

Schizofazja – w kierunku językowego modelu schizofrenii

Schizophrenia – towards a language model of schizophrenia

ANDRZEJ CZERNIKIEWICZ

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie
oraz z Zakładu Logopedii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

STRESZCZENIE. *Patologia językowa w schizofrenii (schizofazja) jest jednym z kluczowych kryteriów diagnostycznych tej psychozy. Fenomeny schizofatyczne wydają się być przynależne albo syndromowi pozytywnemu schizofrenii, lub można je wyodrębnić jako osobny „syndrom schizofazji” w obrazie klinicznym schizofrenii. Tak rozumiana schizofazja jest efektem niespójności wypowiedzi i dezorganizacji na poziomie zdaniowym (wypowiedzeń).*

SUMMARY. *Language pathology in schizophrenia is one of the key diagnostic criteria for this psychosis. Schizophrenic phenomena seem to belong either to the positive syndrome of schizophrenia, or may be distinguished as a separate syndrome of schizophasia in the clinical picture of schizophrenia. Schizophrenia in this sense results from incoherence of utterances and disorganization at the sentence (utterance) level.*

Słowa kluczowe: schizofrenia / język
Key words: schizophrenia / language

SCHIZOFAZJA JAKO KRYTERIUM DIAGNOSTYCZNE SCHIZOFRENII

Tendencja do upatrywania patognomicznego objawu schizofrenii w zaburzeniach myślenia i języka datuje się od pierwszych klinicznych opisów tej choroby. Kraepelin wśród objawów *dementia praecox* (otępienie wczesne) wymienia m.in. rozkojarzenie [18]. Eugen Bleuler, twórca pojęcia schizofrenia (*schizis* – rozszczepienie, *phren* – umysł) uważał zaburzenia kojarzenia (asocjacji) za jeden z czterech objawów osiowych tej psychozy, a więc za objaw występujący u każdego chorego na schizofrenię, w każdym okresie tej psychozy [10]. Sullivan podkreślał odmienną rolę języka osób cierpiących na

schizofrenię, uważając, że autystyczne cechy tego języka są efektem utraty (regresji?) intencji komunikacyjnej u schizofrenicznych mówców [wg 26]. Maher uważał zaburzenia semantyczne za typowe dla schizofrenii, podkreślając „zubożenie” semantyki tekstu w grupie osób ze schizofrenią [23]. Twórcy systemów diagnostycznych lat siedemdziesiątych wśród kryteriów schizofrenii wymieniają „trudności w komunikowaniu się za pomocą wypowiedzi słownych...” [Feighner i wsp. 1972], albo „formalne zaburzenia myślenia” [Spitzer i wsp. 1975] lub nawet wyróżniają jako odrębny zespół schizofreniczny „zespół rozkojarzenia mowy” – z neologizmami i rozkojarzeniem wypowiedzi” [Wing i Sturt 1978].

Lata osiemdziesiąte charakteryzują się na polu badań nad schizofrenią orientacją „pozytywno-negatywną”, a więc powrotem do widzenia dwu typów schizofrenii, z których pierwszy (pozytywny) cechuje się

¹ Zmodyfikowana wersja wykładu wygłoszonego 17 listopada 1997, w Warszawie, na II Konferencji Szkoleniowej Ordynatorów: *Zaburzenia schizofreniczne*.

m.in. przewagą objawów wytwórczych (podobnie jak rozumiał je Mazurkiewicz), nadaktywnością dopaminergiczną, brakiem deficytów poznawczych i lepszym rokowaniem, a drugi (negatywny) charakteryzuje się m.in. przewagą objawów „ubytkowych” (wg określenia Mazurkiewicza), gorszym rokowaniem, subtelnymi deficytami poznawczymi, zmianami morfologicznymi mózgu i słabą reakcją na terapię neuroleptyczną [24, 27]. W takim ujęciu, w pracach Andreasen, w grupie zaburzeń myślenia, języka i komunikacji, można wyróżnić zarówno objawy pozytywne (uskokowość, zbaczanie wypowiedzi, rozkojarzenie, nielogiczność, drobiazgowość, roztargnienie, dźwięczenie mowy), jak i negatywne (alogia = ubóstwo mowy, ubóstwo treści wypowiedzi, bloki, latencja wypowiedzi) [6, 7]. Kay i Opler opisując „pozytywno-negatywny” wymiar schizofrenii, w grupie objawów pozytywnych wymieniają dezorganizację myślenia, a w grupie objawów negatywnych – ubóstwo mowy [16].

Na koniec wreszcie warto wskazać pozytywną rolę diagnostyczną schizofazji (w różnych jej ujęciach) w obowiązujących w latach osiemdziesiątych i współcześnie systemach diagnostycznych. DSM-III-R [American Psychiatric Association, 1987] w grupie objawów kluczowych dla rozpoznania schizofrenii wymienia w punkcie trzecim „rozkojarzenie lub znaczące rozluźnienie asocjacji” (*incoherence or marked loosening of associations*), a patologię językową typową dla fazy prodromalnej lub rezydualnej schizofrenii opisuje (pkt. 6) następująco: „wypowiedzi dygresyjne, dziwne, oboczne, metaforyczne lub ubóstwo treści mowy” (wg DSM-III-R) [1]. Podobnie jak DSM-III-R widzi i opisuje zaburzenia w wypowiedziach osób chorych na schizofrenię podręcznik Kaplana i Saddocka [15]. Aktualna wersja klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – DSM-IV – wymienia w grupie objawów wymaganych do rozpoznania schizofrenii, w punkcie A3, „dezorganizację mowy”, a w niej: nagłe zmiany

tematu wypowiedzi (zbaczanie wypowiedzi – *derailment*), brak związku odpowiedzi z pytaniem (uskokowość – *tangentiality*), całkowitą dezorganizację językową, zbliżającą wypowiedź do próbki afazji receptorycznej (rozkojarzenie – *incoherence*). Autorzy tych kryteriów schizofrenii potwierdzają niemożność podania obiektywnych kryteriów „zaburzeń myślenia”, dlatego też należy w schizofrenii mówić o zdeorganizowanej mowie lub o zaburzeniach językowych [2]. „Międzynarodowa klasyfikacja chorób” (ICD-10) określa pozycję zaburzeń językowych w schizofrenii (w wersji przeznaczanej do badań naukowych) podobnie jak DSM-IV (nazywając je jednak zaburzeniami myślenia) [33].

POZYCJA ZABURZEŃ JĘZYKOWYCH W OBRAZIE KLINICZNYM SCHIZOFRENII

Pozycja schizofazji w całościowym obrazie schizofrenii ujmowana jest zmiennie: od traktowania schizofazji jako odrębnej postaci schizofrenii [26], poprzez wyodrębnianie wśród syndromów schizofrenicznych odrębnego zespołu dezorganizacji, którego osi są objawy schizofazji [34], aż do włączania poszczególnych objawów schizofazji do zespołów pozytywnego i negatywnego schizofrenii [6, 7, 16].

W opracowaniach uwzględniających dwuwymiarowy (dwuczynnikowy) model schizofrenii (SANS/SAPS, PANSS) spotykamy się również z dychotomicznym ujęciem objawów patologii językowej.

Andreasen nazywa część objawów patologii językowej i myślenia alogią (są to: ubóstwo mowy, ubóstwo treści wypowiedzi, bloki (w myśleniu i w wypowiedziach), latencja odpowiedzi) i traktuje ją jako składową część zespołu objawów negatywnych. Pozostałe objawy patologii językowej, określone jako formalne zaburzenia myślenia (uskokowość, zbaczanie wypowiedzi, rozkojarzenie, nielogiczność, drobiazgowość, natłok mowy, roztargnienie, dźwięczenie) umiesz-

cza w ramach objawów pozytywnych schizofrenii [6, 7]. Konstruując skalę TLC (*Thought, Language and Communication*), autorka ta również rozróżniła „pozytywne” i „negatywne” zaburzenia „myślenia, języka i komunikacji”. Objawami pozytywnymi były: natłok mowy, uskokowość, zbaczanie wypowiedzi, rozkojarzenie, nielogiczność, a objawami negatywnymi – ubóstwo mowy i ubóstwo treści wypowiedzi [4]. Można więc dojść do wniosku, że Andreasen traktuje większość objawów patologii językowej jako składową zespołu pozytywnych objawów schizofrenii. Taką ocenę dodatkowo potwierdza sugerowane pochodzenie ubóstwa treści wypowiedzi, który to objaw jest często efektem nakładania się na siebie „pozytywnych zaburzeń myślenia, języka i komunikacji” [11].

Z kolei wg PANSS, objawy schizofatyczne mieszczą się w grupie objawów pozytywnych schizofrenii (objaw P2: formalne zaburzenia myślenia), jak i w grupie objawów negatywnych (objaw N6: brak spontaniczności i płynności konwersacji). Mamy tutaj więc do czynienia z podobnym postrzeganiem objawów schizofatycznych jak u Andreasen. Większość typowych dla schizofrenii fenomenów językowych należy do syndromu pozytywnego [16].

W innych pracach z użyciem narzędzi badawczych ujmujących obraz kliniczny schizofrenii dychotomicznie w postaci na objawów pozytywnych i negatywnych (SANS/SAPS, PANSS) można spotkać sposób lokalizacji zaburzeń językowych w obrazie klinicznym schizofrenii bardzo podobny do przedstawionego powyżej. Większość objawów schizofatycznych jest traktowana jako składowa syndromu pozytywnego schizofrenii, tylko ubóstwo mowy jest traktowane jako objaw przynależny do syndromu negatywnego [20, 30].

Porównanie danych z literatury, przedstawionych powyżej, z wynikami badań własnych pozwala na sformułowanie tezy, iż w przypadku dwuczynnikowego modelu schizofrenii (wymiar pozytywny i negatyw-

ny), schizofazja jest elementem wymiary pozytywnego schizofrenii [ibidem, 12]. Model dwuwymiarowy (dwuczynnikowy) schizofrenii jest wygodny poznawczo, nie oddaje jednak różnorodności postaci schizofrenii przewlekłej. Dlatego też ciekawa jest analiza pozycji schizofazji w innych modelach psychocy schizofrenicznej.

W modelach trójczynnikowych spotykamy się najczęściej z wyróżnianiem obok objawów pozytywnych i negatywnych schizofrenii odrębnego syndromu „zaburzeń poznawczych”. Syndrom ten stanowią: formalne zaburzenia myślenia, dziwaczne zachowanie [19], ubóstwo treści wypowiedzi, zbaczanie wypowiedzi, oraz niedostosowany afekt [21], formalne zaburzenia myślenia [9], zaburzenia uwagi, formalne zaburzenia myślenia, zaburzenia afektu [25], ubóstwo treści wypowiedzi, pozytywne formalne zaburzenia myślenia, niedostosowany afekt [22], formalne zaburzenia myślenia i zaburzenia mowy [3]. Różnie definiowane, schizofatyczne objawy negatywne stanowią tu zwykle składnik syndromu negatywnego [np. 21, 22, 25]. Wyodrębnienie trzech syndromów powoduje natomiast, iż zaburzenia językowe w żadnym z opracowań nie lokują się w syndromie objawów pozytywnych. Porównanie tych danych z literatury oraz skonstruowanego w najnowszej pracy autora modelu schizofrenii uwzględniającego kliniczne kategorie schizofazji pozwala na stwierdzenie, iż można mówić o trzech syndromach przewlekłej schizofrenii. Są to:

syndrom ubytkowy (z objawami ubytkowymi na poziomie tekstu),
syndrom błędnej oceny rzeczywistości
syndrom schizofazji [12, 22].

Tak więc schizofazja, rozumiana w tym modelu jako konfiguracja czterech kategorii (p. niżej), staje się swoistą jednością. „Zespół schizofazji” jest również spójny z punktu widzenia struktury języka, ponieważ

reprezentowane są w nim przejawy rozbicia języka na wszystkich jego poziomach – wypowiedzi, wypowiedzenia i morfemu.

W modelach czteroczynnikowych schizofrenii spotykamy się z: (1) umieszczeniem spadku spontaniczności i płynności konwersacji (wg PANSS) jako objawu bliskiego biegunowi zespołu negatywnego, przy jednoczesnej lokalizacji formalnych zaburzeń myślenia na osi pomiędzy biegunem objawów pozytywnych i negatywnych (model piramidowy) [17], (2) odrębnym zespołem zaburzeń myślenia z: rozkojarzeniem, dziwaczną lub niedostosowaną konwersacją oraz zaburzeniami uwagi [14].

W modelach pięcioczynnikowych, w odniesieniu do pozycji schizofazji w całościowym obrazie schizofrenii, można ustalić, iż: (1) w modelu piramidowym von Knorringa i Lindstroma typowe objawy dezorganizacji myślenia lokują się w zespole „zaburzeń poznawczych”, a objawy spadku spontaniczności wypowiedzi są elementem czynnika „negatywnego” [31], (2) formalna dezorganizacja myślenia, jest obok niedostosowania, traktowana jako odrębny czynnik („dezorganizacja”) obrazu przewlekłej schizofrenii; autorzy tego opracowania (i narzędzia – KOZS) podkreślają, iż to właśnie czynnik „dezorganizacja” silnie koreluje z innymi czynnikami typowymi dla schizofrenicznego „rozszczenia” („objawy wytwórcze”, „deficyty”, „dysforie”) [32], (3) w najnowszym opracowaniu tego typu Toomey i wsp., używając SANS/SAPS wyróżnili dwa czynniki, które obejmują obja-

wy schizofazji; pierwszy z nich – to czynnik „zmniejszonej ekspresji”, który obejmuje m.in.: ubóstwo mowy i nadmierną latencję odpowiedzi, drugi – to czynnik „dezorganizacji”, obejmujący m.in.: zbaczanie wypowiedzi, uskokowość, rozkojarzenie; dźwięczenie, natłok mowy i nielogiczność [30].

Porównując różne modele schizofrenii, wtedy gdy wyodrębniane są więcej niż dwa czynniki, można dojść do wniosku, że wszystkie te modele zawierają odrębny czynnik (syndrom) składający się z fenomenów językowych obrazujących dezorganizację wypowiedzi u osób chorych na schizofrenię.

CZYM JEST SCHIZOFAZJA

Współczesna definicja schizofazji opiera się na syntezie obserwacji klinicznych i lingwistycznych. We własnych badaniach [4, 12], opierając się na opisie fenomenów językowych wg skali TLC i stosując metodę analizy czynnikowej, otrzymałem następujący model schizofazji – tabl. 1.

Jak wynika z przedstawionego modelu, schizofazja jest zjawiskiem złożonym, którego oś stanowią te fenomeny językowe, które są efektem rozbicia struktury wypowiedzi na poziomie tekstu (czynnik „niespójność”) i na poziomie zdania (czynnik „rozkojarzenie”).

Próby systematyzacji zaburzeń językowych w przebiegu schizofrenii były już czynione przez Andreasen, autorkę skali TLC. Wyróżniła ona w obrębie zaburzeń językowych trzy kategorie:

Tablica 1. Czynniki i fenomeny schizofatyczne (wersja kliniczna)

Czynnik K1: „niespójność”	Czynnik K2: „rozkojarzenie”	Czynnik K3: „fenomeny dodatkowe”	Czynnik K4: „zubożenie wypowiedzi”
zbaczanie wypowiedzi nielogiczność ubóstwo treści uskokowość utrata celu przybliżenia słowne	rozkojarzenie neologizmy dźwięczenie	natłok mowy odnoszenie do siebie drobiazgowość persewacje roztargnienie mowa sztuczna	ubóstwo mowy blokowanie echolalia

-
- zaburzenia negatywne, które obejmowały dwa fenomeny: ubóstwo mowy i ubóstwo treści;
 - zaburzenia pozytywne, które obejmowały pięć fenomenów: natłok mowy, uskokowość, zbaczanie wypowiedzi, rozkojarzenie, nielogiczność;
 - tzw. luźne skojarzenia, obejmujące: uskokowość, zbaczanie wypowiedzi, rozkojarzenie, nielogiczność i dźwięczenie [4, 5].
-

Badania Andreasen i Grove'a oraz własne autora tej pracy wskazują, iż najbardziej specyficzne dla schizofrenii są luźne skojarzenia, natomiast w przebiegu terapii największą rezydualnością charakteryzują się zaburzenia negatywne [8, 11]. Próba systematyzacji fenomenów językowych zawartych w skali TLC przyniosła następujące wyniki:

Model pięcioczynnikowy [wg 25]:

- luźne skojarzenia wg Andreasen
- faktor negatywny: ubóstwo mowy, ubóstwo treści, persewercje
- mowa sztuczna + przybliżenia słowne
- neologizmy i dźwięczenie
- roztargnienie + blokowanie

Model czteroczynnikowy [wg 8]:

- *dezorganizacja płynności*: natłok mowy, roztargnienie, zbaczanie wypowiedzi, rozkojarzenie, nielogiczność, przybliżenia słowne, drobiazgowość, utrata celu, persewercje, mowa sztuczna
- *zubożenie*: ubóstwo mowy, ubóstwo treści, uskokowość
- *kontrola językowa*: blokowanie, odnośnienie do siebie
- *inne*: (zjawiska echowe): dźwięczenie, echa [8]

Model czteroczynnikowy [wg 29]:

- *fenomeny „hipowervalne”*: blokowanie, ubóstwo mowy
- *fenomeny „hiperwervalne”*: natłok mowy, drobiazgowość, roztargnienie, dźwięczenie, ubóstwo treści

- „*formalne zaburzenia myślenia*”: uskokowość, zbaczanie wypowiedzi, przybliżenia słowne, neologizmy
 - *inne*: rozkojarzenie, nielogiczność
-

Porównanie tych modeli z przedstawionym na początku modelem czteroczynnikowym autora wskazuje na istotne znaczenie dla obrazu językowego schizofrenii zjawisk związanych z niespójnością wypowiedzi oraz fenomenów językowych wyrażających dezorganizację wypowiedzi na poziomie zdania (rozkojarzenie), które wraz z semantycznymi zjawiskami neologizmów i dźwięczenia, przyczyniają się do rozbitcia struktury wypowiedzi w schizofrenii, dając w efekcie zjawisko schizofazji.

PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatric Association: Diagnostic Criteria from DSM-III-R, Washington D.C. 1987, 113–118.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington D.C. 1995.
3. American Psychiatric Association: Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. Am. J. Psychiatry 1997, 154, 4, suppl., 1–49.
4. Andreasen N.: Thought, language, and communication disorders. I. Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability. Arch. Gen. Psychiatry 1979a, 36, 1315–1321.
5. Andreasen N.: Thought, language, and communication disorders. II. Diagnostic significance. Arch. Gen. Psychiatry 1979b, 36, 1325–1330.
6. Andreasen N.: Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS). The University of Iowa, Iowa City 1984a.
7. Andreasen N.: Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SAPS). The University of Iowa, Iowa City 1984b.
8. Andreasen N., Grove W.: Thought, language, and communication in schizophrenia: Diagnosis and prognosis. Schizophr. Bull. 1986, 12, 348–358.

9. Arndt S., Alliger R., Andreasen N.: The distinction of positive and negative symptoms: The failure of two-dimensional model. *Br. J. Psychiatry* 1991, 158, 317–322.
10. Bleuler E.: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. W: Aschaffenburg G. (red.): *Handbuch der Psychiatrie*. Deuticke, Leipzig 1911.
11. Czernikiewicz A.: Zaburzenia językowe w schizofrenii paranoidalnej. Niepublikowana praca doktorska, AM, Lublin 1989.
12. Czernikiewicz A.: Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii. (W druku).
13. Feighner J., Robins E., Guze S.: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch. Gen. Psychiatry* 1972, 26, 57–63.
14. Harvey C., Curson D., Pantelis C., Taylor J., Barnes T.: Four behavioural syndromes of schizophrenia. *Br. J. Psychiatry* 1996, 168, 562–570.
15. Kaplan H., Saddock B.: *Psychiatria kliniczna* (tłum.). Urban & Partner, Wrocław 1995, 62–76.
16. Kay S., Opler L.: The positive-negative dimensions in schizophrenia: Its validity and significance. Oxford University Press, Oxford 1987.
17. Kay S.: Pyramidal model of syndromes in schizophrenia. *Maszynopis pracy wygłoszonej na VIII World Congress of Psychiatry, Athens* 1989.
18. Kraepelin E.: *Psychiatrie, III Band: Klinische Psychiatrie*. Verlag Von Barth JA, Leipzig 1904.
19. Kulhara P., Kota S., Joseph S.: Positive and negative subtypes of schizophrenia. A study from India. *Acta Psychiatr. Scand.* 1986, 74, 353–359.
20. Lecrubier Y.: The concept of negative symptoms. *Maszynopis. ECNP, Amsterdam* 1996.
21. Liddle P.: Schizophrenic syndromes, cognitive performance and neurological dysfunction. *Psychol. Med.* 1987, 17, 49–57.
22. Liddle P.: Syndromes in schizophrenia and their neuropsychological and neuroanatomical correlates. W: Pantelis C., Nelson H., Barnes T. (red.): *Schizophrenia: A neuropsychological perspective*. Wiley, Chichester 1996, 299–316.
23. Maher B.: Schizophrenia. *Psychology Today* 1968, 1, 30–33.
24. Mazurkiewicz J.: *Zarys psychiatrii psychofizjologicznej*. PZWL, Warszawa 1980.
25. Peralta V., De Leon J., Cuesta M.: Are the more than two syndromes in schizophrenia? A critique of the positive-negative dichotomy. *Br. J. Psychiatry* 1992, 161, 335–343.
26. Rochester S., Martin J.: *Crazy talk: A study of the discourse of schizophrenic speakers*. Plenum Press, New York 1979.
27. Rosenham D., Seligman E.: *Psychopatologia* (tłum.). Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1994, 423–470.
28. Spitzer R., Endocott J., Robins E.: *Research Diagnostic Criteria. Instrument N.58*. New York Psychiatric Institute, New York 1978.
29. Taylor M., Reed R., Berenbaum S.: Patterns of speech disorders in schizophrenia and mania. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1994, 182, 6, 319–326.
30. Toomey R., Kremen W., Simpson J., Samson J., Seidman L., Lyons M., Faraone S., Tsuang M.: Revisiting the factor structure for positive and negative symptoms: Evidence from large heterogeneous group of psychiatric patients. *Am. J. Psychiatry* 1997, 154, 371–377.
31. Von Knorring L., Lindstrom E.: Principal components and further possibilities with the PANSS. *Acta Psychiatr. Scand.* 1995, suppl. 388, 5–10.
32. Wciórka J., Anczewska M., Charaziński M., Gołębiowska M., Nurowska K., Skowrońska J., Stanikowska I.: Ocena rzetelności i trafności próbnej wersji Klinicznej Oceny Zespołu Schizofrenicznego (KOZS). *Psychiatr. Pol.* 1997, 31, 71–86.
33. WHO: *Pocket guide to the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Churchill Livingstone, Edinburgh 1995.
34. Wing J., Sturt E.: *The PSE-ID-CATEGO system supplementary manual*. MRC Social Psychiatry Unit. Institute of Psychiatry, London 1978.

*Adres: Dr Andrzej Czernikiewicz, Katedra i Klinika Psychiatrii AM,
ul. Abramowicka 2, 20-442 Lublin*