



Małgorzata Krajewska

Ku pamięci...

## PSYCHIATRIA W LOGOPEDII – PROBLEM ZABURZEŃ SOMATOFORMICZNYCH I NERWIC MOWY

### Streszczenie

Każde zaburzenie mowy ma określoną etiologię. W praktyce klinicznej zdarza się często, że podłożem rozmaitych dysfunkcji mowy i języka może być również tło psychogenne, związane z silnym oddziaływaniem czynników psychicznych. Przykładem psychogennych zaburzeń mowy są logoneurozy, a wśród nich afonia psychogenna, które kształtują się na podłożu zaburzeń nerwicowych.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia somatoformiczne, somatyzacja, konwersja, objawy psychogenne, nerwice mowy

### Psychiatry in speech therapy – problem of somatoform disorders and logoneurosis

#### Summary

Every speech disorder has a specific etiology. In clinical practice it often happens that the origin of various speech and language dysfunctions also may have a psychogenic background, that is strictly connected to a strong influence of psychic factors. Logoneurosis, including functional aphonia, are the example of psychogenic disorders, which develop on the basis of neurotic disorders.

**Keywords:** somatoform disorders, somatization, conversion, psychogenic symptoms, logoneurosis

## Charakterystyka zaburzeń somatoformicznych

Spotykane w praktyce klinicznej zaburzenia sfery psychicznej bardzo często ujawniają się pod postacią somatyczną i określane są wówczas jako tak zwane zaburzenia somatoformiczne (Tomb 1998). Zaliczane są one do grupy zaburzeń nerwicowych, nazywanych potocznie nerwicami lub neurozami, których podłoże nie jest związane z zaburzeniem strukturalnym, a jedynie funkcjonalnym (czynnościowym). Przy stwierdzeniu braku uszkodzeń organicznych w obrębie określonych narządów wskazuje się tu zazwyczaj na psychogenną etiologię prezentowanych objawów. Aktualnie przyjmuje się, że nerwice należą do najbardziej rozpowszechnionych zaburzeń psychicznych, które w ciągu życia mogą dotyczyć nawet ponad jednej piątej populacji ogólnej, a ich częstotliwość wzrasta szczególnie w trzeciej dekadzie życia (Dudek, Rabe-Jabłońska 2016: 359). Ujawniają się one w postaci różnorodnych objawów somatycznych, poznawczych i emocjonalnych. Co interesujące z perspektywy logopedycznej, nerwicowe zaburzenia psychiczne pod postacią somatyczną mogą objawiać się również rozmaitymi dysfunkcjami na poziomie realizacyjnym mowy. Określane są one wówczas jako nerwice mowy, czyli tak zwane logoneurozy (zob. Styczek 1979; Zaleski 2012).

W literaturze przedmiotu funkcjonuje bardzo wiele nazw na określenie zaburzeń manifestujących się poprzez objawy somatyczne, czyli konkretne dolegliwości fizyczne, bez uchwytnej przyczyny organicznej<sup>1</sup>. Można spotkać wśród nich między innymi takie określenia, jak somatyzacje, medyczne niewyjaśnione objawy somatyczne, mnogie objawy niewyjaśnione somatycznie, syndrom przetrwałych objawów czy po prostu zaburzenia funkcjonalne (za: Nitsch i in. 2015: 78). Jak piszą Daniel T. Williams i in.: „Zasadniczą cechą zaburzeń somatoformicznych są objawy fizykalne, które wskazują na choroby ogólnomedyczne, ale nie dają się w wystarczającym stopniu wytłumaczyć obecnością żadnej choroby somatycznej, bezpośrednim działaniem substancji chemicznej, czy też inną chorobą psychiczną” (2012: 1178). Obserwowane w praktyce klinicznej objawy somatyczne o nieustalonej medycznie etiologii stanowią powszechny problem, stając się coraz częstszą przyczyną wizyt pacjentów w gabinetach specjalistycznych, a nierzadko źródłem frustracji i niepewności (nie tylko ze strony pacjenta, ale także samego lekarza).

<sup>1</sup> Czyli rzeczywistych zmian strukturalnych/uszkodzeń w obrębie określonego narządu lub układu.

W diagnostyce zaburzeń somatoformicznych, oprócz analizy prezentowanych objawów, powodujących klinicznie istotne dolegliwości lub upośledzenie funkcji, kluczowe jest ustalenie ich pierwotnej przyczyny. Przy wykluczeniu etiologii organicznej i równoczesnym stwierdzeniu współistniejących oznak obecności tak zwanych stresorów emocjonalnych<sup>2</sup>, które mogłyby tłumaczyć niefizjologiczne objawy, zasadniczym postępowaniem medycznym staje się przeprowadzenie badania psychiatrycznego celem dokonania właściwej oceny i wdrożenia odpowiedniego leczenia (Williams i in. 2012).

W ostatnim czasie, wraz z opracowaniem nowych kryteriów przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, w ramach najnowszej klasyfikacji DSM-5 (2013) termin „zaburzenia somatoformiczne” został zastąpiony nowym sformułowaniem: „zaburzenia pod postacią somatyczną i im podobne” (*somatic symptom and related disorders*). Wśród nich wyodrębniono następujące jednostki:

- zaburzenie pod postacią somatyczną;
- zaburzenie lęku przed chorobą;
- konwersja – zaburzenie pod postacią funkcjonalnych objawów neurologicznych;
- czynniki psychologiczne oddziałujące na stan somatyczny;
- zaburzenie pozorowane;
- inne określone zaburzenia pod postacią somatyczną i im podobne (za: Nitsch i in. 2015: 81).

W kontekście analizy przytoczonego w niniejszej pracy opisu przypadku<sup>3</sup> na szczególną uwagę zasługują zaburzenia konwersyjne, które, co ciekawe, mimo że zostały uwzględnione w ramach DSM-5, w klasyfikacji ICD-10 nie są już zaliczane do zaburzeń somatoformicznych, ale stanowią odrębną kategorię zaburzeń dysocjacyjnych (F44)<sup>4</sup>.

Zgodnie z dziesiątą wersją Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) zaburzenia konwersyjne (dysocjacyjne) cechuje „częściowa lub całkowita utrata prawidłowej integracji pomiędzy przeszłością, poczuciem własnej tożsamości, bezpośrednimi wraże-

<sup>2</sup> Tu istotną rolę odgrywa również wywiad.

<sup>3</sup> Pacjentki z remitującymi i nieswoistymi objawami w postaci niedowładu kończyn oraz zaburzeń mowy o typie afonii psychogennej.

<sup>4</sup> Mimo istniejących rozbieżności klasyfikacyjnych i terminologicznych, należy mieć na uwadze przede wszystkim fakt, iż w obowiązującej aktualnie klasyfikacji ICD-10 zarówno zaburzenia somatoformiczne, jak i dysocjacyjne (konwersyjne) zaliczane są do kategorii „zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną (F40–F48)”, co w kontekście podejmowanej tu problematyki logoneuroz odgrywa kluczową rolę.

niami i kontrolą dowolnych ruchów ciała” (za: Dudek, Rabe-Jabłońska 2016: 372)<sup>5</sup>. Terminy dysocjacja i konwersja (w przeszłości określane mianem histeryi), mimo że często stosowane zamiennie, charakteryzują jednak odmienne punkty odniesienia. Jak podkreślają Dominika Dudek i Jolanta Rabe-Jabłońska (2016: 372), sam termin dysocjacja odwołuje się do neurotycznego mechanizmu obronnego, polegającego na przejściowej, ale jednocześnie znaczącej zmianie charakteru lub poczucia tożsamości w celu uniknięcia negatywnych emocji. Termin konwersja natomiast bazuje na teorii Zygmunta Freuda, zgodnie z którą niemożliwy do zaakceptowania konflikt psychologiczny powoduje konwersję, czyli nieświadomą transformację odczuwanego stresu psychicznego w konkretne objawy fizyczne.

Mimo że obraz kliniczny zaburzeń konwersyjnych może być bardzo różnorodny i imitować rozmaite choroby somatyczne i neurologiczne, to jednak zazwyczaj manifestuje się właśnie w postaci ograniczenia lub utraty określonej funkcji układu nerwowego, przy braku rzeczywistych zmian organicznych (Leder 1998; Tomb 1998)<sup>6</sup>. Pośród najczęściej spotykanych objawów w przebiegu zaburzeń konwersyjnych wymienia się m.in.:

- zaburzenia ruchowe – porażenie, astazję i abazję (niemożność stania i chodzenia), drgawki, zatrzymanie moczu, bezgłos histeryczny, kulę histeryczną (uczucie ucisku w gardle, utrudniające połykanie);
- zaburzenia narządów zmysłów/zaburzenia czuciowe – parestezje, znieczulenia, utratę węchu, ślepotę, „widzenie tunelowe”, głuchotę, znieczulenie na dotyk i ból;
- inne – zaburzenia świadomości, wymioty (Tomb 1998: 102).

Co istotne z perspektywy oddziaływania logopedycznego, w ramach paradygmatu możliwych dysocjacyjnych zaburzeń ruchowych wymienia się również zaburzenia w zakresie mowy, w tym na przykład mutyzm, dysfonię i afonię, a także jąkanie. Zwraca się też uwagę na inne objawy obejmujące aparat artykulacyjny, jak drżenie języka czy ruchy mimowolne w obrębie artykulatorów. Częstym zjawiskiem opisywanym w literaturze przedmiotu jest również spa-

<sup>5</sup> Do zaburzeń dysocjacyjnych zaliczane są następujące jednostki: amnezja dysocjacyjna (F44.0), fuga dysocjacyjna (F44.1), osłupienie dysocjacyjne (stupor) (F44.2), trans i opętanie (F44.3), dysocjacyjne zaburzenia ruchu (F44.4), drgawki dysocjacyjne (F44.5), dysocjacyjne znieczulenie i utrata czucia zmysłowego (F44.6), mieszane zaburzenia dysocjacyjne (F44.7), inne zaburzenia dysocjacyjne (w tym zespół Gansera i osobowość mnoga) (za: Dudek, Rabe-Jabłońska 2016: 373).

<sup>6</sup> Jak piszą J.L. Cummings i M.S. Mega: „W zaburzeniach konwersyjnych (histerycznych zaburzeniach konwersyjnych) pojawiają się albo objawy neurologiczne, albo zwiększona niepełnosprawność niewspółmierna do istniejącego stanu neurologicznego” (2005: 359).

styczny skurcz przełyku utrudniający połykanie oraz szczękościsk (zob. m.in. Bilińkiewicz 1969; Leder 1998; Dudek, Rabe-Jabłońska 2016). Potwierdzeniem psychogenności tła obserwowanych dysfunkcji jest nie tylko bezpośrednie wykluczenie podłoża organicznego, ale także wychwycenie pewnych niespójnych i często dość specyficznych cech objawów, jak na przykład zmienność stopnia nasilenia zaburzeń lub nierzadko nawet ich całkowita remisja – spontaniczna lub pod wpływem czynników zewnętrznych, na przykład siły sugestii, liczby obserwatorów czy aktualnego stanu emocjonalnego chorego (por. Dudek, Rabe-Jabłońska 2016). Wnikliwa obserwacja i analiza prezentowanych objawów w przypadku podejrzenia i diagnostyki zaburzeń konwersyjnych odgrywa więc kluczową rolę<sup>7</sup>. Mimo że, jak zauważa David A. Tomb (1998: 103), cechują się one najczęściej zróżnicowanym obrazem, to jednak ich charakterystyka nie odpowiada żadnym chorobom somatycznym oraz nie znajduje odzwierciedlenia w anatomicznym schemacie unerwienia ciała. W rezultacie prezentowane przez chorych zaburzenia czuciowo-ruchowe przybierają zazwyczaj dziwaczną i niespójną postać, sugerując tym samym tło psychogenne objawów.

## Nerwice mowy

Jak podają Tomasz Woźniak i Andrzej Czernikiewicz (2012: 415), do zaburzeń mowy o podłożu psychogennym (nieorganicznym) zalicza się najczęściej:

- schizofazję;
- zaburzenia mowy w zespołach autystycznych;
- niektóre postacie jąkania;
- nerwice mowy (logoneurozy).

Wskazane przez badaczy jako ostatnie – nerwice mowy (podkreślenie – M.K.), nazywane również logoneurozami, zostały wyodrębnione już przez Irenę Styczek w ramach przyczynowej klasyfikacji zaburzeń mowy. Badaczka (1979: 251) zaliczyła je do tak zwanych endogennych (czyli wewnątrzpochodnych) zaburzeń mowy, wymieniając wśród nich mutyzm, afonię (bezgłos), jąkanie, zaburzenia tempa mowy, modulacji siły i wysokości głosu. Tomasz Zaleski (2012: 277–282) z kolei wśród logoneuroz oprócz mutyzmu wymienia

<sup>7</sup> W ocenie logopedycznej pacjentów w warunkach hospitalizacji przy podejrzeniu tła psychogennego zaburzeń mowy konieczna wydaje się obserwacja pacjenta w różnych sytuacjach komunikacyjnych, na przykład w czasie badania lekarskiego czy odwiedzin członków rodziny. Nie należy wykluczać również możliwości monitorowania zachowań pacjenta w sytuacji, gdy pozornie wydaje mu się, że w danym momencie nie jest obserwowany. Takie podejście może ułatwić wykrycie podłoża prezentowanych zaburzeń mowy i tym samym diagnozę różnicową.

dodatkowo jeszcze logofobię (lęk przed mówieniem), logastenię (zmniejszoną kompetencję w zakresie mówienia), histeryczne zaburzenia głosu i mowy (tu przede wszystkim bezgłos), dysfonię spastyczną, histeryczne zaburzenia mowy (zwykle pod postacią logorei, czyli wielosłowia), a także logoneurotyczne zaburzenia rozumienia mowy (u osób sprawiających wrażenie słabo słyszących). Według jego definicji:

Logoneurozy to schorzenia, w których dominują objawy czynnościowe dotyczące zaburzeń mowy w szerokim ujęciu. Są to odchylenia w zakresie rozwoju mowy u małych dzieci, zmiany w jakości produkowanej mowy oraz zaburzenia związane z rozumieniem mowy i precyzją percepcji mowy otoczenia (Zaleski 2012: 277).

Badacz twierdzi, podobnie jak Styczek (1979), iż wspomniany typ zaburzeń, związany z produkcją i percepcją mowy, jest typowy dla osób z zaburzeniami nerwicowymi, a głównym czynnikiem wyzwalającym je jest lęk (zob. Zaleski 2012).

Mimo że zaburzenia nerwicowe (i tym samym związane z nimi nerwice mowy) we współczesnym zagonionym i stresującym świecie stanowią coraz częstsze zjawisko, w literaturze przedmiotu nadal niewiele uwagi poświęca się problematyce logoneuroz u osób dorosłych. Co ciekawe z perspektywy diagnozy i terapii logopedycznej, zaburzenia mowy o podłożu psychogennym bardzo często opisywane są w kontekście dysfunkcji głosu, a jako ich najczęstsze przejawy wskazuje się dysfonię lub afonię psychogenną<sup>8</sup>. W odróżnieniu od dysfonii<sup>9</sup>, która może mieć różny stopień nasilenia objawów, afonia (bezgłos) traktowana jest już jako skrajnie zaawansowane zaburzenie głosu (zob. Maniecka-Aleksandrowicz, Domeracka-Kołodziej 2004). Jak podaje Agata Szkiełkowska (2014: 186), wiąże się ona z utratą zdolności do wytwarzania dźwięków mowy przy zachowanym rozumieniu mowy oraz istnieniu potencjalnych możliwości komunikacji za pomocą szeptu lub pisma. Według badaczki bezgłos jest stanem niemożności wydobycia głosu na skutek niedowładu mięśni krtańowych, do czego dochodzi nie tylko na podłożu zmian anatomicznych czy czynnościowych krtani, ale także na tle psychicznym. W literaturze przedmiotu i w praktyce klinicznej na określenie bezgłosu powstałego przy braku patolo-

<sup>8</sup> Zob. klasyfikacje zaburzeń głosu według takich badaczy, jak np. R. Luchsinger (1970); A.E. Aronson (1985); J.A. Kaufmani, G. Isaksson (1991); A. Pruszewicz (1992).

<sup>9</sup> Czyli wielopostaciowych zmian w zakresie wszystkich składowych akustycznych głosu, spowodowanych przez nieprawidłowe działanie mechanizmów tworzenia głosu (za: Szkiełkowska 2014).

gii organicznej krtani stosuje się zamiennie takie określenia, jak afonia czynnościowa, psychogenna, histeryczna lub konwersyjna (za: Maniecka-Aleksandrowicz, Domeracka-Kołodziej 2004: 54). Skrajna postać histerycznej afonii z zupełną utratą mowy (nawet szeptanej) nazywana bywa z kolei *apsithyrią*<sup>10</sup> (zob. Bilikiewicz 1969: 257). Jak podkreślają Barbara Maniecka-Aleksandrowicz i Anna Domeracka-Kołodziej (2004: 54), afonia psychogenna jest manifestacją braku równowagi psychologicznej (niepokoju, depresji, zaburzeń osobowości), prowadzącą do utraty kontroli nad czynnością fonacji dowolnej. Jako reakcja konwersyjna typowo pojawia się w sposób nagły na skutek jakiegoś znaczącego wydarzenia/przeżycia przekraczającego odporność psychiczną pacjenta, jak na przykład śmierć bliskiej osoby lub utrata pracy.

Biorąc pod uwagę swoiste cechy wyróżniające zaburzenia nerwicowe<sup>11</sup>, można przyjąć równocześnie, że zaburzenia mowy powstałe na ich tle również odznaczają się pewną specyficzną charakterystyką. Takie aspekty, jak między innymi nagłość wystąpienia objawów, zmienność ich nasilenia w zależności od różnych czynników, odwracalność objawów i tym samym możliwość całkowitego powrotu funkcji, często emocjonalne tło zaburzeń (powstających najczęściej jako reakcja na wspomniany „uraz psychiczny”) – pozwalają różnicować logoneurozy względem innych zaburzeń mowy o etiologii organicznej. W terapii logopedycznej nerwic mowy należy pamiętać również o ich tendencji do nawrotów, a co za tym idzie zwrócić szczególną uwagę także na konieczność eliminowania czynników stresogennych. Współpraca logopedy z psychiatrą, ale także z rodziną chorego<sup>12</sup>, powinna odgrywać znaczącą rolę w organizowaniu terapii zaburzeń mowy o podłożu psychogennym.

## Historia pewnej pacjentki

Praworęczna, trzydziestosiedmioletnia pacjentka została przyjęta na oddział udarowy w trybie nagłym z powodu niedowładu połowiczego lewostronnego. Zespół pogotowia ratunkowego został wezwany do chorej z uwagi na zgło-

<sup>10</sup> Z greckiego *psithyrizejn* – szeptać (za: Bilikiewicz 1969).

<sup>11</sup> Z. Rydzyński wymienia wśród nich: 1. Uraz psychiczny – jako czynnik wywołujący, 2. Brak objawów uszkodzenia organicznego tkanek (a zwłaszcza o.u.n.), 3. Zaburzenia psychiczne o charakterze zmian ilościowych, a nie jakościowych, 4. Zaburzenia życia emocjonalnego jako objawy pierwotne, na kanwie których rozwijają się inne, 5. Zachowane, a często wyolbrzymione, poczucie choroby, 6. W zasadzie odwracalne zmiany psychiczne i fizyczne, 7. Zejście bez defektu, 8. Przebieg przewlekły i tendencje do nawrotów, 9. Obraz podobny do któregoś ze znanych zespołów nerwicowych (1996: 299–300).

<sup>12</sup> A także z innymi specjalistami zaangażowanymi w proces leczenia pacjenta (np. foniatrą czy neurologiem).

szone przez nią objawy duszności, hiperwentylacji i drętwienia rąk. W trakcie badania w ambulansie doszło jednak u pacjentki do nagłego osłabienia lewych kończyn oraz do całkowitego braku możliwości artykułowania dźwięków. Tego rodzaju objawy pojawiły się u chorej pierwszy raz w życiu.

Wykonane w trybie pilnym w dniu przyjęcia do szpitala badanie za pomocą tomografii komputerowej głowy nie ujawniło świeżych zmian ogniskowych ani innych cech patologii w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Badanie neurologiczne wykazało przede wszystkim symetryczne, czterokończynowo obniżone napięcie mięśniowe z niedowładem połowicznym lewostronnym o zmiennym nasileniu, osłabienie czucia powierzchniowego na lewej połowie ciała, a także brak komunikacji słownej przy w pełni zachowanym rozumieniu mowy.

W pierwszej dobie pobytu na oddziale chora została poddana ocenie neurologopedycznej, którą weryfikowano również w kolejnych dniach hospitalizacji z uwagi na dynamikę objawów i ich nieswoisty charakter. W czasie badania pacjentka prawidłowo wykonywała wszystkie polecenia, ale nie była w stanie, mimo podejmowanych prób, wydobyć głosu i wyartykułować żadnych dźwięków – stwierdzono skrajną postać afonii (bezgłosu)<sup>13</sup>. Chora nie mogła też w pełni wysunąć języka, wyszczerzyć zębów ani otworzyć szeroko ust. Mimo że podejmowała próby wykonania tych czynności, ruchy artykulatorów (języka, warg, żuchwy) wydawały się wyraźnie ograniczone i spowolnione. Swą niemoc w mówieniu pacjentka sygnalizowała za pomocą kodu kinetycznego – mimiką oraz gestami zdradzała zachowaną świadomość objawów. Dostępnym badaniem wykluczono u chorej apraksję mowy oraz afazję. Obraz prezentowanych zaburzeń wydawał się jednak niespójny. W kontakcie z chorą uwagę zwracało prawidłowo zachowane rozumienie mowy, jak również komunikacja pozawerbalna oraz za pomocą pisma. Pacjentka była świadoma swoich trudności i podejmowała celową współpracę, jednak wydawała się nieco napięta i labilna emocjonalnie. Co ważne, w pierwszej dobie hospitalizacji nie była również w stanie zjeść żadnego posiłku, demonstrując trudności w połykaniu. Interesującym zjawiskiem było również obserwowane tego dnia jak gdyby „znieruchomienie” pacjentki, objawiające się brakiem podejmowania jakichkolwiek prób zmiany pozycji ciała w obrębie łóżka (przy zachowanej możliwości jej wykonania) i tym samym wielogodzinnym leżeniem w bezruchu (na plecach z rękami ułożonymi wzdłuż tułowia).

<sup>13</sup> Jak podaje M. Mumenthaler i in., afonia o nagłym początku może mieć następujące przyczyny: a) podłoże psychogenne, b) ostre uszkodzenie dróg korowo-opuszkowych, c) obustronny, symetryczny udar w zakresie unaczynienia tętnic przednich mózgu lub w początkowym odcinku tętnic środkowych mózgu, d) *locked in syndrome* lub mutyzm akinetyczny (2008: 82).



W kolejnym dniu hospitalizacji w godzinach rannych zauważono wycofanie się objawów całkowitego bezgłosu – pacjentka zaczęła komunikować się słownie, ale posługując się wyłącznie szeptem. W czynnościach ekspresyjnych mowy widać było niepewność, przejawiającą się nie tylko w ściszym głosie, ale także w nieregularnych i niespecyficznych pauzach między wypowiedzianymi słowami. Obserwowano przy tym również cechy stylu telegraficznego. Stopień nasilenia zaburzeń mowy był jednak zmienny i wydawał się częściowo zależny od czynników zewnętrznych, na przykład nasilił się podczas odwiedzin koleżanki z pracy, a wyraźnie zmniejszył w czasie badania psychologicznego, gdy chora płynnie, bez zaburzeń, opowiadała o swoim dziecku. Co ciekawe, motywowana w czasie ćwiczeń logopedycznych, uspokajana i zapewniana o braku organicznych dysfunkcji w obrębie aparatu mowy, chora się mobilizowała i zdarzało się, że głos realizowany był prawidłowo (dźwięcznie). Zmienne nasilenie i niespecyficzny obraz miał również stwierdzony u chorej w badaniu neurologicznym niedowład połowiczny, który w trzeciej dobie wycofał się już całkowicie z kończyny górnej. Prezentowany przez pacjentkę w kolejnych dniach niespecyficzny wzorec chodu, zaobserwowany między innymi podczas rehabilitacji ruchowej, dalece odbiegał od chodu pacjentów z niedowładami połowicznymi<sup>14</sup>.

W trzeciej dobie hospitalizacji, w godzinach rannych wszelkie przejawy zaburzeń mowy wycofały się, by ponownie powrócić na kilka godzin podczas odwiedzin męża. Wówczas pacjentka zaczynała również płakać, stawała się bardziej rozchwiana emocjonalnie. Kiedy uzupełniono wywiad lekarski o informacje od matki i męża chorej, którzy potwierdzili wyjątkowo trudną sytuację rodzinną pacjentki (m.in. nasilony w ostatnich dniach konflikt z mężem i trwającą w sądzie walkę o dziecko) i udział silnego czynnika stresogennego, wyzwolonego bezpośrednio przed przyjęciem pacjentki do szpitala, jak również gdy otrzymano wynik kontrolnie wykonanego badania rezonansowego głowy, jednoznacznie wykluczający podłoże organiczne obserwowanych objawów, a także wynik badania laryngologicznego, pacjentce zlecono konsultację

<sup>14</sup> S. Fahn (1994) wyodrębnił szereg kryteriów dotyczących psychogennych zaburzeń ruchu, dzieląc je na: udokumentowane, pewne klinicznie, prawdopodobne i możliwe. Do objawów sugerujących psychogenne tło zaburzeń ruchu należą: nagły początek; brak spójności ruchów (zmieniający się przebieg w czasie); niedostosowanie ruchów i póż (nieodpowiadające klasycznym zaburzeniom ruchu lub stanowi fizjologicznemu); dziwaczne objawy i możliwość wpływania na nie przez sugestię; wyczerpywanie się i zmęczenie ruchem; spontaniczne remisje; zanikanie objawów przy odwróceniu uwagi; dobra odpowiedź na placebo, psychoterapię lub fizykoterapię; w wywiadzie zaś obecność zaburzeń psychicznych, skargi somatyczne, możliwość wtórnych korzyści (za: Cummings, Mega 2005: 359).

psychiatryczną i wdrożono właściwe leczenie<sup>15</sup>. Wynik konsultacji wskazywał na występowanie u chorej zaburzeń depresyjno-lękowych z somatyzacją napięć uwarunkowanych sytuacyjnie. W dniu wypisu z oddziału pacjentka pozostawała w pełnym logicznym kontakcie słownym, była zorientowana auto- i allopsychicznie. Mimo że nie prezentowała już ewidentnych zaburzeń w zakresie sprawności realizacyjnych mowy, to jednak w jej zachowaniu było widać niepewność i brak stabilności emocjonalnej. W badaniu neurologicznym stwierdzono już wyłącznie osłabienie lewej kończyny dolnej, rozpoznając finalnie „niedowład połowiczy lewostronny w następstwie somatyzacji”.

## Podsumowanie

Zaprezentowany w artykule przypadek pokazuje, jak silny potrafi być wpływ czynników psychicznych między innymi na funkcjonowanie językowe chorych z zaburzeniami nerwicowymi. Konwersja przeżywanych traumatycznych doświadczeń w konkretne objawy neurologiczne może stać się przyczyną przejściowej, a nierzadko też przewlekłej niesprawności. W przypadku pacjentki warunkowana sytuacyjnie somatyzacja przeżywanych wewnętrznie napięć odebrała chorej możliwość komunikacji za pomocą mowy, doprowadzając do głębokich zaburzeń na poziomie realizacji głosu. Różnorodny, re-mitujący i nieswoisty obraz zaburzeń mowy, w powiązaniu z wywiadem oraz wynikami badań dodatkowych (specjalistycznych i neuroobrazowych), jasno wskazywał na nieorganiczne – psychogenne tło obserwowanych objawów.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association. 2013, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 (Fifth Edition)*, Arlington, s. 311–324.
- Aronson A.E. 1985, *Clinical Voice Disorders*, Stuttgart–New York.
- Bilikiewicz T. 1969, *Psychiatria kliniczna*, Warszawa.
- Cummings J.L., Mega M.S. 2005, *Neuropsychiatria*, Wrocław.
- Czernikiewicz A., Woźniak T. 2012, *Diagnoza psychogennych zaburzeń mowy*, [w:] *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, red. E. Czaplewska, S. Milewski, Sopot, s. 415–479.
- Dudek D., Rabe-Jabłońska J. 2016, *Zaburzenia nerwicowe*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema, Warszawa, s. 357–386.
- Fahn S. 1994, *Psychogenic Movements Disorders*, [w:] *Movement Disorders 3*, red. C.D. Marsden, Boston, s. 359–372.

<sup>15</sup> Oprócz leczenia farmakologicznego zalecono także psychoterapię.

- Kaufman J.A., Isaksson G. 1991, *Voice Disorders*, „The Otolaryngologic Clinic of North America”, 24.
- Leder S. 1998, *Nerwice*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. A. Bilikiewicz, Warszawa, s. 283–307.
- Luchsinger R. 1970, *Die Sprache und ihre Störungen*, Wien.
- Maniecka-Aleksandrowicz B., Domanińska-Kołodziej A. 2004, *Rehabilitacja w afonii psychogennej*, „Audiofonologia”, 25, s. 53–56.
- Mumenthaler M., Bassetti C., Daetwyler Ch. 2008, *Diagnostyka różnicowa w neurologii*, Wrocław.
- Nitsch K., Jabłoński M., Samochowiec J., Kurpisz J. 2015, *Zaburzenia pod postacią somatyczną: problematyczne zjawisko – problematyczna diagnoza*, „Psychiatria”, 2, s. 77–84.
- Pruszczyk A. 1992, *Foniatria kliniczna*, Warszawa.
- Pużyński S., Wciórka J. 2000, *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków.
- Rydzynski Z. 1996, *Psychiatria. Podręcznik dla studentów psychologii*, Łódź.
- Styczek I. 1979, *Logopedia*, Warszawa.
- Szkiełkowska A. 2012, *Klasyfikacja zaburzeń głosu*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy. Podręcznik akademicki*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin, s. 185–193.
- Tomb D.A. 1998, *Psychiatria*, Wrocław.
- Williams D.T., Harding K.J., Fallon B.A. 2012, *Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (somatoformiczne)*, [w:] *Neurologia Meritta*, t. 3, red. L.P. Rowland, T.A. Padley, Wrocław, s. 1178–1184.
- Zaleski T. 2012, *Logoneurozy*, [w:] *Wprowadzenie do neurologopedii*, red. A. Obrębski, Poznań, s. 277–282.
- Małgorzata Krajewska  
Wydział Filologiczny  
Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie  
Kliniczny Oddział Neurologiczny z Oddziałem Udarowym  
5. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ w Krakowie