

Andrzej Czernikiewicz¹, Tomasz Woźniak²

¹ Klinika Psychiatrii Medycznej, Lublin

² Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin – Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego, Lublin

Schizofazja

Schizophrenia

Streszczenie

Artykuł jest próbą definicji schizofazji, dokonaną na podstawie literatury i własnych badań autorów, prowadzonych konsekwentnie od kilkunastu lat. Zaprezentowane poglądy uwzględniają zarówno ujęcia psychiatryczne i psychologiczne, jak i analizy językoznawcze. Autorzy przedstawiają wzajemne interakcje pomiędzy patologią językową a obrazem klinicznym schizofrenii. Mowa osób chorych umożliwia wgląd w zaburzenia myślenia i inne procesy patologiczne pojawiające się w przebiegu schizofrenii, szczególnie w jej przewlekłej postaci. Proponowany w zakończeniu model schizofazji został opracowany na podstawie badań klinicznych oraz lingwistycznych wypowiedzi osób ze schizofrenią na poziomie analiz dyskursywnych, składniowych, leksykalnych i fonetycznych.

U podstaw tego modelu leży hipoteza podwójnej interferencji zjawisk językowych w wypowiedziach pacjentów: 1) nakładania się wielu interakcji, 2) przechodzenia od kodu symbolicznego do konkretnego i *vice versa*.

Są to mechanizmy odrębne, choć w tym wypadku ściśle powiązane. Z jednej strony jest to zaburzenie funkcjonowania kodu symbolicznego poprzez rozpad interakcji językowej, z drugiej strony ujawnienie się w wypowiedzi dwu, przemieszanych z sobą kodów: symbolicznego i konkretnego.

Summary

The paper is an attempt to define schizophrenia on the basis of literature and the authors' own studies carried out consistently for a dozen-odd years. The presented views take into account both the psychiatric and psychological interpretations, and linguistic analyses. The study presents the mutual interactions between language pathology and the clinical picture of schizophrenia. The language of schizophrenic patients makes possible an insight into thinking disorders and other pathological processes that occur in the course of schizophrenia, especially in its chronic form. The model of schizophrenia, proposed in the conclusion, was developed on the basis of clinical examinations and linguistic utterances of schizophrenic patients on the basis of semantic, lexical, phonetic, and discourse analyses.

Underlying this model is the hypothesis about the dual interference of linguistic phenomena in the utterances of patients: 1) the overlapping of many interactions; 2) transition from the symbolic to the concrete code and the other way round.

These are separate phenomena, although closely interconnected in this case. On the one hand, it is a disorder in the functioning of the symbolic code through the disintegration of language interaction, on the other hand it is a manifestation in the utterance of two intermingled codes: symbolic and concrete.

I. TERMIN „SCHIZOFAZJA” W PIŚMIENICTWIE

Termin „schizofazja” w literaturze polskiej zwykle odnosi się tylko do zaburzeń mowy w schizofrenii. Dzieje się tak zarówno w pracach psychiatrów [por. Kępiński 1981], logopedów [por. L. Kaczmarek 1991], jak i neurolingwistów [por. B. Kaczmarek 1995]. Za odpowiednik schizofazji w piśmie używa się terminu „schizografia” [L. Kaczmarek 1991]. Wśród cech charakteryzujących zjawisko schizofazji wyróżnia się zwykle treściowe i językowe anomalie, które są odbiciem zaburzeń myślenia. Najbardziej typowymi fenomenami występującymi w schizofazji – według literatury – są: ubóstwo treści, jej dziwaczność i niezrozumiałość, zaburzenia językowe polegające na wielokrotnym powtarzaniu tych samych wyrazów, często do rymu, lub tworzenie neologizmów opartych na podobieństwie brzmień.

W opisach zaburzeń mowy w schizofrenii często używa się terminu „sałatka słowna” na oznaczenie zjawiska bezładnego zestawiania wyrazów i zdań.

Zjawiska językowe koreluje się zwykle z zaburzeniami myślenia i wyróżnia się dwa typy tych zaburzeń, które manifestują się w wypowiedziach pacjentów [por. B. Kaczmarek 1995]:

a) zubożenie myślenia, przejawiające się uproszczeniem struktury składniowej wypowiedzi, zmniejszeniem jej zawartości informacyjnej i licznymi perseweracjami (tj. nakładanie się realizacji wyrazów na siebie) – typ objawów negatywnych według N. Andreasen;

b) dezintegracja myślenia przejawiająca się niespójnością wypowiedzi, swoistym użyciem wyrazów, nietypowymi konstrukcjami zdaniowymi i osobliwą, psychotyczną logiką – typ objawów pozytywnych według N. Andreasen.

Próba precyzyjnego określenia zjawiska schizofazji wymaga dwojakiego rodzaju postępowania. Pierwszy będzie polegał na zaprezentowaniu obserwacji i problemów szczegółowych na podstawie badań klinicznych i literatury. Drugi ma na celu analizę naczelnego problemu mowy osób chorych na schizofrenię, tj. braku spójności wypowiedzi.

Należy sądzić, że brak spójności wypowiedzi jest cechą wyróżniającą schizofazję spośród innych zaburzeń mowy i dlatego przyjęta w niniejszej pracy definicja schizofazji określa ją jako **zaburzenie komunikacji, które charakteryzuje się**

postępującym zanikiem spójności wypowiedzi, jej dezintegracją na poziomie pragmatycznym, semantycznym i formalnogramatycznym.

Schizofazję należy zatem rozumieć jako utratę funkcji komunikacyjnej wypowiedzi, występującą zwykle w przebiegu schizofrenii [Czernikiewicz, Woźniak 1997].

Taka definicja nie wiąże schizofazji tylko ze schizofrenią, ale odnosi się także do zaburzeń mowy w innych chorobach psychicznych. Również niektóre wypowiedzi osób zdrowych psychicznie mogą być traktowane jako schizofatyczne, co nie oznacza, że są to osoby chore na schizofrenię.

Badania mowy w chorobach psychicznych (w tym głównie w schizofrenii) dzielą się na dwa główne nurty:

1) nurt opisowy, który można nazwać psycholingwistycznym, ponieważ bazuje głównie na metodach psychologicznych i psycholingwistycznych; nurt ten stara się wykazać specyficzność i odrębność języka schizofreników i wywodzi się z ujęć klinicznych;

2) nurt analityczny, który można nazwać lingwistycznym, ponieważ analizuje funkcjonowanie języka w chorobach psychicznych za pomocą głównie lingwistycznych metod. Kierunek ten poszukuje wyróżników formalnych zaburzeń językowych i mechanizmów ogólnych rządzących wypowiedziami osób chorych psychicznie.

II. SCHIZOFAZJA (CHARAKTERYSTYKA KLINICZNA)

W rozdziale niniejszym będziemy rozumieli „schizofazję” w węższym, klinicznym znaczeniu. Zajmiemy się więc patologicznymi fenomenami językowymi w wypowiedziach osób cierpiących na schizofrenię. Oba te pojęcia (schizofrenia, schizofazja) leżą blisko siebie, nie tylko w znaczeniu etymologicznym. Schizofrenia oznacza bowiem „rozszczerzenie umysłu”, a schizofazja – „zaburzenia języka”, najczęściej występujące w schizofrenii.

Tendencja do widzenia w zaburzeniach językowych typu schizofazji specyficznego objawu schizofrenii datuje się już od czasów Emila Kraepelina i Eugena Bleulera, twórców współczesnego rozumienia klinicznego schizofrenii [Kraepelin 1904; Bleuler 1911]. Szczególnie Bleuler uważał tzw. zaburzenia asocjacji za kluczowy, „osiowy objaw schizofrenii”. Wymienia on wśród nich: „rozkojarzenie, przesunięcia zakresu pojęć, napór myśli, wypowiedzi stereotypowe”. W tym właśnie rozumieniu pojęcie „język schizofreniczny” dotrwało do chwili obecnej, zarówno w terminologii naukowej jak i potocznej. Współczesne systemy diagnostyczne (ICD-10 – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – WHO – 1994; DSM IV – Podręcznik diagnostyczno-statystyczny Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Waszyngton 1995)

uznają zjawisko językowe składające się na schizofazję za decydujące o rozpoznaniu schizofrenii. Schizofazja jest definiowana jako:

1) „zubożenie ilości i treści wypowiedzi, upośledzenie komunikacji werbalnej i pozawerbalnej, upośledzenie modulacji głosu” (ICD-10);

2) „rozkojarzenie, wyraźne ubóstwo treści wypowiedzi, wypowiedzi dziwne, dygresyjne, metaforyczne, oboczne” (DSM IV).

Podobnie schizofazja opisywana jest przez wybitnych psychiatrów polskich. I tak na przykład Tadeusz Bilikiewicz w *Psychiatrii klinicznej* [1979] formułuje następująco jej definicję: „Sposób wiązania myśli i styl stają się tak dziwaczne, jak gdyby choremu wcale nie zależało na tym, aby go rozumiano, lecz jak gdyby tylko bawił się słowami i pojęciami. Chory może sobie tworzyć, jak czynią to bawiące się dzieci, własny sztuczny język z dziwnymi neologizmami. W ten sposób niekiedy wypowiedzi chorego mogą stawać się całkowicie chaotyczne, stanowiąc bezmyślne nagromadzenie stów, zgłosek i dźwięków. Objaw ten nazywamy sałatą słowną (*schizophasia*). O skojarzeniach często rozstrzyga podobieństwo dźwiękowe”.

Można więc wstępnie zdefiniować kliniczne rozumienie terminu „schizofazja” jako: po pierwsze – szczególne zjawiska językowe, których znaczne nagromadzenie w wypowiedziach schizofreników pozwala je traktować jako ważne kryterium diagnostyczne schizofrenii; po drugie – istotą tak klinicznie rozumianej schizofazji są: ubóstwo treści i formy wypowiedzi, zmniejszenie jej spójności, patologiczne nagromadzenie neologizmów [Czernikiewicz 1989].

Spróbujmy teraz odpowiedzieć na trzy zasadnicze pytania dotyczące swoistości schizofazji: po pierwsze, które z zaburzeń językowych składają się na schizofazję? po drugie, jakie mechanizmy psychologiczne i lingwistyczne kreują zjawisko klinicznie odbierane jako schizofazja? po trzecie, czy schizofazja jest rzeczywiście zjawiskiem typowym tylko dla schizofrenii? Będą to więc pytania o specyficzność i trafność terminu „schizofazja”, ale również pytania o jej genezę.

1. Które z zaburzeń językowych składają się na fenomen schizofazji?

Obserwacje dające odpowiedzi na to pytanie rekrutują się z kierunku badań psycholingwistycznych i dotyczą opisu wypowiedzi osób cierpiących na zaburzenia w formułowaniu tekstu (najczęściej wiążące się z określonymi zaburzeniami psychicznymi). Opisy poszczególnych zjawisk w niniejszym artykule są oparte na doświadczeniu klinicznym, a nie na określonym paradygmacie lingwistycznym czy psychologicznym. Jest to dokładniejsza deskrypcja tych zaburzeń, które ogólnie były definiowane przez Kraepelina czy Bleulera lub które ujęte są w ICD-10 czy DSM IV.

Pierwsza próba szczegółowego opisu zjawisk językowych obserwowanych w schizofazji zawarta jest w pracy Reilly’ego i współpracowników [1975], w której przedstawiono 10 kategorii językowych zaburzeń u schizofreników, dwie z nich

uznając za typowe dla wypowiedzi chorych. Są nimi: po pierwsze, *luźne skojarzenia*, a w szczególności „znaczne zmiany tematu pomiędzy zdaniem lub znaczne zmiany w obrębie zdań. Po drugie, *luki komunikacyjne*, które powodują, że istota informacji przeznaczonej dla odbiorcy nie zostaje przez niego uchwycona, ponieważ nadawca formułuje informacje w sposób zaskakujący.

Kolejną próbą opisu zjawisk językowych składających się na schizofazję było opracowanie Johnstona i Holzmana [1979], co doprowadziło ich do stworzenia „Indeksu Zaburzeń Myślenia” (Thought Disorder Index – TDI). Indeks ten wymienia 23 fenomeny zachowań językowych, umieszczając je na czterech poziomach ze względu na stopień nasilenia.

Za typowe dla schizofazji (i schizofrenii) autorzy uważają następujące zjawiska: goniwę myśli, absurdalne wypowiedzi i konfabulacje, brak powiązań między fragmentami wypowiedzi, zbitki słowne (kontaminacje), rozkojarzenie wypowiedzi oraz neologizmy. Za swoistością tych fenomenów dla schizofrenii przemawiają wyniki badań z użyciem TDI, w których obserwowano niewielką redukcję językowych zjawisk patologicznych w przebiegu schizofrenii – znaczna liczba wyżej wymienionych fenomenów językowych pozostawała w wypowiedziach schizofreników pomimo poprawy ich stanu psychicznego.

Kolejnym opisowym opracowaniem języka schizofrenicznego była koncepcja „pozytywnych zaburzeń myślenia”, przedstawiona przez Marengo i współpracowników [1986]. „Pozytywne zaburzenia myślenia”, nazwane w ich studium „językiem dziwaczno-idiosynkratycznym”, charakteryzują się: 1) unikalnością dla poszczególnych osób, 2) nierespektowaniem konwencji socjolingwistycznej, 3) trudnościami w rozumieniu przez odbiorców, 4) niespójną i nielogiczną treścią. Te cechy wypowiedzi dziwaczno-idiosynkratycznej są realizowane przez osoby chore na schizofrenię przez: I – dziwaczne werbalizacje, II – błędy strukturalne w zdaniach, III – neologizmy, IV – dezorganizację połączeń pomiędzy wypowiedziami.

Pora na zaprezentowanie tego kierunku psycholingwistyki, który nie tylko reprezentuje poglądy autorów niniejszego opracowania, ale również stanowi najbardziej kompleksowe z klinicznych opracowań problemu schizofazji. Jest to widzenie schizofazji przez pryzmat narzędzia diagnostycznego, jakim jest „Skala do Oceny Myślenia, Języka i Komunikacji” (Scale for the Assessment of Thought, Language, and Communication – TLC), opracowana przez N. C. Andreasen w 1979 r. Opis wypowiedzi jest tu na tyle szeroki, że obejmuje nie tylko typowe dla schizofrenii (i schizofazji) zjawiska językowe; poszczególne definicje są na tyle rzetelne, że pozwalają na opis tych samych fenomenów pojawiających się w wypowiedziach schizofreników bez względu na ich język macierzysty; wreszcie definicje poszczególnych zjawisk są kompatybilne ze słownikiem przyjętym w opracowaniach klinicznych, np. w DSM IV [Andreasen 1979; 1980; 1986]. W wypowiedziach chorych, szczególnie na schizofrenię, można zaobserwować

kilka lub kilkanaście z opisywanych przez TLC 18 fenomenów językowych. Definicje poszczególnych patologicznych zjawisk językowych (fenomenów językowych), wraz z próbkami wypowiedzi osób chorych na schizofrenię, prezentowane poniżej, zawarte są również w trzech pracach [Czernikiewicz 1989; 1993; Woźniak, Czernikiewicz 1997].

2. Skala do Oceny Myślenia, Języka i Komunikacji (TLC) według N. C. Andreasen [1979]

1. **Ubóstwo mowy (UM)** – zmniejszenie ilości mowy spontanicznej, co powoduje, iż odpowiedzi na pytania są krótkie i pozbawione dodatkowych informacji.

Przykład 1 (odpowiedź na pytanie „Dlaczego ludzie chorują?”): *„Dlaczego nie wiem to zależy od ich samopoczucia... jak się czują i od otoczenia pewnie... ale to jeszcze zależy jakich... albo się nie zastanawiają co robią... no nie wiem trudno mi to określić [20-sekundowa przerwa] no nie dbają o swoje zdrowie wcale o swoje samopoczucie... są zabiegani cały czas”*.

Wypowiedź dwuminutowa, z licznymi przerwami, w tempie 24,5 słowa na minutę.

2. **Ubóstwo treści (UT)** – wypowiedzi są długie, ale przenoszą małą ilość informacji; język staje się dziwny, nadmiernie abstrakcyjny lub nadmiernie konkretny, występują repetycje (powtórzenia wyrazów i zdań) i stereotypie (wielokrotne powtarzanie określonych ruchów, grymasów).

Przykład 2 (odpowiedź na pytanie „Kto jest najbliższy?”): *„Kto jest najbliższymi osobami no najbliższa osoba właśnie najbliższymi osobami są rodzice no właśnie ten chłopczyk którego poznałam w latach studiów i o którym słyszałam będąc pięcioletnia właściwie pięcio- dwu- trzyletnia dziewczynka była najbliższa osoba i no najbardziej odpowiadają mi cechy dlatego że można powiedzieć no byłam taka taka dziewczynka będąc mając dwadzieścia lat a potem kilkanaście trzydzieści lat to troszeczkę się zmieniło właśnie w tych latach ale cechy tego pana właśnie później właśnie później poznanego jako najbliższego przyjaciela właśnie bardzo mi odpowiadały mimo że byłam kobietą ale te cechy właściwie nie odpowiadały cechy cechy ludzkie czysto ludzkie jakieś bez naleciałości czyste maniery czystość zamiarów czystość czystość to właściwie czystość zamiarów danego człowieka i to we mnie potęgowało”*.

3. **Natłok mowy (NM)** – nasilenie ilości tekstów budowanych, nieadekwatnych do sytuacji komunikacyjnych; chory buduje wypowiedzi głośne, emfaticzne, trudne do przerwania, stosuje przy tym tempo przekraczające 150 słów na minutę.

4. **Mowa roztargniona (MR)** – w czasie wypowiedzi lub dyskusji nadawca przerywa nagle tekst lub czasami w środku zdania i skupia swoje zainteresowanie na aktualnych bodźcach zewnętrznych.

5. **Uskokowość (U)** – odpowiedź chorego na pytanie od jej początku jest oboczna (uskokowa) lub w ogóle nie związana z tematem pytania.

6. **Zbaczenie wypowiedzi (ZW)** – wzorce mowy spontanicznej, w której wypowiedzenia zbaczają z głównego wątku; w jednej wypowiedzi obserwuje się kilka, nie powiązanych z sobą, tekstów.

Przykład 3 (odpowiedź na pytanie „Moja rodzina?”): *„Mama w porządku to znaczy dokładnie a rodzonych mama jest w B. na ulicy Kościuszki osiemdziesiąt sześć ulica kod czternaście z Marzeną bo jej mąż odszedł do S. nie do S. tylko do Sz. uciski po prostu zrobił dzie teraz yyy rozwód wziął z nią odszedł teraz powiedzieć to rodzicach o mamie że pani doktor z Tworek powiedziała że ja powinienem pani doktor w Tworkach przyłożyła sobie i mi do serca powiedziała Kocham i za to Kocham to serce co powiedziało moje to miałem wolne wyjścia na miasto i ubranie na takim obozie widziałem co to wojna gwiazd czy co Januszowi Janusz powiedziałem o tej świętyni o świętych obrazach i on zbeszcześcił świętość czego do Częstochowy nie wpuścił gada z świętych chrześcij zmarłych trzeba ośmioro siedmioro ja z Bogiem jestem w porządku i z bratem Bogiem też jestem w porządku tak jak króla nafty Apanaczi”*.

7. **Rozkojarzenie (RK)** – wzorce mowy, w których tekst rozbity jest na poziomie zdań (wypowiedzeń), często z zaprzeczeniem regułom gramatyki.

Przykład 4 (odpowiedź na pytanie „Czym się interesuję?”): *„Interesuję się życiem seksualnym mrówek pszczółka Maja taka rezolutna z panem doktorem nie mam żadnej mowy nie porozumiemy się tak ciekawsze ciekawsze bociany to wszystkim po trochu i teatrem i sztuką Kolberga wszystkim po trochu nie mam sąsiada co wszystko zabiera nie żartuje Boże to wszystko wszystkim po trochu wszystkim potrochę no Boże nie poganiaj mnie ubierałam się do kościoła malowałam ubierać się na roweryku jeździć czy na trapezie kadni kupił chłopczyki skurczybyki tylko jak ja z tym kierowcą”*.

8. **Nielogiczność (NL)** – wzorce mowy, w których wnioski nie są osiągnięte w sposób logiczny.

Przykład 5: *„Przepraszam ale nie muszę umyć zęby o tu mam pastę bo jestem zdrowa mamusia mnie przywiozła bo czytałam książki w nocy no nie nie jestem dzieckiem nie nie”*.

9. **Dźwięczenie (D)** – wzorce mowy, w których dźwięki mają decydujące znaczenie przy doborze słów.

Przykład 6: *„Chrystusa zawsze poznam panie doktorze odkryłem reinkarnację Chrystus krystus chrzcić krcić chrzest krzest chriszna Kriszna Chrystus Krystus”*.

10. **Neologizmy (N)** – nowe formacje słowne, których pochodzenie wydaje się niezrozumiałe.

Przykład 7: *„predyscyplinowany, hipnozeza, chcę być ust, renegulacja, niebył”*.

11. **Przybliżenia słowne (PS)** – używanie zwykłych słów w nowy, często prywatny, sposób lub tworzenie nowych terminów ze słów ogólnie znanych.

Przykład 8: „*dusze skrzypcowe = dusze muzyków, pięćć = piastować urząd, pokrewni ludzie = rodzice, choroba powietrzna = schizofrenia, romantyzuje = rzeźbi, samolot bez silnika = szybowiec, słup co słyszy = telefon*”.

12. **Drobiazgowość (DR)** – wzorce mowy niebezpośredniej, przeładowanej detalami (ale bez cech natłoku mowy).

13. **Utrata celu (UC)** – niezdolność wypowiedzi do osiągnięcia naturalnego finału tekstu (ale bez wyraźnych cech zbaczania wypowiedzi).

14. **Persewercje (P)** – ciągłe używanie słów lub zdań na zasadzie repetycji.

15. **Echolalia (E)** – wzorce mowy, w których odbiorca jak echo powtarza frazy pytającego, zwykle z jego intonacją.

16. **Blokowanie (B)** – przerywanie ciągów zdaniowych co najmniej kilkusekundowymi blokami, przy czym nadawca nie uświadamia sobie obecności przerw.

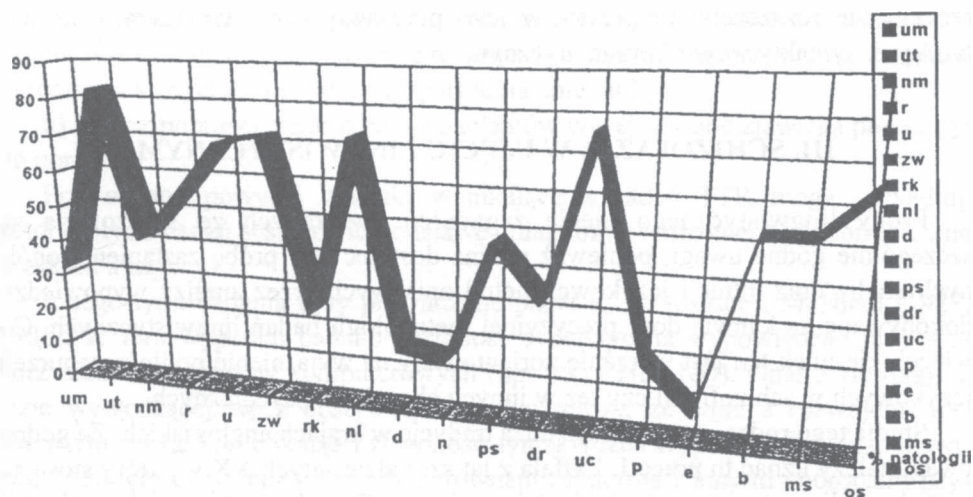
17. **Mowa sztuczna (MS)** – wypowiedzi sztuczne, formalne, frazeologiczne, kaznodziejskie, z innym, niż oczekiwano, genrem mowy.

18. **Odnoszenie do siebie (OS)** – nawracanie tematyczne wypowiedzi do osoby mówcy, pomimo ogólnego czy neutralnego tematu zadanego tekstu.

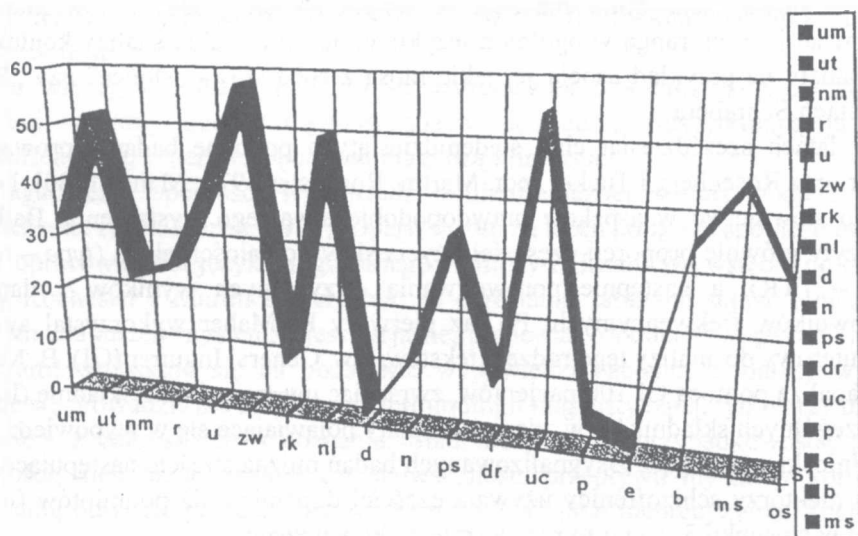
Czy wszystkie te fenomeny występują w wypowiedziach osób cierpiących na schizofrenię? Na pewno nie. Niektóre z nich, takie jak ubóstwo mowy, jej drobiazgowość, odnoszenie do siebie możemy często obserwować w wypowiedziach ludzi, których nie posądzamy o jakiegokolwiek zaburzenia psychiczne. Jednakże tylko w wypowiedziach schizofreników poszczególne fenomeny występują znacząco często, tak iż nadają całej wypowiedzi znamię dziwności i niezrozumiałości. Co ciekawe, sami chorzy w okresie poprawy nie są w stanie zrozumieć niektórych swoich wypowiedzi z okresu psychozy. Przyjrzyjmy się, jak wygląda nasilenie patologii językowej w okresie ostrej psychozy, wykorzystując wyniki w skali TLC (wykresy na podstawie badań autorów [Czernikiewicz 1989; 1993; Woźniak, Czernikiewicz 1997]).

Z analizy ryc. 1 widać, iż aż połowa fenomenów językowych zawartych w TLC występuje u ponad 50% osób cierpiących na schizofrenię. Najczęściej występującymi u tych chorych kategoriami patologii językowej są te, które wyrażają zaburzenia spójności wypowiedzi, a więc: ubóstwo treści, uskokowość, zbaczanie wypowiedzi, nielogiczność i utrata celu. Zaburzenia językowe związane z warstwą leksykalną są tutaj dużo rzadsze. Niektóre z nich (np. echolalia i neologizmy) pojawiają się zupełnie wyjątkowo w wypowiedziach schizofatycznych.

W jaki sposób objawy schizofazji „reagują” na leczenie antypsychotyczne – czy ustępują, czy też nie równocześnie z innymi objawami psychozy? Próbą odpowiedzi na pytanie jest ryc. 2.



Ryc. 1. Częstość występowania fenomenów językowych (według TLC) w badanej grupie 60 osób ze schizofrenią



Ryc. 2. Częstość (w procentach) występowania fenomenów językowych (według TLC) w tej samej grupie 60 chorych ze schizofrenią (mierzona przed ich wypisem)

Tym razem tylko trzy fenomeny osiągnęły frekwencję wyższą od 50%: ubóstwo treści, zbaczenie wypowiedzi i utrata celu wypowiedzi. Porównując te wyniki z pracami innych autorów, wyraźnie staje się, iż za zjawisko schizofazji odpowiedzialne są te dysfunkcje w wypowiedzi osób ze schizofrenią, w których rozbijana jest struktura i semantyka tekstu. Można więc traktować schizofazję jako

rzeczywiste rozszczepienie języka w jego podstawowych wymiarach – semantycznym, syntaktycznym i pragmatycznym.

III. SCHIZOFAZJA W UJĘCIU LINGWISTYCZNYM

Próby lingwistycznego ujęcia zagadnień związanych ze schizofazją są szczególnie godne uwagi, ponieważ można dostrzec tam próbę zastąpienia ogólnych analiz oraz intuicji językowej metod opisowych przez analizy wypowiedzi, dokonywane na kanwie dość precyzyjnej metodologii badań lingwistycznych. Co więcej, kierunek ten jest wyraźnie zorientowany na wyjaśnienie podłoża zaburzeń językowych w schizofrenii czy też w innych chorobach psychicznych.

Studia tego rodzaju mają dosyć dużą tradycję w krajach anglosaskich. Za godne uwagi należy uznać tu prace J. Laffala z lat sześćdziesiątych XX w., który stosując metodę analizy zawartości treści badań pamiętniki Daniela Paula Schrebera [Laffal 1960; 1965]. Było to w istocie badanie słownictwa schizofreników. Autor wyodrębnił słowa szczególnie znaczące w danym tekście (rodzaj „słów kluczowych”) i porównał je z ich rangą w ogólnym języku angielskim. Takie analizy kontekstualne badały na przykład asocjacje, jakie niosą z sobą słowa „słońce” czy „Bóg” w tekstach Schrebera.

W latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych podobne badania prowadzili Maher oraz Rosenberg i Tucker [por. Martin, Rochester 1979; Maher 1980]. Nadal badano słownictwo w aspekcie prawdopodobieństwa jego wystąpienia. Badania dotyczyły głównie proporcji częstości użycia słów do całości tekstu (*type – token ratio* – TTR), a następnie porównywania otrzymanych wyników z danymi ze słowników frekwencyjnych. Po raz pierwszy B. Maher wykorzystał system komputerowy do analizy tego rodzaju tekstów, tzw. General Inquirer (GI). B. Maher przebadął za pomocą GI 100 pacjentów, zwracając uwagę m.in. na składnię (liczbę poszczególnych składników w zdaniu) i tematy pojawiające się w wypowiedziach.

Wnioski wynikające z sygnalizowanych badań można streścić następująco:

1) niektórzy schizofrenicy używają częściej dopełnień niż podmiotów (mniej więcej w stosunku 3 : 1), i to przeważnie na końcu zdania;

2) w wypowiedziach osób chorych na schizofrenię następuje obniżenie proporcji przymiotniki: czasowniki, co powoduje, że wypowiedzi te są mało opisowe;

3) teksty schizofreniczne są mało zróżnicowane stylistycznie;

4) w tematyce wypowiedzi główny nacisk położony jest na zagadnienia ogólne (religia, polityka, nauka, problem śmierci, stosunki międzyludzkie itp.); mówcy częściej podejmują tematy zła i wrogości, mając równocześnie kłopoty z mówieniem na temat dobra czy przyjaźni; kobiety chore na schizofrenię preferują tematykę „męską” – kierowanie, kontrolowanie;

5) obserwuje się pewne przesunięcia proporcjonalne w ramach frekwencji występowania części mowy, np. rzadsze jest używanie niektórych typów zaimków i rzeczowników, często pojawia się partykuła „nie” itd.;

6) wraz z poprawą stanu zdrowia pacjentów wyżej opisane zjawiska powracają do normy.

Przytoczone powyżej wnioski wynikające z badań TTR mogą – według autorów tych badań – stanowić podstawę „diagnozy różnicowej” schizofrenii i na przykład afazji.

Innego typu badania były prowadzone przez R. D. Morice i McNicol [1985; 1986]. W tym wypadku badano złożoność syntaktyczną wypowiedzi przy wykorzystaniu programów komputerowych (np. PSYCHLAND). Oparto się tutaj na tezie wywodzącej się z obserwacji rozwoju mowy, że wraz z rozwojem psychicznym rośnie komplikacja i złożoność syntaktyczna wypowiedzi. Badania syntaktyczne języka w schizofrenii w porównaniu z normą i innymi chorobami psychicznymi wykazują mniejszą złożoność składniową wypowiedzi. Przejawia się to przede wszystkim w mniejszej liczbie zdań złożonych i zwiększonej liczbie zdań pojedynczych, w częstym powtarzaniu tych samych fraz, w operowaniu krótszymi wypowiedziami itp.

Co więcej, badania syntaktyki schizofrenicznej wskazują na duży stopień korelacji między oceną lingwistyczną wypowiedzi, klasyfikującą ją jako schizofreniczną, i niezależną od niej diagnozą kliniczną.

Zagadnienia spójności wypowiedzi schizofrenicznej zostały podjęte przez S. Rochester i J. R. Martin [1979]. Oparli się oni na teorii połączeń spójnościowych, które opracowali dla języka angielskiego Halliday i Hasan. We wstępie do swojej pracy Rochester i Martin stwierdzają, że określanie zaburzeń schizofrenicznych mianem „zaburzeń myślenia” jest niejasne, ponieważ o utracie związków między pojęciami wnioskuje się na podstawie wypowiedzi pacjenta, a dalszy wywód usiłuje się prowadzić nie przy użyciu terminologii lingwistycznej, tylko przy użyciu terminów z zakresu teorii poznania. Stąd mówi się o przypadkowości, nielogiczności, nieuporządkowaniu czy dziwaczności przepływu myśli. W konkluzji proponują odrzucić pojęcie „zaburzenia myślenia” jako nieprecyzyjne. Rochester i Martin postulują oparcie definicji zaburzeń swoistych dla schizofrenii na danych językowych. Stwierdzają jednocześnie, że nie ma teorii wyjaśniającej, dlaczego schizofreniczni mówcy budują wypowiedzi z naruszeniem zasad komunikacji. Wszystko, co wiemy na ten temat, sprowadza się do stwierdzenia różnic między wypowiedziami osób chorych na schizofrenię a normą w tym, co się mówi i jak się mówi.

Badania tych autorów posuwają naprzód systematyczne obserwacje języka w schizofrenii poprzez dowiedzenie faktu redukcji połączeń spójnościowych wypowiedzi. Obserwacje te zostały potwierdzone przez T. Wykesa i J. Leffa

[Wykes 1981; Wykes, Leff 1982]. W ocenie spójności wypowiedzi Hallidaya i Hasana stwierdza się, że:

1. W wypowiedziach schizofreników częściej niż u osób nieschizofrenicznych występują tzw. powiązania leksykalne, tj. w zdaniu następującym używa się słów o podobnym znaczeniu i w analogicznej formie, jak w zdaniu poprzedzającym, np.:

- a) Oni nie mieli wystarczająco dużo jedzenia.
- b) Oni nie mieli wystarczająco dużo jedzenia, dlatego im nie pomagali?
- c) Dlaczego [bogaci] nie pomagają [biednym]?
- d) Dlaczego my nie pomagamy [bogatym] pomagać [biednym]? (s. 97).

W wypowiedzi, skąd pochodzi wybrany fragment, liczba powiązań tego typu sięga 66%.

2. W wypowiedziach schizofreników rzadkie jest użycie spójników dla łączenia zdań i jako wskaźników nawiązania syntaktycznego.

3. Bardzo rzadko osoby chore na schizofrenię używają w zdaniu następującym elementów gramatycznych odnoszących się do zdania poprzedniego, np. zaimków anaforycznych. Tekst przestaje być spójny.

Autorzy wykazali ponadto, że mówcy schizofreniczni częściej niż osoby nieschizofreniczne budują niezrozumiałe wypowiedzi, ponieważ wnioskowanie oparte jest na niejasnym, często dwuznacznym lub zbyt ogólnym kontekście, np. Dwaj chłopcy weszli na szczyt i ona wróciła do domu.

Obserwacje dotyczące zaburzeń użycia języka stały się podstawą opracowania przez N. Andreasen [1980 – por. Czernikiewicz 1989] skali do oceny zaburzeń myślenia, języka i komunikacji (Thought, Language, Communication – TLC). Skala jest narzędziem do badania patologii mowy i myślenia w różnego rodzaju zaburzeniach psychicznych, ale w praktyce klinicznej szczególnie dobrze nadaje się do oceny poziomu patologii w schizofrenii.

W ocenie zaburzeń myślenia, języka i komunikacji w schizofrenii N. Andreasen i W. Grove [1986] przebadali skalą TLC 94 osoby normalne i 100 osób chorych na schizofrenię. Obserwowani pacjenci schizofreniczni wykazywali większą skłonność do tzw. objawów negatywnych zaburzeń myślenia niż pacjenci z psychozą afektywną.

W schizofrenii – według Andreasen – występują pozytywne i negatywne zaburzenia myślenia. **Objawy negatywne** przejawiają się zmniejszeniem zawartości informacyjnej wypowiedzi i uproszczeniem jej struktury składniowej. **Objawy pozytywne** dotyczą głównie zaburzeń spójności wypowiedzi i nielogicznego rozumowania [por. B. Kaczmarek 1995]. Autorzy podkreślają, że stopień dezorganizacji wypowiedzi, manifestujący się głównie utratą jej spójności, może być użyteczny w ocenie intensywności choroby, a ocena sprawności i skuteczności zachowań językowych jest najważniejsza dla określenia istoty schizofrenii.

Polskie prace oceniające zaburzenia językowe w schizofrenii z punktu widzenia badań lingwistycznych przedstawiają się nieco skromniej. Najbardziej znany jest

rozdział dotyczący ekspresji słownej napisany przez J. Masłowskiego i J. Mitarskiego, zamieszczony w znanej monografii A. Kępińskiego [1981]. Autorzy przytaczają liczne obserwacje związane ze swoistością wypowiedzi schizofrenicznych, podkreślają skłonność do gry słów i utratę związków wewnątrz tekstu. Postulują badania wypowiedzi schizofrenicznych z uwzględnieniem szerokiego kontekstu kulturowego: historii i teorii języka, historii kultury, etnologii itp., gdyż dostrzegają analogie między wypowiedziami pacjentów a magią językową ludów pierwotnych czy zabiegami artystyczno-literackimi.

W naszej ocenie przyjęcie takiego stanowiska badawczego utrudnia tylko badania nad językiem w schizofrenii.

Na uwagę zasługuje seria publikacji J. Wróbla [1978; 1979; 1984], w których autor stawia tezę o odmienności semantyki schizofreników na skutek konsekwentnego odchylenia pola leksykalno-gramatycznego, w czym dostrzega przejaw kreatywności językowej. J. Wróbel ilustruje to przykładami schizofrenicznego rozumienia „pokrewieństwa”. Według niego dochodzi tam do posługiwania się własnymi kategoriami w rozróżnieniu osób będących i nie będących rodziną. Autor chce podważyć w ten sposób tezę o błędności semantycznej i niespójności wypowiedzi schizofrenika. Celem jego analiz staje się odkrycie znaczeń, jakie nadał słowom pacjent, i próba odtworzenia systemu tych znaczeń. Narzędzia analizy postulowane przez autora są literackie, filozoficzne, antropologiczne i psychologiczne.

Jest to kolejny przykład odejścia od wstępnych rzeczowych analiz na grunt rozważań ogólnych. Dowodem tego jest ostatnia publikacja J. Wróbla, gdzie w szerokim kontekście kulturowym autor analizuje wypowiedzi schizofreników pod kątem ich wrogości do ojca jako symbolu władzy, reguł i zniewolenia.

W ostatnich latach coraz częściej lekarze psychiatrzy zwracają uwagę na potrzebę analizy mowy w schizofrenii z uwzględnieniem szczegółowych danych dotyczących zaburzeń w podsystemach języka oraz zaburzeń dotyczących semantyki i czynników paralingwistycznych (np. prozodii) [por. Czernikiewicz 1989; Wandzel 1984].

Powiązania między językiem a zaburzeniami myślenia i zachowania w schizofrenii poszukuje neurolingwista B. Kaczmarek [1995], stawiając tezę o podobieństwie zachowań językowych w schizofrenii w przypadku wypowiedzi pacjentów z uszkodzeniem płatów czołowych, co nawiązuje do poglądów omawianych wcześniej autorów, w tym głównie N. Andreasen i R. D. Morice.

Jak wynika ze stanu badań nad zaburzeniami mowy w schizofrenii, do tej pory nie ustalono ogólnego modelu schizofazji; nie określono przyczyny zaburzeń językowych ani mechanizmu ich występowania. Dysponujemy tylko zbiorem często bardzo wnikliwych obserwacji czynionych przez psychiatrów, psychologów i lingwistów, które można sprowadzić do dwu wniosków:

1. Najważniejsza dla określenia istoty choroby jest analiza zjawisk językowych.

2. Wypowiedzi osób chorych są trudne do zrozumienia, ponieważ są niespójne. Dotyczy to gramatycznego porządku wypowiedzi, ale przede wszystkim zaburzona zostaje spójność semantyczna i ogólna strategia skutecznego osiągnięcia celów nadawcy w wypowiedzi.

IV. BADANIA WŁASNE

Wnioski te skłaniają do ponownego podjęcia badań lingwistycznych nad językiem w schizofrenii. Badania własne autorów tego artykułu uwzględniały zarówno kliniczną ocenę zaburzeń językowych w schizofrenii paranoidalnej, dokonywaną za pomocą skali TLC, jak i analizy lingwistyczne wypowiedzi pacjentów.

Analizy uwzględniały obserwację zjawisk patologicznych na wszystkich poziomach funkcjonowania systemu języka oraz badanie przebiegu komunikacji osób chorych na schizofazję przy wykorzystaniu metod przewidzianych dla opisu interakcji językowej [Czernikiewicz 1989; Woźniak 1993; 2000; Czernikiewicz, Woźniak 1997].

W badaniach skalą TLC, które omówiliśmy w części poświęconej studiom klinicznym, poddano ocenie 120 wypowiedzi 60 pacjentów. Badania potwierdziły użyteczność skali w diagnozie schizofrenii paranoidalnej, o czym świadczą istotne współzależności pomiędzy wynikami oceny stanu psychicznego i patologii językowej. Powstałe wnioski z tych badań są następujące:

1. W grupie badanych osób chorych na schizofrenię paranoidalną funkcje językowe kształtowały się na poziomie znacznej patologii w okresie zaostrzenia się choroby. W okresie remisji funkcje językowe nadal odbiegały od normy, kształtując się na poziomie nieznacznej patologii, mimo dużej poprawy stanu klinicznego badanych.

2. Objawy patologii językowej spowodowane były niespójną strukturą wypowiedzi. Najczęściej stwierdzanymi u badanych osób zjawiskami patologii językowej były – według kategorii TLC – „zbaczenie wypowiedzi” i „utrata celu”.

3. Grupa badanych osób z przewlekłą schizofrenią paranoidalną charakteryzowała się wyższym poziomem patologii językowej oraz częstszym występowaniem patologii językowej zawartej w klasach „luźnych skojarzeń” i pozytywnych zaburzeń językowych niż pacjenci chorzy przewlekle. Niewielka różnica między tymi grupami w odniesieniu do negatywnych zaburzeń językowych wskazuje na to, że tego typu patologia językowa jest związana z podstawowym procesem schizofrenicznym [Czernikiewicz 1989].

Analiza lingwistyczna wypowiedzi schizofrenicznych została przeprowadzona na podstawie dłuższych fragmentów wypowiedzi 20 osób chorych na schizofrenię paranoidalną. Osoby te uczestniczyły w ustrukturyzowanej rozmowie, podzielonej

na opis historyjek obrazkowych oraz obrazów stanowiących reprodukcje dzieł sztuki. Opis przeplatany był rozmową na tematy ogólne, np.: dlaczego ludzie wierzą w Boga?

Analizy składniowe potwierdzają tendencję do upraszczania profilu złożoności składniowej tekstu. Wypowiedzenia pojedyncze i równoważniki zdań stanowią w niektórych wypowiedziach blisko 90% tekstu. Średni procent występowania wypowiedzi pojedynczych w wypowiedziach osób chorych ma schizofrenię wynosił 65,54%, co zbieżne jest z wynikami otrzymanymi przez innych badaczy [por. Thomas 1996 a; 1996 b; Woźniak 2000]. Dostrzega się również naruszenie zasad łączliwości gramatycznej wewnątrz zdania (głównie o podłożu semantycznym), przez co wypowiedzenia zyskują charakter anakolutyczny. Znacząco zmniejsza się także liczba wypowiedzi złożonych podrzędnie.

Godny podkreślenia jest jednak fakt utrzymania schematu zdania jako struktury językowej dosyć odpornej na zaburzenie w tym przypadku. Ponadto nie rozstrzygnięta pozostaje kwestia adekwatnego porównania złożoności składniowej wypowiedzi schizofreników z normą. Po pierwsze, należy uwzględnić fakt, że mamy tu do czynienia z językiem mówionym. Po drugie, wykształcenie pacjentów często pozostaje na poziomie niepełnym średnim lub zasadniczym zawodowym. Brak jest badań dotyczących składni, które uwzględniałyby te zmienne i stanowiłyby normatywny punkt odniesienia.

Ciekawe wyniki przynosi analiza elementów metatekstowych. Są to elementy, które nie stanowią wprawdzie o wartości informacyjnej wypowiedzi, ale odnoszą się do samego komunikatu i organizują jego przekaz bądź coś o komunikacie orzekają [Ożóg 1990]. Są to np.: wyrażenia wspierające kontakt między nadawcą a odbiorcą (zwroty do adresata), sygnały korekty wypowiedzi czy składni wyliczania. Elementy metatekstowe występują dość powszechnie w wypowiedziach schizofrenicznych i ich funkcja przeważnie się nie zmienia. Szczegółowa analiza funkcjonowania operatorów metatekstowych dostarcza jednak danych dotyczących patologii językowej [Woźniak 1993; 2000].

1. W przypadkach wyraźnie zaburzonej spójności mowy pojawiają się dwie tendencje, z których pierwsza polega na redukcji wyrażeń metatekstowych, a druga objawia się brakiem korelacji między operacjami metatekstowymi a treścią wypowiedzi, tzn. następuje wiązanie tylko metatekstem przy bezsensownej treści.

2. Liczne wypowiedzi pacjentów ujawniają duże nagromadzenie sygnałów świadczących o niepewności opisywanego świata lub przeciwnie – o nadmiernej pewności. Pierwsze zjawisko manifestuje się wieloma sygnałami, np. częstymi pytaniami do adresata z prośbą o potwierdzenie, rozważaniem wielu możliwości zdarzeń, użyciem zaimków nieokreślonych typu „jakiś”, „gdzieś” itd. Zjawisko drugie polega na redukcji tego rodzaju sygnałów, na braku sygnałów korekty

wypowiedzi i nagromadzeniem środków potwierdzających własną prawdziwość, typu „to wszystko prawda!”

Obserwacje zebrane przy okazji metatekstu można interpretować jako przejawy myślenia konkretnego [por. Obuchowski 1982]. W charakterystyce myślenia konkretnego K. Obuchowski umieszcza m.in. takie cechy, jak: nietrwałość sądów, podawanie danych w przybliżeniu, wikłanie się przy próbach odtworzenia całości, brak krytycyzmu wobec własnego działania. Dostrzeżenie w analizowanym materiale opisywanych zjawisk nawiązuje do obserwacji czynionych wcześniej przez psychologów zajmujących się badaniem myślenia w schizofrenii, a szczególnie do badań B. W. Zeigarnik [1969].

Do podobnych wniosków prowadzą badania leksyki [por. Czernikiewicz 1998; Woźniak 2000]. Badania leksyki schizofrenicznej to w tym wypadku głównie analiza neologizmów jako zjawisk uznanych za typowe dla schizofrenii. Według naszych badań neologizmy stanowią ok. 2% zebranego zasobu leksykalnego. Grupa ta ma jednak nadzwyczaj nietypową strukturę: neologizmy strukturalne (tj. takie, w których na podstawie analizy budowy wyrazu możemy określić typ procesów słowotwórczych) stanowią jedynie 5%, neologizmy znaczeniowe (tj. powstałe w wyniku przypisania nazwie nowego znaczenia) 11,5%, zapożyczenia z języków obcych i formy obce 8,5% i aż 75% stanowią formy okazjonalne i pozasystemowe, które nic nie znaczą.

Odślonięte przy analizie neologizmów zaburzenia systemu języka polegają głównie na nasilającej się dezintegracji związków między nazwą a znaczeniem. Przejawia się to w:

1) tworzeniu wypowiedzi opartych na podobieństwie brzmień, przy wykorzystaniu dowolnej części wyrazu, np. „*a te kółka, jak fluidy /lui/ luizjanę tu widzę*”; (por. ryc. 3.1);

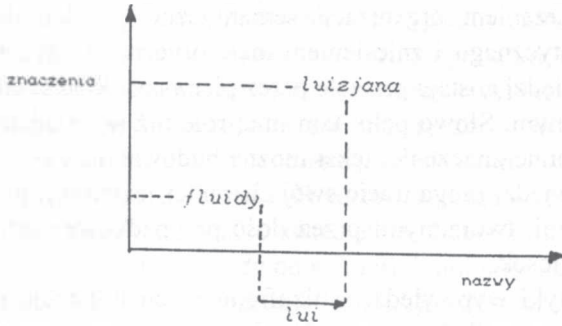
2) przypisywaniu nazwom znaczeń z całkowitym pominięciem poprzednich związków znaczeniowych, np. bliżej nieokreślona modyfikacja znaczeniowa imienia „Rafael” „[...] *rafaelów musiałem uczyć i wychowywać swoich* [...]” (por. ryc. 3.2);

3) tworzenie form niezrozumiałych, okazjonalnych i pozasystemowych, które stanowią specyfikę schizofazji, np.: *szantko* – „[...] *eseraria, znaczy nie wolno* [...]”; *tra wyzyt in tet* – „*tra wyzyt in tet* [...] *no i tra wyzyt no nie ma jedno in tet* [...]”

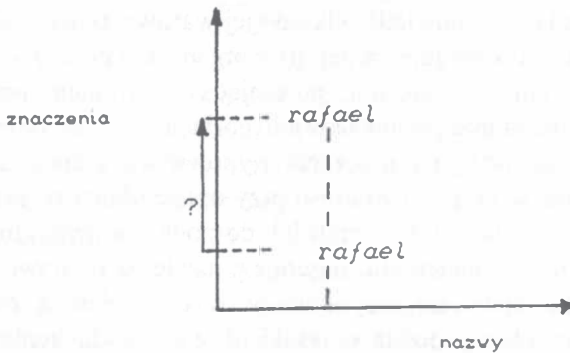
Prezentowane tu obserwacje wskazują na zaburzenia rozumienia znaczenia wyrazów i dezintegrację powiązań hierarchicznych między wyrazami.

Wnioski z badań leksyki schizofreników interpretujemy także w odniesieniu do neurofizjologii i psychologii jako przejawy myślenia konkretnego. Według nas należy przywołać tu teorię dwu układów sygnałowych mózgu I. P. Pawłowa, która inspirowała już wielu badaczy zajmujących się chorobami psychicznymi (A. G. Iwanów-Smołński, E. A. Popow, E. A. Ruszkiewicz, G. N. Socewicz i inni [por. Zeigarnik 1969]).

3.1.



3.2.



Ryc. 3. Zmiany semantyczne w schizofazji

Pawłow wyróżnił dwa układy sygnałowe w mózgu, niezależne i odrębne organizacyjnie:

I. Układ wspólny ludziom i zwierzętom, różnicujący bodźce podobne (poziom konkretny: monokonkretny i polikonkretny);

II. Układ abstrakcyjny, pozwalający na uogólnianie sygnałów pierwszego układu, analizowanie i syntetyzowanie tych nowych sygnałów, co pozwala na nieograniczoną orientację w otoczeniu (poziom hierarchiczny) [Obuchowski 1982].

Zaburzenie znaczenia wyrazów, pomijanie istniejących między nimi wynikających z relacji podobieństwa i przyległości jest wynikiem ustania działania drugiego układu sygnałowego. Układ ten umożliwia kształtowanie się związków znaczeniowych poprzez powstanie systemu powiązań między relacjami pojęciowymi, a nie tylko bodźcami warunkowymi. Tworzenie bezsensownych form wyrazowych czy budowanie tekstu na podstawie brzmienia wyrazu jest symptomem pracy jedynie w zakresie pierwszego układu sygnałowego. W pierwszym układzie słowa uruchamiają czynności organizmu na zasadzie bodźców warunkowych. W drugim układzie słowa zastępują całą podległą sobie klasę przedmiotów i jak pisze K. Obuchowski [1982] – odgrywają tam rolę integratorów. W sytuacji,

w której następuje zaburzenie pracy drugiego układu sygnałowego, mamy do czynienia z zaburzeniem organizacji semantycznej języka, dezintegracją pola leksykalno-semantycznego i zniesieniem metaforycznego użycia języka. Funkcje tworzenia wypowiedzi zostają przejęte przez pierwszy układ sygnałowy, pracujący w kodzie konkretnym. Słowo pełni tam inną rolę niż w układzie hierarchicznym. Może więc mieć inne znaczenie, tekst można budować na zasadzie podobieństwa brzmień, a wypowiedzi mogą tracić swój charakter językowy, gdyż stają się tylko ciągami fonicznymi, tworzonymi przez dość przypadkowe zestawienie wzorców artykulacyjnych głosek.

Badania fonetyki wypowiedzi schizofrenicznych wskazują na brak zaburzeń w płaszczyźnie segmentalnej wypowiedzi, choć przy okazji wspomnianych bezsensownych form wyrazowych ujawniają się pewne elementy organizacji prefoneinowej, zbliżające wypowiedź tylko do jej wartości prozodycznej.

W płaszczyźnie suprasegmentalnej, tj. w organizacji prozodycznej, wypowiedzi tkwi wskazówka zmiany adresata, polegająca na zmianie poziomu głośności wypowiedzi, co można interpretować w kategoriach kodu proksemicznego E. Halla [1987] jako zmianę rodzaju i znaczenia wypowiedzi, a także stopnia oddalenia rozmówców. Przejście od pełnego głosu przy opisie obrazów (przy odległości ok. 1,5 m między rozmówcami) do szeptu lub do podniesionego głosu, co połączone jest zwykle z nagłą zmianą tematu, sugeruje pojawienie się nowej interakcji.

Nie wszystkie zjawiska językowe w wypowiedziach osób chorych na schizofrenię paranoidalną można wyjaśnić użyciem kodu konkretnego. Znaczna część wypowiedzi pacjentów jednak coś komunikuje. Problemy prezentowane dotychczas świadczą, co najwyżej, o interferencji obu kodów, przechodzeniu z poziomu hierarchicznego na poziom konkretny i z powrotem. Zjawisko to zostało również dostrzeżone przez Zeigarnik i Kretschmera [Obuchowski 1982]. Twierdzą oni, że trudno wskazać racjonalne uzasadnienie takiego stanu rzeczy, a przyczyny tego zjawiska widzą w zaburzeniu mechanizmu generowania emocji.

Według nas podłoże rozpadu funkcjonowania drugiego układu sygnałowego ma swoje wyznaczniki językowe. Danych na ten temat dostarcza analiza spójności tematyczno-rematycznej przebiegów werbalnych interakcji z osobą schizofatyczną, którą to spójność oceniamy pod kątem „podziału wiedzy o świecie” W. Labova. Wracamy tu do najbardziej podstawowej obserwacji stwierdzenia niespójności wypowiedzi.

Na wstępie przyjmujemy założenie, że semantyczna struktura każdego wypowiedzenia, najogólniej rzecz biorąc, jest taka, iż dzieli się ono na dwie części: na część, która odnosi się do zjawiska (przedmiotu, zdarzenia), o którym jest mowa (będzie to temat wypowiedzi), i części, które wskazują na stan wyróżnionego obiektu (remat wypowiedzi). Spójna relacja: temat–remat (T–R) jest podstawą spójności tekstu. Następstwo T–R oceniamy jako spójne, jeżeli istnieją

w wypowiedzi przesłanki motywujące taki porządek i zasadność wprowadzania kolejnych tematów i rematów. Na przykład w przypadku opisu obrazu zarówno struktura wypowiedzi jest przewidywalna w dużym stopniu, jak i zbiór możliwych tematów. Dlatego wprowadzanie nowych elementów wymaga zwykle umotywowania tej czynności i wyraźnego powiązania z resztą wypowiedzi. W innym przypadku to, co mówimy, może być odebrane jako niespójne i niezrozumiałe.

Tak interpretowana spójność relacji T–R zostaje w ciągu wypowiedzi rozpisana zgodnie z zasadą organizacji „wiedzy o świecie” W. Labova: „[...] przez co rozumiemy dystrybucję wiedzy między dwoma interlokutorami, że istnieją zidentyfikowane elementy świata (zdarzeń, rzeczy, cech itd.), o których wie A i nie wie B; wie B, a nie wie A; o których wiedzą oboje (odpowiednio A – events, B – events, AB – events)” [Warchała 1992]. Innymi słowy, czy przekazywanie informacji – czy to w dialogu, czy w większych formach narracyjnych – polega na wprowadzeniu wiedzy dostępnej tylko nadawcy (A) do wiedzy wspólnej (AB), możliwej do zrozumienia przez odbiorcę (B). Ta koncepcja „podziału wiedzy” stała się istotnym elementem wielu tzw. analiz dyskursywnych [por. Labov 1983]. Jako przykład zaburzenia konstruowania spójnej wypowiedzi i nieuwzględnienia powyższych reguł Labov podaje przykład zaczerpnięty z rozmowy pomiędzy psychiatrą a pacjentem schizofrenicznym [Labov 1983 s. 299].

Oceniane według tych kryteriów wypowiedzi schizofreniczne ujawniają pewne zaskakujące prawidłowości. Ciąg tematyczno-rematyczny rozpatrywany w kontekście opisanych wyżej poziomów wiedzy powinien być spójny (szczególnie w sytuacji opisu czy opowiadania) i przebiegać na poziomie AB – wiedzy wspólnej. Pojawiające się nieoczekiwane tematy należące do wiedzy nadawcy A powinny być szybko motywowane i wprowadzane do wiedzy wspólnej, tj. AB. Jest to naturalne dążenie do wyrównania asymetrii wiedzy między nadawcą a odbiorcą.

W obserwowanych wypowiedziach mechanizm ten zostaje istotnie zaburzony. Po pierwsze, rozpada się spójność T–R na poziomie wiedzy wspólnej (por. ryc. 4).

B – *dlaczego ludzie wierzą w boga?*

A – *a bo istnienie boga było nieżywe istnieniem ludzi/ twierdzeniem religii chrystusowej/ i tam później zła świętość// był nie niewiadome bez ludzi ociemniałych //*

B					
AB	T1	--	R1	--	T2 -- (T3) -- R3
A					

Ryc. 4. Analiza spójności tematyczno-rematycznej wypowiedzi
(spójna relacja: T > R; niespójna: T -- R)

Zjawisko to można objaśnić przejawami działania kodu konkretnego w wypowiedzi pacjentów, a zarazem rozpadem relacji hierarchicznych. Zastanawiający jest jednak inny proces, który polega na pozostawianiu coraz większej liczby tematów i rematów na poziomie A bez intencji wprowadzenia ich na poziom AB. Pacjent mówi bez ujawniania powodów, dla których wprowadza kolejne tematy i rematy. W krańcowych wypadkach cała wypowiedź jest zbudowana w sposób niezrozumiały. Odnosimy wrażenie, jakby skierowana była do kogoś innego, co często sygnalizowane jest dodatkowo zmianą poziomu głośności wypowiedzi (o czym była już mowa) i zaburzeniami w utrzymywaniu kontaktu wzrokowego. W przypadku tak konstruowanych wypowiedzi obserwujemy proces narastania sinusoidalnego rozwarstwienia wypowiedzi: od pojedynczych niezrozumiałych tematów, po których następuje powrót do głównej linii wypowiedzi, poprzez zwiększanie się liczby nieumotywowanych fragmentów w tekście schizofrenicznym, aż po całkowitą niezrozumiałość wypowiedzi i zerwanie komunikacji (por. ryc. 5).

(opis historyjki obrazkowej – fragment)

A – „[...] a to było tutaj/ y /to było na// ona tu ddziela o ten obraz// a tu był // niech się to oddziela// środkowy oddział to był [zmiana sposobu mówienia: szept] jeszcze dziś/ i nie oglądniesz zesłomiatowych// co by podziwiały// [niezrozumiałe] [...]

B	
AB	$T1 > R1 > T1' - - T2 > R2 - -$
A	$T3 > R3 - - T4 > R4 - - ? ? ? \dots$

Ryc. 5. Analiza spójności tematyczno-rematycznej wypowiedzi
(spójna relacja: $T > R$; niespójna: $T - - R$)

Zjawisko to wynika ze szczególnego rodzaju interferencji, jaki ujawnia się w wypowiedziach pacjentów. Mechanizm nakładania się wielu interakcji (istniejącej poza pacjentem i tych, które są wynikiem omamów słuchowych) jest prawdopodobnie jednym z głównych czynników powodujących zaburzenia językowe w schizofrenii. Na skutek silnych halucynacji werbalnych występujących powszechnie w schizofrenii dochodzi do pojawienia się dodatkowych rozmówców w wewnętrznym świecie pacjenta.

Stawiamy w tym miejscu tezę o obligatoryjnej relacji między opisywanym zjawiskiem niespójności wypowiedzi a omamami słuchowymi w schizofrenii. Zjawisko to powoduje rozpad interakcyjnej struktury wypowiedzi, a w dalszym

planie może doprowadzić do pojawienia się elementów organizacji konkretnej, np. tworzenia tekstu na zasadzie podobieństwa brzmień. Przejawy kodu konkretnej wypowiedzi należy wówczas wiązać ze wzrostem entropii w językowej organizacji wypowiedzi, budowanej zwykle za pomocą kodu symbolicznego, a nawet z przejściową niemożnością budowy wypowiedzi na podstawie kodu symbolicznego.

V. MECHANIZM POWSTAWANIA ZABURZEŃ Z KRĘGU SCHIZOFAZJI

Zaburzenia językowe i komunikacyjne odbierane i diagnozowane jako schizofazja są efektem różnorodnych dysfunkcji umysłu ludzkiego, w tym również dysfunkcji systemu językowego. Zgodnie z zasadami ewolucji i dyssolucji najłatwiej uszkodzeniu ulegają te funkcje psychiczne, które osiągnęły najwyższy stopień rozwoju, które są najbardziej „ludzkie” [Mazurkiewicz 1980]. System językowego przetwarzania informacji o świecie, będący jednocześnie systemem komunikowania się z tym światem, bardzo łatwo ulega uszkodzeniu zarówno w procesie rozwoju (zaburzenia ewolucji, np. rozwojowe zaburzenia funkcji mowy), jak i w procesie inwolucji (dyssolucja, np. afazja w przebiegu otępienia starczego typu Alzheimera). W takim rozumieniu schizofazja jest szczególnym rodzajem dyssolucji systemu językowego co najmniej z dwu powodów. Po pierwsze, jest dysfunkcją obejmującą głównie sam system językowy, przy minimalnym wpływie na substancję wypowiedzi. Po drugie, tak znaczna dysfunkcja językowa jest obserwowana przy minimalnych odchyleniach w budowie mózgu lub w ogóle przy nieobecności jakichkolwiek uszkodzeń w ośrodkowym układzie nerwowym.

Następujące teraz akapity będą próbą odpowiedzi, na poziomie psychologii, psycholingwistyki i psychiatrii, jakie są możliwe mechanizmy powstawania zjawiska schizofazji.

Najbardziej tradycyjną, a jednocześnie najbardziej popularną teorią, która tłumaczy powstawanie schizofazji, jest koncepcja oparta na „analizie treści” (*content analysis*). „Analiza treści” to „użycie powtarzalnych metod dla wnioskowania z tekstu o jego podstawach i własnościach” [Rochester, Martin 1979]. Jest to więc próba określenia przyczyn schizofazji i odpowiedzi na pytanie „jak funkcjonują struktury semantyczne?” w wypowiedziach chorych na schizofrenię. Odpowiadając na tak sformułowane pytanie, można stwierdzić na podstawie literatury przedmiotu, że:

(a) wypowiedzi schizofatyczne są uboższe w sensie słownictwa, mniej różnorodne, „chłodniejsze semantycznie”;

(b) wypowiedzi schizofatyczne charakteryzują się częstszym używaniem dopełnień, przy jednoczesnym obniżeniu frekwencji użycia przymiotników, co powoduje odbieranie ich jako „bezbarwnych”;

(c) słownik wypowiedzi schizofatycznych charakteryzuje się preferowaniem tematyki ogólnej (religia, polityka, nauka, śmierć, siła), przy wyraźnym zaniedbaniu tematyki osobistej (dobro, przyjaźń, uczucia) [Rochester, Martin 1979].

Można więc sądzić, iż przesunięcia i dysfunkcje w schizofazji dotyczą raczej struktury głębokiej języka, a nie jego struktury powierzchniowej.

Drugą prezentowaną tutaj teorią psycholingwistyczną, która poszukuje mechanizmu kreowania wypowiedzi schizofatycznych, jest koncepcja opierająca się na hipotezie, iż za schizofazję odpowiedzialne są zaburzenia spójności, zarówno na poziomie poszczególnych zdań, jak – nawet bardziej – na poziomie tekstu. Teksty (wypowiedzi), które odbieramy jako spójne, są generowane przez określonego nadawcę, odbierane przez określonego odbiorcę i dotyczą określonego tematu [Mayenowa 1971]. Jednocześnie charakteryzować się one powinny spójnością semantyczną, syntaktyczną i pragmatyczną, a więc ścisłymi związkami w relacjach „znak – obiekt”, „znak – znak” i „znak – interpretator”. Przy takich założeniach zaskakujące jest, jak dużo spójnych tekstów produkują ludzie nie tylko zdrowi, ale również ludzie ze znacznymi uszkodzeniami mózgu. Do zaburzeń trzech wyżej wymienionych typów spójności, zwykle rozpoczynających się od niespójności semantycznej, dochodzi dopiero w czasie schizofazji.

Ogólnie przyjęte ustalenia prezentowanych tutaj teorii psycholingwistycznych można przedstawić następująco:

(a) schizofazja charakteryzuje się niską złożonością syntaktyczną wypowiedzeń – mała liczba zdań złożonych, wysoka proporcja zdań prostych i równoważników zdań;

(b) rzadkie używanie połączeń międzyzdaniowych typu referencyjnego, szczególnie o charakterze anafory;

(c) preferowane są informacje o niejasnym kontekście – „*Dwaj chłopcy weszli na szczyt i ona wróciła do domu*” lub o dwuznacznym kontekście – „*Dwaj chłopcy weszli na szczyt i on wrócił do domu*”;

(d) nieprzestrzeganie w planie wypowiedzi zasad jej hierarchiczności, co powoduje, iż niektóre fragmenty wypowiedzi są całkowicie oderwane od jej osi, lub powracanie tekstu do wcześniejszych wypowiedzi („zapętlanie tekstu”) [Maher 1980; Rochester, Martin 1979; Grove, Andreasen 1985].

Za pojawienie się schizofazji mogą być również odpowiedzialne czynniki psychologiczne, przekazywane w procesie wychowawczym. Rodzice przyszłych osób ze schizofazją i schizofrenią mogą w okresie formowania systemu językowego przekazywać im tzw. „defekty komunikacyjne”, a więc: po pierwsze, mieć kłopoty z ujęciem tekstu w ramy formalne i treściowe (np. użycie zwykłych słów w innym kontekście społecznym, częste używanie form przeczących, częste uwagi krytyczne, „wahania językowe” – preferowanie stylu „jeśli – może”); po drugie, używać „szczególnego” języka (np. prywatne terminy, neologizmy i eufemizmy,

błędne akcentowanie słów, opieranie się w skojarzeniach na rytmie i rymie, używanie terminów nadmiernie ogólnych) [Rochester, Martin 1979]. Jeśli porównamy te charakterystyki języka rodziców osób ze schizofazją z konkretnymi fenomenami językowymi samych chorych, to związek „uczenia się” się schizofazji z jej występowaniem staje się bliski i znaczący.

Można wreszcie traktować zjawisko schizofazji w takim rozumieniu, jaki może narzucać etymologia tego terminu, a więc że jest to rodzaj afazji. Tak rozumie to Chaika [1982], uważając, iż nie naruszone są tu struktury myślenia, a zaburzenie dotyczy tylko samego systemu mowy (w znacznie większym stopniu niż systemu językowego). Potwierdzać to mają takie cechy klasycznej schizofazji, jak: zaburzona zdolność adaptowania cech semantycznych do dźwięków, produkcja kolejnych wypowiedzi na zasadzie podobieństwa fonetycznego do wypowiedzi poprzedzających, niezdolność zauważania własnych błędów w mowie, zaburzona zdolność stosowania reguł syntaktycznych. Częściową przynajmniej słuszność tej koncepcji wydają się potwierdzać badania psycholingwistyczne, neuropsychologiczne i obrazowania mózgu, w których, lokalizacyjnie rzecz ujmując, obszarami dysfunkcji w przebiegu schizofrenii są płaty skroniowy półkuli dominującej i płaty czołowe [Pantelis 1986].

Czy schizofazja jest specyficznym zaburzeniem schizofrenicznym?

Świadomość odrębności języka w schizofrenii istnieje od dawna, jej pierwsze zapisy umieszczone są już w Nowym Testamencie – „*I całym dniami przebywał w grobowcach, krzyczał i tłukł kamieniami [...], ten, w którym był legion demonów*”. Przez stulecia łączono odrębność języka chorych psychicznie z kreatywnością (por. Szekspir, *Miarka za miarkę*) czy wręcz geniuszem (por. Arystoteles – „nie było prawdziwego geniusza bez domieszki szaleństwa”). Już w XX w. próbowano szukać „archotypu” schizofazji w języku dzieci bawiących się słowami czy tworzących swój własny język, tzw. *gibberish* [por. Maher 1972]. Dalej uważano, iż działanie związków psychodelicznych może „wywołać” sztuczną psychozę schizofreniczną, w której osoba do tej pory bez jakichkolwiek problemów w spójności wypowiedzi zaczęła wypowiadać się w sposób typowy dla schizofazji. Ze względu na podobieństwo morfologiczne uszkodzeń typu afazji i zmian organicznych obserwowanych w niektórych postaciach schizofrenii sądzono, że zmiany afatyczne będą modelem dla schizofazji [Lecours, Vanier-Clement 1976]. Wreszcie poszukiwano podobieństw pomiędzy chorymi na schizofrenię i inną psychozę (psychozę maniacką) w obszarze funkcji językowych [Hoffman (i in.) 1986]. Na pytanie o podobieństwo zaburzeń schizofatycznych w schizofrenii i innych wymienionych powyżej stanach normy i patologii trzeba udzielić jednak odpowiedzi negatywnej. I tak co do podobieństwa niektórych produkcji literackich i schizofazji trzeba powiedzieć, że: po pierwsze, schizofazja jest zaburzeniem doty-

czącym wypowiedzi ustnych, a nie pisemnych, a jej projekcja pisana (schizografia) w niewielkim stopniu przystaje do rzeczywistych problemów językowych schizofreników, chociażby ze względu na uruchomienie znacznych mechanizmów kontrolnych w czasie pisania; po drugie, związek pomiędzy kreatywnością, w tym kreatywnością literacką, a chorobą psychiczną to zdecydowanie negatywna relacja, w której w miarę przebiegu choroby dochodzi do stępienia możliwości tworzenia monotonii dokonań twórczych, wreszcie ich całkowitego zaprzestania. Zaburzenia psychiczne i językowe powstałe w wyniku działania środków psychodelicznych odbiegają znacznie od psychopatologii schizofrenii, nie mogą więc być jej modelem badawczym. Rozwój systemu językowego dziecka (ewolucja języka) dokonuje się harmonijnie, stopniowo, na zasadzie ciągłego wzbogacania semantycznego i komplikowania syntaktycznego. Problemy językowe dzieci dotyczą opóźnienia tej ewolucji. Dysfunkcja rozwija się na określonym etapie, nie stanowi więc pomieszania elementów „zdrowych” i „chorych”, jest jednocześnie w danym okresie statyczna. Nie dochodzi tu zatem do sytuacji, gdzie w zależności od stanu psychicznego zaburzenia językowe narastają lub zachodzi ich redukcja.

Pacjenci z afazją prezentują zaburzenia fatyczne tylko w wąskim obszarze (formułowania wypowiedzi), podczas gdy inne funkcje mowne, językowe i psychiczne nie ulegają uszkodzeniu. Zaburzenia typu afazji mają jednocześnie tendencję do samoistnego cofania się wraz z ustępowaniem ich przyczyn morfologicznych (np. wchłanianie się krwika czy wynacznienia śródtkankowego, usunięcie guza mózgu). Wreszcie pacjenci afatyczni, w większości typów afazji, mają świadomość swojej dysfunkcji, podczas gdy krytycyzm pacjentów ze schizofazją jest znacznie zmniejszony. Wsłuchując się w wypowiedzi osób ze schizofazją i manią, oba zaburzenia wydają się cechować podobną niezrozumiałością. Wstępna jednak już analiza, czy to lingwistyczna, czy kliniczna, wyraźnie wskazuje na znaczące między nimi różnice. Pacjenci maniakalni wykazują znaczny natłok mowy, jej drobiazgowość, jednakże ich wypowiedzi, pomimo znaczącej „gonitwy myśli”, są spójne (semantycznie i syntaktycznie), są *a propos*, nie wykazują zaburzeń leksykalnych, a ich czas występowania jest ograniczony tylko do czasu ostrej psychozy.

Podsumowując ten podrozdział, odpowiadamy jednocześnie na zadane we wstępie pytania. Stwierdzamy, że:

Po pierwsze, schizofazję, według znaczenia tego terminu podanego w części definicyjnej tego rozdziału, należy rozumieć jako utratę funkcji komunikacyjnej języka, występującą zwykle w przebiegu schizofrenii, szczególnie w jej przewlekłych postaciach.

Po drugie, językową istotą schizofazji jest zaburzenie spójności wypowiedzi na wszystkich jej poziomach, tj. spójności semantycznej, syntak-

tycznej i pragmatycznej, co powoduje, że wypowiedź tego typu jest odbierana jako częściowo lub całkowicie niezrozumiała.

VI. W KIERUNKU MODELU SCHIZOFAZJI

Z perspektywy zaprezentowanych powyżej wyników różnych badań można stworzyć w miarę pełny model zaburzeń schizofatycznych, który uporządkuje dotychczasowe obserwacje i stanie się podstawą wyjaśnienia dynamiki zaburzeń językowych tego typu. U podłoża tego modelu leży hipoteza *podwójnej interferencji* w wypowiedziach pacjentów: 1) **nakładania się wielu interakcji**; 2) **przechodzenia od kodu symbolicznego do konkretnego i *vice versa***.

Jak dochodzi do wyżej wymienionych zjawisk oraz jakie są ich konsekwencje – postaramy się zaprezentować punkt po punkcie.

Wiadomo, że wśród zasadniczych kryteriów diagnostycznych schizofrenii (DSM-IV, ICD-10) wymienia się halucynacje słuchowe, zwykle mające charakter głosu komentującego myśli i zachowanie pacjenta, głosu nakazującego mu określone zachowania, wreszcie kilku głosów diskutujących z sobą o pacjencie. Nawet głusi pacjenci cierpiący na schizofrenię mają halucynacje słuchowe, a jednocześnie słowa słyszane realnie są często od razu włączane do aktualnych halucynacji słuchowych [Kitson, Fry 1990]. Wszystkie te obserwacje mają związek z neurofizjologicznymi podstawami funkcjonowania mózgu, tak więc halucynacje słuchowe mają istotny związek z zaburzeniami neuromediatorów mózgowych, a więc pośrednio z występowaniem zaburzeń językowych typu schizofazji.

Jedną z tradycyjnych, ale ciągle inspirujących koncepcji patogenezy zaburzeń psychicznych jest teoria psychofizjologiczna Jana Mazurkiewicza [1980]. Według tej teorii w jej odniesieniu do schizofrenii w przebiegu psychoz dochodzi do zjawiska dyssolucji czynności psychicznych (przeciwnieństwo ewolucji funkcji psychicznych). W takim ujęciu objawy psychozy schizofrenicznej są albo efektem zubożenia aktywności wyższych piętér mózgu (szczególnie płatów czołowych), albo ujawnieniem aktywności niższych piętér mózgu (np. kory mózgowej poza płatami czołowymi płatów skroniowych). Pierwsze objawy (np. autyzm, apatia) zaliczane są do objawów ubytkowych, drugie (np. halucynacje, urojenia, formalne zaburzenia językowe) do objawów wytwórczych. Znajduje to współczesne odniesienie w koncepcji „schizofrenii negatywnej“ (z przewagą objawów ubytkowych i koncepcji „schizofrenii pozytywnej“ (z przewagą objawów pozytywnych, wytwórczych) [Pużyński 1993]. Jeśli przeniesiemy teorię Mazurkiewicza do modelu schizofazji, to oczywiście stanie się, iż przy braku kontrolno-organizującej funkcji płatów czołowych dojdzie do nakładania się wytwórczych objawów typu halucynacji z dziwacznymi wypowiedziami typu schizofazji, ponieważ w warstwie powierzchniowej wypowiedzi mieszać się będą wypowiedzi do realnego odbiorcy

z wypowiedziami do odbiorcy, który będzie przez chorego utożsamiany z głosami halucynacji słuchowych. W ten sposób to, co odbiorca realny będzie postrzegał jako niespójną, schizofatyczną wypowiedź, będzie kontaminacją dwu wewnętrznie spójnych dyskursów – pierwszego, zaadresowanego do realnego odbiorcy, oraz drugiego, którego adresatem będą halucynacje słuchowe. Tak więc oba objawy pozytywne (wytwórcze), tj. schizofazja i halucynacje są efektem zniesienia kontrolnej funkcji płatów czołowych i ujawnieniem się niezorganizowanej produkcji pozostałej części kory mózgowej, szczególnie płatów skroniowych.

Jednym z głównych neuromediatorów mózgowych (substancji chemicznych odpowiedzialnych za transmisję informacji pomiędzy poszczególnymi komórkami mózgowymi) jest dopamina (DA). Według „dopaminowej hipotezy schizofrenii” [Pużyński 1993] psychoza ta jest związana z nadczynnością receptorów dopaminergicznych (używających DA do transmisji informacji). Teoria ta znajduje swoje odniesienie w mechanizmie działania leków antypsychotycznych (neuroleptyków), które redukują objawy wytwórcze psychoz (np. halucynacje czy formalne zaburzenia językowe) poprzez wpływ blokujący na transmisję neuronalną przy użyciu DA. Nadaktywność układu DA powodowałaby więc objawy halucynacji oraz objawy schizofazji, które nakładając się na siebie, powodowałyby typowy obraz kliniczny pacjenta chorego na schizofrenię. W trakcie leczenia lekami antypsychotycznymi obserwuje się w pierwszym okresie terapii równoczesną redukcję halucynacji i objawów schizofazji, co pośrednio dowodzi wzajemnego związku obu tych wytwórczych (pozytywnych) objawów schizofrenii.

Nikt do tej pory nie zwrócił uwagi na konsekwencje, jakie wynikają z faktu obecności halucynacji słuchowych w codziennym życiu pacjenta dla jego funkcjonowania językowego. Otóż w sytuacji nakładania się wielu interakcji językowych (zewnętrznych i wewnętrznych) w jednym czasie dochodzi do:

- a) zaburzenia w rozróżnianiu bodźców wewnętrznych i zewnętrznych (indifferencja bodźców);
- b) zaburzenia „liniowości komunikacji” (niespójność komunikatu);
- c) gwałtownego wzrostu entropii drugiego układu sygnałowego poprzez zniesienie mechanizmów obronnych regulujących przetwarzanie informacji.

W języku manifestować się to będzie: brakiem spójności wypowiedzi, zaburzeniami znaczenia (polegającymi na stopniowym wyłączeniu słowa z hierarchicznej struktury pojęciowej), zaburzeniami relacji podobieństwa i przyległości. Obserwujemy więc u schizofatycznego nadawcy: (a) nakładające się na siebie interakcje, (b) formującą się kategorię „odbiorcy wewnętrznego”. W myśleniu może to spowodować przede wszystkim mieszanie mocy zewnętrznej z wewnętrzną, ale także: dziwne przekonania o porozumiewaniu się za pomocą myśli, nietrwałość sądów, rozpad struktury pojęciowej. Zaburzone w ten sposób elementy układu hierarchicznego mogą przyczynić się do rozwoju idei psychotycznych.

Jednym z podstawowych mechanizmów rozwoju schizofrenii (w ujęciu psychologicznym) są stany zatarcia granic pomiędzy światem wewnętrznym i zewnętrznym [Jaroszyński 1993]. Powodują one takie zjawiska językowe, jak np. „nadmierne wtaczanie“ (*overinclusion*), które polega na tym, że w tym samym polu pojęciowym umieszczane są wyrazy znaczeniowo odległe od siebie lub takie zjawiska psychiczne jak urojenia („rozprzestrzenianie myśli”), czy „automatyzm psychiczny”, kiedy choremu wydaje się, że jest „nadajnikiem myśli” dla innych ludzi albo że jakieś siły kierują jego myśleniem i zachowaniem. Można więc założyć, iż zatarcie granicy pomiędzy światem wewnętrznym i zewnętrznym powoduje, iż w rzeczywistości językowej oba te światy mieszają się z sobą w sposób przypadkowy i nieznaczący.

Według Andreasen [1979] zaburzenia w obrębie kodu symbolicznego manifestują się generalnie objawami pozytywnymi. W zachowaniu przejawami tego może być nie liczenie się z normami społecznymi, dziwny ubiór, a w zachowaniu językowym wszelkie wypowiedzi traktowane przez odbiorcę jako „nienormalne”.

Opisane powyżej zaburzenia w działaniu kodu symbolicznego mogą doprowadzić do czasowego ustania jego aktywności i przejścia na poziom organizacji konkretnej. W tym momencie mamy już do czynienia nie z nakładaniem się interakcji, ale z przejawami działania zupełnie innych mechanizmów językowych, które wiążą się z działaniem kodu konkretnego. W języku będzie się to objawiało m.in.: drobiazgowością opisu, gubieniem celu wypowiedzi („zbacanie wypowiedzi”), przyporządkowaniem słowom nowych znaczeń („przybliżenia słowne”) lub podobieństwem brzmieniowym w tworzeniu tekstu („dźwięczenie”). Doprowadza to do tworzenia *pseudosłów*, swoistych neologizmów idiolektalnych, a w krańcowych przypadkach do ujawniania elementów prefonemowych w wypowiedzi (ciągi dźwięków zorganizowane tylko prozodycznie). W odniesieniu do myślenia można tu mówić o „kawałkowaniu świata”, „mozaice korowej”, polegającej na izolowaniu poszczególnych fragmentów rzeczywistości, ale także o braku krytycyzmu wobec własnego zachowania, w tym i zachowania mownego. Na poziomie konkretnym szczegół będzie wywoływał niemożliwe do wyhamowania asocjacje, utratę celu myślenia, co spowoduje myślenie ubogie treściowo. Pojawiają się więc negatywne objawy zaburzeń myślenia i języka [Andreasen 1979]. W zachowaniu krańcowa konkretność może doprowadzić do bierności, odcięcia się od świata (autyzm). Reakcje występują wtedy tylko na podstawowe bodźce lub brak jest jakiegokolwiek reakcji na bodźce.

Behawioralnym przykładem izolacji od świata, bierności i negatywizmu jest schizofrenia katatoniczna. W jej rozwoju dochodzi do stopniowego zubażania wypowiedzi, które stają się lakoniczne i konkretne. W krańcowym stadium katatonii dochodzi zwykle do mutyzmu, a więc całkowitego zerwania komunikacji werbalnej. Regresja zachowań w przebiegu katatonii, doprowadzająca do stanu „psy-

chiki elementarnej” (zachowanie na poziomie wczesnych stadiów rozwojowych), jest tutaj równoległa do przejścia z poziomu kodu językowego symbolicznego do konkretnego. Może tutaj dochodzić nawet do zjawisk mownych, w których katoniczny pacjent nie jest w stanie być samodzielnym nadawcą, a staje się jedynie odtwórcą wypowiedzi otoczenia – tak można interpretować zjawisko ehowego powtarzania wypowiedzeń słyszanych (echolalia).

Zwykle w schizofrenii nie dochodzi do trwałej konkretyzacji wypowiedzi i następuje powrót do układu hierarchicznego, co jest normalnym przejawem dążności człowieka do utrzymania kontaktu ze światem. Czasami jest to szybki powrót do kodu symbolicznego i utrzymywanie się komunikacji zewnętrznej na w miarę normalnym poziomie. Zwykle jednak interferencja między kodami jest nasilona i dochodzi wtedy do dezintegracji struktury pojęciowej lub do znacznego obniżenia poziomu komunikacji zewnętrznej przy rozwoju komunikacji wewnętrznej w oparciu o zaburzone działania układu hierarchicznego. Prowadzi to zwykle do dalszego rozwoju idei psychotycznych, przede wszystkim urojeń. Wyrazem językowej konkurencji dwu kodów i dysfunkcji układu hierarchicznego jest znaczna niespójność wypowiedzi, będąca podstawowym zjawiskiem z kręgu schizofazji.

Należy pamiętać, że na obraz zaburzeń językowych w schizofazji składa się działanie dwu odrębnych, choć ściśle powiązanych z sobą mechanizmów. Z jednej strony jest to zaburzenie działania kodu symbolicznego poprzez rozpad interakcji językowej, z drugiej strony jest to ujawnianie się w wypowiedzi dwu, przemieszanych z sobą, kodów: symbolicznego i konkretnego. Dopiero suma tych zjawisk, a także ich dynamiczna zależność pozwalają wytłumaczyć mnogość różnych, często pozornie nie związanych z sobą obserwacji językowych. Opis tych patologicznych zjawisk pozwala również na wgląd w strukturę fenomenu, jakim jest spójność wypowiedzi.

Bibliografia

- Andreasen N. C. (1979). Thought, Language, and Communication Disorders. II: Diagnostic Significance. „Archives of General Psychiatry” 36, 1315-1330.
- Andreasen N. C. (1980). Scale for the Assessment of Thought, Language, and Communication (TLC), Iowa City: University of Iowa.
- Andreasen N. C., Grove W. M. (1986). Thought, Language, and Communication in Schizophrenia: Diagnosis and Prognosis, „Schizophrenia Bulletin” 12, 348-358.
- Bilikiewicz T. (1979). Psychiatria kliniczna, Warszawa: PZWL.
- Bleuler E. (1911). Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien, Leipzig: Deuticke.
- Chaika E. (1982). Thought Disordered or Speech Disordered in Schizophrenia. „Schizophrenia Bulletin” 8, 587-594.
- Czernikiewicz A. (1989). Ocena zaburzeń językowych w schizofrenii paranoidalnej, Lublin: Akademia Medyczna.

- Czernikiewicz A. (1993). Zaburzenia językowe w schizofrenii paranoidalnej, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2, 431-439.
- Czernikiewicz A., Ciupak A., Łoza B. (1995). Formalne zaburzenia myślenia w schizofrenii paranoidalnej. W: Pamiętnik IV Lubelskich Spotkań Naukowych, Lublin, s. 173-175.
- Czernikiewicz A. Woźniak T. (1996). Abstracts of X-th WCP, Madrid: Excerpta Medica.
- Czernikiewicz A. (1998). Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii, Lublin: Akademia Medyczna.
- Czernikiewicz A., Woźniak T. (1997). Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii. „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 6, Suplement 2 (5), 71-75.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV (1995), Washington.
- Grove W. M., Andreasen N. C. (1985). Language and Thinking in Psychosis. Is There Input Abnormality? „Archives of General Psychiatry” 42, 26-32.
- Hoffman R. E. (i in.). (1986). „Archives of General Psychiatry” 43, 831-838.
- Hall E. (1982). Bezgłośny język, Warszawa: PIW.
- Johnston M. H., Holzman P. S. (1979). Assessing Schizophrenic Thinking, San Francisco: Jossey-Bass.
- Kaczmarek L. (1991). Model opieki logopedycznej w Polsce, Gdańsk.
- Kaczmarek B. (1995). Mózg, język, zachowanie, Lublin: UMCS.
- Kępiński A. (1981). Schizofrenia, Warszawa.
- Kitson N., Fry R. (1990). Prelingually Deafness and Psychiatry. „British Journal of Health and Medicine” 44, Nov., 353-356.
- Kraepelin E. (1904). Psychiatrie. Bd. 3: Klinische Psychiatrie, Leipzig: Von Barth.
- Labov W. (1983). The Study of Language and Its Social Context. W: Language and Social Context Ed. by P. P. Giglioli, Penguin Books, s. 283-308.
- Laffal J. (1960). The Contextual Associates of Sun and God in Shreber's Autobiography, „Journal Abnormal Psychology” 61, 5, 474-479.
- Laffal J. (1965). Pathological and Normal Thinking, New York: Atherton.
- Lecours A. R., Vanier-Clement M. (1976). Schizophasia and Jargonaphasia: A Comparative Description with Comments on Chaika's and Fromkin's Respective Looks at „Schizophrenic” Language. „Brain Language” 3, 516-565.
- Maher B. A. (1972). The Language of Schizophrenia: A Review and Interpretation. „British Journal Psychiatry” 120, 3-17.
- Maher B. A. (1980). Język a psychopatologia. Język w świetle nauki. Red. B. Stanosz, Warszawa: „Czytelnik”, s. 211-224.
- Marengo J. T. (1985). The Assessment Of Bizarre – idiosyncratic Thinking, New York: Gardner Press.
- Marengo J., Harrov M., Lenin-Kettering I., Wilson A. (1986). Evaluation Bizarre-idiosyncratic Thinking: A Comprehensive Index of Posivite Thought Disorders. „Schizophrenia Bulletin” 12, 497-512.
- Mayenowa M. R. (1971). Spójność tekstu a postawa odbiorcy. W: O spójności tekstu. Red. M. R. Mayenowa, Wrocław: „Ossolineum” s. 189-205.
- Mazurkiewicz J. (1980). Zarys psychiatrii psychofizjologicznej, Warszawa: PZWL.
- Morice R. D., McNicol D. (1985). The Comprehension and Production of Complex Syntax in Schizophrenia. „Cortex” 21, 567-580.
- Morice R. D., McNicol D. (1986). Language Changes in Schizophrenia: A Limited Replication. „Schizophrenia Bulletin” 12, 2, 239-250.
- Obuchowski K. (1982). Kody orientacji i struktura procesów emocjonalnych, Warszawa.
- Ozóg K. (1990). Leksykon metatekstowy współczesnej polszczyzny mówionej. Wybrane zagadnienia, Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Pantelis C., Brewer W. (1996). Neurocognitive and Neurobehavioral Patterns and the Syndromes of Schizophrenia: Role of Frontal-Subcortical Networks. W: Schizophrenia. A Neuropsychological Perspective. Ed. C. Pantelis, H. Nelson, T. Barnes, Chichester: Wiley, s. 317-344.

- Pużyński S. (red.). (1993). *Leksykon psychiatrii*, Warszawa: PZWL.
- Reilly (i in.). (1975). A Looseness of Associations in Acute Schizophrenia. „British Journal Psychiatry” 127, 240-246.
- Rochester S., Martin J. R. (1979). *Crazy Talk. A Study of the Discourse of Schizophrenic Speakers*, New York–London: Plenum Press.
- Thomas P. (1996 a). *Syntax and Schizophrenia*. (Maszynopis). Jako abstrakt w: Abstracts of X-74 World Congress of Psychiatry. Madrid: Excerpta Medica.
- Thomas T. (1996 b). The Reliability and Characteristics of the Brief Syntactic Analysis. „British Journal of Psychiatry” 168, 334-343.
- Solovay M., Shenton M., Gasperetti C., Coleman M., Kesthbaum E., Carpenter T., Holzman P. (1986). *Scoring Manual for the Thought Disorder Index*. „Schizophrenia Bulletin” 12, 483-496.
- Wandzel L. (1984). O niektórych aspektach zaburzeń mowy w schizofrenii, „Psychiatria Polska” 18, 6.
- Warchala J. (1992). *Dialog potoczny a tekst*, Katowice.
- WHO (1994). *ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders*, Geneva.
- Woźniak T. (1993). Struktura wypowiedzi schizofreników. Funkcje elementów metatekstowych, „Socjolingwistyka” 12-13, 145-153.
- Woźniak T. (2000). Zaburzenia języka w schizofrenii, Lublin: UMCS. *Komunikacja językowa i jej zaburzenia*, 16. Red. S. Grabias. .
- Wróbel J. (1978). Odchylenie a kreatywność w języku schizofreników. W: *Tekst, język, poetyka. Zbiór studiów*. Red. M. R. Mayenowa, Wrocław: „Ossolineum”.
- Wróbel J. (1979). O potrzebie lingwistycznych badań nad językiem schizofrenii. „Psychiatria Polska” 13, 6, 561-565.
- Wróbel J. (1984). Znaczenie ukrywane przez kulturę i jednostkę i ich odbicie w języku chorych na schizofrenię. „Psychiatria Polska” 18, 3.
- Wygotski L. S. (1989). *Myślenie i mowa*. Tł. E. Flesznerowa, J. Fleszner, Warszawa: PWN.
- Zeigamik B. (1969). *Patologia myślenia*, Warszawa: PWN.