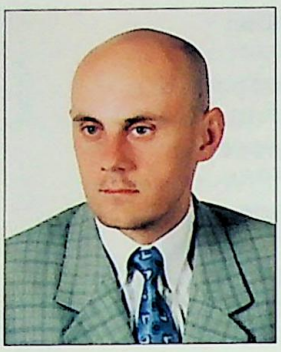
Jacek Rzeszotarski
Ewa Jakubowiak





Możliwości rozpoznawania zaburzeń psychicznych mówcy przez biegłych fonoskopii

„Na podstawie analizy filologicznej (...) można określić (...) zjawiska związane z patologią myślenia i chorobami psychicznymi..." [2]

W artykule, który ukazał się w „Problemach Kryminalistyki" w 1976 roku, zacytowane zdanie jest jedynym poruszającym tematykę wpływu czynności psychicznych mówcy na jego wypowiedzi i związanych z tym możliwości fonoskopii. Luka w polskim piśmiennictwie kryminalistycznym nie została dotychczas wypełniona, mimo niemal półwiekowej historii badań fonoskopijnych. Tymczasem sądy i prokuratury zlecają ekspertom fonoskopii badania stanu psychofizycznego mówców jako jeden z elementów wykorzystania nagrań dowodowych.

Sfera życia psychicznego jest przedmiotem dociekań psychiatrii, dysponującej wachlarzem metod diagnostycznych i leczniczych. Celem niniejszego artykułu jest odpowiedź na pytanie, czy ekspert fonoskopii jest uprawniony do wypowiadania się o zaburzeniach psychicznych mówcy i w jakim stopniu autorytatywne wnioski może formułować.

Analiza lingwistyczna – jak zostało wykazane – umożliwia rozpoznawanie anomalii związanych z intoksykacją substancją psychoaktywną, zaburzeniami neurologicznymi lub wynikającymi z wad budowy anatomicznej aparatu mowy [8].

Etiologia i przebieg zaburzeń psychicznych

Genetycznie uwarunkowany zasób predyspozycji psychicznych człowieka jest poddawany modyfikacji w trakcie ontogenezy [1, 8]. Aktywność psychiczna obejmuje m.in. postrzeganie zmysłowe, wyobrażenia, uczucia, pragnienia, myśli, wrażliwość, charakter. Zjawiska psychiczne są integralnym składnikiem procesów fizjologicznych, kontrolowanych przez ośrodkowy układ nerwowy człowieka i skorelowanych z myśleniem, czyli oceną – w powiązaniu z doświadczeniem – postrzeganych zjawisk oraz poszukiwaniem rozwiązań dla zadań stających przed jednostką [1].

Wśród przyczyn zaburzeń psychicznych wyróżnia się:
- uwarunkowania genetyczne (np. schizofrenia endogenna),
- schorzenia somatyczne (np. depresja w przebiegu padaczki),
- uwarunkowania środowiskowe (np. nerwice).

Odporność psychiczna zdrowej jednostki jest wyznaczona indywidualnie. W zwalczanie wpływu negatywnych bodźców zaangażowane są fizjologiczne mechanizmy regulacyjne. Gdy granice odporności psychicznej zostają przekroczone, zdrowy dotychczas organizm zaczyna przejawiać objawy chorobowe. Jeżeli na niekorzystne wpływy środowiskowe nakłada się choroba organiczna, lub skłonność genetyczna, prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń istotnie wzrasta [1, 6, 7, 11].

U jednego pacjenta zwiastuny pojawiają się gwałtownie, u drugiego – o tym samym rozpoznaniu – powoli. Niekiedy w nasileniu choroby dostrzegalna jest względna stabilność, innym razem możliwe są okresowe zaostrzenia symptomów. Choroby o ostrym przebiegu często – lecz nie zawsze – charakteryzuje szybka poprawa. Przeciwieństwem są zwykle schorzenia o mało wydatnych symptomach. Czasu trwania zaburzeń i zmian nasilenia objawów nie sposób precyzyjnie przewidzieć [4].

Po przebyciu [illegible] zaostrzenia objawów chorzy [illegible] uznani za wyleczonych, [illegible] stadium remisji. Przejawy [illegible] występują wtedy dyskretnie [illegible] anikają. Remisja [illegible] ównie w przebiegu schor[illegible] tendencją do nawrotów, np. schizofrenii, chorobie afektywnej dwubiegunowej. Czas jej trwania jest uwarunkowany osobniczo i środowiskowo [4].

Mowa jako przejaw czynności psychicznych

Związek myślenia z mową potwierdzają wyniki badań nad afatykami, wskazujące przypadki współwystępowania zaburzeń mowy i upośledzenia procesów myślenia [8, 9]. Odzwierciedlenie w zachowaniach – także w mowie – znajdują również anomalie czynności psychicznych [5]. Mowa jest bowiem produktem myślenia i wyraża stan świadomości, aktualny nastrój, aktywność psychoruchową oraz inne aspekty aktywności psychicznej [10].

Zjawiska psychiczne związane są wyłącznie z osobą, która je przeżywa, innym pozostaje obserwacja przejawów tych czynności [1]. Psychika pacjenta pierwszy raz zgłaszającego się do psychiatry jest dla lekarza swoistą carte blanche. Zadania

stojące przed psychiatrą są następujące:

– opisać przedmiot badań,
– wytłumaczyć stan pacjenta,
– zalecić skuteczną terapię [1].

Diagnozowanie opiera się m.in. na rozmowie z pacjentem, w trakcie której lekarz prowadzi obserwację jego zachowań językowych i pozajęzykowych. Zbiera informacje o objawach, te klasyfikuje w zespoły, zespoły ujmuje w jednostki chorobowe [1].

Dla przykładu, rozpoznanie schizofrenii jest uprawnione, gdy:

– stwierdzono zespoły kliniczne cechujące się schizofreniczną dezintegracją osobowości,
– wykluczono inne czynniki mogące wywoływać takie zaburzenia (np. o etiologii neurologicznej),
– zaburzenia mają charakter nawracający lub przewlekły i skutkują niekorzystnie na życie chorego [1].

W badaniach klinicznych niektóre objawy mają wartość wyższą niż pozostałe. Rozkojarzenie myślenia i nieadekwatne stosowanie wypowiedzi jest – w przypadku schizofrenii – zaliczane do symptomów o mniejszym znaczeniu diagnostycznym. Bezdyskusyjne stwierdzenie trwałości poszczególnych objawów wymaga minimum miesięcznej obserwacji [11].

Podstawowym narzędziem służącym do nawiązania kontaktu z chorym jest mowa. Psychiatra analizuje wypowiedzi pacjenta, zwracając uwagę zwłaszcza na:

– tok mowy i jej treść [5].

Zaburzenia toku mowy

Zaburzenia toku mowy są efektem zakłócenia procesów myślowych, ale nie wskazują jednoznacznie na konkretny zespół chorobowy jako przyczynę ich występowania.

Poprzez tempo mowy ujawnia się szybkość myślenia. Odzwierciedla ono także zmiany napędu psychoruchowego, swoiste m.in. dla chorób afektywnych dwubiegunowych (charakteryzujących się występowaniem stanów depresyjnych i maniakalnych) i jednobiegunowych (depresja nawracająca) [7]. Napęd to siła życiowa, dążność do działania w celu zaspokajania potrzeb i zachowania homeostazy; określa ogólny poziom aktywności ośrodkowego układu nerwowego, tempo procesów psychicznych itp. [5].

U dotkniętych depresją stwierdza się obniżenie napięcia mięśniowego, zanik energii, brak inicjatywy, lękliwość [10]. Objawy osiowe to przygnębienie, zwolnienie myślenia, zmniejszenie napędu psychoruchowego [1]. Obniżenie napędu przejawia się zwolnieniem tempa wypowiedzi (bradylalia) i brakiem modulacji głosu, w wyniku spowolnienia czynności psychicznych (bradyphrenia) [7]. Rozróżnia się:

- spowolnienie mowy, charakteryzujące się rozwlekłością wypowiedzi, ubóstwem kojarzeń, a przy tym wielomównością (obserwowane też m.in. w katatonii),
- zahamowanie mowy, czyli powolne i monotonne wypowiedzi, często monosylabiczne, liczne pauzy retardacyjne,
- zatamowanie mowy, czyli nagłe przerwanie toku wypowiedzi w wyniku przerwy w myśleniu, (także m.in. w schizofrenii) [5].

Przejawy manii – wzmożone samopoczucie, przyspieszenie myślenia, spotęgowany napęd psychoruchowy – mają związek z ujściem nadmiaru energii chorego [1]. Chory niczym się nie przejmuje, myśli jego są pogodne, odczuwa zadowolenie i szczęście. Spadek krytycyzmu skutkuje lekceważeniem zasad życia społecznego. Gdy pobudzenie przekracza obwarowania rozumowe i uczuciowe, wyładowania afektów są coraz silniejsze. Ciężkie podniecenie maniakalne to szał [1]. Wzmożenie napędu przejawia się wielomównością, przyspieszeniem tempa wypowiedzi (tachylalia), łatwością odwracania uwagi, zaburzeniami samooceny (przecenianie własnych możliwości) [7].

Do zaburzeń toku mowy zaliczane są również:

- rozkojarzenie (nielogiczność wypowiedzi, składających się z fragmentów zdań lub pojedynczych słów), typowe dla stanów schizofrenicznych [5],
- werbigeracja (mechaniczne, niemodulowane powtarzanie tych samych głosek lub ich ciągów), spotykane w schizofrenii, stanach splątania, nasilonej manii [4],
- perseweracja (uporczywe powtarzanie tych samych słów i nawracanie do jednego tematu), spotykane zwłaszcza w schizofrenii, także w organicznych chorobach psychicznych [5], cecha typowa przy uszkodzeniu płatów czołowych mózgu [3],
- rezonerstwo (bezproduktywne mędrkowanie), występuje w schizofrenii, paranoi [5].

Zaburzenia treści wypowiedzi

Zaburzenia treści wypowiedzi również przejawiają patologię myślenia. Wyróżnia się m.in:

– *urojenia* (sprzeczne z rzeczywistością sądy oporne na perswazję), będące zwykle przejawem zmian osobowości chorego. Urojenia mogą tworzyć całe systemy, powiązane logicznie. Na ich treść wpływa nastrój chorego. Występują m.in. w schizofrenii, paranoi, depresji, manii [4],

– *idee nadwartościowe* (chory przecenia swoje możliwości lub znaczenie swoich czynów). Ludzie owładnięci ideą to fanatycy. Idee nadwartościowe nie muszą być sądami błędnymi, nie są urojeniami. Są wyrazem psychopatycznej osobowości, pod wpływem terapii mogą ustępować [1],

– *natręctwa* (uporczywie narzucające się myśli, mimo dostrzegania przez chorego ich niedorzeczności i prób ich odpierania). Przykładem jest np. konieczność wtrącania bluźnierstw, uporczywego zadawania pytań czy lęk przed wypowiedzeniem pewnej liczby. Stawianie im oporu powoduje potęgowanie się natręctwa. Są wyjątkowo oporne na działania lecznicze. Występować mogą np. w nerwicy natręctw, schizofrenii [1, 4],

– *konfabulacje* (zmyślone wypowiedzi o treści fantastycznej). Cechuje je duża zmienność tematyczna, często pod wpływem otoczenia. Ma-

skują luki pamięciowe, występujące w stanach organicznego uszkodzenia mózgu. Obserwowane m.in. u chorych z zespołem Korsakowa. W nasilonych przypadkach rozmówca ma wrażenie, że słucha ciągu kłamstw [4],

– *parafrazje* (utrata porządku słów w wypowiedzi, nasilenie neologizmów), zjawisko o większym nasileniu nazywane jest alogią, np. spotykaną w schizofrenii [4],

– *neologizmy* (pojęcia spoza ogólnospołecznego systemu językowego). Ich powstawanie – m.in. w schizofrenii – może mieć związek z niemożnością opisu doznań chorego słowami znanego mu języka. Niekiedy np. w manii mogą być tworzone poprzez skojarzenia dźwiękowe. Wielość neologizmów w mowie to glosolalia [4],

– *echolalie* (powtarzanie wyrazów lub zdań z zasłyszaną intonacją), występuje w schizofrenii katatonicznej, psychozach organicznych [4, 6].

Skala diagnostyczna TLC

Klinicyści w celu dokładnego klasyfikowania objawów chorobowych posługują się m.in. specjalnymi narzędziami. Do diagnozowania schizofazji (rozszczepienia mowy) służy skala TLC (Skala Oceny Myślenia, Języka i Komunikacji) [3], pozwalająca wykrywać zaburzenia na podstawie obserwacji lub zapisu magnetofonowego rozmowy. Zwraca uwagę na:

- ubóstwo mowy (zmniejszenie ilości mowy spontanicznej. Odpowiedzi na pytania są krótkie, telegraficzny styl wypowiedzi),
- ubóstwo treści (mimo adekwatnej długości wypowiedzi cechuje ją mała liczba informacji),
- natłok mowy (wzrost tempa mowy spontanicznej, przekracza 150 słów na minutę. Wypowiedzi są głośne, trudne do przerwania),
- roztargnienie (liczne wtrącenia związane ze skupieniem uwagi na aktualnych bodźcach),
- uskokowość (odpowiedź ucieka od tematu pytania bądź nie jest z nim związana),
- zbaczanie wypowiedzi (wypowiedź ma kilka niepowiązanych wątków),
- rozkojarzenie (zaprzeczenie regułom gramatyki),
- nielogiczność (brak cech logicznego myślenia),
- dźwięczenie (dźwięki decydują o doborze słów),
- neologizmy (słowotwórstwo),
- przybliżenia słowne (używanie słów w prywatnym znaczeniu),
- drobiazgowość (przeładowanie szczegółami),
- utratę celu (niezdolność finalizowania wypowiedzi),
- perseweracje (repetycje słów lub zdań),
- echolalie (powtarzanie fraz po rozmówcy),
- blokowanie (nieświadome przerywanie wypowiedzi),
- mowę sztuczną (liczne frazesy, kaznodziejstwo),
- odnoszenie do siebie (mówca odnosi do siebie neutralne tematy).

Niektóre z wymienionych kategorii (np. drobiazgowość, ubóstwo mowy) mogą występować u osób, których życie psychiczne mieści się w normie. U cierpiących na schizofrenię ich występowanie nie jest ciągłe i powszechne, jednak w wypowiedziach pojawiają się na tyle często, że mowa staje się dziwaczna i niezrozumiała. Zgodnie z wynikami badań klinicznych najczęstsze fenomeny to: zbaczanie wypowiedzi, nielogiczność, ubóstwo treści [3].

Neuropsychologia tłumaczy występowanie schizofazji niemożnością odróżnienia „tego, co jest mówione" od „tego, co ma być powiedziane". Wiążę się to z jednoczesnym występowaniem:

- niezdolności utrzymania tematu wypowiedzi,
- niemożnością weryfikacji błędów językowych [3].

U pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi efekt w postaci schizofazji jest związany z dysfunkcją okolicy przedczołowej mózgu, gdzie znajduje się ośrodek planowania i dynamiki wypowiedzi [3]. Chory nie jest w stanie świadomie eliminować z wypowiedzi fenomenów językowych.

Nasilenie dziwaczności mówienia daje obraz postępu procesów chorobowych. Dla uchwycenia prawidłowości w zaburzeniach mowy i poparcia diagnozy w kierunku schizofrenii wskazane jest poddanie pacjenta obserwacji w oddziale szpitalnym.

Fenomeny językowe sprawcy z zaburzeniami psychicznymi w świetle badań kryminalistycznych

Skłonność do przestępstw bywa warunkowana zaburzeniami postrzegania i myślenia, w tym dla chorób psychicznych. Człowiek bytując w społeczności, nabywając system reguł zachowania jest wystawiany na wpływy otoczenia społecznego zdrowe odnoszą się do niego krytycyzmem. Stany chorobowe mogą znacznie obniżać zdolność do kierowania własnym postępowaniem, dlatego osoby z zaburzeniami psychicznymi są niekiedy sprawcami czynów przestępczych za namową sprytniejszych wspólników [1].

Nagrania dowodowe cechuje zróżnicowana specyfika. Jedne są obszerne, inne bardzo krótkie. Czasem do eksperta trafiają rozmowy przeprowadzane z różnymi osobami z dużym odstępem czasu, w innym przypadku materiałem badawczym są jedynie krótkie wypowiedzi telefoniczne anonimowego informatora o podłożeniu bomby. Jednym z głównych czynników decydujących o poprawności wnioskowania o zaburzeniach psychicznych na podstawie mowy jest obszerność i zróżnicowanie wypowiedzi.

Ekspert fonoskopii nie dysponuje szerokim zestawem metod klinicznych, zwykle nie może liczyć na dłuższy, bezpośredni kontakt z chorym. Dlatego może jedynie odnotować występowanie objawów psychopatologicznych. Ich znaczenie i związek z zespołami czy chorobami psychicznymi pozostaje przedmiotem psychiatrii. Tylko lekarz może rozstrzygnąć, czy np. obniżenie napędu jest wynikiem depresji, czy przygnę-

bienia, nie wymagającego leczenia farmakologicznego. Jedynie obserwacja pacjenta pozwala np. zdecydowanie wykluczyć (potwierdzić) wpływ intoksykacji substancjami psychoaktywnymi na wzmożenie napędu [1].

Podsumowanie

Uwzględniając specyfikę pracy biegłych fonoskopii, konkluzje są następujące:

- ekspert fonoskopii może rozpoznawać lingwistyczne symptomy zaburzeń psychicznych,
- zestawienie tych symptomów i ich [illegible]ny związek z zaburzeniami psychicznymi jest domeną psychiatrii,
- [illegible]ia psychiczne reaktywne ujawniają się u osób dotychczas nie przejawiających jakichkolwiek zaburzeń, pod wpływem silnych doznań psychicznych,
- mówca nie może świadomie eliminować z wypowiedzi fenomenów językowych wynikłych z uszkodzenia struktur nerwowych,
- nasilenie anomalii lingwistycznych może w przebiegu choroby psychicznej ulegać wahaniom,
- w stadium remisji wypowiedzi chorego mogą być zupełnie pozbawione fenomenów językowych,
- w przypadku dysponowania dużą ilością nagrań i wydzielenia tylko ich części jako materiał dowodowy, właściwe jest – dla większej pewności stwierdzeń – nadesłanie wszystkich zapisów do badań fonoskopijnych.

BIBLIOGRAFIA

1. **T. Bilikiewicz:** Psychiatria kliniczna, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1988.

2. **S. Błasikiewicz:** Osiągnięcia i perspektywy polskiej fonoskopii w walce z przestępczością, „Problemy Kryminalistyki" 1976, nr 123, s. 496–512.

3. **A. Czernikiewicz:** Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii, Akademia Medyczna w Lublinie, Lublin 1998.

4. Encyklopedyczny słownik psychiatrii, [red.] **L. Korzeniowski, S. Pużyński,** Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986.

5. Foniatria kliniczna, [red.] **A. Pruszewicz**, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1992.

6. **J. Jaroszyński:** Zespoły zaburzeń psychicznych, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1993.

7. **S. Pużyński:** Depresje i zaburzenia afektywne, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.

8. **J. Rzeszotarski:** Zaburzenia mowy i błędy językowe w praktyce fonoskopijnej, „Z Zagadnień Nauk Sądowych" 2003, nr 53, s. 116–128.

9. **B. Sadowski, J.A. Chmurzyński:** Biologiczne mechanizmy zachowania, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1989.

10. **N. Sillamy:** Słownik psychologii, Wydawnictwo „Książnica", Katowice 1995.

11. Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych [red.] **S. Pużyński i M. Beręsewicz**, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1993.

Wybuchy i ich skutki

Aldona Policha, Tadeusz Baran



W tym roku ukaże się opracowanie pt. „Wybuchy i ich skutki. Badania kryminalistyczne" z serii „Zeszyty Metodyczne", poświęcone kryminalistycznym zagadnieniom związanym z materiałami wybuchowymi, którego celem jest przedstawienie najistotniejszych zagadnień z zakresu:

- ogólnych danych dotyczących materiałów wybuchowych, wyjaśnienia zjawiska wybuchu oraz jego skutków,
- badania i identyfikacji materiałów oraz urządzeń wybuchowych przed i po wybuchu,
- badania miejsc zdarzeń związanych z użyciem materiałów lub urządzeń wybuchowych.

Wydawnictwo
Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego
Komendy Głównej Policji

Al. Ujazdowskie 7
00-583 Warszawa
tel. 601-47-24