

Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii

Language dimension of chronic schizophrenia

ANDRZEJ CZERNIKIEWICZ^{1,2}, TOMASZ WOŹNIAK¹

Z: 1. Zakładu Logopedii UMCS w Lublinie
2. Katedry i Kliniki Psychiatrii AM w Lublinie

STRESZCZENIE. Autorzy prezentują wzajemne interakcje pomiędzy patologią językową a obrazem klinicznym schizofrenii. Język (i jego patologia) wydają się być „oknem”, przez które można „ogłądać” patologię schizofreniczną. Proponują podział schizofazji na trzy poziomy: patologię tekstu, zdania oraz słowa. Omawiają wyniki badań lingwistycznych tekstów osób ze schizofrenią na poziomie analiz składniowych, leksykalnych oraz dyskursywnych.

SUMMARY. Mutual interactions between language pathology and clinical picture of schizophrenia are discussed. Language (and its pathology) seem to be a „window” through which schizophrenic pathology can be „seen”. Three levels are distinguished in schizophasia, representing pathology of utterance, sentence, and a word. Findings of linguistic studies of texts produced by schizophrenic patients are discussed on the level of syntactic, lexical, and discursive analysis.

Słowa kluczowe: schizofrenia / zaburzenia językowe
Key words: schizophrenia / language disorders

ZAMIAST WSTĘPU: JĘZYK I SCHIZOFRENIA

Związki pomiędzy dwoma odrębnymi zjawiskami jakimi są system językowy człowieka oraz schizofrenia, nie są tylko związkami przypadkowymi lub empirycznymi – sądzimy w oparciu o dane z literatury, iż związki te są związkami przyczynowymi, zarówno w sensie rozwoju gatunku ludzkiego, jak i w osobniczym rozwoju każdej osoby cierpiącej na schizofrenię. Prezentujemy poniżej istotne przesłanki wnioskowania łączącego schizofrenię z systemem językowym człowieka (*i vice versa*):

-
- schizofrenia jest zaburzeniem psychicznym [2, 14],
 - człowiek jest mówiącym ssakiem [1],
 - schizofrenia wiąże się z dysfunkcją płatów czołowych (*hypofrontality*) oraz dys-

funkcją dominującego płata skroniowego (*hypotemporality*) [5, 13],

- system językowy ma skroniowo-czołową lokalizację w półkuli dominującej [12],
 - lokalizacja w genomie kompetencji językowej oraz predyspozycji do schizofrenii jest bliska [7],
 - formalne zaburzenia językowe (i myślenia) stanowią jedno z podstawowych kryteriów rozpoznawania schizofrenii we wszystkich systemach diagnostycznych [2, 14],
 - większość chorych z przewlekłą schizofrenią prezentuje zaburzenia wypowiedzi; zaburzenia te korelują z chronicznością psychozy, są „oporne” na leczenie atypowe [8],
 - określenie „język schizofreniczny” jest sformułowaniem potocznym.
-

SCHIZOFAZJA – KLINICZNY OPIS ZJAWISKA

Większość systemów diagnostycznych w psychiatrii opisuje zaburzenia w wypowiedziach chorych na schizofrenię w sposób nazbyt ogólny, np. DSM IV używa następujących terminów: zdezorganizowana mowa (np.: zbaczanie wypowiedzi *slip of track*, *derailment*; uskokowość *tangentiality*; rozkojarzenie *incoherence*) [2]. Dlatego też całością patologii językowej w schizofrenii (na podstawie badań własnych) proponujemy nazwać schizofazją, nadając temu terminowi różne od dawnego znaczenie [10].

Schizofazję należy rozumieć jako utratę funkcji komunikacyjnej języka, występującą zwykle w przebiegu schizofrenii, szczególnie w jej przewlekłej postaci. Istotą językową schizofazji jest zaburzenie spójności wypowiedzi na wszystkich jej poziomach (semantycznym, syntaktycznym, pragmatycznym), co powoduje, że wypowiedź tego typu jest odbierana jako częściowo lub całkowicie niezrozumiała.

Mówiąc o schizofazji trzeba pamiętać, iż nie jest ona zjawiskiem jednorodnym oraz, że: (1) schizofazja osiąga różny stopień nasilenia (patologii) [3, 8], (2) na schizofazję składają się różne zjawiska językowe, najczęściej jest to dysfunkcja spójności wypowiedzi [8], (3) znamy nieliczne przykłady, zarówno nieschizofatycznych wypowiedzi osób ze schizofrenią, jak i schizofatycznych wypowiedzi osób zdrowych [19].

Na podstawie informacji o organizacji języka oraz o wzajemnych korelacjach fenomenów schizofatycznych (w ujęciu skali TLC wg Andreasen) proponujemy następującą typologię schizofazji [4, 9]:

- schizofazja na poziomie wypowiedzi (tekstu), to
 - (1) *pozytywna schizofazja* (ps), a więc: (wg sformułowań skali TLC) natłok mowy, jej drobiazgowość, sztuczność wypowiedzi;
 - (2) *schizofazja związana z koherencją* wypowiedzi (ks) – to wypowiedzi roztarg-

nione, uskokowe, zbaczające z „linii wypowiedzi”, nie osiągające celu, odnoszone do siebie, z cechami dźwięczenia; oraz (3) *negatywna schizofazja* (ns) – ubóstwo treści wypowiedzi, ilościowe ubóstwo mowy, blokowanie wypowiedzeń.

- schizofazja na poziomie wypowiedzenia (zdania), to inaczej *schizofazja syntaktyczna* (ss), a więc rozkojarzenie na poziomie wypowiedzeń, ich nielogiczność
- schizofazja na poziomie morfemu (słowa), to inaczej *leksykalna schizofazja* (ls), a więc metonimie, neologizmy, perseweracje.

Przykład schizofazji (pacjent odpowiada na pytanie „dlaczego ludzie chorują?”):

a to jest nie słuchać matki ojca a człowiek bierze na siebie słowem co wypowiedzieć uprzejmym nie ma śmiałości miłości między rodzicami i patrzenia na rodziców jako sympatię jeden drugiego ja to że jest ja staram się chodzić do kościoła i czciciele ^ ja mam jakiś taki wybuchowy temperament histeryczny historyczny temperament i przykro mi ^ przypominam w kościele i przyjechali i skojarzyłem sobie kitle lekarzy i ten księży sutannę ^ w tego je się w tego ja drugie czego przyjął ja ^ i bardzo podobne śpi szpital to są jeszcze przyczyny genetyczne to jest genetyka lejman luthof rosental roze rozenberg.

Strzałki pokazują rozbicie tekstu na kilka odrębnych fragmentów (schizofazja na poziomie tekstu), podkreślenia – wypowiedzenia, które nie są związane z syntaktyką (schizofazja na poziomie zdania), pogrubienia – te słowa, które są neologizmami (schizofazja na poziomie słowa).

Analiza wyników badań (z zastosowaniem skali TLC) tekstów wytwarzanych przez osoby chore na schizofrenię wskazuje, że za schizofazję są odpowiedzialne, bez względu na język mówców, te same fenomeny schizofatyczne. Najczęstsze fenomeny schizofazji (wg skali TLC) to: u Andreasen (1979, j. angielski): zbaczanie wypowiedzi,

ubóstwo treści, utrata celu, u Andreasen i Grove'a (1986, j. angielski): zbaczenie wypowiedzi, ubóstwo treści, utrata celu, u Obiolsa i wsp. (1989; j. hiszpański): zbaczenie wypowiedzi, ubóstwo treści; u Czernikiewicza (1989, 1993, j. polski): ubóstwo treści, zbaczenie wypowiedzi, utrata celu [4, 5, 8, 9, 16].

Metaanaliza zaburzeń schizofatycznych w okresie remisji schizofrenii wskazuje, że fenomenami wyraźnie wtedy występującymi są: zbaczenie wypowiedzi, ubóstwo treści oraz utrata celu [8, 16]. Tak więc w obrazie schizoafazji decydujące są te fenomeny językowe, które rozbijają spójną strukturę wypowiedzi.

SCHIZOFAZJA

– LINGWISTYCZNY OPIS ZJAWISKA

Psychiatria jest szczególną dyscypliną medyczną, w której lekarz w praktyce musi uwzględnić procesy dotyczące człowieka w skali *makro* i *mikro*. Za płaszczyznę opisu mikro uznajemy ze Searle'm procesy dokonujące się na poziomie neurofizjologicznym, związane ze zmianami fizyko-chemicznymi w czasie procesów neuronalnych, czyli wszystko to co w tradycji nauk medycznych zwykło wiązać się z mózgiem i ośrodkowym układem nerwowym. Natomiast procesy opisywane w skali *makro* wiążą się ze świadomością człowieka, subiektywnymi wrażeniami i reprezentacją świata w tej sferze zjawisk, które nazywamy „umysłowymi” [17]. Rozróżniamy zatem w opisie pojęcia: „mózg” i „umysł”. Umysł traktujemy jako właściwość mózgu ludzkiego, którą można określić poprzez: świadomość, intencjonalność, zawarte treści psychiczne, a mówiąc dokładniej semantyczne, z których wiele oddziałuje przyczynowo, powodując fizyczne wydarzenia w świecie.

Jedną z najistotniejszych cech ludzkiego umysłu jest język. Przyjmujemy w tym miejscu tezę wynikającą z badań Łuriji, że nie da się właściwie oddzielić ludzkiej mowy od myślenia i poprzez analizę zjawisk językowych możemy dotrzeć do procesów myśle-

nia na poziomie umysłu, a być może w dalszej kolejności do odsłonięcia pewnych mechanizmów neurofizjologicznych na poziomie mózgu [12]. Konsekwentne postępowanie według przyjętej wyżej tezy prowadzi do wniosku, że wykorzystanie danych lingwistycznych w psychiatrii może być niezwykle pomocne i użyteczne. Wiąza się z tym jednak dwa zastrzeżenia.

Po pierwsze, dotychczas stosowane w psychiatrii opisy zjawisk językowych występujących w różnych chorobach psychicznych są mało wartościowe dla określenia natury tych zjawisk, mimo niewątpliwie dużej wartości klinicznej opisywanych przypadków. Po drugie, lekarze nie mają, bo nie muszą mieć, wystarczającej wiedzy lingwistycznej dla opisu zjawisk zaburzeń mowy występujących w chorobach psychicznych.

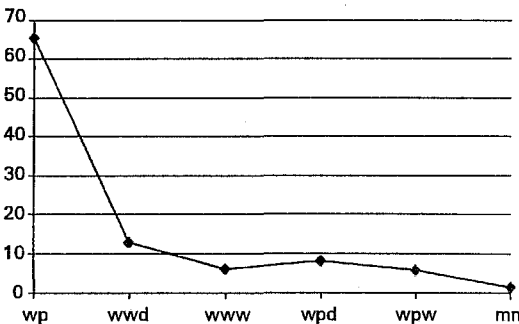
Rozwiązaniem jest więc ścisła współpraca lingwisty, który wie o psychiatrii tyle by uchwycić problem, i psychiatry, który wie o lingwistyce na tyle dużo aby przełożyć wyniki analiz lingwistycznych na „język” praktyki klinicznej. W rezultacie ma to dać szeroki i systematyczny przegląd zjawisk językowych występujących w chorobach psychicznych, dokonany przy wykorzystaniu ścisłych reżimów metodologicznych lingwistyki, który byłby jednocześnie możliwy do zrozumienia i wykorzystania w klinice.

Prezentacja danych lingwistycznych zostanie zawężona do trzech kierunków, które uznajemy za najważniejsze w charakterystyce wypowiedzi schizofrenicznych. Będą to kolejno analizy: składniowe, leksykalno-semantyczne i dyskursywne.

Analizy składniowe

Wielu autorów właśnie w składni upatruje specyfiki wypowiedzi schizofrenicznych [15, 18]. Opracowano nawet kwestionariusz BSA (*Brief Syntactic Analysis*), w którym zmienne określają złożoność składniową, liczbę błędów w zdaniach oraz niepłynność wypowiedzi. Otrzymane wyniki wskazują na istotne różnice pomiędzy pacjentami schizofrenicznymi a osobami maniakalnymi oraz

zdrowymi, w zakresie częstości używania zdań pojedynczych – schizofrenicy mają tendencję do ich nadużywania, co ma reprezentować uproszczenie ich syntaktyki [18]. W prezentowanych badaniach własnych złożoność składniową analizowano na materiale 3000 wypowiedzi 12 osób schizofrenicznych z rozpoznaniem przewlekłej schizofrenii paranoidalnej i oceniano w 6 kategoriach (rys. 1.): wypowiedzenia pojedyncze (wp), wypowiedzenia współrzędne dwuskładkowe (wwd), wypowiedzenia współrzędne wieloskładkowe (www), wypowiedzenia podrzędne dwuskładniowe (wpd), wypowiedzenia podrzędne wieloskładniowe (wpw) oraz mowa niezależna (mn) [20].



Rys 1. Średni profil złożoności składniowej wypowiedzi uwzględnionych w badaniach (liczba wypowiedzi = 12, liczba wypowiedzi = 3000) – w procentach ogółu wypowiedzi (objaśnienie kategorii syntaktycznych w tekście powyżej).

Analizy syntaktyczne ilościowe są zbieżne z wynikami Thomasa i wskazują na uproszczenie złożoności składniowej wypowiedzi, wyrażające się wyraźnym wzrostem liczby zdań pojedynczych w wypowiedziach pacjentów schizofrenicznych, co koreluje dodatkowo ze stanem nasilenia psychozy – w ciężkich przypadkach wskaźnik ten sięgał czasem ponad 90% (przy średniej – 65,54%).

Analizy syntaktyczne jakościowe ograniczamy do jednego wniosku – na ogół realizowany jest schemat zdania, natomiast zaburzona zostaje łączliwość składniowo-zdaniowa wyrazów wewnątrz zdania, zwana ko-

notacją linearną, np. „...to są chłopci ludzkich lasów wyrębów...” Nie ma w języku polskim, bo nie może być, relacji: chłopci > lasów, lasów >> ludzkich, ludzkich >>> wyrębów.

Analizy leksykalne

Wyniki analiz ilościowych materiału leksykalnego, który liczył ok. 20000 wyrazów wykazują, że neologizmy jako zjawiska uznane za typowe dla schizofrenii stanowią jedynie ok. 2% wszystkich analizowanych wyrazów. Grupa ta ma jednak nadzwyczaj nietypową strukturę, bo 3/4 tych neologizmów stanowią wyrazy, które nic nie znaczą, np.: *szantko*, *tra wyzyt*, *delibro*, *suteszyć*, czy jedyny przykład eksplikacji znaczenia użytej formy: „*eseraria... eseraria znaczy nie wolno*”.

Analizy leksykalne jakościowe odsłaniają mechanizmy tworzenia neologizmów w schizofrenii, najczęściej polegające na podobieństwie brzmień, przy wykorzystaniu dowolnej części wyrazu, np. „...*a te kółka jak fluidy lui luizjanę tu widzę...*” Prezentowane tu obserwacje można częściowo objaśnić schematem produkcji wypowiedzi w schizofrenii (wg Chaiki), gdzie tworzona wypowiedź nie jest kontrolowana przez jej schizofrenicznego nadawcę i „żyje dalszym własnym życiem”, oderwanym od rzeczywistości realnej [6].

Analizy dyskursywne

Dyskurs można pojąć jako wymianę informacji między nadawcą a odbiorcą, przebiegającą według społecznie ustalonych reguł, znanych indywidualnym uczestnikom życia społecznego [11]. Lingwistyczne analizy dyskursu schizofreników przynoszą bardzo interesujące wnioski. Na podstawie przeprowadzonych analiz jesteśmy w stanie udowodnić w oparciu o materiał językowy, że w schizofrenii dochodzi do specyficznego nakładania się różnych interakcji w czasie jednej wypowiedzi. Stawiamy tutaj tezę, że wysoce prawdopodobne jest, że na skutek omamów słuchowych, występujących powszechnie w schizofrenii paranoidalnej, poja-

wiają się dodatkowi inerlokutorzy w wewnętrznym świecie schizofrenicznego nadawcy [10, 13]. Stąd znajdujemy fragmenty wypowiedzi odnoszące się do bodźców wewnętrznych. Sygnalizowane jest to m.in. zmianą tematu, rodzaju wypowiedzi i siły głosu. Fakt, że wypowiedź sformułowana w odniesieniu do bodźców wewnętrznych interferuje z wypowiedzią skierowaną na zewnątrz staje się częstym powodem niespójności wypowiedzi [20]. Interferencja wielu interakcji językowych doprowadza do rozpadu strukturę komunikacyjną wypowiedzi i ma absolutnie podstawowy wpływ na inne zaburzenia językowe w schizofrenii. Dopiero suma omawianych wyżej zjawisk daje obraz zaburzeń językowych w schizofrenii.

PIŚMIENNICTWO

1. Aitchison J: Ssak, który mówi. PWN, Warszawa 1991.
2. American Psychiatric Association: DSM IV. American Psychiatric Press, Washington DC 1995.
3. Andreasen NC: Thought, language, and communication disorders. II: Diagnostic significance. Arch. Gen. Psychiatry 1979, 36, 1325–1330.
4. Andreasen NC: Scale for the assessment of thought, language, and communication (TLC). University of Iowa, Iowa City 1980.
5. Andreasen N.C: From mind to molecule. American Psychiatric Press, Washington DC 1994.
6. Chaika E: A unified explanation for the diverse structural deviations reported for adult schizophrenics with disrupted speech. J. Comm. Disord. 1982, 15, 167–189.
7. Crow T: Constraints on concepts of pathogenesis: Language and the speciation process as the key to etiology of schizophrenia. Arch. Gen. Psychiatry 1995, 52, 1011–1014.
8. Czernikiewicz A: Zaburzenia językowe w schizofrenii paranoidalnej. Niepublikowana praca doktorska. AM, Lublin 1989.
9. Czernikiewicz A: Language disorders and frontal lobe dysfunction in schizophrenia. Abstrakty X Światowego Kongresu Psychiatrii, Madryd 1996.
10. Czernikiewicz A, Woźniak T: Schizofazja. W: Grabias S.: Encyklopedia zaburzeń mowy (w druku).
11. Grabias S: Język w zachowaniach społecznych. Wyd. UMCS, Lublin 1994.
12. Łurija AR: Podstawy neuropsychologii. (Tłum.). PZWL, Warszawa 1976.
13. McGuire PK, Silbersweig DA, Wright I: Abnormal perception of inner speech: A physiological basis to auditory hallucinations. Lancet 1995, 346, 596–600.
14. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta. Rozdział V: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Vesalius, Kraków 1994.
15. Morice RD, Ingram JCL: Language analysis in schizophrenia: Diagnostic implications. Aus. NZ J. Psychiatry 1982, 16, 11–21.
16. Obiols J, Nieto E, Vieta E, Guarch I: Language evaluation in schizophrenic and bipolar patients. Maszynopis pracy wygłoszonej na VIII Światowym Kongresie Psychiatrii, Ateny 1989.
17. Searl J: Umysł, mózg i nauka. Warszawa 1995.
18. Thomas P: The reliability and characteristics of The Brief Syntactic Analysis. Br. J. Psychiatry 1996, 168, 334–343.
19. Von Block S: Schizolingustik. Bonn 1982.
20. Woźniak T: Zaburzenia językowe w schizofrenii. Niepublikowana praca doktorska. UMCS, Lublin 1996.

Adres: Dr Andrzej Czernikiewicz, ul. Królowej Jadwigi 9/30, 20-282 Lublin