



You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice

Title: Ocena funkcji językowych i komunikacyjnych prawej półkuli mózgu u pacjenta ze schizofrenią : studium przypadku

Author: Anna Guzy

Citation style: Guzy Anna. (2018). Ocena funkcji językowych i komunikacyjnych prawej półkuli mózgu u pacjenta ze schizofrenią : studium przypadku. W: A. Guzy, D. Krzyżyk, M. Ochwat, M. Wójcik-Dudek (red.), "W krajobraz literacko-kulturowy i językowy wpisane... : księga jubileuszowa dedykowana Profesor Bernadecie Niesporek-Szamburskiej w czterdziestolecie pracy naukowej i dydaktycznej" (S. 455-466). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Na tych samych warunkach - Licencja ta pozwala na kopiowanie, zmienianie, rozprowadzanie, przedstawianie i wykonywanie utworu tak długo, jak tylko na utwory zależne będzie udzielana taka sama licencja.



UNIwersytet ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Ocena funkcji językowych i komunikacyjnych prawej półkuli mózgu u pacjenta ze schizofrenią Studium przypadku

Wprowadzenie

Emocje¹, rozumienie metafor², a zatem funkcje, za które odpowiada prawa półkula mózgu, to tematy bliskie Jubilatce, dlatego też mam nadzieję, że to krótkie studium ukazujące funkcjonowanie obszarów mózgu za nie odpowiedzialnych u pacjenta ze schizofrenią będzie dla Pani Profesor interesujące.

Do połowy XX wieku w neuropsychologii dominują prace nad rolą lewej półkuli mózgu. Wyjątkiem są publikacje Arthura Wigan, który stwierdził, że „każda półkula jest odrębną doskonałą całością zdolną do niezależnego myślenia i posiadającą niezależną wolę”³. Dopiero druga połowa XX wieku zaowocowała przyrostem prac i badań nad prawą

¹ Por. przykładowo: B. NIESPOREK-SZAMBURSKA: *Jak przeklinać... czyli o emocjach w literaturze dla dzieci*. W: *(Przed)szkolne spotkania z lekturą*. Red. B. NIESPOREK-SZAMBURSKA, M. WÓJCIK-DUDEK przy współpracy A. ZOK-SMOŁY. Katowice 2015, s. 439–449.

² Por. przykładowo: B. NIESPOREK-SZAMBURSKA: *O metaforze synestezyjnej w tekstach dzieci*. W: *„Z Teorii i Praktyki Dydaktycznej Języka Polskiego”*. T. 18. Red. H. SYNOWIEC. Katowice 2005, s. 119–126.

³ E. ŁOJEK: *Bateria Testów do Badania Funkcji Językowych i Komunikacyjnych Prawej Półkuli Mózgu*. Warszawa 2007, s. 9.

półkulą, która jest, zdaniem badaczy, odpowiedzialna za przetwarzanie bodźców przestrzennych, muzycznych oraz emocjonalnych. Ma również wpływ na procesy uwagowe. U chorych z uszkodzeniem zlokalizowanym w prawym płacie ciemieniowym często diagnozuje się apraksję konstrukcyjną⁴. Badania wskazują również na dominację prawej półkuli w zakresie pragmatyki⁵. Widoczna jest znaczna rola prawej półkuli w zdolnościach orientacji topograficznej. Uszkodzenia prawego płata skroniowego skutkują często trudnościami pacjentów w orientacji w najbliższym otoczeniu, mogą powodować agnozę środowiskową⁶.

Wspomniany wzrost zainteresowania rolą prawej półkuli przyniósł wiele badań nad jej znaczeniem w procesach językowych. Funkcje językowe prawej półkuli obejmować mogą: procesy leksykalno-semantyczne, przetwarzanie złożonego materiału językowego, jak również prozodycznych aspektów mowy. W tabeli 1. zaprezentowane zostały procesy językowe, w których kluczową rolę odgrywa prawa półkula mózgu.

Tabela 1

Procesy językowe prawej półkuli mózgu

Proces językowy	Charakterystyka
Procesy leksykalno-semantyczne	rozumienie niestereotypowych znaczeń słów i związków między słowami
	przetwarzanie znaczeń słów z określonej kategorii
Przetwarzanie złożonego materiału językowego	rozumienie i tworzenie dyskursu, wyciąganie wniosków, integracja informacji, korzystanie z kontekstu, rozumienie informacji wieloznacznych, metaforycznych oraz zabarwionych emocjonalnie
Prozodia/Aprozodia	prozodia emocjonalna (także elementy suprasegmentalne: melodia, akcent, rytm)
	kontrola prozodii wspólnie z lewą półkulą

Opracowanie własne na podstawie: M. PAĆHALSKA: *Neuropsychologia kliniczna...*

Niniejszy artykuł stanowi próbę ukazania poziomu funkcji językowych prawej półkuli mózgu (mierzonych za pomocą baterii RHLB-PL) u pacjenta z diagnozą schizofrenii.

Na samym początku dokonano krótkiej charakterystyki samego zaburzenia z uwzględnieniem specyfiki procesów językowych mu towa-

⁴ Zob. M. PAĆHALSKA: *Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu*. Lublin 2007.

⁵ Zob. ibidem, s. 122.

⁶ Zob. E. ŁOJEK: *Bateria Testów do Badania...*, s. 11.

rzyszających. Kolejno opisano studium przypadku pacjenta ze schizofrenią paranoidalną (obecnie bez objawów wytwórczych), które pozwala na bliższe przeanalizowanie umiejętności rozumienia przez niego humoru, metafor, jak również prozodycznych i emocjonalnych aspektów mowy.

Zaburzenia językowe w schizofrenii

Pojęcie *schizofrenia* wprowadził na początku XX wieku Eugen Bleuler. Nazwa nawiązywała do greckiego *schizo* (*rozszczepiam, rozłupuje, rozdzielam*) oraz *fren* (*przepona, serce, umysł, wola*)⁷, zatem schizofrenia to pewnego rodzaju rozszczenie umysłu⁸. Za początkowe jej objawy osiowe uznano autyzm oraz rozszczenie funkcji psychicznych. Współcześnie również wśród kryteriów diagnostycznych wyróżnić można dwie grupy: związane z objawami pozytywnymi (objawy wytworzone i produkty tych przeżyć, czyli halucynacje, urojenia, formalne zaburzenia procesów myślenia i mowy, zaburzenia zachowania i psychomotoryki) oraz z objawami negatywnymi (osłabienie i obniżenie sprawności, deficyty)⁹. Zgodnie z klasyfikacją ICD-10 schizofrenia znajduje się w grupie oznaczonej kodem F20¹⁰. Wśród ogólnych kryteriów diagnostycznych wyróżnia się:

1. Występowanie przynajmniej jednego z objawów:
 - echo myśli, nasyłanie i zabieranie myśli;
 - urojenia oddziaływania, wpływu, owładnięcia, wyraźnie odnoszące się do ruchów ciała lub kończyn (albo do określonych myśli, działań czy odczuć, spostrzeżenia urojeniowe);
 - głosy omamowe komentujące na bieżąco zachowanie pacjenta lub dyskutujące o nim między sobą bądź innego typu głosy omamowe pochodzące z jakiejś części ciała;
 - utrwalone urojenia innego rodzaju, których treść jest niedostosowana kulturowo i niemożliwa do zaistnienia.

⁷ Zob. A. KĘPIŃSKI: *Schizofrenia*. Kraków 2003.

⁸ Zob. A. BILIKIEWICZ: *Psychozy schizofreniczne*. W: *Psychiatria*. Red. A. BILIKIEWICZ. Warszawa 2001.

⁹ Zob. H. SĘK: *Psychologia schizofrenii*. W: *Psychologia kliniczna*. Red. H. SĘK, L. CIERPIAŁKOWSKA. Warszawa 2016, s. 323.

¹⁰ Zob. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Warszawa 1998.

2. Stwierdzenie co najmniej dwóch spośród następujących przejawów:
- utrwalone omamy z zakresu jakiegokolwiek zmysłu, jeżeli występują każdego dnia w ciągu co najmniej miesiąca i towarzyszą im urojenia bez wyraźnej treści afektywnej lub utrwalone myśli nadwartościowe;
 - neologizmy, przerwy bądź wstawki w toku myślenia, prowadzące do rozkojarzenia lub niedostosowania wypowiedzi;
 - zachowania katatoniczne, tj. pobudzenie, zastyganie lub giętkość woskowa, „negatywizm”, mutyzm, osłupienie;
 - objawy negatywne, czyli apatia, zubożenie wypowiedzi oraz spłycczenie lub niespójność reakcji emocjonalnych¹¹.

Badacze zgodnie przyznają, że początek choroby przypada na wczesną dorosłość¹².

W praktyce klinicznej jednym z podstawowych kryteriów rozpoznawania schizofrenii są formalne zaburzenia myślenia oraz zaburzenia językowe. Dlatego też pomiar i refleksja nad patologią języka w przebiegu schizofrenii stają się zadaniem niezwykle ważnym. Uznaje się, że zaburzenia językowe mogą stanowić cenną wskazówkę w zdiagnozowaniu choroby u danej jednostki – stanowią syndrom schizofrenii¹³.

W zakresie zaburzeń językowych w schizofrenii wyróżnia się dwa rodzaje objawów. Pozytywne, wśród których zaobserwować można rozkojarzenie, roztargnienie, dziwaczność, zbaczanie z tematu czy drobiazgowość. Wśród objawów negatywnych wyróżnia się natomiast alogię – ubóstwo mowy i treści wypowiedzi¹⁴. Uznaje się, że deficyty językowe osób przewlekle chorujących na schizofrenię związane są z zaburzeniami pamięci krótkotrwałej i operacyjnej, jak również z pogorszeniem się ich procesów myślowych oraz fluencji słownej. Warto zaznaczyć, że większe trudności językowe występują u pacjentów, którzy mają za sobą więcej epizodów, częstsze hospitalizacje i dłużej chorują. Dla tego typu osób charakterystyczne są trudności w budowaniu złożonych wypowiedzi (szczególnie uwzględniających językowy kontekst) oraz echolalia¹⁵.

¹¹ Zob. ibidem.

¹² Zob. H. SĘK: *Psychologia schizofrenii...*

¹³ Zob. A. CZEŚNIKIEWICZ: *Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii*. Warszawa 2004; A. CZERNIKIEWICZ: *Zaburzenia językowe jako syndrom schizofrenii*. „Neuropsychiatria i Neuropsychologia” 2008, vol. 3, s. 141–146.

¹⁴ Zob. J. WASZKIEWICZ, J. WCIÓRKA, M. ANCZEWSKA, A. CHROSTEK, P. ŚWITAJ: *Zaburzenia językowe a inne wybrane funkcje poznawcze u osób chorujących na zaburzenia schizofreniczne*. „Psychiatria Polska” 2012, t. 46, nr 4, s. 553–570.

¹⁵ Zob. A. CZEŚNIKIEWICZ: *Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii*. Lublin 1998.

Dobrze opisane są lingwistyczne aspekty wypowiedzi pacjentów¹⁶ czy styl mówienia typowy dla schizofrenii¹⁷. Monika Obrębska pojęcie *style mówienia* wyprowadza na podstawie Idy Kurcz modelu wiedzy językowej, jak sama pisze, „łącząc je [mówienie – A.G.] z kompetencją językową i reprezentatywną funkcją języka, która pozwala na przedstawianie w mowie, czyli reprezentację świata zewnętrznego oraz świata wewnętrznych przeżyć i procesów psychicznych jednostki”¹⁸. M. Obrębska badała wiele aspektów mowy osób chorujących na schizofrenię, między innymi: mechanizmy tworzenia pojęć i przetwarzania informacji, poziom ich spójności i złożoności.

Powstało kilka opracowań analizujących dyskurs w schizofrenii¹⁹.

Istotne dla omawiania funkcjonowania językowego pacjentów z diagnozą schizofrenii jest pojęcie *schizofazja*, czyli rozszczepienie mowy. W mowie chorujących na schizofrenię brakuje logicznego związku między fragmentami wypowiedzi, mogą pojawiać się pozbawione sensu dźwięki, głoski, słowa czy zdania.

Nancy Andreasen wyróżnia czynniki i fenomeny schizofatyczne, w tym:

- Czynniki „niespójność” obejmujący: zbaczanie wypowiedzi, nielogiczność, ubóstwo treści, uskokowość, utratę celu oraz przybliżenia słowne.
- Czynniki „rozkojarzenie”, do którego zalicza: rozkojarzenie, neologizmy oraz dźwięczenie.
- Czynniki „fenomeny dodatkowe” obejmujący: natłok mowy, odnośnienie do siebie, drobiazgowość, perseweraacje, roztargnienia i mowę sztuczną.
- Czynniki „zubożenie wypowiedzi”, w którego skład wchodzi: ubóstwo mowy, blokowanie oraz echolalia²⁰.

¹⁶ Więcej na ten temat: A. CZEŚNIKIEWICZ: *Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii*. Warszawa 2004.

¹⁷ Zob. M. OBRĘBSKA: *Styl mówienia w schizofrenii*. Poznań 2013.

¹⁸ Ibidem, s. 10.

¹⁹ Dyskurs (za Idą Kurcz) można rozumieć jako: przynajmniej dwie wypowiedzi mające początek i koniec. Towarzyszą mu składniki niewerbalne, tj. mimika, gesty, symptomy emocji (śmiech, prozodia itp.). Por. I. KURCZ: *Psychologia języka i komunikacji*. Warszawa 2000. Więcej na ten temat: R. TOMASZUK-WIECZOREK, D. LARYSZ: *Zaburzenia dyskursu w schizofrenii*. cejsh.icm.edu.pl/.../08_TomaszUK-Wieczorek_Larysz_60-72_.pdf [data dostępu: 6.01.2017].

²⁰ Za: A. CZERNIKIEWICZ: *Schizofazja – w kierunku językowego modelu schizofrenii*. „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 1998, nr 7, s. 138.

Szczegółowej analizie mowy osób ze schizofrenią podjął się Andrzej Czernikiewicz, a później Tomasz Woźniak²¹, ponadto Stanisław Grabias opisuje dysfunkcje pamięci operacyjnej, strategii myślenia i rozumienia, nazywania i fluencji słownej, pamięci słuchowej długotrwałej, które łączą się w patologię językową w schizofrenii²².

Do oceny języka, myślenia i komunikacji stosuje się skalę TLC opracowaną przez Nancy Adreassen, przełożoną przez A. Czernikiewicza na język polski²³. Obejmuje ona ocenę takich fenomenów, jak: echolalia, odnoszenie do siebie, sztuczność mowy, ubóstwo mowy, treści, natłok mowy, nielogiczność, persewacje²⁴. Z badań wynika, że u chorych najczęściej obserwuje się ubóstwo treści, zaburzenia wypowiedzi oraz mowę sztuczną²⁵.

Nieco mniej uwagi poświęca się w literaturze przedmiotu pozalingwistycznym aspektom wypowiedzi. Stanowią one jednak cenne źródło informacji, dzięki którym możemy zmodyfikować leczenie pacjentów lub jeszcze precyzyjniej oszacować poziom ich poznawczego funkcjonowania oraz dokonywać diagnozy różnicowej.

Tabela 2

Zaburzenia językowe u osób z pierwszym epizodem psychozy i przewlekle chorujących²⁶

Wybrane dysfunkcje językowe i komunikacyjne	Pierwszy epizod psychotyczny	Stan przewlekły
Ubóstwo mowy	występuje	wzrasta
Ubóstwo treści	występuje	wzrasta
Echolalia	występuje	wzrasta
Blokowanie/otamowanie	występuje	występuje
Trudności w zakresie prozodycznych aspektów wypowiedzi	występują	stopniowo narastają
Problemy z rozumieniem metafor	występują	stopniowo narastają
Zaburzenia w zakresie dyskursu	występują	utrzymują się

²¹ Zob. T. WOŹNIAK: *Zaburzenia języka w schizofrenii*. Lublin 2000.

²² Zob. S. GRABIAS: *Zaburzenia mowy*. Lublin 2001, s. 367.

²³ Zob. T. WOŹNIAK: *Standard postępowania logopedycznego w schizofazji*. „Logopedia” 2008, t. 37, s. 314–315.

²⁴ Zob. *ibidem*.

²⁵ Zob. *ibidem*, s. 315.

²⁶ Za: N. ŻURNER-SZYMAŃSKA, A. PAWEŁCZYK, J. RABE-JABŁOŃSKA: *Trudności językowe i komunikacyjne w zaburzeniach psychotycznych i zaburzeniach nastroju – przegląd badań*. „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2013, nr 13 (3), s. 194

Informacje dotyczące funkcjonowania mowy i języka, w tym uwzględnienie funkcji językowych prawej półkuli, pozwalają również różnicować osoby z pierwszym epizodem oraz chorujące przewlekłe (por. tabelę 2).

Test RHLB-PL – opis narzędzia

Do oceny funkcjonowania językowego prawej półkuli mózgu w diagnozie opisywanego pacjenta posłużył test psychologiczny RHLB-PL. Jego polska wersja oparta została na The Right Hemisphere Language Battery autorstwa Karen Bryan. Składa się z jedenastu podtestów (Test Wnioskowania, Test Leksykalno-Semantyczny, Test Humoru, Test Komentarzy, Test Metafor Rysunkowych, Test Metafor Pisanych, Test Wyjaśnień Metafor Rysunkowych, Test Wyjaśnień Metafor Pisanych, Test Prozodii Emocjonalnej, Test Prozodii Językowej, Analiza Dyskursu). Na potrzeby kliniczne prowadzono standaryzację narzędzia od 1995 do 2005 roku, przebadano sześćset sześćdziesiąt osób (w tym dwustu pięćdziesięciu sześciu pacjentów z dysfunkcjami prawostronnymi OUN). Właściwości psychometryczne testu są zadowalające. Rzetelność całej baterii jest wysoka jedynie w wypadku chorych z uszkodzeniami prawej półkuli (0,871), natomiast najwyższą rzetelność mają Test Humoru oraz Test Komentarzy.

Autorzy polskiej wersji narzędzia proponują jego stosowanie do:

- diagnozy różnicowej osób z uszkodzeniami prawo- i lewostronnymi,
- diagnozy zaburzeń o odmiennych etiologiach i lokalizacjach,
- diagnozy otępienia lekkiego lub średniego stopnia,
- diagnozy pozytywnej i negatywnej,
- badań zaburzeń myślenia metaforycznego czy przetwarzania informacji u osób z chorobami psychiatrycznymi (schizofrenia, ADHD, PTSD²⁷).

Bateria RHLB-PL nie była dotąd stosowana do badań pacjentów psychiatrycznych, lecz wydaje się, „iż właściwie użytkowana przez specjalistę [...] mogłaby stanowić wartościowe narzędzie diagnostyczne także w odniesieniu do tej populacji chorych”²⁸.

²⁷ ADHD – z ang. *attention deficit hyperactivity disorder* (zespół nadpobudliwości z deficytem uwagi), PTSD – z ang. *posttraumatic stress disorder*, zaburzenie będące formą reakcji na skrajnie stresujące wydarzenie.

²⁸ E. ŁOJEK: *Bateria Testów do Badania...*, s. 157.

Od wydania podręcznika do opisywanego testu minęło prawie dziesięć lat i badacze podjęli już próby stosowania RHLB-PL u pacjentów psychiatrycznych. Widzą bowiem możliwość zastosowania narzędzia do oceny funkcjonowania emocjonalnego i społecznego w diagnostyce pacjentów ze schizofrenią²⁹.

Studium przypadku

Badanym jest mężczyzna w wieku dwudziestu ośmiu lat z diagnozą schizofrenii paranoidalnej. Jest kawalerem, ma średnie wykształcenie. Pierwszy epizod choroby wystąpił u niego w wieku dwudziestu dwu lat. Podczas badania był zorientowany odnośnie do miejsca, czasu oraz własnej osoby, nie wypowiadał spontanicznie treści o charakterze urojeniowym. Nie sprawiał wrażenia halucynującego. Był w logicznym kontakcie, adekwatnie reagował na polecenia testowe. Badanie trwało łącznie sześćdziesiąt minut (z kilkuminutową przerwą na prośbę pacjenta), odbywało się w gabinecie psychologa. U badanego nie dokonano oceny analizy dyskursu. Był on zmęczony postępowaniem diagnostycznym i chciał je jak najszybciej skończyć. Podczas testowania mężczyzna nie zadawał dodatkowych pytań, nie ujawniał emocji, a jego barwa głosu była monotonna. Kontakt wzrokowy miał charakter „tępego spojrzenia”, nieobecności emocjonalnej drugiej osoby. Diagnozowany uważnie słuchał poleceń do poszczególnych podtestów i był zmotywowany do wykonywania testu.

Celem postępowania było określenie dysfunkcji językowych prawej półkuli – dysfunkcji mierzonej za pomocą baterii testów RHLB-PL. Szczegółowe wyniki w poszczególnych skalach testu prezentowane są w tabeli 3. oraz na wykresie 1.

Badany uzyskał najwyższe wyniki (10. sten) w zakresie testów: wnioskowania, leksykalno-semantycznego oraz metafor pisanych. Potrafi zatem wyciągać właściwe wnioski na podstawie przeczytanych treści, rozumie usłyszane słowa, jak również znane metafory.

²⁹ Zob. M. TALAROWSKA, A. FLORKOWSKI, A. ORZECZOWSKA, K. ZBORALSKI, J. LECHAŃSKA, P. GAŁECKI: *Zastosowanie baterii RHLB do oceny funkcji językowych i komunikacyjnych pacjentów psychiatrycznych – opis przypadku*. „Psychiatria Polska” 2012, t. 46, nr 6, s. 1089–1098.

Tabela 3

Wyniki skal podstawowych baterii RHLB-PL u badanego

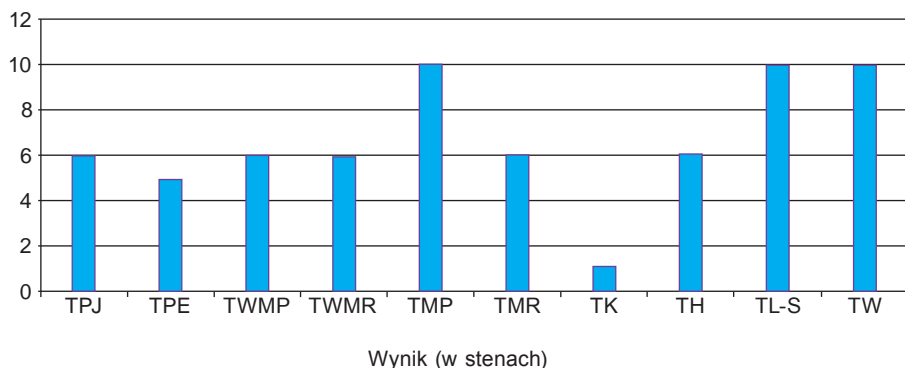
Nazwa i opis testu	Wynik surowy	Sten*
Test Wnioskowania (TW) – rozumienie przytoczonych fragmenców oraz wyciągnięcie logicznych wniosków opartych na informacjach ukrytych w tekście, skonfrontowane z wiedzą ogólną**	17	10.
Test Leksykalno-Semantyczny (TL-S) – rozumienie usłyszanych słów oraz wskazanie graficznych desygnatów tych słów. W wykonywanym teście oprócz wiedzy leksykalno-semantycznej na temat słów biorą udział słuch fonematyczny oraz analiza wzrokowo-przestrzenna	13	10.
Test Humor (TH) – rozumienie złożonego materiału językowego oraz umiejętność wychwycenia humoru ukrytego w tekście i naturalne zachowanie się w danym kontekście sytuacyjnym***	8	6.
Test Komentarzy (TK) – ocena spontanicznego czynienia komentarzy i uwag	10	1.
Test Metafor Rysunkowych (TMR) – rozumienie ogólnie znanych metafor oraz informacji opartych na analizie wzrokowo-przestrzennej	7	6.
Test Metafor Pisanych (TMP) – rozumienie ogólnie znanych metafor oraz myślenie abstrakcyjne oparte na przetwarzaniu złożonego materiału językowego	10	10.
Test Wyjaśnień Metafor Rysunkowych (TWMR) – rozumienie metafor oraz słowne wyrażanie ich znaczenia zgodnie z własną wiedzą	9	6.
Test Wyjaśnień Metafor Pisanych (TWMP) – rozumienie metafor oraz słowne wyrażanie ich znaczenia	8	6.
Test Prozodii Emocjonalnej (TPE) – badanie zdolności rozumienia intonacji emocjonalnej (radość, smutek, złość) zdań bezsensownie wypowiedzianych	11	5.
Test Prozodii Językowej (TPJ) – badanie zdolności rozumienia trybu (pytanie, twierdzenie, rozkaz) zdań bezsensownie wypowiedzianych	11	6.
Analiza Dyskursu (AD) – badanie zdolności interakcji z innymi oraz zdolność prowadzenia konwersacji	–	–

* W 10-punktowej skali stenowej wyniki: 1-2 = bardzo niskie, 3-4 = niskie, 5-6 = średnie, 7-8 = wysokie, 9-10 = bardzo wysokie.

** Pacjent udziela odpowiedzi na podstawie wcześniej przeczytanego fragmentu tekstu. Podczas zadania nie ma limitu czasowego.

*** Badany ma wybrać właściwe zakończenie dowcipu. Ma trzy opcje do wyboru: jedna nie jest związana z treścią dowcipu, druga jest związana, ale nie jest śmieszna, trzecia jest poprawna. Podczas zadania nie ma limitu czasowego.

Krajobraz językowy



Wykres 1. Wyniki stenowe skal baterii RHLB-PL u badanego

Najniższe wyniki uzyskał w teście komentarzy (1. sten), co potwierdza, że pacjent nie odczuwa potrzeby spontanicznych wypowiedzi, a także niższe wyniki w zakresie prozodii emocjonalnej, co potwierdza, że ma on osłabioną zdolność rozumienia intonacji emocjonalnej. Nie potrafi także na podstawie wypowiedzi uznać, czy osoba mówiąca wyrażała radość, złość czy smutek. Największe trudności sprawiało osobie badanej poprawne zidentyfikowanie radości, najmniej trudności przysparzał mu natomiast smutek. Najwięcej błędnych odpowiedzi związanych było z myleniem złości z radością, a zatem dwóch skrajnych emocji. W tabeli 4. zaprezentowano wyniki czynnikowe testu RHLB-PL.

Tabela 4

Wyniki czynnikowe baterii RHLB-PL u badanego

Nazwa czynnika	Wynik punktowy	Sten*
Językowy. Przetwarzanie informacji językowych	22	7.
Percepcyjno-logiczny. Przetwarzanie informacji wzrokowo-przestrzennych	16	7.
Poznawczy. Przetwarzanie informacji językowych w kontekście wiedzy o świecie.	22	7.
Samokontrola zachowania	1	1.

* W 10-punktowej skali stenowej wyniki: 1-2 = bardzo niskie, 3-4 = niskie, 5-6 = średnie, 7-8 = wysokie, 9-10 = bardzo wysokie.

Wyniki czynnikowe potwierdzają, że badany na wysokim poziomie funkcjonuje w zakresie przetwarzania informacji językowych oraz wzrokowo-przestrzennych. Tylko w nieznacznym stopniu osłabiony jest u niego czynnik poznawczy. Bardzo niski wynik uzyskał natomiast

w zakresie samokontroli zachowania. Oznacza to, że nie umie on zachować spontaniczności w rozmowie i reaguje w niej nieadekwatnie.

Omówienie i wnioski

Test RHLB-PL pozwolił na dogłębną analizę wielu funkcji językowo-komunikacyjnych pacjenta. Diagnozowany ma prawidłową zdolność rozumienia czytanych oraz usłyszanych fragmentów tekstu, umiejętność rozumienia materiału wzrokowo-przestrzennego czy rozumienia i przetwarzania złożonego materiału językowego. Niskie wyniki uzyskał w zakresie umiejętności uchwycenia humoru ukrytego w tekście. Żaden z prezentowanych w teście dowcipów nie wywołał w nim reakcji śmiechu, a nawet uśmiechu.

W specyficzny sposób rozumiał również niektóre metafory. Mimo ogólnego wysokiego wyniku w podtestach sprawdzających tę umiejętność często podawał dosłowne znaczenie metafory, na przykład *mieć czyste ręce – dbać o higienę*, czy *mieć buzię jak malina – mieć buzię jak owoc*. Ciekawym doświadczeniem podczas badania testem RHLB-PL w zakresie znajomości metafor rysunkowych³⁰ jest to, że bardzo często osoba badana chce wybrać odpowiedź dosłowną (co więcej, często ją wskazuje, ale w ostatniej chwili wycofuje się i podaje inną odpowiedź). Test RHLB-PL zawiera znane i popularne metafory, a nawet tych pacjenci ze schizofrenią nie identyfikują poprawnie (czynią to najczęściej w sposób dosłowny).

Badany często miał kłopoty z interpretacją intonacji emocjonalnej³¹ oraz trybu wypowiedzi³². Szczególnie te dwie ostatnie trudności mogą sprawiać, że ma on kłopoty ze zrozumieniem intencji rozmówcy czy odczytaniem jego emocji.

³⁰ Pacjent wybiera obrazek z ilustracją właściwej metafory. Ma do wyboru kilka możliwości: odpowiedź dosłowną, metaforyczną, fragmentaryczną lub błędną. (Autorka z uwagi na prawa autorskie narzędzia nie może podać przykładów metafor z narzędzia testowego).

³¹ Badanemu odtwarzane są wypowiedzi osoby, która wyraża: złość, radość i gniew. Wypowiada ona zdania złożone z „syłab bez sensu”.

³² Badanemu odtwarzane jest nagranie materiału językowego – zdań złożonych z sylab „bez sensu”, typu *Kalusuli pichemke*, czytanych jako zdania twierdzące, pytania oraz rozkaz.

W zaburzeniach psychotycznych występują trudności z prozodycznymi aspektami mowy. Pacjenci mają problemy z intonacją głosu, integrowaniem poszczególnych informacji, z rozumieniem żartu czy sarkazmu. Uznaje się, że odpowiadają za to obszary prawej półkuli mózgu, zwłaszcza obszar wokół bruzdy Sylwiusza. Dodatkowo uszkodzenia w obszarze Broki utrudniają pacjentom identyfikację sygnałów płynących z otoczenia³³. Ponadto „u chorych na schizofrenię stwierdzono zmiany w obszarze pierwotnej kory słuchowej o charakterze strukturalnym i funkcjonalnym, które mogą powodować dysfunkcję w zakresie prozodycznych aspektów wypowiedzi”³⁴.

W przypadku chorych na schizofrenię elementy pozajęzykowe nie są spójne z elementami językowymi, co sprawia, że komunikacja tych ludzi z otoczeniem jest zaburzona. Dzięki omówieniu wyników badań testowych (czyli na przykład prezentowanego testu RHLB-PL) możemy uzmysłowić osobie badanej, jakie trudności w zakresie funkcji językowych prawej półkuli przejawia, a następnie wyjaśnić, z jakimi elementami komunikacji może mieć trudności. Pozwoli jej to na lepsze zrozumienie swojej choroby, a tym samym siebie oraz innych. Test pozwala również omówić mocne strony osoby. Badany świetnie wypadł w teście (uzyskując maksymalny wynik) wnioskowania, leksykalno-semantycznym oraz metafor pisanych.

Analiza funkcji językowych prawej półkuli może być cenną wskazówką diagnostyczną podczas różnicowania zaburzeń afektywnych (na przykład depresji psychotycznej) oraz psychotycznych.

Pacjent, którego studium przypadku zostało zaprezentowane, podczas rozmowy, na której omówiono z nim wyniki testu, przyznał, że dzięki przekazanej informacji łatwiej mu będzie zrozumieć niektóre sytuacje komunikacyjne. Jak sam podkreślał, miał on trudności w zakresie spontanicznego wyrażania emocji, nie rozumiał też emocji innych osób. Oczywiście, jego wiedza na ten temat nie sprawi, że problem ów zniknie. Może się jednak przyczynić do oswojenia się z objawami choroby, jak również pomóc precyzyjnie informować otoczenie o trudnościach komunikacyjnych i ich przyczynach.

³³ Zob. N. ŻURNER-SZYMAŃSKA, A. PAWEŁCZYK, J. RABE-JABŁOŃSKA: *Trudności językowe i komunikacyjne...*, s. 193.

³⁴ Ibidem.