

ZJAWISKA JĘZYKOWE W SCHIZOFAZJI DZIECIĘCEJ

A. Jałowiecka-Frania

Szkoła Podstawowa nr 52 im. Małego Powstańca w Częstochowie, Polska

corresponding author – A. Jałowiecka-Frania: a.siedlaczek-szwed@ajd.czest.pl

doi: 10.32626/2227-6246.2019-13.11-14

W artykule poruszono zagadnienia związane z zaburzeniami językowymi i treściowymi w schizofazji. Szczególną uwagę zwrócono na charakterystyczne dla schizofazji zjawiska takie, jak np.: ubóstwo mowy, ubóstwo treści, natłok mowy, mowa roztargniona, uskokowość, zbaczanie wypowiedzi, rozkojarzenie, nielogiczność, neologizmy, przybliżenie słowne, drobiazgowość, utrata celu, persewercje, echolalia, blokowanie, mowa sztuczna.

Słowa kluczowe: schizofazja, schizofrenia, echolalia, persewercje, fonografizm

Яловецька-Франі А. Феномени мови у дітей із шизофазією

Анотація. У статті розглядаються питання, пов'язані з порушеннями мови та змісту в шизофазії. Особлива увага приділялася явищам, характерним для шизофазії. Зокрема, у колі мовних розладів, які розглядаються разом із порушеннями мислення, позначаються два типи. Важливим елементом, що відрізняє шизофазію від інших мовних розладів, є відсутність узгодженості виразності мовлення. Багаторічні дослідження етіології шизофренії не дозволили чітко визначити всі чинники цього розладу. Сьогодні переважає концепція багатьох чинників: у генезисі цього захворювання беруть участь невро-біологічні, психосоціальні елементи та їх взаємодія. Встановлено відсутність значних порушень у фонологічній системі осіб із шизофазією. Основним є: монотонність мови, повільна швидкість мовлення, незначні відмінності в артикуляційній силі, швидкі зміни сили голосу та інтонації при зміні теми розмови, наявність безглузвих звуків. Особливої уваги заслуговує створення повідомлень, в яких має місце постійне посилання на брехливу реальність. Виокремлюють також бідність мовлення і змісту, розгубленість мови, хитрість, неправильне представлення, відволікання, нелогічність, неологізми, словесне наближення, прискіпливість, втрата мети, наполегливість, ехолалія, блокування, штучне мовлення. Це є симптомами появи неузгодженості, що характерні для шизофренічних тверджень.

Встановлено також, що дитяча шизофренія з порушеннями мислення, мови, афектів та поведінки виникає спорадично під час розвитку (приблизно 0,5–1 % випадків до 10 років, 4 % – до 15 років, від 15 до 20 % – біля 20 років). Для дитини характерним є зникнення бажання встановлювати емоційні контакти з батьками, вона є мовчазною, безталанною, не грає з однолітками або грає стереотипно, її заяви відокремлені від реальності. Необхідно враховувати наявні особливості під час навчальних занять з такими дітьми, а також при розробленні відповідних рекомендацій.

Ключові слова: шизофазія, шизофренія, ехолалія, наполегливість, фонографізм.

Yalovetska-Phranya A. Language phenomena at children's schizophasia

Abstract. This article deals with issues of speech and thought disorders at schizophasia. The particular attention was paid to phenomena characterized by schizophasia. In particular, there are two types of speech disorders which are discussed in connection with thought disorder. The important element that distinguishes schizophasia from other speech disorders is an inconsistency of speech expressiveness. Long-term research of the etiology of schizophrenia have not prevented to identify clearly all the causes of this disorder. Nowadays the concept of many factors is dominated by neuro-biological, psychosocial elements and their interaction in the genesis of this disease. It was determined the absence of significant violations in the phonological system of persons who had schizophasia. There are main indicators of schizophasia: speech monotony, a slowing down of speech, insignificant differences in articulation power, rapid changes of power of the voice and intonations in changing the subject of conversation, the presence of senseless sounds. The special attention is paid to information which has a reference to a false reality. There is also a scarcity of speech and sense, confusion, cunning, misrepresentation, distraction, illogic, neologisms, verbal approximation, pickiness, a loss of purpose, persistence, echolalia, blocking and slurred speech. These are symptoms of inconsistency which are specific to schizophrenic statements.

Also it is determined that children's schizophrenia with disorders of thought, speech, affects and behavior occurs during development periodically (approximately 0.5 %–1 % cases to 10 years, 4 % – to 15 years, from 15 to 20 % – about 20 years). The child is characterized by lack of will to contact emotionally with parents, the child becomes silent, impassive, does not play with peers or plays stereotypically, his statements differ from reality. The particularities of such children should be taken into account during the training and development of appropriate recommendations.

Keywords: schizophasia, schizophrenia, echolalia, persistence, phonographism.

Wprowadzenie

Pojęcie "schizofazji" (gr. *schizo* – "rozszczepiam", *phasis* – "mowa") w polskiej literaturze przedmiotu bywa najczęściej odnoszone do zaburzeń mowy pojawiających się w schizofrenii [6–8]. Analizując zjawisko schizofazji, zazwyczaj wyodrębnia się odchylenia językowe i treściowe, będące odzwierciedleniem zakłóconego procesu myślenia. Wśród klasycznych jej objawów na ogół wskazywane są: zubożenie treści, dziwaczność i niezrozumiałość wypowiedzi, stałe powtarzanie tych samych słów, tworzenie licznych neologizmów na podstawie podobieństwa brzmieniowego.

Wyniki badań

W kręgu zaburzeń językowych, rozpatrywanych łącznie z nieprawidłowościami myślenia, wyznacza się dwa typy:

- ubóstwo myślenia charakteryzujące się uproszczeniem struktury składniowej, redukcją zawartości merytorycznej wypowiedzi, dużą liczbą persewercji;
 - dezintegracja myślenia cechująca się niespójnością produkowanych komunikatów, specyficznym operowaniem wyrazami, osobliwymi konstrukcjami zdaniowymi i swoistą, psychotyczną logiką [3, s. 97–112].
- "Znamiennym elementem odróżniającym schizofazję od pozostałych zaburzeń mowy jest właśnie brak

koherencji wypowiedzi. W ujęciu Andrzeja Czernikiewicza i Tomasza Woźniaka, "schizofazja" to zaburzenie komunikacji pojawiające się zwykle w przebiegu schizofrenii, zwłaszcza w jej formach przewlekłych, polegające na "postępującym zaniku spójności wypowiedzi, jej dezintegracji na poziomie pragmatycznym, semantycznym i formalnogramatycznym", co skutkuje częściowym bądź całkowitym niezrozumieniem przez odbiorcę nadawanych komunikatów [3].

Zgodnie z "Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych" (ICD-10) oraz "Diagnostyczną i Statystyczną Klasyfikacją Zaburzeń Psychiczych" (DSM-IV) "schizofazję", stanowiącą decydujące kryterium diagnostyczne schizofrenii, definiuje się jako:

- zubożenie ilości i treści wypowiedzi, upośledzenie komunikacji werbalnej i pozawerbalnej, zakłócenia modulacji głosu – ICD-10;
- rozkojarzenie, widoczne ubóstwo treści, wypowiedzi dziwne, dygresyjne, oboczne, metaforyczne DSM-IV [5, s. 8-9, 30-31].

Długoletnie badania nad etiologią schizofrenii nie pozwoliły na jednoznaczne określenie wszystkich czynników decydujących o powstaniu tego zaburzenia. Wśród wysuwanych hipotez najistotniejsze wydają się:

- hipotezy genetyczne zakładające dziedziczenie podatności na wystąpienie choroby – ryzyko zachorowania w całej populacji wynosi około 1%, natomiast w przypadku choroby jednego z rodziców – 13% – 17%, obojga rodziców – 36% – 46%, choroby wuja, ciotki, siostrzenicy, bratanka – 3% – 4%;
- hipotezy biologiczne dowodzące nieprawidłowego rozlokowania w mózgu osób ze schizofrenią neuroprzekaźników oraz pojawienia się subtelnych odrębności neuroanatomicznych i neurofizjologicznych;
- hipotezy osobowościowe wskazujące na wpływ konkretnych cech rozwijających się we wczesnych okresach dzieciństwa i uwrażliwiających osobowość na ewentualne urazy psychiczne, jak np. niewystarczające poczucie siły, odrębności bądź tożsamości własnego "ja", nieodpowiedni styl komunikowania się z otoczeniem;
- hipotezy środowiskowe uwzględniające działanie różnorodnych czynników sytuacyjnych niekorzystnie wpływających na osobowość, np.: zaburzenia w kontaktach z najbliższym środowiskiem, zdefektowany wzorzec porozumiewania się interpersonalnego, ruchy migracyjne, pozycja społeczno-ekonomiczna czy krąg kulturowy, w którym pacjent egzystuje [13, s. 1067].

Współcześnie dominuje koncepcja wieloczynnikowa, podkreślająca udział w genezie tej jednostki chorobowej zarówno elementów neurobiologicznych, psychospołecznych, jak i ich wzajemnych interakcji. Do najczęściej wymienianych czynników ryzyka należą: powikłania ciąży i porodu (np. infekcje wirusowe, zwłaszcza wirus grypy w drugim trymestrze ciąży, niewłaściwy sposób odżywiania się matki, konflikt serologiczny), zaburzony rozwój płodowy, uszkodzenia mózgu w okresie okołoporodowym lub we wczesnym dzieciństwie [10, s. 151-152]. Charakterystyczne dla schizofazji zjawiska językowe, ujęte w "Skali do Oceny Myślenia, Języka i Komunikacji" (*Scale for the Assessment of Thought, Language and Communication – TLC*) opracowanej przez Nancy C. Andreasen w 1979 roku [1, s. 79], to:

1. Ubóstwo mowy – zmniejszenie liczby wypowiedzi spontanicznych, krótkie i niezawierające dodatkowych wiadomości odpowiedzi na pytania.
2. Ubóstwo treści – brak odpowiedniej zawartości informacyjnej w wypowiedziach prawidłowych pod względem długości; język dziwny, przesadnie abstrakcyjny bądź zbyt konkretny, obecność repetycji (powtórzeń wyrazów, zwrotów) i wyrażeń stereotypowych.
3. Natłok mowy – eskalacja tekstów nieadekwatnych do danej sytuacji komunikacyjnej, wypowiedzi głośne, emfatyczne, wręcz niemożliwe do przzerwania, tempo mówienia – powyżej 150 słów na minutę.
4. Mowa roztargniona – raptowne przerywanie toku własnej artykulacji nawet w środku zdania i skupienie całej uwagi na aktualnie działających bodźcach zewnętrznych dotyczących konsytuacji (np. włączanie w wypowiedź fragmentu artykułu z gazety leżącej przed pacjentem).
5. Uskokowość – "luźne" powiązanie odpowiedzi z tematem pytania bądź brak z nim jakiegokolwiek związku.
6. Zbaczenie wypowiedzi – odbieganie w mowie spontanicznej od głównego wątku; jedna wypowiedź złożona z kilku odrębnych tematów niełączyących się wzajemnie ze sobą.
7. Rozkojarzenie – rozbitcie tekstu już na etapie poszczególnych zdań, niejednokrotnie ze znacznym naruszeniem reguł gramatycznych.
8. Nielogiczność – niewysnuwanie wniosków w sposób logiczny, przyczynowo-skutkowy.
9. Dźwięczenie – budowanie tekstu na zasadzie podobieństwa brzmieniowego, decydującego o doborze słów.
10. Neologizmy – używanie innowacyjnych formacji wyrazowych o niewyjaśnionym pochodzeniu.

11. Przybliżenie słowne – tworzenie indywidualnych, prywatnych neosemantyzmów całkowicie niezrozumiałych dla odbiorcy.
12. Drobiazgowość – zagęszczenie wypowiedzi detalami przy braku cech natłoku mowy.
13. Utrata celu – nieumiejętność osiągnięcia naturalnego finału tekstu, bez objawów zbaczania wypowiedzi.
14. Persewercja – stałe operowanie słowami albo zdaniami na zasadzie repetycji (za wyjątkiem repetycji uwarunkowanych społecznie).
15. Echolalia – powtarzanie usłyszanych fraz z zachowaniem intonacji nadawcy.
16. Blokowanie – nieświadomione przerywanie kilkusekundowymi blokami ciągów zdaniowych.
17. Mowa sztuczna – produkowanie wypowiedzi nienaturalnych, formalnych, mentorskich z odmiennym od oczekiwanego genrem mowy.
18. Odnoszenie do siebie – nawracanie treściowe do osoby mówcy, pomimo ogólnego bądź neutralnego tematu zadanego tekstu [16, s. 25–27].

W systemie fonologicznym jednostek ze schizofazją nie zauważa się znaczących zaburzeń. Pojawiają się co prawda zakłócenia artykulacyjne, ale spowodowane najczęściej niedostateczną precyzją narządów mownych. Istotne problemy dotyczą płaszczyzny suprasegmentalnej i obejmują: monotonię wypowiedzi, powolne tempo mowy, niewielkie różnice siły artykulacyjnej, gwałtowne zmiany siły i intonacji głosu przy jednoczesnej zmianie tematu konwersacji, obecność bezsensownych dźwięków. W zakresie systemu morfologicznego obserwuje się takie zjawiska leksykalne, jak: formułowanie wypowiedzi ze względu na podobieństwo brzmień (paronimia) z pominięciem znaczenia wyrazów, nadawanie pojęciom sensu z wyeliminowaniem przynależnej im wartości znaczeniowej, produkowanie form niezrozumiałych, nieumotywowanych obowiązującymi regułami języka. Wśród nieprawidłowości w obszarze składniowym należy wskazać: upraszczanie złożoności struktury budowanych komunikatów, przewagę zdań pojedynczych, nieprzewidziane systemem i nieużywane wcześniej sposoby łączenia słów (konotacja linearna).

Na szczególną uwagę zasługują również: niespójność wypowiedzi ujawniająca się pod postacią utraty powiązań pomiędzy tematami występującymi po sobie, rozpad hierarchicznej konstrukcji tekstu polegający na zaniku celu wypowiedzi oraz zakłócenia pragmatyczne, czyli tworzenie komunikatów bezustannie odnoszących się do rzeczywistości urojeniowej lub umieszczanie w nich fragmentów innych interakcji jako efekt omamów słuchowych [15, s.149–150]. Model powstawania symptomów niespójności w wypowiedziach schizofreników, zdaniem A. Czernikiewicza, przedstawia się następująco:

- ✓ strukturalne uszkodzenie okolic mózgu zwiastujących odbiorem i rozumieniem bodźców akustycznych, odróżnianiem "mowy wewnętrznej" od "zewnętrznej", pamięcią operacyjną i deklaratywną krótkoterminową (obszar prefrontalny, lewy płot skroniowy);
- ✓ dysfunkcje planowania i monitorowania wypowiedzi, omamy słuchowe, zaburzenia uwagi;
- ✓ interferowanie dwóch wypowiedzi – jednej do realnego, drugiej do "wewnętrznego" odbiorcy;
- ✓ wykorzystywanie jednostek semantycznych o wartości ogólnej (do odbiorcy zewnętrznego) i prywatnej (do odbiorcy wewnętrznego);
- ✓ przeciążenie procesu planowania i kontroli wypowiedzi;
- ✓ wybór przypadkowych fraz i wyrazów w celu zachowania funkcji fatycznej języka;
- ✓ utrata tematu komunikacji werbalnej, zniesienie pragmatyki;
- ✓ niepojęta przez odbiorcę, niespójna wypowiedź;
- ✓ kliniczna ocena wypowiedzi: objawy schizofazji [2, s. 371].

Schizofrenia dziecięca z zaburzeniami myślenia, mowy, afektu i zachowania występuje sporadycznie w wieku rozwojowym (ok. 0,5 – 1% zachorowań przed 10 rokiem życia, ale już 4% – przed 15 rokiem życia). Od 15% do 20% pacjentów zapada na tę chorobę przed 20 rokiem życia. Schizofrenia o bardzo wczesnym początku zachorowania (VEOS – *Very Early Onset Schizophrenia*) ujawnia się przed 13 rokiem życia, ograniczając kształtowanie określonych sprawności intelektualnych. Dziecko przestaje nawiązywać kontakty emocjonalne z rodzicami, jest małomówne, apatyczne, nie bawi się z rówieśnikami bądź zabawy przybierają charakter stereotypowy. Jego wypowiedzi są oderwane od rzeczywistości.

Dyskusja

W schizofrenii o wczesnym początku zachorowania, a więc przed 18 rokiem życia (EOS – *Early Onset Schizophrenia*) zauważa się nadmierne zainteresowanie tematami abstrakcyjnymi, filozoficznymi, obecność natrętnych myśli, obojętność uczuciową, rozkojarzenie, myślenie autystyczne, skłonność do tworzenia neologizmów [11, s. 88].

Według T. Woźniaka, obraz schizofrenii dziecięcej determinuje czas jej wystąpienia, w okresie prelingwalnym bowiem symptomy mogą być tożsame z autyzmem, między 3 a 7 rokiem życia – posiadać formę wielorakich zaburzeń posługiwania się językiem przy jednoczesnym zubożeniu mowy, pomiędzy 7 a 13 rokiem życia natomiast pomimo wyższego poziomu opanowania komunikacji werbalnej, mogą zaistnieć zjawiska powodujące rozpad niedawno nabytych kompetencji [17, s. 648]. Objawy zaburzeń mowy uwarunkowane czasem ujawnienia schizofrenii ilustruje poniższa tabela 1.

Objawy zaburzeń mowy uwarunkowane ujawnienia schizofrenii ([17, s. 649])

Czas wystąpienia psychozy	Objawy zaburzeń mowy
Do 4 r.ż.	Nie stwierdzono dotąd wystąpienia schizofrenii przed 4 r. ż.
4 – 7 r.ż.	Zaburzenia użycia języka, zubożenie mowy (zaburzenia językowe stają się zaburzeniami rozwojowymi uniemożliwiającymi prawidłowy rozwój komunikacyjny i poznawczy).
7 – 13 r.ż.	Zaznaczają się zaburzenia narracyjne, gramatyczne, semantyczne, pragmatyczne, następuje swoista interpretacja rzeczywistości. Duże zróżnicowanie nasilenia w różnych przypadkach.
Od 13 r.ż.	Mowa funkcjonuje w pełni, prawdopodobna patologia językowa o typie schizofazji i postępujący zanik komunikacyjnej funkcji mowy.

Ujęcia kliniczne do najważniejszych zjawisk językowych cechujących schizofrenię dziecięcą zaliczają: zanik komunikacyjnej funkcji mowy, nieprawidłową konstrukcję zdań, echolalię, echomimie, echopraksję, perseweracje, zakłócenia w posługiwaniu się zaimkami osobowymi (używanie zamiast pierwszej – drugiej lub trzeciej osoby), brak adresata wypowiedzi, fonografizm [12, s.171–185].

Badania przeprowadzone przez Marię Martę Kaczyńską-Haładaj i T. Woźniaka pozwoliły wyodrębnić w schizofrenii dziecięcej następujące zaburzenia językowe:

1. Podstawowe zaburzenia językowe:
 - a) zaburzenia narracji – brak spójności tekstu, czasem nieobecność tekstu narracyjnego, mocno zubożona narracja;
 - b) zaburzenia komunikacji w dialogu:
 - reakcje blokujące wymianę;
 - mniej sygnałów korekty wypowiedzi błędnych;
 - wprowadzanie tematyki urojeń;
 - zaburzenia kategorii odbiorcy wypowiedzi.
2. Dodatkowe zaburzenia językowe:
 - a) echolalia;
 - b) fonografizm – precyzyjne odtwarzanie usłyszanych dźwięków z zachowaniem akcentu i intonacji;

- c) nieprawidłowości w użyciu zaimków;
- d) perseweracje [14, s. 102].

Wnioski

W schizofazji dziecięcej pojawia się zmniejszona różnorodność patologii językowej. W odróżnieniu od schizofazji osób dorosłych u młodszych pacjentów nie zauważa się na ogół zaburzeń konotacji, neologizmów, budowania tekstów z uwzględnieniem podobieństwa brzmieniowego wyrazów czy nakładania się interakcji urojonych lub dostępnych intersubiektywnie.

U dzieci można jednak zaobserwować intensywniejsze występowanie objawów negatywnych, jak np.: spłylenie afektu, niedorzeczność, zubożenie, utrata zdolności odczuwania stanu przyjemności, zaburzenia uwagi, brak umiejętności społecznych. Elementami wspólnymi dla obu grup pacjentów są niewątpliwie zakłócenia spójności wypowiedzi, kategorii odbiorcy oraz tematyka urojeń. Należy zaznaczyć, iż schizofazja, choć najczęściej łączona ze schizofrenią, odnoszona bywa również do zaburzeń mowy zdiagnozowanych w innych chorobach psychicznych.

Konflikt interesów. Autor oświadcza, że nie ma konfliktu interesów.

Reference

1. Czernikiewicz A., Bibułowicz D., *Dezorganizacja w schizofrenii – przegląd literatury*, "Psychiatria" 2006, t. 3, nr 2.
2. Czernikiewicz A., *W kierunku językowego modelu schizofrenii – analiza lingwistyczna*, [w:] *Zaburzenia mowy*, pod red. Stanisława Grabiasa, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2002.
3. Czernikiewicz A., Woźniak T., *Schizofazja*, "Logopedia" 2001, nr 29.
4. Jarosz M., *Lekarz psychiatra i jego pacjent*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1982.
5. Jerominek-Tofilska B., *Zaburzenia mowy u osób ze schizofrenią – wnioski terapeutyczne*, "Biuletyn Logopedyczny" 2006, nr 1–2.
6. Kaczmarek B.L.J., *Mózg, język, zachowanie*, Wydanie II, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1995.
7. Kaczmarek L., *Model opieki logopedycznej w Polsce*, Gdański Związek Logopedów, Gdańsk 1991.
8. Kępiński A., *Schizofrenia*, Wydanie IV, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1981.
9. Łoza B., *Problematyka metodologiczna w badaniach funkcjonowania pacjentów chorych na schizofrenię*, [w:] *Jakościowy opis w neuro-psychologii klinicznej. Przekrój zagadnień*, pod red. Anny Herzyk i Beaty Daniluk, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2002.
10. Piszczek M., *Dziecko ze schizofrenią*, [w:] *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, pod red. naukową Beaty Cytowskiej, Barbary Winczury i Andrzeja Stawarskiego, Oficyna Wydawnicza "Impuls", Kraków 2013.
11. Rogala K., Szablewska E., *Badanie słuchowej pamięci tekstu u dzieci w wieku szkolnym z ADHD lub schizofrenią*, "Logopedia" 2009, t. 38.
12. Sulestrowska H., *Schizofrenia u dzieci i młodzieży*, [w:] *Psychiatria wieku rozwojowego*, pod red. Anieli Popielarskiej, Wydanie II uzupełnione, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1989.
13. Wciórka J., *Psychiatria*, [w:] *Encyklopedia zdrowia*, pod red. Witolda S. Gumułki i Wojciecha Rewerskiego, t. 1, Wydanie III zmienione, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995.
14. Woźniak T., Kaczyńska-Haładaj M.M., *Obraz zaburzeń mowy w schizofrenii dziecięcej*, "Logopedia" 2003, t. 32.
15. Woźniak T., *Kreatywność a destrukcja zachowań osób chorych na schizofrenię*, "Logopedia" 2002, t. 30.
16. Woźniak T., *Zaburzenia języka w schizofrenii* (seria: *Komunikacja językowa i jej zaburzenia*, t. 16, pod red. Stanisława Grabiasa), Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2000.
17. Woźniak T., *Zaburzenia mowy w schizofrenii*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. naukowa: Stanisław Grabias, Marek Kurkowski, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2012.