

Sprawność komunikacyjna osób ze schizofrenią paranoidalną

Magdalena Bury

STRESZCZENIE

Poznawcze i językowe możliwości osób chorych psychicznie, które determinują przebieg zachowań komunikacyjnych opisywane są na gruncie wielu dyscyplin naukowych: psycholingwistyki, psychiatrii, psychologii i logopedii. Tematem niniejszej pracy uczyniono sprawności komunikacyjne osób ze schizofrenią paranoidalną będące zawsze wykładnikiem umysłowych sprawności człowieka. Badanie przeprowadzono w klinice psychiatrii w Lublinie. Wzięło w nim udział pięć osób: dwie kobiety i trzech mężczyzn w wieku od 21 do 40 lat. Chorzy na schizofrenię paranoidalną zostali przebadani próbami eksperymentalno-klinicznymi do oceny sprawności komunikacyjnych (realizowanie językowych reguł społecznych, sytuacyjnych i pragmatycznych). Materiał empiryczny został poddany analizie jakościowej. W artykule przedstawiono przykłady najbardziej specyficznych dla badanej grupy osób realizacji poszczególnych sprawności komunikacyjnych. Na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, iż schizofrenia doprowadza do zaburzeń w realizowaniu reguł komunikacji językowej.

SŁOWA KLUCZOWE

choroby psychiczne, schizofazja, reguły interakcji, zachowania językowe w schizofrenii

Communication skills of people with paranoid schizophrenia

SUMMARY

Cognitive and linguistic abilities of people suffering from mental illnesses that determine the performance of communication behaviour are described in the context of various scientific disciplines: psycholinguistics, psychiatry, psychology, and logopedics. Communication skills of people suffering from paranoid schizophrenia are the topic of this work. These are always the indicators of human mental abilities. The study was conducted in the psychiatry clinic in Lublin. It involved five participants: two women and three men aged 21 to 40. Patients suffering from paranoid schizophrenia were tested with experimental clinical trials that assessed communication skills (implementation of social, situational, and pragmatic language rules). The empirical data underwent a qualitative analysis. The article presents examples of the performance of particular communication skills that are the most specific for the studied group of people. On the basis of the obtained data, it may be said that schizophrenia leads to disorders in the implementation of linguistic communication rules.

KEY WORDS

mental illnesses, schizophasia, interaction rules, linguistic behaviour in schizophrenia

POJĘCIE SPRAWNOŚCI KOMUNIKACYJNEJ

Punktem wyjścia do rozważań o stanie sprawności komunikacyjnych u osób ze schizofrenią jest teoria interakcji Stanisława Grabiasa. Badacz rozumie interakcję jako układ dwu przylegających do siebie procesów: nadawania znaczeń zachowaniom ludzkim oraz dostosowywania ich do powszechnie panujących wzorców. Proces ten dokonuje się tylko poprzez język (Grabias, 2007). Językowe reguły komunikacji decydują o strukturze wypowiedzi i o doborze wypełniających tę strukturę środków językowych. Zasady budowania wszystkich wypowiedzi można ująć w następującym twierdzeniu: kształt wypowiedzi zależy od tego kto, do kogo, w jakiej sytuacji i w jakim celu mówi, czyli od biologicznych i psychicznych możliwości mówiącego (sprawność systemowa), od biologicznych i umysłowych możliwości odbiorcy i od jego rangi społecznej (sprawność społeczna),

od sytuacji, której wypowiedź dotyczy (sprawność sytuacyjna) i celu, jaki nadawca chce osiągnąć (sprawność pragmatyczna) (Grabias, 2012).

Językowa sprawność systemowa to umiejętność budowania wypowiedzi gramatycznie poprawnych. System językowy to z kolei zbiór znaków i zespół reguł gramatycznych, które pozwalają ze znaków mniej skomplikowanych formalnie i znaczeniowo budować znaki bardziej skomplikowane (Grabias, 1980). Językowa sprawność społeczna wiąże się z odgrywaniem ról społecznych w procesie komunikacji i polega na dostosowaniu środków językowych do możliwości odbiorcy oraz do funkcji, jaką pełni on w społeczeństwie. Role językowe właściwe danej społeczności tworzą układ hierarchiczny, a każda z nich dysponuje pewnym zasobem środków językowych. Językowym rolom społecznym przysługują swoiste zasady korzystania ze środków językowych, ujawniające się przede wszystkim na poziomie składni i w zakresie form wypowiedzi. O istocie językowych ról społecznych decydują rangi rozmówców, ustawiające ich w pozycji równorzędności lub podrzędności i nadrzędności oraz rodzaj kontaktu: oficjalny lub nieoficjalny (przyjacielski), indywidualny lub grupowy, trwałe lub sporadyczny (Grabias, 2003). Przy definiowaniu kolejnej sprawności – sytuacyjnej – ważne jest uwzględnienie wszystkich jej składników. Komponenty sytuacji użycia języka budują swoisty łańcuch determinacyjny, rozpoczynający się od rozmówców, którzy zawsze pojawiają się w jakimś czasie i miejscu. Odbierają temat wypowiedzi i jeśli znają język, a ich możliwości psychofizyczne pozostają w normie, odbierają także kanał przekazu informacji. Będzie on zależny nie tylko od ich woli, ale również od tematu rozmowy i jej uwarunkowań czasowo-przestrzennych. Zdecydowawszy się na temat i kanał przekazu, rozmówcy mogą tworzyć tekst zgodnie z kulturowymi regułami gatunku wypowiedzi (Grabias, 2003). Ostatnia z wyróżnionych przez Grabiasa sprawności komunikacyjnych to językowa sprawność pragmatyczna, która oznacza osiągnięcie celu założonego przez nadawcę wypowiedzi. W teorii aktów mowy intencja jest polem istnienia kilku językowych funkcji pragmatycznych, do których zalicza się funkcje: modalną, emocjonalną, informacyjną i działania (Grabias, 2003).

Istotą komunikacji jest współpraca, językowy kontakt nadawcy z odbiorcą, użycie języka, różne okoliczności kulturowe, społeczne, psychiczne, językowe, czasowe, przestrzenne oraz dzielenie się wiedzą o świecie i podtrzymywanie wzajemnych więzi. Reguły komunikowania się ludzi muszą uwzględniać następujące czynniki: poznawcze, społeczno-kulturowe, anatomiczno-fizjologiczne, osobowościowe, stan emocjonalny, zewnętrzną sytuację aktu komunikacji oraz kompetencję językową i komunikacyjną parterów (Gajda, 2003).

SPRAWNOŚCI JĘZYKOWE I KOMUNIKACYJNE W SCHIZOFRENII

Zaburzenia mowy w schizofrenii są osobną jednostką patologii mowy, wyodrębnianą w klasyfikacjach logopedycznych. Tradycyjnie styl schizofatyczny definiowany był jako tekst, w którym następuje rozpad struktur składniowych, pojawiają się w nim neologizmy, a w piśmie brak jest znaków przystankowych. W skrajnych wypadkach wypowiedź staje się „sałatą słowną”, jednostkowym językiem – idiolektem – chorego. Zdarza się, że wypowiedzi chorych są bardzo długie, ale pozbawione treści i sensu. W związku z utratą społecznego, ponadjednostkowego charakteru języka dochodzi do akomunikatywności wypowiedzi chorego i niemożności porozumienia się z pacjentem. Specyfikę zaburzeń językowych w schizofrenii określa się mianem schizofazji.

Tomasz Woźniak i Andrzej Czernikiewicz przez schizofazję rozumieją kompleks zjawisk językowych, właściwych dla schizofrenii. Termin ten należy wiązać przede wszystkim z utratą spójności wypowiedzi w jej wymiarze gramatycznym, semantycznym i pragmatycznym. Niespójność taka występuje przeważnie w przewlekłej postaci schizofrenii (Czernikiewicz i Woźniak, 2001). Schizofazję należy też rozumieć jako utratę komunikacyjnej funkcji języka. Definicja schizofazji opiera się na kryteriach niezależnych od etiologii, ponieważ należy założyć możliwość wystąpienia zaburzeń schizofatycznych także u ludzi niecierpiących na schizofrenię, na przykład u osób będących pod wpływem substancji psychoaktywnych (Woźniak, 2012).

Współczesne systemy klasyfikacji, w których można wyodrębnić schizofrenię (DSM-IV, ICD-10), wyróżniają w kryteriach diagnostycznych schizofrenii objawy „zaburzonej mowy” jako objawy dystynktywne, obejmujące zarówno objawy pozytywne – wytwórcze, jak i negatywne – ubytkowe (DSM-IV, ICD-10) (Czernikiewicz, 2008).

Zaburzenia języka w schizofrenii przejawiają się na poszczególnych jego podsystemach:

1. Podsystem fonologiczno-fonetyczny – w obrębie fonetycznych realizacji jednostek systemu fonologicznego nie stwierdzono istotnych zaburzeń. Zdarza się, iż pojawiają się niekiedy niezrozumiałe formy wyrazowe, których organizacja segmentalna nie jest właściwa językowi polskiemu. W ramach prozodii zachowane zostają iloczasy, akcent, rytm i intonacja wypowiedzi. Występują trudności w budowaniu frazy przez wprowadzanie nadmiernej pauzy, obserwuje się również spłaszczenie przebiegów intonacyjnych,

wypełnianie konturu intonacyjnego zdania bezsensownie zestawionymi ze sobą dźwiękami, nagłą zmianę siły głosu w wypowiedzi.

2. Podsystem leksykalny i morfologiczny – w obrębie leksyki zaznaczają się znaczne zaburzenia, obejmujące obecność tak zwanych neologizmów, czyli słów spoza zwykłego słownika, utworzonych przez daną osobę i pozbawionych ogólnie przyjętego znaczenia. Zakłócenia w realizacji jednostek systemu leksykalno-semantycznego polegają głównie na dezintegracji związku między nazwą a znaczeniem, przypisywaniu nazwom znaczeń na podstawie relacji podobieństwa i przyległości, a także na zaburzeniu łączliwości pomiędzy wyrazami sąsiadującymi ze sobą na linii tekstu, co znajduje odzwierciedlenie w tworzeniu wypowiedzi opartych na mechanizmie podobieństwa brzmień (paronimii). Zjawiska te można tłumaczyć zarówno niedoborami pamięci krótkotrwałej, jak też zaburzeniem mechanizmów metakontroli wypowiedzi.
3. Podsystem składniowy – wypowiedzi chorych na schizofrenię cechują się uproszczeniem złożoności formalnej, a mianowicie mniejszą liczbą zdań złożonych, a większą liczbą zdań pojedynczych, częstszym powtarzaniem tych samych fraz, operowaniem krótszymi wypowiedziami. Generalnie można mówić o uproszczeniu syntaktycznym (Woźniak, 2005).

Badania pokazały, że do fenomenów schizofazji, odznaczających się największym nasileniem w przebiegu przewlekłej schizofrenii, należą te zjawiska, które są efektem dezintegracji systemu językowego i ujawniają się na poziomie zdania lub tekstu. Są nimi: zbaczanie z tematu wypowiedzi, jej nielogiczność i ubóstwo treściowe. Zaburzenia obejmują podstawowe czynności językowe, takie jak rozumienie, nazywanie i powtarzanie. Schizofazja wiąże się też z wieloma dysfunkcjami poznawczymi, z których najistotniejsze to zaburzenia pamięci operacyjnej, organizacji i strategii myślenia. Wymienione dysfunkcje poznawcze, będące kognitywnymi korelatami schizofazji, wskazują wyraźnie na znaczne niedomogi funkcji struktur czołowych i skroniowych w genezie schizofazji (Czernikiewicz, 1998).

Badania sprawności narracyjnych w przypadku schizofrenii pozwoliły stwierdzić, że świat stworzony dzięki narracji u osoby z przewlekłą schizofrenią ulega powolnym, coraz większym zaburzeniom. Rozpadowi ulegają związki przyczynowo-skutkowe, czasowe i przestrzenne. Zakłócenie dotyczy scen narracyjnych, tworzących historię życia każdej jednostki: wspomnień, rodziny, pracy, historii miłosnych, jak również scen z życia społecznego – religii, polityki, obyczajów. Przewlekły proces schizofreniczny prowadzi do rozpadu narracji w wymiarze indywidualnym i społecznym (Woźniak, 2005).

METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

Zaburzenia funkcji poznawczych u osób cierpiących na schizofrenię są szeroko opisane w literaturze przedmiotu, zarówno polskiej, jak i zagranicznej (O'Carroll, 2000; Klasik i in. 2005; Borkowska, 2009). Zaburzenia mowy w psychozach schizofrenicznych są również tematem wielu opracowań (Czernikiewicz, 1998; Woźniak, 2000). Do tej pory pewną lukę w opisie zachowań językowych osób ze schizofrenią stanowi problematyka kompetencji i sprawności komunikacyjnych. W związku z tym celem niniejszych badań uczyniono właśnie opis sprawności komunikacyjnych osób z psychozą schizofreniczną.

Dotychczasowe doniesienia wskazują na to, że u osób chorych na schizofrenię następuje zaburzenie wielu procesów kognitywnych (Jaracz i Rybakowski, 2011), w tym językowych (Czernikiewicz i Woźniak, 2001). Zgodnie z wnioskami płynącymi z literatury sformułowano dwie hipotezy. Pierwsza z nich zakłada, że **u pacjentów cierpiących na schizofrenię występują zaburzenia językowe, a przez to komunikacyjne**. Z niej wynika druga, według której **nasilenie zaburzeń komunikacyjnych u osób chorych na schizofrenię koreluje z głębokością zaburzeń językowych**.

Uczestnikami badania było pięć osób: dwie kobiety i trzech mężczyzn w wieku od 21 do 40 lat ze zdiagnozowaną schizofrenią paranoidalną. Tabela 1 przedstawia podstawowe dane społeczne i kliniczne badanych osób.

Tabela 1. Charakterystyka badanych osób

| Lp. | Kod | Płeć | Wiek | Czas trwania choroby (w latach) | Rozpoznanie medyczne | Wykształcenie |
|-----|-----|------|------|---------------------------------|---------------------------|------------------|
| 1 | M01 | M | 31 | 11 | Schizofrenia paranoidalna | Wyższe |
| 2 | M02 | M | 30 | 9 | | Zawodowe |
| 3 | M03 | M | 21 | 1 | | Gimnazjalne |
| 4 | K01 | K | 40 | 24 | | Podstawowe |
| 5 | K02 | K | 36 | 18 | | Średnie niepełne |

Źródło: opracowanie własne.

Ze względu na niewielką liczbę przebadanych pacjentów i ich znaczne zróżnicowanie społeczne trudno na podstawie przeprowadzonych badań wysuwać wnioski ogólne, jednak zaprezentowane wyniki mogą stanowić podstawę do zweryfikowania wstępnych hipotez, a także określić perspektywę dalszych, szerzej zakrojonych badań.

Badanie przeprowadzono w klinice psychiatrii w Lublinie. Procedura badawcza realizowana była indywidualnie lub w obecności drugiego badacza. Średni czas badania wynosił około 25 minut. Do badania wykorzystano samodzielnie skonstruowane narzędzie do oceny sprawności komunikacyjnych, a także arkusz obserwacyjny dla personelu medycznego. Narzędzie do badania kompetencji komunikacyjnej stworzono na podstawie teorii Grabiassa dotyczącej interakcji. Badanie rozpoczynało się instrukcją wprowadzającą, w której informowano pacjenta o tym, że zadania będą polegać na wyobrażeniu sobie różnych sytuacji, scen czy miejsc, wcieleniu się w określone role i ułożeniu do nich pasujących wypowiedzi. Większość zadań poparta była realnymi fotografiami, przedstawiającymi wydarzenia z życia codziennego, które ułatwiały pacjentowi stworzenie tekstów mówionych. Próby eksperymentalno-kliniczne podzielono na trzy główne grupy: realizowanie językowych reguł społecznych (rangi i typ kontaktu), sytuacyjnych (czas, miejsce, temat rozmowy, liczba rozmówców, gatunek wypowiedzi) i pragmatycznych (funkcja emocjonalna, modalna, informacyjna, działania).

Przed przeprowadzeniem badań właściwych wykonano krótkie badanie pilotażowe, przebadano dwie kobiety w wieku 23 i 58 lat oraz dwóch mężczyzn w wieku 25 i 61 lat w celu sprawdzenia wartości badawczej skonstruowanego narzędzia oraz dokonania ostatnich zmian przed rozpoczęciem badań właściwych. Badania zostały przeprowadzone podczas jednego spotkania. Każde z nich poprzedziło nawiązanie kontaktu z pacjentem: przedstawienie się, wyjaśnienie celu badania i poproszenie o wyrażenie zgody na jego przeprowadzenie. Następnie rozpoczęto właściwą procedurę badawczą. Badani wykonywali kolejne zadania z narzędzia do badania sprawności komunikacyjnych. Poszczególne próby zamieszczone były w prezentacji programu PowerPoint i wyświetlane na monitorze komputera w taki sposób, że osoby badane cały czas miały dostęp do instrukcji i materiałów ilustracyjnych. Wypowiedzi badanych zostały nagrane na dyktafonie, następnie przepisane i poddane analizie. Dokonano notacji ortograficznej, ponieważ u osób badanych nie wystąpiły znaczące zaburzenia fonetyczne, a więc płaszczyzna foniczna nie była istotna w interpretacji materiału badawczego.

ANALIZA WYNIKÓW

W analizie zebranego materiału pod uwagę wzięto językowe wykładniki językowej sprawności społecznej, sytuacyjnej i pragmatycznej. Poniżej przedstawiono jakościową interpretację przykładowych wypowiedzi pięciu pacjentów cierpiących na schizofrenię paranoidalną, w których ujawniły się zjawiska specyficzne dla schizofrenii.

Tabela 2. Analiza jakościowa przykładowych wypowiedzi pacjentów

| Realizowanie językowych reguł społecznych | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Poziom analizy | Interpretacja | Przykładowa wypowiedź pacjenta |
| Spoleczne rangi rozmówców – równorzędne | Sygnalizowanie zmiany statusu odbiorcy przez stosowanie formuł grzecznościowych Trudności z inicjowaniem kontaktu, percepcją instrukcji Problemy z projekcją hipotetycznej sytuacji badawczej | Pacjentka K02: <i>jeszcze raz // wie pani, nie umiem powiedzieć // (?) nie mam pojęcia // (?) nie // (?) cześć, słuchaj, byłam w górach / tak, było fajnie, wiesz // były różne atrakcje // więcej nie wiem, co powiedzieć //</i> |
| Typ kontaktu pomiędzy rozmówcami – oficjalny | Poprawne użycie środków językowych, stosownie do możliwości odbiorcy oraz funkcji, jaką pełni w społeczeństwie | Pacjent M02: <i>dzień dobry pani, jak jak się mają // jak się mają sprawy finansowe w naszej firmie //</i> |
| Typ kontaktu pomiędzy rozmówcami – trwały | Rozumienie i stosowanie kategorii trwałości/nietrwałości kontaktu Adekwatność słownictwa do hipotetycznej sytuacji, trudności z jego wydobyciem Problem z aktualizacją słów | Pacjent M01: <i>proszę korzystać z u / z u / jak to się mówi, proszę nauczyć korzystać się z u / umywalki / nie umywalki / tylko maszyny do czyszczenia naczyń, / ponieważ jest tak brudno tutaj, / że nie można wytrzymać //</i> |
| Realizowanie językowych reguł sytuacyjnych | | |
| Czas rozmowy | Kategoria czasu zachowana przez stosowanie czasowników w odpowiedniej formie gramatycznej Błędy językowe oraz zaburzenia płynności mowy upośledzają realizację kompetencji komunikacyjnej | Pacjentka K01: <i>panie y / prawniku z spó y / spó późno wstałam i się spóźniłam // czy pan by mógł mógł mnie y / y psz pszy / czy mógłby pan ty ty mnie zwolni // niech mnie, chociaż pan nie zwalnia / tylko mnie przeprosi za to // dziękuję panu //</i> |
| Miejsce rozmowy | Odpowiedzi generowane na zasadzie opisu sytuacji, w której może się pojawić dana wypowiedź | Pacjent M02: (Gdzie mówimy „auć”? W jakim miejscu?) <i>jak ktoś kogoś boli coś // jak się uderzył na przykład // (?) jak ktoś niechący się przewrócić albo niechący uderzył się w kaloryfer, albo w krzesło / łóżko //</i> |
| Temat rozmowy | Pozornie realizowany Zaburzony przez urojeniowe interpretacje zdarzeń | Pacjent M03: <i>moje miejsce wymarzonej pracy to już jest / w sumie // pracuję dla tajnej jednostki sp / tylko to jest tajne / dostałem / od przyszłego miejsca zamieszkania to jest tajne / plano planowanie rodziny to też jest tajne //</i> |
| Liczba rozmówców | Nieumiejętność precyzowania wpływu kategorii liczby rozmówców na przebieg rozmowy – brak realizowania funkcji metajęzykowych | Pacjent M03: <i>nie czytaj mi mózgu, / bo nie będę mógł odpowiedzieć // (?) bardzo dobrze / bardzo dobrze wpływa na jej przebieg, / ponieważ iż jest to rodzina //</i> |

| Realizowanie językowych reguł społecznych | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Poziom analizy | Interpretacja | Przykładowa wypowiedź pacjenta |
| Gatunek wypowiedzi | Trudności z projekcją dialogu i dezorganizacja narracji Zaburzenia spójności gramatycznej i semantycznej Zachowana spójność pragmatyczna Charakterystyczne ubóstwo treści oraz brak przestrzennego i czasowego uporządkowania wypowiedzi | Pacjent M03: <i>babcia ustawia zegar córka młodsza y // nie córka, tylko // tylko y // robi ten // to nie jest córka tylko // to jest babcia ustawiająca zegar prawnuczka jest ta młoda / ta druga to jest córka matki chyba / (?) patrzę się / przyglądają się / pokazuje / pradz pra y // pradiadka pokazuje, jak zegar się ustawia, a córka patrzyła, żeby się nauczyła //</i> |
| Realizowanie językowych reguł pragmatycznych | | |
| Funkcja emocjonalna | Trudności z odzwierciedlaniem stanów emocjonalnych przez nieadekwatne stosowanie elementów prozodycznych mowy Zaburzenia w rozpoznawaniu i nazywaniu podstawowych emocji | Pacjentka K01: <i>ty mnie obraziłaś, / ale w przyszłości ze mną chodziłaś do szkoły / być mi, chociaż troszkę przeprosiła //</i> |
| Funkcja informacyjna | Oznajmienia, pytania, przeczenia i potwierdzenia funkcjonują w umysłach osób chorych | Pacjent M02: <i>jak panią ostrzyć // (odp.) kiedy ostatni raz się pani strzygła // (odp.) jak pani dba o włosy // (odp.) ładnie pani w tych włosach, nie trzeba nic zmieniać // (odp.)</i> |
| Funkcja modalna | Zróznicowane wykonanie uzależnione od wcześniejszych doświadczeń, zaawansowania choroby schizofrenicznej, wykształcenia pacjentów U wszystkich badanych zauważalne trudności z realizacją nieokreśloności modalnej (artefakty metodologiczne) | Pacjent M03: <i>myślę, / że to koniec świata skończy się kiedyś ten Słońce się wypali / będzie koniec wtedy świata / ziemia nie będzie się kręciła, / bo to bo to jest y // magnes przyciąga i magnes / hel jest tam wszystko w tym Słońcu i ono się obraca dzięki Słońcu w tym Ziemia // jak chcecie chcecie wiedzieć takie tematy, to proszę bardzo nie //</i> |
| Funkcja działania | Realizowanie zainteresowania i gotowości ma związek z poznawczym funkcjonowaniem pacjentów (zaburzenia myślenia, pamięci) Pobudzenie do działania jest upośledzone ze względu na nieprawidłową realizację elementów prozodycznych mowy, obniżony napęd (niepożądane działanie leków) | Pacjent M02: <i>ostatnio przytyłem parę kilogramów, będąc w szpitalu / w klinice // chciałbym zrzucić te kilogramy poprzez poprzez spacer / ćwiczenia na orbitreku / granie w pin-ponga i jazdę na rowerku stacjonarnym //</i> |

Źródło: opracowanie własne.

INTERPRETACJA I DYSKUSJA WYNIKÓW

Celem niniejszych analiz uczyniono zbadanie związku pomiędzy psychozą schizofreniczną a sprawnościami komunikacyjnymi. W trakcie zbierania materiału empirycznego starano się odpowiedzieć na następujące pytanie: **Czy istnieje**

związek między schizofrenią i występującymi w niej zaburzeniami językowymi a sprawnościami komunikacyjnymi?

Zgodnie z doniesieniami naukowymi sformułowano następujące hipotezy. **U pacjentów cierpiących na schizofrenię występują zaburzenia językowe i komunikacyjne.**

Na podstawie informacji uzyskanych od badanych osób można przypuszczać, że schizofrenia warunkuje występowanie zaburzeń językowych i komunikacyjnych. Należy jednak podkreślić, że dzięki analizie przypadków pięciu osób trudno jest dokonywać uogólnień populacyjnych, można jedynie wskazać na pewną tendencję utrzymującą się wśród osób cierpiących na schizofrenię. Trudności językowe, które pojawiają się u osób przebadanych, to występowanie agramatyzmów, wulgaryzmów, błędów semantycznych, a także brak spójności tekstu. Fenomeny językowe, wyodrębnione na podstawie Skali do Oceny Myślenia, Języka i Komunikacji (TLC), to przede wszystkim ubóstwo mowy, ubóstwo treści oraz alogiczność. W zakresie sprawności językowych defekt zaznacza się dyskretniej:

1. na poziomie fonologiczno-fonetycznym – sporadyczne pomijanie lub zamienianie pojedynczych głosek, w płaszczyźnie suprasegmentalnej – nadmierne pauzy;
2. na poziomie leksykalnym i morfologicznym – dezintegracja związków między nazwą a znaczeniem, zaburzenie łączliwości pomiędzy wyrazami sąsiadującymi ze sobą na linii tekstu;
3. na poziomie składniowym – uproszczenie złożoności składniowej, częstsze powtarzanie tych samych fraz, czyli uproszczenie syntaktyczne.

Wnioski te zdają się również potwierdzać badania i konkluzje zawarte w pracach zarówno zagranicznych, jak i polskich badaczy (Kuperberg, 2010; Woźniak, 2000). Szczegółowa charakterystyka nieprawidłowości w użyciu jednostek systemu językowego przez pacjentów zdaje się wpisywać w model schizofazji rozumianej jako konfiguracja czterech kategorii, czyli fenomenów związanych z niespójnością wypowiedzi, objawów wytwórczych na poziomie tekstu, zaburzeń syntaktycznych i leksykalnych. Obraz zaburzeń językowych, jaki wyłania się z materiału empirycznego, jest typowy dla schizofazji, obejmuje przejawy dezintegracji systemu językowego na niemal wszystkich (z wyjątkiem fonetycznego) poziomach jego organizacji (Czernikiewicz, 2008).

Dru ga hipoteza zakładała zaś, że nasilenie zaburzeń komunikacyjnych u osób chorych na schizofrenię koreluje z głębokością zaburzeń językowych.

W materiale badawczym zaznaczyła się zależność pomiędzy zaburzeniami językowymi i komunikacyjnymi. U badanych pacjentów wystąpiły trudności

z wejściem w rolę językową, konstruowaniem dialogu, rozumieniem polecenia. U osób głębiej zaburzonych pojawiały się urojeniowe interpretacje świata. Jak wiadomo, schizofrenia może prowadzić do rozpadu utrwalonej w strukturach językowych wiedzy o otaczającej rzeczywistości, stąd mogą się pojawiać nieadekwatne reakcje i dziwaczne interpretacje powszechnie znanych zjawisk. Dysfunkcje biologiczne i psychiczne doprowadzają do zaburzeń w językowym funkcjonowaniu chorego. Częsta potrzeba powtarzania poleceń może świadczyć o zaburzeniach pamięci roboczej, objaw ten jest typowy dla osób cierpiących na schizofrenię.

Duży wpływ na funkcjonowanie chorych ma z pewnością przyjmowanie leków psychotropowych i związane z tym skutki uboczne. Zła tolerancja leków skutkuje przede wszystkim objawami pozapiramidowymi (sztywność i drżenie mięśni, maskowatość twarzy, zaniki współruchów, pochylona sylwetka), akatyzią (niemożność usiedzenia na miejscu, konieczność wykonywania ruchów, kroków itp.) i sedacją (spowolnienie, senność, brak aktywności, uczucie znużenia, wyczerpanie, brak sił) (Jarema, 2002). Zachowania te mogą mieć negatywny wpływ na wykonywanie zadań eksperymentalnych.

Z kolei wyższe wykształcenie prawdopodobnie kompensuje zaburzenia językowe, a tym samym komunikacyjne. Warto przypomnieć, że o poziomie sprawności systemowej decydują takie czynniki, jak społeczne pochodzenie nadawcy, jego zawód, wykształcenie i tym podobne. Zatem istnienie człowieka w grupie społecznej jest niezbędnym komponentem procesu zdobywania języka, a tym samym istotna część uwarunkowań interakcji osób ze schizofrenią wynika właśnie z przebiegu ich socjalizacji językowej (Grabias, 2007).

Rozpoczęte badania nad sprawnościami komunikacyjnymi osób chorych na schizofrenię można byłoby poszerzyć przez zastosowanie dodatkowych narzędzi badawczych, na przykład Indeksu Zakłóceń Komunikacji (CDI) według Nancy Docherty. Badania przeprowadzone przy użyciu tego narzędzia wykazały większą częstość zakłóceń komunikacji u pacjentów chorych na schizofrenię niż u pacjentów cierpiących na chorobę afektywną dwubiegunową i osób z grupy kontrolnej oraz zależność od stanu psychicznego. Badania rodzin sugerują również genetyczne predyspozycje do występowania zaburzeń komunikacji. Nie bez wpływu na jakość komunikacji pozostają emocje. Potwierdzono to, oceniając pojawienie się zaburzeń komunikacji w wypowiedziach na tematy o pozytywnym, negatywnym i neutralnym zabarwieniu emocjonalnym (Patejuk-Mazurek i in., 2009).

Warto podkreślić, że leczenie osób cierpiących na schizofrenię musi zawierać terapeutyczne oddziaływania na funkcjonowanie człowieka rozumianego jako całość psycho-biologiczna, w którym to jego aktywność komunikacyjna odgrywa istotną rolę.

BIBLIOGRAFIA

- Borkowska A., 2009, *Znaczenie zaburzeń funkcji poznawczych i możliwości ich oceny w chorobach psychicznych*, „Psychiatria w Praktyce Klinicznej”, t. 2 (1), Warszawa, s. 30–31.
- Czernikiewicz A., 1998, *Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii*, Wydawnictwo Akademii Medycznej w Lublinie, Lublin.
- Czernikiewicz A., 2008, *Zaburzenia językowe jako syndrom schizofrenii*, „Neuropsychiatria i Neuropsychologia”, t. 3 (3–4), Poznań, s. 142.
- Czernikiewicz A., Woźniak T., 2001, *Schizofazja*, „Logopedia”, t. 29, Lublin, s. 7–36.
- Gajda S., 2003, *Lingwistyczne podstawy logopedii*, [w:] *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki. Interdyscyplinarne podstawy logopedii*, t. 1, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo UO, Opole, s. 23–24.
- Grabias S., 1980, *Spoleczne i sytuacyjne uwarunkowania zachowań językowych*, [w:] *Poradnik metodyczny dla nauczycieli polonijnych*, red. K. Krakowiak, J. Mańdziuk, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 28–55.
- Grabias S., 2003, *Język w zachowaniach społecznych*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Grabias S., 2007, *Język, poznanie interakcja*, [w:] *Język. Interakcja. Zaburzenia mowy. Metodologia badań*, seria: Mowa. Teoria – Praktyka, red. T. Woźniak, A. Domagała, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Grabias S., 2012, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Jaracz J., Rybakowski J., 2011, *Objawy zespołu czołowego w schizofrenii i ośpieniu czołowo-skroniowym: implikacje diagnostyczne i terapeutyczne*, „Neuropsychiatria i Neuropsychologia”, nr 6, Poznań, s. 18–24.
- Jarema M., 2002, *Leczenie farmakologiczne schizofrenii*, „Przewodnik Lekarza”, t. 5 (10), Poznań, s. 24–31.
- Kępiński A., 1979, *Schizofrenia*, PZWL, Warszawa.
- Klasik A., Krupka-Matuszczyk I., Krysta K., 2005, *Procesy poznawcze człowieka – norma a schizofrenia*, Warszawa, s. 75–89.
- Kuperberg G.R., 2010, *Language in schizophrenia. Part 1: An introduction*, „Language and Linguistic Compass”, nr 4 (8), s. 576–589.
- O’Carroll R., 2000, *Cognitive impairment in schizophrenia*, „Advances in Psychiatric Treatment”, nr 6, s. 161–168.
- Patejuk-Mazurek I., Łoza B., Mosiołek A., Polikowska M., 2009, *Zaburzenia komunikacji w schizofrenii*, „Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny – Review of Clinical Neuropsychiatry”, t. 1 (2).
- Woźniak T., 2000, *Zaburzenia języka w schizofrenii*, [w:] *Komunikacja językowa i jej zaburzenia*, t. 16, red. S. Grabias, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 20–24
- Woźniak T., 2005, *Narracja w schizofrenii*, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 29–51, 204–213.
- Woźniak T., 2012, *Zaburzenia mowy w schizofrenii*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 646, 666.