

## Skarga pacjentki w psychozie z kręgu schizofrenicznego: opis przypadku

*Complaints of a patient suffering  
from a schizophrenia spectrum psychosis: a case study*

JÓZEFA STAROSTA-CISEK

Z Wojewódzkiego Ośrodka Leczenia Nerwic  
Krakowskiego Szpitala Neuropsychiatrycznego w Krakowie

**STRESZCZENIE.** *Analizując przypadek pacjentki z zespołem paranoidalnym autorka rozpatruje zjawisko skargi rozumianej jako całość, która w indywidualny sposób komunikuje temat odczuwanego cierpienia. Zwraca uwagę na treść i funkcję skargi ze szczególnym uwzględnieniem fenomenu zamiany ról – skarżącej się w oskarżycielkę. Traktując całość ekspresji pacjentki jako komunikat, za pomocą którego pacjentka porozumiewa się z otoczeniem, autorka zwraca uwagę na interakcyjny charakter objawów i docieka psychodynamicznego mechanizmu ich powstawania.*

**SUMMARY.** *In a case study of a female patient with paranoid syndrome the complaint phenomenon defined as everything that the patient in her individual way communicates about her experienced suffering was analyzed in terms of both the complaint content and function. Particular emphasis was laid on the phenomenon of role shifting – from the complaining party to the accuser. Considering the patient's global expression as a message serving to communicate with the environment, the author draws attention to the interactive nature of symptoms, and strives to determine the psychodynamic mechanism of their onset.*

---

**Słowa kluczowe:** skarga pacjentki / opis przypadku

**Key words:** patient complaints / case study

---

Ze skargą spotykamy się często w naszym codziennym życiu. Ma ona różne wymiary i różny charakter. To w skardze skarżący się jest jednocześnie wyrazicielem skargi i oskarżycielem. Echem cierpienia i chęcią odwetu. Bólem i zemstą.

Skarżymy się na różne sposoby: mówiąc i nie mówiąc, chorując lub też pokazując się jako nieugięci w zmaganiu się ze wszystkim i za wszystkich. Wykorzystujemy do tego nie tylko to, czym sami dysponujemy, ale także posługujemy się innymi ludźmi do wyrażania naszych skarg. Wszystko właściwie może zyskać status przedstawicielstwa indywidualnej skargi, a sama skarga jest nierozwalnie związana z życiem człowieka, przyjmuje formę apelu, komunikatu, oskar-

żenia i wyroku. Toteż charakter skargi jest interakcyjny, wypowiedana jest w określonym celu i stoją za nią konkretne potrzeby. Skarżący domaga się usłyszenia i reakcji ze strony adresata skargi. Apeluje o współczucie i zadośćuczynienie krzywdzie.

Skarga jest obecna w relacji pacjent – osoba lecząca. Pacjent skarżąc się na odczuwane dolegliwości, komunikuje nam istotę swojego cierpienia. W takim ujęciu skarga staje się stałym elementem relacji terapeutycznej, zaś objawy jawią się jako prawdziwy język pacjenta, który nie bierze się sam z siebie, ale jest wynikiem interakcji i niesie z sobą wiadomość.

Urojenia i halucynacje u pacjentki z zespołem paranoidalnym, którą przedstawiam

poniżej, funkcjonują jako nośnik skargi, jej ekspresja i apel mający pobudzić innych do działania. Treść skargi pacjentki, jej cel oraz fenomen zamiany ról skarżącego się w oskarżyciela rozpatruję odwołując się do koncepcji Kressa [12].

Akcentując nierozzerwalny związek skargi z egzystencją człowieka, Kress spozstrzegał ją jako bodziec, wyraz nienawiści do siebie, a zarazem ekspresję żalu, pretensji i złości do drugiego człowieka za porzucenie. Spojrzenie na skargę pacjentki w kontekście komunikacyjnym zaproponowanym przez Kressa dało mi wiele cennych wskazówek do analizy psychodynamicznego mechanizmu powstawania objawów u pacjentki. Ponadto umożliwiło skupienie się na treści, jaką niesie objaw z równoczesnym zdystansowaniem się wobec formy przekazu, która częstokroć poprzez swoją inność wzbudzała mój niepokój i bezradność.

Problem analizy urojeń jako ważnej informacji o istocie zaburzeń pacjentów paranoidalnych, źródle ich trudności i sposobach radzenia sobie z nimi podkreślali także Benedetti i Corsi [3] widząc urojenie jako przejaw mechanizmów obronnych lub ich brak. Rozważania Benedettiego, Corsi i Eliego [3, 4] na temat dwu aspektów urojeń obrazują specyfikę identyfikacji, jaką chory paranoidalny uzyskuje w relacji z obiektem prześladowczym. Ten wymiar relacyjno-identyfikacyjny był szczególnie istotny u mojej pacjentki. Dociekając jego genezy odwołuję się do koncepcji Melanii Klein dotyczącej dziecięcej pozycji paranoiczno-schizoidalnej i depresyjnej oraz ich związków z żalobą [11, 13].

## OPIS PRZYPADKU

Z pacjentką, nazwijmy ją Ewą, spotkałam się odbywając staż na Oddziale Psychiatrii Dorosłych. Miała wtedy 25 lat i była panną. Mieszkała wraz z siostrą w mieście. Rodzice i brat mieszkali natomiast na wsi. Ewa jest najstarszym dzieckiem w rodzinie, urodziła się z ciąży przedślubnej. Matka będąc w ciąży obawiała się odrzucenia ze strony rodzi-

ców i oceny społeczności wiejskiej. Jako jedyna z rodzeństwa Ewa jest wcześniakiem.

Jej życiorys można podzielić na dwa okresy: przed śmiercią dziadka i babci oraz po niej. Do 23 r.ż. była spokojna, pracowita i spełniająca oczekiwania innych. Od dzieciństwa kierowana przez dziadków zyskiwała ich akceptację i wyróżnienie za to, że była posłuszna i pracowita. W szkole miała trudności adaptacyjne, ale dzięki przyjaźni z koleżanką, która inicjowała wszelką ich wspólną aktywność, trudności te minęły. Przyjaźń na tej zasadzie trwała do końca szkoły zasadniczej, którą Ewa wybrała pod wpływem koleżanki.

Po szkole już sama zdecydowała o rozpoczęciu pracy w Zakładach Tytoniowych, do której jednak chodziła niechętnie. Z rodzeństwem nigdy nie miała bliższego kontaktu. W domu istniał niepisany podział: Ewa „była dziadków”, a brat i siostra „mamy”. Ojciec właściwie był nieobecny, co wiązało się z konfliktem pomiędzy rodzicami. Matka jako osoba lękliwa i zależna, podporządkowana rodzicom nie zdecydowała się na zamieszkanie z ojcem Ewy w mieście, pomimo jego usilnych nalegań. Do śmierci dziadka ojciec pracował poza domem krążąc pomiędzy hotelami robotniczymi, własnym mieszkaniem a gospodarstwem teściów.

Pierwsze skargi Ewy na ból serca, słabość i ogólne poczucie zagrożenia zbiegły się w czasie z chorobą dziadka. Bała się chodzić do pracy, z tymi skargami jeździła do matki i nie chciała wracać do mieszkania w mieście. Zwierzała się matce, że koleżanki śmieją się z niej, posądzają o to, że „za dużo współżyje i pewno jest w ciąży”.

Diametralna zmiana sytuacji rodzinnej i zachowania Ewy nastąpiła po śmierci dziadka i babci, kilka miesięcy przed hospitalizacją. Babcia zmarła krótko po dziadku. W domu wtedy zapanował ogólny chaos, wszyscy zaczęli kłócić się ze sobą. Ojciec oskarżał matkę, że nigdy nie była żoną, a ona z dziećmi tworzyła koalicję przeciwko niemu. Pił więc i awanturował się. Pomiędzy Ewą a rodzeństwem dochodziło do kłótni na temat tego, kto ile dostaje zainteresowa-

nia rodziców, kto ważniejszy i przez kogo faworyzowany. Sama Ewa czuła się nieważna i niepotrzebna w odróżnieniu od brata, którego nazywała „pięknisiem mamusi”. Także porównując się z siostrą czuła się gorsza i brzydsza. Uważała, że rodzice chwalą się siostrą, a jej się wstydzą. Stawała się coraz bardziej drażliwa, prowokowała awantury, przeklinała rodzeństwo i matkę, a później dziwnie się śmiała. Ta dziwność zachowania Ewy uderzyła matkę zaraz po śmierci dziadka, kiedy to córka często się modliła, mówiła, że widzi trumnę dziadka, a on sam przychodzi do niej w snach. To samo było po śmierci babci. Wobec ojca Ewa była agresywna, zwłaszcza gdy zarzucał jej, że jeszcze nie wyszła za mąż.

Czas nasilonych konfliktów w domu Ewy jest tym okresem, w którym zaczęła wchodzić w relacje seksualne. Spotykała się przez pół roku z chłopcem, po czym zerwała znajomość twierdząc, że chłopak ma skłonność do alkoholu. Pół roku później zaczęła spotykać się z innym partnerem. Z nim rozpoczęła współżycie seksualne. Dwa miesiące przed hospitalizacją partner przerwał znajomość. Ewa twierdziła, że po rozstaniu z nim ciągle odczuwała potrzebę współżycia i dlatego szukała różnych sposobów na to, żeby zmusić go do powrotu. W tym celu napisała list do cudotwórcy, który „oddziaływuje” na odległość i udała się też do wróżki. „Wróżką” okazał się mężczyzna, który *de facto* zajmował się stręczycielstwem. Ewa opowiedziała mu o swoich problemach, a on obiecał, że się nią zajmie. Później systematycznie go odwiedzała, współżyła z nim, a on opiekował się nią i dawał pieniądze. Dwa tygodnie przed hospitalizacją, na żądanie wróżbity, Ewa przyprowadziła do niego swoją siostrę i od tego czasu czuła się winna, że wystawiła siostrę na zły wpływ.

Na oddział Ewa trafiła w stanie silnego przerażenia. Była brudna i zaniedbana, dominowały u niej halucynacje wzrokowo-słuchowe oraz urojenia oddziaływania i wpływu. Twierdziła, że do Kliniki przywiódł ją palec Boży, w Kościele wzywała jego pomo-

cy i Bóg zesłał kobietę, która wskazała jej drogę. Nieufnie rozglądała się dookoła, podnosząc wzrok znad medalika Matki Boskiej, który siadając położyła sobie na kolanach. Ręce miała owinięte dwoma różańcami. Medalik i różańce miały chronić ją przed wszechmocą wróżbity, który nakazywał jej współżycie z sobą. Wróżbita oddziaływał na Ewę z zewnątrz i poprzez oczy innych ludzi. Powiadał o swojej obecności uczuciem gorąca w skroniach i okolicy karku. Miejsca te Ewa skrapiała wodą święconą, co jej zdaniem osłabiało wpływ wróżbity. Ponadto błagała o pomoc dla siostry, która przez nią jest w niebezpieczeństwie.

Przez pierwsze dwa tygodnie pobytu na oddziale była bardzo pobudzona, natrętnie zabiegała o kontakt skarżąc się na koszmarnie sny w których nawiedza ją wróżbita, straszy, grozi oraz zmusza do współżycia. Zapewniała przy tym słuchaczy o jego wszechmocy i sile, z którą mógłby się mierzyć tylko Bóg. W koszmarnych snach pojawiała się także babcia, która pomagała jej w walce z wróżbitą i dodając otuchy ubolewała nad losem, jaki spotkał Ewę. W miarę jak urojenia i halucynacje słabły, a Ewa stawała się coraz bardziej krytyczna wobec ich treści, w obrazie psychopatologicznym zaczęły dominować skargi na ból w okolicy serca, klucie, duszność, słabość oraz potrzeba opieki i zainteresowania. Ewa inicjowała wtedy kontakt głównie za pośrednictwem skarg, po czym monologowała na temat relacji z wróżbitą i sytuacji rodzinnej, w której nikt jej nie chce i wszyscy się jej wstydzą. Twierdziła, że obecność drugiej osoby zmniejsza jej lęk i gdyby posiadała kogoś na własność, kto dawałby jej uczucie i opiekę to byłaby zdrowa. Skarżyła się przy tym na „roznoszące ją napięcie seksualne”, na to, że potrzebuje mężczyzny, który by z nią współżył, wzięłby sobie ją i dbał o nią. Uważała przy tym, że wróżbita był dobry „bo robił jej herbatę”, „dał swoją piżamę” i mówił, że jest ładna. Znienawidziła go, bo kazał jej przyprowadzić siostrę i zarabiać dla niego. W miarę jak rodzina coraz mniej interesowała się Ewą, ona

sama stawiała się coraz bardziej smutna i wycofana, aż w końcu trudno było wyciągnąć ją z łóżka.

### Interpretacje

Dociekając sensu zawartego w objawach Ewy stoimy przed dwoma podstawowymi pytaniami: skąd i po co? Pytamy o wrażenia i przeżycia, z których objaw się wywodzi oraz o zamiary, którym służy. Dlaczego treścią urojeń i halucynacji Ewy jest oddziaływanie i wpływ? Co tego typu objawy mówią o niej samej, o jej rzeczywistości psychofizycznej i społecznej? Do jakich działań poprzez swoją skargę Ewa skłania i czego oczekuje oraz jakie przeżycie stanowi źródło jej cierpienia?

Poniższe rozważania stanowią próbę ustosunkowania się do tych pytań przy założeniu, że objawy Ewy nie są czymś niezrozumiałym, bezsensownym, ale wyrażają jej skargę, która jest dobrze umotywowana w przeżyciach jako reakcja na nieświadomy proces wewnątrzpsychiczny.

Zauważamy, że trudności u Ewy pojawiały się zawsze w sytuacjach zmian i głównie dotyczyły kłopotów z samookreśleniem się. Tutaj Ewa zawsze potrzebowała osoby, która by ją dookreślała. W domu tę funkcję pełnili dziadek i babcia, a w szkole koleżanka. Ustalony porządek zaczął się chwiać wraz z chorobą dziadka i rozluźnieniem się kontaktów z koleżanką. W tym okresie Ewa zaczęła zgłaszać pierwsze skargi na ból serca, słabość i ogólne poczucie zagrożenia. Kierowała je do matki, domagając się z jednej strony opieki i wsparcia, a z drugiej strony – oskarżając o brak poczucia bezpieczeństwa, zainteresowania, o odrzucenie, którego w kontakcie z matką nigdy nie rozumiała.

Relacja z matką od początku obciążona była konfliktem między akceptacją a odrzuceniem. Sytuacja rodzinna, w której Ewa była wyróżniana przez dziadka i babcie, pogłębiała tę ambiwalencję, gdyż sama matka była również zależna od rodziców, zazdrośna o ich zainteresowanie i akcentująca wyłączenie na kontakt z nimi. Toteż nie potrafiła odpowiedzieć jednoznacznie na apel Ewy

zawarty w skardze o jej jasne określenie się w roli matki. Matka jest tą osobą, do której Ewa kieruje swoje skargi przede wszystkim i której we wszystkich ludziach szuka.

Śmierć dziadka i babci, chaos w domu, konflikty, brak poczucia bezpieczeństwa zaowocowały tym, że Ewa zaczęła szukać oparcia i bezpieczeństwa w relacjach z mężczyznami, a później z wróżbitą. Mit wieczności opieki dziadka i babci legł w gruzach a ona sama nie miała osoby, która pokierowałaby jej życiem i broniła przed światem. Ewa nie potrafiła tego zrobić, gdyż nigdy nie wykazywała własnej inicjatywy. Jej własne zdanie było obciążone lękiem, że zostanie odrzucona przez dziadków, a sama zginie. Stąd też natrętnie zabiegała o fizyczną obecność drugiej osoby, która wzięłaby na siebie ciężar pokierowania jej życiem. Te oczekiwania zostały zawiedzione, pogłębiając u Ewy poczucie bycia wykorzystaną, gorszą od innych, nikomu niepotrzebną. Była ona przerażona byciem sam na sam z sobą, toteż może właśnie dlatego w pierwszych jej halucynacjach trumny są ożywione, stoją, zmarli przychodzą w snach, a Ewa próbuje przeciwdziałać temu modlitwą, wzywa na pomoc Boga Ojca i Matkę Bożą, symbolicznych rodziców. Zauważmy, że symbolicznie są to rodzice, którzy nie umierają. Być może uwidacznia się tutaj skarga Ewy będąca wyrazem emocjonalnego braku rodziców w jej życiu.

W urojeniach i halucynacjach Ewy oddziaływanie, wpływ i obrona powiązane są z postacią męską, natomiast ochrona, opieka i troska z postacią żeńską. Odzwierciedla to w pewien sposób pożądaną strukturę rodziny w której role są jasno określone, dzięki czemu dzieci mogą czuć się bezpiecznie. Poprzez urojenia oddziaływania i wpływu Ewa wydaje się uzyskiwać strukturalizację świata, który ją przeraża. Z jednej strony urojenie jawi się tutaj jako projekcja podstawowej potrzeby Ewy, żeby ktoś zainteresował się nią, żeby była dla kogoś ważna. Dzięki urojeniu z powrotem strukturalizuje rzeczywistość według znanego *status quo*, nie jest już sama, jest ktoś, kto działa: prześladow-

ca, względem którego może się określić, uzyskać identyfikację ofiary.

Z drugiej strony osoba wróżbity może być projekcją złości Ewy, wyrazem potrzeby zniszczenia osób, które nie zgadzają się na wspólne życie z nią (współżycie). Może ona obrazować chęć odwetu na wszystkich tych, od których spotkało Ewę odrzucenie. Walka pomiędzy Bogiem, Matką Boską i wróżbitą to jakby apel Ewy o dobrą matkę i ojca, którzy pomogą jej zmierzyć się z demonem złości wyrosłym przede wszystkim z poczucia nieakceptowania przez matkę.

Wróżbita wydaje się w tym przypadku źródłem lęku i źródłem sensu istnienia, projekcją potrzeby ładu u Ewy, jasnego podziału na dobre i złe. Daje też możliwość identyfikacji z pozycją ofiary, umożliwiając tym samym zdystansowanie się wobec własnych uczuć zemsty i odwetu. Ewa skarżąc się na przymus współżycia wydaje się oskarżać rodzinę o brak „współycia” i grozić wszechmocą wróżbity. On sam został tutaj obdarty możliwością wymuszania kontaktu, co jej nie udało się, mimo zaprzeczenia sobie i spełniania oczekiwań innych. Takie zogniskowanie projekcji na jednym obiekcie prześladowczym może być u Ewy wyrazem mechanizmu obrony *ego*, zorientowanego na poradzenie sobie z chaosem rzeczywistości zewnętrznej. Lęk przed nieznanym zyskuje tutaj twarz, a prześladowcy przypisane są uczucia, które Ewę przerażają. Toteż oddziaływanie farmakologiczne skierowane na osłabienie treści urojeniowych i halucynacji, bez oddziaływań terapeutycznych ukierunkowanych na proces introjekcji dobrego obiektu mogą doprowadzić u Ewy do depresji. Koniecznym wydaje się tutaj długoterminowy związek z osobą leczącą, w którym będzie zachowany tzw. „bliski dystans” [15] wpływający na harmonizację wewnętrznego rozczepienia Ewy: dobry – zły.

## KOMENTARZ

Skarga wygłaszana jest po to, aby ktoś ją usłyszał. Jej intencją jest wezwanie skie-

rowane do drugiego człowieka. Niesie z sobą potrzebę świadka, słuchacza, obrońcy i „orzecznika prawdy”. W swojej treści skarga jest ekspresją braku, wyrazem cierpienia, poczucia skrzywdzenia, żalu, pretensji i złości. Jest w niej „walka o swoje”, wysilek domagania się i element zemsty. U podstaw skargi uzewnętrzniającej się poprzez objawy tkwi konflikt, którego główną osią wydaje się potrzeba miłości i jednocześnie lęk przed jej doświadczeniem, obawa przed bólem, odrzuceniem.

Lorenzer twierdził, że chory na schizofrenię ma swój własny, prywatny język i nie zna języka wspólnego, publicznego [za 3]. Mnie natomiast wydaje się, że Ewa zarzuciła wspólną formę komunikacji, która być może okazała się bezużyteczna w przekazywaniu treści, o jakie jej chodziło. A może treści te nigdy nie były słyszane i w końcu ona sama stała się jedynym ich źródłem i odbiorcą. Zamknęła się w swoim świecie, w którym ustaliła własne jasne prawa przed dwuznacznością zewnętrznosci, z którą sobie nie radziła.

Kress [12] traktując skargę jako bodziec, ekspresję dolegliwości pacjenta oscylującą pomiędzy bólem cielesnym a wypowiedzią wyrażoną w języku zaznacza, że skarga zapoczątkowuje każdą relację pomiędzy chorym a leczącym. Stwierdzenie to wydaje mi się słuszne, o ile założymy, że leczący słyszy istotę skargi chorego i stając wraz z chorym w obliczu tej skargi jest w stanie mu pomóc. Jeżeli tak się nie dzieje, leczący staje się jedynie niemym świadkiem „przedmiotu skargi”, podobnie jak wiele innych osób z otoczenia pacjenta.

Ewa skarży się: „dlaczego mnie nie chcą”, „niech ktoś mnie zechce”, „niech ktoś mnie sobie weźmie”. Na taki apel nie jest łatwo odpowiedzieć. Gdy zastanawiałam się nad tym, dlaczego – przypomniałam sobie pierwsze spotkanie z nią. Siedziała wtedy na stołku pochylona do przodu, przykurczona, jakby chciała się schować. Wpatrywała się w swoje „ochronne talizmany” i cała drżała. Wtedy zauważyłam, że jest prawie ścina z zimna. Mój

wzrok przykuły jej bose nogi w „rozczłapanych”, trochę zbyt dużych jak na nią butach pomimo tego, że na zewnątrz temperatura była poniżej zera. Gdy teraz o tym myślę, te bosc nogi w za dużych butach wydają mi się obrazować istotę skargi Ewy, jej trudności i potrzeby. „Buty”, w których miała chodzić były za duże, trudności przed którymi stanęła przerastały jej możliwości porażenia sobie. Ponadto nie miała „skarpet” – warstwy ochronnej przed zimnem, otarciem czy skaleczeniem. Nie potrafiła sama siebie pocieszyć, ogrzać. Swoje istnienie uzależniała od akceptacji innych. Każde zainteresowanie się nią, wysłuchanie jej, rozmowa z nią o niej samej były jakby energią dla jej aktywności. Dlatego myślę, że nie jest łatwo odpowiedzieć na skargę Ewy, gdyż wymaga to długotrwałego kontaktu, w którym ciągle trzeba być czujnym, żeby „buty”, w których Ewa chodzi nie były ani za małe, ani za duże, żeby z czasem sama nauczyła się je zmieniać i doświadczyła w kontakcie terapeutycznym, czym jest „skarpetka”. Ten kontakt wymaga cierpliwości oraz częstego rewidowania proporcji między oczekiwaniami a możliwościami.

## PIŚMIENNICTWO

1. Axer A.: Techniki zachowania twarzy stosowane przez chorych psychicznie. *Psychoterapia* 1987, 4, 63, 43–47.
2. Barbaro B.: Brzemie rodziny w schizofrenii. Próba ujęcia systemowego. Sekcja Psychoterapii PTP, Kraków 1992.
3. Benedetti G., Corsi T.: Kilka uwag dotyczących urojeń. *Psychoterapia* 1981, 1, 36, 3–8.
4. Benedetti G., Elia C.: Preobiekty w psychotherapeutycznym rozwoju pacjenta schizofrenicznego. *Psychoterapia* 1986, 2, 57, 5–13.
5. Broca R.: Rola psychoanalizy w tworzeniu więzi społecznych w terapii psychoz. *Psychoterapia* 1987, 3, 62, 69–72.
6. Cechnicki A.: Wybrane aspekty leczenia schizofrenii. *Psychoterapia* 1992, 2, 81, 27–37.
7. Czabała J.Cz.: Rodzina a zaburzenia psychiczne. IPiN, Sekcja Psychoterapii PTP, Kraków 1988.
8. Dare Ch.: Dezintegracja i integracja. Refleksje nad podstawowym self, negocjującym i nienegocjującym self. *Psychoterapia* 1993, 4, 87, 13–28.
9. Jarosz M., Furgo-Olszewska M.: Zjawisko syntonii, autyzmu i proporcji. *Psychiatr. Pol.* 1992, 5, 26, 313–326.
10. Kępiński A.: Schizofrenia. Wyd. Sagittarius, Kraków 1992.
11. Klein M.: On identification. Basic Books, New York 1955, 309–345.
12. Kress J.J.: Skargi pacjenta i ich konsekwencje. *Psychoterapia* 1992, 1, 80, 57–61.
13. Pietruszewski K.: Melanii Klein ujęcie rozwoju wczesnodziecięcego. *Psychoterapia* 1984, 4, 51, 29–34.
14. Szasz T.: Crazy talk: Thought disorder or psychiatric arrogance? *Br. J. Med. Psychology* 1993, 66, 61–67.
15. Ządęcki J.: O podejściu do terapii schizofrenii. *Psychoterapia* 1979, 1, 28, 43–52.

*Adres: Dr Józefa Starosta-Cisek, Wojewódzki Ośrodek Leczenia Nerwic  
Krakowskiego Szpitala Neuropsychiatrycznego, ul. Lenartowicza 14, 31-138 Kraków*