

# Czy mówimy tym samym językiem? Analiza języka urojeń

## Do we speak in the same language? Analysis of delusional language

**Abstract:** The aim of this article is a problem of delusional language. The author cites some statements made by patients, both with monothematic and polythematic delusions. She also indicates main difficulties in understanding and interpreting such statements and hypotheses explaining differences between delusional and non-delusional language. She also proposes further ways of exploring delusional language.

**Keywords:** delusions, delusional language, cognitive theories of delusions

### 1. Wprowadzenie<sup>1</sup>

Niniejszy artykuł jest próbą scharakteryzowania problemów językowych, jakie występują w przypadku osób z urojeniami. Na początku zostanie przywołanych kilka kwestii teoretycznych – wyjaśnienie definicji i rodzajów urojeń oraz teorii kognitywnych. Następnie zostaną przedstawione i zanalizowane wybrane wypowiedzi osób z urojeniami. Na tej podstawie wskazane zostaną główne trudności w rozumieniu i interpretacji tych wypowiedzi. Będzie to podstawą do przywołania wyjaśniających je hipotez. Na zakończenie autorka zaproponuje dalsze drogi badań nad językiem osób z urojeniami.

### 2. Wyjaśnienia definicyjne

Urojenia są uznawane za rodzaj przekonań związanych z zaburzeniami psychicznymi [Bortolotti 2015]. Definicje starają się oddać ich specyfikę, choć nie rozjaśniają jej w pełni. Badacze urojeń powołują się zwykle na te, które zawarte są w systemach klasyfikacji DSM-IV i DSM-V. Można w nich odnaleźć stwierdzenie, że urojeniem jest: „fałszywe przekonanie oparte na niewłaściwym wnioskowaniu o zewnętrznej rzeczywistości, silnie podtrzymywane pomimo tego, w co wierzy prawie każdy i pomimo ustanowienia bezspornych i oczywistych dowodów lub faktów przeciwnych”

<sup>1</sup> Składam serdecznie podziękowania dr. hab. S.T. Kołodziejczykowi za pomoc przy pracy będącej podstawą niniejszego artykułu.

[DSM-IV 2000], oraz że jest to „trwałe przekonanie, które nie jest podatne na zmiany w świetle przeczących mu dowodów”<sup>2</sup> [DSM-V 2013] [tłum. – A.S.].

Jak zostało wspomniane powyżej, definicje te nie wyczerpują charakterystyki urojeń. Można zadać wiele pytań, na które one nie odpowiadają, np. jak odróżnić urojenia od podobnie brzmiących i równie nieuzasadnionych przekonań [Bortolotti 2015]. Definicje te nie dotyczą również problemu ich formowania. Temat ten podejmują jednak teoretycy urojeń, m.in. w obrębie teorii kognitywnych, które stanowią punkt wyjścia dla rozważań zawartych w tym artykule.

Jako kognitywne teorie urojeń określa się te koncepcje, które poszukują źródła urojeń w procesach poznawczych. Oddolne (*bottom-up*) wskazują na zmiany w percepcji i sposobie doświadczania świata, odgórne (*top-down*) natomiast, w rozumowaniu i języku [Bortolotti 2015]. Ze względu na temat tego artykułu odwoływać się będę do teorii odgórnych.

Poniżej przywołane zostaną wypowiedzi osób, u których zdiagnozowano różne rodzaje urojeń. Głównym objaśnieniem, jakie należy w tym momencie wprowadzić, jest podział na urojenia monotematyczne i politematyczne [Bortolotti 2015]. Pierwsze z nich mogą być jedynymi nietypowymi przekonaniami, jakie przejawia dana osoba, dotyczą jednego zagadnienia i nie są powiązane z innymi sądami jednostki. Drugie natomiast są bardziej złożone – stanowią sieć powiązanych ze sobą przekonań. Przykładami urojeń monotematycznych są: urojenie Cotarda, Capgrasa, somatoparafrenia oraz nieprawidłowa identyfikacja siebie w lustrze, a urojeń politematycznych – urojenia prześladowcze i urojenia braku kontroli. Ten drugi rodzaj jest uznawany za jeden z symptomów schizofrenii. Podane powyżej przykłady urojeń zostaną scharakteryzowane w trakcie przywoływania charakterystycznych dla nich wypowiedzi.

### 3. Język urojeń – uwagi ogólne

Język osób z urojeniami monotematycznymi zdaje się różnić od języka osób ze schizofrenią. Ten pierwszy zbliżony jest do języka używanego przez większość ludzi. Różnica między nimi dotyczy głównie sposobu stosowania niektórych słów. Ten drugi natomiast zdaje się bardzo radykalnie odbiegać od języka używanego na co dzień. Wydaje się mieć zmienioną zarówno semantykę, jak i syntaktykę. Ze względu na tak znaczne różnice między tymi dwoma rodzajami urojeń analiza ich języka przeprowadzona zostanie osobno. Na początku opisany zostanie język osób z urojeniami monotematycznymi, a następnie język osób ze schizofrenią.

---

<sup>2</sup> Fixed beliefs that are not amenable to change in light of conflicting evidence.

## 4. Urojenia monotematyczne

### 4.1. Urojenia dotyczące identyfikacji

Problemem części urojeń jest niemożliwość identyfikacji wcześniej znanego obiektu. Należą do nich m.in.: urojenie Capgrasa, somatoparafrenia i nieprawidłowa identyfikacja siebie w lustrze (*mirrored self-misidentification*) [Bell i in. 2006]. Oś tych urojeń stanowi problem tożsamości. Następuje w nich niemożność identyfikacji osoby lub części ciała. To, co zostało zapamiętane, uznane zostaje za coś innego, choć nieodróżnialnego od czegoś, co widzi się przed sobą. Przykładowe wypowiedzi pacjentów, na podstawie których powyższe urojenia są diagnozowane, brzmią:

[α]: „To nie jest moja żona, to jest ktoś podstawiony, kto tylko wygląda jak ona” (urojenie Capgrasa) [Coltheart, Langdon i McKay 2007; Grzywa i Gronkowski 2010];

[β]: „Ta ręka nie jest moja, tylko twoja” (somatoparafrenia) [Coltheart i in. 2007; Grzywa i Gronkowski 2010];

[γ]: „To nie ja, to ktoś obcy, kto wygląda jak ja” (nieprawidłowa identyfikacja siebie w lustrze) [Coltheart i in. 2007; Grzywa i Gronkowski 2010].

Cechą tych wypowiedzi jest negacja jakiegoś stanu rzeczy („to nie jest moja żona”, „to nie jest moja kończyzna”, „to nie ja”). Pacjent przeczy widzeniu osoby lub części ciała, którą do tej pory znał. Jednocześnie jest świadom, że osoba lub kończyzna, którą ma przed sobą, jest nieodróżnialna od tej, którą zapamiętał. Podtrzymuje on swoje twierdzenie pomimo argumentów przeczących.

### 4.2. Urojenie Cotarda

W przypadku urojeń Cotarda chory wypowiada twierdzenia typu:

[δ]: „Jestem martwy” [Coltheart i in. 2007];

[ε]: „Nie żyję” [Grzywa i Gronkowski 2010];

[ζ]: „Nie istnieję” [Bell i in. 2006].

W wypowiedziach tych, podobnie jak przy urojeniach dotyczących braku identyfikacji, można zauważyć negację pewnego stanu rzeczy – istnienia. Wyraża się ona poprzez dodanie do czasownika „żyć” lub „istnieć” partykuły „nie” lub przez wskazanie przeciwnego stanu rzeczy – bycia martwym. Próby wyjaśnienia pacjentowi, że nie można być martwym i jednocześnie chodzić i oddychać, nie przynoszą pożądanых skutków.

## 5. Schizofrenia

Komunikacja z osobą chorującą na schizofrenię stanowi o wiele większy problem. Poniżej przedstawione i opisane zostaną dwie wypowiedzi takich pacjentów.

## 5.1. Schizofazja

Wypowiedzi schizofreników posiadają różną treść, ale często ich forma jest podobna. Nierzadko kończą oni zdania w połowie, wypowiadają pojedyncze słowa lub budują zdania gramatycznie poprawne, ale składające się z terminów niezwiązanych ze sobą. Taką konstrukcję wypowiedzi nazywa się schizofazją (sałatą słowną) [Bilikiewicz i Strzyżewski 1992]. Przykładem jest wypowiedź [η]:

Przysłał po mnie Kowalski, żebym pieniądze oddała. Chcieli liczyć... sto, dwieście, trzydzieści. Ale mnie głowa boli, o tu, w tym miejscu. Jak tak długo leżę, to zbliżają się i mówią... wszyscy tak robią, a ja mogę chodzić do szwalni... chodziłam już kiedyś, na dziesiątkę... miałam nakazy. Pan też ma nakazy, zakazy... jak trzeba, to są najmniejsze, coraz mniejsze... równo poukładane, moje nazwisko... potem imię, dwojga imion... [Bilikiewicz i Strzyżewski 1992].

W wypowiedzi tej można zauważyć fragmentaryczność zdań, brak związku między nimi i dużą różnorodność tematyczną. Tradycyjnie uważa się, że taka mowa świadczy o rozkojarzeniu pacjenta [Bilikiewicz i Strzyżewski 1992].

Wypowiedź gramatycznie przypominająca zdanie może brzmieć następująco:

[θ]: „Myśli mojej mamy są niesione na kropłach deszczu, które spadają na klimatyzator” [Bell i in. 2006]. Łatwo zauważyć tu zaburzenie semantyki. Umieszczenie tego typu słów w takim kontekście zdaje się nie mieć żadnych podstaw, przynajmniej w języku używanym powszechnie.

## 5.2. Neologizmy

Schizofrenicy nierzadko wprowadzają do języka nowe wyrażenia, np.: „język nerwów”, „odmęzczyźnianie”, „zmienne zegary” [Schreber 2006]. Ubogacenie leksyki sprawia, że wypowiedzi osób ze schizofrenią wydają się brzmieć tak, jakby bazowały na całkiem nowym języku.

## 6. Trudności z rozumieniem i interpretacją wypowiedzi osób z urojeniami

W trakcie rozmów z osobami urojeniowymi często dochodzi do braku rozumienia treści wypowiedzi pacjenta. Poniżej przedstawione zostaną główne trudności związane z rozumieniem i interpretacją wypowiedzi osób z urojeniami. Bazę stanowić będą zdania wymienione w poprzedniej części pracy [α] – [θ].

### 6.1. Opis trudności w urojeniach monotematycznych

Przy poszukiwaniu przyczyny braku rozumienia pacjentów z urojeniami monotematycznymi można wziąć pod uwagę dwie opcje. Pierwsza z nich polega na założeniu ich racjonalności. Gdy przyjmie się, że sposób rozumowania osoby z urojeniem nie jest zaburzony, powstaje pytanie o sposób użycia przez nią pojęć. Druga opcja opiera

się na uznaniu, że pacjent rozumie pojęcia tak samo jak inni ludzie. Problematiczna staje się wtedy interpretacja jego wypowiedzi.

### 6.1.1. Założenie racjonalności

Mogłoby się wydawać, że pacjenci z urojeniami rozumują w sposób zbliżony do ludzi bez urojeń [Smurzyńska 2014]. Przy założeniu racjonalności takiego człowieka można by przypuszczać, że gdy wypowie on [α], to da się go przekonać, że stoi przed nim jego żona. Tymczasem wszelkie próby wykazania tożsamości tejże żony, np. pokazanie, że posiada ona odpowiednie wspomnienia, kończą się niepowodzeniem [Campbell 2001; Kapusta 2010]. Podobna sytuacja występuje przy somatoparafrenii [β]. Pacjent, wskazując na swoją rękę, twierdzi, że ona do niego nie należy. Co więcej, gdy dostanie pytanie, gdzie jest jego ręka, nie jest w stanie na nie odpowiedzieć [Sacks 2008]. Analogiczne zjawisko występuje w przypadku innych urojeń monotematycznych. Pacjenta z urojeniem Cotarda nie sposób przekonać o jego istnieniu, nawet gdy udowadnia się mu, że nie można być martwym i jednocześnie chodzić czy oddychać [Campbell 2001].

Takie sytuacje skłaniają do stwierdzenia, że pacjenci urojeniowi używają pojęć w odmienny sposób. W [α] problematyczne zdaje się pojęcie „żona”, w [β] – „moja ręka”, w [γ] – „ja”, w [δ] – „martwy”, w [ε] – „nie żyję”, w [ζ] – „nie istnieję”. Przy tego typu stwierdzeniach powstaje problem ze scharakteryzowaniem treści urojenia [Campbell 2001]. Jeśli człowiek używa słów w sposób konsekwentny, ale ich znaczenie różni się od powszechnie przyjętego, niejasna staje się treść jego wypowiedzi.

### 6.1.2. Założenie stałości znaczenia słów

Można rozważyć odwrotną sytuację. W związku z tym, że zdania wypowiedziane przez osoby z urojeniami wydają się zrozumiałe, można założyć, że używane przez nie słowa zachowują swoje pierwotne znaczenie. Przy takim postawieniu sprawy powstaje jednak problem użycia tych słów. Jeśli pacjent patrzy na swoje odbicie i mówi, że w lustrze widać kogoś innego – [γ] lub oznajmia, że nie istnieje – [ζ], to treść jego wypowiedzi staje się problematyczna. Przestaje być wtedy jasne, czy taka osoba rozumie słowa, których używa, i czy używa ich w sposób konsekwentny. Podważenie tych zdolności skutkuje uznaniem danej jednostki za irracjonalną [Campbell 2001; Rhodes i Gipps 2008] lub wręcz obłąkaną [Wittgenstein 2008].

## 6.2. Opis trudności językowych w schizofrenii

U osób ze schizofrenią trudności komunikacyjne są o wiele większe. O ile w przypadku urojeń monotematycznych wydaje się, że zaburzenia językowe występują jedynie na poziomie leksykalnym, o tyle w schizofrenii zmiana ta zdaje się mieć charakter globalny. Poniżej przedstawione zostaną trzy charakterystyczne cechy wypowiedzi schizofreników. Autorka zaznacza, że nie wyczerpują one całej specyfiki tego rodzaju dyskursu, jednak ograniczenia artykułu nie pozwalają na rozwinięcie tej tematyki.

### 6.2.1. Fragmentaryczność wypowiedzi

Widoczną cechą wypowiedzi [η] jest jej fragmentaryczność. Zdania są urywane w połowie, a niektóre ich elementy wydają się środkiem lub zakończeniem innych. Fragmentaryczność dotyczy też treści. Każda fraza zdaje się dotyczyć innego tematu. Wydaje się, jakby jedna myśl takiej osoby nie została dokończona, kiedy pojawiła się następna. Fragmentaryczność wypowiedzi może się objawiać również powtarzaniem jednego słowa lub grupy słów (perseweracje) [Bilikiewicz i Strzyżewski 1992].

Ten problem językowy można uznać za rodzaj zaburzenia syntaktyki. Ze względu na to, że zdania nie mają takiej formy jak w języku używanym przez większość ludzi, trudno stwierdzić, gdzie się one zaczynają i gdzie kończą. W konsekwencji zrozumienie treści takiej frazy jest bardzo utrudnione.

### 6.2.2. Brak logiczności wypowiedzi

W wypowiedziach określanych jako schizofazja można zauważyć brak ciągłości logicznej. Przyjmuje ona dwie postaci – międzyzdaniową i wewnątrzzdaniową. W pierwszym przypadku zdania nie wynikają jedno z drugiego, nie ma między nimi ciągłości. Taką sytuację można zauważyć w wypowiedzi [η]. Jej fragmenty zdają się dotyczyć bardzo różnorodnej tematyki. W drugim przypadku brak ciągłości logicznej występuje w obrębie jednego zdania. Można to zauważyć w [θ]. To zdanie jest zbudowane poprawnie syntaktycznie, brakuje mu jednak spójności semantycznej. Być może wypowiedź ta jest złożeniem fragmentów czterech zdań: „myśli mojej mamy”, „są niesione”, „krople deszczu”, „spada na klimatyzator”. Można doszukiwać się w niej również sensu metaforycznego, jednak trudno określić, co taka metafora miałaby oznaczać. Inną możliwością jest uznanie modyfikacji w relacjach między pojęciami u schizofrenika. Być może w jego sieci semantycznej istnieją takie związki frazeologiczne jak: „nosić myśli” czy „krople deszczu niosą”. Zaburzenia semantyczno-syntaktyczne skutkują trudnościami w rozumieniu wypowiedzi pacjentów ze schizofrenią.

### 6.2.3. Neologizmy

Problemem innego rodzaju jest leksyka osób ze schizofrenią. Nierzadko tworzą one nowe słowa i wyrażenia. Nie powstają one zwykle w próżni, każde jest związane odpowiednimi relacjami semantycznymi ze słowami już istniejącymi. Rozumienie takiego wyrażenia, w którym główną rolę odgrywają neologizmy, sprawia dużą trudność.

## 6.3. Diagnoza problemów

Wydaje się, że problemem językowym w przypadku urojeń monotematycznych jest sposób użycia słów. Być może zmieniają one swoje znaczenie lub nabierają znaczenia podwójnego. Możliwą hipotezą jest również zmiana relacji semantycznych w obrębie słownika osoby z takim urojeniem.

W schizofrenii problem językowy zdaje się mieć natomiast charakter globalny. Zaburzona jest syntaktyka – zdania tracą swój kształt, nie ma między nimi związków

logicznych, oraz semantyka – tworzone są nowe słowa, a istniejące wchodzą w nowe związki frazeologiczne.

Problemy te utrudniają zrozumienie wypowiedzi pacjenta (szczególnie w schizofrenii) i jej interpretację (w urojeniach monotematycznych).

## 7. Próby wyjaśnienia problemów językowych osób z urojeniami

Hipotezy wyjaśniające problemy językowe osób z urojeniami można podzielić na dwa rodzaje – te, które dotyczą zmian lokalnych (związanych ze znaczeniem słów), i te, które dotyczą zmian globalnych (semantyczno-syntaktycznych). Pierwsze z nich dotyczą głównie urojeń monotematycznych (choć można je zastosować również do schizofrenii). Drugie natomiast próbują wyjaśnić język schizofreników, który zdaje się przyjmować mocno zindywidualizowaną postać.

### 7.1. Zmiany lokalne

O zmianie znaczenia słów używanych przez osoby z urojeniami monotematycznymi może świadczyć rozbieżność między ich przekonaniami bądź przekonaniami i działaniami [Campbell 2001]. Podstawą takiego przeświadczenia jest traktowanie użycia słowa jako kryterium jego rozumienia [Wittgenstein 2008]. Zgodnie z tym założeniem obserwacja języka i zachowań danej osoby może prowadzić do zdiagnozowania, czy rozumie ona używane przez siebie słowa.

#### 7.1.1. Zmiana znaczenia

W podanych powyżej zdaniach można wskazać słowa i określenia, które prawdopodobnie mają dla pacjentów znaczenie różne od powszechnie przyjętego. W [α] jest to słowo „żona”, w [β] określenie „moja ręka”, w [γ] słowo „ja”, w [δ] przymiotnik „martwy”, w [ε] stwierdzenie „nie żyję”, w [ζ] wyrażenie „nie istnieję”. Taka zmiana leksykalna dotyczy jedynie niektórych słów, pozostałe zdają się mieć tradycyjne odniesienie.

Pojawia się jednak pytanie, czy znaczenia tych słów zmieniły się całkowicie, czy uległy one modyfikacji jedynie w kontekście przekonań urojeniowych [Bayne i Pacherie 2004]. W pierwszym wypadku pacjent używałby ich zawsze w taki sam sposób, w drugim natomiast zmieniał sposób użycia w wypowiedziach niezwiązanych z przekonaniami urojeniowymi. Okazuje się, że w rozmowach nie dotyczących urojeń pacjent może używać słowa „żona” w odpowiednim znaczeniu. Zaburzeniu może ulegać jego użycie jedynie w pewnym kontekście [Bayne i Pacherie 2004]. Znaczenie kluczowych pojęć, będących podstawą urojeń, wydaje się zatem bardzo wrażliwe na kontekst.

### 7.1.2. Podwójne znaczenie słów

Zmiana znaczenia może się też dokonywać w inny sposób. Nie tyle słowo przyjmuje nową treść, ile odnosi się do więcej niż jednego obiektu. Osoby chorujące na schizofrenię używają czasem słów w taki sposób, jakby miały one znaczenie podwójne [Campbell 2001]. Obok tradycyjnego odniesienia pojawia się drugie, które próbują wyrazić, ale nie znajdują dla niego innego określenia. Prawdopodobnie wiąże się to z zaburzeniem myślenia probabilistycznego, które objawia się tym, że dany obraz czy gest może mieć znaczenie podwójne – „krzak jest krzakiem i bandytą, uśmiech jest przyjazny i wrogi” [Kępiński 2001].

Wydaje się, że takie zjawisko występuje również u pacjentów z urojeniami monotematycznymi. Na przykład osoba wypowiadająca [δ] może chcieć wyrazić swoje poczucie odrealnienia, ale nie znajduje innego określenia swojego stanu niż „martwy”. Przymiotnik ten może być używany zatem w dwóch różnych sytuacjach, a jego znaczenie uzależnione jest od kontekstu wypowiedzi.

### 7.1.3. Zmiana relacji semantycznych

Wrażenie zmiany znaczenia słowa może być też skutkiem modyfikacji relacji semantycznych między pojęciami. Zjawisko to można wyjaśnić przez odwołanie się do podejścia koneksjonistycznego, które głosi, że język tworzy w umyśle pewną sieć. Pojęcia stanowią jej punkty węzłowe, a połączenia między nimi to relacje (np. bycia atrybutem, przynależności do kategorii) [Nęcka, Orzechowski i Szymura 2008].

Istnieje prawdopodobieństwo, że ta sieć u pacjentów urojeniowych jest zaburzona – całość relacji między pojęciami lub ich część może ulec rozpadowi albo te relacje mogą być zbyt silne.

#### 7.1.3.1. Rozpad powiązań między pojęciami

Być może przyczyną problemów w zrozumieniu i interpretacji wypowiedzi osoby urojeniowej jest rozpad relacji między pojęciami. Na przykład przymiotnik „martwy” kojarzy się zwykle z takimi czasownikami, jak: „nie chodzi” czy „nie oddycha”. Właśnie z tego powodu, gdy pacjent wypowiada [δ], wydaje się, że używa on tego określenia w innym znaczeniu. Jeśli jednak można by uznać, że to powiązanie zniknęło, to wypowiedzianie stwierdzenia „jestem martwy” przez takiego człowieka byłoby uzasadnione. Zanik relacji między pojęciami i ich określeniami czy kategoriami może zatem drastycznie zmienić sposób mówienia i myślenia.

#### 7.1.3.2. Zbyt silne powiązania między pojęciami

Prawdopodobnym zjawiskiem w urojeniach może być również odwrotna opcja – relacje między pojęciami i ich określeniami mogą być zbyt silne. Taka sytuacja zdaje się pojawiać w przypadku metafor, które są często przez pacjentów urojeniowych traktowane dosłownie [Rhodes i Gipps 2008].



Twierdzenia urojeniowe mogą być pochodną metafor, mimo że rozumiane są literalnie [Rhodes i Jakes 2004, za: Rhodes i Gipps 2008]. Stwierdzenia „czuję się, jakbym był martwy” czy „czuję się śledzony” mogą mieć wydźwięk wyłącznie metaforyczny, jednak wskutek zaburzeń w procesie powstawania przekonań mogą nabrać sensu dosłownego [Segal 1957, za: Rhodes i Gipps 2008]. Być może niektóre takie wypowiedzi powinny być traktowane jako metafory [Halligan i Marshall 1995, za: Stone i Young 1997]. Nie jest to jednak możliwe zawsze, niejednokrotnie bowiem sposób wypowiadania tych twierdzeń czy działania wskazują na to, że jest to szczere przekonanie (np. pacjent z urojeniem Capgrasa stara się zranić domniemanego oszusta, który został podmieniony za jego żonę) [Stone i Young 1997].

#### 7.1.4. Istota problemu

Elementem istotowym w powyższych analizach zdaje się leksyka osób z urojeniami. Zaburzenia językowe, jakie można u nich zauważyć, dotyczą zatem słownictwa, a dokładniej znaczenia określonych słów. Język osób ze schizofrenią o wiele bardziej odbiega od norm języka publicznego.

### 7.2. Zmiany globalne

Zmiany językowe u schizofreników zdają się mieć charakter globalny (semantyczno-syntaktyczny). Można próbować je wyjaśnić przez odwołanie się do następujących koncepcji: języka prywatnego, gry językowej lub solipsyzmu.

#### 7.2.1. Hipoteza – język prywatny

Pewnym sposobem wyjaśnienia specyfiki języka osób ze schizofrenią jest koncepcja języka prywatnego. Językiem prywatnym nazywa się język stworzony przez daną osobę na jej własny użytek, do mówienia o jej własnych doznaniach [Wittgenstein 2008]. Osoba, która wymyśliłaby taki język, sama tworzyłaby nowe słowa i nadawała im znaczenie. Inne osoby nie mogłyby tego języka rozumieć. Jeśli można by uznać, że język osób z urojeniami jest językiem prywatnym, to wyjaśniałoby to, dlaczego zdaje się on tak mocno zindywidualizowany [Kapusta 2010].

Wittgenstein pisał, iż tego typu język jest możliwy do pomyślenia. Człowiek, który by go tworzył, wypowiadałby lub zapisywał swoje wewnętrzne uczucia lub nastroje [Wittgenstein 2008]. Trzeba przy tym zaznaczyć, że Wittgensteinowi chodziło o język opisujący prywatne, subiektywne doznania. Tylko osoba przeżywająca dany stan mogłaby go określić w sposób poprawny. Jednocześnie twierdził on, że język taki nie ma racji bytu. Po pierwsze, język z natury służy do komunikacji z innymi ludźmi. Jeśli jedna osoba mówi o jakimś doznaniu, to głównie po to, by przekazać to drugiej osobie. W tym przypadku jedyną możliwością byłoby wypowiadanie na głos jakiegoś wyrażenia bez konkretnego celu. Po drugie, problematyczne w takim języku byłyby reguły poprawnego użycia słów. W języku publicznym są one zagwarantowane dzięki intersubiektywnemu charakterowi języka. Poprawnego użycia pojęć człowiek uczy się

dzięki temu, że inni ludzie go obserwują i, w razie potrzeby, poprawiają. W języku prywatnym nie ma miejsca dla jakiegokolwiek obiektywnego kryterium.

Mimo iż Wittgenstein odrzucał tę hipotezę, po odpowiedniej modyfikacji można by ją wykorzystać do scharakteryzowania języka schizofreników. Istnieją przesłanki za twierdzeniem, że język osób z urojeniami różni się od języka publicznego: słowa zmieniają znaczenie tak, że stają się nieczytelne, relacje między pojęciami ulegają modyfikacjom, metafory rozumiane są literalnie, chorzy używają nowych, tylko im znanych słów, ich zdania budowane są na podstawie innej syntaktyki niż ta, którą wykorzystuje większość ludzi [Crow 1997; Docherty 2011]. Ilość i jakość tych zmian może sugerować, że taka osoba stworzyła swój prywatny język [Kapusta 2010]. Prywatny język w tym znaczeniu byłby rozumiany jako język stworzony przez daną osobę i funkcjonujący z wykorzystaniem nowo wytworzonej semantyki i syntaktyki. Pojęcia w jego obrębie odnosiłyby się zatem nie tylko do prywatnych doznań, ale i zjawisk i przedmiotów materialnych.

Wydaje się jednak, że języka osób urojeniowych nie można traktować jak języka prywatnego. Po pierwsze, większość pojęć, jakich one używają, należy do wyrażen języka publicznego. Język prywatny natomiast musiałby być stworzony bez ich wykorzystania – nie mógłby posiadać takiej samej gramatyki czy słownictwa jak język publiczny. Co więcej, język prywatny byłby całkowicie niezrozumiały, natomiast treści urojeń zdają się zrozumiałe, przynajmniej w pewnym stopniu.

Hipotezy tej nie powinno się jednak całkowicie odrzucać. Mogłaby ona stać się podstawą do badań empirycznych, których celem byłoby sprawdzenie semantyki i syntaktyki języka osób ze schizofrenią.

### 7.2.2. Hipoteza – zmiana gry językowej

Kolejną hipotezą jest zmiana gry językowej. Gra językowa jest zbiorem wyrażen językowych, sposobu ich użycia i czynności, które są z nimi związane [Wittgenstein 2008]. Przykładami są: wysuwanie hipotezy i jej sprawdzanie, odgadywanie zagadki, tłumaczenie z jednego języka na drugi, witanie, dziękowanie itp. [Wittgenstein 2008]. Gry językowe mogą ulegać zmianie. Razem z nimi zmieniają się pojęcia i sposób ich użycia [Wittgenstein 1993].

Zmianę językową u osób z urojeniem można w pewnym sensie nazwać zmianą gry językowej [Kapusta 2010]. Przemawia za tym spostrzeżenie, iż zmienia się znaczenie słów i sposób ich użycia. Wydaje się to tak radykalne, jak w przypadku zmiany pojęciowej przy rewolucji teorii naukowej [Campbell 2001].

Do uznania urojenia za grę językową brakuje jednak istotnej cechy – wspólnoty. Gra językowa powinna występować we wspólnocie, a wszyscy jej użytkownicy powinni używać pojęć w jednakowy sposób [Wittgenstein 2008]. W przypadku urojeń nie można zatem mówić o nowej grze językowej, ale raczej o jej iluzji [Kapusta 2010]. Nie ma tu bowiem wspólnoty, jest tylko jednostka, która używa pojęć w specyficzny sposób.

### 7.2.3. Hipoteza – solipsyzm

Innym sposobem wyjaśnienia sytuacji schizofrenika jest odwołanie się do koncepcji solipsyzmu. Solipsyzm jest postawą człowieka, który twierdzi, że istnieje tylko on i jego doświadczenia [Blackburn 2004].

Wydaje się, że często w taki sposób funkcjonuje schizofrenik [Sass 1994, za: Kapusta 2010]. Obok urojeń doświadcza on halucynacji, które sprawiają, że zdaje się funkcjonować w innej rzeczywistości. Może to wyjaśniać, dlaczego używa on zindywidualizowanego języka. Jeśli bowiem innych ludzi traktuje jak własny wytwór, to może porozumiewać się z nimi językiem wytworzonym przez siebie.

Sztandarowym przykładem tego typu postawy jest przypadek Daniela Paula Schrebera, który w książce *Pamiętniki nerwowo chorego* [2006] opisał przebieg swojej choroby, uznawanej za schizofrenię. Niejednokrotnie używał on określenia „pobieżnie wytworzeni ludzie”, co skłania do stwierdzenia, iż jawiące się mu postaci uważał za wytworzone przez siebie. Opisując niektóre przeżycia, przyznawał się do tego, że nie jest w stanie ich językowo opisać. Przywoływał też wspomnienia sytuacji, które zdawały się dziać w przeszłości, a którym zaprzeczali inni ludzie (np. lekarz rzekomo mający w niej brać udział). Wszystko to skłania do stwierdzenia, że Schreber żył w swoim niepowtarzalnym świecie, który można by nazwać solipsystycznym.

Taka interpretacja postawy schizofrenika nie jest jednak wolna od zarzutów. Przede wszystkim konsekwentny solipsysta wypowiadałby swoje poglądy, nie licząc na jakąkolwiek reakcję ze strony słuchaczy [Wittgenstein 2008]. Pacjent schizofreniczny jest jednak w stanie rozmawiać z innymi ludźmi (również o tym, co przeżywa). Mimo iż często zdaje się nie przyjmować perspektywy rozmówcy i nie stara się jasno przekazać danego komunikatu [Docherty 2011], to nie można nazwać jego postawy solipsystyczną.

Sytuację schizofrenika można jednak w pewnym sensie nazwać quasi-solipsystyczną [Sass 1994, za: Kapusta 2010]. Nie dochodzi on bowiem do przeświadczenia o życiu we własnym uniwersum. Traktuje on swoje halucynacje jak obiektywną rzeczywistość. Nie można zatem stwierdzić, że świadomie wytwarza język, którym porozumiewa się z wytworami swojej jaźni. Mimo że czasem zachowuje się jak solipsysta, sam takiej postawy zdaje się nieświadomy.

## 8. Zarzuty wobec hipotez wyjaśniających trudności w rozumieniu języka osób z urojeniami

Hipotezy wyjaśniające trudności językowe osób z urojeniami nie są dopracowane i przebadane. Poza tym zarzutem pojawiają się też inne, związane z samą koncepcją zmian językowych. Podają one w wątpliwość takie zmiany (zasada identyczności nierozróżnialnych) lub zadają pytanie o ich przyczynę. Poniżej przedstawione zostaną oba podejścia.

### 8.1. Przyczyna zmian w języku

Wydaje się, że można wskazać argumenty za tezą mówiącą, iż u pacjentów urojenio- wych zmienia się semantyka lub syntaktyka. Rodzi się jednak pytanie: Co jest przy- czyną takiej zmiany i czemu dokonuje się ona w sposób tak gwałtowny?

Kiedy człowiek uczy się znaczenia danego słowa, nabywa wiedzy dotyczącej jego zastosowania [Wittgenstein 1993]. Jeśli zaczyna używać go w inny sposób, jego obser- wator może odnieść wrażenie, że zaszły zmiany w używanym przez niego języku (np. zmieniły się relacje między pojęciami). Niezrozumiała jest jednak przyczyna takiej zmiany semantyki.

### 8.2. Zasada identyczności nieodróżnialnych a urojenie Capgrasa

Istnieje możliwość, że pacjent z urojeniem Capgrasa używa słowa „żona” w taki sam sposób jak inni ludzie, ale uznaje, że mogą istnieć dwie nieodróżnialne osoby.

Można wysunąć hipotezę wyjaśniającą zachowanie pacjenta z urojeniem Capgra- sa, która nie dotyczy zmiany pojęć. Wystarczy odwołać się do zasady identyczności nieodróżnialnych. Głosi ona tożsamość dwóch nieodróżnialnych obiektów. Innymi słowy, mówi o tym, że niemożliwe jest istnienie dwóch obiektów o wszystkich takich samych cechach [Loux 2006]. Zakładając prawdziwość tej zasady, można się starać przekonać pacjenta z urojeniem Capgrasa, że jego żona stoi przed nim, przez poka- zanie, iż kobieta, którą nazywa oszustką, posiada te same cechy fizyczne i te same wspomnienia co jego żona. Gdy jednak pacjent nie uznaje tej zasady, zakładając, że mogą istnieć dwie nieodróżnialne od siebie osoby, to taka argumentacja nie sprawi, że zmieni on swój pogląd. Jest to prawdopodobne, ponieważ pacjent czasem twierdzi, iż nie stoi przed nim jego żona, ale jej klon [Kapusta 2010]. Jest zatem możliwe, że pacjent, patrząc na swoją żonę, głosi [α] i jednocześnie używa słowa „żona” w takim samym znaczeniu jak większość ludzi.

## 9. Podsumowanie

Powyższa analiza skłania ku stwierdzeniu, że język osób z urojeniami różni się od języka przeciętnego człowieka. Mimo że nie można nazwać go językiem prywatnym, to łatwo zauważyć w nim istotne zmiany – w sposobie użycia pojęć, w sposobie ich rozumienia i w relacjach między pojęciami. Można wysunąć zatem wniosek, że spe- cyficzny język jest istotną częścią urojenia.

Badania nad językiem osób z urojeniami powinny zatem być kolejnym etapem na drodze poznania specyfiki urojeń. Warto przyjrzeć się dokładniej powyższym suges- tiom – zmianie znaczeń słów i relacji między pojęciami. Kolejnym etapem mogłoby się stać dokładniejsze rozważenie treści urojeń oraz związku języka z emocjami towar- rzyszącymi urojeniom. Pełniejszy obraz można by uzyskać przez połączenie analiz językowych z analizami rozumowania oraz badaniami neuropsychologicznymi.

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth edition. Text Revision (DSM-IV-TR).
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth edition (DSM-5).
- Bayne, T., Pacherie, E. (2004). Bottom up or top down? *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 11, 1–11.
- Bell, V., Halligan, P., Ellis, H. (2006). Explaining delusions: A cognitive perspective. *Trends in Cognitive Science*, 10, 219–226.
- Bilikiewicz, A., Strzyżewski, W. (1992). *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Blackburn, S. (2004). *Oksfordzki słownik filozoficzny*. Kraków: Książka i Wiedza (tłum. C. Cieśliński, P. Dziliński, M. Szczubiałka, J. Woleński).
- Bortolotti, L. (2015). Delusion. W: *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, E.N. Zalta (red.), URL = <<http://plato.stanford.edu/archives/sum2015/entries/delusion/>>.
- Campbell, J. (2001). Rationality, meaning and the analysis of delusion. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 8, 89–100.
- Coltheart, M., Langdon, R., McKay, R. (2007). Schizophrenia and monothematic delusions. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 642–647.
- Crow, T.J. (1997). Schizophrenia as failure of hemispheric dominance for language. *Trends in Neuroscience*, 20, 339–343.
- Docherty, N.M. (2011). On identifying the processes underlying schizophrenic speech disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 3–11.
- Grzywa, A., Gronkowski, M. (2010). Urojenia – zaburzenia treści myślenia. *Current Problems of Psychiatry*, 11, 67–76.
- Halligan, P.W., Marshall, J.C. (1995). Supernumerary phantom limb after right hemisphere stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 59, 341–342.
- Kapusta, A. (2010). *Szaleństwo i metoda. Granice rozumienia w filozofii i psychiatrii*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kępiński, A. (2001). *Schizofrenia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Loux, M.J. (2006). *Metaphysics: A Contemporary Introduction*. New York–London: Routledge.
- Nęcka, E., Orzechowski, J., Szymura, B. (2008). *Psychologia poznawcza*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Rhodes, J., Gipps, R. (2008). Delusions, certainty, and the background. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 15, 295–310.
- Rhodes, J.E., Jakes, S.C. (2004). The contribution of metaphor and metonymy to delusions. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 1–17.
- Sacks, O. (2008). *Mężczyzna, który pomylił żonę z kapeluszem*. Poznań: Wydawnictwo Zys i S-ka (tłum. B. Lindenberg).
- Sass, L.A. (1994). *Madness and Modernism. Insanity in the Light of Modern Art, Literature and Thought*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Schreber, D.P. (2006). *Pamiętniki nerwowo chorego*. Kraków: Libron (tłum. R. Darda-Staab).
- Segal, H. (1957). Notes on symbol formation. *International Journal of Psychoanalysis*, 38, 391–397.
- Smurzyńska, A. (2014). Kognitywne teorie urojeń – o racjonalności urojeń. *Studia z Kognitywistyki i Filozofii Umysłu*, 8(1), 51–66.
- Stone, T., Young, A.W. (1997). Delusions and brain injury: the philosophy and psychology of belief. *Mind & Language*, 12, 327–364.
- Wittgenstein, L. (1993). *O pewności*. Warszawa: Aletheia (tłum. M. Sady, W. Sady).
- Wittgenstein, L. (2008). *Dociekania filozoficzne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN (tłum. B. Wolniewicz).