

Style mówienia w schizofrenii. Analiza porównawcza z wykorzystaniem Wskaźników Stylów Mówienia Suitberta Ertela

Monika Obrębska*

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań

Tomasz Obrębski

Wydział Matematyki i Informatyki, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań

SPEECH STYLES IN SCHIZOPHRENIA. COMPARATIVE ANALYSIS BASED ON SUITBERT ERTEL'S SPEECH STYLE QUOTIENTS

The goal of the research is comparative analysis of spoken utterances of schizophrenic patients with negative syndromes, with positive syndromes (research group, $N=130$) and healthy people (control group, $N=130$). The analysis aims at identifying speech styles characteristic to both groups and is based on quotients proposed by S. Ertel. The procedure applied by Ertel consisted in comparing the frequencies of word forms belonging to specific classes with frequencies of word forms from contrastive classes. The quotients applied by Ertel include: Impersonal Reference Quotient, Plural Quotient, Classification Quotient, Nominalization Quotient, Abstractness Quotient, and Dogmatism Quotient. The details of quotients' computation were adapted to the specificity of the research material and to Polish language properties. In our research all the quotients were calculated on the basis of gathered linguistic material, separately for each person, the average was calculated for each group – negative patients, positive patients and control group – and compared with the use of variance analysis, applying the Tukey HSD Test, $p=.05$. The comparative analysis of the quotients' values shows some significant differences between speech styles of schizophrenic patients from both subgroups and healthy people.

WPROWADZENIE

Celem artykułu jest prezentacja wyników analizy porównawczej tekstów wypowiedzi hospitalizowanych pacjentów ze zdiagnozowaną schizofrenią paranoidalną (grupa badawcza) i osób zdrowych (grupa kontrolna) pod kątem charakterystycznych dla badanych grup stylów mówienia.

„Styl mówienia” rozumiemy za Suitbertem Ertelem (1986) jako zespół typowych form i środków językowych, używanych do wyrażania określonych treści, których wybór uwarunkowany jest indywidualnie. W prezentowanym badaniu do analizy tekstów wypowiedzi wykorzystano następujące Wskaźniki Stylów Mówienia, opracowane przez Ertela: Wskaźnik Nieosobistych Odniesień, Wskaźnik Mnogości, Wskaźnik Klasyfikacji, Wskaźnik Nominalizacji, Wskaźnik Abstrakcyjności i Wskaźnik Dogmatyzmu. Procedura zastosowana przez Ertela polegała na obliczaniu częstości występowania pewnych określonych klas form wyrazowych w porównaniu z częstością poja-

wiania się w analizowanym tekście form wyrazowych należących do klas skontrastowanych pod jakimś względem z tymi pierwszymi. Zakładał on, iż wyodrębnione w ten sposób Wskaźniki Stylów Mówienia są behawioralnym przejawem charakterystycznego dla danej osoby stylu poznawczego.

Poszukiwanie powiązań między procesami psychicznymi jednostki a dokonywanymi przez nią wyborami leksykalnymi na gruncie psychologii spopularyzowane zostało pracami Pennebaker'a i Stone'a (2003). Ich badania opierają się na założeniu, że słowa, których ludzie używają – ich gramatyczne formy, częstość pojawiania się w tekście, przynależność do pewnych semantycznych kategorii – dostarczają informacji o procesach psychicznych jednostki, niezależnie od kontekstu, w jakim się ich używa. Podkreśla to również w swoich rozważaniach Ida Kurcz (1987, s. 294) pisząc, iż „w powierzchniowej ekspresji, w częstszym użyciu określonej klasy wyrażień, ujawniają się pewne sposoby myślenia i ujmowania rzeczywistości”, jak również psychologowie stojący na gruncie psychologii narracyjnej, którzy ujmują narrację jako „sposób rozumienia świata” (Trzebiński, 2002; Janusz, Gdowska i de Barbaro, 2008, Straś-Romanowska, Bartosz i Żurko, 2010).

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Monika Obrębska, Instytut Psychologii UAM, ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań. e-mail: obrebska@amu.edu.pl

W prezentowanym badaniu zakładamy, zgodnie z reprezentatywną funkcją języka (Kurcz, 2006), iż również proces chorobowy i dominujące objawy kliniczne znajdują swoje odzwierciedlenie w stylach mówienia pacjentów schizofrenicznych, które będą charakteryzowały się odmiennymi właściwościami niż style osób zdrowych.

WSKAŹNIKI STYLÓW MÓWIENIA SUITBERTA ERTELA

W prezentowanym badaniu odwołujemy się do sześciu Wskaźników Stylów Mówienia, opracowanych przez Suitberta Ertela (1986): Wskaźnika Nieosobistych Odniesień, Mnogości, Klasyfikacji, Nominalizacji, Abstrakcyjności i Dogmatyzmu.

Wskaźnik Nieosobistych Odniesień (*Impersonal References Quotient*) mierzy ilość odwołań mówiącego do tematyki niezwiązanej z osobami uczestniczącymi w dialogu. Ertel obliczał go analizując, w jaki sposób mówiący lub piszący posługuje się zaimkami osobowymi: wyraża on proporcję liczby użytych zaimków osobowych w trzeciej osobie liczby pojedynczej (on, ona, ono) do ogólnej liczby użytych zaimków osobowych, włączając w to zaimki w pierwszej i drugiej osobie (ja, ty). Drugi wariant wskaźnika opiera się na analizie użycia zaimków dzierżawczych (moje, twoje, jego, jej itp.). Zaimki ja/ty/moje/twoje odnoszą się do osób bezpośrednio zaangażowanych w proces komunikacji, podczas gdy zaimki w trzeciej osobie oraz zaimki jego/jej odnoszą się do osób nie uczestniczących w komunikacji lub do nieosobowych przedmiotów. Niska wartość Wskaźnika Nieosobistych Odniesień wskazuje na akcentowanie w wypowiedziach przede wszystkim własnej osoby.

Wskaźnik Mnogości (*Plural Quotient*) odzwierciedla tendencję do paradygmatycznego (Bruner, 2006) ujmowania przedstawianych w tekście spraw. Opisywanie sytuacji „tu i teraz” wymaga użycia nazw własnych i pospolitych w odniesieniu do pojedynczych przedmiotów czy osób. Ujęcie bardziej paradygmatyczne polega, zdaniem Ertela, na przechodzeniu od jednostkowych egzemplarzy do całych klas, co na poziomie językowym powinno przejawiać się wzrostem użycia liczby mnogiej. Wskaźnik ten Ertel obliczał poprzez proporcję wyrazów w liczbie mnogiej do ogólnej liczby wyrazów danej kategorii.

Wskaźnik Klasyfikacji (*Classification Quotient*) odzwierciedla tendencję do stosowania coraz bardziej ogólnych kategorii pojęciowych. Jest on niewątpliwie powiązany z poprzednim i ma ujawnić relacje między wyrazami o różnym poziomie ogólności. Klasyfikacja jest potrzebna do grupowania elementów i konstruowania hierarchicznych struktur semantycznych. Wskaźnik Klasyfikacji obliczał Ertel jako stosunek słów nadrzędnych do odpowiadających im określeń podrzędnych (np. wyraz „owoc” do nazw owoców: „jabłko”, „śliwka” itp.).

Wskaźnik Nominalizacji (*Nominalization Quotient*) odpowiada tendencji do wyodrębniania poznawczego całości percepcyjnych i w konsekwencji przydawania nazw różnym zjawiskom, sytuacjom, stanom, czynnościom itp. Dokonuje się to poprzez posługiwanie się w języku forma-

mi czasownikowymi i rzeczownikowymi. Rzeczowniki, zdaniem Ertela, są szczególnie użyteczne do kondensowania złożonej informacji (np. sprawiedliwość, demokracja, romantyzm), czasowniki zaś odnoszą się do określonych aspektów tego, co wyraża rzeczownik. Osoba zainteresowana jednostkowymi sytuacjami i zdarzeniami powinna, zdaniem Ertela, robić częstszy użytek z czasowników, zaś osoba próbująca odpowiedzieć na ogólne pytania, co wymaga przetwarzania bardziej złożonej informacji, będzie częściej korzystać z rzeczowników. Wartość Wskaźnika Nominalizacji wyznaczał Ertel poprzez obliczenie stosunku rzeczowników do czasowników w tekście językowym bądź też poprzez obliczenie częstości użycia znominalizowanych form czasowników i przymiotników (np. oczekiwanie i czystość) w stosunku do ich form nieznominalizowanych (np. oczekiwać i czysty).

Wskaźnik Abstrakcyjności (*Abstractness Quotient*) odzwierciedla, jak sama nazwa wskazuje, stopień abstrakcyjności analizowanego tekstu. Analizie podlegają wszystkie użyte w tekście rzeczowniki pod kątem wymiaru abstrakcyjność-konkretność. Rzeczownik abstrakcyjny w ujęciu tradycyjnym (Polański, 1993, *Encyklopedia Językoznawstwa Ogólnego*) to każdy rzeczownik oznaczający pojęcia nieprzedmiotowe: cechy, stany czynności itp.

Wskaźnik Dogmatyzmu (*Dogmatism Quotient*) odnosi się do prób znalezienia jakichś strukturalnych charakterystyk wyrażen językowych, które by odzwierciedlały tę właściwość poznawczą, którą Milton Rokeach (1960) nazwał dogmatyzmem. Zdaniem Ertela, wskaźnik ten może ujawniać takie dyspozycje poznawcze, jak tendencja do zamykania, łączenia, skończoności i porządkowania. Wskaźnik ten wyraża się proporcją leksemów z grupy A (takich jak: zawsze, nigdy, wszyscy, wszystko, nikt, całkowicie, absolutnie, bez wątpienia, musieć, trzeba, nie wolno, koniecznie itp.) do grupy leksemów B, tworzących klasę przeciwstawną (czasem, rzadko, wiele, mało, prawie, ledwie, może, wątpliwe, także, pewnie itp.). W badaniach Ertela leksemy te zostały podzielone na sześć kategorii: 1) niezmienność – zmienność, 2) bezwyjątkowość – istnienie wyjątków, 3) krańcowość – umiarkowanie, 4) pewność – niepewność, 5) włączanie – wyłączenie, 6) konieczność – możliwość.

Wszystkie wyżej wymienione wskaźniki analizy treściowej tekstu zostały użyte przez Ertela do analizy słownictwa zebranego w słowniku frekwencyjnym języka francuskiego Juillanda, Brodina i Davidovitcha. Słownik ten podzielony został na pięć stylów językowych wedle rodzajów tekstów użytych do obliczeń: dramat, proza, publicystyka, prasa codzienna i literatura naukowa. Ertel założył, że zaproponowane przez niego wskaźniki uzyskają różne wartości w wyodrębnionych tu rodzajach tekstów. I rzeczywiście, wszystkie wskaźniki, z wyjątkiem Wskaźnika Dogmatyzmu, rosną przy przechodzeniu od dramatu do tekstów naukowych w podanym tu porządku. Wskaźnik Dogmatyzmu dla tych samych typów tekstów wykazuje tendencję odwrotną: obniża się w miarę przechodzenia od dramatu do literatury nauko-

wej, z wyjątkiem kategorii włączenie – wyłączenie, która się nie zmienia w poszczególnych rodzajach tekstów.

WSKAŹNIKI STYLÓW MÓWIENIA W SCHIZOFRENII: HIPOTEZY BADAWCZE

Celem prezentowanego badania jest porównanie Wskaźników Stylów Mówienia osób ze zdiagnozowaną schizofrenią paranoidalną (grupa badawcza) i osób zdrowych (grupa kontrolna) przy założeniu, że proces chorobowy i dominujące objawy kliniczne w sposób istotny zmodyfikują style mówienia badanych osób.

Schizofrenię ujmuje się w literaturze (Birchwood i Jackson, 2004; Kępiński, 2001; Wciórka, 2002) jako dynamicznie rozwijający się proces chorobowy, co znajduje swoje odzwierciedlenie w rozróżnieniu dwóch podstawowych zespołów objawów klinicznych schizofrenii: pozytywnego i negatywnego (Andreasen, 1984a i b). Składają się one na dwa typy schizofrenii: typ pozytywny, z przewagą objawów wytwórczych (urojenia, omamy, formalne zaburzenia myślenia, nadaktywność, podejrzliwość, wrogość) oraz typ negatywny, z przewagą objawów deficytowych (brak spontaniczności i płynności mowy, zubożona komunikacja i aktywność, stereotypia myślenia, zaburzenia myślenia abstrakcyjnego, autyzm, wycofanie emocjonalne). Objawy pozytywne są charakterystyczne najczęściej dla początkowego stadium choroby (pierwszy epizod psychotyczny), negatywne zaś charakteryzują zwykle przewlekłą postać schizofrenii.

Ten dwuwymiarowy, pozytywno – negatywny, model kliniczny sprawdzano potem wielokrotnie za pomocą specjalnie skonstruowanych narzędzi, przede wszystkim za pomocą skali PANSS (*The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia*), która została wykorzystana również w tej pracy jako narzędzie opisu objawów schizofrenicznych.

Wprowadzenie podziału na pozytywne i negatywne objawy fenomenów językowych w schizofrenii, analogicznie do opisanych przez Andreasen i Crow (1979) zespołów symptomów klinicznych, porządkuje opisane w literaturze (Czernikiewicz, 2004; Woźniak, 2000) oznaki schizofazji, łącząc je z typem choroby i objawami klinicznymi. Podejście takie godzi kliniczny i lingwistyczny punkt widzenia, które w literaturze (Czernikiewicz, 2004; Woźniak, 2000) opisywane są najczęściej jako odrębne paradygmaty, pokazując, że człowiek jest całością i że nie można analizować procesów językowych w oderwaniu od innych procesów psychicznych (w tym procesów chorobowych).

Warto tu przypomnieć, iż Andreasen w swoich pracach traktuje większość objawów patologii językowej jako składową część pozytywnych objawów schizofrenii, wiążąc je z formalnymi zaburzeniami myślenia. Ku podobnej tezie skłania się Andrzej Czernikiewicz (2004, s. 49) pisząc, iż „przy uwzględnianiu dwuczynnikowego wymiaru schizofrenii (pozytywnego i negatywnego) schizofazja jest elementem syndromu pozytywnego schizofrenii.”

W prezentowanej pracy zakładamy, że odmiennym objawom klinicznym, składającym się na pozytywny i negatywny typ schizofrenii, towarzyszą również odmienne zmiany na poziomie językowym, tworzące analogicznie – pozytywny i negatywny styl mówienia pacjenta schizofrenicznego. Pragniemy zweryfikować hipotezę, iż pewne zmiany językowe występują w obu typach schizofrenii i zmieniają się wraz ze zmieniającymi się objawami klinicznymi choroby. Wyniki badań mogłyby stać się więc kolejnym głosem w dyskusji nad miejscem i rolą zaburzeń językowych w schizofrenii.

Analizując wszystkie, opisane przez Ertela, Wskaźniki Stylów Mówienia i wykorzystując wyniki badania pilotażowego¹ sformułowaliśmy następujące hipotezy szczegółowe.

Wydaje się, że u pacjentów schizofrenicznych Wskaźnik Nieosobistych Odniesień powinien być istotnie niższy niż u osób zdrowych. Niska wartość tego wskaźnika wskazuje na akcentowanie własnej osoby, która staje się centralnym punktem odniesienia. Jest to charakterystyczne dla postawy autystycznej, typowej dla pacjentów schizofrenicznych, szczególnie tych, w których dominują objawy negatywne. Bleuler (za: Wciórka, 2002) nazwał autyzmem postawę odwracania zainteresowań chorego od wydarzeń zewnętrznych i rosnące (aż do wyłączności) pochłonięcie przeżywaniem zniekształconego chorobowo świata przeżyć wewnętrznych z pozostawieniem jedynie szczątkowego, zwykle niedostosowanego, kontaktu z otoczeniem. Autystycznemu wycofaniu towarzyszy silniejsze przeżywanie własnej osoby niż świata zewnętrznego. Kępiński (2001) pisał wręcz o „puchnięciu ja” w schizofrenii, powołując się przy tym na Freuda, który określił schizofrenię jako „nerwicę narcystyczną”.

H1 Wartość Wskaźnika Nieosobistych Odniesień powinna być najwyższa u osób zdrowych, najniższa zaś u pacjentów schizofrenicznych z objawami negatywnymi.

Wysoka wartość Wskaźnika Mnogości wskazuje na podejście paradygmatyczne, polegające na uogólnianiu swoich obserwacji poprzez przechodzenie od jednostkowych egzemplarzy do całych klas. Analiza wypowiedzi narracyjnych pacjentów schizofrenicznych (Obrębska, 2010) wykazała, że szczególnie pacjenci o objawach negatywnych są silnie skoncentrowani na swojej teraźniejszej sytuacji, tematyka ich wypowiedzi zawęża się do problemów bytowych, związanych z życiem szpitalnym, jedzeniem, dolegliwościami somatycznymi. Jak pisze Kępiński (2001, s. 159) „wzniosłe sprawy zamieniają się na drobną monetę spraw małych”, myślenie chorych jest usztywnione, stereotypowe, powracające niezmiennie do jednego czy dwóch dominujących zagadnień (Obrębska, 2007). Wydaje się więc, że szczególnie u pacjentów z objawami negatywnymi wartość Wskaźnika Mnogości powinna być niższa niż u osób zdrowych.

¹ Wyniki badania pilotażowego zostały opublikowane w artykule: Obrębska i Obrębski, 2010.

H2 Wartość Wskaźnika Mnogości powinna być najwyższa u osób zdrowych, najniższa zaś u pacjentów schizofrenicznych z objawami negatywnymi.

Wskaźnik Klasyfikacji, zdaniem Ertela, odzwierciedla tendencję do stosowania coraz bardziej ogólnych kategorii pojęciowych. Nasuwa się tu skojarzenie z opisanym przez B.W. Zeigarnik (1969) i typowym dla schizofrenii zaburzeniem poziomu uogólniania. Przejawia się ono w nadmiernym włączaniu (*overinclusiveness*), czyli tworzeniu zbyt szerokich kategorii pojęciowych. Krystyna Drat-Ruszczak (1995) nazywa to zjawisko „nieuprawnionymi akomodacjami”, polegającymi na tworzeniu zbyt szerokich kategorii, głównie o treści metafizycznej, które zdolne są zasymilować niemal każdą informację. Jest to charakterystyczne przede wszystkim dla chorych z objawami wytwórczymi schizofrenii, co sugerowałoby wyższy poziom Wskaźnika Klasyfikacji w tej grupie w porównaniu z osobami zdrowymi.

H3 Wartość Wskaźnika Klasyfikacji powinna być najwyższa u pacjentów schizofrenicznych z objawami pozytywnymi, najniższa zaś u osób zdrowych.

Wskaźnik Nominalizacji odpowiada tendencji do wyodrębniania poznawczego całości percepcyjnych; jego wysoka wartość świadczy o wysokiej złożoności poznawczej procesów przetwarzania informacji. Biorąc pod uwagę opisywane często w literaturze (Drat-Ruszczak, 1995; Klasik, Krupka-Matuszczyk i Krysta, 2005) i nasilające się w miarę rozwoju procesu chorobowego zaburzenia poznawczego przetwarzania informacji zakładamy, iż wartość Wskaźnika Nominalizacji powinna być najwyższa w grupie kontrolnej, najniższa zaś w grupie pacjentów o negatywnym typie schizofrenii.

H4 Wartość Wskaźnika Nominalizacji powinna być najwyższa u osób zdrowych, najniższa zaś u pacjentów schizofrenicznych z objawami negatywnymi.

Wskaźnik Abstrakcyjności odzwierciedla stopień abstrakcyjności analizowanego tekstu. Objawy kliniczne (Wciórka, 2002) sugerowałyby najwyższy poziom Wskaźnika Abstrakcyjności u pacjentów schizofrenicznych z objawami pozytywnymi, którzy w swoich wypowiedziach często podejmują wątki eschatologiczne i metafizyczne (Obrębska, 2010), najniższy zaś – u pacjentów z objawami negatywnymi, których myślenie abstrakcyjne jest wyraźnie zaburzone.

H5 Wartość Wskaźnika Abstrakcyjności powinna być najwyższa u pacjentów schizofrenicznych z objawami pozytywnymi, najniższa zaś u pacjentów schizofrenicznych z objawami negatywnymi.

Również Wskaźnik Dogmatyzmu, jak sądzimy, powinien być wyższy u pacjentów schizofrenicznych (szczególnie typu pozytywnego) w porównaniu z osobami zdrowymi. Kępiński (2001) pisze wręcz o despotyzmie chorych na schizofrenię, szczególnie w początkowym stadium choroby, sztywności ich poglądów i niechęci do podejmowania dialogu. Warto tu przypomnieć, iż dla Rokeacha

(1960) dogmatyczna struktura przekonań spełnia funkcję obronną, a mniej służy rozumieniu świata: „Zamknięty system jest niczym innym jak siecią mechanizmów obronnych zorganizowaną po to, by stworzyć poznawczy system będący tarczą dla wrażliwego umysłu.” (Rokeach, 1960, s. 70). Celem dogmatycznego systemu przekonań jest przede wszystkim redukcja lęku poprzez selekcjonowanie nowych informacji i eliminowanie tych, które mogłyby być groźne. Jednocześnie, jak zauważa Rokeach, im bardziej zamknięty (dogmatyczny) jest system przekonań danej osoby, tym więcej zagrożenia będzie ona dostrzegała w otaczającym ją świecie. Wewnętrzny lęk ulega więc eksternalizacji i prowadzić może do zniekształcenia rzeczywistości, stwarzając „pozory rozumienia tego świata” (Rokeach, 1960, s. 60). Podobny mechanizm opisuje Kępiński (2001), pisząc o lęku w schizofrenii. Obniżeniu poziomu lęku pomaga, zdaniem Kępińskiego (s. 247) „skryształowanie się urojeniowej struktury”, która wprowadza „patologiczny porządek” i chroni chorego przed całkowitym chaosem. Podobnie jak dla Rokeacha dogmatyczny system przekonań, tak dla Kępińskiego urojenia schizofreniczne, szczególnie te trwałe, spójne i usystematyzowane, stanowią formę „obrony przed rozpadem” (Kępiński, 2001, s. 226) i przed nasilającym się lękiem. Pewne podobieństwa w sposobach radzenia sobie z lękiem i uczuciem zagrożenia osób o osobowości dogmatycznej i pacjentów cierpiących na schizofrenię skłaniają do postawienia hipotezy, iż poziom dogmatyzmu w grupie pacjentów schizofrenicznych powinien być istotnie wyższy niż w grupie osób zdrowych:

H6 Wartość Wskaźnika Dogmatyzmu powinna być najwyższa u pacjentów schizofrenicznych z objawami pozytywnymi, najniższa zaś u osób zdrowych.

METODA BADAWCZA

W celu weryfikacji opisanych wyżej hipotez przeprowadzono badanie, w którym uczestniczyło 132 hospitalizowanych pacjentów psychiatrycznych ze zdiagnozowaną schizofrenią paranoidalną (52 kobiety i 80 mężczyzn, w tym: 12 osób z wykształceniem wyższym, 48 – ze średnim i 72 – z podstawowym i podstawowym zawodowym). Badanie miało miejsce w pięciu dużych ośrodkach psychiatrycznych na terenie całej Polski:

- 1) w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Gnieźnie,
- 2) w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Ciburzu,
- 3) w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Kościanie,
- 4) w Szpitalu Specjalistycznym im. Józefa Babińskiego w Krakowie i
- 5) w Samodzielnym Publicznym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu.

Wszystkie osoby badane wyraziły pisemną zgodę na udział w badaniu i na nagrywanie swojej wypowiedzi na dyktafon. Warunkiem udziału w badaniu była też zdol-

ność chorego do utrzymania względnie dobrego kontaktu z otoczeniem społecznym.

Osobom badanym pokazywano kolejno pięć fotografii, wyselekcjonowanych spośród czternastu przez pięciu sędziów kompetentnych, doświadczonych w pracy z pacjentami psychotycznymi (3 psychiatrów i 2 psychologów praktyków) i zaaprobowanych przez Komisję Etyczną IP UAM. Fotografie zostały wybrane z albumów „klasyków” fotografii (W. Ronisa, R. Doisneau, Z. Matuszewskiego, Z. Nasierowskiej, K. Kurzydło) i porangowane w oparciu o dwa kryteria:

- 1) kryterium dobra pacjenta (by badanie nie pogorszyło stanu chorobowego),
- 2) kryterium bogactwa treściowego (by fotografie skłaniały do mówienia).

Fotografie pokazywano zawsze w tej samej kolejności, prosząc, by badany opisał, co na nich widzi. Wszystkie wypowiedzi były nagrywane na dyktafon, co umożliwiło odtworzenie swobodnego toku wypowiedzi osoby badanej.

Po zakończeniu badania, badacz, wspólnie z prowadzącym pacjenta lekarzem psychiatrą, wypełniał skalę PANSS, by przypisać pacjenta do pozytywnego lub negatywnego typu schizofrenii (każdy przypadek był potem jeszcze konsultowany z innym, doświadczonym lekarzem psychiatrą). W sumie w trakcie badania wyłoniono 80 pacjentów z pozytywnymi i 52 z negatywnymi objawami schizofrenii.

Podobnej procedurze badawczej (pokazywanie fotografii) poddano osoby zdrowe, tworzące grupę kontrolną. Grupa kontrolna ($n=130$) została dobrana do grupy badawczej metodą „matching”: do każdego pacjenta dobierano osobę zdrową o tej samej płci, wykształceniu i wieku; najważniejszą zmienną różnicującą obie grupy był stan chorobowy.

Wszystkie teksty wypowiedzi zostały przepisane w formacie programu „Transcriber”. Dwa teksty z grupy badawczej okazały się nieczytelne, do analizy zakwalifikowano wyniki 130 osób z grupy badawczej i 130 z kontrolnej. Do analizy tekstów użyto pakietu narzędzi UAM Text Tools (Obrębski i Stolarski, 2006) wytworzonego na Wydziale Matematyki i Informatyki UAM oraz doraźnie pisanych programów. Narzędzia te przypisały każdemu z słów tekstu informację o części mowy oraz atrybutach morfologicznych (liczba, rodzaj, osoba...), wykorzystując dane elektronicznego słownika morfologicznego Poles/PMDB. Oznakowanie naniesione automatycznie przez program wymagało oczywiście ręcznej weryfikacji, wykonanej przez dwie konsultujące się osoby z wykształceniem lingwistycznym, w oparciu o *Współczesny słownik języka polskiego* Bogusława Dunaja (2007) i *Słownik języka polskiego* Mieczysława Szymczaka (1982).

Każdy z współczynników był obliczany odrębnie dla poszczególnych tekstów, a następnie uśredniony w obrębie trzech grup osób poddanych badaniom. Istotność statystyczna różnic obliczana była przy zastosowaniu analizy wariancji z wykorzystaniem Testu HSD Tukeya, dla $p=.05$.

Niektóre sposoby obliczania współczynników zostały zmodyfikowane w stosunku do tych stosowanych w oryginalnej metodzie Ertela. Wynikało to z trzech powodów. Po pierwsze, w oryginalnych badaniach przeprowadzonych przez Ertela nie dysponował on tak opracowanym materiałem językowym, jakim możemy dysponować obecnie. Pracował na tekstach surowych, bez naniesionej dodatkowej informacji, w szczególności charakterystyki morfologicznej słów tekstu. Dlatego też, jego obliczenia musiały być oparte na zliczaniu wystąpień konkretnych form wyrazowych. W niniejszych badaniach dysponujemy tekstem oznakowanym morfologicznie. Dzięki temu możliwe jest zliczanie wystąpień słów o zadanej charakterystyce morfologicznej (np. czasowników w pierwszej osobie, czy rzeczowników w liczbie mnogiej).

Drugim powodem są różne właściwości języków. Spośród tych, które w istotny sposób wpływają na zastosowane techniki pomiarowe, wymienić trzeba przede wszystkim trzy:

- w języku polskim brak rodzajników;
- w języku francuskim mamy do czynienia z synkretyzmem form czasownikowych pierwszej i trzeciej lub pierwszej i drugiej osoby, w zależności od czasu i grupy koniugacyjnej; w języku polskim takiego zjawiska nie ma: wartość kategorii osoby dla czasownika można zatem określić jednoznacznie na podstawie jego formy;
- w języku francuskim składnik nominalny (rzeczownik lub zaimek osobowy) stojący na pozycji podmiotu nie może zostać pominięty w powierzchniowej strukturze zdania; w języku polskim zaimek występujący w funkcji podmiotu często trzeba pominąć, gdyż jego jawne użycie jest zazwyczaj nacechowane semantycznie i pragmatycznie.

Trzecim powodem był rozmiar tekstów poddanych analizie. Niektóre wypowiedzi, szczególnie w grupie pacjentów o objawach negatywnych schizofrenii, były krótkie – nie przekraczały objętości kilkudziesięciu słów. Różnice zastosowanej metody wyznaczania współczynników w stosunku do oryginalnych metod Ertela zostaną opisane przy omawianiu wyników pomiarów poszczególnych wskaźników w kolejnym punkcie.

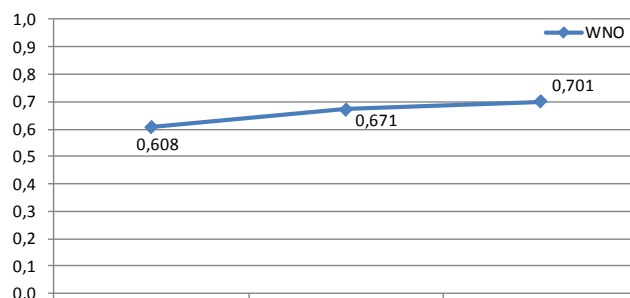
WYNIKI

Wskaźnik Niosobistych Odniesień obliczany był przez Ertela na podstawie analizy częstości użycia zaimków osobowych w różnych osobach. W naszych badaniach wzięliśmy pod uwagę również formy czasowników. Podstawowym powodem jest to, że zaimek osobowy pełniący funkcję podmiotu jest bardzo często nieobecny w strukturze powierzchniowej zdania (inaczej niż w języku francuskim). Odpowiadającą mu informację niesie końcówka czasownika wskazująca wartość kategorii gramatycznej osoby.

Wskaźnik Niosobistych Odniesień obliczany był w naszych badaniach w następujący sposób:

$$WNO = \frac{\text{liczba zaimków osobowych i czasowników w trzeciej osobie}}{\text{liczba zaimków osobowych i czasowników}}$$

Wyniki uzyskane dla poszczególnych grup: pacjentów o objawach pozytywnych (P), pacjentów o objawach negatywnych (N) i grupy kontrolnej (K) przedstawia Wykres 1.



Wykres 1. Wyniki analizy Wskaźnika Nieosobistych Odniesień
Źródło: badania własne

W celu ustalenia poziomu istotności wykrytych różnic przeprowadzono analizę wariancji z wykorzystaniem Testu HSD Tukeya, dla $p=.05$. Wartość Wskaźnika Nieosobistych Odniesień w grupie pacjentów pozytywnych okazała się w sposób istotny statystycznie niższa zarówno od wyniku w grupie pacjentów negatywnych, jak i w grupie kontrolnej.

Oryginalna metoda Ertela obliczania Wskaźnika Mnogości polegała na zliczaniu wystąpień rozmaitych często używanych w języku francuskim konkretnych leksemów posiadających kategorię liczby: różnych typów zaimków, rodzajników, kilku często używanych przymiotników, czasowników posiłkowych. Ze względu na niewielkie objętości badanych tekstów, metoda polegająca na zliczaniu konkretnych słów nie mogła zostać zastosowana w naszym przypadku. Sposób obliczeń został zmodyfikowany w taki sposób, że liczone były wystąpienia form liczby pojedynczej i mnogiej w obrębie całych kategorii gramatycznych. Uwzględniliśmy dwie najliczniejsze: rzeczowniki i czasowniki.

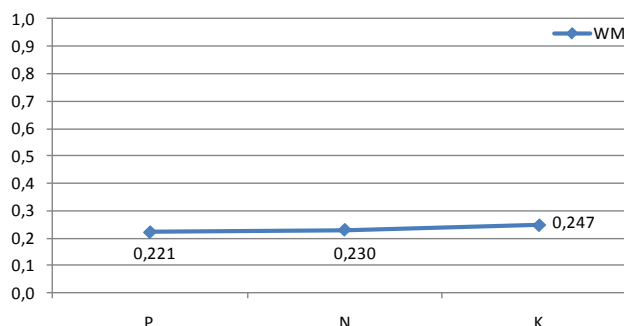
Wyniki pomiarów Wskaźnika Mnogości przedstawio-

$$WM = \frac{\text{liczba czasowników i rzeczowników w liczbie mnogiej}}{\text{liczba czasowników i rzeczowników}}$$

ne są na Wykresie 2.

Różnica istotna statystycznie wystąpiła pomiędzy wynikami odnotowanymi w grupie pacjentów o objawach pozytywnych a grupą kontrolną.

Metoda obliczania Wskaźnika Klasyfikacji zastosowana oryginalnie przez Ertela polegała na porównaniu częstości występowania słów wyrażających pojęcia ogólniejsze w stosunku do słów o znaczeniu bardziej szczegółowym. Ertel wykorzystał sześć konkretnych par zbiorów słów: określenia zwierząt, roślin, kolorów, kształtu



Wykres 2. Wyniki analizy Wskaźnika Mnogości
Źródło: badania własne

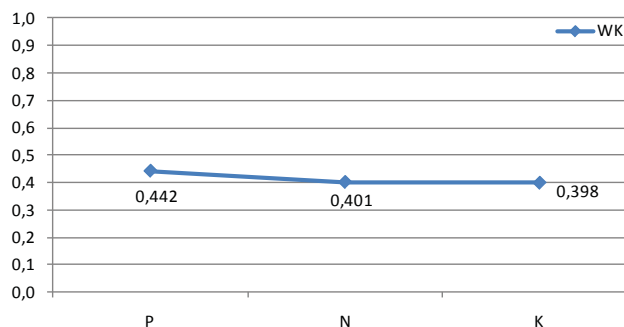
i rozmiaru, wartości, uczuć. Przykładowe pary zbiorów to, dla zwierząt: ogólne – {zwierzę}, szczegółowe – {kot, koń, pies, ryba, ptak}, dla kształtu i rozmiaru: ogólne – {kształt, rozmiar}, szczegółowe – {duży, mały, długi, krótki, szeroki, wąski, okrągły, podłużny}.

Podobnie jak w przypadku kilku innych wskaźników, rozmiar tekstów poddanych analizie wymagał modyfikacji metody wyliczania wskaźnika. Cała lista leksemów rzeczownikowych, których formy zostały użyte w badanym materiale językowym została przejrzana. Spośród nich wyselekcjonowane zostały leksemy konkretne i podrzędne (klasa K) oraz leksemy ogólne i nadrzędne (klasa O).

Współczynnik Klasyfikacji obliczany był w sposób następujący:

$$WK = \frac{\text{liczba form wyrazowych leksemów z klasy O}}{\text{liczba form wyrazowych leksemów z klas O i K łącznie}}$$

Wyniki analizy dla badanych grup przedstawia Wykres 3.



Wykres 3. Wyniki analizy Wskaźnika Klasyfikacji
Źródło: badania własne

Wyniki zamieszczone na Wykresie 3. pokazują wyższą wartość Współczynnika Klasyfikacji w grupie pacjentów pozytywnych w stosunku do pacjentów negatywnych i grupy kontrolnej. Różnica ta jest istotna statystycznie.

Wskaźnik Nominalizacji obliczany był przez Ertela w dwóch wariantach NQ_1 i NQ_2 . NQ_1 wyrażał częstość użycia rzeczowników w stosunku do czasowników. W celu obliczenia tego wskaźnika Ertel mierzył częstości występowania rodzajników oraz grupy najczęściej używanych rzeczowników i czasowników (przede wszystkim tych, które mogą pełnić rolę czasowników posiłkowych i podporowych). Ten sposób liczenia wskaźnika był zapewne podyktowany tym, że Ertel dysponował jedynie surowym tekstem i obliczenia musiały być oparte na zliczaniu wystąpień określonych form wyrazowych. W niniejszych badaniach dysponujemy tekstem oznakowanym morfologicznie. Sposób obliczania wskaźnika został zmodyfikowany w stosunku do oryginalnej propozycji Ertela w taki sposób, że brane są pod uwagę wszystkie formy wyrazowe odpowiednich kategorii gramatycznych: czasowników i rzeczowników.

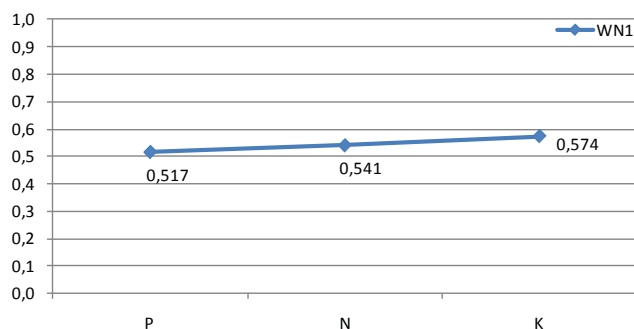
Drugi wariant wskaźnika, NQ_2 , wyrażał stosunek częstości użycia znominalizowanych form czasownikowych (rzeczowników odsłownych, oznaczających czynności) i przymiotnikowych (nazwy cech) do regularnych form czasownikowych i przymiotnikowych. Czasowniki i przymiotniki znominalizowane wychwytywane były przez Ertela na podstawie charakterystycznych dla nich końcówek. Postąpiliśmy analogicznie, rezygnując jednak z uwzględniania form przymiotnikowych ze względu na ich bardzo niską częstość występowania w badanych tekstach.

Dwa warianty Wskaźnika Nominalizacji: WN_1 – odpowiednik NQ_1 Ertela, i WN_2 – odpowiednik NQ_2 Ertela, obliczane były w naszych badaniach w następujący sposób:

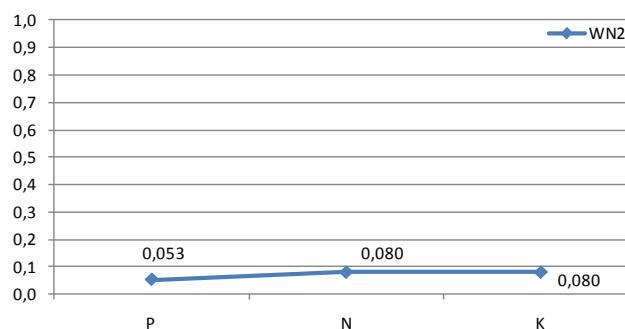
$$WN_1 = \frac{\text{liczba rzeczowników}}{\text{liczba rzeczowników i czasowników}}$$

$$WN_2 = \frac{\text{liczba rzeczowników oznaczających czynności}}{\text{liczba rzeczowników oznaczających czynności i czasowników}}$$

Wyniki przedstawione są na Wykresach 4 i 5.



Wykres 4. Wyniki analizy WN1
Źródło: badania własne



Wykres 5. Wyniki analizy WN2
Źródło: badania własne

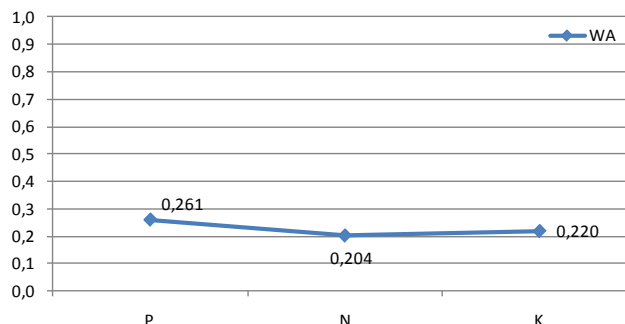
W przypadku obu wariantów współczynnika WN istotna statystycznie różnica występuje pomiędzy grupą kontrolną a grupą pacjentów z objawami pozytywnymi schizofrenii.

Metoda wyznaczania Wskaźnika Abstrakcyjności zastosowana przez Ertela oparta była na pogrupowaniu rzeczowników na osiem klas według ich pozycji na skali abstrakcja-konkret. Wykorzystał on w tym celu wyniki badań Bascheka, Bredekampa, Öhrle'a i Wippicha (1977), a w szczególności opracowaną przez nich listę 800 rzeczowników z przypisanymi wagami wyrażającymi ich miejsce na skali abstrakcja-konkret. Zastosowanie podobnej metody w naszym przypadku nie było możliwe, gdyż, ze względu na niewielki rozmiar tekstów, rzeczowniki z tej listy pojawiają się w badanym przez nas materiale okazjonalnie.

Tutaj przedstawiamy Wskaźnik Abstrakcyjności w wersji uproszczonej: wyraża on stosunek rzeczowników abstrakcyjnych, czyli rzeczowników oznaczających pojęcia nieprzedmiotowe, do ogólnej liczby użytych w tekstach rzeczowników:

$$WA = \frac{\text{liczba rzeczowników abstrakcyjnych}}{\text{liczba rzeczowników}}$$

Wyniki przedstawia Wykres 6.



Wykres 6. Wyniki analizy Wskaźnika Abstrakcyjności
Źródło: badania własne

Użycie rzeczowników abstrakcyjnych jest na podobnym poziomie w grupie kontrolnej i w grupie pacjentów o objawach negatywnych. Istotnie różnią się wyniki w grupie pacjentów o objawach pozytywnych, w której odnotowano zdecydowanie wyższą wartość Współczynnika Abstrakcyjności (różnica istotna statystycznie w stosunku do obu pozostałych grup).

W przypadku Wskaźnika Dogmatyzmu zastosowano metodę w dużej mierze zgodną z oryginalną propozycją Ertela. Różnica polegała na tym, że w badaniach Ertela obliczenia opierały się na zliczaniu wystąpień najczęściej używanych słów będących wskaźnikami wysokiego bądź niskiego poziomu dogmatyzmu. W naszym przypadku cała lista leksemów, których formy zostały użyte w badanym materiale językowym została przejrzana. W oparciu o przykłady Ertela (1986) oraz wyniki badania pilotażowego (Obrębska i Obrębski 2010) spośród wszystkich słów, wypowiedzianych w trakcie badania, wyselekcjonowano wstępnie listę 325 słów (67 przymiotników, 17 zaimków przymiotnikowych, 122 przysłówków, 14 zaimków przysłówkowych, 9 zaimków, 13 liczebników, 41 partykuł, 42 czasowniki) odnoszących się do sześciu wymiarów dogmatyzmu (niezmiennosc – zmienność, bezwyjątkowość – istnienie wyjątków, krańcowość – umiarkowanie, pewność – niepewność, wyłączenie – włączanie, konieczność – możliwość). Lista ta została przedstawiona 5 sędziom kompetentnym o wykształceniu filologicznym, których zadaniem było przyporządkowanie słów z listy ertelowskim wymiarom. Do badania wybraliśmy 273 słowa, w przypadku których wskaźnik zgodności sędziów był najwyższy.

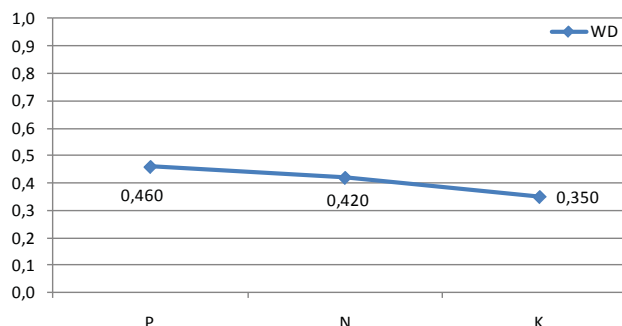
Oryginalny sposób obliczania Wskaźnika Dogmatyzmu zaproponowany przez Ertela, polegał na obliczaniu proporcji leksemów z grupy A, diagnostycznych dla dogmatyzmu, do grupy leksemów B, tworzących klasę przeciwstawną.

W niniejszym badaniu, zamiast prostego zliczania wystąpień słów, obliczana była suma ważona. Waga słowa równa była 2, 3, 4 lub 5, i odpowiadała liczbie sędziów kompetentnych, którzy zgodnie zakwalifikowali słowo do tej samej polaryzacji jednego z wymiarów dogmatyzmu. Największy wpływ na wartość wskaźnika dla danego wymiaru miały więc te słowa, w przypadku których zgodność sędziów kompetentnych była najwyższa. Wartość Wskaźnika Dogmatyzmu obliczana była jako suma wag słów dogmatycznych ze wszystkich wymiarów podzielona przez sumę wag wszystkich słów (dogmatycznych i niedogmatycznych) ze wszystkich wymiarów (w przypadku słów zakwalifikowanych jednocześnie do kilku wymiarów, do obliczeń brana była najwyższa z wag przypisanych dla poszczególnych wymiarów.)

Współczynnik Dogmatyzmu obliczany był w sposób następujący:

$$WD = \frac{\text{liczba form wyrazowych leksemów dogmatycznych}}{\text{liczba form wyrazowych leksemów dogmat. i niedogmat.}}$$

Wyniki przedstawia Wykres 7.



Wykres 7. Wyniki analizy Wskaźnika Dogmatyzmu
Źródło: badania własne

Wskaźnik Dogmatyzmu przyjmuje wartość istotnie wyższą statystycznie w przypadku wypowiedzi pacjentów z objawami pozytywnymi w stosunku do obu pozostałych grup. Wypowiedzi pacjentów z objawami negatywnymi nie różnią się istotnie pod względem tego wskaźnika od wypowiedzi osób zdrowych².

OMÓWIENIE WYNIKÓW

W prezentowanym badaniu najwięcej różnic istotnych na poziomie statystycznym wystąpiło pomiędzy grupą pacjentów o objawach pozytywnych schizofrenii a osobami zdrowymi.

Najniższy poziom Wskaźnika Nieosobistych Odniesień w grupie pacjentów z objawami pozytywnymi sugerowałaby największą koncentrację na sobie i najsilniejszą postawę egocentryczną właśnie w tej grupie badawczej, nie zaś w grupie pacjentów o objawach negatywnych, co zakładała hipoteza. Pomimo, iż autyzm i wycofanie społeczne związane są raczej z negatywnym typem schizofrenii, warto tu przywołać pojęcie „autyzmu pełnego” (Kępiński, 2001), związanego z nasileniem objawów wytwórczych i z koncentracją na bogactwie przeżyć wewnętrznych. Intensywne objawy chorobowe, niezwykle i niepokojące, również sprzyjają częstszej autoanalizie i oderwaniu od rzeczywistości.

Wartość Wskaźnika Mnogości rzeczywiście okazała się być najwyższa u osób zdrowych, szczególnie w porównaniu z pacjentami o objawach pozytywnych schizofrenii. Wysoką wartość Wskaźnika Mnogości wiązał Ertel z tendencją do kategoryzowania zdarzeń w poszukiwaniu ogólnych wzorców i prawidłowości, niską zaś z koncentracją na jednostkowym doświadczeniu i osobistym przeżyciu jednostki. Podobnie Wskaźnik Klasyfikacji, najwyższy u pacjentów schizofrenicznych z objawami pozytywnymi, wskazuje na większą tendencję do uogólnienia.

² Bardziej szczegółowe opracowanie wyników pomiarów wskaźnika dogmatyzmu, w szczególności w rozbiciu na poszczególne wymiary semantyczne, znajdują się w: Obrębska i Nowak, 2011.

niania i klasyfikacji w tej grupie badawczej, szczególnie w porównaniu z grupą osób zdrowych.

Najwyższa wartość Wskaźnika Nominalizacji w grupie kontrolnej wskazuje, zgodnie z interpretacją Ertela, na największą złożoność poznawczą i leksykalną ich wypowiedzi. W wypowiedziach pacjentów, szczególnie o objawach pozytywnych schizofrenii w sposób istotny dominują czasowniki, co potwierdziła również szczegółowa analiza leksykalna (Obrębska, 2011). Wydaje się, iż tę nadreprezentację czasowników w wypowiedziach pacjentów psychotycznych wyjaśnić można poprzez odwołanie się do dynamiki procesu chorobowego i do badań neuroanatomicznych nad schizofrenią. Pierwszemu etapowi psychozy często towarzyszą urojenia wielkościowe, poczucie wszechmocy i sprawstwa, podwyższony, wręcz euforyczny nastrój i „kompensacyjnie pozytywny obraz siebie” (Chuchra, 2008, s. 535). Ze wzmożoną dynamiką życiową i dobrym samopoczuciem wiąże się uczucie górowania nad światem otaczającym, poczucie ważnej misji do spełnienia. Przekłada się to, być może, na bardziej dynamiczne i „działaniowe” ujmowanie świata, nastawienie na zmienianie go i przekształcanie, co język odzwierciedla nagromadzeniem czasowników. Mniejsze znaczenie mają tu inne osoby, rzeczy i ich właściwości, to, co statyczne i niezmiennie, co język narracji obrazuje zaniżonym poziomem rzeczowników i przymiotników. Pacjenci pozytywni nastawieni są na dokonywanie zmian, na działanie, a nie na przeżywanie i analizowanie. Wizerunek ten wydaje się korespondować z wynikami badań Dawida Pablo Bodera, na które powołuje się Władysław Jacek Paluchowski (2010, s. 66) zgodnie z którymi „intensywność używania czasowników wskazuje na aktywny, dynamiczny, niespokojny, emocjonalny i niekiedy mało refleksyjny styl mówienia, a wysoka ich proporcja wśród przymiotników jest wskaźnikiem poziomu skoncentrowania na sobie, podczas gdy niska wskazuje na orientację na otoczenie”.

Inną próbę wyjaśnienia tej „intensywności używania czasowników” przynoszą badania neuropsychologiczne, dotyczące zakotwiczenia poszczególnych kategorii gramatycznych w strukturze słownika umysłowego. Dowodzą one (Kurcz, 2005), iż czasowniki tkwią w nim mocniej niż rzeczowniki, mając swoją siedzibę w płatach czołowych, podczas gdy rzeczowniki i przymiotniki lokalizują się w płacie skroniowym. Wydaje się to ciekawe w kontekście badań neuroanatomicznych nad schizofrenią (Czernikiewicz, 2004), w których stwierdzono uszkodzenie cytoarchitektoniki kory lewego płata skroniowego u osób chorych na schizofrenię z dominującymi objawami pozytywnymi choroby. U chorych z objawami negatywnymi natomiast można wykazać dysfunkcje psychiczne typowe dla uszkodzenia płatów czołowych, szczególnie okolicy prefrontalnej, jak na przykład zmniejszenie płynności mowy, częstsze błędy artykulacyjne, pogorszenie zdolności do klasyfikacji bodźców.

Dokonując opisu prezentowanych fotografii, pacjenci ze schizofrenią znacząco częściej w porównaniu z osobami zdrowymi (Obrębska i Nowak 2010) posługiwali się

również kategorią czasu przeszłego czasowników, cofając się do własnych wspomnień i przeżyć. Osoby zdrowe natomiast koncentrowały się na aktualnej sytuacji badawczej, sytuacji „tu i teraz”, bez potrzeby analizowania przeszłości.

Najniższa wartość Wskaźnika Abstrakcyjności u pacjentów schizofrenicznych z objawami negatywnymi potwierdza charakterystyczne dla tej grupy rzadsze posługiwanie się pojęciami abstrakcyjnymi, szczególnie w porównaniu z pacjentami o objawach pozytywnych, zaś wysoki poziom Wskaźnika Dogmatyzmu w grupie pacjentów pozytywnych – obronny i usztywniony sposób interpretowania rzeczywistości. Różnice okazały się szczególnie istotne dla wymiarów bezwyjątkowość – istnienie wyjątków, konieczność – możliwość, pewność – niepewność, wyłączenie – włączanie, co wskazuje na wysoki poziom ogólności i uskrajnienia sądów, silne i niepodważalne przekonanie o ich prawdziwości, stanowczość i zdecydowanie w ich wyrażaniu oraz na brak otwartości i gotowości do dialogu. Wyniki Wskaźnika Dogmatyzmu potwierdziły ogólne wrażenie, jakie wywierali pacjenci schizofreniczni podczas przeprowadzania badania. Opisowi fotografii towarzyszyła duża pewność wypowiedzi i silne przekonanie o jej słuszności. Chorzy rzadko wyrażali wątpliwości i krócej zastanawiali się nad treścią wypowiedzi. Jeden z chorych na wszystkich fotografiach rozpoznawał samego siebie i potrafił bez zająknięcia podać, z dużym przekonaniem, dokładną datę i miejsce zrobienia fotografii. Jakiegokolwiek próby podważenia opinii chorych spotykały się z wrogością. Osoby zdrowe natomiast częściej zastanawiały się nad różnymi możliwościami interpretacyjnymi, wyrażały wątpliwości i prosiły o dodatkowe wyjaśnienia. Zadawały też więcej pytań i nie były tak pewne swoich wypowiedzi.

Podsumowując, analiza Wskaźników Stylów Mówienia wykazała istotne różnice pomiędzy grupą kontrolną a osobami chorymi, szczególnie typu pozytywnego schizofrenii. Style mówienia osób chorych i zdrowych różnią się poziomem ogólności, abstrakcyjności, pewności wypowiedzi i stopniem akcentowania własnej osoby. Mamy świadomość, że na obecnym etapie badanie ma charakter wyłącznie opisowy, jego celem jest scharakteryzowanie językowych właściwości wypowiadania się osób chorych na schizofrenię w odniesieniu do grupy kontrolnej. Zaobserwowane różnice zachęcają jednak do bardziej pogłębionych studiów i do poszukiwania, zasugerowanych przez Ertela, powiązań pomiędzy stylami mówienia a stylami poznawczymi badanych osób.

LITERATURA

- Andreasen, N. (1984a). *Scale for the Assessment of Negative Syndroms (SAPS)*. Iowa City: University of Iowa.
- Andreasen, N. (1984b). *Scale for the Assessment of Positive Syndroms (SAPS)*. Iowa City: University of Iowa.
- Andreasen, N., Crow, T. (1979). Thought, language and communication disorders. Clinical assessment, definition of terms and evaluation of their reliability. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1315–1321.

- Baschek, L., Breidenkamp, J., Öhrle, B., Wippich, W. (1977). Bestimmung der Bildhaftigkeit. Konkretheit und der Bedeutungshaltigkeit von 800 Substantiven. *Zeitschrift für Experimentelle und Angewandte Psychologie*, 24, 99–142.
- Birchwood, M., Jackson, Ch. (2004). *Schizophrenia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Bruner, J. (2006). *Kultura edukacji*. Kraków: Universitas.
- Chuchra, M. (2008). Koncepcja siebie chorych na schizofrenię – przegląd badań. *Psychiatria Polska*, 4, 533–545.
- Czernikiewicz, A. (2004). *Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii.
- Drat-Ruszczak, K. (1995). *Poznanie i emocje w schizofrenii. Różnicujący wpływ kontekstu społecznego*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Dunaj, B. (2007). *Współczesny słownik języka polskiego*. Warszawa: Wydawnictwo Langenscheidt Polska Sp. z o.o.
- Ertel, S. (1986) Language, thought and culture: Toward a merger of diverging problem fields. W: I. Kurcz, G.W. Shugar, J.H. Danks (red.), *Knowledge and language* (s. 139–163). Amsterdam: Elsevier Science Publishers.
- Janusz, B., Gdowska, K., de Barbaro, B. (2008). *Narracja. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kępiński, A. (2001). *Schizophrenia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Klasik A., Krupka-Matuszczyk I., Krysta K. (2005). *Procesy poznawcze człowieka – norma a schizofrenia*. Warszawa: Agencja Reklamowo-Wydawnicza.
- Kurcz, I. (1987). *Język a reprezentacja świata w umyśle*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Kurcz, I. (2005). *Psychologia języka i komunikacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Kurcz, I. (2006). Język w służbie umysłu. *Kolokwia Psychologiczne*, 15, 15–33.
- Obrębska, M. (2007). Myślenie stereotypowe w normie i w patologii. *Człowiek i Społeczeństwo*, 27, 135–145.
- Obrębska, M. (2010). Wielkie narracje w schizofrenii. W: M. Straś-Romanowska, B. Bartosz, M. Żurko (red.), *Psychologia małych i wielkich narracji* (s. 215–227). Warszawa: Wydawnictwo ENETEIA.
- Obrębska, M. (2011). Analiza leksykalna tekstów wypowiedzi pacjentów ze zdiagnozowaną schizofrenią paranoidalną. Doniesienie z badań. W: M. Obrębska (red.), *Zaburzenia mowy, języka i komunikacji* (s. 25–41). Poznań: Wydawnictwo Naukowe WNS.
- Obrębska, M., Nowak, A. (2010). Perspektywa czasowa w schizofrenii. Doniesienie z badań. *Badania nad schizofrenią (Current Problems of Psychiatry)*, 11, 4, 323–327.
- Obrębska M., Nowak S. (2011). *The level of dogmatism in schizophrenia. A comparative analysis of utterance texts with the use of the Suitbert Ertel Dogmatism Quotient*. *Psychology of Language and Communication*, 15, 1, 49–61.
- Obrębska, M., Obrębski, T. (2010). Charakterystyka wybranych cech wypowiedzi osób chorych na schizofrenię. Analiza porównawcza z wykorzystaniem Wskaźników Stylów Mówienia Suitberta Ertela. Wstępne doniesienie z badań. *Badania Nad Schizofrenię (Current Problems of Psychiatry)*, 11, 1, 11–19.
- Obrębski, T., Stolarski, M. (2006). UAM Text Tools – A Flexible NLP Architecture. W: N. Calzolari (red.), *Fifth International Conference on Language Resources and Evaluation*. Genua, Italy, 24–26.05.2006. Paryż: ELRA, 2259–2262.
- Paluchowski, W.J. (2010). Komputerowa analiza narracyjności. Wybrane problemy metodologiczne. W: M. Straś-Romanowska, B. Bartosz, M. Żurko (red.), *Badania narracyjne w psychologii* (s. 53–82). Warszawa: Wydawnictwo ENETEIA.
- Pennebaker, J.W., Stone, L.D. (2003). Words of wisdom: Language use over the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 2, 291–301.
- Polański, K. (1993). *Encyklopedia językoznawstwa ogólnego*. Wrocław: Wydawnictwo im. Ossolińskich.
- Rokeach, M. (1960). *The open and closed mind. Investigation into nature of belief systems and personality systems*. New York: Basic Books.
- Straś-Romanowska, M., Bartosz, B., Żurko, M. (2010). *Badania narracyjne w psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo ENETEIA.
- Szymczak, M. (1982). *Słownik języka polskiego*. Warszawa: PWN.
- Trzebiński, J. (2002). *Narracja jako sposób rozumienia świata*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wciórka, J. (2002). Schizofrenia. W: A. Bilikiewicz, S. Puzyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria* (s. 213–298). Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Woźniak, T. (2000). *Zaburzenia języka w schizofrenii*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Zeigarnik, B.W. (1969). *Patologia myślenia*. Warszawa: PWN.