

Diagnoza psychiatryczna – przewodnik po zaburzeniach mowy

Autor: Prof. Dr hab. Andrzej Czernikiewicz

Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS Lublin

Trudno wyobrazić sobie diagnostykę psychiatryczną, w której pominięta jest analiza mowy osób z zaburzeniami psychicznymi. Diagnoza psychiatryczna zaburzeń mowy opiera się na obserwacji fenomenów lingwistycznych odbiegających od normy językowej, które wystąpiły u osób z zaburzeniami psychicznymi, lub raczej z chorobami psychicznymi. Można stwierdzić, że ta diagnoza, poza analizą zjawisk związanych z patologią w przebiegu chorób neurorozwojowych (upośledzenie umysłowe, autyzm, inne) i neurodegeneracyjnych (otępienia, zaburzenia psychiczne w przebiegu guzów mózgu, stanów po udarach mózgu) ogniskuje się na diagnozie fenomenów klinicznych w przebiegu schizofrenii (schizofazji) i temu w dużej mierze poświęcony jest ten rozdział. W jego końcowej części czytelnik znajdzie opis zaburzeń mowy w najnowszym opisie diagnostycznym – podręczniku Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5.

I. Podstawowe wiadomości o zaburzeniach językowych w schizofrenii

Tendencja do upatrywania w zaburzeniach myślenia, a potem definiowanych jako zaburzenia języka lub zaburzenia mowy, patognomicznych objawów schizofrenii, datuje się od pierwszych klinicznych opisów tej choroby. Emil Kraepelin wśród objawów *dementia praecox* (otępienie wczesne - psychoza, którą kilka lat później Eugen Bleuler nazwał schizofrenią) wymienia m.in. rozkojarzenie [1]. Eugen Bleuler, twórca pojęcia schizofrenia (*schizis* - rozszczepienie, *phren* - umysł) uważał, że zaburzenia kojarzenia (asocjacji) są

jednym z czterech objawów osiowych tej psychozy (obok autyzmu, ambiwalencji i anhedonii), a więc objawów występujących u każdego chorego na schizofrenię, w każdym okresie tej psychozy [2]. Twórcy systemów diagnostycznych lat 70-ch wśród kryteriów diagnostycznych schizofrenii wymieniają „trudności w komunikowaniu się za pomocą wypowiedzi słownych...” (Feighner - 1972 r.), albo „formalne zaburzenia myślenia” (Spitzer i in. - 1975 r) [3, 4].

Z polskich autorów Mitarski i Masłowski pisząc o ekspresji słownej w schizofrenii formułują swoje zdanie o schizofazji, jako objawie typowym dla schizofrenii, następująco *„(Chory) kondensuje terminy, przydaje im symboliczne znaczenie, inne niż w powszechnym języku...skrajne przykłady zamiany znaczeń znajdujemy w psychopatologii tylko w przypadku schizofrenii (rozkojarzenia, dysocjacje)...składnia zostaje rozbita, dochodzi do dysolucji zdania, pojawiają się neologizmy...”* [5].

Lata osiemdziesiąte na polu badań nad schizofrenią charakteryzują się orientacją „pozytywno - negatywną”, a więc powrotem do widzenia dwu typów schizofrenii – pozytywnej i negatywnej. W takim ujęciu, u Andreasen, która podzieliła objawy schizofrenii na pozytywne i negatywne, w grupie zaburzeń myślenia, języka i komunikacji, można wyróżnić zarówno objawy pozytywne (uskokowość, zbaczanie wypowiedzi, rozkojarzenie, nielogiczność, drobiazgowość, roztargnienie, dźwięczenie mowy), jak i negatywne (alogia = ubóstwo mowy, ubóstwo treści wypowiedzi, bloki, latencja wypowiedzi) [6]. Kay i Opler w swoim opisie „pozytywno-negatywnego” wymiaru schizofrenii w grupie objawów pozytywnych wymieniają dezorganizację myślenia, a w grupie objawów negatywnych ubóstwo mowy [7]. Warto podać pozycję diagnostyczną schizofazji (w różnych jej określeniach) w obowiązujących w latach 80-ch i współcześnie systemach diagnostycznych. Poprzednie Podręczniki Diagnostyczno-Statystyczne Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM III (1979 r.) i DSM III-R (1987 r.) w grupie

kluczowych do rozpoznania schizofrenii objawów wymieniają w punkcie 3. „*rozkojarzenie lub znaczące rozluźnienie asocjacji*” („*incoherence or marked loosening of associations*”), a patologię językową typową dla fazy prodromalnej lub rezydualnej schizofrenii opisują (pkt.6) następująco: „*dygresyjne, dziwne, oboczne, metaforyczne wypowiedzi, lub ubóstwo, lub ubóstwo treści mowy*” (sformułowania z DSM III-R) [8, 9]. Przedostatnia wersja Podręcznika Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego - DSM IV - wymienia w grupie objawów wymaganych do rozpoznania schizofrenii, w punkcie A3, „dezorganizację mowy”, a w niej: nagłe zmiany tematu wypowiedzi („*zbaczanie wypowiedzi*” - „*derailment*”), brak związku odpowiedzi z pytaniem („*uskokowość*” - „*tangentiality*”), całkowitą dezorganizację językową, zbliżającą wypowiedź do próbki afazji receptorycznej („*rozkojarzenie*” - „*incoherence*”). Autorzy tych kryteriów schizofrenii potwierdzają niemożność podania obiektywnych kryteriów „zaburzeń myślenia”, dlatego też należy w schizofrenii mówić o zdeorganizowanej mowie lub o zaburzeniach językowych [10].

Podobnie jak DSM IV (w wersji do badań naukowych) określa pozycję zaburzeń językowych w schizofrenii (nazywając je jednak zaburzeniami myślenia) Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10 DRC) w rozdziale dotyczącym zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania [11]. Najnowsza wersja podręcznika Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-5) jako jedno z głównych kryteriów diagnozy schizofrenii wymienia w punkcie A3 (objawy kluczowe schizofrenii – dezorganizację mowy (np. zbaczanie wypowiedzi, czy rozkojarzenie), a w sekcji opisującej wymiary schizofrenii również w ramach ośmiu wymiarów tej psychozy znajduje się dezorganizacja mowy [12].

II. Opisy kliniczne schizofazji

Pierwsze współczesne, nawiązujące do obserwacji klinicznych, opisy języka osób chorych na schizofrenię związane są z opracowaniem Reilly'ego (1975 r.) . Jest to jednocześnie pierwsza próba kwantyfikacji patologii językowej w schizofrenii. Reilly wyróżnił 10 kategorii zaburzeń językowych, uważając dwa z nich za najistotniejsze dla wypowiedzi schizofrenicznych : „luźne skojarzenia” (loose associations) oraz „luki komunikacyjne” (gaps in communications). Luźne skojarzenie są możliwe, zdaniem tego autora, do obserwacji w wypowiedzi schizofatycznej na sześciu poziomach patologii - od poziomu 1. (umiarkowane zmiany w obrębie zdania) poprzez np. poziom 3. (znaczne zmiany między zdaniami, z zachowaniem tematu), aż do poziomu 6. (znaczne zmiany w obrębie zdań). „Luki komunikacyjne” Reilly rozpoznawał , gdy „istota informacji przeznaczonych do odbiorcy zostaje przez niego nieuchwycona, gdyż nadawca formułuje je w ten sposób, że są one zaskakujące”. Badania Reilly'ego potwierdziły , że patologia językowa, szczególnie w postaci „luźnych skojarzeń” oraz „luk komunikacyjnych” wyróżnia wypowiedzi osób ze schizofrenią z wypowiedzi nieschizofrenicznych (osób zdrowych, oraz osób z innymi niż schizofrenia psychozami) [13]. Kolejnym klinicznym opracowaniem języka (i myślenia) schizofrenii był „Indeks Zaburzeń Myślenia” (Thought Disorder Index - TDI, Johnston, Holzman i wsp. 1979 r.). Narzędzie to służy do oceny fenomenów językowych, pomimo sugerującej opis zaburzeń myślenia nazwy. Opisane są tu 23 kategorie zaburzeń języka i myślenia, na czterech poziomach. i tak np. poziom najlżejszych zaburzeń obejmuje: nieadekwatny dystans komunikacyjny, lekceważące odpowiedzi, wymijający charakter wypowiedzi, osobliwe werbalizacje, trudności w znalezieniu właściwego słowa, dźwięczenie (clanging), persewacje , oraz niespójne kombinacje słowne. Na poziomie najcięższej patologii wymienione są w TDI: zbitki słowne (kontaminacje), rozkojarzenie, oraz neologizmy . W oparciu o użycie TDI można sądzić , iż: (a) patologia zawarta w TDI opisuje typowe fenomeny dla wypowiedzi osób ze schizofrenią; (b) typowe dla schizofrenii objawy

schizofazji są związane z dezorganizacją struktury wypowiedzi oraz niekonwencjonalną werbalizacją; (c) pewne fenomeny schizofatyczne ustępują częściowo wraz z poprawą stanu psychicznego chorych na schizofrenię, jednak nawet w stanie remisji utrzymują się one na znamienne patologicznym poziomie [14]. W podobnym do TDI „Indeksie Pozytywnych Zaburzeń Myślenia” (1985 r., Marengo i wsp.) patologia językowa w grupie chorych na schizofrenię opisana jest pod nazwą „myślenia dziwaczno-idiosynkratycznego” (bizarre-idiosyncratic thinking - BIT). BIT charakteryzuje się tym, że m.in.: sposób wypowiedzi jest wyjątkowy dla poszczególnych osób; wypowiedzi odbiegają od konwencji społecznej, dlatego są ciężkie do zrozumienia oraz wczucia się w nie; wypowiedzi są niespójne, nielogiczne, mogą zawierać wewnętrzną opozycję . Wyniki badań z użyciem „Indeksu Pozytywnych zaburzeń Myślenia” wskazują m.in. , że: (a) zaburzenia typu BIT są typowe dla schizofrenii, nawet we wczesnym jej okresie; (b) nasilenie fenomenów schizofatycznych o obrazie BIT koreluje z wyższym poziomem nasilenia urojeń oraz gorszym funkcjonowaniem społecznym [15].

Nadal głównym narzędziem psychometrycznym do którego odnoszą się do chwili obecnej wszyscy klinicyści zajmujący się zjawiskiem schizoafazji, rozumianej jako syndrom zaburzeń językowych w przebiegu schizofrenii, jest skala Oceny Zaburzeń Języka i Komunikacji (Thought, Language and Comunication, TLC) stworzona przez Nancy C. Andreasen [16]. Skala ta obejmuje 18 fenomenów językowych, z których każdy oceniany jest od 0 do 4, lub od 0 do 3, gdzie 0 oznacza brak danego fenomenu, a 4 lub 3 jego maksymalne nasilenie. Dokładny opis fenomenów, ich oceny, a także przykłady zawiera kolejny podrozdział, obecnie prezentuję uproszczony opis fenomenów tej skali.

| |
|---|
| Uproszczony opis fenomenów skali TLC (objawy 1-9 – ocena –0-4; objawy 10-18 – ocena 0-3) |
|---|

1. Ubóstwo mowy (UM) - zmniejszenie ilości 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 przenoszą małą ilość informacji; język staje się dziwny, nadmiernie abstrakcyjny, lub nadmiernie konkretny, występują repetycje i stereotypie.
3. Natłok mowy (NM) - wzrost ilości 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 (R) - w czasie wypowiedzi lub dyskusji nadawca przerywa nagle tekst lub zdanie, ogniskując swoje zainteresowanie na aktualnych bodźcach zewnętrznych.
5. Uskokowość (U) - odpowiedź na pytanie od jej początku jest oboczna (uskokowa) lub w ogóle nie związana z tematem pytania.
6. Zbaczenie wypowiedzi (ZW) - wzorce mowy spontanicznej, w której wypowiedzenia zbaczają z głównego wątku; w jednej wypowiedzi obserwuje się kilka niepowiązanych ze 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 przy doborze słów.
10. Neologizmy (N) - nowe formacje słowne, których pochodzenie wydaje się być 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 mowy).
13. Utrata celu (UC) - niezdolność wypowiedzi do osiągnięcia naturalnego finału tekstu (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 obecności tych przerw.
17. Mowa sztuczna (MS) - wypowiedzi sztuczne, formalne, frazeologiczne, kaznodziejskie, z innym niż oczekiwano *genrem* mowy.
18. Odnoszenie do siebie (OS) - nawracanie tematyczne wypowiedzi do osoby mówcy, pomimo ogólnego czy neutralnego tematu zadanego tekstu.

Pełny opis skali TLC czytający znajdzie w kolejnym podrozdziale - obecnie prezentuje jedynie wspólne dla różnych prac z zastosowaniem tej skali wyniki: (a) tzw. zaburzenia językowe nie stanowią homogennego zbioru i należy wśród nich wyodrębnić różne fenomeny, zamiast zbiorczego określania ich jako „formalne zaburzenia języka lub myślenia”; (b) skala TLC dobrze wyodrębnia fenomeny językowe schizofreniczne z ogólnej grupy patologii w wypowiedziach; (c) poziom patologii językowej (wg TLC) koreluje dodatnio z przewlekłością psychozy, oraz z nasileniem innych objawów psychopatologicznych; (d) niektóre fenomeny językowe, uważane przez klinicystów za „typowo” schizofreniczne, np.: neologizmy, persewercje, echolalia, pojawiają się w wypowiedziach osób cierpiących na schizofrenię bardzo rzadko; (e) istotą schizofazji w jej

klinicznym rozumieniu są dwa zjawiska - pierwsze z nich jest związane z rozbiciem spójności tekstu (kategoria „luźnych skojarzeń” wg TLC), drugim - informacyjne ubóstwo wypowiedzi (kategoria „negatywnych zaburzeń językowych wg TLC) [17, 18].

Czy wszystkie te fenomeny występują w wypowiedziach osób cierpiących na schizofrenię. Na pewno nie, niektóre z nich, takie jak *ubóstwo mowy*, jej *drobiazgowość*, *odnoszenie do siebie* możemy często obserwować w wypowiedziach ludzi, których nie posądzamy o jakąkolwiek patologię psychiczną. Jednakże, tylko w wypowiedziach schizofreników możemy obserwować większość podanych wyżej kategorii patologii językowej. Tylko u nich poszczególne fenomeny występują znacząco często, tak , iż nadają całej wypowiedzi stygmat dziwności i niezrozumiałości. Co ciekawe sami chorzy, w okresie poprawy, nie są w stanie zrozumieć niektórych swoich wypowiedzi z okresu psychozy. [18]. Warto tutaj przytoczyć wyniki ważniejszych prac z użyciem skali TLC.

I tak autorka skali TLC N.C. Andreasen w pierwszej pracy z zastosowaniem tej skali wykazała w całkowicie losowo dobranej grupie chorych na schizofrenię (n=45 (27 mężczyzn i 18 kobiet), średnia liczba hospitalizacji psychiatrycznych = 2,5 , średni wiek badanych = 29 lat), iż najczęstszymi fenomenami językowymi w wypowiedziach tej grupy były: *zbaczanie wypowiedzi*, *utrata celu*, oraz *ubóstwo treści wypowiedzi* – zaburzenia te występowały u ponad 40% badanych. Z kolei najrzadszymi obserwowanymi zjawiskami patologii językowej okazały się: *dźwięczenie*, *przybliżenia słowne*, *neologizmy* i *mowa sztuczna*. Porównując z kolei nasilenie poszczególnych objawów skali TLC autorka skali wykazała, że najwyższe wyniki uzyskano w odniesieniu do punktów: *zbaczanie wypowiedzi* (średni wynik = 1,22), *ubóstwo treści* (0,76), *utrata celu* (0,71), oraz *nielogiczność* (0,42) [19]. Porównanie wyników Andreasen z 1979 r. z wynikami pracy autora wskazuje , iż pomimo innych charakterystyk badanych osób, do grupy najczęściej występujących i osiągających najwyższe nasilenie u osób chorych na schizofrenię fenomenów językowych można zaliczyć *zbaczanie wypowiedzi*,

ubóstwo treści, nielogiczność oraz utratę celu [19, 20]. Andreasen i Grove w pracy z 1986 roku, gdzie przebadali grupę 50 osób chorych na schizofrenię (paranoidalną– n=25 i hebefreniczną– n=25) , potwierdzili wyniki z pracy 1979 roku. W grupie najczęstszych fenomenów językowych znalazły się tutaj: *zbaczanie wypowiedzi* , *ubóstwo treści i nielogiczność* . Najbardziej występowały: *neologizmy, echolalia, blokowanie i odnoszenie do siebie* [17].

W innych pracach z użyciem tego samego narzędzia (skala TLC) ich autorzy wykazywali m. in., iż:

- fenomenami osiągającymi najwyższe nasilenie w grupie hospitalizowanych chorych na schizofrenię są: *zbaczanie wypowiedzi i uskokowość* (w pracy tej porównywano chorych na schizofrenię z ich nie hospitalizowanymi bliźniakami, którzy z kolei wykazywali wysokie nasilenie *uskokowości i drobiazgowości*) [21];
- najczęściej występują i osiągają największe nasilenie u chorych na schizofrenię: *zbaczanie wypowiedzi i utrata celu* [22];
- u chorych na przewlekłą schizofrenię (n=97) najczęściej w wypowiedziach stwierdzano :*nielogiczność i rozkojarzenie* [23];
- w grupie chorych na schizofrenię w różnym wieku (od 19 do 96 lat) stwierdzono u „niegeriatrycznych” chorych znaczne nasilenie: *uskokowości, zbaczania wypowiedzi, utraty celu, oraz ubóstwa treści* – podczas gdy u chorych „geriatrycznych” najczęściej występowało *ubóstwo mowy* [24].

W swoich wcześniejszych badaniach nad językiem chorych na schizofrenię paranoidalną stwierdziłem, iż najczęstszymi przejawami patologii językowej, zarówno w fazie ostrej , jak i w remisji są: *ubóstwo treści, zbaczanie wypowiedzi, nielogiczność i utrata celu wypowiedzi*. Rzadko w grupie badanych przeze mnie chorych występowały następujące fenomeny językowe: *neologizmy, persewercje, a szczególnie echolalia* [25].

Najnowszym opracowaniem jest praca Kircher i wsp. określona jako skala do oceny subiektywnych i obiektywnych zaburzeń myślenia i języka (Thought and Language Disorder (TALD)) Narzędzie to obejmuje następujące czynniki wyodrębnione w analizie czynnikowej: I. objawy obiektywne – pozytywne: zbaczanie wypowiedzi, rozkojarzenie, rozkojarzenie myślenia, uskokowość, słowotok, drobiazgowość, semantyczna parafazja, natłok mowy, manieryzmy mowne, parafazja fonemiczna, ubóstwo treści, perseweraacje, „porozrywanie myśli”, II. Subiektywne objawy negatywne : ubóstwo myśli, zahamowanie myślenia, dysfunkcja intencjonalność myślenia, zaburzenia ekspresji mowy i rozumienia mowy, ruminacje myślowe, blokowanie; III. Objawy negatywne obiektywne: ubóstwo mowy, spowolnienie myślenia, konkretyzmy; IV. Objawy subiektywne pozytywne: gonitwa myśli, wtęty myślowe [26].

Porównanie wyników wszystkich zamieszczonych powyżej prac pozwala na sformułowanie tezy o tym, że fenomeny językowe, które wiążą się z dezintegracją wypowiedzi na jej najwyższym, tekstowym poziomie stanowią o unikalności patologii językowej w schizofrenii. W opracowaniu autora , oraz w przedstawionych tutaj wynikach prac z użyciem skali TLC najczęściej występującymi fenomenami schizofatycznymi były te fenomeny, które wyrażają tę dezintegrację, a więc: *zbaczanie wypowiedzi*, ich *nielogiczność* i *utrata celu* wypowiedzi. Można więc sformułować również tezę o nie tylko ich częstym występowaniu w schizofrenii przewlekłej, ale również o tym , że na ich wysoką frekwencję nie wpływa język, którego używają chorzy.

III. Przewodnik po skali TLC

Pora obecnie na prezentację opisu klinicznego schizofazji, który stał się podstawą niniejszej pracy. Jest to „Skala do Oceny Myślenia, Języka i Komunikacji” (Scale for Assessment of Thought, Language, and Communication - TLC) opracowana w 1979 r. przez Nancy C. Andreasen z Uniwersytetu w Iowa City w 1979 r. [16, 27]. Skala ta obejmuje opis

18 fenomenów językowych, które są oceniane na podstawie obserwacji, lub zapisu magnetofonowej rozmowy. Aby zobrazować koncepcję schizofrenicznych fenomenów językowych wg Andreasen, koncepcję, która stanowi o klinicznym rozumieniu schizofazji w tej pracy, prezentuję poniżej definicje poszczególnych fenomenów j językowych, wybrane obrazując przykładami z jednej ze swoich prac [28].

Skala do Oceny Myślenia , Języka i Komunikacji (TLC) wg N. C. Andreasen .

1. Ubóstwo mowy (UM) - zmniejszenie ilości mowy spontanicznej, co powoduje, iż odpowiedzi na pytania są krótkie i pozbawione dodatkowych informacji. Niepodsunięte dodatkowe informacje zwykle nie są używane. Odpowiedzi mogą być monosylabiczne, niektóre pytania pozostają bez odpowiedzi. Aby właściwie ocenić ten fenomen badany powinien być zachęcany do pełniejszej wypowiedzi, a jednocześnie powinien mieć odpowiednią ilość czasu na odpowiedź.

Sposób oceny:

0. brak ubóstwa mowy; istotne i ilościowo adekwatne odpowiedzi na pytania, zawierają również dodatkowe informacje
1. łagodne ubóstwo mowy; część odpowiedzi nie zawiera właściwie przepracowanych informacji, nawet jeśli istota wypowiedzi jest adekwatna
2. znaczne ubóstwo mowy; część odpowiedzi jest lakoniczna; liczne są odpowiedzi jednowyrazowe lub nawet monosylabiczne
3. ciężkie ubóstwo mowy; odpowiedzi rzadko zawierają więcej niż kilka słów; pytania mogą pozostać bez odpowiedzi
4. krańcowe ubóstwo mowy; pacjent jest w zasadzie mutystyczny

Przykład 1. (odpowiedź na pytanie “dlaczego ludzie chorują ?”):*Dlaczego nie wiem to zależy od ich samopoczucia...jak się czują i od otoczenia pewnie....ale to jeszcze zależy jakich....albo się nie zastanawiają co robią...no nie wiem trudno mi to określić (20 sekundowa przerwa) no nie dbają o swoje zdrowie wcale o swoje samopoczucie ... są zabiegani cały czas.”*

Wypowiedź dwuminutowa, z licznymi przerwami, w tempie 24,5 słowa na minutę.

2.Ubóstwo treści (UT) - chociaż odpowiedzi są adekwatne ilościowo, to jednak przenoszą niewiele informacji; język staje się dziwny, często nadmiernie abstrakcyjny, lub nadmiernie konkretny, występują powtórzenia lub stereotypie; pacjent może dawać dostateczne informacje, ale używa tak wielu słów, że jego wypowiedź można podsumować jednym zdaniem; słuchacz często odbiera taką wypowiedź jako „puste filozofowanie”

Sposób oceny:

0. brak ubóstwa treści
1. łagodne ubóstwo treści; nieliczne dziwne wypowiedzi
2. znaczne ubóstwo treści; dziwne wypowiedzi stanowią nie mniej niż 25%
3. ciężkie ubóstwo treści; co najmniej połowa wypowiedzi jest dziwna lub niezrozumiała
4. krańcowe ubóstwo treści; prawie cała wypowiedź jest dziwna lub niezrozumiała

Przykład 2. (odpowiedź na pytanie “najbliższa mi osoba”) : *Kto jest najbliższymi osobami no najbliższa osoba właśnie najbliższymi osobami są rodzice no właśnie ten chłopczyk którego poznałam w latach studiów i o którym słyszałam będąc pięcioletnia właściwie pięć dwu trzyletnia dziewczynka była najbliższa osoba i no najbardziej odpowiadają mi cechy dlatego że można powiedzieć no byłam taka taka chłopczyca będąc mając dwadzieścia lat a potem*

kilkanaście trzydziści lat to troszeczkę się zmieniło właśnie w tych latach ale cechy tego pana właśnie później właśnie później poznanego jako najbliższego przyjaciela właśnie bardzo mi odpowiadały mimo że byłam kobietą ale te cechy właściwie nie odpowiadały cechy cechy ludzkie czysto ludzkie jakies bez naleciałości czyste maniery czystość zamiarów czystość czystość to właściwie czystość zamiarów danego człowieka i to we mnie potęgowało.”

3. Natłok mowy (NM) - – wzrost ilości mowy spontanicznej w porównaniu ze zwyczajową czy społeczną normą; pacjent mówi szybko, ciężko jest mu tę wypowiedź przerwać; niektóre zdania są niekompletne, ale raczej z powodu zaprezentowania nowej myśli; odpowiedzi, które powinny trwać kilka sekund, trwają minuty – ciężko jest je przerwać; nawet przy próbach przerywania, mówca stara się kontynuować swoją wypowiedź; wypowiedź może być głośna i emfaticzna; przy dużym nasileniu tego fenomenu mówca przemawia bez żadnego bodźca, nawet, gdy nikt go nie słucha; znaczne nasilenie natłoku mowy to takie wypowiedzi, gdy w ciągu minuty pada 150 słów

Sposób oceny:

0. brak natłoku mowy
1. łagodny natłok mowy; lekkie przyspieszenie, większa głośność wypowiedzi
2. znaczny natłok mowy; odpowiedzi na proste pytania zajmują po kilka minut; mówca może mówić wtedy, gdy nikt go nie słucha
3. ciężki natłok mowy; odpowiedzi na proste pytania przekraczają zwykle 3 minuty; wypowiedzi rozpoczynają się często bez bodźca zewnętrznego i/lub są trudne do przerywania
4. krańcowy natłok mowy; pacjent mówi ciągle, nie można mu w ogóle przerwać i/lub wykrzykuje swoje wypowiedzi

4. Mowa roztargniona (MR) - – w czasie rozmowy pacjent przerywa wątek lub zdanie i zmienia temat swojej wypowiedzi na związany z bożcami otaczającymi (pokój, wygląd rozmówcy)

Sposób oceny:

0. brak roztargnienia
1. łagodne roztargnienie; 1 fenomen R w rozmowie
2. znaczne roztargnienie; 2-4 fenomeny w rozmowie
3. ciężkie roztargnienie; 5-10 fenomenów w rozmowie
4. krańcowe roztargnienie; >10 fenomenów w rozmowie

Przykład 3.

pytanie „moje dzieciństwo?”

„wszystko teraz opowiadać urodziłem się dziewiątego czerwca w szpitalu wojskowym jestem z bliźniąt moja dziewczynka była zmarła . ale pan jeszcze nie napisał .. rzeczowo panu powiedzieć czy bzdury . to ja wiem . dobrze jak zgaszą papierosa . w brydża nie umiem grać ale chciałbym się nauczyć jest rudna gra polega na czym na wistowaniu nie no Marek mnie uczy grać w brydża . i w niedzielę przychodzi mój ojczym Edmund pracuje w kotłowni na LSM-ie i mieszka na lesemie jak trzeba i w hotelu mieszka wszystko się zgadza opowiadać dalej pan to nagrywa i to będzie w telewizji . dobrze u mnie stoi na Balladynie stoi mieszkanie na mamusię Balladyny tam mieszkają dwie psychologiki jedna jest z Biłgoraja i jest jej ojciec sportowcem druga jest z Chełma czy tam i jej ojciec jest księdzem może być tak wszystko się zgadza i oni też mają magnetofon i ja im psuję specjalnie i ja im robię wszystko na złość jestem dranny nie jeszcze nagrywamy a jak panu się taśma skończy a pan ma brodę i okulary zdejm pan okulary bo pan jest lekarzem o dzieciństwie dobrze jestem i rodziłem się w szpitalu wojskowym na Alejach Raclawickich ”

5. Uskokowość (U) - odpowiedź na pytanie od samego początku jest zaskakująca i nie na temat, lub powiązana bardzo odlegle z tematem; ten fenomen jest oceniany tylko w odniesieniu do relacji pytanie – początek odpowiedzi

Sposób oceny:

0. brak uskokowości
1. łagodna uskokowość; 1 fenomen U w rozmowie
2. znaczna uskokowość; 2-4 fenomeny w rozmowie
3. ciężka uskokowość; 5-10 fenomenów w rozmowie
4. krańcowa uskokowość; >10 fenomenów w rozmowie

Przykład 4.

pytanie „moje dzieciństwo?”

„kiedyś to lubiłem mówić tak że zasypiałem przy rozmowie przy . no teraz wie pan trudno jest się zgodzić bo musiałbym mieć początek i koniec no w sobie ”

pytanie „dlaczego ludzie chorują?”

„nie wiem no u mnie jest to w myśli u mnie jest to ale gdyby to jeszcze co potem zostanie myśl myśl to potem nie nie zostanie to sama myśl nie zostanie zostanie inna myśl i znowu trzeba będzie tłumaczyć”

6. Zbaczanie wypowiedzi (ZW) - – wzorzec mowy spontanicznej, w którym myśli zbaczają z głównego toru wypowiedzi. Kolejne obiekty wypowiedzi są ze sobą zestawiane bez związków znaczeniowych lub w sposób idiosynkratyczny. Czasami połączenia pomiędzy kolejnymi porcjami tekstu są dziwne, albo w ogóle niezrozumiałe. Jest klasyczny przykład niespójności tekstu, głównie niespójności semantycznej, co prowadzi do utraty pragmatyki tekstu. Następujące po sobie wypowiedzenia nie mają ze sobą związków lub są łączone przy użyciu niejasnych zaimków odnoszących

Sposób oceny:

0. brak zbaczania wypowiedzi
1. łagodne zbaczanie wypowiedzi; 1 fenomen ZW w rozmowie
2. znaczne zbaczanie wypowiedzi; 2-4 fenomeny w rozmowie
3. ciężkie zbaczanie wypowiedzi; 5-10 fenomenów w rozmowie

krańcowe zbaczanie wypowiedzi; >10 fenomenów w rozmowie

Przykład 5. (odpowiedź na pytanie “moja rodzina?”) : *“Mama w porządku to znaczy dokładniej . a rodzonych mama jest w B. na ulicy Kościuszki osiemdziesiąt sześć ulica kod czternaście z Marzena bo jej mąż odszedł do S. nie do S. tylko do Sz. uciekł po prostu zrobił dzie teraz yyy rozwód wziął z nią . odszedł teraz powiedzieć to rodzicach o mamie ze pani doktor z Tworek powiedziała że ja powinienem pani doktor w Tworkach przyłożyła sobie i mi do serca powiedziała kocham i za to kocham to serce co powiedziało moje to miałem wolne wyjścia na miasto i ubranie na takim obozie widziałem co to wojna gwiazd czy co Januszowi Janusz powiedziałem o tej świątyni o świętych obrazach i on zbeszczył świętość czego do Częstochowy nie wpuścił gada z .świętych chrześcij zmarłych trzeba . ośmioro siedmioro ja z Bogiem jestem w porządku i z bratem Bogiem też jestem w porządku tak jak króla nafty Apanaczi.”*

7. Rozkojarzenie (RK) - wzorzec mowy, w którym następuje istotne zaburzenie możliwości jej zrozumienia; rozkojarzenie jest powodowane przez różne mechanizmy, które mogą występować jednocześnie; wybór słów jest czasami zupełnie przypadkowy; czasami słowa cementujące (spójniki, zaimki) są całkowicie usunięte; *rozkojarzenie* różni się od *zbaczania wypowiedzi*, że w *rozkojarzeniu* dochodzi do rozbicia na poziomie zdań, podczas gdy w *zbaczaniu* wypowiedzi struktury zdaniowe są zachowane, natomiast dochodzi do rozbicia

związków pomiędzy zdaniem; znaczne rozkojarzenie określane jest mianem „*salatki słownej*”

Sposób oceny:

0. brak rozkojarzenia
1. łagodne rozkojarzenie; 1 fenomen RK w rozmowie
2. znaczne rozkojarzenie; 2-4 fenomeny w rozmowie
3. ciężkie rozkojarzenie; 5-10 fenomenów w rozmowie

krańcowe rozkojarzenie; >10 fenomenów w rozmowie

Przykład 6. (odpowiedź na pytanie “czym się interesuję?”) : *“Interesuję się życiem seksualnym mrówek pszczółka Maja taka rezolutna z panem doktorem nie mam żadnej mowy nie porozumiemy się tak ciekawsze ciekawsze bociany to wszystkim po trochu i teatrem i sztuką Kolbergera wszystkim po trochu nie mam sąsiada co wszystko zabiera nie żartuje Boże to wszystko wszystkim po trochu wszystkim po trochę no Boże nie poganiaj mnie ubierałam się do kościoła malowałam ubierać się na roweryku jeździć czy na trapezie kadni kupił chłopczyki skurczybyki tylko jak ja z tym kierowcą.”*

8. Nielogiczność (NL) - wzorzec mowy, w którym wnioski nie następują w logiczny sposób.

Może to przyjmować formę zaburzonej deukcji, a także wyciągania wniosków o fałszywe przesłanki, ale bez cech myślenia urojeniowego.

Wyłączenia:

- Wnioskowanie w oparciu o myślenie urojeniowe
- Nielogiczność na podstawie przekonań kulturowych i religijnych
- Nielogiczność w oparciu o deficyt intelektualny

Sposób oceny:

0. brak objawu

1. łagodna nielogiczność; 1 fenomen NL w rozmowie
2. znaczna nielogiczność; 2-4 fenomeny w rozmowie
3. ciężka nielogiczność; 5-10 fenomenów w rozmowie
4. krańcowa nielogiczność; >10 fenomenów w rozmowie

Przykład 7. : *“Przepraszam ale nie muszę umyć zęby o tu mam pastę bo jestem zdrowa mamusia mnie przywiozła bo czytałam książki w nocy no nie nie jestem dzieckiem nie nie.”*

9. Dźwięczenie (D) - – wzorzec mowy, w którym raczej podobieństwo dźwiękowe, a nie znaczenia wyrazów decydują o ich wyborze, tak, że zrozumiałość wypowiedzi jest znacząco pogorszona. Wypowiedź może się również opierać na rymowaniu.

Sposób oceny:

0. brak objawu
1. łagodne dźwięczenie; 1 fenomen D w rozmowie
2. znaczne dźwięczenie; 2-4 fenomeny w rozmowie
3. ciężkie dźwięczenie; 5-10 fenomenów w rozmowie
4. krańcowe dźwięczenie; >10 fenomenów w rozmowie

Przykład 8.

„ten okularnik jest w Wisznicach i wilczyca jego matka jest ... Chrystusa zawsze poznam panie doktorze odkryłem reinkarnację Chrystus krysus chcicć krcić chrzest krzest Chriszna Kriszna”

10. Neologizmy (N) - są tutaj definiowane jako całkowicie nowe słowa, którego znaczenie nie jest znane.

Sposób oceny:

0. brak objawu

1. łagodne neologizmy; 1 fenomen N w rozmowie
2. znaczne neologizmy; 2-4 fenomeny w rozmowie
3. ciężkie neologizmy; >4 fenomeny w rozmowie

Przykład 9. : “*predyscyplinowany, hipnoza, chcę być ust, reneulacja, niebyl*”.

11. Przybliżenia słowne (PS) – to zwykłe słowa użyte w nowy i/lub niekonwencjonalny sposób, a także nowe słowa, które zostały utworzone z innych zwykłych. Zwykle znaczenie *przybliżeń słownych* jest zrozumiałe, chociaż użycie słów może być tutaj dziwaczne.

Wyłączenia:

- parafazje w przebiegu afazji
- metafory użyte celowo

Sposób oceny:

0. brak objawu
1. łagodne przybliżenia słowne; 1 fenomen PS w rozmowie
2. znaczne przybliżenia słowne; 2-4 fenomeny w rozmowie
3. ciężkie przybliżenia słowne; >4 fenomenów w rozmowie

Przykład 10. : “*duze skrzypcowe = duze muzyków, pieścić = piastować urząd, pokrewni ludzie = rodzice, choroba powietrzna = schizofrenia, romantyzuje = rzeźbi, samolot bez silnika = szybowiec, słup co słyszy = telefon.*”

12. Drobiazgowość (DR) - Opis fenomenu: wzorzec mowy, który w sposób niebezpośredni osiąga cel wypowiedzi. W procesie wyjaśniania czegoś mówca podaje wiele drobnych detali i często robi marginalne uwagi. Drobiazgowość wypowiedzi może trwać wiele minut, jeśli nie przerywa się mówcy lub jeśli się go nie ponagla.. Potocznie wypowiedź z cechami *drobiazgowości* określana jest słowami „mówi bez wytchnienia”.

Wyłączenia:

- *drobiazgowość* różni się tym od *ubóstwa treści*, że jest *a propos*, ale zawiera nadmierną liczbę dygresji – są one jednak pragmatycznie powiązane z głównym tematem wypowiedzi
- od *utraty celu* drobiazgową wypowiedź różni się tym, że w jej trakcie mówca osiąga w końcu zadany cel, pod warunkiem, że ma na to dostateczny czas
- o *natłoku wypowiedzi* *drobiazgowość* różni się tym, że wypowiedź o cechach *drobiazgowości* nie ma nadmiernego tempa, nie jest przesadnie emfaticzna i można ją łatwo przerwać

Sposób oceny:

0. brak objawu
1. łagodna drobiazgowość; niektóre wypowiedzi są drobiazgowo, ale mówca szybko osiąga cel wypowiedzi jeśli mu się przerywa lub ponagla
2. znaczna drobiazgowość; poszczególne odpowiedzi na proste pytania trwają ponad 5 minut, lub mówca usiłuje kontynuować czasami swoje dygresje, gdy mu się przerywa
3. ciężka drobiazgowość; odpowiedzi na proste pytania trwają ponad 15 minut, mówca usiłuje kontynuować swoją wypowiedź pomimo prób przerywania jej lub ponaglenia go

Przykład 11.

pytanie „moje dzieciństwo?”

„urodziłem się w czterdziestym dziewiątym roku piątego lutego we Lwówku Śląskim byłe województwo wrocławskie obecnie wałbrzyskie gdyż moi rodzice przeprowadzili się stamtąd to znaczy do Lwówka Śląskiego z Wohynia miejscowości pod Radzyniem Podlaskim tatuś tam pracował jakimś zakładzie tam mieszkaliśmy do pięćdziesiątego szóstego roku to znaczy ja

tam mieszkałem siedem lat i dwa miesiące i co pamiętam z tego dzieciństwa kościół ulice tak biegły w kształcie owalnym coś czy okrągłym i jeszcze wspominam mile że tato mnie jeszcze często zabierał samochodem na delegacje podróżowałem takim samochodem ciężarowym albo osobowym i jeździłem poza tym taka . sprawa jedna była nieprzyjemna to z bratem że mieliśmy taką jedną obręcz od koła od roweru że brat chciał jeździć i ja chciałem jeździć ja byłem 2 lata młodszy od brata i nie chciałem mu dać i on mi zabierał to ja go trochę uderzyłem takim metalowym drutem czy prętem rozciąłem mu trochę czoło ”

13. Utrata celu (UC) - naturalny łańcuch zdań nie osiąga zamierzonej konkluzji. Zwykle manifestuje się to tym, że wypowiedź zaczynająca się od właściwego tematu, zaczyna krążyć po tematach coraz bardziej odległych , nie powracając do zasadniczego przedmiotu wypowiedzi. Często pacjenci nie są świadomi utraty celu wypowiedzi.

Wyłączenie:

- w *zbaczaniu wypowiedzi* bardziej uchwytnie są zaburzenia spójności, a tekst jest mniej zrozumiały.

Sposób oceny:

0. brak objawu
1. łagodna utrata celu; 1 fenomen Uc w rozmowie
2. znaczna utrata celu; 2-4 fenomeny w rozmowie
3. ciężka utrata celu; >4 fenomeny w rozmowie

Przykład 12.

pytanie „dlaczego ludzie wierzą w Boga?”

„dlaczego ludzie wierzą w Boga a pan pan wierzy proszę pana co pan sobie myśli .. tak sądzę i że to są sprawy ogólnoludzkie i ogólnoswiatowe że będą przedstawione czytał pan

chyba o tym polityka . światowa to jest najważniejsze . tak myślę że rządy Stanów Zjednoczonych i Związku Radzieckiego i Kanady się porozumieją sądzę że to jest najważniejsze ... nie wiem może sobie wtedy przypominam czy pan interesuje się polityką światową ... tłuszcza tak proszę pana po prostu tłuszcza nie wiem jak ludzie sobie z tym poradzą . ludzie mnie otaczają ta tłuszcza jak z tym sobie można poradzić”

14. Persewercje (P) - ciągle powtarzane słowa, frazy, zdania, tematy.

Wyłączenia: słowa służące wypełnianiu pauz, takie jak „wiesz”, „że tak powiem”.

Sposób oceny:

0. brak objawu
1. łagodne persewercje; 1 fenomen P w rozmowie
2. znaczne persewercje; 2-4 fenomeny w rozmowie
3. ciężkie roztargnienie; > 4 fenomeny w rozmowie

Przykład 13.

„dlaczego ludzie chorują czy ja wiem czy mogę to powiedzieć dlaczego ja choruję jak można z chorobą walczyć dlaczego inni chorują no nie wiem chorują ja tak usnęłam dlaczego tak się stało dlatego chorują i to wpłynęło na to że po prostu nie szkołę mogłabym ale choroba czym ją choroba choroba co to jest choroba trzeba powiedzieć co to jest choroba czy to choroba choroba”

15. Echolalia (E) - wzorzec mowy, w którym pacjent jak echo powtarza słowa i/lub frazy wypowiedane przez jego rozmówcę. Typowa echoalalia występuje jako trwałe w czasie danego epizodu choroby zaburzenia językowe. Echoalalia charakteryzuje się imitowaniem intonacji rozmówcy.

Sposób oceny:

0. brak objawu
1. łagodna echolalia; 1 fenomen E w rozmowie
2. znaczna echolalia; 2-4 fenomeny w rozmowie
3. ciężka echolalia; 5 lub więcej fenomenów E w rozmowie

Przykład 14.

Pytanie: Jak wspominasz swoje dzieciństwo?

Odpowiedź: O dzieci ... dzieci

Pani ojciec?

Pa . ni

Jak się nazywa?

Nie wiem

A pani mama?

Mama . ma . ma

To było przyjemnie dzieciństwo?

Przyjemne

Dlaczego przyjemne?

Przyjemne .. przy .. jemne . jem . ne

Co jeszcze pani pamięta?

...

Co lubiła pani robić?

Nie pamiętam

W co lubiła się pani bawić?

Bawić lubiłam

W co?

Ja lubiłam się bawić w ... lalki . la . la w sobotę po południu ...

Co się wtedy wydarzyło?

Chrystus się zdarzyło

16. Blokowanie (B) - przerwanie toku wypowiedzi zanim jej wątek został przedstawiony w całości. Po przerwie w postaci milczenia, która może trwać od sekund do minut, mówca nie potrafi sobie przypomnieć co mówił i/lub co chciał powiedzieć. Subiektywnym odczuciem w czasie blokowania jest blok myśli.

Sposób oceny:

0. brak objawu
1. łagodne blokowanie; 1 fenomen B w rozmowie
2. znaczne blokowanie; 2-4 fenomeny w rozmowie
3. ciężkie blokowanie; 5 lub więcej fenomenów w rozmowie

Przykład 15.

pytanie „moja rodzina?”

„no nie wiem może matka się trochę zmieniła zmieniła do mnie może uważa że nie za takiego chorego no ja wiem .. mówi . że mniej jem .. co jeszcze mówi że mniej chodzę ale teraz to już więcej chodzę ... co jeszcze ... że mniej robię .. no na rencie trochę leniuchuję ...

no matka zadowolona że jestem żywszy(powtórzenie pytania) może się mną lepiej opiekują .. no może dbają więcej o mnie ... milsi są .. jak to na chorobie .. no i przedtem ... nic chyba nic”

17. Mowa sztuczna (MS) - zachowania językowe, w których wypowiedzi są nadmiernie sztuczne lub nazbyt formalne. Wypowiedzi takie mogą się wydawać osobliwe lub staroświeckie lub pompatyczne lub odległe od tematu lub nazbyt ugrzecznione. Sztuczność jest tutaj osiągnięta przez użycie np.: wielosylabowych słów (gdzie wystarczą im jedno-dwu-trzy-sylabowe odpowiedniki), grzecznościowej frazeologii, lub nadmiernie sztywnej czy formalnej syntaktyki.

Sposób oceny:

0. brak objawu
1. MS – poziom łagodny; 1-2 przykłady MS w rozmowie
2. MS - poziom znaczny; częste przykłady
3. MS – poziom ciężki ; większość odpowiedzi i wypowiedzi spontanicznych jest sztuczna

Przykład 16.

pytanie „dlaczego ludzie chorują?”

„tak ... choroby w ogólności to jest Boża kara w ogóle w ogólności wszystko zło wszelkie przeciwności które nas spotykają to jest Boża kara i my wierzymy kto ma gorszą wiarę w Boga wszystko to jest postanowione w ogóle w ogólności ziemia tu jest padłem płaczu i łez czy cierpienia i łez i że każdy kto jest na ziemi to mniej lub bardziej cierpi i są choroby przeróżne inne rzeczy to jest kara za grzechy wszystkich ludzi czy to grzechy innych ludzi czy za grzechy innych ludzi którzy są coś w tym rodzaju brak jest prawda odpowiedzialności nas samych za siebie samych jeżeli będziemy coś robili zatruwali siebie czy świat to sami szykujemy na siebie bat sami na siebie szykujemy choroby spada na nas odpowiedzialność za

to co robimy skoro już jesteśmy od Pana Boga ... jest możliwe życie bez chorób jeżeli będzie zarówno zachowane szóste przykazanie szóste nie cudzołów to jest najbardziej obszerne i najbardziej powszechne przykazanie i najbardziej odnosi się do wszystkich sfer działalności człowieka w między innymi zanieczyszczenia zatrucie środowisk to są przejawy niedotrzymania szóstego przykazania do sfer materialnych fizycznych ”

18. Odnoszenie do siebie (OS) - - zaburzenie językowe w którym mówca w sposób powtarzalny odnosi się do tematu swojej osoby, podczas gdy pytanie dotyczy tematu, który jest neutralny lub niezwiązany z odpowiadającym. Zaburzenie to ocenia się na podstawie odpowiedzi na pytania ogólne, nie powinno być więc ono oceniane na podstawie wypowiedzi w czasie zbierania anamnezy lub w czasie badania psychiatrycznego.

Sposób oceny:

- 0. brak objawu
- 1. łagodne OS; 1 fenomen tego typu w przebiegu 15 minutowej rozmowy
- 2. znaczne OS; 2-4 fenomeny w rozmowie
- 3. ciężkie OS; 5 lub więcej fenomenów w rozmowie

Przykład 17.

pytanie „mój przyjaciel?”

„spoza rodziny .. aha .. to jest jakby panu powiedzieć małżeństwa z gospodarki jak gdyby ktoś miał tego i rodzice są takim małżeństwem i trochę się nie zgadzają trochę się kłócą ze sobą i tak teraz jest lepiej z mamą raz z tatą ... siostra nie bo ma już swoją własną rodzinę i powinna się troszczyć o swoją własną rodziną . a ja co do domu starców się mogę najwyżej

kierować no może do domu jak się polepszy ten stan psychiczny tego . no bo gdzie się nie będzie się znaczy gdzie mieszkać znaczy się . tak się zastanawiam nad sobą że pójdę do domu starców .. bo siostra znaczy chce żebym był cały czas w szpitalu psychiatrycznym nie jestem już zdrowy no to fakt że nie jestem już zdrowy lepiej w domu siedzieć niż w szpitalu . nie chce jeszcze nie no tylko o to że ja sobie tak przyszłość swoją wyobrażam ”

IV. Diagnoza psychiatryczna zaburzeń mowy w innych zaburzeniach psychicznych.

W tym podrozdziale znajdują się informacje o zaburzeniach mowy występujących w innych niż schizofrenia zaburzeniach psychicznych w oparciu o ostatnie wydanie podręcznika Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego - DSM-5 [12].

A. Upośledzenie umysłowe : kody statystyczne : 317-318 wg DSM-5; F.70-79 wg ICD-10.

| | |
|-------------------------------|--|
| Poziom upośledzenia | Możliwe zaburzenia językowe, mowy, komunikacji |
| Łagodne (wg ICD-10 - lekkie) | Komunikacja, konwersacja , język są bardziej konkretne niż abstrakcyjne, lub niedojrzałe w relacji do wieku |
| Umiarkowane | Język mówiony jest pierwotnym narzędziem komunikacji społecznej, ale jest znacząco uproszczony w porównaniu z rówieśnikami |
| Ciężkie (wg ICD-10 – znaczne) | Język mówiony jest znacząco ograniczony na poziomie używanego słownika i gramatyki ... mowa może być ograniczona do pojedynczych fraz czy słów ... wypowiedzi są |

| | |
|----------|--|
| | zogniskowane na tym co dzieje się „tutaj i teraz” ... język jest używany do komunikacji społecznej ... osoby z tym poziomem zaburzenia rozumieją pojedyncze słowa. |
| Głębokie | Osoba z tym poziomem zaburzenia może rozumieć mowę, ale jest to bardzo ograniczone ... może rozumieć niektóre instrukcje. |

B. Zaburzenia komunikacji

Zaburzenia komunikacji obejmują: Zaburzenia językowe : 315.39 (DSM-5) ,F.80.9 (ICD-10) ; zaburzenia artykulacji - 315.39 (DSM-5) ,F.80.0 (ICD-10); rozpoczynające się w dzieciństwie zaburzenia fluencji językowej (jąkanie) 315.35 (DSM-5) ,F.80.81. (ICD-10); zaburzenie komunikacji społecznej (pragmatycznej) 315.39 (DSM-5) ,F.80.89. (ICD-10);

| Rodzaj zaburzenia komunikacji | Kryteria diagnostyczne |
|--|---|
| Zaburzenia rozwoju językowego (language disorders) : 315.39 (DSM-5) ,F.80.9 (ICD-10) | <p>A. Przetrwale zaburzenia w nabywaniu i używaniu języka w różnych modalnościach (mówienie, pisanie, czytanie, inne) wynikające z deficytów w rozumieniu i mówieniu wyrażające się:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ograniczeniem słownika (znajomość słów lub ich użycia) 2. Ograniczeniem struktury zdań 3. Pogorszeniem dyskursu |

| | |
|---|--|
| | <p>B. Zdolności językowe są znacząco niższe od norm wiekowych i pogarszają funkcjonowanie szkolne, komunikację, funkcjonowanie w środowisku</p> <p>C. Początek zaburzeń we wczesnym dzieciństwie</p> <p>D. Przyczyną zaburzenia nie są inne schorzenia jak zaburzenia słuchu czy np. upośledzenie umysłowe.</p> |
| <p>zaburzenia artykulacji (ang. <i>speech sound disorder</i>) - 315.39 (DSM-5) ,F.80.0 (ICD-10)</p> | <p>A. Przetrwale zaburzenia w produkcji dźwięków co zaburza rozumienie mowy lub przeszkadza w komunikacji werbalnej</p> <p>B. Zaburzenia powodują funkcjonowanie szkolne, komunikację, funkcjonowanie w środowisku</p> <p>C. Początek zaburzeń we wczesnym dzieciństwie</p> <p>D. Przyczyną zaburzenia nie są inne schorzenia jak zaburzenia słuchu czy np. upośledzenie umysłowe.</p> |
| <p>Rozpoczynające się w dzieciństwie zaburzenia fluencji językowej (jąkanie)</p> | <p>A. Zaburzenia normalnej fluencji i prozodii mowy , charakteryzujące się co najmniej jednym z poniższych objawów</p> |

| | |
|---|---|
| <p>315.35 (DSM-5) ,F.80.81. (ICD-10)</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Powtarzanie dźwięków i sylab 2. „Przedłużanie” dźwięków 3. Wtrącenia 4. Pauzy w środku słowa 5. Słyszalne lub ciche przerwy w wypowiedzeniach 6. Zastępowanie słów celem uniknięcia słów problematycznych 7. Frazy z wyraźnym napięciem 8. Repetycje słów monosylabicznych <p>B. Zaburzenia mowy utrudniają komunikację szkolną, zawodową, środowiskową</p> |
| <p>Zaburzenie komunikacji społecznej (pragmatycznej) 315.39 (DSM-5) ,F.80.89. (ICD-10);</p> | <p>A. Przetrwale zaburzenia w społecznym użyciu komunikacji werbalnej i pozawerbalnej, manifestujące się jako:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deficyty w komunikacji społecznej, takiej jak życzenia czy dzielenie się informacjami, z deficytem użycia właściwego kontekstu społecznego 2. Pogorszenie zdolności do zmiany kontekstu komunikowania się w |

| | |
|--|--|
| | <p>różnych sytuacjach, takich jak</p> <p>komunikowanie się z rówieśnikami</p> <p>lub dorosłymi, w szkole czy w czasie zabawy</p> <p>3. Zaburzenia w przestrzeganiu zasad konwersacji, np. nieprzestrzegania zasad dialogu, wypowiedzi trudne do zrozumienia</p> <p>4. Problemy w zrozumieniu wypowiedzi innych osób, np. nierozumienie metafor, idiomów, dowcipów)</p> <p>B. Zaburzenia powodują funkcjonowanie szkolne, komunikację, funkcjonowanie w środowisku</p> <p>C. Początek zaburzeń we wczesnym dzieciństwie</p> <p>D. Przyczyną zaburzenia nie są inne schorzenia jak zaburzenia słuchu czy np. upośledzenie umysłowe</p> |
|--|--|

C. Zaburzenia ze spektrum autyzmu 299.00 (DSM-5); F.84.0 (ICD-10):

Przetrwał deficyty w komunikacji społecznej i interakcjach społecznych, manifestujące się m.in.:

1. Deficyty w wyrażaniu emocji w sytuacjach społecznych, np. w postaci niezdolności do utrzymania zwykłej konwersacji
2. Deficyty w werbalnej lub częściej niewerbalnej komunikacji, w postaci np. zdolności do spójnej komunikacji werbalnej i niewerbalnej

D. Zaburzenie hiperkinetyczne z deficytem uwagi (ADHD): 314 wg DSM-5; F.90 wg ICD-10

A. Przetrwale wzorce deficytu uwagi i/lub hiperkinetyczności – impulsywności, które przeszkadzają we właściwym poziomie funkcjonowania lub rozwoju, przejawiające się jako :

1. Deficyt uwagi przejawiający się w co najmniej 6 z 9 objawów, np.
 - b) inne deficyty uwagi, polegające na niezdolności utrzymania uwagi w czasie konwersacji, słuchania wykładów, czy dłuższego czytania
2. Hiperkinetyczności i impulsywność przejawiające się w co najmniej 6 z 9 objawów:
 - f) wielomówność

E. Specyficzne zaburzenia uczenia się (ang. *specific learning disorder*) (dysleksja i zbliżone do niej zaburzenia funkcji szkolnych): kody statystyczne: 315 (wg DSM-5), F.81 (wg ICD-10).

A. Zaburzenia w czytaniu i wykorzystaniu nabytych funkcji szkolnych, wyrażające się w co najmniej jednym z podanych niżej objawów, trwających przez co najmniej 6 miesięcy

1. Czytanie słów, które można określić jako niedokładne, wolniejsze od norm wiekowych i oczekiwań, lub czytanie z wysiłkiem (np. osoba czyta głośno pojedyncze słowa niewłaściwie (z błędami), znacząco wolno lub z licznymi wahaniem, ma kłopoty z wymową, lub często zgaduje słowa)
2. Trudności w rozumieniu tego co się czyta (np. osoba może przeczytać głośno tekst, ale nie rozumie sekwencji czy relacji poszczególnych słów czy fraz lub ich głębszego znaczenia)
3. Zaburzenia w wymowie (np. osoba omija poszczególne litery lub dodaje głoski nie występujące w słowach)
4. Zaburzenia w pisaniu (np. błędy gramatyczne, błędy w znakach przestankowych, zubożona organizacja tekstu pisanego)
5. Trudności w operowaniu liczbami, liczeniu
6. Trudności we wnioskowaniu matematycznym

B. Wymienione powyżej trudności są istotne i nie tylko ilościowe, ale i jakościowe, a poziom funkcjonowania na tych obszarach odbiega istotnie od wieku chorego i powoduje u niego znaczące problemy w funkcjonowaniu szkolnym

Specyfikacja zaburzeń na:

- Z zaburzeniami w czytaniu: kody statystyczne: 315.00 (wg DSM-5), F.81 .0 (wg ICD-10); Dotyczy problemów w : dokładności czytania na głos, tempie i płynności czytania, rozumienia przeczytanych słów, fraz, tekstów
- Z zaburzeniami pisania: kody statystyczne: 315.2 (wg DSM-5), F.81 .81(wg ICD-10); Dotyczy problemów w : dokładności wymowy liter, stosowania

właściwych reguł gramatycznych i znaków przestankowych, jasności i organizacji pisanych prac

- Za zaburzeniami kalkulii: kody statystyczne: 315.1 (wg DSM-5), F.81 .2(wg ICD-10); Dotyczy problemów w : rozumienia liczb, zapamiętywania danych matematycznych, zdolności do wykonywania działań matematycznych. Poprawności rozumienia działań matematycznych.

F.Choroba tików kody statystyczne: 307 (wg DSM-5), F.95 (wg ICD-10);

Tiki to nagłe, szybkie, powtarzalne, nierytmiczne zachowania ruchowe lub wokalne.

1. Zespół Tourette'a

- A. Zarówno liczne tiki ruchowe jak i wokalne (pojedyncze słowa, frazy z kliku słów) , obecne w okresach zaostrzeń choroby
- B. Różne nasilenia tików występujących przez co najmniej rok od wystąpienia pierwszych objawów
- C. Początek zaburzenia przed 18 r.ż..
- D. Tiki nie są efektem działania substancji psychoaktywnych (np. kokainy), lub skutkiem choroby OUN (płaszawica Huntingtona, wirusowe zapalenie mózgu)

2. Przetrwale (przewlekłe) zaburzenie z tikami ruchowymi lub wokalnymi

- A. Pojedyncze lub mnogie tiki ruchowe lub wokalne (pojedyncze słowa, frazy z kliku słów)
- B. Różne nasilenia tików występujących przez co najmniej rok od wystąpienia pierwszych objawów
- C. Początek zaburzenia przed 18 r.ż..

D. Tiki nie są efektem działania substancji psychoaktywnych (np. kokainy), lub skutkiem choroby OUN (pląsawica Huntingtona, wirusowe zapalenie mózgu)

E. Chory nie spełnia kryteriów zespołu Tourette'a.

3. Ograniczone w czasie zaburzenie z tikami ruchowymi lub wokalnymi

A. Pojedyncze lub mnogie tiki ruchowe lub wokalne (pojedyncze słowa, frazy z kliku słów)

B. Różne nasilenia tików występujących przez mniej niż rok od wystąpienia pierwszych objawów

C. Początek zaburzenia przed 18 r.ż..

D. Tiki nie są efektem działania substancji psychoaktywnych (np. kokainy), lub skutkiem choroby OUN (pląsawica Huntingtona, wirusowe zapalenie mózgu)

Chory nie spełnia kryteriów zespołu Tourette'a i przetrwałego (przewlekłego) zaburzenia z tikami ruchowymi lub wokalnymi.

E. Zaburzenia dwubiegunowe i zaburzenia do nich zbliżone

Epizod maniakalny w przebiegu zaburzenia dwubiegunowego typu I : kody statystyczne:

296.40-46 wg DSM-5; F.31.11-F.31.9 wg ICD-10

1. Dystynktywny okres anormalnie podwyższonego, ekspansywnego lub drażliwego nastroju i anormalnie wzmożonej energii lub aktywności celowej, trwający co najmniej tydzień, przez większość czasu każdego dnia (okres ten może być krótszy od tygodnia , gdy pacjent wymaga hospitalizacji.

2. W czasie okresu zaburzeń nastroju i wzmożonej aktywności lub energii, występują co najmniej trzy z podanych niżej siedmiu objawów (lub co najmniej cztery, gdy nastrój

jest tylko drażliwy), przy czym każdy z tych objawów występuje na znaczącym poziomie i reprezentuje znaczącą zmianę w porównaniu ze zwykłym behawiorem (zachowaniem):

W tym:

3. Wielomówność lub natłok mowy

Epizod hypomaniakalny w przebiegu zaburzenia dwubiegunowego typu I kody

statystyczne: 296.89 wg DSM-5; F.31.81 wg ICD-10

I:

- A. Dystynktywny okres anormalnie podwyższonego, ekspansywnego lub drażliwego nastroju i anormalnie wzmożonej energii lub aktywności celowej, trwający co najmniej 4 kolejne dni , przez większość czasu każdego dnia
- B. W czasie okresu zaburzeń nastroju i wzmożonej aktywności lub energii, występują co najmniej trzy z podanych niżej siedmiu objawów (lub co najmniej cztery, gdy nastrój jest tylko drażliwy), przy czym każdy z tych objawów występuje na znaczącym poziomie i reprezentuje znaczącą zmianę w porównaniu ze zwykłym behawiorem (zachowaniem):

W tym:

3. Wielomówność lub natłok mowy.

- F. Duży epizod depresyjny: kody statystyczne: 296.21-25 (pojedynczy epizod) ; 296.31-35 (zaburzenie nawracające) wg DSM-5; F.31.0-4 (epizod pojedynczy) , F.33.0-41 (zaburzenie nawracające); wg ICD-10

A. Co najmniej pięć z listy dziewięciu objawów obecnych każdego dnia w okresie dwu tygodni, przy czym musi być obecny co najmniej jeden z dwu pierwszych objawów :
depresyjny nastrój (objaw nr 1) lub spadek zainteresowań lub odczuwania przyjemności (objaw nr 2).

W tym:

5. Pobudzenie psychomotoryczne lub spowolnienie psychomotoryczne (wyrażające się też w wypowiedziach – od natłoku mowy do ubóstwa mowy) obserwowane przez otoczenie, a nie tylko opierające się na subiektywnych odczuciach niepokoj spowolnienia).

H. Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne: kody statystyczne: 300.3 wg DSM-5; F42 wg ICD-10.

Obecność obsesji lub kompulsji

Kompulsje są definiowane jako (1) i (2):

(1) Powtarzające się zachowania (np. modlenie się, liczenie na głos, ciche powtarzanie słów) , które są reakcją na obsesje lub których przymus wykonywania odczuwa chory;

(2) Zachowania te mają zapobiegać lub redukować lęk, lub dystres.

I. Duże zaburzenie neurokognitywne (otępienia wg ICD-10) 29_ wg DSM-5, F.0_ wg ICD-10.

| Poziom zaburzeń | Przykłady zaburzeń |
|-----------------|--------------------|
| | |

| | |
|-------------|---|
| Znaczny | <p>Trudności w ekspresji i recepcji języka. Często używa terminów ogólnych, takich jak „ta rzecz”, „wiesz co mam na myśli” i preferuje określenia „do czego to służy”, a nie konkretne nazwy. Wraz z ciężkością zaburzeń chory może mieć problemy z przypomnieniem sobie imion rodziny i bliskich sobie osób. Często występują błędy leksykalne (neologizmy), błędy gramatyczne, czy niezdolność do kończenia zdań. Występują stereotypie językowe, automatyzmy, echolalia i w końcowej fazie mutyzm.</p> |
| Umiarkowany | <p>Chorzy mają trudności ze znalezieniem właściwego słowa, mogą preferować ogólne terminy, zamiast użycia specyficznych nazw, często unikają słów dłuższych, czy trudnych do wymówienia. Występują subtelne trudności w konstrukcji gramatycznej zdań.</p> |

Literatura :

1. Kraepelin E. (1904): *Psychiatrie , III Band: Klinische Psychiatrie.*, Verlag Von Barth JA, Leipzig
2. Bleuler E. (1911): Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. w: Aschaffenburg G (red.): *Handbuch der Psychiatrie*. Deuticke, Leipzig
3. Feighner J., Robins E., Guze S. (1972): Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry*, **26**, 57-63
4. Spitzer R., Endocott J., Robins E. (1978): *Research Diagnostic Criteria. Instrument N.58*. New York Psychiatric Institute, New York
5. Mitarski J., Masłowski J.(1979): Niektóre postacie ekspresji chorych na schizofrenię. Ekspresja słowna. w: Kępiński A: *Schizofrenia*. PZWL, Warszawa, ss. 65-78.
6. Andreasen N., Olsen S. (1982): Negative v. positive schizophrenia: definition and validation. *Arch Gen Psychiatry*, , **39**, 789-794.
7. Kay S., Opler L. (1987): *The positive-negative dimensions in schizophrenia: Its validity and significance*. Oxford Univeristy Press, Oxford
8. American Psychiatric Association (1979): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition) - DSM III*. Washington DC.
9. American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic Criteria from DSM III-R*. Washington DC, 113-118.
10. American Psychiatric Association (1995): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition*. Washington DC.
11. WHO (1995): *Pocket guide to the: ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Churchil Livingstone, Edinburgh
12. American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition) - DSM 5*. Washington DC

13. Reilly F., Harrow M. Tucker G., Quinlan D., Siegal A. (1975): A looseness of associations in acute schizophrenia. *Br J Psychiatry*, **127**, 240-246
14. Johnston M., Holzman P. (1979): *Assesing schizophrenic thinking*. Jossey-Bass , San Francisco.
15. Marengo J., Harrow M., Lanin-Kettering I., Wilson A. (1986): Evaluation bizarre-idiiosyncratic thinking: A comprehensive index of Positive Thought Disorder. *Schizophr Bull*, **12**, 497-512.
16. Andreasen N. (1979): Thought, language, and communication disorders. I. Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability. *Arch Gen Psychiatry*, **36**, 1315-1321.
17. Andreasen N., Grove W. (1986): Thought, language, and communication in schizophrenia: Diagnosis and prognosis. *Schizophr Bull*, **12**, 348-358.
18. Czernikiewicz A. (1993): Zaburzenia językowe w schizofrenii paranoidalnej. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. **2**, 431-439
19. Andreasen N. (1979): Thought, language, and communication disorders. II. Diagnostic significance. *Arch Gen Psychiatry*, **36**, 1325-1330
20. Czernikiewicz (1999): *Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii*. AM, Lublin
21. Berenbaum H., Oltmanns T., Gottesman I. (1985): Formal thought disorder in schizophrenics and their twins. *J Abnorm Psychol*. **94**, 3-16
22. Oltmanns T., Murphy R., Berenbaum H., Dunlop S. (1985): Rating verbal communication impairment in schizophrenia and affective disorders. *Schizophr Bull*, **11**, 292-299
23. Taylor M., Reed R., Berenbaum S. (1994): Patterns of speech disorders in schizophrenia and mania. *J Nerv Ment Dis*, **182**, 319-326

24. Harvey P., Lombardi J., Leibman M., Parrella M, White L, Powchik P, Mohs R., Davidson M., Davis K. (1997): Age-related differences in formal thought disorder in chronically hospitalized schizophrenic patients: A cross-sectional study across nine decades. *Am J Psychiatry*, **154**, 205-210.
25. Czernikiewicz A., Woźniak T. (1996): Language mechanisms of incohesive utterances in schizophrenia. Abstrakt w: *Abstracts of X-th World Congress of Psychiatry*, , Excerpta Medica, Madrid
26. Kircher T., Krug A., Stratmann M. i in. (2014) A rating scale for the assessment of objective and subjective formal Thought and Language Disorder (TALD). *Schizophr Res* 160: 216-221.
27. McKenna P. , Oh T. (2005): *Schizophrenic speech*. Cambridge
28. Czernikiewicz A. (2004) : *Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii*. Wyd. IPiN , Warszawa