

**Renata Tomaszuk-Wieczorek,
Dawid Larysz**

Zaburzenia dyskursu w schizofrenii

Logopedia Silesiana 2, 60-72

2013

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

RENATA TOMASZUK-WIECZOREK

Centrum Zdrowia NZOZ Szpital Powiatowy w Mikołowie

DAWID LARYSZ

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Centrum Leczenia Zaburzeń OUN i Wspierania Rozwoju Dzieci „Kangur” w Sosnowcu

Zaburzenia dyskursu w schizofrenii

ABSTRACT: The main aim of the article is to show a spectrum of problems experienced by people with schizophrenia, which emerges as communication disorders. In the area of problems, etiology of the disease and its impact on the discourse are taken into account. The occurrence of disturbed areas of communication outlines a language model which may appear among people with schizophrenia.

KEY WORDS: schizophrenia, schizophrenic speech, discourse, speech disorder

Wstęp

Schizofrenię najczęściej można rozpoznać po treści oraz sposobie mówienia osoby chorej. Rozpad myśli i osobowości czy zaburzenia wytwórcze typu halucynacje i urojenia znajdują swoje odzwierciedlenie w sposobie mówienia oraz w wypowiedzianych treściach.

Schizofrenia jest zagadkowym i najgłębszym zaburzeniem zachowania. Pod tą nazwą kryje się nie jedna choroba, lecz zbiór wielu psychoz o zróżnicowanej etiologii. Najistotniejszym zaburzeniem w ramach schizofrenii jest zakłócony obraz rzeczywistości oraz samego siebie¹.

Emil Kraepelin jako pierwszy przedstawił opis symptomów schizofrenii (omamy, urojenia, upośledzenie uwagi, wycofanie społeczne), które – jak domniemywał – związane są z jedną chorobą *dementia praecox*. Owa łacińska nazwa odnosi się do dwóch podstawowych cech, które zauważył E. Kraepelin, a mianowicie do wczesnego początku choroby oraz do postępującej degradacji w zakresie funkcjonowania intelektualnego. U podstaw choroby doszukał się procesów zwyrodnieniowych

¹ K. KLIMASIŃSKI: *Elementy psychopatologii i psychologii klinicznej*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2000, s. 97.

mózgu, które prowadzą do pogarszania się stanu chorego, w końcu ku upadkowi bez możliwości wyleczenia². Kraepelin zauważył różnice, które umożliwiły oddzielenie schizofrenii od psychozy maniakalno-depresyjnej.

Badania przeprowadzone przez Eugena Bleulera potwierdziły, że choroba ta nie zawsze ma swój początek we wczesnym dzieciństwie i niekoniecznie powoduje degradację funkcji intelektualnych. Badacz ów wyróżnił objawy osiowe, takie jak: autyzm, rozszczepienie emocji, nieadekwatność uczuć, rozszczepienie myśli (rozkojarzenie, rozerwanie toku myśli), czyli przewaga procesu myśli pierwotnych nad wtórnymi. Zauważył także, że schizofrenii towarzyszą objawy psychotyczne typu halucynacje, urojenia, „dziwaczność” zachowania³. W efekcie zaproponował termin „schizofrenia”, który dosłownie „oznacza rozszczepienie, rozdźwięk (*schizo*) w umyśle (*phen*) pomiędzy percepcją a rzeczywistością (a nie między dwiema osobowościami)”. Zgodził się z Kraepelinowskim opisem symptomów choroby, który do dziś jest wykorzystywany w diagnozowaniu schizofrenii⁴.

Odmienne zdanie prezentował Adolf Meyer. Twierdził on mianowicie, że nie istnieją istotne różnice biologiczne i psychologiczne między schizofrenikami a osobami zdrowymi. Jego zdaniem poznawcze i behawioralne dezorganizacje są konsekwencją „deficytu przystosowania” i zaburzeń nawyków, co nie ma związku z zaburzeniami biologicznymi⁵.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako cechy schizofrenii wskazuje: zakłócenia myśli i spostrzegania oraz niedostosowany i splotony afekt. Charakterystycznymi objawami tej choroby – najczęściej występującymi – są: „echo myśli, nasyłanie oraz zabieranie myśli, rozgłaśnianie (odsłonięcie) myśli, spostrzeżenie urojeniowe oraz urojenia oddziaływania, wpływu i owładnięcia, głosy omamowe komentujące lub dyskutujące o pacjencie w trzeciej osobie, zaburzenia myśli, objawy negatywne”. Z postępem choroby może dojść do deficytów poznawczych⁶. Właściwie każda osoba cierpiąca na schizofrenię ma problem z koncentracją uwagi oraz z motywacją i niemożnością przeżywania radości⁷.

Według teorii Chrisa Jacksona proces chorobowy ośrodkowego układu nerwowego wyniszcza mechanizmy i struktury wyższe. W procesie tym prawidłowe funkcje psychiczne obniżają się bądź zanikają. Wiąże się to z zanikiem funkcji w obrębie

² M. BIRCHWOOD, CH. JACKSON: *Schizofrenia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne dla praktyków i pacjentów*. Gdańsk, GWP 2004, s. 30, 62.

³ *Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Red. L. GRZESIUK. Warszawa, PWN 1994, s. 295.

⁴ K.T. MUESER, S. GINGERICH: *Życie ze schizofrenią. Poradnik dla rodzin*. Poznań, Dom Wydawniczy Rebis 1996, s. 11–12.

⁵ G. ZALEWSKI: *Kontrowersje wokół schizofrenii*. Białystok, Wydawnictwo Trans Humana 2001, s. 39.

⁶ *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*. T. 1. Kraków, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius 1994, s. 310.

⁷ K.T. MUESER, S. GINGERICH: *Życie ze schizofrenią...*, s. 14.

struktur wyższych, czyli dochodzi do objawów negatywnych. Wyniszczenie odhamowuje funkcje niższego piętra, które nie pojawiają się u zdrowych osób, zostaje bowiem zakłócone prawidłowe funkcjonowanie mózgu.

Wieloletnie badania i eksperymenty udowodniły, że „nie każda osoba z symptomami psychotycznymi jest schizofrenikiem, a osoby ze schizofrenią nie zawsze są psychotykami. Podobnie, nie każdy pacjent schizofreniczny jest chory w sposób chroniczny i nie wszystkie przewlekłe choroby psychiczne klasyfikuje się jako schizofrenię”⁸. Nie należy również rozpoznawać schizofrenii u osób, u których wystąpiły liczne objawy depresyjne lub maniakalne oraz w przypadku poważnej choroby mózgu, a także gdy zaburzenia powstały na skutek zażycia bądź odstawienia pewnych substancji.

Etiologia schizofrenii

Ryzyko zachorowania na schizofrenię wynosi mniej niż 1%. Dotyczy w równym stopniu obu płci, jednakże w różnym przedziale wiekowym. U kobiet początek choroby objawia się najczęściej między 25. a 35. rokiem życia, a u mężczyzn – między 15. a 25. rokiem życia⁹. Szukając przyczyn schizofrenii, Antony C. Sutton wyróżnił trzy dziedziny wpływające na pacjenta. Są nimi:

- czynniki genetyczne – biorąc pod uwagę wyniki badań przeprowadzonych wśród bliźniąt i w rodzinach adopcyjnych, wskazuje się na podatność dziedziczenia schizofrenii (pogląd ten ma wielu przeciwników);
- środowisko rodzinne – rodzice osób chorych często pozostają w konflikcie i rywalizują o swoje dziecko, co prawdopodobnie przy predyspozycji genetycznej wywołuje stres, będący skutkiem schizofrenii;
- czynniki neurochemiczne – zachwiana równowaga biochemiczna z powodu nadmiernej ilości dopaminy¹⁰.

Daniel Weinberger przedstawił koncepcję neurorozwojową schizofrenii, w której „za istotny uważa się udział czynników uszkadzających przebieg prawidłowego rozwoju centralnego systemu nerwowego”¹¹.

Bardziej precyzyjne wyjaśnienie etiologii choroby proponują Adam Bilikiewicz, Janusz Lewandowski i Piotr Radziwiłłowicz. Dzielą przyczyny schizofrenii na:

⁸ Ibidem, s. 6.

⁹ A. BILIKIEWICZ, J. LANDOWSKI, P. RADZIWIŁŁOWICZ: *Psychiatria. Repetytorium*. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2003, s. 65.

¹⁰ A.C. SUTTON: *Psychologia dla pracowników socjalnych*. Gdańsk, GWP 2004, s. 161–162.

¹¹ *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. Red. T. GAŁKOWSKI, G. JASTRZĘBOWSKA. T. 2. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego 2003, s. 301.

- Czynniki genetyczne – uwzględnia się tu badania przeprowadzane wśród bliźniąt i w rodzinach adopcyjnych, podobnie jak podaje A.C. Sutton; nie istnieją rozstrzygające badania na ten temat, jednak Tim Crow twierdzi, że genów choroobotwórczych należy szukać wśród genów odpowiedzialnych za rozwój lateralizacji mózgowej i kompetencji językowej (tzw. pseudoautosomalny region chromosomów płciowych).
- Czynniki przed- i okołoporodowe (koncepcja neurorozwojowa) – z wywiadów wśród schizofreników i ich rodzin wynika, że choroba występuje częściej u osób, których matki przechodziły infekcje wirusowe, szczególnie w drugim trymestrze ciąży (powodujące dysfunkcje OUN), a także u osób, które w okresie okołoporodowym doznały urazu struktur hipokampa, kory mózgu oraz jąder podstawy.
- Układy neuroprzekąźnikowe w ośrodkowym układzie nerwowym – stwierdza się, że nadmierne wydzielanie dopaminy do układu limbicznego jest odpowiedzialne za wystąpienie objawów pozytywnych schizofrenii; objawy negatywne związane są z niedoborem dopaminy na drodze ze śródmózgowia do kory czołowej¹², odpowiedzialnej za planowanie i myślenie abstrakcyjne; dopamina jako neurotransmitter łączy regulację myślenia i reakcje emocjonalne, czyli dwie sfery upośledzone w schizofrenii¹³.
- Czynniki psychodynamiczne i rodzinne – w większości schizofrenicy cechują się prymitywnymi reakcjami obronnymi, co jest konsekwencją fiksacji we wczesnych stadiach rozwoju osobowości; badania wskazują na wpływ sytuacji rodzinnej na stan chorobowy osoby cierpiącej na schizofrenię; w rodzinie chorego zauważa się nieprawidłowe wzorce komunikowania się, a także patologię rodziny: „Członkowie rodzin chorych na schizofrenię często prezentują styl komunikowania się silnie naładowany emocjonalnie i krytykujący (*high expressed emotion*), często natarczywy i ingerujący, wywołujący poczucie winy (*negative affective style*). Usposabia on do występowania częstszych nawrotów choroby”¹⁴.
- Stresy i czynniki psychospołeczne – pierwszy epizod choroby, a także jej nawroty najczęściej wywołane są przez reakcję stresową; ponieważ chorzy na schizofrenię reprezentują deficyt kompetencji społecznych, takim stresorem może okazać się nadmierna stymulacja psychospołeczna, jednak zaniechanie takiej stymulacji może pogłębić u chorego objawy negatywne¹⁵.

Zaburzenia pojawiające się w schizofrenii mają charakter ciągły lub epizodyczny, kiedy występuje jeden albo kilka epizodów z pełną bądź częściową remisją. Występujące objawy mogą przejawiać deficyt postępujący lub mieć charakter stabilny¹⁶. Podczas zaostrzenia choroby pogarszają się symptomy chroniczne,

¹² A. BILIKIEWICZ, J. LANDOWSKI, P. RADZIWIŁŁOWICZ: *Psychiatria ...*, s. 68.

¹³ K.T. MUESER, S. GINGERICH: *Życie ze schizofrenią...*, s. 25.

¹⁴ A. BILIKIEWICZ, J. LANDOWSKI, P. RADZIWIŁŁOWICZ: *Psychiatria...*, s. 68.

¹⁵ *Ibidem*, s. 68.

¹⁶ *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych...*, s. 310.

a symptomy, które uległy remisji, powracają. Najczęściej w takiej sytuacji pacjent wymaga hospitalizacji¹⁷.

Badania przeprowadzone przez Jonesa i współpracowników udowodniły, że osoby chore na schizofrenię we wczesnym dzieciństwie zaczęły późno chodzić i trzy razy częściej miały problemy z mówieniem. Wybierały samotne zabawy, a ich osiągnięcia szkolne były ograniczone. W okresie adolescencji osoby te cechowały się niską interakcją społeczną oraz ogólnym lękiem. Okazało się, że matki osób, które w późniejszym czasie zachorowały na schizofrenię, miały problemy z wypełnianiem obowiązków rodzicielskich i z rozumieniem dziecka, co stało się przyczyną i/lub skutkiem trudności rozwojowych¹⁸.

Zaburzenia dyskursu w schizofrenii

Dyskursem jest – pozwalający się analizować – cały akt komunikacyjny, składający się z uporządkowanej wypowiedzi odwołującej się do racjonalnych argumentów, a także odtwarzającej spójny tok rozumowania. Michel Foucault za dyskurs uznaje teksty i wypowiedzi związane z określoną sferą życia społecznego, która niesie za sobą reguły i zależności wytwarzania komunikatów¹⁹. Należy jednak rozróżnić „tekst” i „dyskurs” – „tekst” w procesie komunikacji odnosi się do pojedynczego nadawcy, natomiast „dyskurs” obejmuje całokształt wymiany informacji pomiędzy osobami biorącymi udział w akcie komunikacji²⁰. Dyskurs jest także siłą określającą sposób ludzkich zachowań²¹. Określenie to stosowane jest jako przeciwieństwo wypowiedzi zawierającej elementy perswazyjne lub ekspresyjne. Dyskurs „określa zasady budowania różnych typów wypowiedzi i z tego względu współtworzy różne dziedziny działalności i różne sfery kultury. Rozumiany jest najszerszej jako zespół zachowań słownych, charakterystycznych dla danej kultury”²². Ida Kurcz uważa, że dyskurs składa się z minimum dwóch wypowiedzi posiadających początek i koniec. Wypowiedzi te powinny być ze sobą powiązane, najczęściej jako pytanie i odpowiedź w formie tekstowej lub konwersacyjnej. Przekładami dyskursu są: rozmowa, opowiadanie, lekcja szkolna, wykład, rozprawa w sądzie itp.²³

¹⁷ K.T. MUESER, S. GINGERICH: *Życie ze schizofrenią...*, s. 19.

¹⁸ M. BIRCHWOOD, CH. JACKSON: *Schizofrenia...*, s. 55–56.

¹⁹ M. FOUCAULT: *Archeologia wiedzy*. Warszawa, PIW 1977.

²⁰ O. PRZYBYŁA: *Akty mowy w języku nauczycieli*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 2004, s. 13–14.

²¹ M. PĄCHAŁSKA: *Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu*. T. 2. Warszawa, PWN 2007, s. 119.

²² *Dyskurs. W: Słownik pojęć i tekstów kultury. Terytoria słowa*. Red. E. SZCZĘSNA. Warszawa, WSiP 2002, s. 47.

²³ I. KURCZ: *Psychologia języka i komunikacji*. Warszawa, PWN 2000, s. 147; por. także O. PRZYBYŁA: *Akty mowy w języku nauczycieli...*

Dyskursowi towarzyszą składniki niewerbalne, takie jak: mimika, pantomimika, gesty, symptomy emocji, m.in. śmiech, prozodia, akcent, właściwości głosu oraz interpunkcja w tekście pisanym²⁴.

Celem analizy dyskursu jest ujawnienie „pojęciowych elizji i pomyłek, za pomocą których język sprawuje swoją władzę”²⁵, oraz wyjaśnienie mechanizmów oddziałujących na relacje społeczne, na które składają się:

- przedmioty, których wypowiedź dotyczy;
- miejsca, skąd padają wypowiedzi;
- pojęcia formułujące dyskurs;
- powstające motywy i teorie²⁶.

Głównymi czynnikami relacji społecznych kierowanych przez pewne reguły są rozumienie i interpretacja tego, co się mówi, robi²⁷. W chorobie, jaką jest schizofrenia, czynniki te są zaburzone.

Językowy model schizofrenii – schizofazja

Mowa osoby chorej na schizofrenię jest świadectwem specyficznego sposobu myślenia. Zdarza się, że język schizofrenika nie odbiega od przyjętych norm, jednakże prezentowana treść wypowiedzi świadczy o paranoidalnym myśleniu. Chory nadaje słowom szczególne, symboliczne znaczenie. Nieraz zdarza się, że chory nie znajduje odpowiednich słów, aby opisać swoje przeżycia, dlatego tworzy własne określenia, nadając im magiczny charakter. Antoni Kępiński zauważył, że w toku jednej wypowiedzi schizofrenika narastają lub pulsują fragmenty rozkojarzenia. Mimo tego zostaje zachowana poprawność artykulacyjna, gramatyczna, składniowa, a nawet słowotwórcza, pełna niezwykłych zestawień wyrazów²⁸.

Ten specyficzny rodzaj wypowiedzi nazwano schizofazją. Termin ten oznacza rozszczepienie mowy, czyli brak logicznego związku między fragmentami wypowiedzi, które zawierają bezmyślnie wypowiedziane bezsensowne dźwięki, słowa, głoski oraz fragmenty zdań. Schizofazja przejawia się jako zaburzenie toku mowy u osób chorych psychicznie²⁹ oraz nadużywających substancji psychoaktywnych³⁰. Jest ona

²⁴ I. KURCZ: *Psychologia języka i komunikacji...*, s. 156.

²⁵ D. HOWARTH: *Dyskurs*. Przeł. A. GĄSIOR-NIEMIEC. Warszawa, Oficyna Naukowa 2008, s. 15.

²⁶ *Ibidem*, s. 87.

²⁷ *Ibidem*, s. 196–198.

²⁸ A. KĘPIŃSKI: *Schizofrenia*. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1979, s. 65–78.

²⁹ E. M. SKOREK: *Z logopedią na ty. Podręczny słownik logopedyczny*. Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls 2009, s. 144–143.

³⁰ T. WOŹNIAK: *Standard postępowania logopedycznego w schizofazji*. „Logopedia”, T. 37: 2008, s. 314.

jednym z objawów procesu schizofrenicznego. Bardzo często osoba ze schizofazją mówi o sobie w drugiej lub trzeciej osobie z dominującą formą monologu. Dochodzić może również do całkowitego zerwania kontaktu z otoczeniem³¹.

David Forrest na podstawie własnych badań doszedł do wniosku, że nie istnieje swoisty „język schizofreniczny”. Jego zdaniem język używany przez schizofreników jest zbliżony do aktu poezji. Chory tworzy, a nie tylko opisuje, komunikuje, odgrywa³². Specyficzne są jednak pewne zjawiska językowe, stosowane przez chorych.

Zmiany językowe narastają stopniowo w logicznym ciągu: ubóstwo treści, zbaczanie wypowiedzi, nielogiczność, niedokojarzenie (niedostateczne różnicowanie), rozkojarzenie. Wypowiedzi przybierają formę „porozrywanych wątków, wzbogaconych o neologizmy, perseweraacje, echolalie i dziwne związki kojarzeniowe. Ciąg taki jest jednak bardziej teoretyczny niż praktyczny, trudno bowiem zaobserwować ową stopniowość narastania zmian struktury wypowiedzi”³³.

Temat zaburzeń językowych w schizofrenii podjął Tomasz Woźniak. Werbalne wypowiedzi osób chorych zostały przez niego zinterpretowane na podstawie własnych badań pacjentów ze schizofrenią oraz publikacji naukowych z tego zakresu. T. Woźniak współpracował z Andrzejem Czernikiewiczem, który twierdzi, że w schizofrenii występuje „regres do »dziecinnych« czy »barbarzyńskich« stylów myślenia przy uwzględnieniu rozwoju osobniczego lub gatunkowego człowieka”³⁴. Woźniak wyodrębnia dwa dominujące nurty w badaniach mowy w chorobach psychicznych: nurt opisowy / psycholingwistyczny, który ma na celu wskazanie specyfiki i odrębności języka w schizofrenii, oraz nurt lingwistyczny, który bada funkcjonowanie systemu języka w chorobach psychicznych. Wyróżnia się również dwie postawy: „spontaniczną” i „konkretną”. Ta druga dominuje u osób chorych na schizofrenię. Przejawia się redukcją znaczenia abstrakcyjnego słów, obniżeniem złożoności i metaforyczności wypowiedzi, niezdolnością do formułowania abstrakcyjnych koncepcji oraz błędami językowymi, wynikającymi z nadmiernego włączania kontekstu sytuacyjnego do wypowiedzi³⁵.

Stanisław Grabias wskazuje symptomy, łączące się w patologię językową w schizofrenii. Są nimi dysfunkcje:

- pamięci operacyjnej;
- strategii i organizacji myślenia;
- rozumienia;

³¹ E. KOZANECKA: *Zaburzenia komunikacji związane z zaburzeniami psychicznymi*. W: *Logopedia – pytania i odpowiedzi...*, s. 300.

³² *Schizofrenia, kultura i subiektywność – na krawędzi doświadczenia*. Red. J.H. JENKINS, R.J. BARRETT. Przeł. J. BOBRZYŃSKI. Kraków, Wydawnictwo Libron 2005, s. 49.

³³ E. KOZANECKA: *Zaburzenia komunikacji...*, s. 300.

³⁴ T. WOŹNIAK: *Zaburzenia języka w schizofrenii*. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej 2000, s. 21.

³⁵ Ibidem, s. 21.

- nazywania i fluencji słownej;
- pamięci operacyjnej;
- pamięci słuchowej krótkotrwałej³⁶.

Do oceny zaburzeń językowych najczęściej wykorzystuje się „Skalę do oceny myślenia, języka i komunikacji” (TLC), którą opracowała Nancy Adreassen, a na język polski przełożył A. Czernikiewicz. Skala ta dotyczy następujących fenomenów językowych:

- „1) Ubóstwo mowy – zmniejszenie ilości mowy spontanicznej, co powoduje, że odpowiedzi na pytania są krótkie i pozbawione dodatkowych informacji.
- 2) Ubóstwo treści – wypowiedzi są adekwatne do ich długości, ale przynoszą małą ilość informacji; język staje się dziwny, nadmiernie abstrakcyjny lub nadmiernie konkretny, występują repetycje i stereotypie.
- 3) Natłok mowy – wzrost ilości mowy spontanicznej w porównaniu z oczekiwaniami sytuacyjnymi lub społecznymi; wypowiedzi głośne, emfaticzne, trudne do przerwania, przy tempie przekraczającym 150 słów na minutę.
- 4) Mowa roztargniona – w czasie wypowiedzi lub dyskusji nadawca przerywa nagle tekst lub zdanie, ogniskując swoje zainteresowanie na aktualnych bodźcach zewnętrznych.
- 5) Uskokowość – odpowiedź na pytanie od początku jest oboczna lub w ogóle niezwiązana z tematem pytania.
- 6) Zbaczenie wypowiedzi – wzorce mowy spontanicznej, w której wypowiedzenia zbaczają z głównego wątku; w jednej wypowiedzi obserwuje się kilka niepowiązanych ze sobą tekstów.
- 7) Rozkojarzenie – wzorce mowy, w których tekst rozbity jest na poziomie zdań, często z zaprzeczeniem regułom gramatyki.
- 8) Nielogiczność – wzorce mowy, w których wnioski nie są osiągnięte w sposób logiczny.
- 9) Dźwięczenie – wzorce mowy, w których dźwięki mają decydujące znaczenie przy doborze słów.
- 10) Neologizmy – nowe formacje słowne, których pochodzenie wydaje się niezrozumiałe.
- 11) Przybliżenia słowne – używanie zwykłych słów w nowy, często prywatny sposób lub tworzenie nowych terminów za słów ogólnie znanych.
- 12) Drobiazgowość – wzorce mowy niebezpośredniej, przeładowanej detalami, ale bez cech natłoku mowy.
- 13) Utrata celu – niezdolność wypowiedzi do osiągnięcia naturalnego finału tekstu, ale bez wyraźnych cech zbaczania wypowiedzi.
- 14) Persewercje – ciągle używanie słów lub zdań na zasadzie repetycji, poza repetycjami uwarunkowanymi społecznie.

³⁶ S. GRABIAS: *Zaburzenia mowy*. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej 2001, s. 367.

- 15) Echolalia – wzorce mowy, w których odbiorca jak echo powtarza frazy pytającego, zwykle z jego intonacją.
- 16) Blokowanie – przerywanie ciągów zdaniowych co najmniej kilkusekundowymi blokami, przy czym nadawca nie uświadamia sobie obecności tych przerw.
- 17) Mowa sztuczna – wypowiedzi sztuczne, formalne, frazeologiczne, kaznodziej-skie, z innym niż oczekiwano genrem mowy.
- 18) Odnoszenie do siebie – nawracanie tematyczne wypowiedzi do osoby mówcy, pomimo ogólnego czy neutralnego tematu zadanego tekstu³⁷.

Badania wykazały, że w chorobie, jaką jest schizofrenia, powszechnie występują zaburzenia językowe. Najczęściej chorych cechują: ubóstwo treści (2), zaburzenia wypowiedzi (6) oraz mowa sztuczna (17). Rzadko spotyka się w schizofrenii dźwięczenie (9), neologizmy (10), rozkojarzenie (7), jednak występowanie każdego z nich świadczy nie tylko o zaburzeniach językowych, ale również o dezorganizacji psychicznej³⁸.

Specjaliści dążyli do ustalenia obszaru językowego, jaki najczęściej zostaje zaburzony w wypowiedziach schizofreników. Na podstawie badań wynioskowano, że:

- Składnia charakteryzuje się anakolutycznością wypowiedzi (są one pozbawione związku, nielogiczne) oraz zastosowaniem przeważającej liczby wypowiedzi pojedynczych, a tym samym redukcją zdań złożonych. Zdania są schematyczne. Należy jednak dokonać wnikliwej analizy, czy jest to spowodowane chorobą, czy też przeważnie niskim wykształceniem, a także ustalić, czy czynnikiem na to wpływającym jest fakt badania języka mówionego³⁹.
- Metatekst u osób chorych na schizofrenię występuje bardzo często. Analiza operatorów metatekstowych wskazuje na patologie językowe, takie jak redukcja wyrażen metatekstowych oraz budowanie tekstu opartego wyłącznie na operatorach metatekstowych przy bezsensownej treści. T. Woźniak interpretuje analizę metatekstu jako symptom myślenia konkretnego, czyli występowanie „niestałości i płynności sądów, podawanie danych w przybliżeniu, skłonność do persewacji, bierne spostrzeganie, wikłanie się przy próbach ogarnięcia całości”⁴⁰.
- Leksyka w badaniach sprowadza się do analizy powszechnie występujących w chorobie neologizmów. Zaobserwowano neologizmy strukturalne (5%), znaczeniowe (11%), formy obce oraz zapożyczone z innych języków (8,5%), formy pozasystemowe / idiolektalne (75%). Pojawia się nasilająca „dezintegracja związków między nazwą a znaczeniem”. Zaburzeniu ulegają znaczenia słów oraz relacje pomiędzy wyrazami⁴¹.

³⁷ T. WOŹNIAK: *Standard postępowania logopedycznego...*, s. 314–315.

³⁸ Ibidem, s. 315.

³⁹ IDEM: *Zaburzenia językowe w schizofrenii...*, s. 41–80 oraz 149–150; IDEM: *Narracja w schizofrenii*. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej 2005.

⁴⁰ IDEM: *Zaburzenia językowe w schizofrenii...*, s. 150–151.

⁴¹ Ibidem, s. 151–152.

- Fonetyka nie jest zaburzona z powodu choroby. Wskazuje się na zmianę poziomu głośności wypowiedzi chorego, co oznacza zmianę rodzaju i znaczenia wypowiedzi, z czym łączy się zmiana tematu, to zaś sugeruje pojawienie się nowych interakcji⁴², do których dochodzi w trakcie kontaktu interpersonalnego z inną „rzeczywistą” osobą z powodu objawów pozytywnych, np. omamów słuchowych.

Stwierdza się, że w schizofrenii dochodzi do naruszenia spójności syntaktycznej wypowiedzi, czyli do zaburzenia stopnia gramatycznej i systemowej budowy tekstu. W chorobie występuje brak poprawności gramatycznej wypowiedzi powiązanej metatekstem z odpowiednio zastosowanym czasem oraz zaimkami. Zaobserwować można również nieoczekiwane zmiany tematyczne, których nadawca nie wprowadza do wspólnego pola wiedzy z odbiorcą⁴³.

W zależności od fazy chorobowej dochodzi do pojawienia się „pojedynczych niezrozumiałych tematów, po których następuje powrót do głównej linii wypowiedzi, poprzez zwiększenie liczby tematów niezrozumiałych, aż po całkowite zerwanie komunikacji”⁴⁴.

Woźniak, podsumowując rozważania dotyczące spójności wypowiedzi, stwierdza, że „powiązanie zjawiska nakładania się wielu interakcji w procesie komunikacyjnym z jednoczesnym wynikającym z tego ustaniem działania kodu symbolicznego jest [...] jedynym klarownym sposobem wyjaśnienia procesu zaburzeń językowych w schizofrenii [...]. Wydaje się zatem, że nakładanie się wielu interakcji w jednym czasie jest wynikiem zupełnego zaburzenia w procesie rozróżnienia bodźców zewnętrznych i wewnętrznych”⁴⁵.

Jeżeli pod uwagę zostanie wzięty model zaburzeń językowych w schizofrenii, to okaże się, że u jego podstaw leży współzależność występujących w wypowiedziach chorych patologicznych zjawisk. Są nimi zaburzenia interakcji spowodowane nakładaniem się w tym samym czasie wielu interakcji (zewnętrznych i wewnętrznych) oraz przechodzenie z kodu symbolicznego do konkretnego i z powrotem.

Organizacja wypowiedzi w kodzie konkretnym charakteryzuje się:

- detalizacją i drobiazgowością opisu;
- gubieniem celu wypowiedzi;
- przyporządkowaniem słowom nowych znaczeń;
- posługiwaniem się paronimią (podobieństwem brzmieniowym).

Cechy te sprzyjają tworzeniu się neologizmów idiolektalnych⁴⁶.

W wypowiedziach chory miesza informacje, które nadaje dla świata zewnętrznego i wewnętrznego. U źródła tych zaburzeń tkwią omamy, najczęściej słuchowe,

⁴² Ibidem, s. 153.

⁴³ Ibidem, s. 153–160.

⁴⁴ Ibidem, s. 164.

⁴⁵ Ibidem, s. 171.

⁴⁶ Ibidem, s. 178.

będące „efektem zniesienia kontrolnej funkcji płatów czołowych i uaktywnienia się czynności pozostałej części mózgu, szczególnie płatów skroniowych”⁴⁷.

Ponieważ schizofrenia ma przebieg epizodyczny, nie dochodzi do trwałej konkretyzacji wypowiedzi. Zauważalny jest powrót do układu hierarchicznego, który pozwala utrzymać pożądany kontakt ze światem⁴⁸.

Zaburzenia komunikacji w schizofrenii

Napięcia emocjonalne towarzyszące chorobie osiągają apogeum wytrzymałości, człowiek oscyluje między uczuciami miłości, nienawiści i lęku⁴⁹. W schizofrenii z powodu nasilenia antagonizmu pęka bariera między otaczającą rzeczywistością a „ja” chorego, powodując zmieszanie się świata wewnętrznego i zewnętrznego. Wtedy to pacjent ma wrażenie, że jego myśli, uczucia i akty woli są odczytywane przez otoczenie, a nawet przez nie sterowane i nie zależą już od „ja”⁵⁰.

Schizofrenik w kontaktach interpersonalnych często milczy. Chory nie widzi sensu mówienia do kogoś, kto i tak go nie rozumie lub – w jego odczuciu – jest wrogo nastawiony. „Jego język stał się zbyt osobisty, prywatny, aby mógł posługiwać się nim jako środkiem komunikacji międzyludzkiej”. Chory często przekreśla swoje otoczenie⁵¹.

Z powodu dysfunkcji kory przedczołowej (tym samym elastyczności procesów poznawczych, zdolności myślenia abstrakcyjnego, monitorowania własnych czynności psychicznych) świadomość chorego oraz krytyczna ocena własnych nieprawidłowych przeżyć są ograniczone⁵². Skutkuje to jakością kontaktów międzyludzkich. Rozpoznawanie skutków zaburzeń oraz ich wpływu na otoczenie wymaga zdolności uświadomienia sobie, w jaki sposób jest się postrzeganym przez otoczenie. Rozpoznawanie perspektywy ocen innych stanowi podstawę prawidłowych relacji społecznych⁵³.

Poważną barierą komunikacyjną dla chorego jest środowisko szpitalne, gdzie panują specyficzne układy stosunków między pracownikami a podopiecznymi. Relacje te mogą wpłynąć na pacjenta terapeutycznie lub – wręcz przeciwnie – traumatycznie, ponieważ w miejscu tym pacjent musi uczyć się nowej roli. Szpital jako

⁴⁷ Ibidem, s. 173.

⁴⁸ Ibidem, s. 180.

⁴⁹ A. KĘPIŃSKI: *Poznanie chorego*. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1989, s. 157.

⁵⁰ Ibidem, s. 158–159.

⁵¹ Ibidem, s. 147.

⁵² I. NIEDŹWIEDZKA, A. KUEHN-DYMECKA, J. WCIÓRKA: *Wgląd w chorobę a funkcjonowanie poznawcze osób chorych na schizofrenię*. „Psychiatria Polska”, T. 42: 2008, nr 6, s. 944.

⁵³ Ibidem, s. 952.

obce środowisko jest także źródłem stresu ze względu na brak kontaktu z najbliższymi oraz obawę przed diagnozą, a także niejednokrotnie niehumanitarnym postępowaniem personelu. Pacjent zamyka się w sobie, jeżeli odczuwa, że jest traktowany przedmiotowo jako obiekt eksperymentalny bądź jako „ciekawny przypadek”, szczególnie gdy na codziennym obchodzie lekarskim widzi wiele obcych osób, np. studentów, którzy rozmawiają o pacjencie w sposób dla niego niezrozumiały lub, co gorsza, milczą i zapada cisza. W chorym rodzą się nieufność i brak wiary w słowa swojego lekarza. Lekceważenie jego potrzeb oraz niedotrzymanie obietnicy przez lekarza są ogromnym ciosem dla pacjenta⁵⁴.

W środowisku domowym członkowie rodziny zastanawiają się, czy przyczyną zachowania chorego są objawy schizofrenii czy jego osobowość. Ta niejasność sytuacji odzwierciedla się w zaburzonej komunikacji między członkami rodziny, ponieważ nie wiadomo, czy chory jest odpowiedzialny za swoje zachowanie⁵⁵.

W poradniku dla rodzin, w których egzystuje osoba chora na schizofrenię, proponuje się pewne strategie umożliwiające poprawę wzajemnej komunikacji, m.in.:

- ustanowienie dobrego kontaktu wzrokowego;
- mówienie wolne, krótkimi zdaniem i z regularnymi pauzami;
- zwięzłość i mówienie na temat;
- stawianie otwartych pytań sprawdzających, jak druga osoba zrozumiała rozmowę;
- w przypadku dużej trudności z komunikowaniem się, ponawianie próby rozmowy w innym czasie⁵⁶.

Badania Georga W. Browna, Georga Morrisona Carstairsa oraz Geffreya Toppinga wskazują, że osoby chore na schizofrenię, które zdecydowały się zamieszkać z rodziną, są bardziej narażone na nawrót choroby niż osoby mieszkające oddzielnie. Spowodowane jest to nadmiernym „zaangażowaniem emocjonalnym krewnych”⁵⁷.

Podsumowanie

Klinicyści i badacze mają problemy – z punktu widzenia chorych – ze zrozumieniem schizofrenii, ponieważ nie doświadczyli jej osobiście, nie mają informacji „z pierwszej ręki”, nie zostali też poddani leczeniu neuroleptykami, a tym samym nie odczuwali ich skutków ubocznych, nie doświadczyli również hospitalizacji czy

⁵⁴ M. HEBANOWSKI, J. KLISZCZ, B. TRZECIAK: *Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem*. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1999, s. 72–76.

⁵⁵ K.T. MUESER, S. GINGERICH: *Życie ze schizofrenią...*, s. 173.

⁵⁶ Ibidem, s. 287.

⁵⁷ M. BIRCHWOOD, CH. JACKSON: *Schizofrenia...*, s. 81.

przymusowego leczenia. Przeszkodą – w rozumieniu schizofrenika – nie są więc jedynie chęci, ale również możliwości⁵⁸.

Jakie zaburzenia językowe prezentuje pacjent chory na schizofrenię? – odpowiedź na to główne pytanie badawcze nie jest prosta. Osoba chora na schizofrenię po zastosowaniu skutecznego leczenia, wypisana do domu, prezentuje w wypowiedziach jedynie ubóstwo mowy. Udzielane przez nią odpowiedzi na pytania są krótkie i rzeczowe. Nieliczne pomyłki w wypowiedzianiu obcojęzycznych słów używanych powszechnie mogą być spowodowane niskim wykształceniem lub potocznym wyrażaniem się wśród kolegów. Najwięcej zaburzeń językowych prezentują osoby, które – według KSOS – prezentują schizofazję w stopniu lżejszym i ciężkim. Występują wtedy: zbaczanie wypowiedzi, ubóstwo treści, natłok mowy, uskokowość, nielogiczność, dźwięczenie, neologizmy, przybliżenia słowne, perseweracje. Objawy schizofazji prawie zawsze świadczą o złym rokowaniu⁵⁹.

Uważa się, że dobre rokowanie ustąpienia epizodu schizofrenii jest możliwe, jednak u większości pacjentów zachodzi konieczność stosowania długotrwałej terapii podtrzymującej. Mniej optymistyczna wizja dotyczy osób, które doświadczają częstych nawrotów chorobowych oraz u których stosowana terapia nie jest skuteczna wobec objawów schizofrenii⁶⁰. Istnieją dowody, że nadanie życiu codziennemu sformalizowanych ram skutkuje pozytywnie w dalszym funkcjonowaniu pacjenta. Im dzień jest lepiej zorganizowany, tym symptomy chorobowe są mniej zauważalne oraz występuje mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań destrukcyjnych. Należy jednak stopniowo wprowadzać zmiany w życiu chorego, ponieważ zbyt wiele bodźców może być nadmiernie stresujących⁶¹.

Zauważyć można pewną tendencję schizofazji, a mianowicie im poważniejszy jest stan psychiczny pacjenta, tym więcej ujawnia się zaburzeń językowych. Niemniej jednak nie wszystkie zaburzenia językowe występujące u jednego schizofrenika powtórzą się u innej osoby cierpiącej na schizofrenię. Dowodzi to nieschematyczności tej choroby oraz różnorodności osobowości, a także zachowanej indywidualności pacjentów, mimo zachorowania na tę samą jednostkę chorobową. Jednak zawsze przebieg schizofrenii jest jak pożar – wybucha gwałtownie, pali się spokojnie, po czym wygasa, zostawiając po sobie popioły i zgliszcz⁶².

⁵⁸ Schizofrenia, kultura i subiektywność..., s. 322.

⁵⁹ T. WOŹNIAK: *Standard postępowania logopedycznego...*, s. 315.

⁶⁰ M. HASLAM: *Psychiatria*. Poznań, Wydawnictwo Zysk i s-ka 1997, s. 228.

⁶¹ K.T. MUESER, S. GINGERICH: *Życie ze schizofrenią...*, s. 270–271.

⁶² A. KĘPIŃSKI: *Schizofrenia...*, s. 56.