

Trudności językowe i komunikacyjne w zaburzeniach psychiatrycznych i zaburzeniach nastroju – przegląd badań

Language and communication difficulties in psychotic disorders and mood disorders – review of studies

¹ Psycholog stażysta w Klinice Zaburzeń Afektywnych i Psychiatrycznych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

² Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychiatrycznych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Correspondence to: Agnieszka Pawełczyk, Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychiatrycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź, e-mail: agnieszka.pawelczyk@umed.lodz.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Artykuł stanowi przegląd literatury na temat trudności językowych i komunikacyjnych w przebiegu zaburzeń psychiatrycznych i zaburzeń nastroju. Opisano zaburzenia dotyczące pozalingwistycznych aspektów wypowiedzi, tzn. rozumienia dyskursu, humoru, ironii, metafor, a także prozodycznych aspektów wypowiedzi. Występujące problemy językowe spowodowane są nieprawidłowym funkcjonowaniem prawej półkuli mózgu. W przebiegu zaburzeń psychiatrycznych najbardziej nasilone trudności dotyczą generowania i utrzymania dyskursu oraz prozodycznych aspektów wypowiedzi. Ponadto obserwowane są problemy z integracją informacji, dotyczące rozumienia żartu i sarkazmu. Pozajęzykowy charakter wypowiedzi nie jest spójny z wypowiedzianą treścią, co powoduje zakłócenia komunikacji z otoczeniem. U chorych na schizofrenię dynamika zmian komunikacyjnych zależy od czasu trwania choroby, a także stosowanej farmakoterapii. Obserwowane są także różnice między chorymi na schizofrenię kobietami a mężczyznami w zdolności odczytywania emocji. W przebiegu zaburzeń nastroju deficyty językowe i komunikacyjne są bardziej dyskretne i obserwowane rzadziej. Najszerzej opisywanym problemem językowym są zakłócenia prozodii emocjonalnej, która znacząco wpływa na prawidłowy odbiór informacji przekazywanej werbalnie. Ponadto opisywane są trudności z rozumieniem metafor oraz uchwyceniem żartu i ironii, stwierdzono też zakłóconą zdolność w zakresie rozumienia dyskursu. W pracy porównano również dysfunkcje komunikacyjne w przebiegu zaburzeń psychiatrycznych i zaburzeń nastroju. Podobnie jak w zaburzeniach psychiatrycznych, w zaburzeniach nastroju trudności językowe występują w zakresie rozumienia dyskursu, a także umiejętności uchwycenia żartu, ironii oraz sarkazmu.

Słowa kluczowe: zaburzenia komunikacji, zaburzenia językowe, prawa półkula mózgu, zaburzenia psychiatryczne, zaburzenia nastroju

Summary

The article is a review of literature on language and communication difficulties in the course of psychotic disorders and mood disorders. Disorders related to non-linguistic aspects of statements, i.e. understanding of discourse, humour, irony, metaphors, as well as prosodic aspects of statements are described. Language problems are caused by improper functioning of the right cerebral hemisphere. In the course of psychotic disorders the most severe difficulties refer to generation and maintenance of the discourse and prosodic aspects of statements. Furthermore, problems with integration of information, related to understanding of jokes and sarcasm, are observed. Non-linguistic nature of statements is not consistent with the uttered contents, which causes communication disorders with the environment. In patients with schizophrenia the dynamics of communication changes depends on the duration of the disease as well as applied pharmacotherapy. Besides, differences are observed between schizophrenic women and men in their capabilities to read emotions. In the course of mood disorders the language and communication deficits are more discreet and seldom observed. The most extensively described language problems are disturbances in emotional prosody which significantly affects the correct perception of verbally communicated information. In addition, difficulties with understanding of metaphors and grasping of jokes and irony are described, besides a disturbed capability within understanding of discourse was found. The study compared also communication dysfunctions in the course of psychotic disorders and mood disorders. Similarly as in psychotic disorders, in mood disorders the language difficulties occur within understanding of discourse as well as the capabilities to grasp the jokes, irony and sarcasm.

Key words: communication disorders, language disorders, right cerebral hemisphere, psychotic disorders, mood disorders

WSTĘP

Większość badań klinicznych nad reprezentacją funkcji językowych w mózgu koncentrowała się wokół lewej półkuli. Początkowo uznawano bowiem, że umiejętność produkcji i rozumienia mowy jest warunkowana czynnością tej właśnie półkuli mózgu, jednakże dalsze badania wykazały, że także prawa półkula jest odpowiedzialna za umiejętności porozumiewania się. Analiza dotychczasowych wyników wykazała, iż za kompetencje językowe, przez które rozumie się zasób słownictwa oraz rozumienie reguł gramatycznych, odpowiada lewa półkula mózgu⁽¹⁾. Stwierdzono, iż prawa półkula zawiąduje czynnościami związanymi z przetwarzaniem materiału językowego oraz prozodycznymi aspektami wypowiedzi⁽²⁾. Kontynuacja badań mózgowej reprezentacji funkcji językowych wykazała, że u pacjentów z uszkodzoną prawą półkulą mózgu dochodzi do zaburzeń w zakresie przetwarzania złożonych informacji językowych (rozumienia metafor i humoru), aspektu leksykalno-semantycznego (tzn. wiedzy dotyczącej słów oraz ich rozumienia), dyskursu (zdolności do korzystania z informacji pochodzenia werbalnego i niewerbalnego płynących z różnych źródeł)⁽³⁾. Uszkodzenia w obszarach prawej półkuli mózgu powodują problemy w zakresie odpowiedniego doboru słów, spójności przekazu informacji oraz umiejętności odczytania jej znaczenia. Pacjenci często gubią wątek wypowiedzi, a także bywają dygresyjni. Trudności te dotyczą zarówno nadawania, jak i odbioru informacji płynących z zewnątrz.

Poza elementami związanymi z produkcją mowy ważny jest pozajęzykowy nośnik informacji w postaci prozodii. Prozodia dotyczy takich lingwistycznych aspektów językowych, jak: tempo wypowiedzi, melodia, akcent oraz intonacja⁽⁴⁾. Badania nad globalnymi trudnościami w zakresie prozodycznych aspektów wypowiedzi dotyczą prawej półkuli mózgu^(1,5,6), jednakże istnieją prace wskazujące na współwystępowanie dysfunkcji w obszarze prawej i lewej półkuli⁽⁵⁾. Badania lokalizacji prozodycznych aspektów wypowiedzi wykazały aktywację prawej półkuli mózgu, w szczególności obszaru wokół bruzdy Sylwiusza oraz obszaru odpowiadającego polu Broki i polu Wernickego⁽⁷⁾. Deficyty komunikacyjne obserwowano nie tylko w przebiegu chorób neurologicznych, ale także u pacjentów leczonych z powodu zaburzeń psychotycznych oraz osób z zaburzeniami nastroju. W pracy przedstawiono aktualny przegląd badań nad zaburzeniami językowymi u pacjentów chorujących na zaburzenia psychotyczne i zaburzenia nastroju.

ZABURZENIA JĘZYKOWE W SCHIZOFRENII

Trudności językowe i komunikacyjne są uznawane za jedne z osiowych objawów schizofrenii. Pierwsze ich opisy zostały sporządzone przez Kraepelina, który do zaburzeń myślenia dołączył zaburzenia językowe i wymieniał wśród nich rozkojarzenie, a także neologizmy i paralogię. W ujęciach

diagnostycznych problem zaburzeń w komunikacji pojawił się na początku lat 70. XX wieku. Feighner i wsp.⁽⁸⁾, opisując kryteria diagnostyczne, wyróżniają „trudności w komunikowaniu się za pomocą wypowiedzi słownych”. Andreasen w swoim ujęciu pozytywno-negatywnym opisała zaburzenia językowe występujące w schizofrenii, dzieląc je na objawy pozytywne (uskokowość wypowiedzi, zbaczanie wypowiedzi, rozkojarzenie, nielogiczność, drobiazgowość, roztargnienie, dźwięczenie mowy) i negatywne (alogia – ubóstwo mowy i treści wypowiedzi, latencja oraz bloki)^(9,10). Skonstruowana przez autorkę skala oceny zaburzeń myślenia, języka i komunikacji (Thought, Language and Communication, TLC) patologię językową ujmuje przede wszystkim w kategoriach objawów pozytywnych, związanych z zaburzeniami myślenia. Do objawów negatywnych zaliczana jest alogia wypowiedzi. W trzyczynnikowym modelu schizofrenii zaburzenia językowe opisywane są w kategoriach objawów negatywnych (dezorganizacja mowy i myślenia)⁽¹¹⁾. Modele czteroczynnikowe schizofrenii opisują odrębne zespoły zaburzeń myślenia, z rozkojarzeniem, niedostosowaną konwersacją i zaburzeniami uwagi⁽¹²⁾. Najbardziej rozbudowany jest model pięcioczynnikowy, do którego zaliczany jest czynnik małej ekspresji, obejmujący ubóstwo mowy i nadmierną latencję odpowiedzi, a także czynnik dezorganizacji, zawierający zbaczanie wypowiedzi, uskokowość, rozkojarzenie, natłok mowy i nielogiczność⁽¹³⁾. Odpowiednio do wymienionych modeli Czernikiewicz⁽¹¹⁾ odnosił scharakteryzowaną przez siebie schizofazję, tzn. „kompleks zaburzeń językowych w przebiegu schizofrenii, wyrażających się klinicznie zjawiskami z kręgu zbaczania wypowiedzi i ubóstwa jej treści, co jest klinicznym ekwiwalentem zaburzeń spójności tekstu i zubożenia syntaktyki zdaniowej”. Procesy językowe w przebiegu schizofrenii mogą odgrywać podobną rolę jak w przypadku uszkodzenia prawej półkuli mózgu oraz mogą dotyczyć zarówno językowych, jak i pozajęzykowych aspektów wypowiedzi.

DYSKURS

Większość badań dotyczących języka i komunikacji w schizofrenii skoncentrowana jest na produkcji mowy, mniejszość – na odbiorze językowego kontekstu wypowiedzi. W pracy Chaiki⁽¹⁴⁾ dyskurs nazwany jest „zakłóceniem w zdolności do ujmowania elementów językowych w konkretne struktury”. Jedne z pierwszych publikacji na temat odbioru informacji pojawiły się w 1979 roku, wskazując na znaczne trudności w zakresie rozumienia dyskursu przez osoby leczone z powodu schizofrenii⁽¹⁵⁾. Cykliczne badania prowadzone przez Barch i Berenbaum⁽¹⁶⁾ wykazały u pacjentów ze schizofrenią nieumiejętność generowania planu dyskursu oraz jego utrzymania. Pacjenci doświadczali większych trudności, gdy ze strony badającego nie słyszeli pytań do dialogu, przez co nie potrafili prawidłowo utrzymać planu dyskursu. Analiza dyskursu chorych na schizofrenię przeprowadzona przez Noël-Jorand⁽¹⁷⁾ wykazała, że mowa chorych zawiera poboczne wątki wypowiedzi,

a więc pojawia się tzw. „poboczny dyskurs”, który istotnie zaburza główny przekaz informacji. Oprócz trudności związanych z produkcją i prawidłowym podtrzymywaniem dyskursu u chorych na schizofrenię stwierdzono znaczne obniżenie zdolności rozumienia kontekstu czytanej materiału oraz umiejętności znalezienia jego sensu. Ponadto stwierdzono, iż leczeni pacjenci popełniali więcej błędów, próbując odszyfrować zamiar ukryty w zdaniu, niż osoby zdrowe⁽¹⁸⁾. Współczesne doniesienia, między innymi Docherty i wsp.⁽¹⁹⁾, wskazują, że mowa pacjentów ze schizofrenią w dużej mierze jest niejasna z powodu błędnych odniesień bądź ich braku. U chorych występują zakłócenia w zakresie monitorowania własnej mowy.

Wyniki powyższych badań mają potwierdzenie w innych doniesieniach na temat zaburzeń dyskursu w przebiegu schizofrenii. Sugerują one, że profil tworzenia dyskursu zależy od rodzaju zaburzeń psychicznych^(15,20). Za nieprawidłowości dyskursu odpowiadają urojenia⁽²¹⁾ lub zaburzenia pamięci⁽²²⁾.

METAFORY, ŻART, IRONIA, SARKAZM

Oprócz ujawniania trudności związanych z przebiegiem dyskursu chorzy nieprawidłowo nadają metaforyczne znaczenie wypowiedzi. Pierwsze publikacje Chapman^(wg 15) dotyczące rozumienia metafor przez chorych na schizofrenię wskazują na znacznie częstsze interpretacje dosłowne niż przenośne. Chorzy doświadczają trudności z rozróżnianiem słów, przez co graficzny desygnat wypowiedzi jest literalny, a nie metaforyczny^(23,24). Badania prowadzone przez Corcoran⁽²⁵⁾, polegające na prezentowaniu chorym zdań i wybieraniu przez nich adekwatnej metafory, wskazują na zakłócenia i „faworyzowanie” dosłownego znaczenia, a nie metaforycznego. Ponadto chorzy nie potrafią umiejętnie dopasować metafory spośród sugerowanych, tak aby poprawnie dokończyć prezentowane zdanie⁽²³⁾.

Wśród opisywanych trudności językowych u chorych na schizofrenię wymienia się problemy z odbiorem żartu, ironii i sarkazmu, a także nadawaniem wypowiedzi humorystycznego znaczenia. Poczucie humoru oraz umiejętność jego uchwycenia są zniekształcone niezależnie od kanału przekazu – słuchowego czy wzrokowego⁽²⁴⁾. Badania wskazują, iż stworzone przez chorych humorystyczne teksty oceniane są przez osoby zdrowe jako mało dowcipne i zabawne⁽¹⁵⁾. Według Corcoran⁽²⁶⁾ deficyty w tym zakresie tłumaczy teoria umysłu.

Podobnie jak u osób zdrowych, zdolności językowe są zależne od płci. Chorzy mężczyźni w porównaniu z chorymi kobietami mają słabszą pamięć i mniejszą płynność werbalną^(27,28). Badania wskazują na różnice płciowe dotyczące semantyki i gramatyki wypowiedzi: w tychże obszarach gorsze wyniki uzyskują mężczyźni. Badane różnice były mniejsze w obszarze fonologii⁽²⁹⁾.

W literaturze powyższe dysfunkcje są tłumaczone występowaniem urojeń⁽³⁰⁾, obecnością objawów negatywnych schizofrenii⁽²⁴⁾, czasem zaburzeniami pamięci⁽²⁵⁾ oraz deficytem w zakresie funkcji wykonawczych⁽²⁴⁾.

PROZODYCZNE ASPEKTY WYPOWIEDZI

Prozodyczne aspekty wypowiedzi przejawiają się w akcentowaniu sylab w słowie, słów w zdaniu, a także intonacji w zdaniach: pytanie, twierdzenie, rozkaz. Jest to nazywane prozodią językową. Z kolei jako prozodię emocjonalną określa się stan emocjonalny nadawcy wypowiedzi⁽³¹⁾. Trudności prozodyczne występujące u chorych na schizofrenię są tłumaczone teorią umysłu, w której zakłada się powiązanie pomiędzy funkcjonowaniem emocjonalnym a społecznym⁽³²⁾. Ross⁽³³⁾ wskazuje, iż u 84% chorych na schizofrenię występują trudności w zakresie ekspresyjnego wyrażania prozodii, a także problemy z odczytaniem przekazu emocjonalnego prezentowanego przez drugą osobę⁽³⁴⁻³⁶⁾. Po przyjrzeniu się prozodii językowej chorych wiadomo, że starają się różnicować intonację podczas rozmowy, jednak czasami ich głos jest monotony⁽³⁵⁾.

OBSZARY ODPOWIEDZIALNE ZA ZABURZENIA JĘZYKOWE W PRZEBIEGU SCHIZOFRENII

Badania neuroobrazowe funkcjonalne i strukturalne wykazały, iż za funkcje językowe w przebiegu schizofrenii odpowiedzialna jest prawa półkula mózgu, wykazująca większą dominację niż lewa⁽³⁷⁾. Do zaburzeń językowych dochodzi na skutek uszkodzeń obszarów czołowych i skroniowych mózgu⁽³⁸⁾. Hulshoff i wsp.⁽³⁹⁾ wskazują, że płaty czołowe i skroniowe mózgu u chorych na schizofrenię są mniejsze niż u osób zdrowych.

Trudności z tworzeniem wniosków i rozumieniem pojęć oraz obniżona wrażliwość na kontekst wypowiedzi są związane z uszkodzeniem prawej półkuli mózgu. Za zaburzenia dyskursu w schizofrenii, podobnie jak u pacjentów z jednostronnym uszkodzeniem mózgu, odpowiadają zmiany w tych samych obszarach mózgu.

Wyniki badań sugerują, iż za nieprawidłowości w ocenie prozodycznych aspektów wypowiedzi w schizofrenii odpowiedzialna jest prawa półkula mózgu, zwłaszcza obszar wokół bruzdy Sylwiusza⁽³³⁾. Uszkodzenie obszaru pola Broki powoduje trudności w zakresie odczytywania komunikatów płynących z otoczenia. Pole Wernickego odpowiada za porównanie przekazu emocjonalnego⁽⁴⁰⁾. U chorych na schizofrenię stwierdzono zmiany w obszarze pierwotnej kory słuchowej o charakterze strukturalnym i funkcjonalnym, które mogą powodować dysfunkcję w zakresie prozodycznych aspektów wypowiedzi⁽⁴¹⁾.

TRUDNOŚCI JĘZYKOWE I KOMUNIKACYJNE U OSÓB Z PIERWSZYM EPIZODEM CHOROBY ORAZ U OSÓB CHORUJĄCYCH PRZEWEKLE

Gorsze funkcjonowanie intelektualne, a także znaczne nasilenie psychopatologicznych objawów stanowią wyznacznik przewlekłości choroby. Tymczasem trudności

językowe i komunikacyjne są obserwowane od pojawienia się pierwszego epizodu schizofrenii. W „zespolu pozytywnym” stwierdza się dygresyjną mowę, dziwaczne wypowiedzi oraz ubóstwo treści wypowiedzi. Negatywny zespół objawów obejmuje ponadto „ubytkowe” fenomeny językowe, a także ubóstwo mowy⁽⁴²⁾. Polskie badania⁽⁴¹⁾ wskazują, iż zaburzenia językowe u osób przewlekle chorujących związane są z dysfunkcją pamięci krótkotrwałej i operacyjnej oraz pogorszeniem organizacji i strategii myślenia, a także fluencji słownej i rozumienia werbalnego.

Analiza trudności komunikacyjnych u osób z pierwszym epizodem choroby w porównaniu z chorującymi przewlekle wykazała, że nasilenie ubóstwa mowy i treści, a także występowanie częstych echolalii koreluje z czasem trwania choroby oraz liczbą hospitalizacji^(11,43,44). Wycofanie, bladość afektywna, bierność, apatia powodują zaburzenia językowe w kontekście objawów negatywnych, do których zaliczane są ubóstwo mowy, ubóstwo treści, a także dłuższa przerwa w wypowiedzi chorego (blokowanie). Ponadto deficyty językowe w schizofrenii związane są z zaburzeniami uwagi, takimi jak uskokowość, przeczutność oraz zbaczanie. Dezorganizacja, jako objaw psychopatologiczny, koreluje z liczbą hospitalizacji, ponadto jest związana z występującymi w przebiegu choroby zaburzeniami językowymi. Dezorganizacja powoduje wzrost napięcia, prowadząc do trudności w odbiorze informacji oraz nadawaniu przekazu⁽⁴⁴⁻⁴⁶⁾. Im wcześniejszy wiek zachorowania na schizofrenię, tym bardziej nasilone są otamowania, stanowiące dłuższą przerwę w wypowiedzi^(44,45).

Wraz z występowaniem trudności językowych podczas pierwszego epizodu choroby pojawiają się trudności w ocenie intencji innych ludzi⁽⁴⁷⁾. Poznanie społeczne związane jest między innymi z prozodycznym aspektem mowy. Prozodia, jako jeden z aspektów mowy, ma znaczenie zarówno semantyczne, jak i emocjonalne. Badania wskazują na istnienie zakłóceń w zakresie aspektów prozodycznych w przebiegu schizofrenii^(33,34,48). Trudności te obserwowane są już podczas pierwszego epizodu choroby, utrzymują się podczas farmakoterapii i nasilają w trakcie trwania choroby⁽⁴⁹⁾. Zdolność prawidłowego odczytywania emocji zależy zarówno od czasu trwania choroby, jak i od płci. Mężczyźni chorujący na schizofrenię rzadziej niż chore kobiety trafnie odczytują na prezentowanych zdjęciach takie emocje, jak smutek, gniew i zaskoczenie. Chore kobiety w porównaniu ze zdrowymi mają słabszą umiejętność odczytywania

smutku⁽⁵⁰⁾. W wyniku zaburzeń prozodycznych mogą wystąpić trudności w relacjach interpersonalnych, co może prowadzić do izolacji społecznej osoby chorej na schizofrenię⁽³³⁾. Oprócz zakłóceń w zakresie prozodycznych aspektów wypowiedzi w pierwszym epizodzie choroby pojawiają się wyraźne trudności z rozumieniem metafor, które z czasem widocznie zmniejszają się⁽⁵¹⁾.

ZABURZENIA JĘZYKOWE U CHORYCH Z ZABURZENIAMI NASTROJU

W przebiegu zaburzeń nastroju deficyty językowe i komunikacyjne są bardziej dyskretne i obserwowane rzadziej. Analiza czynnikowa objawów pozytywnych i negatywnych na podstawie Kraepelinowskiej teorii psychoz w opracowaniu Dikeos i wsp.⁽⁵²⁾ wskazuje na występowanie zaburzeń językowych w pięciu wymiarach, do których autorzy zaliczyli między innymi manię, charakteryzującą się trudnościami w postaci natłoku mowy i roztargnienia, a także depresję. Często omawianym aspektem wypowiedzi jest prozodia emocjonalna, zakłócona w przebiegu chorób z zaburzeniem nastroju. Chorzy mają także trudności w zakresie prawidłowego rozpoznawania emocji na podstawie wyrazu twarzy. Znacznie częściej w kontekście emocjonalnym rozpoznają smutek, nie mają natomiast trudności z rozpoznaniem radości, gniewu i strachu⁽³⁶⁾. Inne badania sugerują, że pacjenci z depresją prawidłowo potrafią zidentyfikować radość, przygnębienie, strach, obrzydzenie, jednak problemem jest rozpoznanie zaskoczenia^(53,54). Badania Kan⁽⁵⁴⁾ wskazują na występowanie prawidłowej prozodii emocjonalnej podczas wypowiadanych krótkich zdań, gdyż nie są one obciążające dla pamięci roboczej. Za błędną prozodię emocjonalną odpowiedzialne są obszary kory aktywizujące funkcje wykonawcze⁽⁵⁵⁾.

ZABURZENIA JĘZYKOWE I KOMUNIKACYJNE – PORÓWNANIE GRUP

Przyglądając się wynikom badań dotyczących zaburzeń językowych oraz funkcjonowania poznawczego chorych na schizofrenię, depresję psychotyczną oraz chorobę afektywną dwubiegunową, można zaobserwować wiele wspólnych cech. Pomiaru funkcji neuropoznawczych chorych na schizofrenię, podobnie jak chorych na depresję, ujawniają wiele deficytów neuropsychologicznych^(56,57).

Wybrane dysfunkcje językowe i komunikacyjne	Pierwszy epizod zaburzenia psychotycznego	Stan przewlekły
Ubóstwo mowy	Występuje	Wzrasta
Ubóstwo treści	Występuje	Wzrasta
Echolalia	Występują	Wzrastają
Blokowanie/otamowanie	Występuje (im młodsze osoby, tym bardziej nasilone)	Występuje
Trudności w zakresie prozodycznych aspektów wypowiedzi	Występują	Stopniowo narastają
Problemy z rozumieniem metafor	Występują	Stopniowo narastają
Zaburzenia w zakresie dyskursu	Występują	Utrzymują się

Tabela 1. Występowanie zaburzeń językowych u osób z pierwszym epizodem psychozy i przewlekle chorujących^(43-46,48)

Trudności językowe	Schizofrenia	Depresja psychotyczna	Depresja bez objawów psychotycznych
Rozumienie dyskursu	Tak	Tak	Tak
Rozumienie ironii, żartu	Tak	Tak	Tak
Rozumienie prozodycznych aspektów wypowiedzi	Tak	Tak	Nie
Rozumienie i wyjaśnianie metafor	Tak	Tak	Tak

Tabela 2. Występowanie trudności językowych i komunikacyjnych w przebiegu zaburzeń psychotycznych i zaburzeń nastroju⁽⁵⁸⁻⁶¹⁾

Badania sugerują, że chorzy na schizofrenię w wyniku doświadczania objawów pozytywnych gorzej funkcjonują poznawczo w porównaniu z osobami chorującymi na depresję bez objawów psychotycznych⁽⁵⁸⁾. Nie dowiedziono istotnych różnic w poziomach funkcjonowania chorych na schizofrenię w porównaniu z chorymi na depresję psychotyczną. Wyniki wskazują, że profil poznawczy w zakresie uwagi, zdolności wzrokowo-przestrzennych w depresji psychotycznej jest znacząco podobny do tego profilu w schizofrenii, natomiast istotnie różni się w przypadku depresji bez objawów psychotycznych⁽⁵⁸⁻⁶⁰⁾. Zaburzenia behawioralne (funkcjonowanie społeczne, aktywność psychiczna) są u chorych na schizofrenię poważniejsze niż w chorobie afektywnej dwubiegunowej⁽⁶¹⁾.

Porównanie trudności językowych i komunikacyjnych w przebiegu zaburzeń psychotycznych i zaburzeń nastroju przedstawia tabela 2.

PODSUMOWANIE

Trudności językowe i komunikacyjne są obserwowane zarówno w zaburzeniach psychotycznych, jak i w zaburzeniach nastroju. W zaburzeniach psychotycznych chorzy mają trudności z rozpoznawaniem i podtrzymywaniem dyskursu, rozumieniem żartu, ironii oraz metafor. Pozajęzykowy charakter wypowiedzi nie jest spójny z wypowiedzianą treścią, co powoduje zakłócenia komunikacji z otoczeniem. Badania dowodzą, iż trudności językowe obserwowane są od pierwszego epizodu psychotycznego i stanowią stabilny w czasie deficyt. W zaburzeniach nastroju najszerzej opisywanymi trudnościami są zakłócenia w zakresie prozodycznych elementów wypowiedzi. Zarówno w przebiegu zaburzeń psychotycznych, jak i zaburzeń nastroju chorzy mają trudności z rozumieniem metafor oraz uchwyceniem żartu i ironii. Zakłócona jest także ich zdolność w zakresie tworzenia dyskursu.

Przedstawiona przez nas charakterystyka trudności językowych u pacjentów leczonych z powodu zaburzeń psychotycznych i zaburzeń nastroju nie wyczerpuje istoty problemu. Dotychczas powstało niewiele badań charakteryzujących problemy komunikacyjne w przebiegu zaburzeń nastroju, w związku z czym trudno jest porównać w każdym zakresie obydwie grupy. Ponadto wyniki prowadzonych badań

są niejednoznaczne, dlatego zagadnienie trudności językowych i komunikacyjnych w przebiegu zaburzeń psychotycznych i zaburzeń nastroju wymaga dalszych poszukiwań.

PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

- Herzyk A.: Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2005.
- Long D.L., Baynes K.: Discourse representation in the two cerebral hemispheres. *J. Cogn. Neurosci.* 2002; 14: 228-242.
- Kuperberg G.R., McGuire P.K., Bullmore E.T. i wsp.: Common and distinct neural substrates for pragmatic, semantic, and syntactic processing of spoken sentences: an fMRI study. *J. Cogn. Neurosci.* 2000; 12: 321-341.
- Taylor K.I., Regard M.: Language in the right cerebral hemisphere: contributions from reading studies. *News Physiol. Sci.* 2003; 18: 257-261.
- Mitchell R.L., Elliott R., Barry M. i wsp.: The neural response to emotional prosody, as revealed by functional magnetic resonance imaging. *Neuropsychologia* 2003; 41: 1410-1421.
- Ross E.D., Thompson R.D., Yenkosky J.: Lateralization of affective prosody in brain and the callosal integration of hemispheric language functions. *Brain Lang* 1997; 56: 27-54.
- Pell M.D.: The temporal organization of affective and non-affective speech in patients with right-hemisphere infarcts. *Cortex* 1999; 35: 455-477.
- Feighner J.P., Robins E., Guze S.B. i wsp.: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch. Gen. Psychiatry* 1972; 26: 57-63.
- Andreasen N.C.: Thought, language, and communication disorders. I. Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability. *Arch. Gen. Psychiatry* 1979; 36: 1315-1321.
- Andreasen N.C.: Thought, language, and communication disorders. II. Diagnostic significance. *Arch. Gen. Psychiatry* 1979; 36: 1325-1330.
- Czernikiewicz A.: Zaburzenia językowe jako syndrom schizofrenii. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia* 2008; 3: 141-146.
- Arora A., Avasthi A., Kulhara P.: Subsyndromes of chronic schizophrenia: a phenomenological study. *Acta Psychiatr. Scand.* 1997; 96: 225-229.
- Toomey R., Kremen W.S., Simpson J.C. i wsp.: Revisiting the factor structure for positive and negative symptoms: evidence from a large heterogeneous group of psychiatric patients. *Am. J. Psychiatry* 1997; 154: 371-377.
- Chaika E.: A linguist looks at schizophrenic language. *Brain Lang.* 1974; 1: 257-276.
- Mitchell R.L., Crow T.J.: Right hemisphere language functions and schizophrenia: the forgotten hemisphere? *Brain* 2005; 128: 963-978.
- Barch D.M., Berenbaum H.: The effect of language production manipulations on negative thought disorder and discourse coherence disturbances in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 1997; 71: 115-127.
- Noël-Jorand M.C., Reinert M., Giudicelli S., Dassa D.: A new approach to discourse analysis in psychiatry, applied to a schizophrenic patient's speech. *Schizophr. Res.* 1997; 25: 183-198.
- Tényi T., Herold R., Szili I.M., Trixler M.: Schizophrenics show a failure in the decoding of violations of conversational implicatures. *Psychopathology* 2002; 35: 25-27.
- Docherty N.M., Hall M.J., Gordinier S.W., Cutting L.P.: Conceptual sequencing and disordered speech in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 2000; 26: 723-735.
- McPherson L., Harvey P.D.: Discourse connectedness in manic and schizophrenic patients: associations with derailment and other clinical thought disorders. *Cogn. Neuropsychiatry* 1996; 1: 41-54.

21. Robbins M.: The language of schizophrenia and the world of delusion. *Int. J. Psychoanal.* 2002; 83: 383–405.
22. Melinder M.R., Barch D.M.: The influence of a working memory load manipulation on language production in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 2003; 29: 473–485.
23. Drury V.M., Robinson E.J., Birchwood M.: 'Theory of mind' skills during an acute episode of psychosis and following recovery. *Psychol. Med.* 1998; 28: 1101–1112.
24. Langdon R., Coltheart M.: Recognition of metaphor and irony in young adults: the impact of schizotypal personality traits. *Psychiatry Res.* 2004; 125: 9–20.
25. Corcoran R.: Autoegetic awareness, executive social skills, and the appreciation of intention: figurative reasoning in amnesia, confabulation, and schizophrenia. *Cogn. Neuropsychiatry* 1999; 4: 55–80.
26. Corcoran R., Cahill C., Frith C.D.: The appreciation of visual jokes in people with schizophrenia: a study of 'mentalizing' ability. *Schizophr. Res.* 1997; 24: 319–327.
27. Hoff A.L., Riordan H., O'Donnell D.W. i wsp.: Neuropsychological functioning of first-episode schizophreniform patients. *Am. J. Psychiatry* 1992; 149: 898–903.
28. Hoff A.L., Wieneke M., Faustman W.O. i wsp.: Sex differences in neuropsychological functioning of first-episode and chronically ill schizophrenic patients. *Am. J. Psychiatry* 1998; 155: 1437–1439.
29. Walder D.J., Seidman L.J., Cullen N. i wsp.: Sex differences in language dysfunction in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 2006; 163: 470–477.
30. Rhodes J.E., Jakes S.: The contribution of metaphor and metonymy to delusions. *Psychol. Psychother.* 2004; 77: 1–17.
31. Łojek E.: Bateria testów do badania funkcji językowych i komunikacyjnych prawej półkuli mózgu. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2007.
32. Leitman D.I., Ziwich R., Pasternak R., Javitt D.C.: Theory of Mind (ToM) and counterfactuality deficits in schizophrenia: misperception or misinterpretation? *Psychol. Med.* 2006; 36: 1075–1083.
33. Ross E.D., Orbelo D.M., Cartwright J. i wsp.: Affective-prosodic deficits in schizophrenia: comparison to patients with brain damage and relation to schizophrenic symptoms [corrected]. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2001; 70: 597–604.
34. Edwards J., Pattison P.E., Jackson H.J., Wales R.J.: Facial affect and affective prosody recognition in first-episode schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2001; 48: 235–253.
35. Leentjens A.F., Wielaert S.M., van Harskamp F., Wilmink F.W.: Disturbances of affective prosody in patients with schizophrenia: a cross sectional study. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 1998; 64: 375–378.
36. Murphy D., Cutting J.: Prosodic comprehension and expression in schizophrenia. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 1990; 53: 727–730.
37. Sommer I., Ramsey N., Kahn R. i wsp.: Handedness, language lateralisation and anatomical asymmetry in schizophrenia: meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* 2001; 178: 344–351.
38. Shenton M.E., Dickey C.C., Frumin M., McCarley R.W.: A review of MRI findings in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2001; 49: 1–52.
39. Hulshoff Pol H.E., Schnack H.G., Mandl R.C. i wsp.: Focal white matter density changes in schizophrenia: reduced inter-hemispheric connectivity. *Neuroimage* 2004; 21: 27–35.
40. Mikhailova E.S., Vladimirova T.V., Iznak A.F. i wsp.: Abnormal recognition of facial expression of emotions in depressed patients with major depression disorder and schizotypal personality disorder. *Biol. Psychiatry* 1996; 40: 697–705.
41. Leitman D.I., Hoptman M.J., Foxe J.J. i wsp.: The neural substrates of impaired prosodic detection in schizophrenia and its sensorial antecedents. *Am. J. Psychiatry* 2007; 164: 474–482.
42. Gourzis P., Katrivanou A., Beratis S.: Symptomatology of the initial prodromal phase in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 2002; 28: 415–429.
43. Bowie C.R., Tsapelas I., Friedman J. i wsp.: The longitudinal course of thought disorder in geriatric patients with chronic schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 2005; 162: 793–795.
44. Waszkiewicz J., Wciórka J., Anczewska M. i wsp.: Zaburzenia językowe a wybrane funkcje poznawcze u osób chorujących na zaburzenia schizofreniczne. *Psychiatr. Pol.* 2012; 46: 553–570.
45. Czernikiewicz A., Łoza B.: Zaburzenia spójności wypowiedzi u osób przewlekle chorych na schizofrenię. *Pamiętnik III Lubelskich Spotkań Naukowych, Lublin* 1993.
46. Harrow M., Green K.E., Sands J.R. i wsp.: Thought disorder in schizophrenia and mania: impaired context. *Schizophr. Bull.* 2000; 26: 879–891.
47. Bertrand M.C., Sutton H., Achim A.M. i wsp.: Social cognitive impairments in first episode psychosis. *Schizophr. Res.* 2007; 95: 124–133.
48. Hooker C., Park S.: Emotion processing and its relationship to social functioning in schizophrenia patients. *Psychiatry Res.* 2002; 112: 41–50.
49. Adolphs R., Tranel D., Hamann S. i wsp.: Recognition of facial emotion in nine individuals with bilateral amygdala damage. *Neuropsychologia* 1999; 37: 1111–1117.
50. Bozikas V.P., Kosmidis M.H., Anezoulaki D. i wsp.: Impaired perception of affective prosody in schizophrenia. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 2006; 18: 81–85.
51. Anand A., Wales R.J., Jackson H.J., Copolov D.L.: Linguistic impairment in early psychosis. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1994; 182: 488–493.
52. Dikeos D.G., Wickham H., McDonald C. i wsp.: Distribution of symptom dimensions across Kraepelinian divisions. *Br. J. Psychiatry* 2006; 189: 346–353.
53. Emerson C.S., Harrison D.W., Everhart D.E.: Investigation of receptive affective prosodic ability in school-aged boys with and without depression. *Neuropsychiatry Neuropsychol. Behav. Neurol.* 1999; 12: 102–109.
54. Kan Y., Mimura M., Kamijima K., Kawamura M.: Recognition of emotion from moving facial and prosodic stimuli in depressed patients. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2004; 75: 1667–1671.
55. Fusar-Poli P., Allen P., McGuire P. i wsp.: Neuroimaging and electrophysiological studies of the effects of acute tryptophan depletion: a systematic review of the literature. *Psychopharmacology (Berl.)* 2006; 188: 131–143.
56. Landrø N.I., Stiles T.C., Sletvold H.: Neuropsychological function in nonpsychotic unipolar major depression. *Neuropsychiatry Neuropsychol. Behav. Neurol.* 2001; 14: 233–240.
57. Rund B.R., Sundet K., Asbjørnsen A. i wsp.: Neuropsychological test profiles in schizophrenia and non-psychotic depression. *Acta Psychiatr. Scand.* 2006; 113: 350–359.
58. Hill S.K., Keshavan M.S., Thase M.E., Sweeney J.A.: Neuropsychological dysfunction in antipsychotic-naive first-episode unipolar psychotic depression. *Am. J. Psychiatry* 2004; 161: 996–1003.
59. Mojtabai R., Bromet E.J., Harvey P.D. i wsp.: Neuropsychological differences between first-admission schizophrenia and psychotic affective disorders. *Am. J. Psychiatry* 2000; 157: 1453–1460.
60. Rossi A., Arduini L., Daneluzzo E. i wsp.: Cognitive function in euthymic bipolar patients, stabilized schizophrenic patients, and healthy controls. *J. Psychiatr. Res.* 2000; 34: 333–339.
61. Reichenberg A., Weiser M., Rabinowitz J. i wsp.: A population-based cohort study of premorbid intellectual, language, and behavioral functioning in patients with schizophrenia, schizoaffective disorder, and nonpsychotic bipolar disorder. *Am. J. Psychiatry* 2002; 159: 2027–2035.