Tomasz Woźniak

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie*

ZABURZENIA MOWY DZIECI I MŁODZIEŻY ZE SCHIZOFRENIĄ

LANGUAGE DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Słowa kluczowe: zaburzenia mowy, schizofrenia, schizofazja.

Keywords: speech and language disorders, schizizophrenia, schizophasia.

W prezentowanym artykule opisuję odmiennność zaburzeń mowy u dzieci ze schizofrenią w porównaniu z występowaniem patologii mowy w przypadku schizofrenii u młodzieży i dorosłych, nie tylko ze względu na wcześniejszy czas zachorowania i odmiennność objawów, ale także ze względu na inną strategię terapii logopedycznej. W przypadku dzieci celem terapii jest budowanie skutecznie funkcjonującej mowy w umyśle – kompetencji językowej, komunikacyjnej i kulturowej. U młodzieży i osób dorosłych celem staje się pomoc w odbudowie umiejętności interakcyjnych i prawidłowo funkcjonującej narracji. Perspektywa widzenia tej problematyki jest zbieżna z propozycjami postrzegania zaburzeń mowy i strategii postępowania logopedycznego Stanisława Grabiasa [2000], które to propozycje także częściowo uzupełnia, wskazując schizofrenię u dzieci jako jedną z przyczyn braku wykształcania się kompetencji. Stanisław Grabias opisywał zaburzenia mowy powodowane schizofrenią tylko jako związane z rozpadem kompetencji.

Zasadnicze znaczenie dla badań zaburzeń mowy u dzieci i młodzieży ze schizofrenią ma wyróżnienie przez Helmuta Remschmidta [2001; 2004; 2005; 2012] schizofrenii o wczesnym początku (*Early-Onset Schizophrenia* – EOS, to jest przed 18. rokiem życia, przy czym główne objawy występują między 13. a 18. rokiem życia) i jego podtypu w postaci schizofrenii o bardzo wczesnym początku (*Very Early-Onset Schizophrenia* – VEOS, główne objawy pojawiają się przed 13. rokiem życia). O ile typ EOS możemy nazywać schizofrenią młodzieżową, to VEOS nazwiemy schizofrenią dziecięcą.

Wyróżnione postacie psychozy należy rozpatrywać pod kątem ich podobieństw i różnic z typami schizofrenii występującymi u osób dorosłych. Dotyczy to także opisywanej w przebiegu psychozy patologii językowej.

Występowanie schizofrenii w populacji wynosi około 1%, ale jest bardzo rzadkie u osób przed ukończeniem 12. roku życia – tylko 1% wszystkich przypadków tej choroby przypada na okres przed dojrzewaniem. Odsetek ten wzrasta do 4%

* Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego, ul. Sowińskiego 17, 20-040 Lublin.

między 13. a 15. rokiem życia [Remschmidt, 2001]. Oznacza to, że 95% zachorowań na schizofrenię występuje pod koniec lub po okresie dojrzewania, zwykle do 30. roku życia.

Wyniki badań H. Remschmidta [2011] wskazują, że przebieg i objawy schizofrenii rozpoczynającej się w dzieciństwie lub w okresie dojrzewania można podsumować w następujący sposób:

1. Psychozy schizofreniczne, które pojawiają się przed ukończeniem 13. roku życia mają bardzo złe rokowanie. Choroba zazwyczaj nadal rozwija się w okresie dojrzewania i dorosłości. Postać ta może być rozpoznawana z użyciem tych samych kryteriów, które są stosowane dla dorosłych.
2. Pacjenci, u których choroba ma ostry początek, połączony z występowaniem objawów pozytywnych, takich jak halucynacje i urojenia, mają lepsze rokowanie niż ci, u których choroba zaczyna się podstępnie rozwijać, ma niekorzystny przebieg, ze stanami depresyjnymi i stale pogarszającym się funkcjonowaniem poznawczym¹.
3. Osobowość pacjenta przed zachorowaniem odgrywa ważną rolę. Pacjenci, którzy zostali wcześniej opisani jako społecznie aktywni, inteligentni i zintegrowani społecznie, mają lepsze rokowanie niż ci, którzy byli upośledzeni intelektualnie, nieśmiali, zamknięci w sobie i małomówni.
4. Rokowanie wydaje się być lepsze w przypadku pacjentów, którzy nie mają w historii rodziny przypadków schizofrenii oraz u tych, których rodziny dobrze współpracują z lekarzami.
5. Dostępne badania dotyczące przebiegu i wpływu na życie pacjenta w przypadku schizofrenii rozpoczynającej się w dzieciństwie i wczesnej młodości potwierdzają, że wpływ ten jest znacznie większy i powoduje poważniejsze konsekwencje, iż u osób dorosłych cierpiących na schizofrenię.
6. 42-letnie podłużne badania pacjentów z dziecięcą postacią schizofrenii ujawniły, że w ich przypadku wskaźnik samobójstw jest wyższy niż w przypadku pacjentów, u których zachorowanie wystąpiło w wieku dorosłym.

Na podstawie przytoczonych wyżej badań można rozpatrzeć zaburzenia mowy występujące w przebiegu psychozy schizofrenicznej jako te, które występują u dzieci oraz te występujące u młodzieży i dorosłych.

Za takim podziałem przemawia przede wszystkim wpływ choroby na mózg człowieka i jej oddziaływanie na funkcje ludzkiego umysłu. W przypadku dzieci mamy do czynienia z zaburzeniem neurorozwojowym, blokującym prawidłowy rozwój mózgu i kształtowanie się kompetencji i sprawności związanych z mową. W przypadku młodzieży i dorosłych obserwujemy rozpad kompetencji, przejawiający się przeważnie zanikiem spójności wypowiedzi oraz błędną interpretacją rzeczywistości [Woźniak, 2000; 2005; 2012].

1 Tę obserwację można tłumaczyć faktem powiązania występowania objawów pozytywnych z zaburzeniami w funkcjonowaniu układu dopaminergicznego, co czyni te objawy podatnymi na leczenie antypsychotyczne, regulujące poziom neurotransmiterów w mózgu. Objawy negatywne (apatia, anhedonia, autyzm) mają prawdopodobnie większe powiązania ze zmianami organicznymi w mózgu, co czyni je lekoopornymi.

Ze względu na rzadkość występowania schizofrenii przed okresem dojrzewania oraz nietypowy przebieg psychozy u dzieci, zwykle pomija się problematykę zaburzeń mowy dzieci ze schizofrenią, koncentrując się na zaburzeniach mowy u dorosłych, które określa się terminem „schizofazja”. W praktyce napotykamy dwa sposoby definiowania schizofazji:

- 1) formułowany w odniesieniu do praktyki klinicznej w psychiatrii,
- 2) formułowany w odniesieniu do analizy danych lingwistycznych.

Ad 1. Schizofazja to kompleks zaburzeń językowych w przebiegu schizofrenii, wyrażających się klinicznie zjawiskami z kręgu zbaczania wypowiedzi i ubóstwa jej treści, co jest klinicznym ekwiwalentem zaburzeń spójności tekstu i zubożenia syntaktyki [Czernikiewicz, 1998].

Ad 2. Schizofazja to zaburzenie mowy, które charakteryzuje się zanikiem spójności wypowiedzi, jej dezintegracją na poziomie pragmatycznym, semantycznym i formalnogramatycznym. W przeważającej liczbie przypadków schizofazję należy rozumieć jako utratę funkcji komunikacyjnej języka, występującą w przebiegu schizofrenii, szczególnie w jej przewlekłych postaciach (ICD-10, F 20) [Woźniak, 2008].

Wszystkie współczesne systemy diagnostyczne schizofrenii (DSM-V, ICD-10) zwracają uwagę na występowanie zaburzeń językowych, które stanowią jeden z podstawowych kryteriów rozpoznawania schizofrenii. Co więcej, należy przy tej okazji zwrócić uwagę na fakt, że to werbalne komunikaty osób chorych na schizofrenię stanowią najczęściej podstawę do stwierdzenia zaburzeń myślenia, dziwaczności czy nielogiczności sądów. Tak więc w świetle aktualnej refleksji naukowej umiejętność oznaczenia i pomiaru patologii językowej w schizofrenii staje się zadaniem ważnym. Można stwierdzić, że badanie i ocena komunikacji językowej stają się jednymi z najistotniejszych komponentów wspomagających pracę psychiatrii. Jak wykazuje praktyka kliniczna, poziom patologii językowej, szczególnie na początku psychozy, ma istotny wpływ na rokowanie i przebieg leczenia farmakologicznego. Nie należy przy tym zapominać, że diagnoza zaburzeń mowy w schizofrenii jest tylko stwierdzeniem zaburzenia mowy, nie psychozy schizofrenicznej. Nie zawsze diagnoza schizofrenii musi zatem implikować występowanie zaburzeń językowych i odwrotnie. Co więcej, zaburzenia mowy u dzieci cierpiących na schizofrenię nie przypominają najczęściej objawów schizofazji.

Jak już stwierdzono, wczesnodziecięca postać schizofrenii ujawnia się przed 13. rokiem życia i występuje u jednej na dziesięć tysięcy osób. Fakt ten bardzo komplikuje badania zachowań językowych dzieci ze schizofrenią, ze względu na małą liczebność grup badanych.

W prowadzonych przeze mnie badaniach diagnoza zaburzeń mowy u dzieci polegała na oddzielnej ocenie zachowań dialogowych i narracyjnych.

W przypadku zachowań dialogowych (interakcyjnych) ocenia się głównie typy reakcji – dzieląc je na te, które podtrzymują komunikację, i te, które ją zaburzają.

W przypadku zachowań narracyjnych bierze się pod uwagę umiejętności budowania narracji, spójność i złożoność wypowiedzi narracyjnych, realizację linii i pola narracji, a także pamięć tekstu (zwaną w niektórych opracowaniach „renarracją”).

Wnioski wynikające z analiz dyskursu dialogowego i narracyjnego dzieci ze schizofrenią, oparte na badaniach Tomasza Woźniaka i Marii Kaczyńskiej-Hałady [2003,

por. też: Woźniak 2005; 2012; Sulestrowska 1989; Rogala, Szabelska, 2009], są zbieżne z badaniami Rachel Caplan i współpracowników [1996; 2000]. Wskazują one na:

- 1) zaburzenia narracji, które polegają na znacznych trudnościach w konstruowaniu narracji lub są zaburzeniami spójności semantycznej oraz zaburzeniami poznawczymi; trudności te mogą być interpretowane za pomocą odmiennych narzędzi badawczych jako zaburzenia myślenia formalnego lub zaburzenia spójności tekstowej; występują też znaczne zaburzenia słuchowej pamięci tekstu, co bardzo ogranicza możliwości rozumienia i konstruowania tekstów narracyjnych;
- 2) zaburzenia interakcji językowej, które polegają na blokowaniu wymian komunikacyjnych.

Zaburzenia językowe w schizofrenii dziecięcej możemy zatem podzielić na [Woźniak, 2012]:

- 1) podstawowe, wśród których wyróżniamy:
 - a) zaburzenia narracji (brak spójnej struktury narracyjnej tekstu, bardzo uboga narracja, niekiedy brak tekstu narracyjnego) oraz
 - b) zaburzenia komunikacji w dialogu, wśród których wymienić można przede wszystkim następujące zjawiska:
 - reakcje blokujące wymianę,
 - mniej sygnałów korekty wypowiedzi błędnych,
 - wprowadzanie tematyki urojeń,
 - zaburzenia kategorii odbiorcy wypowiedzi;
- 2) dodatkowe, na które składają się:
 - a) echolalie,
 - b) fonografizm, czyli dokładne odtwarzanie usłyszanego dźwięku (z zachowaniem intonacji i akcentu – nawet w języku obcym, bez jego znajomości),
 - c) nieprawidłowości w użyciu zaimków, perseweraacje.

W porównaniu do obrazu schizofazji u młodzieży i dorosłych, w przypadku dzieci obserwujemy mniejszą różnorodność patologii językowej. Brakuje u nich także częstych w schizofazji objawów: zaburzeń konotacji, neologizmów, konstruowania tekstu na zasadzie podobieństwa brzmień (paronomimii), rozbudowanych wypowiedzi dotyczących urojeń czy interferujących ze sobą interakcji – dostępnych intersubiektywnie i urojeniowych. Należy jednak przyjąć możliwość wystąpienia niektórych objawów schizofazji u dzieci, różne jest bowiem tempo rozwoju językowego.

W porównaniu zaburzeń mowy dzieci i dorosłych ze schizofrenią można wskazać natomiast większe nasilenie objawów negatywnych (ubytkowych, wiążących się ze zubożeniem wypowiedzi) u dzieci niż u dorosłych, szczególnie dorosłych w początkowej fazie choroby [Woźniak, 2012].

Wspólnymi zaburzeniami ujawniającymi się u dzieci i dorosłych są zaburzenia spójności wypowiedzi i kategorii odbiorcy wypowiedzi. U dzieci pojawia się czasem tematyka urojeń; nie przyjmuje ona jednak postaci rozbudowanej i ogranicza się często do świata dziecięcych fantazji, zabawek czy zwierząt.

Zaburzenia spójności dyskursu (w tym dyskursu narracyjnego) można uznać za osiowe dla zaburzeń mowy w schizofrenii, a ich przyczyn poszukiwać należy w szeroko rozumianych zaburzeniach neurofizjologicznych lub poznawczych (np. zabu-

zenia neurotransmisji, omamy i halucynacje, defekty pamięci operacyjnej, odmienienia percepcja i interpretacja rzeczywistości, urojenia).

Dyskusji wymagają wynikające z obserwacji kwestie wzajemnych powiązań między procesem kształtowania się mowy, możliwościami umysłowymi człowieka a obrazem zaburzeń mowy w schizofrenii. W świetle prezentowanych wyników badań bardzo prawdopodobna staje się teza, że ta sama przyczyna zaburzeń, działająca w różnym czasie (biorąc pod uwagę proces kształtowania się mowy w ontogenezie), da różne objawy (por. tab. 1).

Jeżeli psychoza wystąpi po okresie opanowania podstaw języka, a przed zakończeniem rozwoju mowy, to jest między 4. a 7. rokiem życia, będą to zróżnicowane objawy zaburzeń rozumienia i użycia języka, przy ogólnym zubożeniu mowy – zaburzenia psychiczne stają się zaburzeniami rozwojowymi uniemożliwiającymi prawidłowy rozwój komunikacyjny i poznawczy. Między 7. a 13. rokiem życia wzrasta stopień opanowania mowy, ale mogą zaznaczać się pierwsze zjawiska związane z rozpadem świeżo opanowanych kompetencji. Ujawnienie psychozy po okresie dojrzewania może dać bogactwo patologii językowej, o różnym stopniu nasilenia. Będziemy obserwowali wówczas przejawy dezorganizacji i wadliwego funkcjonowania ukształtowanego umysłu. Będą one zatem dotyczyć systemu językowego, komunikacyjnego, a przede wszystkim swoistej interpretacji rzeczywistości. Jest to najbardziej widoczne w zaburzeniach narracji, w tym także występujących u dzieci i młodzieży.

Tabela 1. Zależność między objawami zaburzeń mowy a czasem ujawnienia schizofrenii

Czas wystąpienia psychozy	Objawy zaburzeń mowy
Do 4. r.ż.	Dotychczas nie stwierdzono wystąpienia schizofrenii przed 4. r.ż.
4.–7. r.ż.	Zaburzenia nabywania i 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.
Powyżej 13. r.ż.	Mowa funkcjonuje w pełni, prawdopodobna patologia językowa o typie schizofazji i postępujący zanik komunikacyjnej funkcji mowy.

Źródło: por. Woźniak, 2012.

Wczesny początek schizofrenii powoduje obniżoną spójność i złożoność narracji. W grupie dzieci ze schizofrenią o wczesnym początku jest tylko 60% spójnych narracji [Woźniak, 2005]. Dzieci cierpiące na schizofrenię zapamiętują jedynie 25% informacji zawartych w tekście narracyjnym, nie rekonstruują linii narracji [Rogała, Szabelska, 2009]. Budowane samodzielnie narracje cechują się niskim stopniem organizacji, są nierozbudowane.

Co ciekawe, nie zaobserwowano konstrukcji urojeniowych w przypadkach wypowiedzi dzieci ze schizofrenią o bardzo wczesnym początku. Konstrukcje takie pojawiają się dopiero z wiekiem, są już obecne u młodzieży cierpiącej na schizofrenię [Woźniak, 2005]. Powyższe obserwacje potwierdzają tezę o dominacji objawów negatywnych

(ubytkowych) w przypadku dzieci chorych na schizofrenię [Betts, Walker, 1987]. Są też podstawą do tezy, że do powstania urojeń konieczne jest pełne opanowanie mowy, a szczególnie zachowań narracyjnych. Bez umiejętności narracji interpretacja rzeczywistości jest niepełna, namiastkowa. Nie wykształcają się kategorie narracyjne pozwalające na rozumienie świata nawet w stopniu dostępnym refleksji potocznej.

Inaczej prezentują się zaburzenia językowe w schizofrenii u młodzieży, kiedy psychoza pojawia się w momencie, w którym system językowy jest już w pełni ukształtowany, a narracyjne rozumienie świata funkcjonuje na wysokim poziomie. Zaburzenia mowy u młodzieży są takie same jak w przypadku osób dorosłych. Jest to problem schizofazji i może być interpretowany w kategoriach przewidzianych dla standardu postępowania logopedycznego w tym przypadku [por. Woźniak, 2008].

Bibliografia

- Betts Barbara, Walker Elaine, 1987, *Positive and negative symptoms in psychosis and other disturbed children*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, 28, s. 555–567.
- Caplan Rochelle i in., 1996, *Conversational Repair in Schizophrenic and Normal Children*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 35, 7, s. 950–958.
- Caplan Rochelle i in., 2000, *Thought disorder in Childhood Schizophrenia: Replication and Update of Concept*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 39, 6, s. 771–778.
- Czernikiewicz Andrzej, 1998, *Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii*, Lublin.
- Grabias Stanisław, 2000, *Mowa i jej zaburzenia*, „Logopedia”, 28, s. 7–36.
- Remschmidt Helmut, 2001, *Schizophrenia in children and adolescents*, Cambridge.
- Remschmidt Helmut, 2004, *Schizophrenie Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter*, Stuttgart.
- Remschmidt Helmut, 2005, *Kinder- und Jugendpsychiatrie*, Stuttgart.
- Remschmidt Helmut, Theisen Frank, 2012, *Early-onset schizophrenia*, „Neuropsychobiology”, 66 (1), s. 63–69.
- Rogala Katarzyna, Szabelska Elżbieta, 2009, *Badanie słuchowej pamięci tekstu u dzieci z ADHD i schizofrenią*, „Logopedia”, 39, s. 229–246.
- Sulestrowska Halina, 1989, *Schizofrenia u dzieci i młodzieży*, w: Aniela Popielarska, *Psychiatria wieku rozwojowego*, Warszawa, s. 171–185.
- Woźniak Tomasz, 2000, *Zaburzenia języka w schizofrenii*, Lublin.
- Woźniak Tomasz, 2002, *Kreatywność a destrukcja zachowań osób chorych na schizofrenię*, „Logopedia”, 30, s. 143–154.
- Woźniak Tomasz, 2005, *Narracja w schizofrenii*, Lublin.
- Woźniak Tomasz, 2008, *Standard postępowania logopedycznego w schizofazji*, „Logopedia”, 37, s. 227–234.
- Woźniak Tomasz, 2012, *Zaburzenia mowy w schizofrenii*, w: Stanisław Grabias, Marek Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin.
- Woźniak Tomasz, Kaczyńska-Haładaj Maria Marta, 2003, *Obraz zaburzeń językowych w schizofrenii dziecięcej*, „Logopedia”, 32, s. 87–104.

Summary

The article describes language disorders occur in children with very early onset schizophrenia in comparison with the speech pathology diagnosed in adolescents and adults with schizophrenia. The conclusions of the study are applicable in programming speech-language therapy.