

TOMASZ WOŹNIAK

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

Standard postępowania logopedycznego w schizofazji

The Standard of Logopedic Treatment in Schizophrenia

Wszystkie współczesne systemy diagnostyczne schizofrenii (DSM-IV, ICD-10) zwracają uwagę na występowanie zaburzeń językowych, które obok formalnych zaburzeń myślenia stanowią jedne z podstawowych kryteriów rozpoznawania schizofrenii. Co więcej, należy przy tej okazji zwrócić uwagę na fakt, że to werbalne komunikaty osób chorych na schizofrenię stanowią najczęściej podstawę do stwierdzenia zaburzeń myślenia, dziwaczności czy nielogiczności sądów. Tak więc w świetle aktualnej refleksji naukowej umiejętność oznaczenia i pomiaru patologii językowej w schizofrenii staje się zadaniem ważnym. Można stwierdzić, że badanie i ocena komunikacji językowej stają się jednymi z najistotniejszych komponentów wspomagających pracę psychiatry. Jak wykazuje praktyka kliniczna, poziom patologii językowej, szczególnie na początku psychozy, ma istotny wpływ na rokowanie i przebieg leczenia farmakologicznego. Sądzimy, że zadanie oceny poziomu zaburzeń mowy w zespole klinicznym powinien wykonywać logopeda.

Z drugiej jednak strony, diagnoza schizofazji jest stwierdzeniem zaburzenia mowy, nie psychozy schizofrenicznej i jako taka nie powinna być łączona tylko ze schizofrenią (choć schizofrenia jest jej najczęstszą przyczyną). Definicja schizofazji musi opierać się na kryteriach niezależnych od etiologii, ponieważ należy założyć możliwość wystąpienia zaburzeń schizofatycznych także u ludzi niecierpiących na schizofrenię.

DIAGNOZOWANIE

Definicja: schizofazja — jest to zaburzenie mowy, które charakteryzuje się zanikiem spójności wypowiedzi, jej dezintegracją na poziomie pragmatycznym, semantycznym i formalnogramatycznym. W przeważającej liczbie przypadków schizofazję należy rozumieć jako utratę funkcji komunikacyjnej języka, występującą w przebiegu schizofrenii, szczególnie jej przewlekłych postaciach (ICD-10, F20).

Przyczyny:

- schizofrenia,
- nadużywanie substancji psychoaktywnych.

W ocenie klinicznej najczęściej wykorzystuje się do oceny zaburzeń patologii językowej skalę TLC wg N. Adreassen (*Skala do oceny myślenia, języka i komunikacji (Thought, Language and Communication — TLC)* [N. Adreassen, 1980]).

Skala ta obejmuje opis 18 fenomenów językowych, które są oceniane na podstawie obserwacji lub zapisu magnetofonowego rozmowy (opis skali TLC w opracowaniu A. Czernikiewicza (2004)):

1. Ubóstwo mowy (UM) (*poverty of speech*) — zmniejszenie ilości mowy spontanicznej, co powoduje, iż odpowiedzi na pytania są krótkie i pozbawione dodatkowych informacji.

2. Ubóstwo treści (UT) (*poverty of content of speech*) — wypowiedzi są adekwatne do ich długości, ale przenoszą małą ilość informacji; język staje się dziwny, nadmiernie abstrakcyjny lub nadmiernie konkretny, występują repetycje i stereotypie.

3. Natłok mowy (NM) (*pressure of speech*) — wzrost ilości mowy spontanicznej w porównaniu z oczekiwaniami sytuacyjnymi lub społecznymi; wypowiedzi głośne, emfatyczne, trudne do przerwania, przy tempie przekraczającym 150 słów na minutę.

4. Mowa roztargniona (R) (*distractible speech*) — w czasie wypowiedzi lub dyskusji nadawca przerywa nagle tekst lub zdanie, ogniskując swoje zainteresowanie na aktualnych bodźcach zewnętrznych.

5. Uskokowość (U) (*tangentiality*) — odpowiedź na pytanie od jej początku jest oboczna (uskokowa) lub w ogóle niezwiązana z tematem pytania.

6. Zbaczanie wypowiedzi (ZW) (*derailment*) — wzorce mowy spontanicznej, w której wypowiedzenia zbaczają z głównego wątku; w jednej wypowiedzi obserwuje się kilka niepowiązanych ze sobą tekstów.

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

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

9. Dźwięczenie (D) (*clanging*) — wzorce mowy, w których dźwięki mają decydujące znaczenie przy doborze słów.

10. Neologizmy (N) (*neologisms*) — nowe formacje słowne, których pochodzenie wydaje się niezrozumiałe.

11. Przybliżenia słowne (PS) (*metonymie*) (*word approximations*) — używanie zwykłych słów w nowy, często prywatny sposób lub tworzenie nowych terminów ze słów ogólnie znanych.

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

13. Utrata celu (UC) (*loss of goal*) — niezdolność wypowiedzi do osiągnięcia naturalnego finału tekstu, ale bez wyraźnych cech zbaczania wypowiedzi.

14. Persewercje (P) (*perseverations*) — ciągłe używanie słów lub zdań na zasadzie repetycji, poza repetycjami uwarunkowanymi społecznie.

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

16. Blokowanie (B) (*blocking*) — przerywanie ciągów zdaniowych co najmniej kilkusekundowymi blokami, przy czym nadawca nie uświadamia sobie obecności tych przerw.

17. Mowa sztuczna (MS) (*stilted speech*) — wypowiedzi sztuczne, formalne, frazeologiczne, kaznodziejskie, z innym niż oczekiwano genrem mowy.

18. Odnoszenie do siebie (OS) (*self-reference*) — nawracanie tematyczne wypowiedzi do osoby mówcy, pomimo ogólnego czy neutralnego tematu zadanego tekstu.

Wnioski kliniczne na temat schizofazji są następujące:

1) nie istnieje żadne zaburzenie związane z dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego (psychiczne lub neurologiczne), w którym tak powszechne i kompleksowe byłyby zaburzenia językowe jak w schizofrenii;

2) najczęstszymi zaburzeniami językowymi w schizofrenii są fenomeny, które dotyczą zaburzeń spójności tekstu, szczególnie jego pragmatyki, takie jak: ubóstwo treści, zbaczanie wypowiedzi mowa sztuczna;

3) rzadkimi schizofatycznymi fenomenami językowymi są zaburzenia leksykalne, takie jak: dźwięczenie, neologizmy i metonimie, skrajne zaburzenia spójności tekstu, jakim jest rozkojarzenie, ale wystąpienie każdego z nich świadczy nie tylko o znaczącej dezorganizacji językowej, ale także dezorganizacji psychicznej;

4) objawy schizofazji mogą być obecne w obrazie klinicznym od jej początku i prawie zawsze świadczą o złym rokowaniu.

Badanie logopedyczne powinno opierać się na niezależnych, wymiernych kryteriach lingwistycznych, które uzupełnią obserwację kliniczną.

BADANIE LOGOPEDYCZNE

W celu diagnozy schizofazji wykonujemy następujące czynności diagnostyczne, takie jak:

a) ocena spójności gramatycznej wypowiedzi;

- b) ocena spójności semantycznej wypowiedzi;
- c) ocena spójności pragmatycznej wypowiedzi;
- d) wywiad;
- e) konsultacja neuropsychiatryczna.

Szczegółową procedurę badania zawiera *Krótką skalą oceny schizofazji* (T. Woźniak, A. Czernikiewicz 2002/3, 2004), w ramach której dokonujemy oceny w następujących kategoriach:

A. Spójność gramatyczna.

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

B. Spójność semantyczna.

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

C. Spójność pragmatyczna (strategie budowania dyskursu).

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

Poniżej scharakteryzujemy poszczególne kategorie uwzględniane w KSOS.

Ad A. Spójność gramatyczna jest związana z relacją znak — znak i dotyczy formalno-gramatycznych wykładników powiązań wewnątrztekstowych. W przypadku schizofazji rozpatrujemy dwa zagadnienia: zubożenie składni wypowiedzi i zaburzenia konotacji linearnej.

Zubożenie składni wypowiedzi jest zjawiskiem często notowanym w schizofazji i ma swoje wykładniki formalne. Bierzemy tu pod uwagę liczbę (procent) występujących w wypowiedzi zdań pojedynczych, równoważników zdań i ciągów zautomatyzowanych (np. fragmentu wiersza, tekstu piosenki czy modlitwy wplecionego w wypowiedź pacjenta nie możemy traktować jako samodzielnie zbudowanego zdania złożonego).

Jeżeli wskaźnik ten jest wyższy niż 60%, to można mówić o nadmiernym uproszczeniu składni wypowiedzi.

Każde analizowane wypowiedzenie wydzielamy na podstawie audytywnej — wypowiedzenie jest to odcinek wypowiedzi zawarty między dwiema dłuższymi pauzami, przy uwzględnieniu także intonacji, porządku gramatycznego i znaczenia (które niekiedy nakazują nam przyjąć, że np. trzy wyrazy rozgraniczone długimi pauzami stanowią jedno zdanie: *du-żo... jest... misi*).

Zdaniem jest wypowiedzenie z obecną formą osobową czasownika — orzeczeniem (zdanie pojedyncze posiada jedną taką formę, wypowiedzenie złożone składa się z dwu lub więcej zdań składowych powiązanych stosunkiem składniowym), równoważnikiem zdania jest wypowiedzenie bez osobowej formy czasownika, ciągiem zautomatyzowanym jest fragment tekstu wcześniej opanowany pamięciowo (np.: wiersz, modlitwa, liczenie itd.). Cały ciąg zautomatyzowany liczymy jako jedno wypowiedzenie, gdyż do jego wymówienia nie potrzebna jest aktywizacja procesów planowania tekstu.

W przypadku badania konotacji linearnej możemy uznać za systemowe (zgodne z normą) połączenia wyrazów choć raz zaświadczone wcześniej w użyciu innych mówców (w mowie potocznej, w wystąpieniach oficjalnych, w słownikach, tekstach pisanych itd.).

Przy zaburzeniach konotacji linearnej bierzemy natomiast pod uwagę wszelkie nietypowe połączenia wyrazów, niepojawiające się w innych wypowiedziach użytkowników języka. Będą to na przykład konstrukcje typu: *... badałem sumienie na granaty ręczne, na helikoptery... , ... to są chłopci ludzkich lasów i wyrębów... , ... lata świetlne to jak trzysta trylionów cytryn do jednej... .*

Ad B. Spójność semantyczna jest związana z relacją znak — obiekt oznaczany. Zaburzenia w zakresie semantyki wiążą się z zaburzeniami nazywania i interpretacji rzeczywistości, ale także z rodzajem powiązań składniowo-semantycznych wewnątrz wypowiedzi. W ocenie tej kategorii bierzemy pod uwagę neologizmy idiolektalne i zjawisko paronimii.

Termin neologizmy idiolektalne oznacza wyrazy, których ani budowa słowotwórcza, ani znaczenie nie dają się objaśnić w oparciu o system leksykalno-gramatyczny danego języka. Notujemy zatem wystąpienie wyrazów dziwnych i niespotykanych, a przy tym zupełnie niezrozumiałych, np.: *eseraria, szantko, trawyzyt, jedno in tet, szecojc* itp.

Proces wykorzystywania podobieństwa brzmień do łączenia wyrazów w wypowiedzi określa się w językoznawstwie mianem paronimii. Działanie takiego procesu w znaczącym stopniu zaburza spójność tekstu, np.: *... a te kółka jak fluidy, lui, lui, luiżjanę tu widzę... .*

Ad C. Spójność pragmatyczna wyraża się w relacji znak — użytkownik (użytkownicy, interpretatorzy) znaku. W praktyce odnosi się ona do strategii komunikacyjnych budowania dyskursu. Mówca musi przestrzegać społecznych reguł budowania wypowiedzi, tj. mówić w sposób adekwatny do sytuacji i rang społecznych rozmówców. Co więcej, aby wypowiedź była zrozumiała, nadawca musi ją kierować do jednego (choć czasem zbiorowego), ściśle określonego odbiorcy. W tej kategorii za najbardziej istotne dla

schizofazji zjawiska zawierają się w ocenie zrozumiałości i konkretności wypowiedzi.

Oceny zrozumiałości wypowiedzi dokonujemy na podstawie analizy dłuższych fragmentów tekstu. Na niezrozumiałość wypowiedzi schizofazycznej mogą wpłynąć następujące czynniki:

- ujawnianie fragmentów halucynacji werbalnych;
- zwracanie się do odbiorców będących wynikiem omamów słuchowych w ramach interakcji z rzeczywistym rozmówcą;
- mówienie nie na temat lub w sposób nieadekwatny do sytuacji (np. brak rozpoznania sytuacji rozmowy i rangi społecznej rozmówcy — pacjent w klinice zwraca się do lekarza przez *ty* i żąda od niego bliżej nieokreślonych danych na temat sprzedaży samochodu);
- prezentowanie fragmentów wypowiedzi odnoszących się do urojeń.

Oceny konkretności wypowiedzi dokonujemy w oparciu o następujące kryteria:

- włączanie do wypowiedzi aktualnie dominujących bodźców (przypadkowo słyszanych słów, fragmentów tekstu będących w polu widzenia pacjenta, nazw przedmiotów znajdujących się w najbliższym otoczeniu);
- przypadkowość i dowolność skojarzeń, przy pomijaniu relacji wynikających z zależności między pojęciami.

W podsumowaniu należy także dodać, że zaburzenia spójności pragmatycznej powoduje także ujawnianie się zaburzeń gramatycznych i semantycznych w dłuższych fragmentach wypowiedzi.

Posługując się KSOS, bierzemy pod uwagę 2–3 dłuższe fragmenty (1-, 2-minutowe) nieprzerwanej wypowiedzi pacjenta, które rejestrujemy na taśmie magnetofonowej lub wideo. Aby uzyskać takie fragmenty, prosimy pacjenta o wypowiedzi na temat: rodziny, dzieciństwa, zainteresowań. Można także poprosić o opis jakiegoś obrazu, reprodukcji dzieła sztuki. Następnie przechodzimy do oceny w poszczególnych kategoriach.

SPÓJNOŚĆ GRAMATYCZNA

Ocena zubożenia składni: bierzemy pod uwagę 10 pierwszych wypowiedzeń pacjenta; jeżeli więcej niż 6 z nich to zdania pojedyncze, równoważniki lub fragmenty ciągów zautomatyzowanych, przyznajemy 1 pkt. Jeżeli liczba ta jest mniejsza lub równa 6 przyznajemy 0 pkt.

Ocena zaburzeń konotacji linearnej: jeżeli w analizowanych tekstach znajdziemy więcej niż jedno nietypowe połączenie wyrazów, przyznajemy 1 pkt. Przy braku nietypowych połączeń lub przy jednym takim przypadku przyznajemy 0 pkt.

SPÓJNOŚĆ SEMANTYCZNA

Neologizmy idiolektalne: jeżeli w analizowanych tekstach napotkamy choć jeden niezrozumiały, dziwaczny wyraz, który nie daje się objaśnić w oparciu o procesy słowotwórcze przewidziane systemem języka, przyznajemy 2 pkt.

Paronimia: jeżeli w analizowanych wypowiedziach pacjent choć raz połączył wyrazy na linii tekstu na zasadzie podobieństwa brzmień (bez uzasadnienia), przyznajemy 2 pkt.

SPÓJNOŚĆ PRAGMATYCZNA

Ocena zrozumiałości wypowiedzi: jeżeli w analizowanych wypowiedziach pacjent ujawni fragmenty halucynacji werbalnych bądź odniesie się do nich bezpośrednio (np.: odpowie na nieznaną nam uwagę czy pytanie), czy też będzie mówił nie na temat lub w sposób nieadekwatny do sytuacji, przyznajemy 3 pkt.

Ocena konkretności wypowiedzi: jeżeli stwierdzimy, że pacjent włącza bez uzasadnienia do wypowiedzi aktualnie dominujące w sytuacji bodźce werbalne i pozawerbalne lub buduje wypowiedź z pominięciem relacji między pojęciami, jego wywód i wnioskanie oparte jest na przypadkowych skojarzeniach, przyznajemy 3 pkt.

Jeżeli w dłuższych fragmentach wypowiedzi występują co najmniej dwa zjawiska opisane w częściach poświęconych ocenie spójności gramatycznej i semantycznej, przyznajemy dodatkowo 3 pkt.

OCENA WYSTĘPOWANIA SCHIZOFAZJI NA PODSTAWIE KSOS

Maksymalna ocena według kategorii skali, przyznawana wówczas, gdy wszystkie opisywane zjawiska występują, wynosi 15 punktów. Jest to bez wątpienia ciężka schizofazja. Jednak nie zawsze pojawienie się któregoś z branych pod uwagę zjawisk językowych oznacza występowanie schizofazji. Poniżej prezentujemy proponowane przez nas kryteria oceny „schizofatyczności” wypowiedzi na podstawie KSOS.

0 pkt. — brak schizofazji

1 pkt. — brak schizofazji, zaburzenia gramatyczne, możliwe obniżenie sprawności umysłowej;

2-3-4 pkt. — prawdopodobieństwo zaburzeń o typie schizofazji;

5-6 pkt. — schizofazja w stopniu lżejszym;

7-15 pkt. — schizofazja w stopniu ciężkim.

ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ SPECJALISTYCZNYCH

Do stwierdzenia schizofazji niezbędna jest konsultacja neuropsychiatryczna potwierdzająca psychogeny charakter zaburzeń mowy.

DIAGNOZA RÓŻNICOWA

Niektóre typy afazji lub innych zaburzeń mowy o podłożu neurologicznym (np. zaburzeń mowy w demencji) mogą przypominać schizofazję. Poza szczegółowymi różnicami dotyczącymi realizacji tekstu w konkretnych przypadkach należy przyjąć, że głównym czynnikiem różnicującym jest etiologia zaburzenia.

Należy ponadto odróżnić zaburzenia mowy występujące w schizofrenii o wczesnym początku od zaburzeń mowy pojawiających się u osób, u których psychoza ujawniła się po okresie dojrzewania. Dlatego należy wyodrębnić zaburzenia językowe w schizofrenii dziecięcej jako odrębne zjawisko i traktować je raczej jako zaburzenie neurorozwojowe, niż wiążące się z rozpadem nabytych wcześniej kompetencji. Uwaga ta odnosi się także do tych wypadków zaburzeń mowy u dzieci ze schizofrenią, w których stwierdza się schizofazję.

Zaburzenia językowe w schizofrenii dziecięcej można opisywać jako:

1) podstawowe, wśród których wyróżniamy zaburzenia narracji (brak spójnej struktury narracyjnej tekstu, niekiedy brak tekstu narracyjnego), oraz zaburzenia komunikacji w dialogu, wśród których wymienić można przede wszystkim następujące zjawiska:

- reakcje blokujące wymianę;
- mniej sygnałów korekty wypowiedzi błędnych;
- wprowadzanie tematyki urojeń;
- zaburzenia kategorii odbiorcy wypowiedzi;

2) dodatkowe, na które składają się: echolalia, fonografizm, nieprawidłowości w użyciu zaimków, perseweraacje.

W porównaniu do obrazu schizofazji u dorosłych, w przypadku dzieci obserwujemy mniejszą różnorodność patologii językowej — brak częstych u dorosłych objawów: zaburzeń konotacji, neologizmów, konstruowania tekstu na zasadzie podobieństwa brzmień, rozbudowanych wypowiedzi dotyczących urojeń, czy interferujących ze sobą interakcji — dostępnych intersubiektywnie i urojeniowych. Należy jednak przyjąć możliwość ich wystąpienia. W porównaniu schizofazji u dzieci i dorosłych można wskazać większe nasilenie objawów negatywnych (ubytkowych, wiążących się ze zubożeniem wypowiedzi) u dzieci niż u dorosłych, szczególnie u dorosłych w początkowej fazie choroby.

Wspólnymi zaburzeniami wypowiedzi ujawniającymi się u dzieci i dorosłych są zaburzenia spójności wypowiedzi i kategorii odbiorcy wypowiedzi. Pojawia się także tematyka urojeń. Zaburzenia te można uznać za osiowe dla zaburzeń mowy w schizofrenii, a ich przyczyn poszukiwać w szeroko rozumianych mechanizmach neurofizjologicznych (np. zaburzenia neurotransmisji, omamy i halucynacje, defekty pamięci operacyjnej) lub poznawczych (odmienna percepcja i interpretacja rzeczywistości, urojenia).

ROZPOZNANIE LOGOPEDYCZNE

Podstawą rozpoznania logopedycznego jest wynik w skali KSOS przekraczający 5 punktów oraz opinia neuropsychiatryczna.

Osobnego potraktowania wymagają przypadki schizofazji u dzieci ze schizofrenią o bardzo wczesnym początku, różniące się objawami od schizofazji dorosłych. Wówczas objawami dominującymi są: uproszczenie bądź niemożność budowania narracji, blokowanie komunikacji w dialogu, odnoszenie się w wypowiedzi do urojeń.

PROGRAMOWANIE TERAPII

Stwierdzenie schizofazji jest bezwzględnym wskazaniem do konsultacji psychiatrycznej. Nasilenie objawów schizofazji, szczególnie w pierwszym epizodzie psychotycznym, stanowi ważny element prognozy przebiegu terapii psychiatrycznej.

Terapia logopedyczna jest możliwa, a w niektórych przypadkach potrzebna dopiero po wyjściu z ostrych stanów psychotycznych. Terapia powinna odbywać się w ścisłej współpracy z lekarzem psychiatrą.

CELE POSTĘPOWANIA LOGOPEDYCZNEGO

W przypadku dzieci terapia powinna uwzględniać:

- rozwój ogólnych sprawności językowych,
- ćwiczenia komunikacji dialogowej,
- ćwiczenia budowania narracji.

W przypadku dorosłych terapia logopedyczna powinna dotyczyć:

- rekonstrukcji prawidłowych narracji,
- ćwiczeń komunikacji dialogowej.

STRATEGIE I METODY POSTĘPOWANIA

Do tej pory nie istnieją ogólnie przyjęte metody pracy z osobami cierpiącymi na schizofazję. W zależności od potrzeb korzysta się z metod wypra-

cowanych na potrzeby terapii osób z innymi zaburzeniami mowy, np.: opóźnionego rozwoju mowy, afazji.

ORGANIZACJA POSTĘPOWANIA

W zależności od potrzeb i przyjętej metody pracy jako standardowe należy przyjąć:

- minimum 1–2 spotkania poświęcone diagnozie,
- częstotliwość spotkań terapeutycznych: minimum dwa 30-minutowe spotkania na tydzień, z możliwością ich łączenia,
- czas terapii: minimum 6 miesięcy,
- kontrola wyników: po 6–12 miesiącach od jej zakończenia.

POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

1. Sformułowanie szczegółowego programu terapii — należy dostosować program terapii do wymagań pacjenta w każdym indywidualnym przypadku.
2. Organizacja terapii — w zależności od metody terapii.
3. Prowadzenie dokumentacji terapii (konieczne) dotyczącej diagnozy, terapii i oceny oddziaływań terapeutycznych.
4. Okresowa ocena postępów terapii — za konieczną należy uznać ocenę wyników terapii po zakończeniu terapii wybraną metodą oraz po minimum 6–12 miesiącach od jej zakończenia.
5. Weryfikacja hipotez diagnostycznych — w trakcie trwania terapii należy ciągle uwzględniać zdobywane dane dotyczące zachowań pacjenta.
6. Modyfikacja programu terapii (jeśli zachodzi taka konieczność).

BIBLIOGRAFIA

- Andreasen N., 1980, *Scale of the Assessment of Thought, Language, and Communication (TLC)*, University of Iowa, Iowa City.
- Woźniak T., Czernikiewicz A., 2002/2003, *Krótką skalą oceny schizofazji (KSOS). Badania nad schizofrenią*, IV, 4, Lublin, s. 569–575.
- Woźniak T., Czernikiewicz A., 2004, *Zagadnienia oceny zaburzeń komunikacji językowej. Krótka skala oceny schizofazji (KSOS)*, [w:] *Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii*, red. A. Czernikiewicz, Biblioteka Psychiatrii 4, Warszawa, s. 95–106.