

## Złożoność i niespójność autonarracji a samoocena i spostrzegane wsparcie społeczne u osób zdrowych i osób z diagnozą zaburzeń psychiatrycznych

### Complexity and incoherence of self-narration versus self-esteem and perceived social support in healthy people and individuals with a diagnosis of psychotic disorders

Martyna Mazurek<sup>1</sup>, Zbigniew Wajda<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie, Polska

<sup>2</sup> Uniwersytet Jagielloński, Wydział Zarządzania i Komunikacji Społecznej, Instytut Psychologii Stosowanej

#### Summary

**Aim.** The aim of the presented study was to compare self-narratives among participants with and without the experience of psychosis and to correlate this variable with self-esteem and perceived social support in studied groups.

**Material and methods.** The study group consisted of 31 adults with a diagnosis of psychosis according to ICD-10 (F20–29), and the control group consisted of 31 adults without a psychiatric diagnosis. The stimulus for creating self-narratives by the participants' was the first part of McAdams' autobiographical interview, according to which the coherence and complexity of self-narratives were determined. Other tools used in the study were Rosenberg's self-esteem questionnaire and the *Scale of Perceived Social Support* by Zimet et al.

**Results.** The study showed that both groups differ significantly in the complexity of self-narratives ( $t = -3.185$ ;  $p < 0.05$ ), but do not differ significantly in terms of coherence. Additionally, a correlation between the incoherence of self-narrative and self-esteem in the control group was observed ( $r = -0.455$ ;  $p < 0.05$ ).

**Conclusions.** The self-narratives of people with a diagnosis of psychotic disorders turned out to be less complex than the self-narratives of people from the healthy group, while the incoherence was negatively correlated with self-esteem, but only in the control group. The clinical and control groups did not differ in terms of self-narrative incoherence. The presented study shows the possibilities of using qualitative methods and autobiographical interviews to analyse the language of mentally ill and healthy people and linking self-narratives with psychological characteristics. Both – the research procedure and the results have their limitations, which are discussed in the article.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia psychiatryczne, autonarracja, samoocena

**Key words:** psychotic disorders, self-narration, self-esteem

## Wstęp

W psychiatrii od dawna badany jest językowy sposób przejawiania się chorób i zaburzeń psychicznych, zarówno w aspekcie ilościowym [1, 2], jak i jakościowym [3, 4]. W tej części medycyny dużą grupę objawów rozpoznaje się – z jednej strony – na podstawie obserwacji pacjenta, z drugiej zaś – wyciągając wnioski z jego wypowiedzi. Bez wątplenia język jest jednym z głównych źródeł danych dla psychiatrów, psychologów i psychoterapeutów.

Jedną z częściej badanych grup klinicznych w kontekście trudności językowych są osoby doświadczające psychozy [5, 6]. Dotychczas wykazano, że język osób z doświadczeniem psychozy jest m.in.: mniej spójny semantycznie [7], mniej złożony składniowo [8], uboższy w treść [9] oraz mniej logiczny, a przez to mniej zrozumiały dla otoczenia [10]. Na podstawie badań z zakresu języka buduje się różnego rodzaju teorie i modele psychopatologii [11, 12], w tym psychopatologii psychozy [13].

Dzięki połączeniu badań z zakresu lingwistyki oraz psychiatrii powstają nowe dziedziny nauki, a zatem również metody badań, w tym np. NLP (*Natural Language Processing*, przetwarzanie języka naturalnego) [14], LDA (*Latent Dirichlet Allocation*, utajona alokacja tematyczna) [15] czy 2PN (*Second-person neuroscience*, neuronauka drugiej osoby) [16].

Innym dość często badanym aspektem komunikacji werbalnej jest jej złożoność. Są to momenty, w których żaden z interlokutorów nie wypowiada słów, aczkolwiek najczęściej proces komunikacji nadal trwa. W dyskursie naukowym badano już momenty ciszy jako istotne narzędzie terapeutyczne [17]. Pauzę stosują nie tylko psychologowie i psychoterapeuci, ale również pacjenci. Dla każdej z tych grup pauza może mieć inne znaczenie komunikacyjne. Kwestia ta wydaje się szczególnie interesująca w odniesieniu do grupy osób, u których istotnym objawem choroby psychicznej są formalne zaburzenia myślenia. Osoby z udokumentowanym doświadczeniem psychozy stosunkowo często borykają się z formalnymi zaburzeniami myślenia [18], wyrażającymi się m.in. deficytami językowymi [19], które da się zaobserwować m.in. jako stosowane przez osobę chorą nieadekwatnie długie lub częste przerwy w wypowiedziach [20].

W przeciwieństwie do pauzy aktywnością komunikacyjną wymagającą użycia słów jest wypowiedź. Szereg badań wskazuje, że poziom złożoności wypowiedzi, np. pod względem leksykalnym, u pacjentów z psychozą wyraźnie różni się od poziomów złożoności u osób zdrowych [21]. Różnica może polegać na używaniu przez pacjentów psychiatrycznych wyraźnie mniejszej liczby słów w porównaniu z osobami bez takiej diagnozy. Opracowywane są nawet metody, które mają się przyczynić do zwiększenia narracyjnej i językowej złożoności wypowiedzi u osób z psychozą, takie jak np. metakognitywna refleksja i terapia wglądowa (*Metacognitive Reflection Insight Therapy* – MERIT) [22] lub metapoznawcza psychoterapia narracyjna (*Metacognitive Narrative Psychotherapy* – MNP) [23]). Warto jednak zaznaczyć, że do procesu skutecznej komunikacji przyczynia się nie tyle liczba słów w ogóle, ile ich adekwatne

nagromadzenie w ramach opowiadanego wątku (poruszenie 1 lub 10 wątków z użyciem w każdym wypadku 100 słów zapewni komunikacyjną różnicę). Zasadne byłoby również zadanie pytania o adekwatność – w kontekście jakościowym (w odróżnieniu od ilościowego) – słów użytych do danego wątku.

Wyżej wymienione cechy, tj. łączna długość zastosowanych w wypowiedziach pauz oraz liczba wątków i słów w ramach opowiadanej historii, stały się podstawą do wyodrębnienia badanych konstruktów, czyli niespójności oraz złożoności. Jak pokazuje praktyka badawcza, zarówno konstrukt niespójności, jak i złożoności może być różnie rozumiany [24–26]. Rozbieżności w definicjach wynikają z tego, że niespójność i złożoność mogą się odnosić do różnych elementów języka i/lub narracji. W niniejszej pracy niespójność rozumie się jako łączną długość wszystkich zastosowanych w wypowiedziach przerw powyżej 3 sekund, także tzw. przerw wypełnionych [27], czyli takich, w których występują werbalne oznaki namysłu w rodzaju „hm”, „yyy”, „eee”. Zatem im wyższy wynik w tej kategorii, tym wypowiedź danej osoby zawierała więcej – po zsumowaniu: trwających dłużej – pauz, a w rozumieniu badania była bardziej niespójna. Złożoność natomiast oznacza wynik, jaki osoba badana uzyskała przez podzielenie liczby łącznie użytych w wypowiedzi słów przez liczbę poruszonych w owej wypowiedzi wątków. A zatem im więcej słów zawierały poruszane przez daną osobę wątki, tym większa była złożoność wypowiedzi.

Według wiedzy autorów żadne z dotychczasowych badań nie zestawiało ze sobą różnego rodzaju wskaźników dobrostanu psychicznego jako zmiennych, które mogą potencjalnie zależeć od charakterystyki języka pacjenta lub osoby zdrowej psychicznie. W związku z tym zaprojektowano badanie, którego celem była analiza dwóch wskaźników dobrostanu psychicznego, tj. samooceny i spostrzeganego wsparcia społecznego – jako czynników przypuszczalnie związanych z potencjalną niespójnością i/lub złożonością mowy osób badanych. Zdecydowano się na badanie samooceny, ponieważ jest to obszar, który może ulec znacznemu zniekształceniu czy też obniżeniu w wyniku doświadczenia objawów psychozy [28]. Z kolei spostrzegane wsparcie społeczne wydaje się interesującym kierunkiem szczególnie ze względu na rolę języka jako ważnego narzędzia w tworzeniu, podtrzymywaniu oraz pogłębianiu relacji społecznych

W związku z przeglądem dotychczasowej literatury założono, że autonarracje pacjentów ze zdiagnozowanym zaburzeniem psychiatrycznym będą charakteryzowały się (1) mniejszą złożonością, a więc mniejszą liczbą zarówno wątków, jak i słów składających się na całość wypowiedzi, a także będą się wyróżniać (2) większą niespójnością, czyli większą liczbą przerw w wypowiedziach oraz w sumie dłuższym czasem ich trwania. Kolejne założenia wynikające z przeglądu dotychczasowych badań łączyły się z postawieniem hipotez dotyczących (3) współwystępowania mniejszej złożoności i/lub większej niespójności autonarracji z niższymi wskaźnikami samooceny oraz spostrzeganego wsparcia społecznego bez względu na diagnozę zaburzenia psychiatrycznego lub jej brak, a więc w obu grupach.

Celem prezentowanego badania była empiryczna analiza stylu autonarracji osób z doświadczeniami psychozy i osób bez takich doświadczeń oraz zestawienie tego pomiaru z wynikami samooceny oraz spostrzeganego wsparcia społecznego tych osób.

## Hipotezy

W badaniach uwzględniono: (1) analizę złożoności oraz niespójności autonarracji u osób z diagnozą zaburzenia psychicznego jako ważnych zmiennych mających związek z dobrostanem psychicznym jednostek oraz wartościowych informacji dla osób pracujących z tą grupą kliniczną, które to zmienne do tej pory zostały słabo zbadane w tej populacji lub badano je przez pryzmat inny niż autonarracji; (2) badanie zmiennych takich jak samoocena oraz spostrzegane wsparcie społeczne jako wskaźników dobrostanu psychicznego, które są szczególnie ważne wśród osób chorych na zaburzenia psychiczne i stanowią istotny element terapii tej grupy osób [29]; (3) w celu uchwycenia specyfiki wyżej wymienionych zmiennych do badań postanowiono włączyć grupę kontrolną składającą się z osób niemających do czasu badania diagnozy zaburzenia psychicznego. W badaniach zaproponowano trzy hipotezy dotyczące złożoności oraz trzy hipotezy dotyczące niespójności wypowiedzi, które zaprezentowano w tabeli 1.

Tabela 1. Hipotezy badawcze

HIPOTEZY	
Hipotezy dotyczące złożoności	Hipotezy dotyczące niespójności
H1: Autonarracja osób z grupy badanej będzie mniej złożona w porównaniu z grupą kontrolną.	H4: Autonarracja osób z grupy badanej będzie mniej spójna w porównaniu z grupą kontrolną.
H2: Im niższy poziom złożoności autonarracji, tym niższa samoocena w obu grupach – badanej i kontrolnej.	H5: Im wyższy poziom niespójności autonarracji, tym niższa samoocena w obu grupach – badanej i kontrolnej.
H3: Im niższy poziom złożoności autonarracji, tym niższe spostrzegane wsparcie społeczne w obu grupach – badanej i kontrolnej.	H6: Im wyższy poziom niespójności autonarracji, tym niższe spostrzegane wsparcie społeczne w obu grupach – badanej i kontrolnej.

## Material

W badaniu wzięły udział łącznie 62 osoby, w tym 31 w grupie badanej oraz 31 w grupie kontrolnej. Wszystkie osoby w momencie przeprowadzenia badania były pełnoletnie. Wszyscy uczestnicy zostali poinformowani o celu i warunkach badania. Od wszystkich uczestników uzyskano pisemną deklarację o wyrażeniu świadomej zgody na udział w badaniu.

Grupę badaną stanowili pacjenci Poradni Zdrowia Psychicznego należącej do Szpitala Klinicznego im. dr. J. Babińskiego w Krakowie, którzy byli wcześniej leczeni na oddziale stacjonarnym tego samego szpitala. U wszystkich chorych uzyskano stan remisji umożliwiający obecnie leczenie ambulatoryjne, a remisja trwała co najmniej 30 dni. Kolejnymi kryteriami włączenia do grupy badanej były: (a) wiek powyżej 18 lat, (b) rozpoznanie zaburzenia psychicznego w zakresie F-20–F-29 według ICD-10, (c) aktualny brak objawów pozytywnych, (d) stwierdzenie prowadzącego lekarza psychiatry, że stan pacjenta jest stabilny i pozwala na swobodną rozmowę

(brak lub małe nasilenie objawów negatywnych) oraz (e) zgoda pacjenta na udział w badaniu.

Grupę kontrolną stanowiły osoby samodzielnie zgłaszające swój udział w badaniu za pośrednictwem mediów społecznościowych. Kryteriami włączenia do grupy kontrolnej były: wiek powyżej 18. roku życia, brak diagnozy zaburzenia psychiatrycznego oraz zgoda danej osoby na udział w badaniu. W tabeli 2 przedstawiono charakterystykę społeczno-demograficzną wszystkich osób biorących udział w badaniu.

Tabela 2. Charakterystyka społeczno-demograficzna osób badanych

Zmienne społeczno-demograficzne		Grupa badana N = 31	Grupa kontrolna N = 31
Płeć (%)	Kobiety	16 (52%)	17 (55%)
	Mężczyźni	15 (48%)	14 (45%)
Średnia wieku (w latach) (SD) (min.–max.)	Kobiety	51 (SD = 15,49) (22–72)	49 (SD = 13,68) (28–74)
	Mężczyźni	43 (SD = 12,69) (25–64)	49 (SD = 13,98) (24–68)
Długość trwania choroby (w liczbie dni) (SD) (min.–max.)	Kobiety	21 (SD = 10,67) (4–45)	Brak choroby psychicznej
	Mężczyźni	17 (SD = 8,16) (4–31)	Brak choroby psychicznej
Związek	Będące w związku	10 (32%)	22 (71%)
	Niebędące w związku	21 (68%)	9 (29%)
Wykształcenie	Podstawowe	1 (3%)	0
	Średnie	15 (49%)	13 (42%)
	Zawodowe	6 (19%)	0
	Wyższe	9 (29%)	18 (58%)
Praca	Praca	16 (52%)	27 (87%)
	Nie pracuje	1 (3%)	0
	Renta	9 (29%)	3 (10%)
	Emerytura	5 (16%)	1 (3%)
Diagnoza	Schizofrenia (F-20)	25 (82%)	–
	Zespół urojeniowy (F-22)	2 (6%)	–
	Ostre przemijające zaburzenie psychiatryczne (F-23)	2 (6%)	–
	Zaburzenie schizoaфекtywne (F-25)	2 (6%)	–

## Metody

W tabeli 3 przedstawiono podział zmiennych zależnych i niezależnych, metodę ich pomiaru i sposób interpretacji wyniku.

Tabela 3. Podział zmiennych zależnych i niezależnych, metoda pomiaru i sposób interpretacji

Nazwa zmiennej	Metoda	Interpretacja
Zmienne niezależne		
Złożoność	Liczba słów w wątkach podzielona przez liczbę wątków	Im wyższa liczba punktów, tym większa złożoność autonarracji osoby badanej [30].
Niespójność	Długość pauz (przerw powyżej 3 sekund)	Im wyższa liczba punktów, tym większa niespójność wypowiedzi [31].
Zmienne zależne		
Samoocena	Wynik testu SES Rosenberga	Im wyższy wynik w kwestionariuszy, tym wyższa samoocena osoby badanej.
Spostrzegane wsparcie społeczne	Wynik testu MSPSS Zimeta	Im wyższy wynik w kwestionariuszu oraz w poszczególnych podskalach, tym większe spostrzegane wsparcie społeczne.

### Procedura badawcza

Badania prowadzono od września 2021 do marca 2022 roku. Badanie przeprowadzono zgodnie z Deklaracją Helsińską, a jego protokół został zatwierdzony przez Komisję Etyki Badań Instytutu Psychologii Stosowanej (numer decyzji: 101/2021). Procedura badawcza w wypadku osób z grupy klinicznej rozpoczęła się od konsultacji z lekarzem psychiatrą prowadzącym daną osobę w celu rozpoznania, czy będzie ona mogła wziąć udział w badaniu. W wypadku osób z grupy kontrolnej były to prośba o udział w badaniu oraz ustalenie daty spotkania. Obu grupom w dniu badania przedstawiony został opis oraz regulamin badania. Wszyscy uczestnicy zostali poinformowani o prawach przysługujących badanym, z uwzględnieniem tego, czy każda z podanych informacji jest dla nich zrozumiała. Następnie każdy z uczestników badania został zapytany, czy wyraża zgodę na udział w badaniu, po czym proszono o zadeklarowanie swojej zgody na piśmie. Kolejnym krokiem było przedstawienie procedury badania. Badani zostali również poinstruowani, że na każdym etapie mogą zrezygnować z udziału w badaniu bez żadnych konsekwencji. Badanie jednej osoby, trwające średnio około 45 minut, było prowadzone w następujących etapach:

1. Pierwsza część wywiadu biograficznego McAdamsa [32] w polskiej adaptacji autorstwa Budziszewskiej [33]. Wypowiedzi osób badanych były nagrywane na dyktafon w celu ich późniejszej szczegółowej analizy.
2. *Skala samooceny* Rosenberga [34] w polskiej adaptacji Łaguny, Lachowicz-Tabaczek i Dzwonkowskiej [35].
3. *Skala spostrzeganego wsparcia społecznego* Zimeta i wsp. [36] w polskiej adaptacji Buszman i Przybyły-Basisty [37].

Wszystkie wywiady, zarówno w grupie badanej, jak i kontrolnej, zostały przeprowadzone przez jednego z autorów, a przebieg badania był nagrywany na dyktafon. Następnie nagrania zostały spisane przez drugiego z autorów i jego współpracownika – te dwie osoby stanowiły zespół sędziów kompetentnych. Każdy z sędziów kompetentnych niezależnie parametryzował tekst wywiadu pod względem określonych zmiennych. Tam, gdzie wystąpiła wysoka zgodność, dany fragment był zaliczany do danej zmiennej. Wszystkie analizy statystyczne zostały przeprowadzone z użyciem programu PS Imago Pro 8 oraz Microsoft Excel, przy przyjętej istotności statystycznej na poziomie  $p < 0,5$ .

## Wyniki

### Statystyki opisowe

Badaniu poddano 62 osoby. W tabelach 4–6 zamieszczono ogólne charakterystyki nagrań wypowiedzi osób badanych, takie jak: czas wypowiedzi (w minutach), liczba słów, liczba pauz (przerw powyżej 3 sekund), długość pauz (w sekundach) oraz średnia długość trwania jednej pauzy (w sekundach).

Każda z powyższych cech formalnych została w tabelach przedstawiona w postaci średniej. Zaokrąglonymi do dwóch miejsc po przecinku wartościami były: średni czas trwania jednej pauzy oraz średnia długość trwania całej wypowiedzi.

W tabeli 4 przedstawiono w formie graficznej wszystkie statystyki opisowe.

Tabela 4. Statystyki opisowe nagrań wypowiedzi osób badanych

Statystyki opisowe (średnie)	Grupa badana ( $n = 31$ )	Grupa kontrolna ( $n = 31$ )
<b>Czas (w minutach)</b>	19	28,41
<b>SD</b>	18,82	22,99
<b>min.–max.</b>	2,13–86,4	2,57–84,21
<b>Liczba słów</b>	2082	3295
<b>SD</b>	2223,46	2857,28
<b>min.–max.</b>	115–9882	372–10730
<b>Liczba pauz</b>	8	3
<b>SD</b>	12,16	6,87
<b>min.–max.</b>	0–55	0–34
<b>Jedna pauza (w sekundach)</b>	3,89	3,39
<b>SD</b>	2,68	3,04
<b>min.–max.</b>	3,5–9,67	4–11
<b>Liczba wątków</b>	12	16
<b>SD</b>	11,03	11,17
<b>min.–max.</b>	1–55	2–44

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

<b>Słowa w wątkach</b>	1891	3086
<b>SD</b>	2142,54	2777,74
<b>min.–max.</b>	83–9505	179–10384
<b>Słowa poza wątkami</b>	191	209
<b>SD</b>	152,07	135,75
<b>min.–max.</b>	6–608	0–610
<b>Złożoność*</b>	127,96	167,91
<b>SD</b>	54,17	43,37
<b>min.–max.</b>	37–292	85–255
<b>(Nie)spójność**</b>	46,46	21,45
<b>SD</b>	75,25	49,31
<b>min.–max.</b>	0–317	0–255

Wyniki dotyczące złożoności i niespójności autonarracji

Tabela 5. Wyniki testu *t*-Studenta dla pomiaru złożoności i spójności w grupie badanej ( $n = 31$ ) i kontrolnej ( $n = 31$ )

Wyniki testu <i>t</i> -Studenta dla grup niezależnych					
	Grupa ( $N = 31$ )	Średnia	Odchylenie standardowe	Test <i>t</i> -Studenta	Istotność
Złożoność	Badana	127,97	54,179	-0,3185*	$p < 0,05$
	Kontrolna	167,92	43,377		
Niespójność	Badana	46,47	72,257	1,584	$p > 0,05$
	Kontrolna	21,45	49,315		

\* korelacja istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie)

Wartość testu *t*-Studenta dla zmiennej „złożoność” jest istotna statystycznie i wynosi -3,185. Wyższą średnią odnotowano w grupie kontrolnej (167,92) w porównaniu z grupą badaną (127,97). Należy zatem przyjąć hipotezę (H1), że grupa kontrolna istotnie częściej charakteryzuje się wyższym poziomem złożoności autonarracji.

Wynik testu *t*-Studenta dla zmiennej „spójność” nie jest istotny statystycznie, zatem należy odrzucić hipotezę (H4), że grupa kontrolna charakteryzuje się większą spójnością w porównaniu z osobami z diagnozą zaburzenia psychicznego.

Kolejnym etapem analizy danych było sprawdzenie możliwych korelacji między zmiennymi niezależnymi: złożonością oraz spójnością a zmiennymi zależnymi: samooceną (mierzoną wynikiem kwestionariusza SES) oraz spostrzeganym wsparciem społecznym (mierzonym kwestionariuszem MSPSS). Wyniki zaprezentowano w tabeli 6.



Tabela 6. Wyniki korelacji r-Pearsona między złożonością i spójnością a zmiennymi zależnymi samoocena i spostrzeganym wsparciem społecznym w grupie badanej (n = 31) i kontrolnej (n = 31)

Wyniki korelacji r-Pearsona						
	Grupa (N = 31)	SES	MSPSS wynik ogólny	MSPSS przyjaciele	MSPSS rodzina	MSPSS osoba znacząca
<b>Złożoność</b>	Badana	0,091	0,085	-0,012	0,023	0,207
	Kontrolna	-0,296	-0,701	-0,080	-0,075	-0,035
<b>Spójność</b>	Badana	-0,091	-0,174	-0,137	-0,221	-0,104
	Kontrolna	<b>-0,455*</b>	-0,316	-0,310	-0,346	-0,164

\*  $p < 0,05$ . Wynik istotny statystycznie.

W obu grupach, badanej oraz kontrolnej, nie odnotowano istotnych statystycznie korelacji między złożonością wypowiedzi a wynikami w kwestionariuszu mierzącym spostrzegane wsparcie społeczne, zarówno w wyniku ogólnym powyższego testu, jak i w zakresie poszczególnych podskal. Nie odnotowano również istotnych statystycznie korelacji między wynikiem w kategorii złożoności a wynikiem samooceny mierzonej testem Rosenberga.

Wyniki wskazują, że należy odrzucić hipotezę dotyczącą korelacji między poziomem złożoności autonarracji a wynikiem testu mierzącego samoocenę (H2). Odrzucona zostaje też hipoteza dotycząca korelacji między złożonością a wynikiem spostrzeganego wsparcia społecznego (H3).

W zakresie niespójności w grupie badanej nie stwierdzono istotnych statystycznie korelacji między tą zmienną a wynikami testu dotyczącego samooceny oraz spostrzeganego wsparcia społecznego. W grupie kontrolnej pojawiła się jedna istotna statystycznie korelacja i dotyczyła spójności wypowiedzi i wyniku w kwestionariuszu samooceny. W grupie kontrolnej spójność wypowiedzi, rozumiana jako ogólna suma czasu trwania wszystkich pauz w wypowiedzi, koreluje ujemnie z wynikiem samooceny w kwestionariuszu SES Rosenberga. Oznacza to, że dłuższa suma pauz współwystępuje z niższym wynikiem samooceny wśród osób bez diagnozy zaburzeń psychiatrycznych.

Potwierdzona zostaje więc hipoteza dla grupy kontrolnej mówiąca o korelacji między niższym poziomem spójności a niższym wynikiem samooceny (H5). Jednocześnie ta sama hipoteza (H5) zostaje odrzucona dla grupy badanej. Odrzucona zostaje również hipoteza mówiąca o zależności spójności z wynikami spostrzeganego wsparcia społecznego (H6).

### Omówienie wyników

W hipotezie pierwszej założono, że autonarracja osób z grupy badanej będzie mniej złożona w porównaniu z grupą kontrolną. Badaczom udało się potwierdzić tę hipotezę. Istotnie statystycznie bardziej złożone autonarracje odnotowano w grupie kontrolnej, a mniej złożone narracje u grupy badanej. Jest to zgodne z wynikami, jakie uzyskali

Moe i wsp. [38], których badanie sugeruje, że wypowiedzi osób ze schizofrenią są mniej zasobne w tzw. gęstość pomysłów (*idea density*) w porównaniu z wypowiedziami osób bez psychozy. Ow konstrukt rozumiany był tam jako miara ilości informacji zawartej w autonarracji. Ilość tę uzyskiwano przez zsumowanie liczby twierdzeń lub twierdzeń w próbie językowej, którą następnie dzielono przez całkowitą liczbę słów w próbie.

Hipoteza druga mówiła o tym, że im niższy poziom złożoności autonarracji, tym niższa samoocena w obu grupach – badanej i kontrolnej. Wyniki badania przeczą tej hipotezie. Odrzucenie hipotezy drugiej może zaskakiwać w świetle metaanalizy Bemrose i wsp. [39], która sugeruje, że samoocena młodych osób z wysokim ryzykiem psychozy wydaje się niższa niż wśród osób zdrowych. Autorzy donoszą też, że różnica ta zwiększa się wraz z wiekiem. Fakt choroby psychicznej z pewnością nie pozostaje bez wpływu na samoocenę pacjenta [40], natomiast przeprowadzone przez nas badanie sugeruje, że nie ma powiązania między wynikiem samooceny a mniej złożoną autonarracją danej osoby. Być może, patrząc przez pryzmat badań wskazujących na pozytywne efekty budowy rezyliencji wśród tej grupy osób [41], dłuższy okres choroby, jaki miała za sobą nasza grupa badana, wiązał się również z budową zasobu rezyliencji, której efektem może być wzrost poziomu samooceny [42].

Trzecia hipoteza z kolei zakładała, że im niższy poziom złożoności autonarracji, tym niższe spostrzegane wsparcie społeczne w obu grupach – badanej i kontrolnej. Ta hipoteza została jednak obalona. Tego typu wynik wchodzi w ciekawą interakcję z badaniami Cechnickiego i wsp. [43], które mówią o tym, że wskaźnik spostrzeganego wsparcia społecznego może być podwyższony przy jednoczesnym obniżeniu obiektywnych jego mierników, takich jak np. częstość kontaktów z innymi czy liczba pozarodzinnych relacji społecznych. Inne badania zaś sugerują, że poziom subiektywnie postrzeganego wsparcia społecznego wydaje się niższy u osób z doświadczeniem psychozy [44]. Lecz potencjalnie niższy poziom spostrzeganego wsparcia społecznego przypuszczalnie nie współwystępuje z niską złożonością autonarracji, a więc takiej autonarracji, która charakteryzuje się mniejszą liczbą poruszanych wątków oraz generalnie mniejszą liczbą słów użytych do rozwinięcia tych wątków. Może to być optymistyczna wiadomość dla pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych, borykających się z negatywnymi objawami psychozy (które przejawiają się np. uboższymi komunikatami werbalnymi), gdyż wedle podanych ustaleń nie przesądzają one jednoznacznie o jakości odczuwanego przez te osoby wsparcia społecznego. Poczucie wsparcia, choć jego podstawą są m.in. relacje z ludźmi, nie łączy się – jak się wydaje – z rozbudowaniem lub zubożeniem autonarracji wśród żadnej z uczestniczących w badaniu grup.

Czwarta hipoteza zakładała, że autonarracja osób z grupy badanej będzie mniej spójna w porównaniu z grupą kontrolną. Nie potwierdzono tej hipotezy. Można było przypuszczać, że doświadczenie epizodu psychotycznego współwystępuje z większą potrzebą stosowania pauz oraz wydłużeniem czasu ich trwania w opowieści o sobie, o czym świadczą m.in. wyniki badań Cohena i wsp. [45], którzy za pomocą komputerowej akustycznej analizy mowy naturalnej osób z zaburzeniami psychotycznymi dowiedli, że intensywność objawów psychiatrycznych – np. paranoi i dziwacznego zachowania – współwystępuje ze zwiększoną intensywnością objawów alogii, w tym

dłuższym średnim czasem trwania pauzy. W badaniu tym długość pauz u osób ze schizofrenią zwiększała się wraz z nasileniem objawów poznawczych, szczególnie dotyczących uwagi. Być może pomocne byłoby w kolejnym projekcie badawczym rozróżnienie w zakresie objawów chorobowych, gdyż jak wskazują wyniki dotyczące pozytywnych objawów psychotycznych, osoba chora ma wtedy trudności m.in. z dezorganizacją toku myślenia, co może się przekładać na werbalne wzmocnienie pacjenta [46].

Hipoteza piąta wskazywała, że im wyższy poziom niespójności autonarracji, tym niższa samoocena w obu grupach – badanej i kontrolnej. Hipotezę potwierdzono dla grupy kontrolnej, natomiast odrzucono w odniesieniu do grupy badanej. W grupie kontrolnej odnotowano istotną statystycznie korelację między spójnością a wynikiem samooceny ( $r = -0,455$ ;  $p < 0,05$ ). Takiej zależności nie stwierdzono w grupie badanej. Częstsze i dłuższe przerwy w wypowiedzi osób z doświadczeniem psychozy były już potwierdzane w badaniach [45], jednak w wypadku osób z diagnozą zaburzenia psychotycznego wydaje się, że nie ma to związku z subiektywnym stosunkiem do siebie samego. Należałoby jednak przyjrzeć się bliżej temu zjawisku, gdyż w świetle dotychczasowych badań pozostaje niejasne, dlaczego wśród osób bez diagnozy psychozy większa liczba i długość przerw w wypowiedziach współwystępują z niższą samooceną, natomiast takiego współwystępowania nie stwierdza się u osób z rozpoznaniem zaburzenia psychotycznego.

W ostatniej, szóstej hipotezie, badacze założyli, że im wyższy poziom niespójności autonarracji, tym niższe spostrzegane wsparcie społeczne w obu grupach. Wyniki badania nie potwierdzają tej hipotezy. Wśród osób zdrowych, mimo iż niespójność wypowiedzi zdaje się współistnieć z niższą samooceną, tego typu korelacji nie stwierdza się w wypadku spostrzeganego wsparcia społecznego.

U osób z diagnozą zaburzenia psychotycznego niespójność autonarracji nie wydaje się wskaźnikiem, który współwystępowałby z obniżeniem samooceny i spostrzeganego wsparcia społecznego. W tym kontekście pomocne mogłoby być zaplanowanie badania, w którym zróżnicowano by długość czasu chorowania, gdyż osoby badane w ramach proponowanego projektu miały za sobą minimum dwa ostre epizody psychotyczne. Należałoby się zatem przyjrzeć, czy długość czasu trwania choroby wpływa jakkolwiek na charakterystykę autonarracji wśród tej grupy pacjentów i czy ewentualna długość chorowania przekłada się korzystnie na stabilizację wskaźników ich dobrostanu psychicznego.

### Podsumowanie

W centrum zainteresowania prezentowanego badania znalazły się język oraz formułowana dzięki niemu opowieść o sobie samym, czyli autonarracja, a także doświadczenie i diagnoza choroby psychotycznej bądź epizodu psychotycznego. W jego trakcie przyglądano się więc autonarracjom osób z rozpoznaniem zaburzenia psychotycznego oraz autonarracjom osób bez doświadczenia objawów psychotycznych w celu uchwycenia potencjalnych różnic charakteryzujących wypowiedzi obu grup oraz zależności między opowieścią o sobie samym a samooceną i spostrzeganym wsparciem społecznym narratorów tychże opowieści. U źródeł badania leżało

poszukiwanie odpowiedzi na ogólne pytanie o kształtującą rzeczywistość rolę języka. Postawione hipotezy dotyczyły możliwych związków między cechami formalnymi narracji (złożoność i niespójność) a poziomem samooceny i spostrzeganego wsparcia społecznego wśród osób z diagnozą zaburzenia psychotycznego w porównaniu z osobami bez doświadczenia choroby psychotycznej.

Należy wspomnieć o możliwych ograniczeniach przeprowadzonego badania. W psychologii narracyjnej wyróżnia się wiele metod badania narracji i autonarracji, m.in. analizę tematyczną [3], dialogiczną [47], lingwistyczną [48] czy ilościową [49]. Aspekt ilościowy w naszym badaniu wyrażał się przez mierzenie czasu wypowiedzi, zliczenie częstości i długości trwania pauz w wypowiedzi oraz zsumowanie wątków i słów składających się na całą wypowiedź osoby badanej. Niemniej każde z powyższych podejść do badania narracji wiąże się z różnego rodzaju ryzykiem oraz możliwościami.

Złożoność procesu analizy autonarracji oraz wielość możliwych kierunków interpretacyjnych zadecydowały o tym, że oprócz podążania za konkretnymi i szczegółowymi kryteriami wyodrębniania wątków zdecydowano się również na ilościową analizę autonarracji polegającą na przyglądaniu się jej cechom formalnym (takim jak np. czas wypowiedzi, liczba słów, długość pauz). Redukowano w ten sposób ryzyko stronniczego procesu analizy autonarracji. Nie bez wpływu w tego typu badaniach pozostaje także to, w jaki sposób pacjent stymulowany jest do tworzenia narracji. Szczególnie w nurcie konstrukcjonizmu społecznego, gdzie zakłada się, że już sama obecność badacza ma wpływ na narrację badanej osoby. Należy zatem założyć, że i w naszym projekcie zachodziła taka właśnie interakcja. Aby ów wpływ był możliwie jak najmniejszy bądź kontrolowalny, zadbano o to, aby procedura badania, mimo jej werbalnego charakteru, była jak najbardziej ustrukturyzowana (wywiady w obu grupach, klinicznej i kontrolnej, w zbliżonych warunkach przeprowadzał ten sam badacz, korzystając ze spisanych i wyuczonych na pamięć instrukcji dla osób badanych). Dołożyliśmy wszelkich starań, aby grupa kliniczna i kontrolna były do siebie jak najbardziej podobne, ale jak pokazuje tabela 2, nie udało się to do końca – grupy różnią się od siebie pod względem zmiennych psychospołecznych, takich jak praca i relacje. W kolejnych projektach badawczych planuje się ostrożniejszy dobór grupy kontrolnej pod względem parametrów socjodemograficznych.

Innym czynnikiem zakłócającym mogła być niejednorodność doświadczeń psychotycznych, które charakteryzują się tym, że ich przebieg może być skrajnie różny u różnych osób. A ponadto z objawami psychozy łączą się zaburzenia formalnego myślenia i mówienia, których nie można całkowicie kontrolować w badaniach klinicznych.

Podsumowując, można stwierdzić, że autonarracje osób z zaburzeniem psychotycznym były istotnie statystycznie mniej złożone niż autonarracje osób z grupy kontrolnej. Natomiast złożoność autonarracji, rozumiana jako liczba słów użytych we wszystkich wyodrębnionych wątkach łącznie podzielona przez liczbę wątków, jakie poruszyła dana osoba, wydaje się nie korelować z wynikiem samooceny oraz spostrzeganego wsparcia społecznego – ani w grupie badanej, ani w kontrolnej. Niespójność rozumiana jako suma wszystkich przerw w wypowiedzi danej osoby łącznie zdaje się ujemnie korelować z poziomem samooceny wśród osób bez doświadczenia

psychozy ( $r = -0,455$ ;  $p < 0,05$ ). Natomiast niespójność autonarracji w grupie osób z doświadczeniem psychotycznym nie różniła się istotnie statystycznie od poziomu niespójności autonarracji odnotowanej w grupie kontrolnej.

### Podziękowania

Autorzy są wdzięczni osobom biorącym udział w badaniu za poświęcony czas oraz zaangażowanie, a także pragną podziękować Ośrodkowi Edukacji Badań i Rozwoju oraz Poradni Zdrowia Psychicznego przy Szpitalu Klinicznym im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie za pomoc w gromadzeniu grupy badawczej. Szczególne podziękowania w tym zakresie należą się dr. Łukaszowi Cichockiemu oraz dr Barbarze Kędzierskiej.

### Piśmiennictwo

1. Boyd RL, Pennebaker JW. *Language-based personality: A new approach to personality in a digital world*. *Curr. Opin. Behav. Sci.* 2017; 18: 63–68. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.07.017>.
2. Civilotti C, Franceschinis M, Gandino G, Veglia F, Anselmetti S, Bertelli S i wsp. *State of mind assessment in relation to adult attachment and text analysis of adult attachment interviews in a sample of patients with anorexia nervosa*. *Eur. J. Investig. Health Psychol. Educ.* 2022; 12(12): 1760–1779. <https://doi.org/10.3390/ejihpe12120124>.
3. McAdams DP. *Exploring psychological themes through life-narrative accounts*. W: Holstein JA, Gubrium JF. red. *Varieties of narrative analysis*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.; 2012. S. 15–32.
4. Masters K. *Women's experiences of social anxiety disorder: Privileging marginalised perspectives and rewriting dominant narratives*. *International Mad Studies Journal* 2022; 1(1): e1–21. <https://doi.org/10.58544/imsj.v1i1.5244>.
5. Adler JM. *Living into the story: Agency and coherence in a longitudinal study of narrative identity development and mental health over the course of psychotherapy*. *J. Pers. Soc. Psychol.* 2012; 102(2): 367–389. <https://doi.org/10.1037/a0025289>.
6. Allé MC, Danion J-M, Berna F. *When narrative coherence is lacking: An analysis of autobiographical narratives in schizophrenia*. *Ann. Med. Psychol.* 2016; 174(8): 695–698. Doi: 10.1016/j.amp.2016.08.001.
7. Holshausen K, Harvey PD, Elvevåg B, Foltz PW, Bowie CR. *Latent semantic variables are associated with formal thought disorder and adaptive behavior in older inpatients with schizophrenia*. *Cortex* 2014; 55: 88–96. Doi: 10.1016/j.cortex.2013.02.006.
8. Corcoran CM, Cecchi GA. *Using language processing and speech analysis for the identification of psychosis and other disorders*. *Biol. Psychiatry Cogn. Neurosci. Neuroimaging* 2020; 5(8): 770–779. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2020.06.004>.
9. Rezaii N, Walker E, Wolff P. *A machine learning approach to predicting psychosis using semantic density and latent content analysis*. *NPJ Schizophr.* 2019; 5(1): 9. Doi: 10.1038/s41537-019-0077-9.
10. Bearden CE, Wu KN, Caplan R, Cannon TD. *Thought disorder and communication deviance as predictors of outcome in youth at clinical high risk for psychosis*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2011; 50(7): 669–680. Doi: 10.1016/j.jaac.2011.03.021.

11. Lewis B. *Narrative and psychiatry*. *Curr. Opin. Psychiatry* 2011; 24(6): 489–494. Doi: 10.1097/YCO.0b013e32834b7b7f.
12. Looi JC, Bastiampillai T, Allison S, Maguire PA. *Considering patient narrative-based and medico-scientific epistemologies in framing psychiatric care*. *Australas. Psychiatry* 2023; 31(1): 58–60. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36112795/>.
13. Pienkos E, Giersch A, Hansen M, Humpston C, McCarthy-Jones S, Mishara A i wsp. *Hallucinations beyond voices: A conceptual review of the phenomenology of altered perception in psychosis*. *Schizophr. Bull.* 2019; 45(Suppl 1): S67–S77. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby057>.
14. Chowdhary K, Chowdhary KR. *Natural language processing*. *Fund. Artif. Intell.* 2020: 603–649. [https://doi.org/10.1007/978-81-322-3972-7\\_19](https://doi.org/10.1007/978-81-322-3972-7_19).
15. Boag W, Kovaleva O, McCoy TH Jr, Rumshisky A, Szolovits P, Perlis RH. *Hard for humans, hard for machines: Predicting readmission after psychiatric hospitalization using narrative notes*. *Transl. Psychiatry* 2021; 11(1): 32. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-01104-w>.
16. Schilbach L, Timmermans B, Reddy V, Costall A, Bente G, Schlich T i wsp. *Toward a second-person neuroscience*. *Behav. Brain Sci.* 2013; 36(4): 393–414. Doi: 10.1017/S0140525X12000660.
17. Carr ES, Smith Y. *The poetics of therapeutic practice: Motivational interviewing and the powers of pause*. *Cult. Med. Psychiatry* 2014; 38(1): 83–114. <https://doi.org/10.1007/s11013-013-9352-9>.
18. Roche E, Creed L, MacMahon D, Brennan D, Clarke M. *The epidemiology and associated phenomenology of formal thought disorder: A systematic review*. *Schizophr. Bull.* 2015; 41(4): 951–962. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu129>.
19. Mackinley M, Chan J, Ke H, Dempster K, Palaniyappan L. *Linguistic determinants of formal thought disorder in first episode psychosis*. *Early Interv. Psychiatry* 2021; 15(2): 344–351. <https://doi.org/10.1111/eip.12948>.
20. Parola A, Simonsen A, Bliksted V, Fusaroli R. *Voice patterns in schizophrenia: A systematic review and Bayesian meta-analysis*. *Schizophr. Res.* 2020; 216: 24–40. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.11.031>.
21. Mota NB, Sigman M, Cecchi G, Copelli M, Ribeiro S. *The maturation of speech structure in psychosis is resistant to formal education*. *NPJ Schizophr* 2018; 4: 25. <https://doi.org/10.1038/s41537-018-0067-3>.
22. Leonhardt BL, Benson K, George S, Buck KD, Shaieb R, Vohs JL. *Targeting insight in first episode psychosis: A case study of Metacognitive Reflection Insight Therapy (MERIT)*. *J. Contemp. Psychother.* 2016; 46(4): 207–216. <https://doi.org/10.1007/s10879-016-9332-9>.
23. Bargaquast R, Schweitzer RD. *Enhancing sense of recovery and self-reflectivity in people with schizophrenia: A pilot study of metacognitive narrative psychotherapy*. *Psychol. Psychother. Theory Res. Pract.* 2014; 87(3): 338–356.
24. Bedi G, Carrillo F, Cecchi G, Slezak DF, Sigman M, Mota NB i wsp. *Automated analysis of free speech predicts psychosis onset in high-risk youths*. *NPJ Schizophr.* 2015; 1: 15030. <https://doi.org/10.1038/npschz.2015.30>.
25. Corcoran CM, Mittal VA, Bearden CE, Gur RE, Hitzenko K, Bilgrami Z i wsp. *Language as a biomarker for psychosis: A natural language processing approach*. *Schizophr. Res.* 2020; 226: 158–166. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.04.032>.
26. Bayer JMM, Spark J, Krcmar M, Formica M, Gwyther K, Srivastava A i wsp. *The SPEAK study rationale and design: A linguistic corpus-based approach to understanding thought disorder*. *Schizophr. Res.* 2023; <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.12.048>.

27. Howes C, Lavelle M, Healey PG, Hough J, McCabe R. *Disfluencies in dialogues with patients with schizophrenia*. W: *Proceedings of the 39th Annual Meeting of the Cognitive Science Society*; 2017
28. Tiernan B, Tracey R, Shannon C. *Paranoia and self-concepts in psychosis: A systematic review of the literature*. *Psychiatry Res.* 2014; 216(3): 303–313.
29. Morrison J. *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2016.
30. Trzebiński J. *Narracja jako sposób rozumienia świata*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2002.
31. Soroko E. *Poziom autonarracyjności wypowiedzi i użyteczność wybranych sposobów ich generowania*. Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Instytut Psychologii. Praca doktorska. 2007.
32. McAdams DP. *Personal narratives and the life story*. W: John OP, Robins RW, Pervin LA. red. *Handbook of personality: Theory and research*. New York: Guilford Press; 1999. S. 478–501.
33. Budziszewska M. *Wywiad biograficzny Dana McAdamsa – adaptacja polska i niektóre możliwości interpretacyjne*. *Przegląd Psychologiczny* 2013; 56(3): 347–362.
34. Rosenberg M. *Rosenberg self-esteem scale (RSES)*. 1965. Database record. APA psycTests.
35. Laguna M, Lachowicz-Tabaczek K, Dzwonkowska I. *Skala Samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody*. *Psychologia Społeczna* 2007; 2: 164–176.
36. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. *The multidimensional scale of perceived social support*. *J. Pers. Assess.* 1988; 52(1): 30–41. Doi: 10.1207/s15327752jpa5201\_2.
37. Buszman K, Przybyła-Basista H. *Polska adaptacja wielowymiarowej skali spostrzeganego wsparcia społecznego*. *Polskie Forum Psychologiczne* 2017; 22(4): 581–599. Doi: 10.14656/PFP20170404.
38. Moe AM, Breitborde NJ, Shakeel MK, Gallagher CJ, Docherty NM. *Idea density in the life-stories of people with schizophrenia: Associations with narrative qualities and psychiatric symptoms*. *Schizophr. Res.* 2016; 172(1–3): 201–205. Doi: 10.1016/j.schres.2016.02.016.
39. Bemrose HV, Akande IO, Cullen AE. *Self-esteem in individuals at ultra-high risk for psychosis: A systematic review and meta-analysis*. *Early Interv. Psychiatry* 2021; 15(4): 775–786. <https://doi.org/10.1111/eip.13034>.
40. Jahn DR, Leith J, Muralidharan A, Brown CH, Drapalski AL, Hack S i wsp. *The influence of experiences of stigma on recovery: Mediating roles of internalized stigma, self-esteem, and self-efficacy*. *Psychiatr. Rehabil. J.* 2020; 43(2): 97–105. <https://doi.org/10.1037/prj0000377>.
41. Bozikas V, Parlapani E. *Resilience in patients with psychotic disorder*. *Psychiatriki* 2016; 27(1): 13–16.
42. Arslan G. *Mediating role of the self-esteem and resilience in the association between social exclusion and life satisfaction among adolescents*. *Pers. Individ. Differ.* 2019; 151: 109514. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109514>.
43. Cechnicki A, Miquel V, Cichocki Ł, Kalisz A, Kaszyński H. *Jakość życia chorych na schizofrenię –7 do 12 lat po pierwszej hospitalizacji*. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2010; 19(1): 25–30.
44. Gayer-Anderson C, Morgan C. *Social networks, support and early psychosis: A systematic review*. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2013; 22(2): 131–146. Doi: 10.1017/S2045796012000406.
45. Cohen AS, Kim Y, Najolia GM. *Psychiatric symptom versus neurocognitive correlates of diminished expressivity in schizophrenia and mood disorders*. *Schizophr. Res.* 2013; 146(1–3): 249–253. Doi: 10.1016/j.schres.2013.02.002.

46. Jablensky A. *The diagnostic concept of schizophrenia: Its history, evolution, and future prospects*. Dialogues Clin. Neurosci. 2010; 12(3): 271–287. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.3/ajablensky>.
47. Blix BH, Hamran T, Normann HK. *Struggles of being and becoming: A dialogical narrative analysis of the life stories of Sami elderly*. J. Aging Stud. 2013; 27(3): 264–275. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2013.05.002>.
48. Pennebaker JW. *Expressive writing in psychological science*. Perspect. Psychol. Sci. 2018; 13(2): 226–229. Doi: 10.1177/1745691617707315.
49. Lee M, Martin GE, Hogan A, Hano D, Gordon PC, Losh M. *What's the story? A computational analysis of narrative competence in autism*. Autism 2018; 22(3): 335–344. <https://doi.org/10.1177/1362361316677957>.

Adres: Martyna Mazurek  
e-mail: Martyna.mazurek98.mm@gmail.com

Otrzymano: 22.09.2023  
Zrecenzowano: 1.03.2024  
Otrzymano po poprawie: 12.03.2024  
Przyjęto do druku: 12.03.2024