

WOJCIECH LIPSKI

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej
Katedra Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4445-9940>

Konceptualizacja Boga w wypowiedziach pacjentów chorujących na schizofrenię paranoidalną – przyczynek do badań semantyki

Conceptualization of God in the Utterances of Patients
with Paranoid Schizophrenia – Contribution to the Study of Semantics

STRESZCZENIE

Artykuł jest wynikiem prowadzonych przez autora badań lingwistycznych w grupie osób z zaburzeniami psychicznymi, a przede wszystkim ze schizofrenią. Celem badań było dotarcie, zanalizowanie i opisanie tego, jak osoby chorujące na schizofrenię myślą i mówią o Bogu. Jest rozwinięciem dwu uprzednio opublikowanych artykułów (Lipski, 2011; 2013). Badania miały charakter eksperymentalny i zostały przeprowadzone z wykorzystaniem autorskiego narzędzia – kwestionariusza, zgodnie z którym prowadzony był wywiad z pacjentami. Celem pracy jest przedstawienie sposobu postrzegania Boga w dwu grupach chorych na schizofrenię, tj. grupie pacjentów z pierwszym epizodem psychotycznym (PEP) oraz pacjentów chorujących na schizofrenię przewlekłą (PS). Pacjenci z drugiej grupy w odróżnieniu od tych z PEP prezentowali silne zaburzenia schizofatyczne.

Problem badawczy założony w pracy dotyczy postrzegania wycinka rzeczywistości z systemu wartości osób chorych. Autor tekstu wychodzi poza zjawiska stricte językowe, które są obszarem badań językoznawczych i logopedii, do problemów związanych z aksjologią i poznaniem u osób chorych. Przygląda się systemowi wartości osób chorych na schizofrenię na różnym etapie rozwoju choroby oraz opinii chorych na temat tegoż systemu.

Słowa kluczowe: schizofrenia schizofazja, poznanie, myślenie, struktura pojęcia, semantyka

SUMMARY

The article is the result of linguistic research conducted by the author on a group of people with mental disorders, especially schizophrenia. The research aimed to reach, analyse and describe how

people with schizophrenia think and speak about the divine. It further develops two previously published articles (Lipski, 2011; 2013). The experimental research was conducted using a proprietary tool, a questionnaire, according to which patients were interviewed. This study aims to present the perception of God in two groups of patients with schizophrenia, i.e. a group of patients with a first psychotic episode (PEP) and patients with chronic schizophrenia (PS). Patients in the second group, in contrast to those in PEP, presented a severe schizophrenic disorder.

The research problem assumed in the paper concerns the perception of a slice of reality from the patients' value system. The author of the text goes beyond strictly linguistic phenomena, which is the area of linguistics and speech therapy research, to problems related to the axiology and cognition of affected people. The researcher examines the value system of people with schizophrenia at different stages of the development of the illness and the patients' opinions about this system.

Key words: schizophrenia, schizophasia, cognition, thinking, concept structure, semantics

WPROWADZENIE

Jak osoba chora na schizofrenię odbiera rzeczywistość, której interpretacja jest stricte językowa? Jak sobie tę rzeczywistość konceptualizuje? Jak wiedza na temat Boga jest ustrukturyzowana w umyśle osoby chorej? W prezentowanym artykule postaram się zbliżyć do odpowiedzi na te pytania. Artykuł podejmuje problem zmian w postrzeganiu rzeczywistości w schizofrenii. Wiedza na temat Boga istnieje w języku, a poznanie Boga możliwe jest jedynie poprzez język.

Idea Boga funkcjonuje w wielu religiach i kulturach, nawet osoby niewierzące w Boga mają o nim jakieś wyobrażenie. Wynika to właśnie ze spuścizny kulturowej i religijnej naszego społeczeństwa. Badanie miało na celu poznanie wizji Boga osób ze schizofrenią.

Wywiady z pacjentami były przeprowadzane w miejscach ich ówczesnego pobytu. Z pacjentami z pierwszym epizodem psychotycznym (PEP) rozmawiałem na oddziale szpitala psychiatrycznego. Rozmowa z pacjentami z przewlekłą schizofrenią (PS) była prowadzona kolejno na oddziale psychiatrycznym szpitala oraz w Domu Pomocy Społecznej.

Pacjenci z pierwszym epizodem to ludzie młodzi, kobieta i mężczyzna, oboje są mieszkańcami małych miejscowości. Rozmowy z nimi zostały przeprowadzone na krótko przed opuszczeniem przez tychże pacjentów murów szpitala.

Najważniejsze informacje na temat badanych pacjentów przedstawiają tabele 1 i 2.

Tabela 1. Informacje o pacjentach z PEP, których wypowiedzi zostały poddane badaniom.

Lp.	Kod	Płeć	Wiek	Czas trwania choroby	Wykształcenie	Diagnoza
1	01	K	18	pierwszy epizod	zasadnicze zawodowe	schizofrenia paranoidalna
2	02	M	20	pierwszy epizod	średnie ogólne	schizofrenia paranoidalna

Źródło: opracowanie własne

Drugą grupą badanych byli pacjenci chroniczni, tj. przewlekle chorujący na schizofrenię paranoidalną. Są to dwaj mężczyźni, przebywający w zakładach zamkniętych.

Tabela 2. Informacje o pacjentach z PS, których wypowiedzi zostały poddane badaniom.

Lp.	Kod	Płeć	Wiek	Czas trwania choroby	Wykształcenie	Diagnoza
1	03	M	46	27 lat	zawodowe murarz- tynkarz	schizofrenia paranoidalna
2	04	M	46	22 lata	podstawowe	schizofrenia paranoidalna

Źródło: opracowanie własne

METODA BADANIA

Zgodnie z tym, co podają autorzy Logopedycznego Testu Przesiewowego dla dzieci w wieku szkolnym (Grabias, Kurkowski, Woźniak, 2007), paradygmat postaci, czyli zawarta w umyśle człowieka superstruktura wypowiedzi, w której mówca przedstawia postać, wymaga aktywności umysłowej, ukierunkowanej przynajmniej na pięć następujących kategorii semantycznych:

1. Umiejętność włączania konkretnej postaci do klasy zjawisk ogólniejszych, np. chłopiec – człowiek; tu krasnoludek – istota, postać, skrzat itp.
2. Umiejętność wyodrębniania cech fizycznych postaci: wzrost, wielkość, wygląd, ubranie, takie jak np.: niski-wysoki, duży-mały, sympatyczny-straszny, w zielonym stroju z czerwoną czapką itp.
3. Umiejętność wyodrębniania cech psychicznych postaci: wesoły, smutny, dobry itp.

4. Umiejętność wyodrębniania miejsca pobytu postaci: dom, las, ogród itp.
5. Umiejętność wyodrębniania pól aktywności postaci: praca, pomaganie itp.

Autorzy testu zakładają, że badana osoba każdą z kategorii wyodrębni samodzielnie. Dopuszczają jednak wymuszenie odpowiedzi przez postawienie pytań odpowiadających poszczególnym kategoriom semantycznym. Te pytania to:

1. Kim jest...?
2. Jak wygląda...?
3. Jaki jest...? – dobry, zły?
4. Gdzie żyje...?
5. Co robi...?

W przeprowadzonych z pacjentami rozmowach zależało mi na uzyskaniu informacji do każdej z powyższych kategorii. W sytuacji kiedy te treści nie występowały w swobodnej narracji, stosowałem pytania szczegółowe.

WYNIKI BADAŃ

W wypowiedziach pacjentów z PEP wyróżniłem w sumie pięć głównych kategorii semantycznych:

1. Bóg jako zjawisko transcendentne.
2. Sposób istnienia Boga.
3. Cechy wyglądu, psychika i właściwości Boga.
4. Stosunek Boga do ludzi.
5. Stosunek ludzi do Boga.

Tabela 3. Kategorie i podkategorie semantyczne wyróżnione u pacjenta z kodem 01 (PEP)

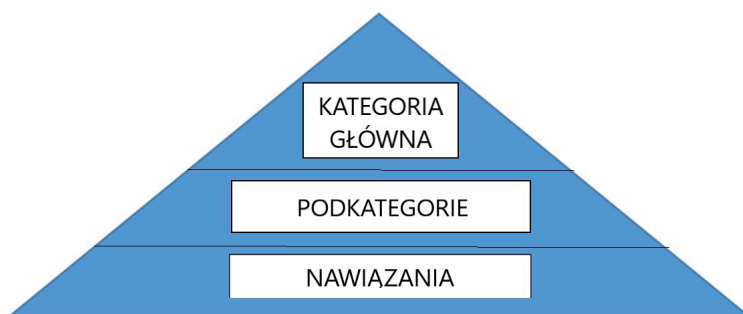
PACJENT KOD 01		BÓG		
Lp.	Kategoria główna	Podkategorie	Liczba nawiązań	Wynik w procentach
1	bóg jako zjawisko transcendentne	bóg jest kochany	1	2,70
		bóg to dobry czyn	1	2,70
		bóg jest bardzo dobry	1	2,70

Tabela 3. cd.

2	sposób istnienia boga	bóg jest w niebie	1	2,70
		bóg jest wszechobecny	1	2,70
3	cechy wyglądu, psychika, właściwości	bóg jest wszechwiedzący	1	2,70
		z bogiem można rozmawiać	1	2,70
		bóg ma wpływ na ludzkie życie	1	2,70
		wiara w boga daje satysfakcję i radość	1	2,70
4	stosunek boga do ludzi	bóg pomaga pacjentce/ludziom	2	5,41
		bóg stworzył człowieka/pacjentkę	1	2,70
		bóg kocha pacjentkę/ludzi	3	8,11
		bóg pomaga wierzącym	1	2,70
		bóg nikogo nie odrzuca	1	2,70
5	stosunek ludzi do boga	pacjentka/ludzie wierzą w boga	2	5,41
		ludzie nie wierzą w boga	1	2,70
		pacjentka/ludzie modlą się do boga	9	24,32
		pacjentka/człowiek chce zobaczyć boga	1	2,70
		pacjentka/ludzie myślą o bogu	2	5,41
		człowiek nie powinien bać się boga	1	2,70
		pacjentka/człowiek jest boskim stworzeniem	1	2,70
		pacjentka/człowiek ufa bogu	1	2,70
		bóg ma wpływ na życie	1	2,70
6	wypowiedzi kończące temat interakcji	1	2,70	
RAZEM			37	100

Źródło: opracowanie własne

W ramach powyższych kategorii wyróżniłem podkategorie, będące uściśleniem, dokładnym i węższym odniesieniem do kategorii głównej. Kategorie i podkategorie wynikały z treści wypowiedzi pacjentów, a każda wypowiedź stanowiła nawiązanie do danej podkategorii i kategorii. Przedstawiona w artykule analiza pojęcia Bóg ma budowę hierarchiczną. We wzorze piramidy u podstawy są nawiązania (N), wyżej podkategorie semantyczne (PS), a na najwyższym piętrze główne kategorie semantyczne (GKS). Oznacza to, że kategoria główna jest najbardziej ogólna, poniżej są bardziej szczegółowe podkategorie, do których odnoszą się bezpośrednio nawiązania. Nawiązanie może stanowić pojedyncze wypowiedzenie, ale możliwa jest sytuacja, że w jednym wypowiedzeniu może wystąpić więcej niż jedno nawiązanie. Także jedno nawiązanie może stanowić więcej niż jedno wypowiedzenie. Nie musi być tak, że jedno nawiązanie (choć tak zdarza się bardzo często) stanowi pojedynczą strukturę tematyczno-rematyczną. Hierarchiczną strukturę pojęcia zaprezentowałem na rysunku 1.



Rysunek 1. Hierarchiczność w strukturze pojęcia

Źródło: opracowanie własne

Tabela 4. Kategorie i podkategorie semantyczne wyróżnione u pacjenta z kodem 2 (PEP)

PACJENT KOD 02		BÓG		
Lp.	Kategoria główna	Podkategorie	Liczba nawiązań	Wynik w procentach
1	bóg jako zjawisko transcendentne	bóg jest najwyższą wartością	3	5,66
		bóg jest przewodnim duchem	1	1,89
		bóg jest duchem	1	1,89
		bóg nie ma ciała	1	1,89
		bóg wyznacza ludziom życiową drogę	1	1,89
		bóg to dobry, miłosierny ojciec	5	9,43
		bóg karze pacjentowi/ludziom coś robić	2	3,77
2	sposób istnienia boga	bóg ma królestwo	1	1,89
		bóg jest na świecie	1	1,89
		bóg jest ciągle obecny	3	5,66
3	cechy wyglądu, psychika, właściwości	boga można słuchać	2	3,77
		człowiek odczuwa boga	1	1,89
		bóg daje zbawienie	2	3,77
4	stosunek boga do ludzi	bóg chce dobrze dla człowieka	1	1,89
		bóg nagradza cierpienie	1	1,89
		bóg daje prawa/przykazania	2	3,77
		bóg pomaga pacjentowi/ludziom	2	3,77
		bóg daje pacjentowi/ludziom zadania	1	1,89
		bóg może ukarać pacjenta/człowieka	2	3,77
		bóg nie karze ludzi	1	1,89
		bóg robi coś dla pacjenta/ludzi	1	1,89
		bóg chroni ludzi	1	1,89
		bóg wpływa na życie ludzi	1	1,89

Tabela 4. cd.

5	stosunek ludzi do boga	pacjent/człowiek chce do boga	1	1,89
		wiarę w boga wyznacza religia	1	1,89
		pacjent/ludzie wierzą w boga	2	3,77
		pacjent/człowiek rozmawia z bogiem	1	1,89
		pacjent/człowiek prosi boga o coś	5	9,43
		wiara w boga daje radość	1	1,89
		pacjent/człowiek czuje boga sumieniem	1	1,89
		pacjent/człowiek musi bać się boga	4	7,55
RAZEM			53	100

Źródło: opracowanie własne

Bardziej rozbudowane i bogate w treści wypowiedzi otrzymałem od pacjenta z kodem 02. Pacjent 53 razy nawiązał do tematu Boga, zbudował tyleż wypowiedzi na ten temat. Natomiast u pacjentki z kodem 01 wyodrębniłem 37 nawiązań, co ma przełożenie na liczbę podkategorii. U pacjentki z kodem 01 wyróżniłem 23 podkategorie, podczas gdy u pacjenta z kodem 02 było 31 podkategorii.

Pacjentka z kodem 01 raz w trakcie rozmowy zerwała interakcję. Zjawisko urywania czy zrywania interakcji nie jest swoiste dla pacjentów dorosłych chorujących na schizofrenię. Na jego występowanie u dzieci z tą chorobą wskazywali T. Woźniak i M.M. Kaczyńska-Haładyń (2003).

Kategorie semantyczne wyeksplikowane z wypowiedzi pacjentów z pierwszym epizodem nie ukazują sposobu myślenia charakterystycznego dla schizofrenii paranoidalnej, a co za tym idzie – rozpadu możliwości językowych i komunikacyjnych (Grabias 2019). W tych dwu przypadkach trudno mówić o zaburzeniach treści wypowiedzi (Kaczmarek 1977; Grabias 1997). Wypowiedzi pacjentów są logiczne, ich myślenie właściwie ukierunkowane, a procesy uogólniania i abstrakcji przebiegają prawidłowo (Zeigarnik, Kaczmarek 1977; Lipski 2022).

Każda z poszczególnych kategorii jest racjonalnie dopuszczalna, żadna z nich nie reprezentuje spowodowanych chorobą objawów pozytywnych, które powinny dominować nad negatywnymi na tym etapie choroby (Andreasen, Olsen 1982; Crow 1980). Tylko w jednym przypadku pacjent z kodem 02 nawiązał do objawu odczuwania przymusu robienia czegoś, co można określić jako urojenia imperatywno-prześladowcze:

[bóg ci pomaga?] też, jeśli go proszę to trwa, to wtedy na pewno; [jak?] robi to o co go proszę na przykład [o co prosisz?] nie wiem, o to czego się boję i nie chciałbym tego robić na przykład, na przykład z tym klęceniem co nie, tego nie chciałbym robić i proszę go

pacjent odczuwał przymus klęczenia bez względu na sytuację. Dlatego jego prośba do Boga była całkiem świadoma i usprawiedliwiona, podyktowana świadomością występujących objawów choroby. Została umieszczona przeze mnie w kategorii:

4. Stosunek Boga do ludzi;

4.4. Bóg pomaga ludziom.

Sytuacja, w której człowiek prosi Boga w potrzebie jest sytuacją zwyczajną zdarza się wszystkim osobom wierzącym. W tym przypadku jest podobnie, tylko forma problemu podyktowana chorobą jest niezwykła.

Na podstawie podanych kategorii widać, że zarówno pacjent z kodem 01, jak i z kodem 02 wierzą w Boga.

U pacjenta z kodem 02 występuje więcej podkategorii (w sumie jest ich 31) niż u pacjenta z kodem 01 (23), wynika to z mniej rozbudowanych wypowiedzi tego ostatniego. Dodatkowo występuje u tego pacjenta jeden przypadek wypowiedzi kończącej temat interakcji, przy pytaniu: Jaki Bóg ma wpływ na życie? Wszystkich wypowiedzi na poszczególne kategorie u pacjenta z kodem 01 było 37, najwięcej wypowiedzi było w kategorii:

5. Stosunek ludzi do Boga;

5.3. pacjent/ludzie modlą się do Boga.

W sumie wypowiedzi na ten temat pojawiła się 9 razy, co stanowi 24,32% wszystkich wypowiedzi.

Pacjent z kodem 02 na wszystkie kategorie udzielił 53 odpowiedzi. Najwięcej – po pięć razy – pacjent nawiązywał do dwóch kategorii:

1. Bóg jako zjawisko transcendentne;

1.6. Bóg to dobry, miłosierny ojciec.

oraz

5. Stosunek ludzi do Boga;

5.5. pacjent/człowiek prosi Boga o coś.

Co stanowi po 18,87% całej wypowiedzi dla obu kategorii

W wypowiedziach pacjentów z PS podobnie jak u pacjentów z PEP wyróżniłem pięć głównych kategorii semantycznych:

1. Bóg jako zjawisko transcendentne.
2. Sposób istnienia Boga.
3. Cechy wyglądu, psychika i właściwości Boga.
4. Stosunek Boga do ludzi.
5. Stosunek ludzi do Boga.

Dodatkowo u chorych przewlekłe pojawiła się kategoria: „wypowiedzi nie-dorzeczne”, która nie wystąpiła u pacjentów z PEP.

Tabela 5. Kategorie i podkategorie semantyczne wyróżnione u pacjenta z kodem 03 (PS).

PACJENT KOD 03			BÓG	
Lp.	Kategoria główna	Podkategorie	Liczba nawiązań	Wynik w procentach
1	bóg zjawisko transcendentne	jest wszechświatem	1	2,94
		boskim dobrem jest życie pozaziemskie	1	2,94
		bóg jest w różnych miejscach	1	2,94
		bóg jest dobry i nie należy się go bać	1	2,94
2	sposób istnienia boga	jest wszędzie	2	5,88
		bóg jest panem wszechświata	1	2,94
		bóg jest w dyktafonie	2	5,88
3	cechy wyglądu, psychika, właściwości	bóg jest potężniejszy niż szatan	1	2,94
		jest niewidzialny	1	2,94
		widok boga zabija	1	2,94
		z bogiem można kontaktować się przez telewizję	1	2,94

Tabela 5. cd.

4	stosunek boga do ludzi	Słucha, co ludzie mówią	1	2,94
		lubi dobrych ludzi	1	2,94
		pomaga ludziom/pacjentowi	4	11,76
		daje ludziom jedzenie i pracę	1	2,94
5	stosunek ludzi do boga	w boga wierzą katolicy/pacjent-katolik	1	2,94
		z bogiem można rozmawiać myślami/pacjent rozmawia myślami	3	8,82
		o bogu można myśleć/pacjent myśli o bogu	1	2,94
		bogowi można dziękować/pacjent dziękuje bogu	1	2,94
		bóg jest dla ludzi dobry	1	2,94
6	wypowiedzi niedorzeczne		7	20,59
RAZEM			34	100

Tabela 6. Kategorie i podkategorie semantyczne wyróżnione u pacjenta z kodem 4 (PS)

PACJENT KOD 04			1. WARTOŚĆ – BÓG	
Lp.	Kategoria główna	Podkategorie	Liczba nawiązań	Wynik w procentach
1	bóg jako zjawisko transcendentne	bóg jest świętą osobą	1	1,67
		ludzie szukają boga w galaktyce	1	1,67
		bóg jest jak rodzina	1	1,67
2	sposób istnienia boga	bóg obcuje z człowiekiem żyjącym	2	3,33

Tabela 6. cd.

3	cechy wyglądu, psychika, właściwości	bóg przemawia do ludzi/pacjenta	1	1,67
		człowiek/pacjent może mieć boską siłę	1	1,67
		bóg wygląda jak na obrazach	1	1,67
		bóg jest ładny	1	1,67
		bóg to kobieta i mężczyzna	1	1,67
		Chrystus to dziecko	1	1,67
		bóg jest spokojny	1	1,67
		bóg jest natchniony	1	1,67
		bóg wszystko rozumie	1	1,67
4	stosunek boga do ludzi	bóg obdarza pacjenta/człowieka godnością, słaWi i opiekuje się	1	1,67
		wiara w boga utrzymuje przy życiu	1	1,67
		bóg jest opiekuńczy	2	3,33
		bóg ratuje pacjentowi/ludziom życie	1	1,67
		ma wpływ na pacjenta/ludzi	1	1,67
		bóg daje pacjentowi/człowiekowi zrozumienie	1	1,67
		bóg wyzwala ludzi	1	1,67
		bóg kocha ludzi	1	1,67
		bóg uzdrawia ludzi	1	1,67

Tabela 6. cd.

5	stosunek ludzi do boga	pacjent/ludzie wierzą w boga	2	3,33
		ludzie rozmawiają z bogiem (Chrystusem)	3	5
		ludzie nie chcieli przyjąć boga do „swego łona”	1	1,67
		pacjent/człowiek służy bogu	1	1,67
		pacjent/człowiek myśli o bogu	2	3,33
		pacjent/człowiek dziękuje bogu	1	1,67
		pacjent/ludzie przepraszają boga	1	1,67
		pacjent/człowiek polega na bogu	2	3,33
		nie należy bać się boga	1	1,67
		ludzie/pacjent modlą się do boga	4	6,67
		ludzie chodzą do kościoła	1	1,67
		ludzie mogą obcować z bogiem	2	3,33
		pacjent/człowiek kocha boga	2	3,33
		człowiek na bogu nie traci	1	1,67
pacjent używa mediów aby zbliżyć się do boga	2	3,33		
6	wypowiedzi niedorzeczne	10	16,67	
RAZEM		60	100	

W wypowiedziach pacjentów z kodem 03 i 04 widoczne są elementy zaburzeń psychicznych charakterystycznych dla schizofrenii. Ujawniają się tu wyraźne cechy Boga, które trudno zakwalifikować do naturalnych i powszechnych. U pacjenta z kodem 03 będą to:

2. Sposób istnienia Boga;

2.3. Bóg jest w dyktafonie – kiedy w trakcie rozmowy przeprowadzanej z pacjentem dyktafon leżał przed pacjentem w zasięgu jego wzroku, spowodowało to wystąpienie urojeń, że to dyktafon jest niejako „narzędziem w boskich rękach”: *bóg może głos skasować ale nie to przyjdzie czas i pora, jak skasuje to skasuje, jak nie skasuje to będzie wieczny diabeł*;

2.1. jest wszędzie - *bóg to i tutaj jest i słucha naszej mowy naszej rozmowy i wszędzie, tutaj można, słucha nas dwóch: pana i J. K.* – pacjent chorobliwie odczuwa ciągłą obecność Boga

W przypadku podkategorii **3.4. z Bogiem można kontaktować się przez telewizję** – *można obcować z bogiem przez telewizję* – jest to przykład częstych w schizofrenii paranoidalnej omamów i halucynacji, kiedy to pacjent nawiązuje kontakt z kimś, w tym przypadku z Bogiem, poprzez ekran telewizora. Pacjent nawiązuje do tych halucynacji, również wypowiadając się w innym miejscu: *to idzie i już w telewizji to nagrywane jest to [w jakiej?] w telewizji, w telewizorze, bo w telewizorze widać ludzi i oni widzą nas to jest ukryte i widzą nas jak oglądamy telewizję.*

Podkategoria **5.2. z Bogiem można rozmawiać myślami / pacjent rozmawia myślami** – może być potwierdzeniem występowania u pacjenta halucynacji słuchowych – objawu pozytywnego, najczęstszego rodzaju halucynacji w schizofrenii.

Wystąpiły u tego pacjenta także niedorzeczne sposoby charakteryzacji elementów rzeczywistości. Wypowiedzi te były zupełnie nieadekwatne w stosunku do zadanych pytań, często nie dotyczyły nawet tematu rozmowy.

U pacjenta z kodem 04 udało się wydzielić wiele kategorii, które nie wystąpiłyby u osoby zdrowej ani u chorych z pierwszym epizodem. Wynika to z głęboko posuniętego procesu dezintegracji myślenia i rozpadu osobowości w wyniku długotrwałej choroby. Widać to wyraźnie w podkategoriach:

3.2. pacjent może mieć boską siłę – *czuję boską siłę czasami i dobrze czuję się wtedy, i nie jest to tak że mówię iż dobrze jak dobrze tylko po prostu dobrze się czuję wtedy jak czuję boską siłę.*

Podobnie jak pacjent z kodem 03, ten pacjent porozumiewa się z Bogiem poprzez różne urządzenia, rozmawia z Bogiem w sensie dosłownym, na tej zasadzie, że Bóg go pyta, a pacjent odpowiada i na odwrót (wskazuje to na występowanie omamów słuchowych):

5.2. ludzie rozmawiają z Bogiem (Chrystusem) – *słyszę głos i odpowiadam, co on chce ode mnie to ja mu odpowiadam na to pytanie [...] radia troszkę słucham nie raz, tak lubię porozmawiać troszkę z bogiem konkretnie, żeby czcił moje godność, żeby mnie nie słał a po prostu żeby mnie opiekował się mną*

Występują u tego pacjenta urojenia, których nie było w żadnym z pozostałych analizowanych przypadków tj.:

5.3. ludzie nie chcieli przyjąć boga do „swego łona”

Podobnie jak u pacjenta z kodem 03, także u tego z kodem 04 występują wypowiedzi niedorzeczne.

W przedstawionych tabelach 3, 4, 5 i 6 zaprezentowano strukturę definicji kognitywnej Boga w konceptualizacji osób chorujących na schizofrenię. Struktura tych definicji znacznie różni się u pacjentów z PEP od tej u pacjentów z PS. Przede wszystkim należy zwrócić uwagę na swoiste podkategorie (np. „z bogiem można kontaktować się przez telewizję”; „bóg jest w dyktafonie”; „ludzie szukają boga w galaktyce”; „pacjent używa mediów, oby zbliżyć się do boga”) oraz występowanie wypowiedzi niedorzecznych.

Wypowiedź niedorzeczna nie odnosi się do rzeczy, przedmiotu wypowiedzi, to znaczy, że jest nie na temat. Bardzo często wypowiedzi te charakteryzują się zaburzeniami konotacji (Lipski 2018).

Odmienność w treści zbudowanych definicji, biorąc pod uwagę czas trwania choroby, wiąże się ze psychotycznym pojmowaniem rzeczywistości. Chorzy z przewlekłą schizofrenią stale doświadczają urojeń oraz omamów, co wyraźnie ilustrują ich schizofatyczne wypowiedzi.

W wypowiedziach niedorzecznych pacjentów z PS występują nawiązania do urojeń i omamów. Charakteryzuje je często wysoki poziom schizofatyczności.

Przykłady wypowiedzi niedorzecznych:

- „to idzie i już w telewizji to nagrywane jest to [w jakiej?] w telewizji, w telewizorze, bo w telewizorze widać ludzi i oni widzą nas to jest ukryte i widzą nas jak oglądamy telewizję”;
- „po prostu papieża pochowali, to w książce napisałem jak go pochowali, osiemdziesiąt sześć kartek książki napisałem, pięć piosenek i mi ukradli, książkę spaliłem do diabła wysłałem”;
- „mówię, że diabeł i śmierć powiedzieli przyjmij mnie panie do swojego łona”;
- „no może nie tak jak po prostu, przez tylko ułamek, że śmierć mi diabeł podaruje, rękę, on mi przyjął i okazało się, że jednak ten diabeł i ta śmierć to jest pełny retusz”;
- „bo to z tego co ludzie nieraz opowiadają sobie anegdotę, że ja diabeł, śmierć, kiedyś pytałem się Chrystusa anegdotę swoją wykladał, że przyniósł szampany nasze na sklep wiary, jest przede wszystkim diabeł i śmierć mają być i zawsze pomożemy”

WNIOSKI

Przedstawione w artykule badania konceptualizacji pojęć przez osoby chorujące na schizofrenię będą kontynuowane przez autora, a prezentowany artykuł stanowi wprowadzenie do omawianej problematyki. Zrozumienie sposobu my-

ślenia i segmentowania rzeczywistości przy pomocy języka ma wielki walor poznawczy. Deskrypcja i eksplikacja segmentacji świata przez osoby chorujące na schizofrenię może być w przyszłości jednym z elementów diagnozy i terapii logopedycznej dedykowanej tej grupie chorych. A. Sims (1995) pisał, że język jest oknem do umysłu. To właśnie w języku zakodowany jest nasz sposób widzenia świata. Poznając sposób porządkowania rzeczywistości przez osoby chore, poznajemy ich świat i je same dużo dokładniej niż tylko poprzez wskazywane w klasyfikacjach zespoły objawów.

BIBLIOGRAFIA

- Andreasen N.C., Olsen S., 1982, *Negative vs positive schizophrenia. Definition and validation*, „Archives of General Psychiatry”, nr 39(7), s. 789–794.
- Crow T.J., 1980, *Positive and Negative Schizophrenic Symptoms and the Role of Dopamine*, „The British Journal of Psychiatry”, vol. 137, Issue 4, pp. 383–386.
- Gabbard G.O., 2015, *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*, Kraków.
- Grabias S., 1997, *Mowa i jej zaburzenia*, „Audiofonologia”, t. 10, s. 9–36.
- Grabias S., Kurkowski Z.M., Woźniak, 2007, *Logopedyczny Test Przesiewowy dla Dzieci w Wieku Szkolnym*, Lublin.
- Kaczmarek L., 1975, *Korelacyjna klasyfikacja zaburzeń słownego i pisemnego porozumiewania się*, „Logopedia”, t. 12, s. 5–13.
- Lipski W., 2011, *Postrzegania diabła w schizofrenii paranoidalnej na przykładzie wypowiedzi pacjenta z pierwszym epizodem psychotycznym i pacjenta chorującego chronicznie*, [w:] *O utrudnieniach w porozumiewaniu się. Perspektywa języka i komunikacji*, red. M. Obrębska, Poznań, s. 47–71.
- Lipski W., 2013, *Ocena kategorii semantycznych w wypowiedziach pacjentów chorych na schizofrenię na przykładzie pojęcia „miłość”*, [w:] *Język. Człowiek. Społeczeństwo*, red. J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin, s. 521–549.
- Lipski W., 2018, *Zaburzenia konotacji w schizofrenii*, Lublin.
- Lipski W., 2022, *Disturbances in the form and content of utterances in dialogue and schizophrenic narrative. Therapeutic implications*, „Logopedia Silesiana”, vol. 11, nr 2, pp. 1–14.
- Sims A., 1995, *Introduction. The descriptive psychopathology of speech and language*, [w:] *Speech and Language Disorders in Psychiatry*, London, pp. 3–14.
- Woźniak T., Kaczyńska-Haladyj M.M., 2003, *Obraz zaburzeń mowy w schizofrenii dziecięcej*, „Logopedia”, t. 32, s. 87–104.
- Zeigarnik B.W., 1969, *Patologia myślenia*, Warszawa.