

## Zaburzenia językowe w schizofrenii paranoidalnej

*Language disorders in paranoid schizophrenia*

ANDRZEJ CZERNIKIEWICZ

*Z Katedry i Kliniki Psychiatrii AM w Lublinie*

**STRESZCZENIE.** *Celem weryfikacji hipotezy, iż osoby cierpiące na schizofrenię paranoidalną prezentują często zaburzenia językowe, przeanalizowano wypowiedzi 60 chorych (30 osób z postacią podprzewlekłą i 30 osób z postacią przewlekłą). Do analizy lingwistycznej wykorzystano skalę TLC wg Andreasen. U badanych osób stwierdzono wysoki poziom patologii językowej w okresie ostrym psychozy, natomiast na początku remisji badani przejawiali umiarkowane zaburzenia językowe. Wykazano większe nasilenie "pozytywnych" zaburzeń językowych i "luźnych skojarzeń" w grupie chorych przewlekle, natomiast nie znaleziono związku pomiędzy poziomem "negatywnej" patologii językowej a przewlekłością schizofrenii paranoidalnej.*

**SUMMARY.** *In order to verify the hypothesis that persons suffering from paranoid schizophrenia often manifest language disorders, 60 schizophrenic patients (30 with sub-chronic and 30 with chronic schizophrenia) were examined. Linguistic analysis of their utterances was conducted using the TLC scale by Andreasen. A high level of linguistic pathology was found in patients in an acute psychotic state, while at the beginning of remission their language disorders were moderate. In the group of chronic patients the frequency of "positive" language disorders and "free associations" was higher, but no relationship was found between the "negative" linguistic pathology level and paranoid schizophrenia chronicity.*

---

**Słowa kluczowe:** schizofrenia paranoidalna / zaburzenia językowe / formalne zaburzenia myślenia / skala TLC

**Key words:** paranoid schizophrenia / language disorders / formal thought disorders / TLC scale

---

Większość definicji schizofrenii, poczynając od Kraepelina i Bleulera, a obecnie kończąc na DSM-III-R i ICD-10, zawiera informacje o diagnostycznym znaczeniu zaburzeń komunikacji językowej (5, 9, 10, 14, 15, 20). Współcześni klinicyści zajmujący się tym problemem obserwują w wypowiedziach osób chorych na schizofrenię różnorodne kategorie patologii językowej, które można podzielić na dwie klasy zaburzeń: (a) zaburzenia semantyczne i (b) zaburzenia syntaktyczne oraz zaburzenia na poziomie dyskursu (tekstu) (19). Badania tego zagadnienia, do których zalicza się niniejsza praca, mają następujące cechy charakterystyczne:

- (a) przyjęcie modelu, w którym opisuje się realizację językową (wypowiedzi) osób z zaburzeniami psychicznymi (w tym przypadku cierpiących na schizofrenię);
- (b) eklektyzm na poziomie teorii lingwistycznych;
- (c) ścisłe definiowanie i weryfikowanie patologii poszczególnych fenomenów językowych;
- (d) analizowanie tekstu ustnego produkowanego przez mówcę w sytuacji wypowiedzi spontanicznej (6, 19).

Wyniki tego typu prac można przedstawić następująco:

- (1) "zaburzenia językowe w schizofrenii" stanowią heterogenną grupę dysfunkcji o różnej wadze diagnostycznej, niektóre z nich występują w wypowiedziach osób z innymi zaburzeniami psychicznymi, a nawet w wypowiedziach ludzi psychicznie zdrowych;
- (2) znamienne dla wypowiedzi osób cierpiących na schizofrenię są trzy klasy zaburzeń: "pozytywne zaburzenia językowe", "negatywne zaburzenia językowe" i "luźne skojarzenia";
- (3) podane wyżej klasy zaburzeń językowych korelują z obserwowaną przez lingwistów patologią językową na poziomie spójności tekstu;
- (4) wysoki poziom patologii językowej koreluje dodatnio z wysokim poziomem psychopatologii ogólnej, przewlekłością schizofrenii i wczesnym wiekiem zachorowania (1, 2, 6, 7, 11, 15).

## CEL

Głównym celem niniejszej pracy była analiza związków zachodzących między stanem klinicznym a patologią językową osób chorujących na schizofrenię paranoidalną. W pracy tej porównano patologię wypowiedzi osób chorujących na schizofrenię paranoidalną podprzewlekłe i przewlekłe, dokonując jednocześnie próby opisu obserwowanych u nich fenomenów językowych.

## BADANI I METODA

60 osób spełniających kryteria schizofrenii paranoidalnej wg DSM-III było badanych klinicznie bezpośrednio po przyjęciu do szpitala psychiatrycznego (ostra faza psychozy - badanie I) i bezpośrednio przed wypisem (początek remisji - badanie II). Od badanych oraz na podstawie ich historii choroby zbierano informacje osobowe i kliniczne. Ich stan kliniczny oceniano przy użyciu skal: BPRS wg Overalla i Gorhama, SOZP wg Jaroszyńskiego i wsp. Badanych podzielono na dwie 30-osobowe podgrupy: (1) osoby z czasem trwania schizo-

frenii od 6 miesięcy do 3 lat (chorzy podprzewlekłe - podgrupa S); (2) osoby chorujące ponad 5 lat (chorzy przewlekłe - podgrupa C). Wiek badanych wahał się pomiędzy 18 a 40 lat (średnio wynosił 29 lat), przy czym chorzy chronicznie byli znacząco starsi ( $p < 0.05$ ). W obu podgrupach było 15 mężczyzn i 15 kobiet. Czas trwania schizofrenii paranoidalnej wynosił średnio 66 miesięcy i był znacząco dłuższy w podgrupie C (114 miesięcy vs 19 miesięcy;  $p < 0.001$ ). Osoby chore przewlekłe miały znacząco wyższe wyniki w zakresie wskaźników: długość i liczba dotychczasowych hospitalizacji. Z drugiej strony, wyniki obu podgrup nie różniły się statystycznie w zakresie następujących wskaźników: długość trwania obecnej hospitalizacji, stosowane metody leczenia, poziom edukacyjny, iloraz inteligencji mierzonej skalą Wechsler-Bellevue.

W trakcie obu badań z każdą osobą przeprowadzano wywiad składający się z odpowiedzi na 6 otwartych pytań zogniskowanych na 3 obszarach językowych: "ja", "moja rodzina", "moje sądy o świecie". Odpowiedzi na tak zadawane pytania nagrywano na taśmę magnetyczną, a następnie poddawano analizie lingwistycznej. Tematy obu pytań podane są w tabeli 1.

Tabela 1. *Tematy wypowiedzi diagnostycznych pacjentów.*

---



---

### Badanie I

- (1) "Dzieciństwo", "Zainteresowania"
- (2) "Rodzina", "Najbliższa osoba"
- (3) "Wiara w Boga", "Choroby"

### Badanie II

- (1) "Plany na przyszłość", "Ulubiona książka lub film"
  - (2) "Zmiany w otoczeniu", "Przyjaciel"
  - (3) "Pomoc", "Kłamstwo"
- 
- 

Wypowiedzi badanych analizowano przy użyciu skali TLC wg N.C. Andreasen (*Scale*

for the Assessment of the Thought, Language and Communication) (3). Ten instrument badawczy ocenia występowanie 18 kategorii językowych w skali 0-3 lub 0-4. Dodatkowo ocenie poddawany jest globalny poziom patologii językowej (klasa G) i 3 klasy zaburzeń językowych: zaburzenia pozytywne (ZP), zaburzenia negatywne (ZN) i luźne skojarzenia (LS). Opis instrumentu badawczego zawiera aneks.

## WYNIKI I DYSKUSJA

Statystyczna analiza wyników średnich (używano testu t-Studenta) obu podgrup ujawniła: (a) brak istotnych statystycznie różnic pomiędzy wynikami oceny stanu psychicznego (skale BPRS i SOZP) w odniesieniu do

badania I; (b) istotnie statystycznie wyższe wyniki podgrupy C w tych skalach w czasie badania II (dla BPRS  $p = 0.04$ ; dla SOZP  $p = 0.01$ ). rednie wyniki patologii językowej ocenianej globalnie (G) oraz wyniki klas ZP, ZN i LS przedstawione są w tabeli 2.

Statystyczna analiza zebranych powyżej danych wskazuje, że obie podgrupy w okresie ostrym miały zbliżone wyniki w odniesieniu do ogólnej patologii językowej, natomiast w okresie remisji podgrupa C prezentowała znacząco wyższy poziom tejże patologii. Jednocześnie obie podgrupy w okresie ostrym przejawiały znaczną lub ciężką patologię językową, która w okresie remisji zmniejszała się do poziomu umiarkowanego, co jest zgodne z wynikami innych prac z użyciem tego narzędzia badawczego (4, 6, 8, 16, 17).

Tablica 2. Wyniki oceny ogólnej patologii językowej (G) oraz klas: ZP, ZN i LS wg TLC w grupach chorych podprzewlekle - S ( $n = 30$ ) i przewlekle - C ( $n = 30$ ).

Klasy	Badanie	Grupa	M	t =	p
G	I	S	1,83	1,508	NS
		C	2,27		
	II	S	0,77	3,694	<0,001
		C	1,53		
ZP	I	S	4,20	3,213	<0,01
		C	7,67		
	II	S	2,07	3,279	<0,01
		C	4,30		
ZN	I	S	1,97	0,788	NS
		C	2,23		
	II	S	1,00	1,429	NS
		C	1,40		
LS	I	S	4,00	2,868	<0,01
		C	7,10		
	II	S	1,77	3,560	<0,001
		C	4,00		

M = średnia

t = wartość testu t-Studenta

p = poziom istotności

Analiza wyników klasach ZP, ZN i LS wskazuje, że wypowiedzi pacjentów chronicznych charakteryzują się istotnie statystycznie wyższym poziomem patologii językowej ujętych w klasach: zaburzenia pozytywne i luźne skojarzenia (w czasie obu badań). Obserwacja ta podkreśla znaczenie zaburzeń spójności strukturalnej w powstawaniu patologii językowej u osób z przewlekłą schizofrenią paranoidalną (12, 13, 19). Z drugiej strony nie wystąpiły statystycznie istotne różnice pomiędzy średnimi wynikami obydwu grup w odniesieniu do klasy zaburzeń negatywnych.

Podtrzymuje to wcześniejsze wnioski z pracy Andreasen i Grove'a, że osoby ze schizofrenią mają tendencję do rezydualności negatywnych zaburzeń językowych, które z kolei często są predyktorem złego rokowania. Można sądzić, że negatywne zaburzenia językowe są w znacznym stopniu niezależne od obecności objawów psychotycznych i przewlekłości psychozy, wydając się lokować w pobliżu "jądra" prawdziwej schizofrenii (4, 6).

Częstotliwość występowania patologii w poszczególnych kategoriach TLC w badaniu I i II prezentuje tabela 3.

Tablica 3. Częstość (%) występowania objawów patologii językowej (\*kategorie 1-18 wg TLC) w grupach chorych podprzewlekle (S) i przewlekle (C) w badaniu I i II

Kategoria TLC	Badanie I			Badanie II		
	S	C	p**	S	C	p**
Ubóstwo mowy	43,3	20,0	NS	40,0	23,3	NS
Ubóstwo treści	76,7	90,0	NS	33,3	70,0	<0,01
Natłok mowy	26,7	56,7	<0,02	23,3	23,3	NS
Roztargnienie	43,3	66,7	NS	13,3	36,7	<0,04
Uskokowość	56,7	73,3	NS	26,7	53,3	<0,04
Zbaczenie wypowiedzi	63,1	80,0	NS	36,7	80,0	<0,001
Rozkojarzenie	3,3	36,7	<0,04	3,3	16,7	NS
Nielogiczność	73,3	73,3	NS	43,3	56,7	NS
Dźwięczenie	10,0	23,3	NS	0,0	3,3	NS
Neologizmy	3,3	26,7	<0,02	6,7	16,7	NS
Przybliżenia słów	33,3	63,3	<0,03	23,3	46,7	NS
Drobiazgowość	30,0	36,7	NS	6,7	13,3	NS
Utrata celu	73,3	80,0	NS	36,7	73,3	<0,01
Persewercja	13,3	26,7	NS	0,0	10,0	NS
Echolalia	10,0	6,7	NS	0,0	3,3	NS
Blokowanie	73,3	33,3	<0,01	36,7	33,3	NS
Mowa sztuczna	46,7	60,0	NS	36,7	53,3	NS
Odnoszenie do siebie	63,3	66,7	NS	23,3	36,7	NS

\*- wynik wyższy lub równy 1

\*\* - wg testu  $\chi^2$  i współczynnika siły związku

Pacjenci chroniczni przejawiali częstsze występowanie patologii językowej w czasie obu badań w odniesieniu do większości kategorii TLC. W okresie ostrym pacjenci chroniczni ujawniali znacząco częstsze występowanie następujących fenomenów językowych: natłok mowy, rozkojarzenie, neologizmy oraz przybliżenia słowne. W okresie remisji przewlekle chorzy prezentowali znacząco częściej: ubóstwo treści, mowę rozrąganą, uskokowość, zbaczanie wypowiedzi, utratę celu. Potwierdza to wcześniejsze obserwacje, że zaburzenia wypowiedzi w przewlekłej schizofrenii, a zwłaszcza w jej rezydualnym okresie są spowodowane zaburzeniami spójności tekstu (12, 19).

Wreszcie, zbliżone wyniki prac z użyciem TLC wg Andreasen w obszarach języków: angielskiego, portugalskiego, hiszpańskiego i polskiego wskazują na użyteczność tego narzędzia w badaniach wypowiedzi osób ze schizofrenią, bez względu na ich język macierzysty (1, 2, 4, 8, 13, 16, 17, 18).

## WNIOSKI

1. U badanych osób chorych na schizofrenię paranoidalną funkcje językowe w okresie zaostrzenia choroby kształtowały się na poziomie znacznej patologii. W okresie remisji, mimo dużej poprawy stanu klinicznego badanych, ich funkcje językowe nadal odbiegały od normy, kształtując się na poziomie umiarkowanej patologii.
2. Grupa badanych osób z przewlekłą schizofrenią paranoidalną charakteryzowała się, w porównaniu z chorymi podprzewlekle, wyższym poziomem ogólnej patologii językowej oraz częstszym występowaniem "pozytywnych zaburzeń językowych" i "luźnych skojarzeń". Niewielka natomiast różnica między tymi grupami w poziomie "negatywnych zaburzeń językowych" wydaje się wskazywać, że tego typu patologia jest związana z podstawowym procesem schizofrenicznym.
3. Objawy patologii językowej stwierdzone w wypowiedziach badanych osób, szczególnie w okresie rezydualnym psychozy, spowodowane są przez niespójną strukturę tych wypowiedzi.
4. Skala Oceny Myślenia, Języka i Komunikacji wg Andreasen (TLC) jest użytecznym narzędziem w analizie zaburzeń językowych występujących w wypowiedziach osób cierpiących na schizofrenię paranoidalną i może być pomocna w diagnostyce tej psychozy.

## PIŚMIENNICTWO

1. Andreasen N.C.: Thought, Language, and Communication Disorders. I. Clinical Assessment, Definition of Terms and Evaluation of their Reliability. Arch. Gen. Psychiatry 1979, 36, 11, 1315-1321.
2. Andreasen N.C.: Thought, Language, and Communication Disorders. II. Diagnostic Significance. Arch. Gen. Psychiatry 1979, 36, 11, 1325-1330.
3. Andreasen N.C.: Scale for the Assessment of Thought, Language, and Communication. University of Iowa. Iowa City 1980.
4. Andreasen N.C., Grove W.M.: Thought, Language, and Communication in Schizophrenia: Diagnosis and Prognosis. Schizophr. Bull. 1986, 12, 3, 348-358.
5. Bleuler E.: Dementia praecox or the group of schizophrenias. (Thum.) International Universities Press, New York 1950.
6. Czernikiewicz A.: Zaburzenia językowe w schizofrenii paranoidalnej. praca doktorska, AM Lublin, 1989.
7. Czernikiewicz A.: Language disorders in paranoid schizophrenia. W: Psychiatry Today: Accomplishments and Promises, Excerpta Medica, Amsterdam - Oxford - New York 1989.
8. Czernikiewicz A.: Pomiar zaburzeń językowych w grupie osób chorych na schizofrenię paranoidalną. Psychiatr. Pol. 1990, 2, 142-145.
9. DSM-III, APA. Washington D.C., 1979.
10. DSM-III-R. APA. Washington D.C., 1987.
11. Faber R., Abrams R., Taylor M.A., Kasprison A., Morris C., Weisz R.: Comparison of Schizophrenic Patients with Formal Thought Disorder and Neurologically Impaired Patients with Aphasia. Am. J. Psychiatry 1983, 138, 10, 1348-1352.
12. Grove W.M., Andreasen N.C.: Language and Thinking in Psychosis: Is there an input abnormality. Arch. Gen. Psychiatry 1985, 42, 1, 26-32.
13. Hub Faria I., Luisa Figueira M.: Mental models about the self in paranoid schizophrenic discourse: An analysis of clinical interviews. Communication and Cognition, 1989, 22, 2, 135-144.
14. Kraeepelin E.: Psychiatrie, III Band: Klinische Psychiatrie, von Barth Verlag, Leipzig, 1904.

15. Marengo J., Harrow M., Lanin-Kettering I., Wilson A.: Evaluation of Bizarre - Idiosyncratic Thinking: A Comprehensive Index of Positive Thought Disorder. *Schizophr. Bull.* 1986, 12, 3, 497-512.
16. Obiols J., Nieto E., Vieta E., Guarh J.: Language Evaluation in Schizophrenic and Bipolar Patients, Department of Psychiatry, School of Medicine, University of Barcelona, 1990.
17. Oltmanns T.F., Murphy R., Berenbaum H., Dunlop S.R.: Rating verbal communication impairment in schizophrenia and affective disorders. *Schizophr. Bull.* 1985, 11, 2, 292-299.
18. Resnick H.S., Oltmanns T.F.: Hesitation Patterns in the Speech of Thought - Disordered Schizophrenics and Manic Patients. *J. Abnorm. Psychol.* 1984, 93, 1, 80-86.
19. Rochester S.R., Martin J.R.: Crazy Talk: A Study of the Discourse of Schizophrenic Speakers. Plenum Press, New York 1979.
20. WHO - ICD-10, Geneva 1989.

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

## ANEKS

### SCALE FOR THE ASSESSMENT OF THOUGHT, LANGUAGE AND COMMUNICATION (TLC wg N.C. Andreasen w tłumaczeniu autora)

1. Ubóstwo mowy (UM, *poverty of speech*) - zmniejszenie ilości mowy spontanicznej, co powoduje, iż odpowiedzi na pytania są krótkie i pozbawione dodatkowych informacji.
2. Ubóstwo treści (UT, *poverty of content*) - chociaż wypowiedzi są tu adekwatne w rozumieniu ich długości, to przenoszą zbyt małą ilość informacji. Język staje się dziwny, nadmiernie abstrakcyjny lub nadmiernie konkretny, występują repetycje i stereotypie.
3. Natłok mowy (NM, *pressure*) - wzrost ilości mowy spontanicznej w porównaniu z oczekiwaniami sytuacyjnymi lub społecznymi.
4. Mowa rozrągniona (MR, *distractibility*) - w czasie wypowiedzi lub dyskusji pacjent przerywa tekst w środku myśli lub zdania zmieniając go na tekst nawiązujący do aktualnych bodźców zewnętrznych.
5. Uskokowość (U, *tangentiality*) - odpowiedź na pytanie jest oboczna, uskokowa lub w ogóle nie związana z tematem - zaburzenie dotyczy tylko pytania i odpowiedzi.
6. Zbaczenie wypowiedzi (ZW, *derailment*) - wzorce mowy spontanicznej, w której myśli zbaczają z głównego wątku będąc niepowiązanymi lub powiązanymi obocznie.
7. Rozkojarzenie (RK, *inkoherence*) - wzorce mowy, w których tekst rozbity jest na poziomie zdania z zaprzeczeniem regułom gramatycznym.
8. Nielogiczność (NL, *illogicality*) - wzorce mowy, w których wnioski nie są osiągane w sposób logiczny.
9. Dźwięczenie (D, *clanging*) - wzorce mowy, w których dźwięki mają decydujące znaczenie przy doborze słów.
10. Neologizmy (N, *neologisms*) - nowe formacje słowne, których pochodzenie jest niezrozumiałe.
11. Przybliżenia słowne (PS, *word approximations*) - używanie zwykłych słów w nowy, często prywatny sposób lub tworzenie nowych słów ze słów ogólnie znanych.
12. Drobiazgowość (DR, *circumstantiality*) - wzorce mowy niebezpośredniej, przeładowanej detalami.
13. Utrata celu (UC, *loss of goal*) - niezdolność wypowiedzi do osiągnięcia jej naturalnego celu.

14. Persewercje (P, *perseverations*) - ciągle używanie słów lub zdań na zasadzie repetycji.
15. Echolalia (E, *echolalia*) - wzorce mowy, w których pacjent jak echo powtarza frazy pytającego.
16. Blokowanie (B, *blocking*) - przerywanie ciągów zdaniowych co najmniej kilkusekundowymi przerwami.
17. Mowa sztuczna (MS, *stilted speech*) - wypowiedzi nadmiernie sztuczne, formalne lub frazeologiczne.
18. Odnoszenie do siebie (OS, *self-reference*) - nawracanie wypowiedzi do osoby mówcy pomimo innego zadanego tematu.

Klasa Globalnej Oceny Zaburzeń Językowych (G).

Klasa Zaburzeń Pozytywnych (ZP) - suma wyników NM + U + ZW + RK + NL

Klasa zaburzeń negatywnych (ZN) - suma UM + UT

Klasa luźnych skojarzeń (LS) - suma U + ZW + RK + NL + D