na ten temat, albo jako osoba doświadczająca większych skutków choroby, niż to jest w rzeczywistości.

Dlatego ważna jest nie tylko wszechstronna praca z pacjentem, która może łagodzić niektóre objawy, ale również edukowanie społeczeństwa.

Współcześnie dzięki kampaniom społecznym walczy się ze stereotypami. Niemniej choroba psychiczna, a szczególnie schizofrenia, nadal pozostaje jednym z najczęściej występujących stygmatów (Świtaj, 2005).

Skutki stygmatyzacji schizofrenii mogą dotyczyć (Świtaj, 2005):

- relacji z najbliższym otoczeniem,
- szans znalezienia partnera,
- uczestnictwa w życiu publicznym,
- możliwości kształcenia się i znalezienia pracy,
- budowania tożsamości, samooceny, poczucia samo skuteczności,
- dobrostanu psychicznego.

Pojawianie się skutków piętnowania i ich natężenie zależy od tego, na ile otoczenie daje odczuć osobie jej odmiennność oraz na ile ona sama utożsamia się z tym piętnem w skutek internalizacji stereotypów (Świtaj, 2005).

TERAPIA LOGOPEDYCZNA W SCHIZOFRENII

Wśród zadań terapeutycznych w pracy z pacjentem ze schizofazją należy wymienić: przeprowadzenie badania logopedycznego mającego na celu zaobserwowanie poszczególnych nieprawidłowości mowy i ich nasilenia (ocena spójności gramatycznej, semantycznej i pragmatycznej wypowiedzi) oraz zaplanowanie i przeprowadzenie terapii, której celem powinna być pomoc w poprawie fluencji słownej, w tworzeniu właściwej komunikacji dialogowej, w odbudowaniu prawidłowej narracji, a także w przełamywaniu lęków przed mówieniem. Istotna jest także terapia prozodii, której zaburzenia, mimo iż nie są głównym objawem w obrazie schizofrenii, wpływają na błędne rozumienie innych i „bycie nierozumianym” (Gurańska, Gurański, 2013).

Logopeda pracując z pacjentem ze schizofrenią, pokazuje właściwy wzorzec mowy – stosuje poprawne formy leksykalne, gramatyczne, stylistyczne oraz poprawną prozodię. Może również wprowadzić ćwiczenia kinezyterapeutyczne, które mają pozytywny wpływ zarówno na kondycję fizyczną jak i psychiczną pacjenta (Gorczyński, Faulkner, 2010) oraz działania poprawiające pamięć i koncentrację.

Terapię można podzielić na dwie fazy: rozbudzania chęci do efektywnej komunikacji oraz na fazę rozwijania produktywności językowej pacjenta oraz zwiększania świadomości własnych umiejętności komunikacji społecznej (Clegg, Parks, Brumfitt, Woodruf, 2007).

Konieczna jest współpraca z psychologiem, który przepracowuje z pacjentem objawy wytwórcze, podejmuje pracę nad podnoszeniem samooceny pacjenta, uczy, jak radzić sobie z czynnikami stresogennymi oraz wspólnie z logopedą pracuje nad poprawą funkcji poznawczych pacjenta. Z kolei wczesne wykrycie psychozy i wczesna interwencja poznawcza mogą ograniczać rozwój deficytów i poprawiać funkcjonowanie chorego (Tripathi, Kumar Kar, Shukla, 2018). Również negatywne objawy, choć trudne do modyfikacji, nie są niewrażliwe na wpływ interwencji psychologicznych (Gonzalez-Pando, Alonso-Perez, Suarez-Gil, 2018).

W terapii nie można też pomijać współpracy z bliskimi (rodziną) chorego, którym często brakuje wiedzy na temat zaburzenia. Wiadomo już, że wzajemne zrozumienie i szacunek w środowisku rodzinnym ułatwia powrót do zdrowia (Chan, Ho, 2017).

Warto włączyć pacjentów w terapię grupową, w trakcie której chorzy uczą się dyskutować z zachowaniem obowiązujących reguł społecznych. Z grupą pacjentów można prowadzić także filmoterapię, biblioterapię itd.

PODSUMOWANIE

Wyniki badań pokazują, że choroby, zaburzenia psychiczne powodują wykluczenie chorych ze społeczeństwa, a także ich napiętnowanie. Schizofrenia jest jedną z najbardziej stygmatyzujących chorób. Wynikiem stygmatyzacji są: upośledzenie funkcjonowania osób w społeczeństwie, pogorszenie się ich stanu w związku z odczuwanym stresem oraz niepodejmowanie terapii (Dziwota, 2014).

Lęk, niezrozumienie otoczenia wywołują przede wszystkim objawy pozytywne (psychotyczne) osób chorych, dlatego np. schizofrenia jest bardziej stygmatyzowana niż np. depresja (Fatani i in., 2017; Dziwota, 2014). Pogarszaniu funkcjonowaniu jednostki sprzyjają także objawy, określane jako: „osłabienie funkcji poznawczych” oraz objawy „negatywne”, które z jednej strony są przyczyną a z drugiej efektem stygmatyzacji (Fatani i in., 2017; Dziwota, 2014)

Nierzadko chorzy opisują swoje problemy z mową na forach internetowych. W schizofrenii występują liczne zaburzenia w mowie i komunikacji, prowadzące do stygmatyzacji i izolacji społecznej chorego. Osoby takie mają ogromne problemy z przystosowaniem się do otoczenia, czego powodem są nieprawidłowości w funkcjonowaniu interpersonalnym (Krukow, Karakuła, 2011).

Leczenie schizofrenii potocznie kojarzy się przede wszystkim z wizytami u psychiatry. Wielu chorych, czy ich opiekunów nie zdaje sobie sprawy z tego, że mogą korzystać z pomocy terapeuty mowy. Terapia ta jest niezwykle ważna. Celem oddzia-

ływania powinna być rekonstrukcja prawidłowych narracji i ćwiczenia wypowiedzi dialogowych. Logopedzi są przygotowani do pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi, a korzyści z przeprowadzonej terapii logopedycznej potwierdzają m.in. badania dotyczące: poprawy komunikacji werbalnej i umiejętności w komunikacji interpersonalnej (Cleeg, Brumfitt, Parks, Woodruff, 2007), poprawy umiejętności komunikacyjnych i społecznych w wyniku treningu pragmatycznych umiejętności (Bosco i in. 2016).

Warto zaznaczyć, że osoby chore na schizofrenię mają nie tylko problem z kodowaniem komunikatu, ale również z jego dekodowaniem. Szczególną barierą jest np. „konkretyzm”, a więc rozumienie komunikatów wprost, trudności ze zrozumieniem metafor, rozpoznaniem ironii i innych niedosłownych treści (Małyniak i in. 2017) oraz problem z odczytywaniem emocji (Człapa, Wysok, Rybakowski, 2016). Obszar pracy z pacjentem chorym na schizofrenię jest dość szeroki, należy jednak pamiętać, że terapia logopedyczna nie zastąpi pomocy psychiatryczno-psychologicznej. Jest działaniem uzupełniającym farmakoterapię i psychoterapię, możliwym tylko przy współpracy psychiatrą, po wyjściu pacjenta z ostrych stanów psychotycznych.

BIBLIOGRAFIA

1. Andreasen, N., (1980). *Scale of the Assessment of Thought, Language, and Communication (TLC)*. Iowa City, IA: University of Iowa Press.
2. Link, B. G., Struening, E., Cullen, F. T., Shrout, P. E., Dohrenwend B. P. (1989). A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. *American Sociological Review*, 54,3, 400–423.
3. Bleuler, E. (1950). *Dementia Praecox, or the Group of Schizophrenias*. Oxford, England: International Universities Press.
4. Bosco, F. M., Gabbatore, I., Gastaldo, L., Sacco, K. (2016). Communicative-pragmatic treatment in schizophrenia: a pilot study. *Frontiers in Psychology*, 7, doi: 10.3389/fpsyg.2016.00166.
5. Chan, C. K. P., Rainbow, T. H. H. (2017). Discrepancy in Spirituality among Patients with Schizophrenia and Family Care-Givers and Its Impacts on Illness Recovery: A Dyadic Investigation. *British Journal of Social Work*, 47, 28-47.
6. Cleeg, J., Brumfitt, S., Parks, R. W., Woodruff, P. W. (2007). Speech and language therapy intervention in schizophrenia: a case study. *Int J Lang Commun Disord*, 42(1), 81-101.
7. Cleeg, J., Parks, R.W., Brumfitt, S.M., Woodruff, P.W. (2007). **Speech and language therapy intervention in schizophrenia: A case study.** *International Journal of Language & Communication Disorders*, 1 (1), 81-101.
8. Czernikiewicz, A. (1998). Schizofazja – w kierunku językowego modelu schizofrenii. *Postępy Psychiatrii i neurologii*, 7, 135-140.
9. Czernikiewicz, A. Woźniak, T. (2012). Diagnoza psychogennych zaburzeń mowy. W: E. Czaplewska, S. Milewski (red.), *Diagnoza logopedyczna* (ss. 450-459). Gdańsk: GWP.
10. Człapa, K., Wysok, D., Rybakowski, F. (2016). Deficyty poznania społecznego w zaburzeniach ze spektrum, autyzmu – porównanie ze schizofrenią. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 11, 1, 12–20.
11. Dziwota, E. (2014). Stygmatyzacja osób chorych psychicznie, *Current Problems of Psychiatry*, 15(1), 18-23.
12. Goffman, E. (2005). *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Gdańsk: GWP.
13. González-Pando, D., Alonso-Pérez, F., Suárez-Gil, P., José Manuel García-Montes, J., Pérez-Álvarez, M., (2018), Diminished emotional expression in schizophrenia: An interdisciplinary approach based on behavioral interventions. *Psicothema* 30(1), 8-13.
14. Górczynski, P., Faulkner, G. (2010). Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(5), DOI: 10.1002/14651858.CD004412.pub2.
15. Gurańska, J., Gurański, K. (2013). Zaburzenia prozodii emocjonalnej w przebiegu schizofrenii. *Psychiatria Polska*, 4, 579-586.
16. Janocha, M. (2016). Język jako narzędzie komunikacji. *Ogrody Nauk i Sztuk*, 6, 117-120.
17. Krukow, P., Karakuła, H. (2011). Poznanie i funkcjonowanie społeczne a funkcje wykonawcze i inne procesy kognitywne u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i choroby afektywnej dwubiegunowej – porównawcze studium przypadku. *Current Problems of Psychiatry*, 12(4), 461-471.

18. Kuperberg, G. R. (2010). Language in schizophrenia. Part 1: An Introduction. *Language and Linguistics Compass*, 4(8), 576-589.
19. Leary, M. (2007). Wywieranie wrażenia na innych. O sztuce autoprezentacji. Gdańsk: GWP.
20. Martyniak, M., Wyszomirska, J., Krzystanek, M., Piekarska-Bugiel, K. (2016). Między słowami – nieafatyczne zaburzenia komunikacji. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 11, 2, 64–71.
21. Perzyńska-Starkiewicz, A., Perzyński, J. (2012). O istocie choroby piętrowo-dyssolucyjnej. *Current Problems of Psychiatry*, 13(2), 69-72.
22. Świtaj, P. (2005). Piętno choroby psychicznej. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14 (2), 137-144.
23. Tripathi, A., Kumar Kar, S., Shukla, R. (2017). **Cognitive Deficits in Schizophrenia: Understanding the Biological Correlates and Remediation Strategies.** *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 16(1), 7-17.
24. Volz, H. P., Pajonk, F. G. (2004). *Schizophrenia. Diagnostyka i leczenie.* Wrocław: Urban @ Partner.
25. Woźniak, T. (2008). Standardy postępowania logopedycznego w schizofazji. *Logopedia*, 37, 313-322.
26. Zaid Fatani, B., Aldawod, R., Abdulwahab Alhawaj, F., Alsadah, S., Radi Slais, F., Nasser Alyaseen, E., Sami Ghamr. A. (2017). Schizophrenia: Etiology, Pathophysiology and Management - A Review. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 69 (6), 2640-2646.