

Tomasz Woźniak

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

Maria Marta Kaczyńska-Haładaj

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego w Lublinie

Obraz zaburzeń mowy w schizofrenii dziecięcej

The Picture of Speech Disorders in Childhood Schizophrenia

Streszczenie

W artykule podjęta została tematyka zaburzeń komunikacji językowej w schizofrenii dziecięcej. Analizy i opisu wypowiedzi dokonano na podstawie dobrze udokumentowanych studiów przypadków dwu dziewczynek, w wieku 12 i 14 lat, cierpiących na schizofrenię. Prezentacja danych klinicznych stanowi pierwszą część artykułu.

W części drugiej przedstawiono wyniki analiz lingwistycznych, obejmujących ocenę realizacji systemu językowego w obrębie jego poszczególnych podsystemów (fonologii, morfologii i składni), a także w jednostkach komunikacji, jakimi są teksty. Analizie formalnej i dyskursywnej poddano elementarne struktury tekstowe – dialogowe i narracyjne.

W dyskusji zamieszczono wnioski, które zawierają indeks zaburzeń mowy w schizofrenii dziecięcej oraz porównanie otrzymanych danych z danymi dotyczącymi zaburzeń mowy u pacjentów dorosłych cierpiących na schizofrenię. Uzyskany materiał pozwala na udoskonalenie diagnozy psychiatrycznej, a także pozwala interpretować go w kategoriach lingwistycznych, w tym głównie w zakresie nabywania i funkcjonowania mowy.

Summary

The study discusses the issues of linguistic communication disorders in childhood schizophrenia. The analysis and description of utterances were carried out basing on well-documented case studies of two schizophrenic girls aged 12 and 14. The presentation of clinical figures constitutes the first part of the paper.

The second part presents the results of linguistic analyses, comprising the assessment of realization of the linguistic system within its specific subsystems (phonology, morphology and syntax) and in communication units, which are texts. Formal and discursive analyses covered elementary text structures: narrative and dialogical ones.

The discussion part includes conclusions, which contain: the index of speech disorders in childhood schizophrenia and the comparison of the data obtained with the data concerning speech disorders in adult schizophrenic patients. The materials obtained permit us to improve psychiatric diagnosis, and can also be interpreted in linguistic terms, mainly in the area of acquisition and functioning of speech.

Zainteresowania wieloaspektową problematyką schizofrenii wieku rozwojowego wzrosły w okresie ostatnich dekad. Schizofrenia dziecięca jest chorobą psychiczną, przebiegającą z zaburzeniami myślenia, mowy, afektu oraz zachowania. W wieku rozwojowym zespoły schizofreniczne rzadko występują w dzieciństwie, ok. 0,5-1% zachorowań ujawnia się przed 10 rokiem życia, a liczba zachorowań wzrasta w okresie adolescencji do 4% przed 15 rokiem życia [Remschmidt (i in.) 1994]. Badania epidemiologiczne retrospektywne nad występowaniem schizofrenii wskazują, że 15-20% wszystkich pacjentów zaczyna chorować przed 20 rokiem życia [Ciompi 1980]. Jeśli choroba pojawia się przed 18 rokiem życia, mówimy o schizofrenii o wczesnym początku EOS (Early Onset Schizophrenia). W grupie tej wyróżnia się podgrupę schizofrenii o bardzo wczesnym początku VEOS (*Very Early Onset Schizophrenia*), zaczynającą się przed 13 rokiem życia [Remschmidt (i in.) 1994].

Wśród czynników patogenetycznych wpływających na rozwój wczesnej schizofrenii podkreśla się udział wieloczynnikowej etiologii takiej, jak czynników genetycznych, organicznych, środowiskowych i rodzinnych. Współcześni autorzy postulują również koncepcję neurorozwojową schizofrenii, przypisując rolę zaburzeń neurorozwojowych ośrodkowego centralnego układu nerwowego z okresu prenatalnego i perinatalnego w powstawaniu nieprawidłowego funkcjonowania poznawczego, behawioralnego, społecznego dzieci i młodzieży w okresie poprzedzającym wystąpienie choroby [Weinberger 1995].

W grupie pacjentów ze schizofrenią wieku rozwojowego mieści się duży procent badanych z rozpoznaniem tzw. schizofrenii neurorozwojowej [Weinberger 1987]. Analiza wyników badań przeprowadzona przez zespół badaczy B. Betts i E. Walker [1987] w grupie 1000 dzieci i młodzieży w wieku 5-18 lat z zaburzeniami psychotycznymi wykazała, że wiek dziecka koreluje z występowaniem objawów pozytywnych i negatywnych. Objawy pozytywne narastały linearnie wraz z wiekiem oraz były połączone z Ilorazem Inteligencji wyższym niż 85. Objawy negatywne zaś znacznie częściej występowały we wczesnym dzieciństwie oraz wiązały się z uszkodzeniem mózgu.

Procedury diagnostyczne dotyczące schizofrenii u dzieci i młodzieży są znacznie trudniejsze w porównaniu z dorosłymi, wymagają kompleksowej oceny mniej charakterystycznego obrazu klinicznego, dynamiki przebiegu schorzenia, jak

i początku zachorowania. Badanie lingwistyczne systemu językowego, komunikacji oraz językowej interpretacji rzeczywistości jest bardzo pomocnym narzędziem diagnostycznym w ocenie objawów u dzieci i młodzieży ze schizofrenią. Uzyskane wyniki badań pozwalają na udoskonalenie diagnozy psychiatrycznej, a także na sformułowanie implikacji praktycznych w tworzeniu programów reedukacyjno-behawioralnych w terapii zaburzeń mowy u dzieci i młodzieży ze schizofrenią. Badania zespołu M. Kotlicka-Antczak (i in.) [2003] nad oceną dziecięcego rozwoju psychomotorycznego u pacjentów z początkiem schizofrenii w okresie adolescencji z przewagą negatywnych objawów i przewlekłego charakteru choroby wykazały opóźnienia i nieprawidłowości w rozwoju mowy.

Amerykańska Akademia Psychiatryków Dziecięcych i Młodzieżowych w wydanym w 2001 r. zbiorczym opracowaniu dotyczącym praktycznych parametrów w rozpoznawaniu i leczeniu zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży ze schizofrenią podkreśla zasady kompleksowych procedur diagnostycznych oraz standardy stosowania specyficznych programów terapeutycznych nastawionych na leczenie psychofarmakologiczne charakterystycznych objawów pozytywnych i negatywnych oraz na leczenie ogólne związane z globalnymi potrzebami dziecka i rodziny. Stosowane nowe standardy terapeutyczne dają szansę na przywrócenie normalnego globalnego funkcjonowania dzieci i młodzieży oraz na zmniejszenie ryzyka nawrotu choroby.

I. DANE KLINICZNE

Młodsza, 12-letnia, dziewczynka (pacjentka A) przyjęta została do Oddziału Psychiatrycznego Dziecięcego z powodu utrzymujących się od 6 roku życia dziwaczności w zachowaniu, trudności w relacjach w grupie rówieśniczo-szkolnej, zaburzeń lękowych z napadami zachowań panicznych oraz stanów pobudzenia psychoruchowego, stereotypowych zachowań i zainteresowań, zmiennych nastrojów, narastających trudności w koncentracji uwagi oraz w realizacji programu szkolnego. Dziewczynka słyszała rzeczy nie istniejące, zatykała rękoma uszy, nasłuchiwała, czasami coś mówiła do siebie. W ostatnim okresie dołączyły się stereotypowe dotykanie i obwąchiwanie przedmiotów i zabawek, urojeniowa interpretacja wydarzeń, zaniedbywanie higieniczne oraz unikanie kontaktu wzrokowego z otoczeniem. Matka dziewczynki jest leczona psychiatrycznie.

Dziewczynka jest jedynym dzieckiem w rodzinie, zasadniczo okres ciąży i porodu przebiegał bez obciążeń patologicznych. Urodziła się o czasie, osiągając w skali Apgar 9 punktów. Rozwój motoryczny przebiegał prawidłowo. Pierwsze słowa wymawiała około roku. Do przedszkola i klasy „0” nie uczęszczała z powodu trudności adaptacyjnych oraz tendencji do nawracających zachorowań

na infekcje gardła i dróg oddechowych. Już na początku klasy pierwszej dziewczynka została skierowana na badanie specjalistyczne do poradni z uwagi na stwierdzone nieprzystosowanie pod względem intelektualnym i emocjonalno-społecznym do kontynuowania nauki w warunkach klasowych. Dziewczynka demonstrowała odmienność i dziwaczność zachowania, nieadekwatny sposób reagowania na sytuacje szkolne oraz na kontakty z grupą rówieśniczo-szkolną. W czasie lekcji biegała po klasie, niszczyła dekoracje i inne przedmioty będące w sali, krzyczała, dezorganizowała tok lekcyjny. Stanowiła zagrożenie dla otoczenia z uwagi na agresję fizyczną w stosunku do dzieci oraz nieprzewidywalne zachowania. Po przeprowadzonym badaniu psychologiczno-pedagogicznym została skierowana na nauczanie indywidualne. Stan psychiczny dziewczynki nie ulegał poprawie. W bezpośrednim kontakcie z pedagogiem podczas indywidualnych lekcji również obserwowano stany lęku oraz pobudzenia psychicznego: bez wyraźnej przyczyny zaczynała płakać, uciekała, krzyczała, że się boi, zatykała rękoma uszy i chowała się, wpadając w stan ciężkiego pobudzenia ruchowego, niszczyła zeszyty i przedmioty. Ustalenie przyczyny lęku nie zawsze było możliwe, gdyż czasami nie chciała odpowiadać na pytania, żyła we własnym świecie doznań psychicznych. Nie tolerowała nowych sytuacji oraz kontaktów werbalnych i emocjonalnych. Dziewczynka ujawniała stany niepokoju psychicznego z krzykiem, lękiem przed osobami dorosłymi, dziećmi, jak i wymyślonymi przedmiotami i zwierzętami. Wołała: „Goni mnie styropian z wiertarką”, „Nie pozwól mi zginąć”, „Nie zamkniesz mnie”, „Nie zginiesz...” Demonstrowała niedostosowane i dziwaczne reakcje emocjonalne, bez przyczyn wybuchała nieoczekiwanym śmiechem, przechodzącym w przeraźliwy krzyk i płacz w sytuacjach zupełnie nie skłaniających do takich zachowań.

W kolejnym roku szkolnym podjęto próbę nauczania dziewczynki w klasie. Z uwagi na jej problemy separacyjne i lękowe nie odstępowała na krok od matki. Wyrażono zgodę na obecność matki podczas lekcji. Stan psychiczny Agnieszki jednak nie ulegał poprawie. Nadal nie reagowała na polecenia nauczyciela, żyła w świecie własnych przeżyć i zainteresowań. Prawie całe lekcje malowała motylki. Prace dziewczynki były dokładne, staranne, chociaż często zaskakiwały tworzonymi kombinacjami z dorysowywaniem części ludzkiego ciała. Chodziła po klasie, szukając motylków na oknie i w pomieszczeniu szkolnym. Na przerwach biegała po korytarzu i nie dała się nikomu dotykać. Obecność matki nieco ją uspokajała. Na lekcjach zadawała wielokrotnie pytania: „Czy masz dla mnie motylka?”, „Czy pojedziemy w to straszne miejsce, gdzie przysypują piachem i nie można oddychać?” W miarę rozwoju choroby nasilały się psychotyczne lęki, stereotypowe ruchy kołysania się, szczególne zainteresowania papużkami. Codziennie godzinami rysowała papużki oraz wiele razy pytała o nie; mówiła: „ptaszki lubię oglądać”. Przy zmianach tematu dziewczynka ujawniała przeżycia lękowe, pojawiły się zdania typu: „Pójdę do piekła”, „Nikt mnie nie kocha” oraz wypowiedzi o treściach wyrażających zagrożenie.

Podczas pobytu w Oddziale dokonano analizy prezentowanych objawów klinicznych, przebiegu zaburzeń, oceny funkcjonowania przedchorobowego, obciążenia rodzinnego chorobami psychicznymi.

Na podstawie kompleksowej oceny, zgodnie z obowiązującymi kryteriami diagnostycznymi, rozpoznano wczesnodziecięcą schizofrenię. W stanie somatycznym i neurologicznym nie stwierdzono odchyień od normy. Zapis EEG wykazywał zmiany w okolicach skroniowych w postaci krótkich serii fal ostrych alfa bez charakteru napadowego oraz cechy lekkiego stopnia dezorganizacji czynności podstawowej. W obrazie tomograficznym mózgu nie wykazano uchwytnych odchyień w badanych strukturach mózgowia i układzie komorowym. Widoczne były cechy zaznaczonego w lekkim stopniu zaniku korowo-podkorowego w obrębie płatów czołowych. Badanie psychologiczne wskazało na przeciętne możliwości intelektualne dziewczynki z deficytami parcjalnymi. Zastosowano specyficzne leczenie psychofarmakologiczne, monitorowane neuroleptykiem, nastawione na objawy pozytywne i negatywne. Jednocześnie dołączono ogólne procedury terapeutyczne z psychoterapeutycznym oddziaływaniem, psychoedukacją rodziny, reedukacją oraz interwencjami szkolno-środowiskowymi. Obserwowano stopniową poprawę w stanie psychicznym dziewczynki z ustępowaniem objawów pozytywnych oraz zmniejszaniem się nasilenia objawów negatywnych.

Dziewczynka pozostaje pod regularną opieką ambulatoryjną. Uzyskana poprawa utrzymuje się. Dziewczynka stała się bardziej dostosowana, spokojniejsza, zaczyna nterosować się nauką i próbować nawiązywać interakcje w grupie rówieśniczo-szkolnej.

Przypadek drugi, dziewczynki 14-letniej (pacjentka D.), jest przykładem schizofrenii paranoidalnej o początku zachorowania w okresie młodzieńczym. Dziewczynka pochodzi ze środowiska wiejskiego, jest najmłodsza z trojga rodzeństwa. Rodzice są po rozwodzie i pozostają w permanentnym konflikcie, walczą między sobą o prawa do stałej opieki nad córką. Należy potraktować tę sytuację jako traumatyczną i negatywnie wpływającą na interakcje w rodzinie. Dorotka głęboko przeżywała fakt nieakceptacji matki przez ojca. Starsi bracia są zdrowi, pozostali przy ojcu, nie utrzymują kontaktu z matką. W rodzinie u krewnej drugiego stopnia występowała schizofrenia. Dziewczynka radziła sobie z nauką, była uważana za uczennicę „czwórkową”, pogodną, odpowiedzialną, obowiązkową, otwartą i lubianą w środowisku rówieśniczo-szkolnym.

Początek objawów prodromalnych ujawnił się 3 miesiące przed hospitalizacją. Dziewczynka stopniowo zaczęła zmieniać swoje zachowanie – stała się bardziej nerwowa, drażliwa, niespokojna, demonstrowała opozycyjne wobec matki zachowania. W sytuacjach urazowych rodzinnych nasilały się przeżycia lękowe, moczenie nocne i zanieczyszczanie kałem w ciągu dnia. Ujawniała natrętne myśli i obawy związane „z brudem, pościelą, toksycznymi substancjami”, z przymusem mycia rąk, nastawieniami i obawami, że stale coś zagraża jej i matce. Stała się

niefufna i podejrzliwa, wycofywała się z kontaktów z grupą młodzieżową. Odczuwała zmienione zapachy, skarżyła się matce, że wokół stale coś śmierdzi. Zaczęła odmawiać przyjmowania pokarmów, tłumaczyła matce, że „od chleba głowa boli” i wszystkie „pokarmy są zatrute i toksyczne”. Nastąpił spadek wagi ok. 6 kg. W szkole miała coraz większe problemy z koncentracją uwagi, zapamiętywaniem, jak i realizacją programu szkolnego. W domu nie mogła skupić się na nauce, nie odrabiała lekcji i nie czytała książek, najchętniej oglądała programy telewizyjne. Zaniedbywała higienę osobistą, nie chciała codziennie myć się i dbać o swój wygląd, chodziła w brudnym ubraniu i spała w nim. Zaczęła się izolować od środowiska szkolnego, tłumaczyła matce – „jestem brzydka”, „odrzucona przez otoczenie, dlatego nikt mnie nie odwiedza”. Miesiąc przed hospitalizacją stała się dziwaczna w zachowaniu oraz rytuałach jedzenia. Od tygodnia czuła się prześladowana, odmawiała przyjmowania pokarmów, piła tylko płyny, czuła, że „w środku siedzi w niej diabeł”, wypowiadała treści prześladowcze, sygnalizowała omamy słuchowe – „stale coś piszczało”, zagrażało jej rodzinie. Powodowało to nasilenie zaburzeń lękowych oraz stanów pobudzenia psychoruchowego. Nie mogła spać. Była zaniedbana higienicznie.

Podczas pobytu dziewczynki w Oddziale Psychiatrii Dziecięcej dokonano analizy prezentowanych objawów klinicznych i przebiegu zaburzeń oraz oceny funkcjonowania przedchorobowego i obciążenia rodzinnego chorobami psychicznymi. Na podstawie kompleksowej oceny, zgodnie z obowiązującymi kryteriami diagnostycznymi, rozpoznano schizofrenię paranoidalną okresu adolescencyjnego. W stanie somatycznym zaznaczały się cechy odwodnienia i ubytku wagowego. W stanie neurologicznym nie stwierdzono odchyłeń od normy. Zapis EEG wykazał nieprawidłowości w lekkim stopniu, wyrażone obustronnie znad okolic skroniowych w postaci krótkich serii fal theta – alfa 6-9 Hz o amplitudzie do 100 uV o zaostrozonym rysunku oraz napadowym charakterze. Czynność podstawowa była zachowana dla wieku badanej dziewczynki. W badaniu tomograficznym mózgu stwierdzono cechy zaznaczonego zaniku podkorowego w obrębie mózdzku. Poza tym struktury mózgowia i układ komorowy w badaniu tomograficznym nie wykazywały uchwytanych odchyłeń.

W badaniu psychologicznym stwierdzono nieharmonijny rozwój funkcji intelektualnych z deficytami parcjalnymi: II skali pełnej – 85, II skali bezsłownej – 82, II skali słownej – 1.

Zastosowano standardowe leczenie farmakologiczne neuroleptykiem oraz postępowanie psychoterapeutyczne z psychoedukacją rodziców, społeczne interwencje z prawnym ustabilizowaniem sytuacji rodzinnej pacjentki oraz interwencje w środowisku szkolnym, z indywidualizowanym nauczaniem, reedukacją oraz treningami behawioralnymi radzenia sobie w nowych sytuacjach i zadaniach. Obserwowano stopniową poprawę w stanie psychicznym dziewczynki z ustępowaniem objawów pozytywnych oraz zmniejszaniem się nasilenia objawów

negatywnych, co dało szansę pacjentce na powrót do środowiska rodzinnego oraz szkolno-rówieśniczego.

Regularne wizyty ambulatoryjne dwa razy w miesiącu w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Młodzieży z leczeniem podtrzymującym neuroleptycznym, treningiem umiejętności społecznych i kontynuowaniem pracy z rodziną stanowią optymalny model terapeutyczny oraz potwierdzają utrzymywanie się poprawy stanu psychicznego pacjentki.

II. ANALIZA LINGWISTYCZNA

1. Metody zbierania i analizy materiału

Materiał do badań zebrano w czasie rozmów z pacjentkami, które zostały zarejestrowane na nagraniu video. Rozmowy te trwały ok. 30 minut każda. W czasie ich trwania starano się uzyskać różne rodzaje tekstu: dialog oraz formy narracyjne, takie jak opis i opowiadanie. W badaniach posłużono się *Logopedycznym Testem Przesiewowym* (LTP) dla dzieci w wieku szkolnym [Grabias, Kurkowski, Woźniak 2003]. Test ten ocenia kolejno: wymowę, sprawności narracyjne, motoryczne i percepcyjne. W opisywanych badaniach wykorzystano jedynie ocenę wymowy w celu nawiązania kontaktu, a także zadania dotyczące sprawności narracyjnych, tj. opis krasnoludka i opowiadanie historyjki obrazkowej o przygodzie chłopca spieszącego się do szkoły.

Badanie LTP uzupełniane było pytaniami na tematy ogólne. np.: opowiedz mi o swojej rodzinie, zainteresowaniach; jak minęły Ci Święta? Materiał zarejestrowany na kasecie video został następnie spisany i poddany analizie lingwistycznej, przy uwzględnieniu kontekstu sytuacyjnego i komunikacyjnych zachowań niewerbalnych.

Zebrany materiał analizowany był według następujących zasad:

a) oceny zjawisk na poziomie systemu językowego dokonano według metodologii oceny schizofazji opisanej w pracach A. Czernikiewicza [1998; 2001] i T. Woźniaka [2000; 2001];

b) ocenę struktury dialogu oparto na wskazówkach zawartych w pracach J. Warchali [1992; 1993], dostosowując metodologię do specyficznych potrzeb badania wypowiedzi w schizofrenii dziecięcej;

c) struktury narracyjne oceniano przy użyciu metodologii opracowanej przez B. Bokus [2000].

2. Wyniki badań

2.1. Ocena funkcjonowania systemu języka

Prawdziwym zaskoczeniem dla badacza zajmującego się zaburzeniami mowy w schizofrenii jest brak patologii w obrębie podsystemów języka: fonologicznego, morfologicznego i syntaktycznego.

W analizowanych wypowiedziach pacjentek cierpiących na schizofrenię dziecięcą nie zanotowaliśmy ani jednego przypadku wadliwej wymowy, użycia neologizmów czy istnienia patologicznych struktur składniowych. Poprawnie realizowane są schematy składniowe i poprawnie działają procesy akomodacji syntaktycznej. Zdania są sensowne; nie obserwujemy – tak częstych u pacjentów dorosłych – zaburzeń konotacji linearnej, wyrażających się przypadkowymi, bezsensownymi połączeniami wyrazów (pojęć) na linii tekstu. Nie zanotowaliśmy prób tworzenia wypowiedzi za pomocą podobieństwa brzmień (paronimii). Można zwrócić uwagę jedynie na utrzymującą się tendencję do posługiwania się uproszczoną składnią. Analizy wskazują na ok. 70-procentowy udział zdań pojedynczych i równoważników zdań w wypowiedziach narracyjnych, co jest wynikiem porównywalnym ze średnią uzyskaną u pacjentów dorosłych, gdzie wskaźnik ten wynosi średnio 65,54% w badaniach polskich (ale w niektórych przypadkach sięga 90-100%!) [Woźniak 2000] i 69,2% w badaniach angielskich [Thomas (i in.) 1996]. W celu wyciągnięcia pewniejszych wniosków badania złożoności składniowej należałoby przeprowadzić na większym materiale językowym.

2.2. Ocena funkcjonowania komunikacji w dialogu

Dla wykazania specyfiki zaburzeń mowy w schizofrenii dziecięcej konieczne jest zastosowanie analiz komunikacji językowej, przekraczających poziom opisu funkcjonowania jednostek systemu języka – fonemu, wyrazu czy zdania.

Naturalną formą komunikacji międzyludzkiej jest dialog. Za podstawową jednostkę dialogu uważa się wymianę, która składa się obligatoryjnie z inicjacji (I) i reakcji (R), a także fakultatywnie z cody (C), potwierdzającej dokonanie się wymiany.

Struktura dialogu, składająca się z ciągu jednostek IRC, służy dynamicznemu procesowi wyrównywania asymetrii wiedzy między nadawcą a odbiorcą, którzy współpracują z sobą, zmieniając się niekiedy rolami: reakcje stają się inicjacjami powodującymi kolejne reakcje rozmówcy [Warchala 1992; 1993]. Funkcje wymian mogą być różne, ale bez wątplenia dwie pozostają najważniejsze: zdobycie / przekazanie informacji oraz podtrzymywanie więzi z rozmówcą.

Rozmowy z pacjentkami zostały podzielone na wymiany, a następnie każdą wymianę klasyfikowano w kategoriach uwzględniających typ reakcji dziecka –

stroną inicjującą zwykle był badający. Reakcje ułożyły się w następujące kategorie:

I. Reakcje rozwijające komunikację:

1. Adekwatne do inicjacji, nie inicjujące nowej wymiany
2. Reakcje inicjujące nową wymianę

II. Reakcje blokujące komunikację:

3. Blokujące wprost – sygnalizowane
4. Blokujące wprost – milczenie
5. Blokujące nie wprost – zmiana tematu
6. Blokujące nie wprost – zmiana tematu na temat urojeń
7. Blokujące nie wprost, poprzez wygaszanie komunikacji (powtórzenia frazy pytającej lub dźwięki monosylabiczne).

Kategorię pierwszą stanowią reakcje adekwatne do inicjacji, odpowiedzi pozostające w płaszczyźnie pytania, typowe dla dialogów potocznych, np.:

– *często do Ciebie dziadek przyjeżdża?*

– *często*

albo

– *zjadłabyś trzy dziennie? (batoniki)*

– *no/ a ja jem cztery dziennie*

Kategorię 2 stanowią reakcje, które nawiązują do wypowiedzi rozmówcy i same stanowią inicjację wymiany, np.:

– *a zobacz, jakie są obrazki kolorowe dalej*

– *są papuzki?*

– *zaraz zobaczymy // będziemy szukać*

albo

– *już pójdziesz zaraz*

– *babcia przyjdzie po Ciebie*

– *o pierwszej? czy o drugiej?*

– *o pierwszej*

Kategoria 3 mieści reakcje blokujące komunikację, przy czym niechęć kooperacji jest sygnalizowana wprost:

– *[...] bardzo Cię proszę, żebyś obejrzała sobie tę historyjkę i zechciała mi opowiedzieć tę historyjkę / dobrze?*

– *nie!*

– *dlaczego?*

– *no bo nie chcę / ja chcę do babci*

albo

– *a co tu się dzieje?*

– *nie wiem! nie wiem! coś to samo! rozum straciłam i tyle*

Natomiast kategoria 4, w zasadzie podobna do trzeciej, została wyróżniona dlatego, że strategią blokującą jest tu brak reakcji:

- *a jak wygląda? (krasnowłosek)*
- (10-sekundowe milczenie)
- *co mogłabyś powiedzieć o wyglądzie krasnowłosek?*

Kategoria 5 wyznaczona zostaje przez subtelniejszą strategię blokującą, polegającą na zmianie tematu:

- *a masz jakieś koleżanki lub kolegów?*
- *ptaszki lubię oglądać*
- *ptaszki lubisz oglądać? No to trzeba Ci kupić lornetkę, żebyś ptaszki mogła oglądać z daleka i żeby one nie uciekły*
- *ale skąd wziął się w sklepie wróbel?*

Kategorię 6 niekiedy trudno oddzielić od kategorii 5. Jeżeli występują urojeństwa – a tak było w przypadku 12-letniej pacjentki, która często prezentowała w swoich wypowiedziach świat ptaszków, głównie papużek – obserwujemy prawie stałą tendencję do wchodzenia w tematykę urojeń przy zmianie tematu. Druga pacjentka nie prezentowała jakiegokolwiek stałej tematyki wypowiedzi nie związanej z pytaniami. Wydaje się, że pojawienie się tej kategorii dodatkowo może świadczyć o patologii komunikacyjnej.

Kategoria 7 zawiera reakcje wygaszające komunikację poprzez krótkie, monosylabowe wyrażenia, bez woli kontynuowania dialogu:

- *czy myślisz, że taka historyjka może się zdarzyć w życiu?*
- *no*
- *a dlaczego?*
- *nie wiem*

ale także zawiera powtórzenia części frazy pytającej:

- *[...] ale kopiesz piłkę nogą? czy rzucasz ręką?*
- *rzucić ręką*
- *może w dwa ognie gracie?*
- *no w dwa*

Strategia obejmująca takie reakcje pozornie rozwija komunikację, ale w gruncie rzeczy nie wnosi żadnych nowych informacji.

Statystykę typów reakcji komunikacyjnych występujących w wypowiedziach obu dziewczynek przedstawiono w tab. 1.

Analiza ilościowa zwraca uwagę na fakt niezwykle wysokiej frekwencji reakcji blokujących wymiany komunikacyjne – średnia wyliczona na podstawie obu przypadków wynosi 48,72%. Zatem połowa reakcji nastawiona jest na zatrzymanie procesu wymiany informacji i podtrzymywania więzi komunikacyjnej w dynamicznym ciągu wymian IRC.

Należy założyć, że w specyficznej sytuacji socjolingwistycznej, jaką jest rozmowa i badanie w klinice, jest to zjawisko patologiczne. Sądzymy, że można uznać tę tendencję za jeden z wyróżników zaburzeń mowy w schizofrenii dziecięcej.

Interesujące wyniki przynosi analiza jakościowa otrzymanych danych w poszczególnych przypadkach. Zaznaczają się między nimi pewne indywidualne różnice.

Pacjentka A., przy ogólnie większej liczbie reakcji blokujących (55,58%), wykazuje widoczną tendencję do wchodzenia w świat urojeń, który w jej przypadku jest zdominowany przez ptaszki – głównie papużki (21,35% reakcji). Każdy temat zostaje sprowadzony do rozmowy o papużkach. Pojawienie się tego typu reakcji stanowi ważną oznakę patologii komunikacji werbalnej. Stosunkowo liczne są też reakcje wygaszające komunikację (11,74%). Wskazówka dotycząca zaburzeń komunikacji tkwi także w zachowaniu niewerbalnym pacjentki – konsekwentnie w ciągu całej rozmowy nie patrzy na rozmówcę.

Zwraca uwagę fakt prawie całkowitego braku reakcji echolalicznych czy ciszy, co można interpretować jako prawidłowo ukształtowaną świadomość struktury komunikacji. Jest to także argument w dyskusji na temat objawów autystycznych w schizofrenii. Sądzymy, że należy przyjąć, iż dla wystąpienia objawów autystycznych decydujące znaczenie ma czas wystąpienia „defektu schizofrenicznego”, czas ujawnienia się psychozy. Do zagadnienia tego powrócimy we wnioskach.

Tab. 1. Reakcje komunikacyjne w wypowiedziach dialogowych pacjentek cierpiących na schizofrenię dziecięcą

Typ reakcji	Pacjentka A. (12 r.z.)	Pacjentka D. (14 r.z.)
Rozwijające komunikację (ogółem)	44,15%	58,4%
Kategoria 1. Adekwatne	37,75%	56%
Kategoria 2. Inicjujące	6,4%	2,4%
Blokujące komunikację (ogółem)	55,85%	41,6%
Kategoria 3. Blokujące wprost	19,57%	25,6%
Kategoria 4. Cisza	0,35%	2,4%
Kategoria 5. Zmiana tematu	2,84%	12%
Kategoria 6. Tematyka urojeń	21,35%	0%
Kategoria 7. Wygaszanie komunikacji	11,74%	1,6%

Pacjentka D. prezentuje inny obraz komunikacji. Przy wysokim wskaźniku reakcji blokujących (41,6%) przyjmuje ona bardziej „aktywną” strategię blokowa-

nia – dominują reakcje blokowania wprost (25,6% wszystkich reakcji) oraz zmiana tematu (12%). Obserwujemy niekiedy brak spójności reakcji z poprzednim wywodem, co jest znaną obserwacją i tłumaczy się zwykle zaburzeniami pamięci krótkoterminowej lub zaburzeniami uwagi. Nie zauważyliśmy ani jednego przykładu odnoszenia się do urojeń.

Ogólnie zachowanie pacjentki zdradza pewne zainteresowanie faktem, że wypowiedź rejestrowana jest na taśmie video. Zaznacza się jej dbałość o to, jak wypadnie przed kamerą. Porównanie dialogowych zachowań komunikacyjnych pacjentki z poprzednim przypadkiem pozwala stwierdzić mniejszy stopień ich patologii.

2.3. Ocena struktur narracyjnych w wypowiedzi

Badanie narracji stanowi we współczesnej lingwistyce i psychologii dynamicznie rozwijającą się dziedzinę, umożliwiającą wgląd w funkcjonowanie umysłu. Podstawy metodologiczne badania narracji na gruncie polskim stworzyła B. Bokus [1991; 2000]. Za autorką traktujemy narrację jako werbalną reprezentację tego, co się zdarzyło komuś gdzieś kiedyś.

Tekst narracyjny tworzy się w procesie dyskursu i jest językową reprezentacją rzeczywistości, zmieniającej się w czasie i przestrzeni. Uważamy, że tekst narracyjny jest względnie autonomiczną jednostką formalną i semantyczną mowy, swoistym bytem umysłowym, tworzącym się w użyciu języka. Jako taki tekst narracyjny należy odróżnić od tekstu dialogowego.

Tekst narracyjny ma określoną strukturę, którą tworzą odpowiednio dla danego gatunku ułożone jednostki (zob. tab. 2).

Tab. 2. Jednostki i struktura tekstu narracyjnego

Jednostka	Funkcje strukturalne
1. Sytuacja (S)	Reprezentacja stanu rzeczywistości w czasie tn ujmowana z punktu widzenia narratora. Ma wewnętrzną mikrostrukturę. Wyróżniamy sytuacje akcji (opisujące wydarzenia) – tworzą „pejzaż akcji” i sytuacje świadomości (opisujące stany wewnętrzne) – tworzą „pejzaż świadomości”
2. Zdarzenie (Z)	Minimum dwie sytuacje, połączone z sobą przyczynowo-skutkowo lub chronologicznie $Z = \{S1 \Rightarrow S2\}$
3. Ciąg zdarzeń $\{Z1, Z2 \dots Zn\}$	Układ powiązanych zdarzeń ukierunkowanych teleologicznie (epizody, łańcuchy tekstowe)

4. Linia narracji (ln)	Uporządkowany chronologicznie lub przyczynowo-skutkowo ciąg zmian rzeczywistych w czasie tn
5. Pole narracji (pn)	Wszystkie sytuacje odzwierciedlające, co w czasie tn działo się w przestrzeni kontrolowanej przez narratora (dostępnej percepcyjnie lub wyobrażonej)
6. Przestrzeń narracji (Pn)	Suma pól narracji

Pomiędzy 3 a 5 rokiem życia kształtują się umiejętności budowania tekstów narracyjnych. Interpretowane jest to jako strategia integrowania informacji i procedura wyjaśniania zdarzeń. Narracja staje się również nośnikiem znaczenia, umożliwia działania symboliczne, łączące działania symboliczne z formowaniem tożsamości narratora [A. Nicolopoulou – za: Bokus 2000].

Interesująca staje się zatem analiza możliwości budowy tekstu narracyjnego przez dzieci cierpiące na schizofrenię.

Badane dziewczynki miały za zadanie skonstruować dwa teksty o charakterze narracyjnym: pierwszym było opowiadanie o krasnoludku, drugim opowiadanie historyjki obrazkowej z wyraźnie wyodrębnionymi sytuacjami odniesienia i ciągiem zdarzeń (chłopiec biegnie; chłopiec biegnie, pies goni chłopca; pies szarpie worek z ciapami, który niesie chłopiec, i wyciąga ciapa; dziewczynka odbiera ciapa psu; dziewczynka oddaje ciapa chłopcu). Oba zadania pochodzą z *Logopedycznego Testu Przesiewowego dla Dzieci w Wieku Szkolnym* [Grabias, Kurkowski, Woźniak 2003].

Analiza tekstów wykazuje istotne zaburzenia narracji:

1. Nie powstają jednostki rzędu wyższego: ciąg zdarzeń, linia narracji; bardzo zubożone zostaje przez to pole i przestrzeń narracji. Na tej podstawie możemy przypuszczać, że w wypowiedziach zaburzone zostają relacje semantyczne języka oraz procedura budowania tekstu.

2. W przypadku pacjentki A. (12 r.ż.) zostają rozpoznane sytuacje w opisie historyjki obrazkowej, problem powstaje przy konstrukcji ciągu zdarzeń i konstrukcji linii i pola narracji. Tekst wykazuje znaczne zubożenie formalne i semantyczne, przy zachowaniu względnej spójności:

(S1) *chłopiec biegnie* (S2) *a pies za nim* (S3) *nie wiem // ugryzł worek?* (proszę?) *i ugryzł worek? i wyciągnął buta* (co się stało dalej?) *nie wiem [...]* *później dziewczynka // nie wiem!* (zerwanie linii narracji) (S4) *dziewczynka chce mu zabrać / i zabrała mu // [...]* (S5) *i później oddała chłopcu // i koniec*

Tekst o krasnoludku w ogóle nie powstaje mimo wiedzy na ten temat ujawnianej pojedynczymi wyrazami.

3. W przypadku pacjentki D. (14 r.ż.) nie następuje nawet adekwatne rozpoznanie sytuacji odniesienia w historyjce obrazkowej:

To jest chłopiec biegnie / tutaj coś pies za tym biegnie / tutaj coś szarpie / i tu znowu i tu // coś nie wiem // dziewczynka coś // nie wiem! Coś wyrażone coś jest

Mimo prób naprowadzania pytaniami dodatkowymi nie następuje konstrukcja sytuacji, zdarzeń, linii i pola narracji. Opis i opowiadanie o krasnoludku również nie powstają. Pacjentka posługuje się stereotypowym początkiem bajki i pewnymi informacjami o krasnoludkach (ma więc wiedzę kulturową na temat krasnoludków), ale brak jest struktury tekstu. Nie dochodzi do skutku integracja informacji:

P – [...] kto to jest krasnoludek?

D – krasnoludek (westchnięcie)

P – uhm / opisz mi krasnoludka

D – pijany facuś (śmiech)

P – tak?

D – tak

P – co jeszcze / poza tym że pijany facuś?

[...]

D – no / zmyślę / dobra // krasnoludek to jest kwiatek (wskazuje na kwiatek w gabinecie) [...]

P – [...] przecież dobrze wiesz, że to nieprawda

[...]

D – to dawno / dawno temu / za górami / za lasami żyły sobie krasnoludki

P – jak wygląda krasnoludek?

D – no nie wiem / no

P – były duże czy małe?

D – oj /Jezu / nie chcę krasnoludki / zapomniałam, jak wyglądają krasnoludki

4. Nie stwierdziliśmy wystąpienia sytuacji opisujących stany mentalne postaci (sytuacji świadomości), co może wskazywać na mniejszy wgląd w stany umysłowe innych osób.

3. Dyskusja

W literaturze możemy znaleźć indeks zjawisk przypisywanych zaburzeniom mowy występującym w schizofrenii dziecięcej. Ujęcia kliniczne wskazywały następujące zjawiska [Sulestrowska 1989]:

- 1) utratę funkcji komunikacyjnej mowy,
- 2) nieprawidłową strukturę zdań,
- 3) echolalię,
- 4) zaburzenia w zakresie użycia zaimków osobowych (mówienie o sobie w drugiej lub trzeciej osobie),
- 5) brak odbiorcy wypowiedzi,
- 6) fonografizm,

7) persewercje (stereotypie słowne).

Współczesne analizy, wsparte metodologią lingwistyczną, wskazują przede wszystkim [Caplan (i in.) 1996; 2000] na:

1) formalne zaburzenia myślenia oceniane według Kiddie Formal Thought Disorder Rating Scale, w tym głównie:

- myślenie nielogiczne (*illogical thinking*);
- utratę związków (*loose associations*);

2) zaburzenia spójności oceniane według kryteriów Hallidaya i Hassana, w tym głównie:

- użycia zaimków (*referential cohesion*);
- powiązań tekstu za pomocą spójników (*conjunction*);

3) zaburzenia kontroli wypowiedzi w dialogu i narracji:

• dzieci ze schizofrenią używają dużo rzadziej strategii korygujących błędy semantyczne, gramatyczne czy wypowiedzi niekompletne;

• pojawiają się tylko niektóre sygnały korekty wypowiedzi, takie jak: ponowny poprawny start wypowiedzi (*false start*), pauzy wypełnione (*fillers*) czy korekty odniesienia zaimków (*referential revisions*);

• dzieci leczone neuroleptykami prezentowały mniej sygnałów korekty (większe nasilenie patologii) niż dzieci nie leczone nimi.

Wnioski z prezentowanych badań własnych sprowadzają się do następujących:

1. Zaburzeniu ulega użycie języka; w dialogu wysoka frekwencja reakcji blokujących komunikację (średnia 48,72%).

2. Zaburzenia ujawniają się na poziomie tekstu narracyjnego; nie powstają jednostki rzędu wyższego: ciąg zdarzeń, linia narracji. Obserwujemy zaburzenia w rozpoznaniu sytuacji odniesienia i konstrukcji zdarzeń.

3. Zachowują się struktury językowe do poziomu zdania, ale obserwujemy uproszczenie składni.

Otrzymane wnioski, oparte wprawdzie na niewielkim materiale językowym, są zbieżne z badaniami R. Caplan i współautorów [1996; 2000], choć badania prowadzono za pomocą innej metodologii i na innym systemie języka. Wykazywane przez nas zaburzenia tekstu narracyjnego są zaburzeniami spójności semantycznej oraz zaburzeniami poznawczymi i mogą być interpretowane za pomocą odmiennych narzędzi badawczych jako „zaburzenia myślenia formalnego” lub zaburzenia spójności tekstowej. Obserwacje dotyczą również zaburzeń komunikacji językowej w tekstach dialogowych.

W badaniach amerykańskich brak jest także informacji o zaburzeniach językowych na poziomie budowania zdań gramatycznie poprawnych.

Zaburzenia językowe w schizofrenii dziecięcej możemy zatem podzielić na:

1) podstawowe, wśród których wyróżniamy **zaburzenia narracji** (brak spójności tekstu, niekiedy brak tekstu narracyjnego), oraz **zaburzenia komunikacji w dialogu**:

- reakcje blokujące wymianę,
- mniej sygnałów korekty wypowiedzi błędnych,
- wprowadzanie tematyki urojeń,
- zaburzenia kategorii odbiorcy wypowiedzi;

2) dodatkowe, na które składają się: echolalia, fonografizm, nieprawidłowości w użyciu zaimków, perseweracje.

Sądzymy zatem, że powyższe wnioski można uznać jako podstawowe w ocenie poziomu zaburzeń językowych w schizofrenii dziecięcej. W poszczególnych przypadkach są one z pewnością uzupełniane przez inne zjawiska (np. echolalię), opisywane w ujęciach klinicznych. Zestawienie objawów patologii mowy występujących w obrazie schizofrenii u dzieci i dorosłych prezentowane jest w tab. 3.

Tab. 3. Porównanie objawów schizofazji u dorosłych i dzieci

<i>Objaw</i>	<i>Dzieci</i>	<i>Dorośli</i>
1) brak spójności tekstu	+	+
2) brak narracji	+	-
3) blokowanie dialogu	+	-
4) zaburzenia korekty	+	+/-
5) zaburzenia odbiorcy	+	+
6) wprowadzanie tematyki urojeń	+	+
7) zaburzenia konotacji	-	+
8) neologizmy	-	+
9) podobieństwo brzmień wyrazów	-	+
10) interferencja interakcji (dostępnych intersubiektywnie i urojeniowych)	-	+

+ przeważnie występuje, - przeważnie nie występuje, +/- cecha nieswoista

W porównaniu z obrazem schizofazji u dorosłych w przypadku dzieci obserwujemy mniejszą różnorodność patologii językowej. Brak jest mianowicie często występujących u dorosłych objawów takich, jak: zaburzenia konotacji, neologizmy, konstruowanie tekstu na zasadzie podobieństwa brzmień, rozbudowane wypowiedzi dotyczące urojeń czy interferujące z sobą interakcje – dostępnych intersubiektywnie i urojeniowych. Należy jednak przyjąć możliwość ich wystąpienia.

W porównaniu schizofazji u dzieci i dorosłych można wskazać większe nasilenie objawów negatywnych u dzieci niż u dorosłych, szczególnie u dorosłych w początkowej fazie choroby.

Wspólnymi zaburzeniami wypowiedzi ujawniającymi się u dzieci i dorosłych są zaburzenia spójności wypowiedzi i kategorii odbiorcy wypowiedzi. Pojawia się także tematyka urojeń. Zaburzenia te można uznać za osiowe dla schizofazji, a ich przyczyn należy poszukiwać w szeroko rozumianych mechanizmach neurofizjologicznych (np. zaburzenia neurotransmisji, omamy i halucynacje, defekty pamięci operacyjnej) lub poznawczych (odmienna percepcja oraz interpretacja rzeczywistości, urojenia).

Na koniec należy dostrzec wynikające z prezentowanych obserwacji kwestie wzajemnych powiązań między procesem kształtowania się mowy, możliwościami umysłowymi człowieka a obrazem zaburzeń mowy w chorobach psychicznych. W świetle prezentowanych analiz bardzo prawdopodobna staje się teza, że ta sama przyczyna zaburzeń, działająca w różnym czasie (biorąc pod uwagę proces kształtowania się mowy w ontogenezie), da różne objawy (zob. tab. 4).

Tab. 4. Zależność między objawami zaburzeń mowy a czasem ujawnienia „defektu schizofrenicznego”

<i>Czas wystąpienia</i>	<i>Objawy</i>
0-3 r.ż.	System językowy nie powstaje lub powstaje szczątkowo (autyzm)
3-7 r.ż.	Zaburzenia użycia języka, zubożenie mowy (zaburzenia językowe stają się zaburzeniami rozwojowymi, uniemożliwiającymi prawidłowy rozwój komunikacyjny i poznawczy)
Powyżej 7 r.ż.	Bogactwo patologii (zaburzenia gramatyczne, semantyczne, pragmatyczne), swoista interpretacja rzeczywistości, duże zróżnicowanie nasilenia w różnych przypadkach

Jeżeli przyczyna zaburzenia wystąpi w okresie prelingwalnym, mogą być to objawy autyzmu (system komunikacji językowej nie powstaje lub powstaje szczątkowo).

Jeżeli wystąpi po okresie opanowania zdań, a przed zakończeniem rozwoju mowy, tj. między 3 a 7 rokiem życia, będą to zróżnicowane objawy zaburzeń użycia języka, przy ogólnym zubożeniu mowy – zaburzenia psychiczne stają się w obu tych przypadkach zaburzeniami rozwojowymi, uniemożliwiającymi prawidłowy rozwój komunikacyjny i poznawczy.

Działanie analogicznej przyczyny po okresie dojrzewania da duże bogactwo patologii językowej, o różnym stopniu nasilenia. Będziemy obserwowali wówczas przejawy destrukcji ukształtowanego umysłu: będą one zatem dotyczyć systemu językowego, komunikacyjnego, a przede wszystkim swoistej interpretacji rzeczywistości.

Bibliografia

- Bettes B., Walker E. (1987). Positive and Negative Symptoms in Psychosis and Other Disturbed Children. "Journal Child Psychology Psychiatry" 28, 555-567.
- Bokus B. (1991). Tworzenie opowiadań przez dzieci. O linii i polu narracji, Kielce: Energiea.
- Bokus B. (2000). Świat fabuły w narracji dziecięcej, Warszawa: Energiea.
- Caplan R., Guthrie D., Komo S. (1996). Conversational Repair in Schizophrenic and Normal Children. "Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry" 35, 7, 950-958.
- Caplan R., Guthrie D., Tang B., Komo S., Asarnow R. F. (2000). Thought Disorder in Childhood Schizophrenia: Replication and Update of Concept. "Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry" 39, 6, 771-778.
- Ciampi L. (1980). The Natural History of Schizophrenia in the Long-term. "British Journal Psychiatry" 136, 413-420.
- Czernikiewicz A. (1998). Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii, Lublin: Akademia Medyczna w Lublinie.
- Czernikiewicz A., Woźniak T. (2001). Schizofazja. „Logopedia” 29, 7-36.
- Grabias S., Kurkowski Z. M., Woźniak T. (2002). Logopedyczny Test Przesiewowy dla Dzieci w Wiek Szkolnym, Lublin: Polskie Towarzystwo Logopedyczne.
- Kotlicka-Antczak M., Rabe-Jabłońska J., Gmitrowicz A. (2003). Dziecięcy rozwój psychoruchowy a przebieg schizofrenii rozpoczynającej się w okresie młodzieńczym. W: Streszczenia Konferencji Naukowej Sekcji Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Wisła 13-14 czerwca 2003, s. 10-11.
- Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Schizophrenia (2001). Supplement to "Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry" 40, 7, 4 S-23 S.
- Remschmidt H., Schultz E., Martin M., Warnke A., Trott G. (1994). Childhood Onset Schizophrenia: History of the Concept and Recent Studies. "Schizophrenia Bulletin" 20, 4, 727-745.
- Sulestrowska H. (1989). Schizofrenia u dzieci i młodzieży. W: Psychiatria wieku rozwojowego. Red. A. Popielarska, Warszawa: PZWL, s. 171-185.
- Thomas P., Kerney G., Napier E., Ellis E., Leudar I., Johnson M. (1996). Speech and Language in First Onset Psychosis: Differences between People with Schizophrenia, Mania and Controls. "British Journal of Psychiatry" 168, 337-343.
- Warchał J. (1992). Dialog potoczny a tekst, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Warchał J. (1993). Potoczna narracja w dialogu. Z problemów współczesnego języka polskiego. W: Prace naukowe Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, s. 22-32.
- Weinberger D. R. (1987). Implications of Normal Brain Development For the Pathogenesis of Schizophrenia. "Archives of General Psychiatry" 44, 660-669.
- Weinberger D. R. (1995). From Neuropathology to Neurodevelopment. "Lancet" 346, 552-557.
- Woźniak T. (2000). Zaburzenia języka w schizofrenii, Lublin: Wydawnictwo UMCS.