

Andrzej Czernikiewicz^{1, 2}, Daniel Bibułowicz¹¹Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Białymstoku²Zakład Logopedii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Dezorganizacja w schizofrenii — przegląd literatury

Disorganization in schizophrenia — a review of the literature

Abstract

Undeniably, disorganization is widely considered to be the very essence of schizophrenia regardless of its clinical picture and language disorders are its measurable manifestation. Here, we are having a look at the current position of communication deviance as well as its clinical value in the context of the other symptoms of schizophrenia. By reexamining the way the disorganization syndrome was isolated, and focusing on its possible neural basis we are trying to clarify the bleulerian concept of loosening of associations. We also review a couple of tools devised for assessing language disturbance attracting the reader's attention particularly to the Short Schizophrenia Assessment Scale whose relative simplicity makes it applicable in everyday use.

key words: disorganization, schizophrenia, language disorders

Dezorganizacja, czyli o czym właściwie mówimy?

Pisząc o dezorganizacji w schizofrenii, należy zacząć od Bleulera, który jako pierwszy wyodrębnił zasadnicze, osiowe objawy tej choroby. Ponadto wśród tych objawów wyodrębnił substytut tego, co zwykle kojarzy się z dezorganizacją, chociaż nie jest z nią tożsame, czyli rozluźnienie kojarzeń (*loosening of associations*). Objaw ten pojawia się wśród „czterech A” (*ang. „the four A’s”*) obok zblednięcia afektu (*affective blunting*), ambiwalencji (*ambivalence*) i autyzmu (*autism*). Jednak, zdaniem Nancy Andreasen, w zależności od tego, jak interpretuje się prace Bleulera, można się spierać, czy do objawów osiowych zalicza się także utratę woli (*avolition*) oraz utratę uwagi (*loss of attention*). W związku z tym można mówić nie o czterech, ale o pięciu, a nawet sześciu objawach osiowych [1]. Z jednej strony, w psychiatrii bleulerowskiej uważano zaburzenia myślenia za patognomiczny objaw schizofrenii, z drugiej jednak strony nie proponowa-

no precyzyjnej definicji tego pojęcia — definicji, którą mogłoby przyjąć szerokie grono badaczy. Dlatego rozumienie i ocena zaburzeń myślenia różniły się i brakowało im rzetelności [2]. Ponadto zaburzenia myślenia pojawiają się nie tylko w innych zaburzeniach psychicznych, takich jak mania, ale również u osób, które nie spełniają kryteriów dla żadnej z chorób psychicznych. Sugeruje to, że zaburzenia myślenia są zjawiskiem raczej o ciągłym charakterze i stopniowo przechodzą do tego, co określa się normą [3]. Co więcej, niektórzy badacze uważają, że nie u wszystkich pacjentów ze schizofrenią występują zaburzenia myślenia, co jeszcze bardziej stawia pod znakiem zapytania czułość diagnostyczną tego objawu [4]. Dlatego tradycyjny koncept zaburzeń myślenia (*thought disorder*), podkreślający rozluźnienie kojarzeń (*associative loosening*), ma prawdopodobnie niewielką wartość, ponieważ rozluźnienie kojarzeń często występuje w manii i nie może być uważane za patognomiczne dla schizofrenii. Jednakże podejście, w którym definiuje się różne podtypy zaburzeń myślenia i korzysta z koncepcji, która je dzieli na pozytywne i negatywne, umożliwia rozróżnienie między manią i schizofrenią [3]. Wyniki badań wskazują, że

Adres do korespondencji:
prof. dr hab. med. Andrzej Czernikiewicz
Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Białymstoku
Pl. Brodowicza 1, 16–070 Choroszcz
e-mail: czernikiewicz@op.pl

u pacjentów z psychozą o podłożu afektywnym (mania) dominują pozytywne formalne zaburzenia myślenia, takie jak: natłok mowy, uskokowość, zbaczanie wypowiedzi, rozkojarzenie i nielogiczność, natomiast u pacjentów ze schizofrenią bardziej charakterystyczne są negatywne formalne zaburzenia myślenia, do których należą ubóstwo mowy i ubóstwo treści. Ponadto u pacjentów z manią większość przejawów zaburzeń myślenia ulega remisji, natomiast u pacjentów ze schizofrenią mają one tendencję do utrzymywania się [5].

Zaburzenia myślenia czy zaburzenia językowe w schizofrenicznej dezorganizacji?

Według powszechnej opinii często utożsamia się zaburzenia mowy z zaburzeniami myślenia. Zdaniem Holzmana: „W końcu mowa jest wypowiedzianiem myśli” [6]. Dlatego według niego i innych badaczy zaburzenia mowy są oznaką zaburzeń myślenia [7]. Na temat tych poglądów dyskutuje Elaine Chaika [8], zauważając, że mowa i myślenie nie zawsze są identyczne, chociażby dlatego, że można mieć na myśli jedno, a mówić drugie lub nie mówić nic. Ponadto nie każda wypowiedź przenosi jakąś myśl, ponieważ powitania, rytuały, pogawędki, czyli to, co jest nazywane komunikacją fatyczną, często nie przenosi żadnej konkretnej myśli, a służy jedynie wypełnieniu ciszy. Autorka uważa także, że język jest zamkniętym systemem składającym się z czterech związanych ze sobą składowych: fonologii, składni, semantyki i samego dyskursu. Dźwięki używane w danym języku oraz reguły pozwalające na ich kombinacje są arbitralne. Nawet wyrazy dźwiękonaśladowcze istotnie różnią się w poszczególnych językach, co dowodzi, że są raczej arbitralnym wytworem niż rzeczywistą reprodukcją dźwięków otaczającego świata. Ponadto podobnie jest ze składnią, ponieważ porządek wyrazów w zdaniu, obecność przedrostków i przyrostków czy zasady, według których w danym języku tworzy się pytania, wszystko to jest arbitralne i umowne. Zarówno dźwięki, jak i reguły syntaktyki są same w sobie bez znaczenia. Zatem **niezwykły geniusz ludzkiego języka polega na tym, że dźwięki i reguły same w sobie pozbawione sensu mogą tworzyć struktury, które coś oznaczają**. Ponadto, zdaniem autorki, sama koncepcja „myśli” nie jest prawidłowo zdefiniowana, ponieważ nie wiadomo, czym mogłaby być: słowem, wyrażeniem, zdaniem? Wreszcie, jak zauważa Czernikiewicz [9], autorzy aktualnej wersji podręcznika Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego *DSM IV* potwierdzają brak

możliwości podania obiektywnych kryteriów zaburzeń myślenia, dlatego w schizofrenii należy także mówić o **zdezorganizowanej mowie** lub o **zaburzeniach językowych** (wg *DSM-IV*).

Bleuler postulował, że dysocjacja (*mental dissociation*) jest zaburzeniem, które bezpośrednio lub pośrednio wywołuje wszystkie objawy schizofrenii. Zaburzenia myślenia są uważane za fundamentalny objaw schizofrenii — jednocześnie stały i charakterystyczny dla tej choroby [10]. Ci sami autorzy uważają jednak, że Bleuler, mimo że kładł tak duży nacisk na koncepcję dysocjacji (*mental dissociation*), był krytykowany za brak obiektywizmu i pozostawianie dużej przestrzeni subiektywnym wrażeniom klinicysty, prowadząc w ten sposób do braku precyzji w diagnostyce. Bleuler, opisując zaburzenia myślenia, posługiwał się raczej leżącą u ich podstawy teorią dysocjacji niż dokładną obserwacją zmiennych klinicznych. Konieczne okazało się wprowadzenie nowego podejścia, które opierałoby się na najbardziej zobiektywizowanych i sformalizowanych wskaźnikach klinicznych. I tak powstał system, który zakłada, że objawy schizofrenii łączą się, tworząc wymiary.

Objawami, które najczęściej się łączą, tworząc wymiar dezorganizacji, są: **pozytywne** formalne zaburzenia myślenia (natłok mowy, uskokowość, zbaczanie wypowiedzi, rozkojarzenie, nielogiczność), ubóstwo treści wypowiedzi, dziwaczne zachowanie, alogia, niedostosowany afekt (objaw oceniany w Skali Oceny Objawów Pozytywnych [SAPS, *Scale for Assessment of Positive Symptoms*] i w Skali Oceny Objawów Negatywnych [SANS, *Scale for Assessment of Negative Symptoms*], dezorganizacja pojęciowa, trudności w myśleniu abstrakcyjnym, zaburzenia uwagi, niezwykle treści myślenia, zaburzenia woli, myślenie stereotypowe, słaby wgląd oraz manieryzmy (objawy oceniane w Skali Zespołu Pozytywnego i Negatywnego [PANSS, *Positive and Negative Syndrome Scale*]) [11].

Jak wyodrębniono zespół dezorganizacji?

Od kiedy Timothy Crow wyodrębnił w swojej pracy dwa wymiary schizofrenii — pozytywny i negatywny — wzrosło zainteresowanie naturalną tendencją objawów do grupowania się w zespoły. Peter Liddle jako pierwszy nadał dezorganizacji pewien wymiar i określił jej miejsce [12]. W dwóch przeprowadzonych badaniach wyodrębniono trzy zespoły przewlekłej schizofrenii:

- zespół zubożenia psychomotorycznego;
- zespół dezorganizacji;
- zespół błędnej oceny rzeczywistości.

Do pierwszego z tych badań włączono 40 pacjentów z utrzymującymi się objawami schizofrenii w stabilnej

fazie choroby. Aby wykluczyć pacjentów z zaostrzeniem objawów, do badania nie włączono chorych, u których podczas ostatnich 6 miesięcy zwiększono dawkę leku lub których ponownie przyjęto do szpitala. Działania te umożliwiły uzyskanie homogennej grupy chorych. Objawy wyodrębniono w trzech zespołach. **Objawy należące do każdego z zespołów znacząco ze sobą korelowały.** Natomiast nie stwierdzono istotnej korelacji między objawami należącymi do różnych zespołów. Jednak zespoły nie wykluczały się wzajemnie i u niektórych pacjentów występowały objawy należące do więcej niż jednego zespołu. Każdy z trzech zespołów wykazywał szczególny rodzaj związku z gorszymi wynikami testów neuropsychologicznych. Zespół dezorganizacji wiązał się ze słabą koncentracją i pogorszeniem umiejętności zdobywania nowych informacji. Ponadto zespół ten, podobnie jak zespół zubożenia psychomotorycznego, wykazywał związek z objawami neurologicznymi, wskazując na pogorszenie korowego przetwarzania informacji sensorycznych i osłabioną koordynację motoryczną.

Porównując objawy kliniczne charakteryzujące poszczególne zespoły z następstwami ogniskowych uszkodzeń mózgu, Liddle sugeruje, że trzy zespoły mogą się wywodzić z nieprawidłowości w obrębie trzech różnych rejonów mózgu.

Zarówno zespół dezorganizacji, jak i zespół zubożenia psychomotorycznego mogą się wiązać z nieprawidłowym funkcjonowaniem różnych rejonów kory przedczołowej. Tabela 1 zawiera opis zespołów przewlekłej schizofrenii według koncepcji Liddle'a. Aby zweryfikować uzyskane wyniki, Liddle i Barnes [13] przeprowadzili kolejne badanie, w którym wyodrębnione objawy utworzyły zespoły identyczne do wykazanych uprzednio. Ponownie obecność każdego z objawów silnie wiązała się z jednym z zespołów, jednak podział objawów na trzy zespoły nie był wyraźnie zarysowany, na przykład rozkojarzenie (*incoherence of speech*) wykazywało bardzo silną korelację z zespołem dezorganizacji, ale także z zespołem błędnej oceny rzeczywistości, dostarczając dowodów na swój związek z obecnością urojeń i halucynacji. Wyodrębnienie trzech zespołów przewlekłej schizofrenii jest częściowo kongruentne z tradycyjnym podziałem wprowadzonym przez Bleulera (1911) w taki sposób, że zespół dezorganizacji skupiłby objawy charakterystyczne dla hebefrenicznej postaci schizofrenii, zespół błędnej oceny rzeczywistości — dla paranoidealnej postaci schizofrenii, natomiast zespół zubożenia psychomotorycznego obejmowałby objawy obserwowane zarówno w prostej, jak i katatonicznej postaci tej choroby. Jednak, o ile tradycyjny podział miał na celu wyodrębnienie różnych postaci choroby, o której mowa, o tyle trzy zespoły mogą współistnieć.

Tabela 1. Zespoły wynikające z uszkodzenia mózgu przypominające zespoły przewlekłej schizofrenii [12]
Table 1. Chronic schizophrenia-like syndromes resulting from brain damage [12]

Zespół spowodowany uszkodzeniem mózgu	Zespół przewlekłej schizofrenii
Pseudodepresja (uszkodzenie okolicy grzbietowej przedczołowej)	Zespół zubożenia psychomotorycznego
Małomówność	Ubóstwo mowy
Płaski afekt	Płaski afekt
Spowolnienie	Zmniejszenie ruchów spontanicznych
Apatia	
Pseudopsychopatia (uszkodzenie okolicy oczodołowo-przedczołowej)	Zespół dezorganizacji
Płaski afekt	Niedostosowany afekt
Niezdolność zrozumienia określonych znaczeń	Zaburzenia formalne myślenia
Gadatliwość	Ubóstwo treści wypowiedzi
Psychoza w przebiegu padaczki skroniowej (uszkodzenie płata środkowego skroniowego)	Zespół błędnej oceny rzeczywistości
Halucynacje	Halucynacje
Urojenia	Urojenia

Podłoże dezorganizacji w schizofrenii

Autorzy artykułu uważają, że poszukiwanie podłoża dezorganizacji jest głównie poszukiwaniem podłoża samej choroby, ponieważ, jak już zauważał Bleuler, zaburzenia asocjacji (zaburzenia myślenia) są jednym z jej fundamentalnych objawów. Jedną z prób stworzenia całościowego modelu schizofrenii podejmuje Nancy C. Andreasen [14], przedstawiając koncepcję dysmetrii poznawczej (*cognitive dysmetria*). Autorka redefiniuje bleulerowskie „rozluźnienie kojarzeń” (*loosening of associations*) jako zespół nieprawidłowych połączeń (*misconnection syndrome*), który odzwierciedla zaburzenia w obwodach neuronalnych. Byłby to fundamentalny proces poznawczy, który wyjaśniałby kliniczną różnorodność objawów schizofrenii. Termin „poznawczy” (*cognitive*), używany w szerokim rozumieniu, odnosi się zarówno do racjonalnych, jak i emocjonalnych komponentów aktywności umysłowej. Synchronia, lub inaczej płynnie skoordynowane sekwencje aktywności motorycznej i myśli, jest konsekwencją błyskawicznego sprzężenia zwrotnego między korą (*cortex*) i mózdzkiem (*cerebellum*) za pośrednictwem wzgórza (*thalamus*). Synchronia ta jest możliwa dzięki obwodowi korowo-mózdkowo-wzgórzowo-korowemu (CCTCC, *cortico-cerebellar-thalamic-cortical circuit*). Dysmetria poznawcza (*cognitive dysmetria*) — hipotetyczny fundamentalny deficyt w schizofrenii — jest to zakłócenie płynnych skoordynowanych sekwencji myśli i działań, które cechują prawidłowe czynności poznawcze. Osłabienie koordynacji wynika z defektu w regulacji czasu lub sekwencji komponentów aktywności umysłowej. Koncepcja dysmetrii poznawczej sugeruje, że u pacjentów ze schizofrenią występuje zespół nieprawidłowych połączeń (*misconnection syndrome*), który prowadzi do nieprawidłowych asocjacji między reprezentacjami umysłowymi a brakiem możliwości rozróżnienia samego siebie od tego, co otacza oraz rozróżnienia rzeczy istotnych od trywialnych. Liczne bodźce bombardujące świadomość nie mogą być prawidłowo wygaszane. Wewnętrzne reprezentacje mogą być przypisywane otaczającemu światu, prowadząc do halucynacji. Percepcje lub inne informacje mogą być błędnie łączone z nieodpowiednimi kojarzeniami, prowadząc do interpretacji urojeniowych. Ponadto monitorowanie na bieżąco języka lub myśli ulegałoby pogorszeniu lub przesunięciom czasowym, prowadząc zarówno do dezorganizacji mowy, jak i myślenia. Natomiast nieprawidłowe monitorowanie zachowań prowadziłoby do nadmiernej agresywności lub nieśmiałości, zastygania w katatonii lub braku możliwości hamowania katatonicznego podniecenia. Z kolei Bressler [15] uważa, że czynnikiem przyczynia-

jącym się do zespołu dezorganizacji w schizofrenii są zakłócenia synchronizacji fazowej, które według niego prowadzą do nadmiernej ekspresji lokalnych informacji w poszczególnych rejonach kory.

Powszechne zapotrzebowanie na koordynację percepcji i aktywności motorycznej sugeruje istnienie wspólnego mechanizmu mózgowego, który byłby w stanie koordynować rozproszone procesy neuronalne, które muszą kooperować dla wspólnego celu. Taki mechanizm musiałby spełniać pewne kryteria. Po pierwsze, aby działać w całym systemie, powinien koordynować raczej aktywność grup neuronów niż poszczególne neurony. Po drugie, w obrębie kory grupy te powinny być skoordynowane zarówno lokalnie w obrębie własnych rejonów, jak i na szeroką skalę między rozproszonymi rejonami kory. Po trzecie, mechanizm ten powinien pozwalać na spontaniczną zmianę stopnia koordynacji w miarę, jak dynamika takiego systemu ewoluuje w czasie. Mechanizmem, który spełniałby powyższe kryteria, jest stale pojawiająca się interakcja *de novo* (*re-entrant interaction*) w obrębie poszczególnych rejonów kory oraz między nimi [16].

Uważa się, że każdy wyspecjalizowany rejon kory mózgowej spełnia wyjątkową rolę, wyrażając własną formę informacji, lecz jego działanie ulega ograniczeniom wynikającym z interakcji z innymi rejonami, z którymi się łączy. Aby wygenerować dostosowane zachowanie w zmieniającym się i niezupełnie przewidywalnym środowisku, kora, jako całość, musi być w stanie błyskawicznie koordynować aktywności zmiennych zgrupowań rejonów, które wspólnie mogą wyrazić zgodną informację, która byłaby odpowiednia dla funkcjonalnych wymagań ustanawianych na każdym z kolejnych etapów działania. Fazowa synchronizacja czynności neuronów wywodzących się z różnych rejonów kory może uczestniczyć w koordynacji na dużą skalę.

W prawidłowych warunkach system pracuje, pozwalając zarówno na integrację, jak i segregację funkcji. Zachodzi równowaga między tendencją poszczególnych zgrupowań neuronów do niezależnej aktywności oraz ich tendencją do łączenia się z całym systemem. Zatem stan metastabilności, umożliwiając zachowanie dynamicznej równowagi między niezależnym działaniem a interakcją, pozwala na gwałtowne zmiany w koordynacji dynamiki działania rozproszonych rejonów kory.

Dezorganizacja byłaby zaburzeniem metastabilnej równowagi między integracją na dużą skalę oraz niezależnym przetwarzaniem w obrębie kory na korzyść tego drugiego. Jedną z przewidywalnych konsekwencji byłaby redukcja i nieprawidłowe połączenia szero-

ko zakrojonych wzorów koordynacji populacji neuronów. Efektem zaburzonej koordynacji byłby brak wzajemnych granic między łączącymi się rejonami kory, co prowadziłoby do nadmiernej ekspresji lokalnych informacji, nieograniczonej przez globalny kontekst. Połączone rejony, które normalnie tworzyłyby zgodne przestrzenne wzorce aktywności, miałyby tendencje do ekspresji informacji pozostających w konflikcie. Nieskrępowana lokalna korowa ekspresja informacji przybierałaby wiele form i stawałaby się źródłem doświadczeń i zachowań pozbawionych spójności i niepasujących do kontekstu [17]. Szczególną manifestacją takiego stanu rzeczy byłaby doświadczana przez pacjentów ze schizofrenią błędna percepcja wewnętrznie generowanej aktywności sensorycznej jako pochodzącej z zewnątrz. Istnieją sugestie [18], że taka błędna percepcja wynika z nieprawidłowej asocjacji kory przedczołowej z tylnymi rejonami kory generującymi aktywność sensoryczną. Co więcej, jednym z czynników uważanych za przyczynę dezorganizacji w schizofrenii jest deficyt łączności anatomicznej między rejonami korowymi [19]. Badania neuroobrazowe dostarczają dowodów na redukcję funkcjonalnej łączności w schizofrenii. Uważa się, że obserwowane w tym schorzeniu pogorszenie organizacji percepcji jest manifestacją szerszego deficytu koordynacji kontekstualnej, działającego w obszarach poznawczych, a ponadto schizofrenia charakteryzuje się kontekstualnym uszkodzeniem funkcji językowych, uwagi oraz widzenia [17].

Czy dezorganizację można „zmierzyć”?

Zarówno z punktu widzenia badacza, jak i klinicysty odpowiedź na to pytanie jest bardzo istotna. Aby móc cokolwiek badać, należy dysponować metodami, które pozwalają na całościowy opis danego zjawiska. Jednak, aby móc coś zmierzyć, należy najpierw jasno sprecyzować, co właściwie się przez nią rozumie. Niezaprzeczalnie jednym z przejawów zespołu dezorganizacji jest zdezorganizowana mowa czy, konkretniej, zaburzenia językowe. Na przestrzeni lat powstało wiele narzędzi służących do opisu i pomiaru patologii mowy pojawiającej się w schizofrenii, niektóre z nich wymieniono poniżej:

Thought Disorder Index (TDI) to narzędzie opisujące 23 kategorie zaburzeń języka i myślenia na czterech poziomach. Poziom najbliższych zaburzeń obejmuje: nieadekwatny dystans komunikacyjny, lekceważące wypowiedzi, wymijający charakter wypowiedzi, osobliwe werbalizacje, trudności w znalezieniu właściwego słowa, dźwięczenie (*clanging*), persewacje, niespójne kombinacje słowne. Natomiast na poziomie najcięższej patologii w TDI wyróżnia się zbitki słowne

(kontaminacje), rozkojarzenie oraz neologizmy [9, 20]. *Index of Positive Thought Disorder* — patologię językową w grupie chorych na schizofrenię opisano pod nazwą „myślenia dziwaczno-idiosynkratycznego” (BIT, *bizarre-idiosyncratic thinking*). Patologia ta charakteryzuje się tym, że między innymi: sposób wypowiedzi jest wyjątkowy dla poszczególnych osób; wypowiedzi odbiegają od konwencji społecznej, dlatego są trudne do zrozumienia oraz wczucia się w nie; wypowiedzi są niespójne, nielogiczne i mogą zawierać wewnętrzną opozycję [9, 21, 22].

Clinical Language Disorder Rating Scale (CLANG) to kolejne narzędzie [23], które opisuje 17 zaburzeń językowych. Oprócz najczęściej spotykanych u chorych na schizofrenię, takich jak ubóstwo treści (*poverty of speech*) czy załamanie dyskursu (*discourse failure*), inaczej nazywane zbaczaniem wypowiedzi, należą do nich zaburzenia odnoszące się do artykulacji, intonacji i prozodii mowy: dyzartria (*dysartria*), która charakteryzuje się zaburzeniami artykulacji (*articulation difficulties*), brak płynności wypowiedzi (*dysfluency*) charakteryzujący się nieprawidłowym rytmem (*abnormal rhythm*), mowa aprozodyczna (*aprosodic speech*), w której intonacja wydaje się nie zmieniać (*flat, monotonous speech*) czy wreszcie nieprawidłowa prozodia (*abnormal prosody*) cechująca się dziwaczną właściwością głosu (*bizzare quality of voice*). Dzięki ewaluacji narzędzia stwierdzono, że:

- 1) zaburzenia językowe są bardziej swoistym wskaźnikiem w diagnozie schizofrenii według ICD-10 niż objawy pierwszorzędowe;
- 2) ocena zaburzeń językowych może się okazać szczególnie użyteczna w medycynie sądowej oraz zawsze, gdy wątpliwa jest współpraca i szczerłość pacjenta [24].

Thought and Language Index (TLI) jest kolejnym, stosunkowo nowym narzędziem służącym do oceny zaburzeń językowych skonstruowanym tak, by określać nawet subtelne oznaki zaburzeń języka, pojawiające się na przykład u zdrowych krewnych pacjentów chorych na schizofrenię [25]. Implikacje kliniczne, jakie wiążą się z zastosowaniem tego narzędzia, są następujące:

- 1) TLI umożliwia czuły i rzetelny pomiar zaburzeń myślenia i języka w schizofrenii;
- 2) dezorganizacja (*disorganization*) i zubożenie myślenia i języka (*impoverishment of thought and language*) w schizofrenii są fenomenami o charakterze raczej prostopadłym (*orthogonal*) niż dwubiegunowym (*bipolar*), co oznacza, że mogą współistnieć, lecz są niezależnymi zjawiskami. Niespecyficzne zaburzenia mowy, jak persewacje (*perseveration*)

i roztargnienie (*distractibility*), są niezależne zarówno od dezorganizacji, jak i zubożenia myślenia i języka;

- 3) porównanie wyników TLI u pacjentów i zdrowych osób z grupy kontrolnej sugeruje, że istnieje continuum ciężkości dezorganizacji myślenia i języka w populacji ludzi.

Thought Language Communication (TLC) — Skala Oceny Myślenia Języka i Komunikacji opracowana przez Nancy C. Andreasen [2] jest jednym z najlepszych i najczęściej używanych narzędzi do oceny zaburzeń językowych. Autorka precyzyjnie definiuje w niej 18 zaburzeń językowych oraz opisuje, w jaki sposób należy oceniać ich nasilenie. Definicje wywodzą się z doświadczenia klinicznego; charakteryzuje je podejście empiryczne i nie poddają się one spekulacjom dotyczącym leżących u ich podstawy procesów myślowych. Ponadto definicje obejmują szerokie spektrum zachowań językowych pacjentów, nie ograniczając się jedynie do tych, którzy cierpią na schizofrenię.

Krótką Skalę Oceny Schizofazji

Krótką Skalę Oceny Schizofazji (KSOS) jest wynikiem badań nad **schizofazją** prowadzonych przez autorów [26] tego narzędzia. Uwzględniono w niej jedynie zjawiska istotne z punktu widzenia oceny zaburzeń językowych pojawiających się w przewlekłej schizofrenii. Skala składa się z trzech części oceniających spójność gramatyczną, semantyczną i pragmatyczną wypowiedzi.

Spójność gramatyczna to właściwość wypowiedzi określająca jej poprawność wobec reguł gramatycznych danego języka (relacja: znak językowy–znak językowy), a więc poprawność realizowania schematów zdaniowych, zgodności i następstwa czasów, występowania wyrazów obok siebie (na linii tekstu)

czy też poprawność użycia odpowiednich zaimków, końcówek gramatycznych, formantów słowotwórczych itp.

Spójność semantyczna to właściwość tekstu określająca jej adekwatność w relacji: znak językowy–przedmiot oznaczany. Zatem w tym przypadku bada się zgodność opisywanej rzeczywistości z realnością i językowymi wymogami konstrukcji sensu (np. ograniczenia w tworzeniu i użyciu nowych wyrazów — neologizmów).

Spójność pragmatyczną określa się w relacji znak językowy–użytkownicy znaku i może być oceniana w kategoriach skuteczności komunikacyjnej, czyli głównie konstruowania wypowiedzi odpowiednich do tego, kto mówi, do kogo mówi, po co mówi i w jakiej sytuacji mówi.

Podsumowanie

Po prawie 100 latach od wysunięcia przez Bleulera hipotezy, według której dysocjacja myślenia jest nie tylko jednym z czterech podstawowych objawów schizofrenii, ale być może jej istotą, analiza znaczenia zespołu dezorganizacji psychicznej w schizofrenii, przeprowadzona przez autorów artykułu, powraca do sądu przedstawionego przez Bleulera. Autorzy chcą podtrzymać zdanie, że dezorganizacja funkcji psychicznych związanych ze strukturami i czynnościami płatów czołowych, co potwierdzono w badaniach funkcjonalnych ośrodkowego układu nerwowego, jest istotą schizofrenii, objawiając się formalnymi zaburzeniami myślenia, czego psychometryczną, mierzalną prezentacją są typowe dla schizofrenii deficyty poznawcze i zaburzenia systemu językowego, obserwowane już od pierwszego epizodu psychozy.

Autorzy planują kontynuację prezentacji tego zagadnienia w postaci przedstawienia kognitywnych substratów wymiaru dezorganizacji myślenia w schizofrenii.

Streszczenie

Dezorganizację powszechnie uważa się za istotę schizofrenii niezależnie od jej obrazu klinicznego, a zaburzenia językowe są jej wymiernym przejawem. W niniejszej pracy autorzy opisują obecną pozycję zaburzeń komunikacji oraz ich wartość kliniczną w kontekście innych objawów schizofrenii. Autorzy artykułu, obserwując, w jaki sposób wyodrębniono zespół dezorganizacji, i skupiając się na jego możliwej neuronalnej podstawie, próbowali wyjaśnić bleulerowski koncept rozluźnienia kojarzeń. Dokonali także przeglądu kilku narzędzi stworzonych w celu ewaluacji zaburzeń językowych, szczególnie kierując uwagę Czytelnika na Krótką Skalę Oceny Schizofazji, której relatywna prostota czyni ją użyteczną w codziennej praktyce.

słowa kluczowe: dezorganizacja, schizofrenia, zaburzenia językowe

PIŚMIENNICTWO

1. Andreasen N.C. The evolving concept of schizophrenia: from Kraepelin to the present and future. *Schizophr. Res.* 1997; 28 (2–3): 105–109.
2. Andreasen N.C. Thought, language, and communication disorders. I. Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability. *Arch. Gen. Psychiatry* 1979; 36 (12): 1315–1321.
3. Andreasen N.C. Thought, language, and communication disorders. II. Diagnostic significance. *Arch. Gen. Psychiatry* 1979; 36 (12): 1325–1330.
4. Rochester S.R., Martin J.R., Thurston S. Thought-process disorder in schizophrenia: the listener's task. *Brain Lang.* 1977; 4 (1): 95–114.
5. Andreasen N.C., Grove W.M. Thought, language, and communication in schizophrenia: diagnosis and prognosis. *Schizophr. Bull.* 1986; 12 (3): 348–359.
6. Holzman P. Cognitive impairment and cognitive stability: Towards a theory of thought disorder. W: Serban G. (red.). *Cognitive Defects in the Development of Mental Illness*. Brunner/Mazel, Inc., New York 1978: 361–376.
7. Rochester S., Martin J. *Crazy Talk: A Study of the Discourse of Schizophrenic Speakers*. Plenum Press, New York 1979.
8. Chaika E. Thought disorder or speech disorder in schizophrenia? *Schizophr. Bull.* 1982; 8 (4): 587–594.
9. Czernikiewicz A. Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii. Akademia Medyczna w Lublinie, Lublin 1998.
10. M.-C. Hardy-Bayle, Y. Sarfati, C. Passerieux. The cognitive basis of disorganization symptomatology in schizophrenia and its clinical correlates: Toward a Pathogenetic Approach to Disorganization. *Schizophr. Bull.* 2003; 29 (3): 459–471.
11. Peralta V., Cuesta M.J. How many and which are the psychopathological dimensions in schizophrenia? Issues influencing their ascertainment. *Schizophr. Res.* 2001; 49 (3): 269–285.
12. Liddle P.F., Barnes T.R., Haque S. Three syndromes in chronic schizophrenia. *Br. J. Psychiatry Suppl.* 1989; (7): 119–122.
13. Liddle P.F., Barnes T.R. Syndromes of chronic schizophrenia. *Br. J. Psychiatry* 1990; 157: 558–561.
14. Andreasen N.C. A unitary model of schizophrenia: Bleuler's "fragmented phrene" as schizencephaly. *Arch. Gen. Psychiatry* 1999; 56 (9): 791–793.
15. Bressler S.L. Cortical coordination dynamics and the disorganization syndrome in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 2003; 28 (supl. 1): S35–39.
16. Tononi G., Sporns O., Edelman G.M. Reentry and the problem of integrating multiple cortical areas: simulation of dynamic integration in the visual system. *Cortex Cereb.* 1992; 2 (4): 310–335.
17. Silverstein S.M., Kovacs I., Corry R., Valone C. Perceptual organization, the disorganization syndrome, and context processing in chronic schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2000; 43 (1): 11–20.
18. Frith C., Dolan R. The role of the prefrontal cortex in higher cognitive functions. *Brain Res. Cogn. Brain Res.* 1996; 5 (1–2): 175–181.
19. Hoffman R.E., McGlashan T.H. Reduced corticocortical connectivity can induce speech perception pathology and hallucinated 'voices'. *Schizophr. Res.* 1998; 30 (2): 137–141.
20. Johnston M., Holzman P. *Assessing schizophrenic thinking*. Jossey-Bass, San Francisco 1979.
21. Marengo J., Harrow M., Lanin-Kettering I., Wilson A. The assessment of bizarre-idiosyncratic thinking: A manual for scoring responses to verbal tests. Gardner Press, New York 1985: 11–106.
22. Marengo J.T., Harrow M., Lanin-Kettering I., Wilson A. Evaluating bizarre-idiosyncratic thinking: a comprehensive index of positive thought disorder. *Schizophr. Bull.* 1986; 12 (3): 497–511.
23. Chen E.Y.H., Lam L.C.W., Kan C.S. i wsp. Language disorganization in schizophrenia: validation and assessment with a new clinical rating instrument. *Hong Kong Journal of Psychiatry* 1996; 6: 4–13.
24. Ceccherini-Nelli A., Crow T.J. Disintegration of the components of language as the path to a revision of Bleuler's and Schneider's concepts of schizophrenia. Linguistic disturbances compared with first-rank symptoms in acute psychosis. *Br. J. Psychiatry* 2003; 182: 233–240.
25. Liddle P.F., Ngan E.T., Caissie S.L., Anderson C.M., Bates A.T., Quested D.J., White R. Thought and Language Index: an instrument for assessing thought and language in schizophrenia. *Br. J. Psychiatry* 2002; 181: 326–330.
26. Czernikiewicz A. *Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2004.