

WOJCIECH LIPSKI

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
Katedra Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4445-9940>

Zaburzenia spójności wypowiedzi u pacjentów chorujących na schizofrenię paranoidalną

Disorder of Speech Consistency in Patients Suffering from Paranoid Schizophrenia

STRESZCZENIE

Autor artykułu przedstawia obraz mowy schizofatycznej ze szczególnym podkreśleniem zaburzeń spójności. Zakłada on, że utrata spójności wypowiedzi w schizofrenii stanowi jej objaw osiowy i świadczy o postępującym procesie dezorganizacji języka w tej chorobie. Zaburzenia spójności od początku budowania refleksji na temat schizofrenii stanowiły i obecnie stanowią obiekt analiz badaczy zaburzeń językowych w schizofrenii. Obraz zaburzeń spójności wypowiedzi jest w schizofrenii swoisty i odmienny od obserwowanego w innych zaburzeniach związanych z rozpadem kompetencji, takich jak afazja, pragnozja czy demencja. Dokonuje się on przede wszystkim na poziomie semantyki, pozostawiając gramatyczną strukturę wypowiedzenia względnie zachowaną.

Słowa kluczowe: schizofrenia, schizofazja, spójność, kolokacja, kohezja, koherencja

SUMMARY

The author of the article presents the image of schizophrenic speech with particular emphasis on consistency disorders. He states that loss of consistency in schizophrenia is its axial symptom and it indicates on the progressive process of language disorganization in the disease.

From the beginning of constructing the reflection on schizophrenia, disorders of consistency have been, and currently they are the object of researchers analysis of language disorders in schizophrenia.

The picture of the consistency disorder of utterance in schizophrenia is specific and different from that observed in others disorders related to the disintegration of competences, such as aphasia, pragnosia or dementia.

It takes place mainly at the level of semantics and it leaves the grammatical structure of utterance relatively preserved.

Key words: schizophrenia, schizophasia, consistency, collocation, cohesion, coherence

Schizofrenię nazywa się czasem chorobą królewską. Nie chodzi tu tylko o to, że trafia ona nieraz umysły wybitne i subtelne, lecz też o jej niesłychane bogactwo objawów, pozwalające ujrzeć w katastroficznych rozmiarach wszystkie cechy ludzkiej natury. Dlatego opis objawów schizofrenicznych jest niezmiernie trudny i jest zawsze najwyższym i najbardziej ryzykownym sprawdzianem wnikliwości psychiatrycznej.
Antoni Kępiński, *Schizofrenia*, 1972

WSTĘP

Od samego początku budowania refleksji na temat schizofrenii wiążą ją ze swoistymi dla niej zaburzeniami mowy. Pierwsze naukowe opisy zachowań chorych na schizofrenię przedstawiają obraz ich wypowiedzi, zwracając uwagę na ich niekomunikatywność i niespójność. Twórca pojęcia *schizofrenia* (grec. *schizo* – ‘rozszerzaniem rozdwarzam’, *fren* – ‘rozum, serce’) Eugeniusz Bleuler (1911, 1950) w deskrypcji tej choroby pisał:

[w schizofrenii] ginie związek pomiędzy skojarzeniami. Z tysiąca wątków snutych przez naszą myśl choroba przerywa je w sposób chaotyczny. Wynik tego myślenia jest niezwykle i często fałszywy logicznie [...]. Wygląda to tak, jakby wrzucono do garnka i wymieszano pojęcia określonej kategorii, a następnie zupełnie dowolnie i przypadkowo wyciągano je i łączono za pomocą form gramatycznych i niektórych pomocniczych wyobrażeń (Spett, Mitarski 1968, 19–20, za: Kępiński 1972, 72).

Ważność zaburzeń językowych w schizofrenii podkreślana jest także obecnie. W dwu największych klasyfikacjach chorób i zaburzeń, tj. ICD oraz DSM, podkreśla się ich dużą rolę w obrazie pacjenta. Światowa Organizacja Zdrowia pisze o tym w ICD-10 następująco:

[w schizofrenii] myślenie staje się puste, eliptyczne i niejasne, a jego wyraz w wypowiedziach – niezrozumiały, [...] przerwy i wstawki w toku myślenia, prowadzące do rozkojarzenia lub niedostosowanych wypowiedzi, albo neologizmy, [...] zubożenie wypowiedzi, [...] iteracje słów, [...] mowa niepowiązana i rozkojarzona (WHO, 1994, 1998, 2000).

Z kolei Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne podkreśla w DSM-IV-TR, że: „[w schizofrenii występują] rozkojarzenie, wyraźne ubóstwo treści wypowiedzi, wypowiedzi dziwne, dygresyjne, metaforyczne, oboczne” (APA, 2008), a w najnowszej wersji tej klasyfikacji, tj. DSM-5:

[...] częste wykolejenia i niespójności [...] wykolejenia i luźne skojarzenia; odpowiedzi na pytania mogą być częściowo powiązane lub zupełnie niezwiązane z tematem – uskokowe. Mowa może być tak poważnie zdeorganizowana, że jest prawie niezrozumiała i przypomina przez tę dezorganizację językową afazję czuciową (niespójność lub „sałatka słowna”). Ponieważ lekko chaotyczna mowa jest powszechna i niespecyficzna, objaw może być wystarczająco ciężki, by znacznie osłabił skuteczną komunikację. [...] Mniej zdeorganizowane myślenie i mowa może wystąpić podczas prodromalnych i rezydualnych okresów schizofrenii (APA, 2013, 2018, 2019).

ZABURZENIA JĘZYKOWE W SCHIZOFRENII

Zaburzenia językowe w schizofrenii w pracach logopedycznych w Polsce i na świecie określane są pojęciem schizofazji. Należy jednak zaznaczyć, że nie wszyscy pacjenci chorujący na schizofrenię mają schizofazję, a poziom spójności ich wypowiedzi może być bardzo różny – począwszy od wypowiedzi zupełnie niespójnej do dyskursu z zachowaną kohezją i koherencją. Wynika to z dużej heterogeniczności i zróżnicowania w grupie chorych na schizofrenię. W każdym przypadku obraz choroby i objawy mają charakter swoisty pod względem treści, jakości i natężenia objawów. Nie przeszkadza to jednak we wskazaniu pewnych kategorii nadrzędnych dotyczących niemal wszystkich chorych.

Pojęcie schizofazji zostało użyte pierwszy raz w Polsce przez psychiatrę Tadeusza Bilikiewicza, który w pracy *Psychiatria kliniczna* opisuje ten termin (za Emilem Kraepelinem) jako *sałatka słowna* (*Wordsalad*), co w jego rozumieniu oznacza: „wypowiadanie szeregow słów lub zgłosek, przeważnie bezsensownych, powiązanych ze sobą tylko podobieństwem dźwiękowym rymu lub rytmu, co nosi nazwę werbigeracji. Chory może sobie tworzyć, jak to czasem bawiące się dzieci, własny sztuczny język z dziwacznymi słowotworami (*neologismi*). W ten sposób niekiedy wypowiedzi chorego mogą się stawać całkowicie chaotyczne, stanowią bezmyślne nagromadzenie słów, zgłosek i dźwięków” (Bilikiewicz 1957, 145).

Schizofazja w polskiej literaturze logopedycznej została zdefiniowana na przestrzeni lat przez różnych badaczy. Leon Kaczmarek (1975) uważał, iż jest to zaburzenie treści wypowiedzi wynikające z zaburzeń procesów uogólniania i abstrakcji, braku logiki w budowanych tekstach oraz nieprawidłowości w ukierunkowaniu myślenia. Należy jednak zaznaczyć, iż zaburzenia schizofatyczne charakteryzują się nie tylko zaburzeniami treści, ale także formy językowej (Grabias 2012).

Irena Styczek (1970, 1979) klasyfikowała schizofazję w grupie zaburzeń endogennych i przypisywała ją zaburzeniom psychicznym o postaci

schizofrenii (1979, 426). W klasyfikacji procedur logopedycznych S. Grabiasa schizofazja to zaburzenie języka, w którym dochodzi do rozpadu wszystkich typów kompetencji. Jest wynikiem schizofrenii i ujawnia się w postaci niespójnych wypowiedzi językowych. Zaburzenia w rozmaity sposób dotyczą całych struktur wypowiedzi (struktura zdania w zasadzie pozostaje nienaruszona) i to zarówno tekstów dialogowych, jak i narracyjnych. Zjawisko wiąże się ze swoistą interpretacją rzeczywistości (Grabias 2019, 301–302).

Wielki wkład w opisywanie zaburzeń językowych w schizofrenii miał zespół badaczy w składzie: psychiatra – A. Czernikiewicz oraz językoznawca i logopeda – T. Woźniak. Badacze ci, opierając się na pogłębionych badaniach funkcjonowania mowy i języka w schizofrenii, sformułowali swoją definicję schizofazji. Określili, iż jest to zaburzenie charakteryzujące się postępującym zanikiem spójności wypowiedzi i jej dezintegracją na poziomie semantycznym, pragmatycznym i formalno-gramatycznym. W przeważającej liczbie przypadków schizofazję należy rozumieć jako utratę funkcji komunikacyjnej języka, występującą w przebiegu schizofrenii, szczególnie w jej przewlekłych postaciach (Czernikiewicz, Woźniak 2001, 2012).

Badacze ci opracowali narzędzie diagnostyczne – Krótką Skalę Oceny Schizofazji (KSOS), w którym diagnozuje się schizofazję u chorych na schizofrenię, biorąc pod uwagę dezintegrację mowy na trzech poziomach. W obrębie poziomu składniowego są to: zubożenie składni i zaburzenia konotacji linearnej; na poziomie semantycznym: występowanie neologizmów idiolektalnych oraz paronimii, a na poziomie pragmatycznym: ocena zrozumiałości i konkretności wypowiedzi oraz utrzymywanie się co najmniej dwóch objawów w obrębie zaburzeń syntaktycznych i semantycznych w dłuższych fragmentach wypowiedzi (Woźniak, Czernikiewicz 2002/2003; Czernikiewicz 2004; Czernikiewicz, Woźniak 2012).

Jaki charakter mają zaburzenia spójności wypowiedzi w schizofrenii?

Zaburzenia spójności wypowiedzi według skali TLC

Najbardziej kompleksowym narzędziem klinicznym do oceny zaburzeń językowych w schizofrenii jest skala TLC (Scale for the Assessment of Thought, Language, and Communication), czyli Skala do Oceny Myślenia, Języka i Komunikacji autorstwa N.C. Andreasen (1986). Składa się na nią ocena następujących fenomenów językowych:

1. Ubóstwo mowy (UM) – ilościowe zmniejszenie mowy spontanicznej, co powoduje, iż odpowiedzi na pytania są krótkie i pozbawione dodatkowych informacji.
2. Ubóstwo treści (UT) – wypowiedzi są adekwatne co do długości, ale przynoszą mało informacji; język staje się dziwny, nadmiernie abstrakcyjny lub nadmiernie konkretny, występują repetycje (powtórzenia wyrazów i zdań) i stereotypie (wielokrotne powtarzanie określonych ruchów, grymasów).
3. Natłok mowy (NM) – ilościowe zwiększenie mowy spontanicznej w porównaniu z oczekiwaniami sytuacyjnymi lub społecznymi; wypowiedzi głośne, emfaticzne, trudne do przerywania przy tempie przekraczającym 150 słów na minutę.
4. Mowa roztargniona (MR) – w czasie wypowiedzi lub dyskusji nadawca przerywa nagle tekst lub zdanie, ogniskując swoje zainteresowanie na aktualnych bodźcach zewnętrznych.
5. Uskokowość (U) – odpowiedź chorego na pytanie od początku jest oboczna (uskokowa) lub w ogóle niezwiązana z tematem.
6. Zbaczanie wypowiedzi (ZW) – wzorce mowy spontanicznej, w której wypowiedzenia zbaczają z głównego wątku; w jednej wypowiedzi obserwuje się kilka niepowiązanych ze sobą tekstów.
7. Rozkojarzenie (RK) – wzorce mowy, w których tekst rozbity jest na poziomie zdań (wypowiedzeń), często z zaprzeczeniem regułom gramatyki.
8. Nielogiczność (NL) – wzorce mowy, w których wnioski nie są osiąganym w sposób logiczny.
9. Dźwięczenie (D) – wzorce mowy, w których dźwięki mają decydujące znaczenie przy doborze słów.
10. Neologizmy (N) – nowe formacje słowne, których pochodzenie wydaje się niezrozumiałe.
11. Przybliżenia słowne (PS) – używanie zwykłych słów w nowy, często „prywatny” sposób lub tworzenie nowych terminów ze słów ogólnie znanych.
12. Drobiazgowość (DR) – wzorce mowy niebezpośredniej, przeładowanej detalami, ale bez cech natłoku.
13. Utrata celu (UC) – niezdolność do doprowadzenia wypowiedzi do końca – zakończenia jej w sposób naturalny (ale bez wyrażonych cech zbaczania wypowiedzi).
14. Persewercje (P) – ciągłe używanie słów lub zdań na zasadzie repetycji (poza repetycjami uwarunkowanymi społecznie).

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 wystąpienia tych przerw.
17. Mowa sztuczna (MS) – wypowiedzi sztuczne, formalne, frazeologiczne, kaznodziejskie, w innym niż oczekiwano stylu.
18. Odnoszenie do siebie (OS) – nawracanie tematyczne wypowiedzi do osoby mówcy, pomimo ogólnego czy neutralnego tematu zadanego tekstu (Czernikiewicz 1998).

Takie fenomeny jak: mowa roztargniona, uskokowość, zbaczanie wypowiedzi, utrata celu i odnoszenie do siebie traktowane są przez autorkę skali jako fenomeny niespójności.

I tak:

1. **Mowa roztargniona** charakteryzuje się tym, że w czasie rozmowy pacjent przerywa wątek i schodzi na inny temat swojej wypowiedzi, związany jest on najczęściej z bodźcami otaczającymi (pokój, wygląd rozmówcy).

Przekładem wypowiedzi znacznie roztargnionej jest:

(Pytanie dotyczące dzieciństwa) *wszystko teraz opowiadać urodziłem się dziewiątego czerwca w szpitalu wojskowym jestem z bliźniąt moja dziewczynka była zmarła// ale pan jeszcze nie napisał.. rzeczowo panu powiedzieć czy bzdury/ to ja wiem/ dobrze jak zgaszą papierosa// w brydża nie umiem grać ale chciałbym się nauczyć jest rudna gra polega na czym na wistowaniu nie no marek mnie uczy grać w brydża/ i w niedzielę przychodzi mój ojczym edmund pracuje w kotłowni na lsm-ie (dzielnica Lublina) i mieszka na lesemie jak trzeba i w hotelu mieszka wszystko się zgadza opowiadać dalej pan to nagrywa i będzie w telewizji// dobrze u mnie stoi na balladynie (nazwa ulicy) stoi mieszkanie na mamusie balladyny tam mieszkają dwie psychologii jedna jest z biłgoraja (nazwa miejscowości) i jest jej ojciec sportowcem druga jest z chełma (nazwa miejscowości) czy tam i jej ojciec jest księdzem może być tak wszystko się się zgadza i oni też mają magnetofon i ja im psuje specjalnie i ja im robię wszystko na złość jestem dranny nie jeszcze nagrywamy a jak panu się taśma skończy a pan ma brode i okulary zdejmn pan okulary bo pan jest lekarzem o dzieciństwie dobrze jestem i rodziłem się w szpitalu wojskowym na alejach raclawickich (nazwa ulicy)*

(fragment wypowiedzi z pracy: A. Czernikiewicza, Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii, Warszawa 2004, s. 78.)

Analiza: w prezentowanym tekście fragmenty podkreślone stanowią dygresje nawiązujące do okoliczności rozmowy i częściowo zaburzają spójność tekstu.

2. **Uskokowość** w mowie pacjenta wygląda tak, że odpowiedź na pytanie od samego początku jest zaskakująca i nie na temat lub powiązana bardzo odlegle z tematem. Uskokowość jest oceniana tylko w odniesieniu do relacji: pytanie – początek wypowiedzi.

Przykłady wypowiedzi uskokowej:

(Pytanie dotyczące dzieciństwa) *ja wiem proszę pana / coś o dzieciństwie co panu mówić / 5"/* miałem proszę pana / jak to panu powiedzieć / stałbym się panu śmieszny / gdyż pan powiedział / ależ pan tak że rzecz się ma że po prostu jak z panaceum rozmawiam / wie pan co to jest panaceum?//*

Analiza: pacjent zaczyna wypowiedź zupełnie niezwiązaną z pytaniem, stosuje także powtórzenie pytania na początku, a następnie przeskakuje na inne tematy.

(proszę powiedzieć mi, dlaczego ludzie wierzą w boga?) *tego tematu nie zaczepiajcie / to jest ci / tutaj co w telewizji byli że to robak / ja / on mnie polizał po łechtaczce i tutaj zaszumienie nie / to czaba pocałowała mnie ona jest taka i ja jestem sama / z mężami tymi i oni / wymieniali mi pampersy / dwa nocne już trzy to pani z. tak zwana nie / (niezrozumiale) osłaniać to nie sięgnę / temat się nie zwijać / to ona już poszła na drętwość / [...] to co innego mówię / ale tutaj przychodzi ten myśl / przez paruleto to jest coś takiego co prowadzi mnie w ogóle o mój boże hekam na bieżąco (niezrozumiale) //*

Analiza: początek wypowiedzi wskazuje odpowiedź na pytanie, po czym jej treść ma przebieg zaskakujący i niezwiązany z pytaniem.

3. **Zbaczenie wypowiedzi** polega na tym, że we wzorcu mowy spontanicznej myśli zbaczają z głównego toru wypowiedzi. Kolejne elementy wypowiedzi są ze sobą zestawiane bez związków znaczeniowych. Czasami połączenia między kolejnymi porcjami tekstu są dziwne albo w ogóle niezrozumiałe. Jest to klasyczny przykład niespójności tekstu, głównie niespójności semantycznej, co prowadzi do utraty pragmatyki tekstu. Następujące po sobie wypowiedzenia nie mają ze sobą związków lub są łączone przy użyciu niejasnych zaimków odnoszących.

Przykładem zbaczania wypowiedzi jest:

* Cyfra między ukośnikami oznacza długość pauzy w sekundach.

(Pytanie: dlaczego ludzie wierzą w boga?) *a / ciężkie pytanie pan zadał /3'' / a jak to tu odpowiedzialność jest taki człowiek / czy dwóch / co się tym opiekują słynny apolla (niezrozumiale) indyjski /*(1) (niezrozumiale) w panaceum to trudno /*(2) ale jak się nieraz kasetę włączy w damusiu / to lubi pan? / jakiś film (niezrozumiale) / maska nie maska (niezrozumiale) /*(3) / proszę pana u mnie na wiosce mieszka taki dziadek mój / a na mokotowie mieszka tam właśnie prezes (niezrozumiale) ja jestem tylko z nim / ja rządze a on robi / ja mu każe tak / i on ma tak zrobić jak ja każe / ja siedzę i on siedział / i to co ja każe mu to ma wykonywać /*** (1) miałem go kiedyś wyrzucić na śmietnik / wie pan /**** (2) ale jeden chłopak pyta się mówi do mnie /** (1) / (niezrozumiale) i będzie ten w marcu będzie / dobra / dzięki / spływasz /*(4) to mu podpisałem / ale masz swoje litery mówię / ** (2) a o czy to dobrze dobrze (niezrozumiale) szesnastki /*(5) o widzisz wojna będzie *(6) / tam jedności a jak pojedzie do rzymu tam będzie studiował / jakieś książki / jak nasz papież piękne radio maryja nagrał / coś ja miałem panu / powiedzieć pieniędzy mi trzeba / wie pan /...*

Analiza: w podanym tekście można wyróżnić jedenaście części (granice pomiędzy nimi oznaczone są gwiazdkami), w ramach, których zachowane są zasady spójności. Charakterystyka poszczególnych przejść typu *zbaczanie wypowiedzi*:

* (1) całkowity brak spójności pragmatycznej i semantycznej, przy resztkowej spójności syntaktycznej (*słynny apolla (niezrozumiale) indyjski* → (niezrozumiale) *w panaceum to trudno*);

* (2) brak spójności pragmatycznej i semantycznej, słaba spójność syntaktyczna przy użyciu *ale* (*w panaceum to trudno* → ale *jak się nieraz kasetę włączy w domusiu*);

* (3) jak w * (1);

*** (1) brak spójności pragmatycznej i syntaktycznej, resztkowa spójność semantyczna: *to co ja każe mu to ma wykonywać* → */ miałem go kiedyś wyrzucić na śmietnik...*;

**** (1) brak spójności pragmatycznej, słaba spójność semantyczna: *miałem go kiedyś wyrzucić na śmietnik / wie pan /* → *ale jeden chłopak pyta się mówi do mnie...*, resztki spójności syntaktycznej przy użyciu *ale*;

** (1) brak spójności semantycznej i pragmatycznej, spójnik *i* zachowuje spójność syntaktyczną;

* (4) jak w * (1);

** (2) brak spójności semantycznej i pragmatycznej, spójnik *a* zachowuje spójność syntaktyczną;

* (5) brak spójności pragmatycznej i semantycznej, resztkowa spójność syntaktyczna wyznaczana przez przyimek *o*: *...a o czy to dobrze dobrze (niezrozumiale) szesnastki* → *o widzisz wojna będzie...*;

*(6) jak w *(1).

Legenda:

* – brak spójności pragmatycznej i semantycznej, słaba spójności syntaktyczna;

** – brak spójności semantycznej i pragmatycznej, zachowana spójność syntaktyczna;

*** – brak spójności pragmatycznej i syntaktycznej, resztkowa spójność semantyczna;

**** – brak spójności pragmatycznej, słaba spójność semantyczna i syntaktyczna.

4. **Utrata celu** charakteryzuje się tym, że naturalny łańcuch zdań nie prowadzi do zamierzonej konkluzji. Zwykle manifestuje się tym, że wypowiedź zaczynająca się od właściwego tematu zaczyna krążyć po tematach coraz bardziej odległych, nie powracając do zasadniczego przedmiotu wypowiedzi. Często pacjenci nie mają świadomości utraty celu wypowiedzi. Fenomen ten bardzo podobny jest do *zbaczenia wypowiedzi*, ale różni się tym, że w *zbaczeniu wypowiedzi* bardziej uchwytnie są zaburzenia spójności, a tekst jest mniej zrozumiały

(Pytanie dotyczące dzieciństwa) *to jest proszę pana / było kiedyś tak jak byłem maleńki / to proszę pana miałem takie ekspozycje / że wybuchnie wojna no i mi wszyscy mówili że ja takie mam [...] mówili mi jedni że byli mówili że w 1965 była wojna wie pan /2"/ a ja pomyślałem mamo / to wojna w tysiąc dziewięćset czterdziestym pierwszym w tysiąc dziewięćset czterdziestego pierwszego właściwie / nie wojna pogrom był / i proszę pana / ten klient ma punkt ksero / no nie ja mam ten no dowód mam wie pan / i papierek ja se pierzę wie pan ja tę robotę robie / to takem ja jest hytr że hen / (niezrozumiale) / pan się zainteresował moim pismem i tak dalej tak//*

Analiza: pacjent tylko w pierwszych słowach zaczyna mówić o dzieciństwie, później schodzi na temat swoich urojeń. Na końcu tej wypowiedzi, nie wiedząc już, o czym ma mówić, pyta, czy zainteresowałem się jego pismem, co definitywnie świadczy o utracie celu.

5. **Odnoszenie do siebie** jest zaburzeniem językowym, w którym mówca w sposób powtarzalny odnosi się do swojej osoby, podczas gdy pytanie dotyczy tematu, który jest z nim luźno związany bądź wcale. Zaburzenie to ocenia się na podstawie odpowiedzi na pytania ogólne, nie powinno być więc oceniane na podstawie wypowiedzi w czasie zbierania wywia-

du w związku z przebiegiem choroby u pacjenta lub w czasie badania psychiatrycznego.

Przykład wypowiedzi z wyraźnym odnoszeniem do siebie:

... ten klient ma punkt ksero / no nie ja mam ten no dowód mam wie pan / i papierek ja se pierzę wie pan ja tę robotę robie / to takem ja jest hytr że hen / (niezrozumiale) / pan się zainteresował moim pismem i tak dalej tak/...

...no rodzina jest tylko pieniędzy brak no rodzina ma pieniądze / ma / i się tak przylizują proszę pana /3"/ jakby mi się przybłądł w dom / prawda to / ja taki facet że dam / dam pieniądze dam pieniądze troche / takie zaplątam się gdzieś cuś wie pan /2"/ a taki pewien facet wie że pan nie w warszawie pan zna mokotów telewizja tam zna pan [...] chciałem dać / mu troszkę pieniędzy / samochód jakiś dobry /...

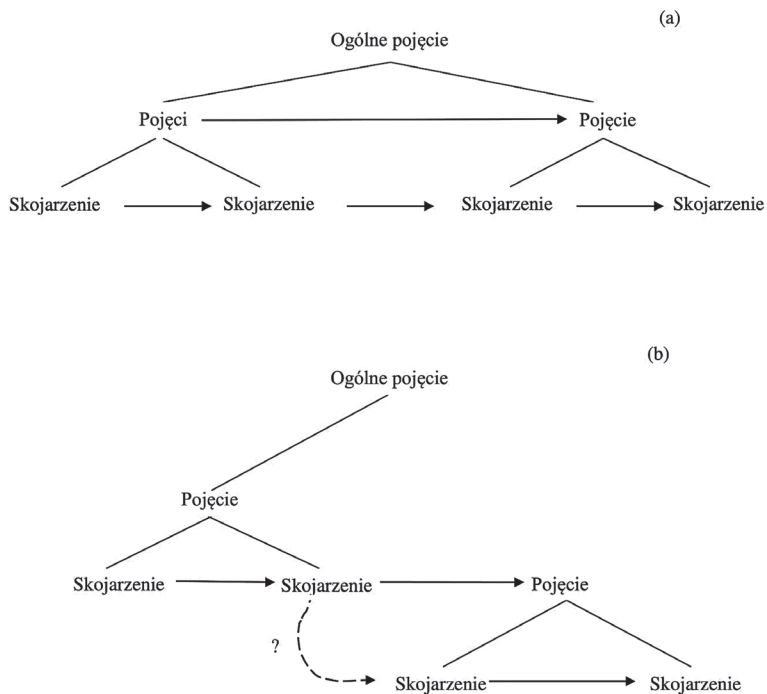
Analiza: fragmenty z wyraźnym odnoszeniem do siebie zostały podkreślone. Pacjent buduje wypowiedź na jakiś temat, po czym powraca do tematu własnej osoby.

Należy dodać, że na obniżony poziom spójności wypowiedzi mogą wpływać także takie fenomeny, jak: rozkojarzenie, nielogiczność, dźwięczenie, neologizmy, przybliżenia słowne, drobiazgowość, perseweracje, echolalia oraz blokowanie.

Zaburzenia spójności wypowiedzi w schizofrenii w świetle badań D.R. Rutter

Chorzy na schizofrenię, w większości, wypowiadają się w sposób składniowo właściwy, tj. poprawnie stosują reguły gramatyczne (por. Grabias 2019). Badania D.R. Rutter (1979) wykazały, że problemy wiążą się z semantyczną stroną wypowiedzi. W świetle jej badań zdeorganizowany charakter wypowiedzi schizofrenicznej przejawia się w słabej organizacji zdań, a nie słabej organizacji każdego poszczególnego zdania. Schizofrenia wiązałaby się z utratą ogólnego przewodniego celu, który normalnie pozwala nam organizować łańcuchy zdań w spójne, logiczne opowiadania i wypowiedzi.

Poniżej przedstawiony został model hipotetycznej organizacji przebiegu komunikacji werbalnej u osób zdrowych (a) i u pacjentów chorych na schizofrenię (b).



Rysunek 1. Hipotetyczna organizacja przebiegu komunikacji werbalnej

Źródło: K. Tsirigotis, W. Gruszczyński, 2005, *Schizofrenia. Psychologia i psychopatologia (wybrane zagadnienia psychologii w schizofrenii)*, Kraków, s. 56.

Cztery „skojarzenia” podlegają kontroli dwóch ogólniejszych pojęć, które z kolei są „zarządzane z góry” przez najogólniejsze pojęcie (istotę, sedno, sens). Kontrola odbywa się z góry na dół, tj. ogólniejsze pojęcie kontroluje pojęcia konkretniejsze. Jakikolwiek ogólne pojęcie, wywołane przez jakieś konkretniejsze skojarzenie, zostaje usuwane. Zatem wszystkie konkretne skojarzenia są zgodne z pojęciami je kontrolującymi, które z kolei są zgodne z ogólnym nadrzędnym pojęciem. Ta zgodność (wewnętrzna logika) nadawcy ułatwia odbiorcy wnioskowanie (odtworzenie) tej wewnętrznej logiki, tj. „złapanie” tego pojęcia (myśli).

Zgodnie z teorią D.R. Rutter normalnie przepływ zdań (diagram a) podlega kontroli wyższego rzędu intencji (celów). Te z kolei podlegają kontroli jeszcze wyższych, ogólniejszych pojęć, które dyktują ogólny kierunek komunikacji, a nie specyficzną formę zdań. Specyficzna forma podlega kontroli niższych pojęć intencjonalnych. Schizofrenia jest sytuacją, kiedy ta hierarchiczna kontrola zostaje zaburzona (diagram b). Nowe ogólne pojęcia wywołane przez konkretne skojarzenia nie są usuwane.

Drugie skojarzenie wywołuje nowe pojęcie, które przejmując kontrolę i koordynuje dwa nowe skojarzenia. Są one wzajemnie zgodne ze sobą, lecz niezgodne z pierwszym pojęciem, a zatem są niezgodne z dwoma pierwszymi skojarzeniami. Kontrola z góry na dół („góra – dół”) zostaje zastąpiona przez kontrolę z dołu w górę („dół – góra”). Wynikiem tego jest rozczłonkowanie, rozwałkowanie (segmentacja) zbioru: powstają dwa zbiory (pojęcia kontrolujące) zamiast jednego. Jeżeli rozczłonkowanie jest chwilowe i następuje powrót do pierwotnego pojęcia, mówimy o poznawczym ześlizgu; jest trudne, lecz możliwe dla odbiorcy złapać tok takiej komunikacji, z jej niespójnymi skojarzeniowymi ogniwami (przerywana linia i znak zapytania). Lecz jeżeli rozczłonkowanie jest mniej czy bardziej trwałe, ogólny sens może zostać utracony zarówno dla nadawcy, jak i dla odbiorcy.

Innymi słowy, pojęcie intencjonalne wyższego rzędu zatracą się (gubi się), gdy jakieś zdanie lub pojęcie je kontrolujące sugeruje jakieś nowe, niezwiązane z kontekstem pojęcie. W wyniku tego następuje zmiana lub „ruch skoczka szachowego”, co oznacza raczej fragmentaryczny niż spójny, logiczny przepływ zdań (Tsirigotis, Gruszczyński 2005, 56–57).

* * *

Przydatny dla rozważań na temat spójności wypowiedzi schizofacycznych jest kliniczny model podziału schizofrenii na trzy zespoły, opracowany przez Petera F. Liddle’a. Zgodnie z jego teorią można wyróżnić trzy typy zespołów schizofrenicznych: 1. Zespół zaburzenia psychomotorycznego (*psychomotor poverty*); 2. Zespół dezorganizacji (*disorganisation*) oraz 3. Zespół błędnej oceny rzeczywistości (*reality distortion*) (1996, za: Czernikiewicz, Woźniak 2012, 445).

W pierwszym z wyróżnionych zespołów autor stwierdza ubóstwo mowy, spłaszczenie afektu i spowolnienie ruchowe, a dysfunkcja lokalizowana jest w korze przedczołowej (*prefrontal cortex*), w tym typie przeważają zaburzenia negatywne i deficytowe. Zgodnie z teorią J. Mazurkiewicza (1958) wynikają one z zaburzonego funkcjonowania narządu czołowego. Drugi zespół objawia się formalnymi zaburzeniami myślenia o typie luźnych asocjacji, a według N.C. Andreasen (1986) – ubóstwem treści wypowiedzi i niedostosowaniem afektu. Miejsce zaburzeń funkcjonowania mózgu w tym typie to przednia kora czołowa i okolica obręczy (*anterior cingulate cortex*). Trzeci typ objawia się w postaci omamów i urojeń, a za region głównego uszkodzenia mózgu podaje się zakręt parahipokampalny lewego płata skroniowego. Według teorii dyssolucji objawy te

wynikają z niepoahamowanej przez narząd czołowy impulsacji z narządu pozaczółowego (Mazurkiewicz 1958).

Koncepcja P.F. Liddle'a potwierdza spostrzeżenia przedstawione przez J. Mazurkiewicza, mówiące o tym, iż zmiana lokalizacji uszkodzenia bądź dysfunkcji w mózgu w schizofrenii wywołuje inny zespół objawów psychotycznych.

WNIOSKI

Jak widać z przedstawionych w pracy rozważań i analiz, zaburzenia spójności wypowiedzi stanowią jeden z głównych objawów wypowiedzi schizofatycznych. Obraz tych zaburzeń nie jest jednorodny. Przedstawiony zarys klasyfikacji P.F. Liddle'a potwierdza tę tezę. W ramach braku spójności można mówić o poziomach ich realizacji. Podział ogólny na zaburzenia semantyczne, pragmatyczne i syntaktyczne (formalno-gramatyczne) wskazuje na tę różnorodność. Oprócz tego można wskazać różny stopień tych niespójności, mówiąc wtedy o pełnej spójności, subtelnym czy lekkim, miarkowanym lub znacznym zaburzeniu spójności. Bywa, że wypowiedź schizofatyczna jest zupełnie akomunikacyjna i nie można odczytać z niej żadnej intencji poza potrzebą mówienia z wyraźną funkcją egzystencjalną, kiedy to pacjent nie tyle mówi, co „jest mówiony”. Należy pamiętać także o tym, że schizofazja, w tym zaburzenia spójności wypowiedzi, ma charakter silnie idiolektalny, chociaż można wyróżnić tu pewne kategorie wspólne dla różnych pacjentów. Koloryt schizofazji i zaburzeń spójności w schizofrenii jest bardzo zróżnicowany.

Na problem spójności w schizofrenii zwracają uwagę autorzy, którzy budowali refleksję na temat tej psychozy u jej początku, jak również ci, którzy zajmują się nią współcześnie. Można jednak powiedzieć, iż nie dysponujemy opracowaniem monograficznym scalającym całą tę wiedzę (z przeszło stuletnią tradycją) oraz dokonującym pełnej charakterystyki wszystkich rodzajów zaburzeń spójności o różnym stopniu natężenia. Mam nadzieję, że prezentowany artykuł stanie się przyczynkiem do tego rodzaju badań. Obraz rozpadu kompetencji językowej, komunikacyjnej i kulturowej w schizofrenii jest swoisty i odmienny od tego, który występuje w innych jednostkach nozologicznych charakteryzujących się rozpadem. Mówię tutaj o odrębności zarówno w kontekście ilościowym, jak i jakościowym. Przez co schizofazja ma charakter swoisty. Z uwagi na to, że schizofrenia jest chorobą mózgu, więc jest uwarunkowana biologicznie, można opisywane i charakteryzowane w artykule zaburzenie języko-

we (tj. schizofazję) określić pojęciem biolektu. Takie przyporządkowanie wskazywałoby na pewien stopień podobieństwa objawów występujących u osób chorujących na schizofrenię.

ZAKOŃCZENIE

Zaburzenia spójności wypowiedzi stanowią główny objaw patologii mowy schizofatycznej. Dzięki farmakoterapii i psychoterapii pacjenci chorujący na schizofrenię odzyskują zdrowy sposób odbioru rzeczywistości. Uzyskują wgląd w swoją chorobę oraz krytycyzm, dzięki czemu uczą się odróżniać to, co rzeczywiste od tego, co urojone. W proces zdrowienia wpisany jest też obniżający się poziom schizofazji i poprawa spójności wypowiedzi. Chory odzyskuje zdolność komunikowania się i wyrażania intencji. Dla otoczenia jego mowa staje się bardziej sensowna i spójna. Odzyskuje on bowiem kontrolę nad procesami myślowymi, które do tej pory przebiegały bez niej. Określenie poziomu spójności wypowiedzi stanowi marker postępowania lub zstępowania choroby. Jej ciężki przebieg zawsze związany jest z zaburzeniami spójności, dlatego dokładne badania nad spójnością wypowiedzi schizofatycznych, określenie pewnych kategorii spójności oraz jej intensywności może stanowić wskaźnik głębokości psychozy oraz skuteczności prowadzonej rekonwalescencji.

BIBLIOGRAFIA

- Andreasen N., 1986, *Scale for the Assessment of Thought, Language, and Communication (TLC)*, "Schizophrenia Bulletin", vol. 12 (3), s. 473–482.
- APA, 2008, *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*, Wrocław.
- APA, 2013, *DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fifth edition, Washington.
- APA, 2018, *Zaburzenia należące do spectrum schizofrenii i inne zaburzenia psychotyczne: DSM-5 Selections*, Wrocław.
- APA, 2019, *DSM-5 Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych*, wydanie piąte, Wrocław.
- Bilikiewicz T., 1957, *Psychiatria kliniczna*, Warszawa.
- Bleuler E., 1911, *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, Leipzig.
- Bleuler E., 1950, *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*, New York.
- Czernikiewicz A., 1998, *Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii*, Lublin.
- Czernikiewicz A., 2004, *Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii*, Warszawa.
- Czernikiewicz A., Woźniak T., 2001, *Schizofazja*, „Logopedia”, t. 29, s. 7–36.
- Czernikiewicz A., Woźniak T., 2012, *Diagnoza psychogennych zaburzeń mowy*, [w:] *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, red. E. Czaplewska, S. Milewski, Sopot.
- Grabias S., 2012, *Terapia zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin, s. 15–71.

- Grabias S., 2019, *Język w zachowaniach społecznych: podstawy socjolingwistyki i logopedii*, Lublin.
- Kaczmarek L., 1975, *Korelacyjna klasyfikacja zaburzeń słownego i pisemnego porozumiewania się*, „Logopedia”, t. 12, s. 5–13.
- Kępiński A., 1972, *Schizofrenia*, Warszawa.
- Mazurkiewicz J., 1958, *Wstęp do psychofizjologii normalnej*, t. 2: *Dyssolucja aktywności korowo-psychicznej*, Warszawa.
- Rutter D.R., 1979, *The reconstruction of schizophrenic speech*, „British Journal of Psychiatry”, t. 134, s. 356–359.
- Styczek I., 1970, *Zarys logopedii*, Warszawa.
- Styczek I., 1979, *Logopedia*, Warszawa.
- Tsirigotis K., Gruszczyński W., 2005, *Schizofrenia. Psychologia i psychopatologia (wybrane zagadnienia psychologii w schizofrenii)*, Kraków.
- WHO, 1994, *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, rewizja dziesiąta, rozdział V: zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00 – F99)*, Kraków.
- WHO, 1998, *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja dziesiąta, Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, Kraków–Warszawa.
- WHO, 2000, *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja dziesiąta, Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków–Warszawa.
- Woźniak T., Czernikiewicz A., 2002/2003, *Krótką Skala Oceny Schizofazji (KSOS)*, „Badania nad schizofrenią”, IV, 4, s. 569–576.