



WOJCIECH LIPSKI

Department of Logopedics and Applied Linguistics, Faculty of Languages, Literatures and Cultures,
Maria Curie-Skłodowska University

<https://orcid.org/0000-0003-4445-9940>

Disturbances in the form and content of utterances in dialogue and schizophrenic narrative Therapeutic implications

ABSTRACT: Language disorders in schizophrenia are a natural occurrence in the classifications of language disorders. However, there are still no standards of speech therapy that provide efficient therapeutic procedure. In the presented article, the author referred to schizophasia interpreted as a disorder of the content and form of expression. Both these phenomena should be the subject of speech therapy for schizophrenic people. A speech therapist may be a fully fledged member of the therapeutic team together with a psychiatrist, psychologist, psychotherapist, occupational therapy specialist, and other medical staff.

KEYWORDS: schizophrenia, schizophasia, schizophasia therapy

Zaburzenia formy i treści wypowiedzi w dialogu i narracji schizofatycznej Implikacje terapeutyczne

STRESZCZENIE: Zaburzenia językowe w schizofrenii mają stałe miejsce w klasyfikacjach zaburzeń językowych. Wciąż jednak brakuje standardów postępowania logopedycznego pozwalających na przeprowadzenie sprawnej procedury terapeutycznej. Autor w prezentowanym artykule odniósł się do schizofazji interpretowanej jako zaburzenie treści i formy wypowiedzi. Zarówno treść, jak i forma wypowiedzi powinny stanowić przedmiot terapii logopedycznej osób schizofatycznych. Logopeda może być pełnoprawnym członkiem zespołu terapeutycznego wraz z lekarzem psychiatrą, psychologiem/psychoterapeutą czy terapeutą terapii zajęciowej i innymi osobami z personelu medycznego.

SŁOWA KLUCZOWE: schizofrenia, schizofazja, terapia schizofazji

Identifying language disorders in schizophrenia from the perspective of symptoms constitutes, on a par with causes (Styczek, 1970, 1979) and speech therapy procedures (Grabias, 2019), the most important perspective for describing language disorders in Polish speech therapy. The initial classifications of speech disorders (from the 18th century onwards) were based primarily on the description of symptoms that divided speech and language disorders (Grabias, 2001).

Schizophrenia – the essence of the phenomenon

The most developed symptomatic classification was presented by Leon Kaczmarek (1975). He distinguished in it: I) disorders of content, II) disorders of language (linguistic form) and III) disorders of substance (at the segmental, suprasegmental, segmental, and suprasegmental levels). In this classification, the picture of language disorders in schizophrenia was extensively described for the first time. The author of the *Klasyfikacja zaburzeń słownego i pisemnego porozumiewania się* (this is the name Kaczmarek gave to his classification; in English: Correlational classification of disorders of verbal and written communication) places schizophrenia among speech disorders resulting from content disorders, differentiating it from disorders of language (linguistic form) and disorders of substance.

The division of content disorders follows the division proposed by Bluma W. Zeigarnik (1969), who distinguishes between 1) disorders of the process of generalization and abstraction, 2) disorders of the logical train of thought, and 3) disorders of directed thinking.

The characterization of schizophrenia in the content disorders distinguished by Kaczmarek concerned these three categories:

1. Disorders of the generalization and abstraction process:

a) a lowering of the level of generalization, i.e.: inability to classify, inability to abstract, difficulty in understanding metaphors and proverbs, and inability to understand the conventionality in a sentence, thus a narrow range of relationships and poverty of associations; they are characteristic in oligophrenia, in early epilepsy, after severe forms of encephalitis, in progressive supranuclear palsy;

b) distortion of the generalization process: a large number of associations, but undirected and random.

2. Lack of logic in constructed texts:

“slips”¹ – periodic disturbances of the consistency of judgments: the sick person starts to be guided by random indicators that are unclear in a given situation.

3. Abnormalities in the orientation of thinking:

a) “multiplanarity”: simultaneous existence of snapshots in different aspects, although the patient correctly understands instruction and can carry out mental operations such as comparison, generalization, and abstraction;

b) distraction: lack of communication and connections between the different parts of the patient’s speech.

¹ The concept of slips was used in the most recent American Psychiatric Association DSM-5 classification, under the diagnostic category “speech disorganization” (American Psychiatric Association, 2013, pp. 96–105).

Content disorders involve more or less severe abnormalities of language functioning, for example, diagrammatic, bizarre, and unintelligible neologisms, echolalia, verbigeration (i.e. nonsensical word associations), “word salad” (i.e. completely nonsensical utterances), as well as distortion of graphic substance (i.e. pathography) or phonics (Kaczmarek, 1975, 6–7).

Schizophasia is associated with a way of thinking and a pathological perception and conceptualization of reality. A person with schizophasia constructs grammatically correct statements (Lipski, 2018), but semantically incorrect and illogical. The incorrectness is not due to morphological or functional abnormalities within the speech and hearing apparatus, which would disturb the realization of the phonological system (Woźniak, 2000). The symptoms of realization disorders are not a marker of the disorder.

Schizophasia primarily affects chronically ill patients but may also manifest itself at the onset of psychosis. It can also occur outside schizophrenia, e.g. under the influence of psychoactive substances such as hallucinogens (phencyclidine, LSD, MDMA) or stimulants (amphetamine). Changes in the content and form of speech in altered states of consciousness in people under the influence of LSD have been confirmed by numerous studies (Grof, 2012; Hofmann, 2019). In the event of poisoning with such substances, their impact on speech will be short-lived.

When introducing therapy for schizophasia for patients with schizophrenia, the age factor must be taken into account. Speech therapy procedures for VEOS (very early onset of schizophrenia), when the psychosis manifests before the age of 13, will be different from procedures for EOS (early onset of schizophrenia) when it manifests in adolescents between the ages of 13 and 18, and adults with schizophrenia. In the case of adolescents and adults, there is a breakdown of competence, and regarding children (VEOS), competence does not develop sufficiently for the proper implementation of linguistic behaviour (both internal – cerebration and external – linguistic communication). Therefore, children’s schizophrenia can be treated as a neurodevelopmental disorder (Woźniak, 2015). The paradigm of symptoms of children is different compared to adolescents and adults (Woźniak & Kaczyńska-Haładyj, 2003; Woźniak, 2016). Some of the symptoms are common, but their different paradigm in children and adults is revealed. In a matter of children with schizophrenia, there cannot be a breakdown of something that has not yet formed. For that reason, it is appropriate to speak of under-formation rather than disintegration.

Language and communication difficulties in schizophrenia manifest themselves on the levels of:

- communicative – they prevent or impede verbal and non-verbal communication and the implementation of intentions;
- linguistic – they significantly affect the structure of utterances, manifesting themselves in a reduced level of coherence;

- emotional – a clear problem of reduced affect (post-schizophrenic depression), autism, anxiety, and increased risk of suicide;
- cognitive – deficit symptoms (including alogia, anhedonia, avolition, and autism) are less amenable to pharmacological treatment than production symptoms (hallucinations, delusions);
- neurophysiological – motor difficulties, spasticity, dyskinesias, sensory disturbances.

Schizophrenia manifests itself both in dialogue with the patient and in narration when the patient is the sole author of the text. Below I present examples of statements by schizophrenic patients with schizophrenia of a severe degree.

Teresa, born 13 June 1970, the onset of illness: 1990, secondary education.

Dialogue:

A: *do you agree to talk to me for a moment?*

B: *yhm, yes son//*

A: *good//*

B: *(laughs)*

A: *what is your name?*

B: *teresa g.//*

A: *can you tell me something about your family?*

B: *my family/ I can tell you everything//*

A: *then tell me something//*

B: *ewy/ 2'/ ewy injection it's all jesus christ/ and this/ ah it's me I can/ it's me I'll already be/ where I was it's all just that oh yes oh this is the one (unintelligible) I drew this jacket with my paints I anointed it/ 1'/ this poster this kind of painting/ on canvas with wooden frames with rio ramq/ it's her/5'/ she gave me a grade of 3 plus and even after telling her so-called stupidity//*

Roland, born 25 December 1962, the onset of illness: 1988, primary education. Dialogue:

A: *and can you talk to the devil as if he was a god?*

B: *with the devil/ these are not the times to talk with the devil yet/ death has come and is cooking some blocks as they say//*

A: *death cooks blocks?*

B: *that's what they say/ but you know/ I don't want to talk too much on this/ about death/ because I'm about to have my creditors/ as they say//*

A: *who are the creditors?*

B: *there's always someone standing by me wherever I turn/ some colleague/ right/ it's going to pay off for me/ it's always the man who devises/ they want a job/ I'll get them/ he's taken an ambulance of those white syllabuses and they're going to run errands/ the computer they're putting in place I'm pressing these/ pilaw/ overloaded all the computer in the world//*

A: *what overloaded?*

B: *all the panacea and people there!*

A: *what is a panacea, Mr Roland?*

B: *panacea is like/ like a guinness book//*

A: *like a guinness book?*

B: *something like a guinness book, similar/ autopsies/ and sir, I'll tell you something/ I don't know whether to say it or not/ but not too connected/ I'll have a beating//*
Jerzy, born 16 April 1955, the onset of illness: 1979, university education. Narration:

A: *mr jerzy, please tell me about your revelations because it is very interesting//*

B: *so/ it was in 1992/ I went out to the shore of our lake piaseczno and saw/ I raised my eyes and saw on the other side of the lake/ then it was said by the pond there g. (surname)/ mr g./ a huge ball of light with a space somewhere/ with a diameter of thirty-three meters/ and I asked/ or rather holy michael who was inside me asked/ who you were/ and this spiritual person said I come from above/ for what?! to/ 4'/ help you/ and I said then come and help// the next morning I woke up early in front of all my family members and knelt down to pray and when I reached the words hail mary I felt mary enter through my head in such a beautiful sine wave and she stayed in me/ and she was/ lived in me/ taught us/ healed us/ defended us/ strengthened our positive qualities/ behaviour/ [...] she lived in me for two years// once I was at a market in u. (locality) and one of the women/ a woman I didn't know started laughing because mother god rides a donkey!! oh mother god rides a donkey!! and I replied to her so in the spirit/ so that you know how this donkey is happy/ that mother god chose me and in this way and dwelt in me// I was once walking in r. (locality) in a shop near the penny store/ there were two young men and two girls sitting on a bench/ and I said/ father, they shouldn't be together/ I took a step/ I looked around/ and the girls were already in the shop and the men were outside the fence/ one of them said to me/ but you are strong/ but you are strong/ and it wasn't me, it was saint michael whose power separated them in a flash!! well how long does it take to take one step?! it was a miracle//...*

As can be seen from the statements quoted, in both dialogue and narrative, it is not only the content that is disturbed but also the form of the language. This is an extremely important aspect to be taken into account in the therapy process of schizophrenic patients.

Diagnosing schizophrenia

Diagnosing language disorders is extremely important in the diagnostic process of schizophrenia. Disorganized speech, along with delusions and hallucinations, is one of the most important symptoms of schizophrenia (American

Psychiatric Association, 2019). The diagnosis of schizophrenia should include disturbances in both content and linguistic form. Currently, two tools are used to assess language impairment in schizophrenia. The first is the Scale for the assessment of thought, language, and communication (TLC) by Nancy C. Andreasen (1986; Czernikiewicz, 1998), the second is the KSOS scale (Krótka skala oceny schizofazji – Short scale for the assessment of schizophrenia) by Tomasz Woźniak and Andrzej Czernikiewicz (2002/2003).

The TLC classification distinguishes the following linguistic phenomena:

1. Poverty of speech (laconic speech, poverty of thought) – quantitative reduction in spontaneous speech, which makes the answers to the questions short and devoid of additional information.

2. Poverty of content of speech (poverty of thought, alogia, verbigeration, negative formal thought disorder) – utterances are adequate in length, but provide little information; the language becomes obscure, overly abstract, or specific, with repetitions (of words and sentences) and stereotypes (a recapitulation of certain movements, grimaces).

3. Pressure of speech – quantitative increase in spontaneous speech compared to situational or social expectations; loud, emphatic utterances that are difficult to interrupt at a speed exceeding 150 words per minute.

4. Distractible speech – during a speech or discussion, the speaker suddenly interrupts the utterance focusing interest on the current external stimuli.

5. Tangentiality – the patient's answer to the question is from the beginning collateral (stepwise) or not related to the topic at all.

6. Derailment (loose associations, flight of ideas) – patterns of spontaneous speech in which utterances deviate from the main plot; several unrelated texts are observed in one statement.

7. Incoherence (word salad, jargon aphasia, schizophasia, paragrammatism) – speech patterns in which the text is broken down at the level of sentences (utterances), often in contradiction to grammar rules.

8. Illogicality – speech patterns where conclusions are not reached logically.

9. Clanging – speech patterns in which sounds are decisive in the choice of words.

10. Neologisms – new verbal formations, the origin of which seems incomprehensible.

11. Word approximations (paraphasia, metonyms) – using ordinary words in a new, often “private” way or creating new terms from commonly known words.

12. Circumstantiality – indirect speech patterns overloaded with details, but without Pressure of Speech.

13. Loss of goal – inability to bring the utterance to its end – to end it naturally (but without obvious signs of Derailment).

14. Perseveration – the constant use of words or sentences based on repetitions (except for socially conditioned repetitions).

15. Echolalia – speech patterns in which the recipient echoes the phrases of the interrogator, usually with his/her intonation.

16. Blocking – breaking sentence sequences with blocks of at least a few seconds, but the speaker is not aware of the occurrence of these breaks.

17. Stilted speech – artificial, formal, phraseological, preaching statements, in a style different than expected.

18. Self-Reference – converting thematic statements back to the speaker, despite the general or neutral topic of the given text (Czernikiewicz, 2004, pp. 73–93).

Not all the phenomena mentioned must occur in the case of a single patient. Some of them, such as perseveration, poverty of speech, and its minuteness, referring to oneself, can be observed in the utterances of people not suspected of any mental disorder. In the utterances of schizophrenics, these phenomena occur exceedingly frequently, making them strange and incomprehensible. The patients themselves often do not recognize themselves on pre-recorded tapes after the symptoms of psychosis have passed (Czernikiewicz & Woźniak, 2001).

Linguistic phenomena on the TLC scale can be divided into the following categories:

DPTL – deficient phenomena at the text level (poverty of speech + poverty of content of speech + blocking).

PPTL – production phenomena at the text level (pressure of speech + circumstantiality + stilted speech).

PI – phenomena of incoherence (distractible speech + tangentiality + derailment + loss of goal + self-reference) – these three categories represent linguistic pathology at the level of a statement (text).

SP – syntactic phenomena (incoherence + illogicality) – this category represents pathology at the level of utterance (sentence).

LP – lexical phenomena (clanging + neologisms + word approximations + perseverations + echolalia) – pathology related to the morpheme (word).

The second tool to assess schizophasia is the KSOS scale. With this tool, the degree of schizophasia is examined at the syntactic (grammatical), semantic and pragmatic levels. The construction of this tool follows directly from the perspective on schizophasic disorders of the authors of the KSOS scale. According to the definition proposed by Tomasz Woźniak and Andrzej Czernikiewicz, schizophasia is 'a progressive disorder of the coherence of an utterance and its disintegration at the pragmatic, semantic and formal-grammatical levels' (2002/2003).

Below are the symptoms assigned to each category:

A. Grammatical coherence (refers to syntactic relations).

1. Assessment of syntactic impoverishment.
2. Assessment of disorders of linear connotation.
- B. Semantic coherence (refers to meaning relations).
 1. Occurrence of idiolectal neologisms (words not motivated by the language system).
 2. Occurrence of paronyms (construction of utterances based on similarity of sounds).
- C. Pragmatic consistency (refers to discourse construction strategies).
 1. Assessment of comprehensibility of utterances.
 2. Assessment of the concreteness of the utterance.
 3. Persistence of at least two symptoms from points A and B in longer passages of speech.

Criteria for the assessment of schizophasia as measured by the KSOS scale:

A.1. If more than 6 out of the first 10 utterances are single sentences, sentence equivalents, or automated sequences, we speak of syntactic impoverishment and mark 1 point.

A.2. A disorder of linear connotation is present when there are unusual combinations of words that do not occur in the speech of other speakers. When this symptom occurs, we mark 1 point.

B.1. Idiolectal neologisms are new words whose neither word structure nor meaning can be explained based on the lexical-grammatical system of the language. We administer 2 points for this phenomenon.

B.2. Paronyming is a phenomenon of selecting words in a line of speech not because of their meaning, but under the influence of the similarity of sound. The phenomenon may resemble alliteration or rhyming. However, it is not the result of linguistic creation, but an aberration of the utterance. The occurrence of paronyms is assessed for 2 points.

C.1. Incomprehensibility of an utterance can be said to occur when:

- fragments of verbal hallucinations are revealed;
- the patient addresses the audience as a result of auditory hallucinations in interaction with a real interlocutor;
- the patient speaks off-topic or in a manner inappropriate to the situation.

The occurrence of the unintelligibility of speech is scored for 3 points.

C.2. Concreteness of speech occurs when:

- currently, dominant stimuli are incorporated into the utterance;
- random and arbitrary associations are made, disregarding relations resulting from dependencies between concepts.

The concrete utterance is scored for 3 points.

C.3. If two or more of the phenomena described in the “grammatical coherence assessment” and “semantic coherence assessment” sections are present in longer passages of an utterance, 3 points should be marked.

Criteria for assessing the “schizophrenicity” of statements based on KSOS:

- 0 points – means no schizophasia;
- 1 point – means no schizophasia, grammatical disorders with a possible decrease in mental performance;
- 2–4 points – the probability of the presence of disorders of the schizophasia type;
- 5–6 points – mild schizophasia;
- 7–15 points – severe schizophasia (Woźniak, Czernikiewicz, 2004, pp. 102–104).

Speech therapy for schizophrenia

Therapeutic work, including speech therapy, has a very important function in the revalidation of people with schizophrenia. It is an important complement to pharmacotherapy and significantly increases its effectiveness². This means that speech therapy in working with people with schizophrenia is legitimate and necessary.

Therapy of schizophrenia should be correlated with the diagnosis of language functions and symptoms of schizophrenia (positive and negative). Nowadays, schizophrenic disorders are associated with a breakdown of cognitive, communicative, and linguistic competence, and the process of speech therapy for people with schizophrenia should be about rebuilding these competencies (Grabias, 2019).

Therapeutic work with schizophrenic patients is extremely difficult, and although research on the symptoms of schizophrenic disorders, their descriptions, and attempts to characterize them have been undertaken for many years, and have developed greatly in recent years, it is difficult to identify speech therapy procedures that could realistically improve the linguistic functioning of schizophrenic patients.

A proposal to develop a standard for speech therapy procedures in schizophrenia was presented by Woźniak (2008, 2015). The researcher noted that there are currently no resolutions in force regarding speech therapy management in working with schizophrenic individuals, although the phenomenon of schizophasia has a permanent place in the group of speech pathology entities and is included in various classifications. According to the causal classification, schizophasia is placed in the group of endogenous disorders and, according to the classification of speech therapy procedures, in the group of disorders of the type where there

² The importance of the correlation between pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of schizophrenia was emphasized by Jan Mazurkiewicz (1958), who lived at the turn of the 20th century

is a breakdown of competence, linguistic, communicative, and cognitive. The symptomatic classification I mentioned above treats schizophasia as a disorder of speech content.

Progress on building strategies in therapeutic management aimed at people with schizophrenia is still ongoing. Important factors here are the clinical experience of the therapist and the chosen psychotherapeutic approach.

Recently the Cognitive-Behavioural Therapy (CBT) model of therapy has evolved a great deal in the revalidation of schizophrenic patients. In my opinion, it is based on this model that effective speech therapy for schizophrenic patients should be programmed. A set of tasks and exercises could be proposed whereby sufferers could relate to and critically evaluate their language symptoms. This would allow them to build insight into their symptoms and develop a critical attitude toward the symptoms of psychosis. In addition, social and communication skills training carried out using communication enhancement techniques, would grant patients the basic tools to develop their interaction skills. However, it should be emphasized that effective speech therapy would require pharmacotherapy to which the patient would respond successfully. An indispensable part of the treatment of schizophrenia is the inclusion of neuroleptics (antipsychotics).

In speech therapy for schizophrenic people, methods developed in the therapy of other language and communication disorders can be used as required. In the case of children, these are methods of work such as in delayed speech development (DSD) and speech impairment of the aphasia type, alalia, autism spectrum disorder (ASD), and oligophasia. For adolescents and adults: aphasia, pragnosis, and dementia. The use of therapeutic techniques attributed to other nosological entities should be determined by the individual needs of the patient. However, schizophasia should be differentiated from aphasia and dementia. This is because the aetiology and course of the disorder are different. Schizophatic symptoms are strongly influenced by neurotransmission disorders and not exclusively aberrations resulting from organic brain damage.

The therapy of schizophasia should be multifaceted and take into account difficulties at different levels of language and communication, taking into account disorders of both the content and form of linguistic expression.

Several levels of difficulty and adapted therapies should be emphasized in the speech therapy of schizophasic individuals. In terms of both verbal and written communication, attention should be paid to proficiency:

- grammatical;
- social;
- situational;
- pragmatic;
- stylistic.

Non-verbal communication should also be included in therapy.

Within therapy the following issues are very important:

- Content therapy:
 - building criticism of the productive symptoms;
 - developing the patient's perspective in social interactions;
 - working on the theory of mind, mentalization, taking the other person's perspective,
- narrative expression therapy:
 - building narrative dexterity (reminiscence/natural narrative, narrative reporting of a previously presented story),
 - text memory;
 - text interpretation;
 - narrative structure;
 - narrative reconstruction, distinguishing between delusional and factual narratives (developing insight and criticism);
 - interpretation of concepts (building up the structure of a concept, ability to fill the structure of a concept with content, linguistic world view (LWV), describing mental, emotional, social, conceptual reality);
- dialogue speech therapy (with alternation):
 - expressing and realizing the intention of an utterance with matching content (often disturbed by delusions);
 - speech planning.
- Language form therapy:
 - grammatical transformations;
 - building narrative structure;
 - building a dialogue structure;
 - building the structure of a concept;
 - improving syntactic complexity of utterances;
 - expressing and realizing the intention of an utterance with a matching structure;
 - situational, social, and pragmatic training (structure of the speech);
 - keeping a diary of events, organizing knowledge of the world;
 - categorizing and segmenting experiences;
 - others.

The guidelines presented are only therapeutic suggestions that can be addressed by a speech therapist in the treatment of schizophrenia. It is important to remember that therapy ought to help patients with both positive and negative symptoms of schizophrenia.

Within speech therapy for schizophasia the following points should be considered:

- The specific activities in content and language form therapy will intersect, so a holistic approach is needed.

- Speech therapy can be conducted together with social skills training (SST). Guidelines for SST in the therapy of mental disorders are widely used (Kucharska, 2013; Meder, 1999). It would be appropriate to extend and complement them with communication training, creating social and communication skills training (SCST).
- Cognitive function training should be an extremely important part of therapy. Owing to language, people perceive the world, conceptualize it and divide it into sections. It is also through language and communication that a person's sensory (subjective) cognition undergoes a process of objectification (Grabias, 2019).
- The building of insight and introspection could not occur without language participation, so these processes are strongly linked to language's cognitive, interactional and group-forming functions. Cognition and the expression of beliefs are also linguistic in nature and relate to the content of the expression of linguistic behaviour in cerebration and communication.
- Therapy should aim at building insight and criticism.
- Methods for dealing with difficult (stressful) situations – procedures used in stuttering therapy (stress management techniques) can be used here.
- Occupational and activation therapy for patients. Has a very important effect on negative symptoms (avolition) and isolation (autism). Serves to socialise patients.
- Psychotherapeutic techniques based on cognitive behavioural therapy. The therapy methods referred to are extensively developed in the context of working with people with schizophrenia (Beck, 2010; Granholm, 2018; Kingdon & Turkington, 2017; Turkington, 2018). It can be assumed that cognitive approaches will work better with high-functioning patients, cognitive-behavioural techniques are more appropriate for working with low-functioning patients (e.g. with psychomotor deficits or reduced intellectual functioning).

Conclusion

The suggestions made should be implemented by a team of therapists. The actions of the speech and language therapist should be coherent and complement the therapy provided by the staff of the facility where the patient is treated or cared for. If it is a hospital ward, the psychiatrist, psychologist/psychotherapist, and occupational therapist, among others, have an impact on improving the functioning of the person with schizophrenia, in addition to the speech therapist.

It is worth emphasising that the language problem in schizophrenia cannot be ‘dissected’ from the whole spectrum of axial symptoms of the psychosis. Therapy for schizophrenia should be holistic in nature as it deals with the person as a whole and not just with a selected problem. I believe that an “engineering” approach in the therapy of psychogenic speech disorders (schizophasia, stammering, mutism, etc.) is far inappropriate.


References

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Fifth edition: DSM-5*. Author.
- Andreasen, N.C., (1986). Scale for the Assessment of Thought, Language, and Communication (TLC). *Schizophrenia Bulletin*, 12(3), 473–482.
- Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N., & Grant, P., (2010). *Schizofrenia w ujęciu poznawczym. Teoria, badania, terapia* (M. Kapera, transl.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Czernikiewicz, A. (1998). *Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii*. Wydawnictwo Akademii Medycznej w Lublinie.
- Czernikiewicz, A. (2004). *Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Czernikiewicz, A., & Woźniak, T. (2001). Schizofazja. *Logopedia*, 29, 7–36.
- Grabias, S. (2001). Perspektywy opisu zaburzeń mowy. W: S. Grabias (Eds.), *Zaburzenia mowy. Mowa, teoria, praktyka* (pp. 7–43). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Grabias, S. (2019). *Język w zachowaniach społecznych. Podstawy socjolingwistyki i logopedii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Grof, S. (2012). *Obszary nieświadomości. Raport z badań nad LSD* (A. Szyjewski, transl.). Wydawnictwo A.
- Granholm, E. L., McQuaid, J. R., & Holden, J. L. (2018). *Schizofrenia. Poznawczo-behawioralny trening umiejętności społecznych. Praktyczny przewodnik* (A. Alochno-Janasz, transl.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Hofmann, A. (2019). *LSD... moje trudne dziecko. Historia odkrycia „cudownego narkotyku”* (K. Lewandowski, transl.). Cień Kształtu.
- Kaczmarek, L. (1975). Korelacyjna klasyfikacja zaburzeń słownego i pisemnego porozumiewania się. *Logopedia*, 12, 5–13.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (2017). *Terapia poznawcza schizofrenii* (R. Andruszko, transl.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kucharska, K., Wilkos, E., & Sawicka, M. (2013). *Trening społecznego poznania. Podręcznik terapeuty*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Lipski, W. (2018). *Zaburzenia konotacji w schizofrenii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Mazurkiewicz, J. (1958). *Wstęp do psychofizyki normalnej. T. 2: Dysolucja aktywności korowo-psychicznej*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Meder, J. (Ed.). (1999). *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- Styczek, I. (1970). *Zarys logopedii*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

- Styczek, I. (1979). *Logopedia*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Wilcock, S. K. J., Brabban, A., Cromarty, P., Dudley, R., Gray, R., Pelton, J., Siddle, R., & Weiden, P. (2018). *Terapia poznawcza psychoz: powrót do życia i normalności*. Edra Urban & Partner.
- Woźniak, T. (2000). *Zaburzenia języka w schizofrenii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Woźniak, T. (2008). Standard postępowania logopedycznego w schizofazji. *Logopedia*, 37, 313–322.
- Woźniak, T. (2015). Schizofazja. Zasady postępowania logopedycznego. In S. Grabias, J. Panasiuk, & T. Woźniak (Eds.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (pp. 1093–1104). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Woźniak, T. (2016). Zaburzenia mowy dzieci i młodzieży ze schizofrenią. In I. Jaros, & R. Gliwa (Eds.), *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii* (pp. 135–141). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Woźniak, T., & Czernikiewicz, A. (2002/2003). Krótka Skala Oceny Schizofazji (KSOS). *Badania nad Schizofrenią*, 4(4), 569–576.
- Woźniak, T., & Czernikiewicz, A. (2004). Zagadnienia oceny zaburzeń komunikacji językowej Krótka Skala Oceny Schizofazji (KSOS). In A. Czernikiewicz, *Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii* (pp. 95–106). Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Woźniak, T., & Kaczyńska-Haładyj, M. M. (2003). Obraz zaburzeń mowy w schizofrenii dziecięcej. *Logopedia*, 32, 87–104.
- Zeigarnik, B. W. (1969). *Patologia myślenia* [I. Obuchowska, tłum.]. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.



WOJCIECH LIPSKI

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej,
Wydział Filologiczny, Katedra Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego
 <https://orcid.org/0000-0003-4445-9940>

Zaburzenia formy i treści wypowiedzi w dialogu i narracji schizofatycznej Implikacje terapeutyczne

Disturbances in the form and content of utterances in dialogue and schizopathic narrative. Therapeutic implications

ABSTRACT: Language disorders in schizophrenia are a natural occurrence in the classifications of language disorders. However, there are still no standards of speech therapy that provide efficient therapeutic procedure. In the presented article, the author referred to schizophasia interpreted as a disorder of the content and form of expression. Both these phenomena should be the subject of speech therapy for schizopathic people. A speech therapist may be a fully fledged member of the therapeutic team together with a psychiatrist, psychologist, psychotherapist, occupational therapy specialist, and other medical staff.

KEYWORDS: schizophrenia, schizophasia, schizophasia therapy

STRESZCZENIE: Zaburzenia językowe w schizofrenii mają stałe miejsce w klasyfikacjach zaburzeń językowych. Wciąż jednak brakuje standardów postępowania logopedycznego pozwalających na przeprowadzenie sprawnej procedury terapeutycznej. Autor w prezentowanym artykule odniósł się do schizofazji interpretowanej jako zaburzenie treści i formy wypowiedzi. Zarówno treść, jak i forma wypowiedzi powinny stanowić przedmiot terapii logopedycznej osób schizofatycznych. Logopeda może być pełnoprawnym członkiem zespołu terapeutycznego wraz z lekarzem psychiatrą, psychologiem/psychoterapeutą czy terapeutą terapii zajęciowej i innymi osobami z personelu medycznego.

SŁOWA KLUCZOWE: schizofrenia, schizofazja, terapia schizofazji

Postrzeganie zaburzeń językowych w schizofrenii z perspektywy objawów stanowi, na równi z przyczynami (Styczek, 1970, 1979) i procedurami logopedycznymi (Grabias, 2019), najważniejszą perspektywę opisu zaburzeń językowych w polskiej logopedii. Początkowe klasyfikacje zaburzeń mowy (od XVIII wieku) opierały się przede wszystkim na opisie objawów i to zgodnie z objawami dzieliły zaburzenia mowy i języka (Grabias, 2001).

Schizofazja – istota zjawiska

Najbardziej rozwiniętą klasyfikację objawową przedstawił Leon Kaczmarek (1975). Wyróżnił w niej: I) zaburzenia treści, II) zaburzenia języka (formy językowej) i III) zaburzenia substancji (na poziomie segmentalnym, suprasegmentalnym oraz segmentalnym i suprasegmentalnym). To właśnie w tej klasyfikacji po raz pierwszy w polskiej logopedii został szeroko opisany obraz zaburzeń językowych w schizofrenii.

Autor „Korelacyjnej klasyfikacji zaburzeń słownego i pisemnego porozumiewania się” (taką nazwę swojej klasyfikacji nadał Kaczmarek) umiejscawia schizofazję wśród zaburzeń mowy wynikających z zaburzeń treści, różnicując ją z zaburzeniami języka (formy językowej) i zaburzeniami substancji.

Podział zaburzeń treści jest zgodny z podziałem zaproponowanym przez Blumę W. Zeigarnik (1969), która wyróżnia: 1) zaburzenia procesu uogólniania i abstrakcji, 2) zaburzenia logicznego toku myślenia i 3) zaburzenia ukierunkowania myślenia.

Charakterystyka schizofazji w wyróżnionych przez Kaczmarka zaburzeniach treści dotyczyła tych trzech kategorii:

1. Zaburzenia procesu uogólniania i abstrakcji:
 - a) obniżenie poziomu uogólniania, tzn.: niezdolność klasyfikacji, niezdolność abstrahowania, trudności w rozumieniu przenośni i przysłów, niemożność rozumienia zawartej w zdaniu umowności, a zatem wąski zakres związków i ubóstwo skojarzeń; charakterystyczne są w oligofrenii, we wczesnej epilepsji, po ciężkich formach zapalenia mózgu, w porażeniu postępującym;
 - b) wypaczenie procesu uogólniania – duża liczba skojarzeń, ale nieukierunkowanych i przypadkowych.
2. Brak logiki w budowanych tekstach:
 - a) „ześlizgi”¹ – okresowe zaburzenia konsekwencji sądów: chory zaczyna się kierować przypadkowymi, niejasnymi w danej sytuacji wskaźnikami.
3. Nieprawidłowości w ukierunkowaniu myślenia:
 - a) „wieloplanowość” – jednoczesne istnienie ujęć w różnych aspektach, choć chory prawidłowo rozumie instrukcję i umie przeprowadzać takie operacje umysłowe, jak porównywanie, uogólnianie i abstrakcja;
 - b) rozkojarzenie – brak komunikatywności oraz związków między poszczególnymi fragmentami wypowiedzi chorego.

¹ Pojęcie ześlizgów zostało wykorzystane w najnowszej klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5, w kategorii diagnostycznej „dezorganizacja mowy” (American Psychiatric Association, 2013, s. 96–105).

Zaburzenia treści wiążą się z mniej lub bardziej ciężkimi nieprawidłowościami w funkcjonowaniu języka, np. dysgramatyzmem, dziwacznymi i niezrozumiałymi neologizmami, echolalią, werbigeracją (tj. bezsensownymi skojarzeniami słownymi), „sałatką słowną” (tj. całkowicie niedorzecznymi wypowiedziami), a także ze zniekształceniem substancji graficznej (tj. patografią) czy fonicznej (Kaczmarek, 1975, s. 6–7).

Schizofazja związana jest ze sposobem myślenia i patologicznym postrzeganiem oraz konceptualizacją rzeczywistości. Osoba ze schizofazją buduje wypowiedzi poprawne pod względem gramatycznym (Lipski, 2018), ale niepoprawne znaczeniowo i nielogiczne. Niepoprawność nie wynika z nieprawidłowości morfologicznych czy funkcjonalnych w obrębie aparatu mowy i słuchu, które prowadziłyby do zaburzeń realizacji systemu fonologicznego (Woźniak, 2000). Objawy zaburzeń realizacyjnych nie stanowią markera schizofazji.

Schizofazja dotyczy przede wszystkim pacjentów chorujących przewlekłe, ale może ujawnić się także na początku psychozy. Schizofazja może również występować poza schizofrenią, np. pod wpływem działania substancji psychoaktywnych, takich jak halucynogeny (fencyklidyna, LSD, MDMA) czy stymulanty (amfetamina). Zmiany w treści i formie wypowiedzi w odmiennych stanach świadomości u osób pod wpływem LSD zostały potwierdzone licznymi badaniami (Grof, 2012; Hofmann, 2019). W sytuacji zatrucia takimi substancjami ich wpływ na mowę będzie miał charakter krótkotrwały.

Programując terapię schizofazji u pacjentów chorujących na schizofrenię, trzeba wziąć pod uwagę wiek pacjenta. Procedury logopedyczne w przypadku VEOS (schizofrenia o bardzo wczesnym początku), kiedy psychoza ujawnia się przed 13. rokiem życia, będą inne od procedur w przypadku EOS (schizofrenia o wczesnym początku), kiedy schizofrenia ujawnia się u młodzieży między 13. a 18. rokiem życia, oraz schizofrenii występującej u osób dorosłych. W przypadku młodzieży i dorosłych dochodzi do rozpadu kompetencji, a u dzieci (VEOS) kompetencje się nie wykształcają w stopniu wystarczającym do właściwej realizacji zachowań językowych (zarówno wewnętrznych – cerebracji, jak i zewnętrznych – komunikacji językowej). Dlatego schizofrenię u dzieci można traktować jako zaburzenie neurorozwojowe (Woźniak, 2015). Inny jest paradygmat objawów u dzieci w porównaniu z młodzieżą i osobami dorosłymi (Woźniak, 2016; Woźniak i Kaczyńska-Haładyj, 2003). Część objawów jest wspólna, ale ujawnia się ich odmienny paradygmat u dzieci i dorosłych. U dzieci ze schizofrenią nie może dojść do rozpadu czegoś, co się jeszcze nie ukształtowało. Dlatego należy mówić o niedokształceniu, a nie o rozpadzie.

Trudności językowe i komunikacyjne w schizofazji objawiają się na płaszczyznach:

- komunikacyjnej – uniemożliwiają bądź utrudniają komunikację werbalną i niewerbalną oraz realizację intencji;

- językowej – w znacznym stopniu wpływają na strukturę wypowiedzi, objawiając się obniżonym poziomem spójności;
- emocjonalnej – w schizofrenii wyraźnie zarysowuje się problem obniżonego afektu (depresja poschizofreniczna), autyzm, lęk oraz podwyższone ryzyko samobójstwa;
- poznawczej – objawy deficytowe (m.in. alogia, anhedonia, awolucja, autyzm) są mniej podatne na leczenie farmakologiczne niż objawy wytwórcze (omamy, urojenia);
- neurofizjologiczne – trudności motoryczne, spastyczności, dyskinezy, zaburzenia sensoryczne.

Schizofazja objawia się zarówno w dialogu z osobą chorą, jak i w narracji, kiedy to wyłącznie chory jest autorem tekstu. Poniżej prezentuję przykłady wypowiedzi pacjentów chorujących na schizofrenię ze schizofazją w stopniu ciężkim.

Teresa, ur. 13 czerwca 1970 roku, początek choroby: 1990 rok, wykształcenie średnie. Dialog:

A: *zgadza się pani porozmawiać ze mną chwilę?*

B: *yhm / tak synu//*

A: *dobrze//*

B: *(śmiech)*

A: *jak się pani nazywa?*

B: *teresa g. (nazwisko)//*

A: *może mi pani opowiedzieć coś o swojej rodzinie//*

B: *moja rodzina / mogę wszystko powiedzieć//*

A: *no to proszę coś opowiedzieć//*

B: *ewy /2'/ ewy zastryk to wszystkich to jesus chrystus/ i ten/ ach to ja mogę/ to ja będę już/ tam gdzie byłam to wszystko jest tylko że o tak o to jest ten (niezrozumiałe) ja tą kurtkę narysowałam sobie tak farbami pomazałam pani s. ją /1'/ ten plakat ten taki obraz / na płótnie z drewnianymi ramami z rio ramą / to ona mi /5'/ zaliczyła na trójkę z plusem a wręcz po nagadanie jej tak zwanych głup//*

Roland, ur. 25 grudnia 1962 roku, początek choroby: 1988 rok, wykształcenie podstawowe. Dialog:

A: *a czy z diabłem można rozmawiać jak z bogiem?*

B: *z diabłem/ to jeszcze nie te czasy żeby z diabłem rozmawiać/ śmierć przyszła gotuje klocki jak to się mówi jakieś tam//*

A: *śmierć gotuje klocki?*

B: *tak się mówi/ ale wie pan/ nie chcę zbytnio na tym/ o śmierci gadać/ bo będę zaraz miał swoich wierzycieli/ jak to się mówi//*

A: *kim są wierzyciele?*

B: *zawsze ktoś przy mnie stoi gdzie bym się nie obrócił/ jakiś kolega/ prawda/ to mi się*

opłaci/ to zawsze człowiek obmyśla/ obmyśli się/ chcą pracę/ ja im załatwię/ wziął karetkę pogotowia tych co białych sylabusów i jadą załatwić sprawy/ komputer podstawiają naciśkam te/ pilaw/ przeladowany cały komputer na świetcie//

A: co przeladowane?

B: całe panaceum i ludzie tam!

A: co to jest panaceum panie rolandzie?

B: panaceum to jest taka/jak księga guinnessa//

A: jak księga guinnessa?

B: takie coś jak księga guinnessa podobne/ autopsje/ i proszę pana ja coś panu coś powiem takiego/ ja nie wiem czy to wypowiadać czy nie/ ale nie za bardzo związana/ będę miał wciroy//

Jerzy, ur. 16 kwietnia 1955 roku, początek choroby: 1979 rok, wykształcenie wyższe. Narracja:

A: panie jerzy proszę opowiedzieć mi o swoich objawieniach, bo to jest bardzo interesujące//

B: więc/ to było w 1992 roku/ wyszedłem na brzeg naszego jeziora piaseczna i zobaczyłem/ podniosłem oczy i zobaczyłem po drugiej stronie jeziora/ wtedy się mówiło przy stawie tam g. (nazwisko)/ pana g./ olbrzymią kulę świetlistą o przestrzeni gdzieś/ o średnicy trzydziestu trzech metrów/ i spytałem/ a właściwie to święty michał który był we mnie spytał/ kim jesteś/ a ta osoba duchowa powiedziała przychodzę z góry/ po co?/ żeby /4'/ ci pomagać/ i powiedziałem wtedy to przyjdź i pomagaj// następnego dnia rano obudziłem się wcześniej przed wszystkimi członkami rodziny i uklęknąłem do modlitwy i kiedy doszedłem do słów zdrowaś maryjo uczulem jak maryja wchodzi mi przez głowę taką piękną sinusoidą i została we mnie/ i była/ mieszkała we mnie/ uczyła nas/ leczyła nas/ broniła nas/ wzmacniała nasze pozytywne cechy/ zachowania/ [...] mieszkała we mnie dwa lata// kiedyś byłem na targu w u. (miejsowość) i jedna z kobiet/ nieznajoma mi kobieta zaczęła się śmiać bo matka boża na osiołku jeździ!// o matka boża jeździ na osiołku!// a ja jej tak w duchu odpowiadam/ żebyś ty wiedziała jak ten osiołek jest szczęśliwy/ że matka boża mnie wybrała i w ten sposób i zamieszkała// szedłem kiedyś w r. (miejsowość) w takim sklepie koło grosika/ siedzieli na ławeczce dwóch młodzieńców i dwie dziewczęta/ z tym że ci młodzieńcy jak moim zdaniem nie byli godni nawet żeby rozmawiać z tymi dziewczynami/ i tak mówię/ ojciec oni nie powinni być razem/ zrobiłem krok/ obejrzałem się/ a te dziewczyny były już w sklepie a ci poza ogrodzeniem/ jeden z nich do mnie mówi/ aleś jesteś mocny/ ale jesteś mocny/ a to nie ja tylko święty michał swoją mocą po prostu rozdzielił ich błyskawicznie!// no ile trwa zrobienie jednego kroku?/ to był cud//...

Jak widać na podstawie przytoczonych wypowiedzi, zarówno w dialogu, jak i narracji, nie tylko treść jest zaburzona, ale także forma języka. Jest to aspekt niezwykle ważny, który należy uwzględnić w procesie terapii pacjentów schizofatycznych.

Diagnozowanie schizofazji

Zdiagnozowanie zaburzeń językowych jest niezwykle ważne w procesie diagnostycznym schizofrenii. Zdezorganizowana mowa, obok urojeń i omamów, stanowi jeden z najważniejszych objawów schizofrenii (American Psychiatric Association, 2019). W diagnozie schizofazji powinno się uwzględniać zaburzenia zarówno treści, jak i formy językowej. Obecnie do oceny zaburzeń językowych w schizofrenii stosuje się dwa narzędzia. Pierwsze to skala TLC (Scale for the assessment of thought, language, and communication), czyli Skala do oceny myślenia, języka i komunikacji, autorstwa Nancy C. Andreasen (1986; Czernikiewicz, 1998), druga to skala KSOS (Krótka skala oceny schizofazji), autorstwa Tomasza Woźniaka i Andrzeja Czernikiewicza (2002/2003).

W klasyfikacji TLC wyróżnione zostały następujące fenomeny językowe:

1. Ubóstwo mowy (UM) – ilościowe zmniejszenie mowy spontanicznej, co powoduje, iż odpowiedzi na pytania są krótkie i pozbawione dodatkowych informacji.

2. Ubóstwo treści (UT) – wypowiedzi są adekwatne co do długości, ale przynoszą mało informacji; język staje się dziwny, nadmiernie abstrakcyjny lub nadmiernie konkretny, występują repetycje (powtórzenia wyrazów i zdań) i stereotypie (wielokrotne powtarzanie określonych ruchów, grymasów).

3. Natłok mowy (NM) – ilościowe zwiększenie mowy spontanicznej w porównaniu z oczekiwaniami sytuacyjnymi lub społecznymi; wypowiedzi głośne, emfaticzne, trudne do przerywania przy tempie przekraczającym 150 słów na minutę.

4. Mowa roztargniona (MR) – w czasie wypowiedzi lub dyskusji nadawca przerywa nagle tekst lub zdanie, ogniskując swoje zainteresowanie na aktualnych bodźcach zewnętrznych.

5. Uskokowość (U) – odpowiedź chorego na pytanie od początku jest oboczna (uskokowa) lub w ogóle niezwiązana z tematem.

6. Zbaczenie wypowiedzi (ZW) – wzorce mowy spontanicznej, w której wypowiedzenia zbaczają z głównego wątku; w jednej wypowiedzi obserwuje się kilka niepowiązanych z sobą tekstów.

7. Rozkojarzenie (RK) – wzorce mowy, w których tekst rozbity jest na poziomie zdań (wypowiedzeń), często z zaprzeczeniem regułom gramatyki.

8. Nielogiczność (NL) – wzorce mowy, w których wnioski nie są osiągnięte w sposób logiczny.

9. Dźwięczenie (D) – wzorce mowy, w których dźwięki mają decydujące znaczenie w doborze słów.

10. Neologizmy (N) – nowe formacje słowne, których pochodzenie wydaje się niezrozumiałe.

11. Przybliżenia słowne (PS) – używanie zwykłych słów w nowy, często „prywatny” sposób lub tworzenie nowych terminów ze słów ogólnie znanych.

12. Drobiazgowość (DR) – wzorce mowy niebezpośredniej, przeładowanej detalami, ale bez cech natłoku.

13. Utrata celu (UC) – niezdolność do doprowadzenia wypowiedzi do końca – zakończenia jej w sposób naturalny (ale bez wyraźnych cech zbaczania wypowiedzi).

14. Persewercje (P) – ciągle używanie słów lub zdań na zasadzie repetycji (poza repetycjami uwarunkowanymi społecznie).

15. Echolalia (E) – wzorce mowy, w których odbiorca jak echo powtarza frazy pytającego, zwykle z jego intonacją.

16. Blokowanie (B) – przerywanie ciągów zdaniowych, co najmniej kilkusekundowymi blokami, przy czym nadawca nie uświadamia sobie wystąpienia tych przerw.

17. Mowa sztuczna (MS) – wypowiedzi sztuczne, formalne, frazeologiczne, kaznodziejskie, w innym, niż oczekiwano, stylu.

18. Odnoszenie do siebie (OS) – nawracanie tematyczne wypowiedzi do osoby mówcy, pomimo ogólnego czy neutralnego tematu zadanego tekstu (Czernikiewicz, 2004, s. 73–93).

Nie wszystkie wymienione fenomeny muszą wystąpić u jednego pacjenta. Niektóre z nich, jak: persewercje, ubóstwo mowy, jej drobiazgowość, odnoszenie do siebie, można zaobserwować w wypowiedziach ludzi nieposądzanych o jakiegokolwiek zaburzenia psychiczne. Te fenomeny występują nad wyraz często w wypowiedziach schizofreników, powodując, że są one dziwne i niezrozumiałe. Sami chorzy często po minięciu objawów psychozy nie rozpoznają się na nagranych wcześniej taśmach (Czernikiewicz i Woźniak, 2001).

Za Czernikiewiczem (1998, s. 57) fenomeny językowe wyróżnione w skali TLC można podzielić na następujące kategorie:

FUT – fenomeny ubytkowe na poziomie tekstu (ubóstwo mowy + ubóstwo treści + blokowanie);

FWT – fenomeny wytwórcze na poziomie tekstu (natłok mowy + drobiazgowość + mowa sztuczna);

FN – fenomeny niespójności (roztargnienie + uskokowość + zbaczanie wypowiedzi + utrata celu + odnoszenie do siebie) – FUT + FWT + FN reprezentują patologię językową na poziomie wypowiedzi (tekstu);

FS – fenomeny syntaktyczne (rozkojarzenie + nielogiczność) – ta kategoria reprezentuje patologię na poziomie wypowiedzenia (zdania);

FL – fenomeny leksykalne (dźwięczenie + neologizmy + przybliżenia słowne + persewercje + echolalia) – patologia związana z morfemem (słowem).

Do oceny schizofazji służy również skala KSOS. Tym narzędziem bada się stopień schizofazji na poziomie syntaktycznym (gramatycznym), semantycznym

i pragmatycznym. Budowa tego narzędzia wynika bezpośrednio z perspektywy oglądu zaburzeń schizofatycznych autorów skali KSOS. Zgodnie z zaproponowaną przez Woźniaka i Czernikiewicza definicją, schizofazja to postępujące zaburzenie spójności wypowiedzi i jej dezintegracja na poziomie pragmatycznym, semantycznym i formalnogramatycznym (2002/2003).

Poniżej przedstawiam symptomy przypisane do poszczególnych kategorii:

A. Spójność gramatyczna (dotyczy relacji syntaktycznych).

1. Ocena zubożenia składni.
2. Ocena zaburzeń konotacji linearnej.

B. Spójność semantyczna (dotyczy relacji znaczeniowych).

1. Występowanie neologizmów idiolektalnych (wyrazów niemotywowanych systemem języka).
2. Występowanie paronimów (budowanie wypowiedzi na podstawie podobieństwa brzmień).

C. Spójność pragmatyczna (dotyczy strategii budowania dyskursu).

1. Ocena zrozumiałości wypowiedzi.
2. Ocena konkretności wypowiedzi.
3. Utrzymywanie się co najmniej dwu objawów z punktów A i B w dłuższych fragmentach wypowiedzi.

Kryteria oceny schizofazji mierzonej skalą KSOS:

Ad A.1. Jeżeli na 10 pierwszych wypowiedziach więcej niż 6 to zdania pojedyncze, równoważniki zdań bądź ciągi zautomatyzowane, mówimy o zubożeniu składni i przyznajemy 1 punkt.

Ad A.2. O zaburzeniu konotacji linearnej możemy mówić, kiedy występują nietypowe połączenia wyrazów, które nie występują w mowie innych użytkowników języka. Kiedy wystąpi ten objaw, przyznajemy 1 punkt.

Ad B.1. Neologizmy idiolektalne to nowe wyrazy, których ani budowa słowotwórcza, ani znaczenie nie dają się wyjaśnić na podstawie systemu leksykalnogramatycznego języka. Za ten fenomen przyznajemy 2 punkty.

Ad B.2. Paronimie to fenomen polegający na dobieraniu wyrazów na linii wypowiedzi nie ze względu na znaczenie, ale pod wpływem podobieństwa brzmienia. Zjawisko może przypominać aliterację bądź rymowanie. Nie jest to jednak wynik kreacji językowej, tylko aberracji wypowiedzi. Wystąpienie paronimii oceniamy na 2 punkty.

Ad C.1. O niezrozumiałości wypowiedzi można mówić, gdy:

- ujawniane są fragmenty halucynacji werbalnych;
- pacjent zwraca się do odbiorców będących wynikiem omamów słuchowych w ramach interakcji z rzeczywistym rozmówcą;
- pacjent mówi nie na temat lub w sposób nieadekwatny do sytuacji.

Wystąpienie niezrozumiałości wypowiedzi oceniamy na 3 punkty.

Ad C.2. Konkretność wypowiedzi występuje, gdy:

- włączane są do wypowiedzi aktualnie dominujące bodźce;
- występują przypadkowe i dowolne skojarzenia, z pomijaniem relacji wynikających z zależności między pojęciami.

Wypowiedź konkretną oceniamy na 3 punkty.

Ad C.3. Jeżeli w dłuższych fragmentach wypowiedzi występują co najmniej dwa zjawiska opisane w częściach „ocena spójności gramatycznej” i „ocena spójności semantycznej”, należy przyznać 3 punkty.

Ocena punktowa poziomu schizofazji według KSOS:

0 punktu – brak schizofazji;

1 punkt – brak schizofazji, zaburzenia gramatyczne, możliwe obniżenie sprawności umysłowej;

2–4 punkty – prawdopodobieństwo zaburzeń o typie schizofazji;

5–6 punktów – schizofazja w stopniu lekkim;

7–15 punktów – schizofazja w stopniu ciężkim (Woźniak i Czernikiewicz, 2004).

Oprócz badania wypowiedzi chorego pod kątem schizofazji (TLC, KSOS) konieczna jest konsultacja neuropsychiatryczna potwierdzająca lub wykluczająca schizofrenię.

Terapia logopedyczna schizofazji

Praca terapeutyczna, w tym terapia logopedyczna, pełni bardzo ważną funkcję w rewalidacji osób chorujących na schizofrenię. Jest ona ważnym uzupełnieniem farmakoterapii i znacznie podnosi jej skuteczność². Oznacza to, że terapia logopedyczna w pracy z osobami chorującymi na schizofrenię jest zasadna i potrzebna.

Terapia schizofazji powinna być skorelowana z diagnozą funkcji językowych i objawów schizofrenii (pozytywnych i negatywnych). Współcześnie zaburzenia schizofatyczne wiąże się z rozpadem kompetencji poznawczej, komunikacyjnej i językowej, a proces terapii logopedycznej osób chorujących na schizofrenię powinien polegać na odbudowywaniu tych kompetencji (Grabias, 2019).

Praca terapeutyczna z chorymi na schizofrenię jest niezwykle trudna i mimo że badania nad objawami zaburzeń schizofatycznych, ich opisy i próby charakterystyki podejmowane są od wielu lat, a w ostatnich bardzo się rozwinęły, trudno

² Wagę korelacji farmakoterapii i psychoterapii w leczeniu schizofrenii podkreślał żyjący na przełomie XIX i XX wieku Jan Mazurkiewicz (1958).

jest wskazać procedury logopedyczne, które w sposób realny mogłyby wpłynąć na poprawę funkcjonowania językowego osób chorujących na schizofrenię.

Propozycję opracowania standardu postępowania logopedycznego w schizofazji przedstawił Woźniak (2008, 2015). Badacz zauważył, że obecnie brakuje rozstrzygnięć obowiązujących w zakresie postępowania logopedycznego w pracy z osobami schizofatycznymi, chociaż zjawisko schizofazji ma stałe miejsce w grupie jednostek patologii mowy i jest uwzględniane w różnych klasyfikacjach. Zgodnie z klasyfikacją przyczynową schizofazja umieszczana jest w grupie zaburzeń endogennych, a z klasyfikacją procedur logopedycznych – w grupie zaburzeń tego typu, gdzie dochodzi do rozpadu kompetencji językowej, komunikacyjnej i poznawczej. W klasyfikacji objawowej, o której wspomniałem uprzednio, traktuje się schizofazję jako zaburzenie treści wypowiedzi.

Prace nad budowaniem strategii w postępowaniu terapeutycznym skierowanej do osób chorych na schizofrenię wciąż trwają. Ważnymi czynnikami są tutaj doświadczenia kliniczne terapeuty oraz szkoła czy trend, z których on się wywodzi.

W ostatnim czasie w rewalidacji pacjentów chorujących na schizofrenię bardzo rozwinął się model terapii poznawczej i poznawczo-behawioralnej (Cognitive-Behavioral Therapy – CBT). Myślę, że to właśnie na podstawie tego modelu należałoby programować skuteczną terapię logopedyczną osób schizofatycznych. Można zaproponować zbiór zadań i ćwiczeń, dzięki którym osoby chore mogłyby odnieść się do swoich objawów językowych i w sposób krytyczny oceniać ich przebieg. Pozwoliłoby to na budowanie wglądu w objawy i wyrabianie krytycyzmu względem symptomów psychozy. Dodatkowo, przeprowadzony z wykorzystaniem technik usprawniania komunikacji trening umiejętności społecznych i komunikacyjnych dałby chorym podstawowe narzędzia do rozwijania swoich zdolności interakcyjnych. Należy jednak podkreślić, iż skuteczna terapia logopedyczna wymagałaby farmakoterapii, na którą pacjent zareagowałby pomyślnie. Nieodzownym elementem leczenia schizofrenii jest włączenie do niego neuroleptyków (leków przeciwpsychotycznych).

W terapii logopedycznej osób schizofatycznych w zależności od potrzeb można korzystać z metod wypracowanych podczas terapii innych zaburzeń językowych i komunikacyjnych. W przypadku dzieci są to takie metody pracy, jak w opóźnionym rozwoju mowy (ORM) oraz niedokształceniu mowy o typie afazji, alalii, w zaburzeniach ze spektrum autyzmu (autism spectrum disorder – ASD) i oligofazji. W przypadku młodzieży i dorosłych stosowane są takie metody, jak w afazji, pragnozji i demencji. Wykorzystanie technik terapeutycznych przypisanych innym jednostkom nozologicznym powinno być uwarunkowane indywidualnymi potrzebami pacjenta. Schizofazję należy różnicować od afazji i demencji. Inne są bowiem etiologia i przebieg zaburzenia. Na objawy schizofatyczne duży wpływ mają zaburzenia neurotransmisji, a nie wyłącznie aberracje wynikające z organicznego uszkodzenia mózgu.

Terapia schizofazji powinna być wielopłaszczyznowa z uwzględnieniem trudności na różnych poziomach języka i komunikacji oraz zaburzeń zarówno treści, jak i formy językowej wypowiedzi.

W ramach terapii logopedycznej osób schizofatycznych należy podkreślić kilka poziomów trudności i dostosowanych do nich terapii. W zakresie komunikacji zarówno słownej, jak i pisemnej powinno się zwrócić uwagę na sprawności:

- gramatyczną;
- społeczną;
- sytuacyjną;
- pragmatyczną;
- stylistyczną.

W terapii należy także uwzględnić komunikację niewerbalną.

W ramach terapii bardzo istotne są:

- Terapia treści:
 - ◇ budowanie krytycyzmu w zakresie objawów wytwórczych;
 - ◇ rozwijanie perspektywy pacjenta w kontaktach społecznych;
 - ◇ praca nad teorią umysłu, mentalizacją, przyjmowaniem perspektywy drugiej osoby;
 - ◇ terapia wypowiedzi narracyjnej,
 - budowanie sprawności narracyjnej (narracja wspomnieniowa/naturalna, narracja relacjonująca wcześniej zaprezentowaną historię),
 - pamięć tekstu;
 - interpretacja tekstu;
 - struktura narracji;
 - rekonstrukcja narracji, odróżnianie narracji wynikających z urojeń od narracji opartej na faktach (wyrabianie wglądu i krytycyzmu);
 - interpretacja pojęć (budowanie struktury pojęcia, umiejętność wypełniania struktury pojęcia treścią, językowy obraz świata (JOŚ), opisywanie rzeczywistości psychicznej, emocjonalnej, społecznej, pojęciowej);
 - ◇ terapia wypowiedzi dialogowej (z naprzemiennością):
 - wyrażanie i uświadamianie intencji wypowiedzi z dopasowaniem treści (często zaburzone w wyniku urojeń);
 - planowanie wypowiedzi.
- Terapia formy językowej:
 - ◇ transformacje gramatyczne;
 - ◇ budowanie struktury narracji;
 - ◇ budowanie struktury dialogu;
 - ◇ budowanie struktury pojęcia;
 - ◇ poprawa złożoności składniowej wypowiedzi;
 - ◇ wyrażanie i uświadamianie intencji wypowiedzi z dopasowaniem struktury;

- ◇ trening sytuacyjny, społeczny i pragmatyczny (struktura wypowiedzi),
- ◇ prowadzenie dziennika wydarzeń, porządkowanie wiedzy o świecie;
- ◇ kategoryzacja i segmentacja doświadczeń;
- ◇ inne.

Przedstawione wskazówki stanowią tylko propozycje terapeutyczne, którymi może zająć się logopeda w terapii schizofazji. Należy pamiętać, że w założeniu terapia powinna pomóc pacjentom z objawami schizofrenii zarówno pozytywnymi, jak i negatywnymi.

W ramach terapii logopedycznej schizofazji należy wziąć pod uwagę następujące kwestie:

- Konkretnie działania w terapii treści i formy językowej będą się przenikać, dlatego potrzebne jest podejście holistyczne.
- Terapię logopedyczną można prowadzić wraz z treningiem umiejętności społecznych (TUS). Wytyczne do TUS w terapii zaburzeń psychicznych są powszechnie wykorzystywane (np. Kucharska i in., 2013; Meder, red., 1999), ale należałoby je poszerzyć i uzupełnić o trening komunikacji, tworząc trening umiejętności społecznych i komunikacyjnych (TUSiK).
- Niezwykle ważnym elementem terapii powinien być trening funkcji poznawczych. Człowiek z udziałem języka postrzega świat, konceptualizuje go i dzieli na odcinki. To także dzięki językowi i komunikacji poznanie zmysłowe (subiektywne) człowiek poddaje procesowi obiektywizacji (Grabias, 2019).
- Budowanie wglądu i introspekcji nie mogłoby odbyć się bez udziału języka, dlatego procesy te są silnie powiązane z funkcją poznawczą, interakcyjną i grupotwórczą języka. Poznanie i wyrażanie przekonań również ma charakter językowy i dotyczy treści wypowiedzi zachowań językowych w cerebracji i w komunikacji.
- Terapia powinna mieć na celu budowanie wglądu i krytycyzmu.
- Metody radzenia sobie w sytuacjach trudnych (stresowych) – tu można wykorzystać procedury stosowane w terapii jąkania się (techniki radzenia sobie ze stresem).
- Terapia zajęciowa i aktywizująca chorych ma bardzo ważny wpływ na objawy negatywne (awolicja) i izolowanie (autyzm). Służy uspołecznianiu pacjentów.
- Techniki psychoterapeutyczne opierające się na terapii poznawczo-behawioralnej. Przywołane metody terapii są obszernie opracowane w kontekście pracy z osobami chorującymi na schizofrenię (Beck i in., 2010; Granholm i in., 2018; Kingdon i Turkington, 2017; Turkington i in., 2018). Można przyjąć, że podejście poznawcze sprawdzi się lepiej w pracy z pacjentami wysoko funkcjonującymi, techniki poznawczo-behawioralne są bardziej adekwatne do pracy z pacjentami nisko funkcjonującymi (np. z deficytem psychomotorycznym czy obniżonym poziomem sprawności intelektualnej).

Zakończenie

Przedstawione propozycje wymagają realizacji przez zespół terapeutów. Działania logopedy powinny być spójne i uzupełniać terapię prowadzoną przez personel placówki, w której chory się leczy lub jest objęty opieką. Jeżeli jest to oddział szpitalny, to wpływ na poprawę funkcjonowania osoby chorującej na schizofrenię mają oprócz logopedy m.in. lekarz psychiatra, psycholog/psychoterapeuta, terapeuta zajęciowy.

Warto podkreślić, że problemu językowego w schizofrenii nie można „wypreparować” z całego spektrum objawów osiowych psychozy. Terapia schizofazji powinna mieć charakter całościowy, ponieważ dotyczy osoby jako całości, a nie wyłącznie wypreparowanego problemu. Uważam, że podejście „inżynieryjne” w terapii psychogennych zaburzeń mowy (schizofazji, jąkania się, mutyzmu i in.) jest daleko niewłaściwe.

Bibliografia

- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™*. Fifth edition. American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andreasen, N. C., (1986). Scale for the assessment of thought, language, and communication (TLC). *Schizophrenia Bulletin*, 12(3), 473–482.
- Beck, A. T., Rector, N. A. Stolar, N., Grant, P., (2010). *Schizofrenia w ujęciu poznawczym. Teoria, badania, terapia* (M. Kaperka, przeł.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Czernikiewicz, A. (1998). *Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii*. Wydawnictwo Akademii Medycznej w Lublinie.
- Czernikiewicz, A. (2004). *Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Czernikiewicz, A., Woźniak, T. (2001). Schizofazja. *Logopedia*, 29, 7–36.
- Grabias, S. (2001). Perspektywy opisu zaburzeń mowy. W: S. Grabias (red.), *Zaburzenia mowy. Mowa, teoria, praktyka* (s. 7–43). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Grabias, S. (2019). *Język w zachowaniach społecznych. Podstawy socjolingwistyki i logopedii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Grof, S. (2012). *Obszary nieświadomości. Raport z badań nad LSD* (A. Szyjewski, przeł.). Wydawnictwo A.
- Granholm, E. L., McQuaid, J. R., Holden, J. L. (2018). *Schizofrenia. Poznawczo-behawioralny trening umiejętności społecznych. Praktyczny przewodnik* (A. Alochno-Janias, przeł.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Hofmann, A. (2019). *LSD... moje trudne dziecko. Historia odkrycia „cudownego narkotyku”* (K. Lewandowski, przeł.). Cień Kształtu.

- Kaczmarek, L. (1975). Korelacyjna klasyfikacja zaburzeń słownego i pisemnego porozumiewania się. *Logopedia*, 12, 5–13.
- Kingdon, D. G., Turkington, D. (2017). *Terapia poznawcza schizofrenii* (R. Andruszko, przeł.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kucharska, K., Wilkos, E., Sawicka, M. (2013). *Trening społecznego poznania. Podręcznik terapeuty*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Lipski, W. (2018). *Zaburzenia konotacji w schizofrenii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Mazurkiewicz, J. (1958). *Wstęp do psychofizyki normalnej*. T. 2: *Dyssolucja aktywności korowo-psychicznej*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Meder, J. (red.). (1999). *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- Styczek, I. (1970). *Zarys logopedii*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Styczek, I. (1979). *Logopedia*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Wilcock, S. K. J., Brabban, A., Cromarty, P., Dudley, R., Gray, R., Pelton, J., Siddle, R., Weiden, P. (2018). *Terapia poznawcza psychoz: powrót do życia i normalności* (S. K. Sidorowicz, tłum. i red.). Edra Urban & Partner.
- Woźniak, T. (2000). *Zaburzenia języka w schizofrenii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Woźniak, T. (2008). Standard postępowania logopedycznego w schizofazji. *Logopedia*, 37, 313–322.
- Woźniak, T. (2015). Schizofazja. Zasady postępowania logopedycznego. W: S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 1093–1104). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Woźniak, T. (2016). Zaburzenia mowy dzieci i młodzieży ze schizofrenią. W: I. Jaros, R. Gliwa (red.), *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii* (s. 135–141). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Woźniak, T., Czernikiewicz, A. (2002/2003). Krótka skala oceny schizofazji (KSOS). *Badania nad Schizofrenią*, 4(4), 569–576.
- Woźniak, T., Czernikiewicz, A. (2004). Zagadnienia oceny zaburzeń komunikacji językowej – Krótka Skala Oceny Schizofazji (KSOS). W: A. Czernikiewicz, *Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii* (s. 95–106). Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Woźniak, T., Kaczyńska-Haładaj, M. M. (2003). Obraz zaburzeń mowy w schizofrenii dziecięcej. *Logopedia*, 32, 87–104.
- Zeigarnik, B. W. (1969). *Patologia myślenia* [I. Obuchowska, tłum.]. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.