

Ewa Pazdro

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna Nr 1.

Wrocław

Zaburzenia w procesie porozumiewania się językowego słownego u chorych psychicznie

Streszczenie

W przedstawionym artykule opisuję specyfikę zaburzeń ekspresji słownej u chorych psychicznie. Jako najpowszechniej występujące scharakteryzowane są zaburzenia mowy u osób cierpiących na psychozy z kręgu schizofrenicznego i choroby afektywnej. Poznanie ich ma podstawowe znaczenie, bowiem istotą pracy lekarza psychiatry, psychologa jest nawiązanie kontaktu słownego z chorym, co umożliwia poznanie jego stanu psychicznego i podjęcie właściwej terapii.

Summary

In the article I describe the specificity of verbal expression in patients suffering from mental disorders. The most common disturbances of speech in schizophrenics psychoses and affective disorders are characterized. Their knowledge has the principal importance because in fact the psychiatrist and psychologist must have a good verbal contact with the patient, what enables to recognize the mental state of patient and to make the decisions concerning therapy.

Zaburzenia w procesie porozumiewania się językowego słownego u chorych psychicznie.

Podczas pracy w Szpitalach Psychiatrycznych: we Wrocławiu, Warszawie i Lubiążu zetknęłam się z różnymi postaciami zaburzeń psychicznych i towarzyszącymi im różnorodnymi zaburzeniami ekspresji słownej.

Tematyka traktująca o zaburzeniach w porozumiewaniu się ze światem zewnętrznym u chorych psychicznie w piśmiennictwie polskim znalazła swoje szczególne miejsce w książkach psychiatrii Antoniego Kępińskiego jak również i w pracach psychiatrów Maślowskiego i Mitarskiego oraz nielicznych opracowaniach monograficznych. Analiza wypowiedzi chorych psychicznie może przynieść nam obraz psychiki człowieka, może ujawnić jego obniżony lub podwyższony nastrój, być świadectwem lęków i urojeń.

Każda wypowiedź chorego jest komunikatem wysyłanym do nas, jest głosem chorego, który chce coś przekazać, co jest dla niego ważne. Ponadto badanie patologii mowy jest o tyle interesujące, że ilustruje nieprawidłowości pewnych mechanizmów języka, co może być pomocne w rekonstrukcji działania tych mechanizmów w języku ogólnym.

I. EKSPRESJA SŁOWNNA JAKO JEDNA Z MOŻLIWOŚCI POZNANIA CZŁOWIEKA

Podobnie jak postawa ciała, wyraz twarzy, gestykulacja, tak i głos wchodzi w skład pierwszego wrażenia w kontakcie z drugim człowiekiem. Już sam głos interlokutora może działać uspokajająco lub denerwująco, wywołać uczucia przyjazne lub wrogie, wprawiać w nastrój pogodny lub przygnębiony itp.

Styl ekspresji słownej daje cenną nieraz charakterystykę człowieka. W sposobie mówienia mianowicie można odkryć aspekt emocjonalny, wolicjonalny i percepcyjny (lub poznawczy) stosunku do otaczającego świata. Można nawet nie zrozumieć treści wypowiedzi, ale z jej formy można się zorientować co do nastroju i nastawienia uczuciowego osoby mówiącej. Mowa kwiecista, afektowna, pełna przesadnych określeń, wykrzykników łączy się zwykle z łatwą, a nawet teatralną ekspresją, natomiast zwięzły, chłodny sposób mówienia świadczy o trudności w wyrażaniu własnych uczuć.

Ludzie o łatwym kontakcie społecznym mówią zwykle płynnie, bez wysiłku i trudności.

Natomiast ci, dla których kontakt z innymi jest zawsze problemem, mówią zazwyczaj mniej płynnie, zastanawiając się nad każdym słowem, mówienie ich nieraz wyraźnie męczy, są często w ogóle małomówni.

Każdy człowiek posługuje się swoistym językiem. W wypowiedziach słownych rysuje się przed słuchającym sposób widzenia otaczającej rzeczywistości. Już z samej częstości używanych słów

można się zorientować, czy przeważa abstrakcyjny, czy też konkretny sposób widzenia. Mimo różnic indywidualnych sposobów widzenia otaczającej rzeczywistości musi odpowiadać ogólnie przyjętym normom, które tworzyły się w ciągu historii rodzaju ludzkiego: które ogólnie określa się jako logiczność myślenia.

II. CHARAKTERYSTYKA MOWY W NIEKTÓRYCH PRZYPADKACH CHOROÓB PSYCHICZNYCH

Nazwa schizofrenii została wprowadzona dla całej grupy zaburzeń psychotycznych, których wspólną cechą jest rozpad osobowości.

Rozróżnia się cztery podstawowe postacie schizofrenii: prosta, hebefreniczna, paranoidalna i katatoniczna. Dla wszystkich tych psychoz wyszczególniono objawy wspólne i są nimi rozkojarzenia, paratymia, ambiwalencja, ambisentencja, ambitendencja, autyzm, depersonalizacja.

Do powyższych objawów dołączają się w poszczególnych postaciach schizofrenii rozmaite objawy dodatkowe: omamy, urojenia, objawy kataleptyczne, złudy pamięciowe, zaburzenia w wystawianiu (zjawisko: mutyzmu, neologizmów, zaburzenia pisma).

Charakterystyczną mowę osób chorych na schizofrenię określa się terminem schizofazja.

Przejawia się w niej:

- myślenie symboliczne magiczne - właściwe jest mu niezwykle zestawienie wyrazów, przez co treść wypowiedziana jest dziwaczna i niezrozumiała;
- rezonerstwo (myślenie niezdyscyplinowane) - mowa jest pozornie logiczna, ale zamiast odpowiedzi na pytanie występuje pseudofilozofowanie na temat zawarty w pytaniu;
- werbigeracje - łączenie słów podobnych brzmieniowo, bawienie się słowami, np.: brata, bata, rata;
- neologizmy - wyrazy dziwaczne;
- echolalia - automatyczne powtarzanie usłyszanych wyrazów;
- pełne rozkojarzenie - całkowicie porozrywane logiczne związki między wyrazami w zdaniu, wypowiedzane są niepowiązane ze sobą wyrazy lub fragmenty zdań;
- mutyzm psychotyczny - brak potrzeby, by skontaktować się z otoczeniem; jest to raczej zaburzenie kontaktu a nie mowy (przy mutyzmie nerwicowym kontakt z otoczeniem jest zachowany).

Osobliwość języka schizofreników zwróciła uwagę nie tylko psychiatrów. Szczególnie w okresie romantyzmu wielu pisarzy i poetów obierając sobie za bohaterów szaleńców starało się upodobnić ich wypowiedzi do sposobu mówienia chorych psychicznie.

Istnieją różne postacie mowy w schizofrenii. Są chorzy, których mowa nie sprzeciwia się regułom języka normatywnego, a odmienna jest tylko treść wypowiedzi, wyrażająca paranoidalny lub magiczny sposób myślenia. Widać wtedy skłonność przydawania słowom i pojęciom szczególnego, symbolicznego znaczenia, często odmiennego od przyjętych konwencji.

W psychozie zawodzą nieraz dawne formy ekspresji. Chory czuje niedobór słów i pojęć, chcąc wyrazić niezwykle przeżycia i pomysły. Szuka określeń w świecie magii, w pismach mistycznych, kondensuje terminy, przydaje im symboliczne znaczenie inne niż w powszechnym języku. Składnia zostaje rozbita, pojawiają się neologizmy.

Jest to zapewne po części skutkiem tego, że przeżycia chorych psychicznie nie dają się zobrazować przy pomocy zapasu słów w danym języku. Neologizmy tworzą się czasami niejako mechanicznie, np.: przez zagęszczanie części słów w nowe zespoły i wtedy są skutkiem rozkojarzenia. Występuje tzw. mowa lustrzana - jest to wymawianie słów litera po literze lub słowo po słowie w porządku odwrotnym. Natomiast początki schizofrenii dziecięcej zdradzają następujące cechy mowy: struktura wypowiedzianych zdań nieprawidłowa i dziwaczna, echolalia, echonimia, echopraksja, nieprawidłowo używane zaimki osobowe, o sobie mówią w drugiej lub w trzeciej osobie, o rozmówcy w pierwszej osobie, dominuje monolog, mowa często bywa adresowana do nikogo, nie pojawia się typowy dla rozwoju okres pytań (świadczący o aktywności poznawczej dziecka), perseweracje - bez końca ponawiają bezsensownie nieraz brzmiące wypowiedzi lub pytania, tworzą neologizmy.

Jedną z postaci schizofrenii jest hebefrenia. Występuje w młodym wieku, często w okresie pokwitania. Osobnik zaczyna nagle zdradzać dziwactwo, przybierać niepoważne formy, śmiać się bez powodu, okazywać zachowania krnąbrne, błazeńskie. Uderza zachowanie bez poczucia dystansu. Chory staje się nietaktowny, gruboskórny, drażliwy. Chory może wypowiadać urojenia prześladowcze strasznej treści i śmiać się przy tym beztrząsowo, może wygłaszać wzniosłe zasady etyczne i zarazem robić cyniczne miny. Urojenia rozmaitej treści wypowiedziane przez chorego są niedorzeczne, logicznie sprzeczne, niestałe, niekonsekwentne, bezładne. Nie wykazują one śladu dążności do usystematyzowania. Bieg myślenia wykazuje już wcześniej znaczny stopień rozkojarzenia. Typowym objawem, szczególnie częstym u kobiet, bywa puerylizm, polegający na naśladowaniu zachowaniem i mową dziecka. Osoby te, bez względu na wiek czasem zdradzają jakby zainteresowania dziecięce.

Natomiast w zespole katatonicznym wyróżniamy dwie postaci tego zespołu: hipokinetyczną i hiperkinetyczną. W obu postaciach tego zespołu początek psychozy jest najczęściej nagły. Postać hipokinetyczną charakteryzuje to, że w ciągu jednego lub kilku dni może dojść do osłupienia. Na pytania chory daje odpowiedź przez liczne i energicznie stawiane pytania. Czasem można zauważyć tamowania, gdy chory już ma odpowiedź lub nawet już zacznie mówić, lecz nagle czynność ta ulegnie przerwaniu. Chory mówi bardzo cicho, czasem szeptem albo w ogóle uporczywie milczy. Z rozmowy z nim wynika, że przestało go cokolwiek obchodzić, że zamknął się w sobie, odwrócił się od rzeczywistości. W pierwszym okresie drugiej postaci - postaci hiperkinetycznej - częste są omamy. Zachowanie chorych jest w najwyższym stopniu dziwaczne: skaczą, tańczą, śpiewają, niszczą wszystko dookoła, przeklinają, śmieją się i płaczą. Wypowiedzi są rozkojarzone, pełne perseweracji, neologizmów. Do objawów schizofrenii,

na które należałoby szczególnie zwrócić uwagę należą: rozkojarzenie, autyzm i objawy typu ambi, a w szczególności ambisentencje, czyli współistnienie sprzecznych ze sobą sądów.

Takim typowym objawem schizofrenii jest rozkojarzenie. Myśli wiążą się ze sobą nie według wewnętrznego sensu, lecz pociągają się wzajemnie zależnie od przypadkowych skojarzeń, podobieństwa dźwięku czy rymu lub innych, zgoła niezrozumiałych powodów. W rozkojarzeniu objawy te nasilają się aż do absurdu tak, że wątku myślowego słownych lub pisemnych wypowiedzi chorego ani logicznie śledzić, ani zrozumieć nie potrafimy. Sposób wiązania myśli i styl stają się dziwaczne, tak jakby choremu wcale nie zależało na tym, aby go zrozumiano, lecz jak gdyby tylko bawił się słowami i pojęciami. Dziwaczność rozkojarzonego toku myślowego może się wyrażać w ten sposób, że chory pewne słowa i zdania nedorzecznie powtarza najczęściej jako odpowiedź na pytania różnej treści. Objaw ten nazywa się perseweracją. Wypowiadanie szeregu słów lub głosek, przeważnie bezsensownych, powiązanych ze sobą tylko podobieństwem dźwiękowym rymu lub rytmu, nosi nazwę werbigeracji. Chory może sobie tworzyć, jak to czasem czynią bawiące się dzieci, własny sztuczny język z dziwaczными słowotworami. W ten sposób niekiedy wypowiedzi chorego mogą się stawać całkowicie chaotyczne, stanowiąc bezmyślne nagromadzenie słów, głosek i dźwięków. Objaw ten nazwano sałatą słowną. Czasem chorzy ci w rozmowie naśladują słowa rozmówcy, powtarzają je jako echo (echolalia) lub naśladują ruchy (echopraxia) i mimikę (echomimia). Rozkojarzone wypowiedzi bywają wyrazem rozpadu osobowości chorego. Między innymi chorzy mogą odczuwać natłok myśli, który przypisują cudzym oddziaływaniom na siebie.

Są to zjawiska o charakterze omamów psychicznych.

Rozkojarzenie jest zjawiskiem wybitnie indywidualnym.

Często ma się do czynienia z jednostkowym kodem chorego i z utratą społecznego celu mowy. Brak komunikatywności utrudnia porozumienie słowne z pacjentem. Taki chory reaguje na wiele pytań wypowiedziami o zupełnie odległej tematyce, natomiast afatyk przynajmniej usiłuje odpowiedzieć sensownie, ale przeszkadzają mu w tym anomalie ośrodka mowy. Niekiedy nawet doświadczony psychiatra może mieć wątpliwości, czy pewne "poślizgnięcia" stylistyczne, wtrącone mimochodem słowa, nie mające związku z myślą przewodnią mieszczą się jeszcze w granicach normy językowej, gdyż podobne zjawiska spotyka się w stanach zmęczenia, rozproszenia uwagi, itp. Potrzeba czasem dużo wprawy i długiej rozmowy z chorym, aby stwierdzić, że jego logika różni się od logiki zdrowego człowieka i doprowadza go do błędnych wniosków, chociaż wychodzi on z tych samych przesłanek co drudzy. Język i myślenie w schizofrenii nie są więc zintegrowane. Fakt zaburzeń porozumiewania się jest jednym z czynników, który w tej psychozie odcina chorego od otoczenia.

Niektórzy autorzy, jak np.: M. Lorenz (niemiecki psychiatra) uważają, że rozkojarzona mowa służy tym chorym nie do porozumiewania się z ludźmi, lecz właśnie do odcięcia się od otoczenia. Być może, chorych rozkojarzonych można by rozumieć lepiej wtedy, gdyby istniała naukowa

metoda charakterystyki ich osobniczego języka. W klinice psychiatrycznej mowa chorego analizowana jest pod względem treściowym w celu analizy myślenia chorego.

Badania nad symbolizmem fonetycznym w kompetencji lingwistycznej schizofreników S. Rogalińskiej ujawniły, że wszystkie etapy procesu programowania mowy u schizofreników, poczynając od programu wewnętrznego, z wyjątkiem czucia związków substancyjnych, mają odmienny charakter niż u ludzi zdrowych. Choroba afektywna może przebiegać dwu- lub trójfazowo, mianowicie faza maniakalna może następować po depresyjnej i odwrotnie lub też każda z tych faz może ustępować miejsca przerwie, którą znamionuje powrót do stanu normalnego. Czas trwania każdej z tych faz jest bardzo różny i może trwać od paru dni czy tygodni aż do miesięcy i lat.

Fazę maniakalną cechuje euforia, podniecenie ruchowe, niekiedy bardzo znaczącego stopnia, podniecenie psychiczne, gonitwa myśli, odwracalność uwagi, nieprzerwany potok myśli (logorrhea). Pogodny, wesoły nastrój przechodzi w podniecenie afektywne różnego natężenia aż do szału. Spotęgowana drażliwość chorego staje się źródłem zaczepek w stosunku do otoczenia. Chory zachowuje się krotchwilnie, dowcipkująco, wyniośle, bezczelnie, wyzywająco, napastliwie.

Nawet przy dużej gonitwie myśli, nawet przy słowotoku, przy ogromnej przerzutności uwagi i wzmożonej sugestywności na przypadkowe zewnętrzne bodźce - wypowiedzi chorego nie przybierają oznak rozerwania związków myślowych (inkoherencji) tak, że zawsze można się dopatrzyć pewnego wątku myślowego lub zrozumieć afektywną motywację wynurzeń chorego. Zespół depresyjny jest odwrotnością stanu maniakalnego. Osnuty jest dookoła trzech osiowych objawów: przynębienia, zahamowania i zwolnienia czynności psychicznych oraz zmniejszenia napędu psychoruchowego. Szybkość kojarzeń znacznie maleje, co doprowadza w krańcowych przypadkach do monoideizmu, tj. do zalegania w psychice jakiejś jednej myśli. Chory wypowiada się pojedynczymi słowami, mówi cicho i wolno. W smutku język staje się ubogi, słowa stają się ciężkie jak ołów, wypowiedzanie ich przychodzi z wyraźnym trudem, dlatego też wypowiedzi ograniczają się do słów koniecznych, nie ma tam słów zbędnych, służących do podkreślenia czy ozdobienia frazy.

Poznaniu psychiki pacjenta służy metoda badania psychiatrycznego. Kontakt psychiatryczny jest spotkaniem twarzą w twarz. W każdej rozmowie istnieje problem znalezienia wspólnego języka.

Zadaniem psychiatry jest rozpoznanie właściwego znaczenia wypowiedzi chorego, zrozumienie jego języka, do czego potrzebna jest umiejętność wczucia się w świat jego przeżyć. Dla psychiatry ważna jest świadomość zmienności i konstrukcji logicznych zależnie od stanów emocjonalnych, by móc zachować tolerancyjną postawę wobec konstrukcji odmiennych od własnych i tym samym umiejętności widzenia świata oczyma chorego. Zapoznaje się on z językiem chorego zarówno pod względem formalnym, jak i treściowym, poznaje zarazem jego stosunek do świata społecznego.

BIBLIOGRAFIA

1. BILIKIEWICZ T. (1989) Psychiatria kliniczna. Warszawa: PZWL
2. CZERNIKIEWICZ A. (1998) Schizofazja - w kierunku językowego modelu schizofrenii.
Postępy Psychiatrii i Neurologii Nr 7
3. DĄBROWSKI K. (1964) Społeczno-wychowawcza psychiatria dziecięca. Warszawa: PZWS
4. DĄBROWSKI S., JAROSZYŃSKI J. (1987) Psychiatria. T-1, Warszawa: PZWL
5. FALICKI Z. (1984) Zespoły psychopatologiczne w medycynie. Stan psychiczny chorego somatycznie. Warszawa: PZWL
6. JAKUBIK A. (1979) Histeria. Warszawa: PZWL
7. JAROSZ M. (1983) Psychologia lekarska. Warszawa: PZWL
8. JAROSZ M. (1982) Lekarz psychiatra i jego pacjent. Warszawa: PZWL
9. JAROSZYŃSKI J., JAROSZEWSKI Z., LEIDER S. (1976) Choroby psychiczne i opieka psychiatryczna. Warszawa: PZWL
10. KACZMAREK B.L. (1986) Płaty czołowe a język i zachowanie człowieka. WPAN
Ossolineum
11. KORZENIOWSKI L., PUŻYŃSKI S. (1978) Encyklopedyczny słownik psychiatrii. Warszawa:
PZWL
12. KĘPIŃSKI A. (1974) Melancholia. Warszawa: PZWL
13. KĘPIŃSKI A. (1977) Lęk. Warszawa: PZWL
14. KĘPIŃSKI A. (1978) Podstawowe zagadnienia współczesnej psychiatrii. Warszawa: PZWL
15. KĘPIŃSKI A. (1978) Poznanie chorego. Warszawa: PZWL
16. KĘPIŃSKI A. (1973) Psychopatologia nerwic. Warszawa: PZWL
17. KĘPIŃSKI A. (1974) Schizofrenia. Warszawa: PZWL
18. MASŁOWSKI J., MITERSKI J. (1967) Niektóre zagadnienia schizofazji. Psychiatria Polska.
Nr 1.
19. SCHAFF A. (1964) Język a poznanie. Warszawa
20. STYCZEK J. (1983) Logopedia. Warszawa: PWN
21. TŁOKIŃSKI W. (1990) Mowa ludzi u schyłku życia. Warszawa: PWN

22. TŁOKIŃSKI W. (1982) Mowa. Przegląd problematyki dla psychologów i pedagogów.
Warszawa: PWN
23. WELLEN R. (1964) Psychologia kliniczna. Warszawa: PWN
24. WRÓBEL J. (1979) O potrzebie lingwistycznych badań nad językiem schizofrenii.
Psychiatria Polska, T XIII, Nr 6: PZWL
25. ZEIGARNIK B. (1983) Podstawy patopsychologii klinicznej. Warszawa: PWN