

* Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Wydział Studiów Edukacyjnych

** Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Wydział Lekarski I

*MAŁGORZATA CICHECKA-WILK, **KATARZYNA STUDZIŃSKA

ORCID: 0000-0001-8753-9970; ORCID: 0000-0002-7926-1873

margot@amu.edu.pl, gabinet@katarzynastudzinska.hekko24.pl

*Czynnościowe zaburzenia głosu z punktu widzenia foniatryi
klinicznej, psychopatologii, psychologii i psychiatrii
psychodynamicznej¹*

Functional Vocal Disorders from the Point of View of Clinical Phoniatrics, Psychopathology,
Psychology and Psychodynamic Psychiatry

¹ Psychiatria i psychologia psychodynamiczna to pojęcia odnoszące się do koncepcji teoretycznych wywodzących się z klasycznej psychoanalizy freudowskiej, ale przyjmujących tylko niektóre z jej założeń. Współczesna wersja psychoanalizy zakłada, że: zjawiska psychiczne są pochodną zarówno konfliktu, jak i deficytu; wewnętrzny świat jednostki, obraz siebie i świata są konsekwencją wewnętrznych relacji z obiektem oraz ukształtowanych w dzieciństwie i uwarunkowanych biologicznie popędów; ludzka psychika pozostaje w ścisłym związku z ciałem (genami, mózgiem) i sferą społeczno-kulturową; procesy psychiczne mają głównie charakter nieświadomy i przedświadomy; aparat psychiczny składa się z nieświadomości, przedświadomości i świadomości; objawy i zachowania są wyrazem procesów nieświadomych (zasada determinizmu psychicznego); charakter człowieka wynika z fiksacji libido na sferze oralnej, analnej bądź genitalnej; przedmiotem i podmiotem zainteresowania jest osoba (istota, rzeczywiste *self*) oraz jej subiektywne doświadczenie – świat fantazji, marzeń sennych, obaw, nadziei, pragnień, obrazów Ja; przeszłe doświadczenia relacyjne są rozgrywane w relacji terapeutycznej – przeniesieniu oraz przeciwprzeniesieniu; pacjent w terapii prezentuje opór, jego zrozumienie i przepracowanie stanowi w dużej mierze jej istotę; psychoterapia psychodynamiczna jest ukierunkowana na wgląd i zmianę wewnętrznych reprezentacji, jej efektem są zmiany na poziomie neuronalnym (Gabbard 2015, s. 17–41). Nurt psychodynamiczny współtworzą: psychologia ego, wywodząca się z klasycznej psychoanalizy Freuda; teoria relacji z obiektem – zarówno w wersji opartej na sformułowaniach Klein, jak i w wariacie opracowanym przez członków brytyjskiej grupy *Independent* (R. Fairbairn, D. Winnicott, M. Balinta); teoria przywiązania J. Bowlby’ego; psychologia *self*, zapoczątkowana przez H. Kohuta (Cierpiałkowska, Groth, Józwiak 2017, s. 32–60).

STRESZCZENIE

Prawidłowy, dźwięczny i czysty głos człowieka to efekt współdziałania wielu struktur anatomiczno-czynnościowych, z nadrzędną rolą ośrodkowego układu nerwowego. Jakikolwiek odstępstwa w budowie i funkcji tych struktur powodują, że głos traci swoje normalne właściwości, ujawniając patologię. Zaburzenia głosu można podzielić na organiczne i czynnościowe. Zaburzenia czynnościowe, w przeciwieństwie do organicznych, charakteryzują się brakiem uchwytnej zmiany organicznej w narządzie głosu. Wśród czynnościowych zaburzeń głosu wyróżnia się dysfonie psychogenne. Czynnościowe, a zwłaszcza psychogenne, zaburzenia głosu spełniają kryteria zaburzeń pod postacią somatyczną i zaburzeń dysocjacyjnych. Dysfonia i afonia psychogenna oraz dysfonia spastyczna to przykłady zaburzeń głosu, u podłoża których wielokrotnie znajdują się mechanizmy obronne w postaci konwersji i somatyzacji. Są one wspólne dla wielu innych zaburzeń, które określa się mianem psychosomatycznych, i jako takie stanowią przedmiot zainteresowania psychiatrii i psychologii psychodynamicznej. W ramach tego paradygmatu zaburzenia psychosomatyczne są rozważane w kontekście teorii traumy, zjawiska aleksytymii oraz mentalizacji.

Słowa kluczowe: czynnościowe zaburzenia głosu; zaburzenia psychosomatyczne; konwersja; somatyzacja; dysocjacja; aleksytymia; mentalizacja

WPROWADZENIE

Czynnościowe zaburzenia głosu to przejaw zaburzeń procesów komunikatywnych oraz przedmiot zainteresowania foniatrii jako specjalności lekarskiej i dziedziny nauki. Proces diagnozy i terapii tych zaburzeń wymaga – z uwagi na ich specyfikę – współdziałania lekarza foniatry z innymi specjalistami z zakresu medycyny (zwłaszcza z psychiatrami) oraz specjalistami niemedyceznymi (psychologami klinicznymi). Celem artykułu jest scharakteryzowanie czynnościowych zaburzeń głosu z trzech odmiennych, ale uzupełniających się perspektyw: 1) foniatrii klinicznej, w ramach której zostanie opisany fenomen ludzkiego głosu w normie i patologii, 2) psychopatologii, która w oparciu o obowiązujące obecnie systemy klasyfikacyjne umożliwia scharakteryzowanie czynnościowych zaburzeń głosu z punktu widzenia zaburzeń psychicznych występujących w postaci somatycznej oraz zaburzeń dysocjacyjnych, 3) psychologii i psychiatrii zorientowanej psychodynamicznie, które dostarczają kategorii opisowych służących do wyjaśnienia patomechanizmu zaburzeń psychosomatycznych, w tym czynnościowych zaburzeń głosu, jak również wysuwają konkretne propozycje terapeutyczne. Autorki opracowania wyrażają nadzieję, że różnorodność perspektyw służących do opisu czynnościowych zaburzeń głosu przyczyni się do zoptymalizowania procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz prognozy tego zaburzenia.

GŁOS CZŁOWIEKA W OCENIE KLINICZNEJ

1. Głos prawidłowy – uwarunkowania anatomiczno-czynnościowe

Prawidłowy (normalny) głos człowieka, nazywany eufonicznym, jest dźwięczny i czysty, bogaty rezonansowo, bez komponentu szumowego. Tworzony jest swobodnie, bez nadmiernego napięcia mięśni krtani i szyi, z miękkim nastawieniem głosowym. Wysokość tworzonego głosu powinna być odpowiednia do płci i wieku, a jego natężenie – do sytuacji (Obrębowski 1992a, s. 20–35; Obrębowski 2014, s. 23–34; Wiskirska-Woźnica 2014, s. 35–46; Wiskirska-Woźnica, Domeradzka-Kołodziej 2015, s. 665–684). Prawidłowa emisja głosu jest efektem współdziałania ze sobą trzech funkcji: oddechowej, fonacyjnej i artykulacyjnej.

Funkcja oddechowa dotyczy wykształcenia właściwego sposobu oddychania, czyli toru oddechowego. Za najbardziej ekonomiczny uważa się tor żebrowo-przeponowy oraz tzw. podparcie, wyrażające się wydłużeniem, spowolnieniem i pogłębieniem fazy wydechu. Z morfologiczno-czynnościowego punktu widzenia funkcję oddechową realizują takie struktury anatomiczne, jak: płuca z drzewem oskrzelowym, tchawica oraz mięśnie wdechowe i wydechowe. Dostarczają one w fazie wydechu odpowiednio silny strumień powietrza do znajdującej się w krtani głośni i wprawiają w drgania fałdy głosowe. Pod wpływem ciśnienia podgłośniowego fałdy te zwierają się i rozwierają, a energia aerodynamiczna zostaje zamieniona w akustyczną, w efekcie czego powstaje ton krtaniowy (podstawowy). Jego wysokość uzależniona jest od częstotliwości, z jaką jest rozrzedzane i zagęszczane powietrze przechodzące przez głośnię.

Funkcja fonacyjna jest pełniona przez krtani i znajdującą się w niej głośnię. Zadaniem tej części narządu głosowego jest wytworzenie fali dźwiękowej (głosu), tonu podstawowego, czyli fonacja. Nie zapewnia ona jednak głosowi odpowiedniej barwy i siły. Tę rolę pełni nasada, czyli jamy rezonacyjne, do których zalicza się wszystkie struktury anatomiczno-czynnościowe pomiędzy głośnią a otworem ustnym. Są to: kieszonki krtaniowe, przedsiónek krtani, gardło, jama nosowa i ustna. W obrębie tych struktur anatomiczno-czynnościowych dochodzi do akustycznego opracowania tonu krtaniowego – nadania mu odpowiedniej barwy, głośności (natężenia) i wysokości (częstotliwości) – oraz do powstania głosek stanowiących podstawę mowy artykułowanej.

Z perspektywy procesu filogenezy mowa jest najmłodszym, ale zarazem najwyższym osiągnięciem rozwojowym gatunku *homo sapiens*, możliwym dzięki rozwojowi i wysokiej specjalizacji struktur oraz funkcji ośrodkowego układu nerwowego, który sprawuje nadrzędne funkcje sterująco-kontrolne w procesie tworzenia głosu i mowy (Pruszewicz 1992b, s. 36–50). Współdziałanie wszystkich wymienionych struktur anatomiczno-czynnościowych, przy nadrzędnej roli

ośrodkowego układu nerwowego, zapewnia warunki do tworzenia czystego, dźwięcznego głosu, a jakiegokolwiek odstępstwa w budowie i funkcji tych struktur powodują, że głos traci te właściwości.

2. Głos patologiczny – dysfonie organiczne i czynnościowe

Głos patologiczny (nazywany dysfonicznym) jest pozbawiony dźwięczności i czystości, występują w nim elementy szumowe w postaci chrypki. Głos jest tworzony w sposób party lub chuchający. Chorzy skarżą się na jego męczliwość, osłabienie, doświadczają różnorodnych parestezji gardłowo-krtaniowych w postaci uczucia suchości lub nadmiernego zalegania śluzu w gardle, obcego ciała, ucisku, obręczy na szyi, konieczności odchrząkiwania, bólu, pieczenia itp. Mechanizm powstawania zaburzeń głosu, niezależnie od wielości i charakteru czynników, polega na dyskoordynacji ruchowej w narządzie głosu, w wyniku której dochodzi do nieregularności drgań fonacyjnych, z brakiem pełnej fazy zamknięcia fonacyjnego głośni (Obrębowski 1992b, 2008b, 2014).

Zaburzenia głosu są uwarunkowane wieloczynnikowo. Etiologia może dotyczyć zmian morfologicznych lub/i czynnościowych struktur zaangażowanych w proces emisji głosu. Foniatry dzielą zaburzenia głosu na organiczne i czynnościowe. Zaburzenia organiczne polegają na obecności pierwotnej zmiany organicznej w narządzie głosu, która skutkuje zaburzeniem czynności. Natomiast zaburzenia czynnościowe wyrażają się brakiem uchwytnej zmiany organicznej w narządzie głosu. Na ogół czynnościowe zaburzenia głosu wynikają z zaburzonego napięcia mięśni krtani, co powoduje dyskoordynację oddechową, fonacyjną i artykulacyjną (Pruszewicz 1992a).

3. Dysfonie czynnościowe – etiologia, klasyfikacja, diagnostyka

Istnieją różne próby usystematyzowania przyczyn czynnościowych zaburzeń głosu. A. Obrębowski (Obrębowski, Sekula 2008, s. 86–104) wyróżnia pięć grup przyczyn:

- konstytucjonalne: typ budowy, stabilność układu sercowo-naczyniowego, typ błony śluzowej, czynność krtani i nasady,
- pobudliwość neurovegetatywna, struktura osobowości, szczególne obciążenia psychiczne,
- nawykowe: zaburzenia nabyte przy świadomym lub nieświadomym opanowaniu niefizjologicznej techniki fonacji, związane z pracą w zawodach głosowych z długim i głośnym mówieniem i śpiewaniem,
- psychiczne: konfliktowość, neurotyzm, szczególna struktura osobowości,
- objawowe: uwarunkowane ciężkimi schorzeniami ogólnymi.

J. Perello z kolei wskazuje dwie grupy czynnościowych zaburzeń głosu: 1) *phonoponosis*, powstające w następstwie nieprawidłowego tworzenia głosu, 2) *phono-*

neurosis, będące efektem wpływu czynników psychicznych. Obie przyczyny nie muszą się wykluczać. W zależności od stopnia napięcia mięśnia głosowego wyróżnia się dysfonię hyperfunkcjonalną, hypofunkcjonalną i mieszaną. Następstwem utrwalonych i nieleczonych dysfonii czynnościowych mogą być takie zmiany organiczne w narządzie głosu, jak: przekrwienie fałdów głosowych, poszerzenie siatki naczyniowej, wylewy krwawe do fałdów głosowych, zgrubienia fonacyjne, głos przedśionkowy, guzki głosowe. Dysfonia różnicuje się na podstawie obrazu klinicznego – badania podmiotowego (wywiadu) i przedmiotowego, podczas którego ocenia się parametry aerodynamiczne (maksymalny czas fonacji) oraz wykonuje się badanie otolaryngologiczne, dokonuje się też percepcyjnej (subiektywnej, odsłuchowej) oceny głosu, sposobu emisji głosu oraz wykonuje się instrumentalne badanie krtani za pomocą videostroboskopii, obiektywnej analizy akustycznej głosu i mowy (Pruszewicz 2008; Wiskirska-Woźnica 2008, s. 42–49).

4. Psychogenne zaburzenia głosu – charakterystyka kliniczna

Foniatrzy wyraźnie podkreślają związek głosu z psychiką. A. Obrębowski za F. Brodnitzem podaje, że „Głos jest czymś więcej niż tylko mechanicznym lub akustycznym zjawiskiem. To odbicie osobowości, sposób wyrażania nastroju i emocji, to klucz do zrozumienia neurotycznych i psychotycznych tendencji” (Obrębowski 2008a, s. 8).

Wśród czynnościowych zaburzeń głosu występują dysfonie psychogenne. Zalicza się je do *phononeurosis*. Charakteryzują się one wystąpieniem chrypki oraz zmniejszeniem dźwięczności i donośności głosu. Objawy te nie mają związku z wysiłkami głosowymi jednorazowymi bądź długotrwałymi (Wiskirska-Woźnica, Domeradzka-Kołodziej 2015, s. 665). Zaburzenie to dotyka głównie kobiety w wieku od 45. do 55. roku życia. Oprócz braku zmian organicznych w narządzie głosu chore charakteryzują się silnymi odruchami dławienia w czasie badania laryngoskopowego, zgłaszają też liczne współwystępujące dolegliwości somatyczne w okolicy gardła i krtani, zwłaszcza uczucie kluski (lub obcego ciała) w gardle. Szczególną postacią dysfonii psychogennej jest afonia, związana z utratą dźwięcznej fonacji przy zachowanej fonacji szeptem. Zaburzeniu nie towarzyszy patologia organiczna krtani. Występuje głównie u młodych dziewcząt, kobiet w wieku średnim i młodych mężczyzn. Chorzy, u których wystąpi po raz pierwszy, są zazwyczaj bardzo zaniepokojeni podejrzeniem chorowania na ciężką, źle rokującą chorobę.

Do *phononeurosis* zaliczana jest także dysfonia spastyczna, zwana jąkaniem krtaniowym. Uważa się, że schorzenie to ma podłoże organiczne w ruchowym układzie pozapiramidowym, a czynniki emocjonalne czy psychiczne wyzwalają i podtrzymują jej przebieg (Obrębowski 2008b, s. 91). Wśród psychogennie uwarunkowanych zaburzeń głosu wymienia się również zaburzenia głosu w prze-

biegu mutacji – jest to tzw. przetrwały głos fistułowy, który na skutek nadmiernego napięcia mięśni wewnętrznych krtani jest wysoki, a jego średnie położenie jest wyższe o oktawę. Problem ten dotyczy wyłącznie młodych mężczyzn. Jego uwarunkowanie ma związek z niedojrzałością emocjonalną, brakiem psychicznej gotowości do podjęcia ról związanych z dorosłością, a także zależnością emocjonalną od osób znaczących w rodzinie (Wojciechowska i in. 2010). Podobne problemy foniatry obserwują u osób o odmiennej niż hetero orientacji seksualnej (Pruszwicz, Obrębowski 1992).

Czynnościowe, a zwłaszcza psychogenne, zaburzenia głosu spełniają kryteria zaburzeń pod postacią somatyczną oraz zaburzeń dysocjacyjnych. Ich charakterystyka z perspektywy psychopatologii pozwala uwypuklić związek z psychiką oraz możliwości leczenia z wykorzystaniem psychoterapii i/lub farmakoterapii.

CZYNNOŚCIOWE ZABURZENIA GŁOSU Z PERSPEKTYWY PSYCHOPATOLOGII

1. Zaburzenia psychosomatyczne

Zaburzenia psychosomatyczne, czyli takie, w których czynnik psychiczny wywiera istotny wpływ na powstanie i przebieg choroby czy dysfunkcji somatycznej, są opisane w obowiązujących obecnie podręcznikach klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-5® oraz ICD-10, odpowiednio w ramach kategorii: Zaburzenia z objawami somatycznymi i inne z nimi związane oraz Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną.

Nazwa „zaburzenia psychosomatyczne” obejmuje bardzo zróżnicowaną klinicznie grupę zaburzeń przebiegających pod postacią somatyczną, uwarunkowanych w różnym stopniu czynnikami psychicznymi. Zalicza się do nich zaburzenia zarówno czynnościowe, jak i organiczne. Warto dodać, że w odniesieniu do zaburzeń czynnościowych konwersyjnych rozważa się użycie określenia „dysocjacyjne” (Tomalski 2018). Ma to na celu zwrócenie uwagi na fakt, że zaburzenia te są efektem działania mechanizmu psychicznego o charakterze dysocjacji (rozszerzenia), w genezie którego istotną rolę odgrywa zdarzenie traumatyczne. Zagadnienie to zostanie rozwinięte w dalszej części artykułu.

2. Dysfonia i afonia psychogenna – zaburzenia konwersyjne

Dysfonia i afonia psychogenna spełniają kryteria zaburzenia konwersyjnego, określanego też jako zaburzenie z czynnościowymi objawami typu neurologicznego. DSM-5® wymienia następujące kryteria tego zaburzenia: A) występuje co najmniej jeden objaw dotyczący zmiany w zakresie ruchów dowolnych lub czucia, B) ocena kliniczna wskazuje na niespójność między objawami a rozpozna-

nym stanem neurologicznym lub ogólnomedycznym, C) objawów lub deficytów nie można lepiej wyjaśnić występowaniem innego stanu ogólnomedycznego lub zaburzenia psychicznego, D) objawy lub deficyty powodują znaczące kliniczne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania w sferze społecznej, zawodowej i innych ważnych obszarach lub wymuszają medyczną ocenę (*Kryteria diagnostyczne DSM-5*® 2015, s. 159). Obecnie w celu postawienia rozpoznania, w przeciwieństwie do wskazań z poprzednich edycji DSM, nie ma wymogu ustalenia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy wystąpieniem stresu psychologicznego a pojawieniem się określonej dysfunkcji (Morrison 2016, s. 291).

Zaburzenia konwersyjne są dość powszechne. Występują w różnych populacjach klinicznych, ale rzadko wśród pacjentów psychiatrycznych, częściej natomiast wśród pacjentów, którzy trafiają do szpitali ogólnych. Na ogół pojawiają się u ludzi młodych, głównie słabiej wykształconych kobiet. Zaburzenia konwersyjne mogą ustępować samoistnie, niekiedy jednak współwystępują z nimi inne zaburzenia psychiczne, zwłaszcza nastroju i lękowe, co zdecydowanie pogarsza rokowanie. Afonii psychogennej towarzyszy czasami zaburzenie z lękiem o stan zdrowia (hipochondryczne). Można się go spodziewać, jeśli chory z czynnościowym zaburzeniem głosu odczuwa silną obawę, że ma nowotwór. Jeśli jego niepokój nie ustępuje pomimo zapewnień lekarza, że krtań jest wolna od zmian organicznych, wówczas można podejrzewać hipochondrię. J. Morrison (2016, s. 288–289) podkreśla, że chorzy z lękiem o stan zdrowia akceptują jedynie tymczasowo wyjaśnienia lekarza o braku organicznego powodu ich dolegliwości i możliwym podłożu emocjonalnym, na ogół zaś zaprzeczają diagnozie i rozpoczynają badania u kolejnych specjalistów. Zaburzenie to jest dość częste w populacji lekarza rodzinnego, zwykle dotyka osoby w trzeciej i czwartej dekadzie życia, dotyczy w równym stopniu kobiet i mężczyzn. W praktyce foniatrycznej wśród pacjentów z czynnościowymi zaburzeniami głosu zdarzają się pacjenci spełniający kryteria hipochondrii.

3. Dysfonia spastyczna (jąkanie krtaniowe)

Przykładem wielokierunkowych zależności pomiędzy stanem somatycznym i psychicznym jest dysfonia spastyczna. A. Obrębowski i A. Sekula (2008) podkreślają, że zaburzenie to najprawdopodobniej jest uwarunkowane zmianami organicznymi w układzie pozapiramidowym, zaś czynnikiem wywołującym i podtrzymującym objawy jest sfera psychiczna. J. Morrison (2016, s. 295–297) wymienia szereg czynników odnoszących się do sfery psychologicznego funkcjonowania pacjenta, które w różnym stopniu wpływają na przebieg choroby somatycznej. Należą do nich m.in. stres, cechy osobowości lub styl radzenia sobie ze stresem, a także współwystępujące zaburzenie psychiczne (np. zaburzenia nastroju, lękowe, osobowości). Czynniki te mogą wyzwać zaburzenie soma-

tyczne i zaostrzać jego przebieg, jak również prowadzić do zejścia śmiertelnego. Praktyka kliniczna autorki artykułu wskazuje, że pacjenci z rozpoznaną dysfonią spastyczną mają obciążony wywiad psychologiczny czynnikami stresogennymi, urazowymi (traumatycznymi), występującymi przed pojawieniem się objawów klinicznych dotyczących głosu, a u niektórych z nich oddziaływania psychoterapeutyczne przyczyniają się do znacznego złagodzenia dolegliwości. Potwierdzałoby to hipotezę o wielokierunkowym wpływie czynnika psychologicznego na funkcjonowanie sfery somatycznej w przypadku czynnościowego zaburzenia głosu o typie dysfonii spastycznej.

Afonia psychogenna oraz dysfonia spastyczna to przykłady zaburzeń głosu, u podłoża których wielokrotnie znajdują się mechanizmy obronne w postaci konwersji i somatyzacji. Są one wspólne dla wielu innych zaburzeń, które określa się mianem psychosomatycznych, i jako takie stanowią przedmiot zainteresowania psychiatrii oraz psychologii psychodynamicznej. Efektem wieloletnich poszukiwań teoretycznych w ramach tego paradygmatu, dotyczącego zależności psyche – soma, jest bogaty dorobek naukowy. Próba jego aplikacji w dziedzinie medycyny zaowocowała wyłonieniem się tzw. medycyny psychosomatycznej (Tomalski 2018).

Kolejna część artykułu stanowi próbę przeglądu najważniejszych mechanizmów psychologicznych, które z perspektywy psychodynamicznej są uważane za istotne dla powstania zaburzenia psychosomatycznego. Czynnościowe zaburzenia głosu są ich specyficznym przejawem w obszarze zaburzeń procesów komunikatywnych, dlatego nie będą rozpatrywane osobno.

ZABURZENIA PSYCHOSOMATYCZNE Z PERSPEKTYWY PSYCHIATRII I PSYCHOLOGII PSYCHODYNAMICZNEJ

1. Zaburzenia psychosomatyczne według Z. Freuda

Z. Freud (1856–1939), lekarz neurolog, jest twórcą psychoanalizy – paradygmatu naukowego, który zawiera specyficzne założenia dotyczące natury ludzkiej, sposobów jej poznawania, teorię osobowości wyjaśniającą patologię i wynikającą z niej metodę leczenia. W centrum zainteresowania Freuda znajdowali się pacjenci z zaburzeniami neurologicznymi, których nie można było wytłumaczyć, odwołując się do procesu chorobowego przebiegającego na poziomie somatycznym. To skłoniło go do zainteresowania się psychiką człowieka, by w jej obszarze poszukiwać rozwiązań teoretycznych i terapeutycznych dla problemów zdrowotnych pacjentów. Chociaż nie zajmował się bezpośrednio zagadnieniami psychosomatycznymi, a przynajmniej tak ich nie nazywał, to jego prace nad histerią i konwersją stanowią podwaliny wiedzy psychosomatycznej. Współczesne podejścia psychodynamiczne nadal odwołują się do pojęć psychoanalizy (Cierpiałkowska, Groth, Józwiak 2017; Gabbard 2015; McWilliams 2016a, 2016b).

Freud wyróżnił cztery rodzaje objawów somatycznych uwarunkowanych procesem psychologicznym:

1. Objawy histeryczne i konwersyjne – powstają, gdy osobowość osiągnie co najmniej edypalny poziom organizacji psychicznej, a więc zostanie ukształtowane superego oraz sprawnie przebiegający mechanizm wyparcia w obrębie ego. U źródeł konwersji leży konflikt pomiędzy popędem (energią libidinalną) pochodzącym z id a superego. Jeśli popęd nie może zostać świadomie wyrażony, wówczas ulega wyparciu do nieświadomości, a ślady pamięciowe podlegają konwersji w ciele. Objawy konwersyjne wyrażają ukryte, symboliczne znaczenie, nie towarzyszy im lęk.
2. Somatyczne objawy nerwicy aktualnej – odnoszą się do hiper i hipo funkcji różnych procesów somatycznych, klinicznie odpowiadają zaburzeniom czynnościowym, mają komponentę wegetatywną, bólową i płciową. Powstają, gdy mechanizm wyparcia jest niedostatecznie rozwinięty i zastępuje go bardziej pierwotny mechanizm supresji (stłumienia). Objawy somatyczne nie mają wówczas znaczenia symbolicznego i towarzyszy im lęk.
3. Objawy hipochondryczne – wyrażają się w licznych skargach somatycznych bez podłoża organicznego. Są związane z utrzymywaniem się narcystycznego libido, które nie znajdując obiektu zewnętrznego do obsadzenia (kateksji), zwracają się ku ciału i objawom somatycznym.
4. Choroba organiczna – pojawia się, gdy popędy życia i śmierci ulegają rozłączeniu, a energia libidinalna zostaje przekierowana z obiektów zewnętrznych na funkcje somatyczne, co powoduje ich uszkodzenie, zmianę organiczną (Tomalski 2018).

Kluczową kwestią w teorii freudowskiej i związanej z nią teorii zaburzeń nerwicowych odgrywa pojęcie popędu. Popęd reprezentuje nieświadome funkcje somatyczne, cielesne, pochodzi z id i jako taki podlega procesom psychicznego „opracowania”, w wyniku którego staje się dynamiczną reprezentacją złożoną z „reprezentacji wyobraźniowej” oraz „afektu”. Reprezentacja ta może podlegać różnym przekształceniom w aparacie psychicznym, uzyskując dostęp do świadomości w całości, we fragmentach bądź w ogóle. Generalnie za proces uświadamiania reprezentacji popędowych są odpowiedzialne mechanizmy werbalizacji, czyli nadawania określonym doświadczeniom somatycznym określeń w postaci słów, co z perspektywy procesu rozwojowego dokonuje się w ramach relacji dziecka z obiektem (np. matką). Możliwość symbolicznego opracowania pobudzenia somatycznego w postaci słów stanowi według Freuda zdrowy sposób radzenia sobie z popędem i zapobiega jego somatyzowaniu – wyrażaniu w postaci objawów somatycznych.

2. Psychosomatyka w kontekście teorii traumy

Uraz psychiczny stanowi czynnik zakłócający proces nadawania popędowi psychicznej reprezentacji oraz powoduje, że jego część „wyobrażeniowa” i „afektywna” ulega zdysocjowaniu (rozszczerpieniu), dodatkowo afekt nie uzyskuje reprezentacji słownej i tym samym nie jest reprezentowany w świadomości w przeciwieństwie do części wyobrażeniowej, która może tam dotrzeć, ale jest pozbawiona afektu. P. Janet (1859–1947), w opozycji do Freuda, uważał, że objawy konwersyjne są przejawem mechanizmu dysocjacji, a nie konwersji. Nie koncentrował się on na popędach, lecz na emocjach, które – jeśli są zbyt silne – ulegają odszczerpieniu od sytuacji urazowej i przemieszczeniu do podświadomości. Dysocjacja według niego odgrywa główną rolę w powstawaniu objawów histerycznych. Systemy i funkcje, które ulegają dysocjacji, nie są zintegrowane ze świadomością i mogą prowadzić częściowo autonomiczne życie, dezorganizując funkcjonowanie danej osoby poprzez „objawy” będące poza jej świadomą kontrolą. Do takich objawów należą automatyzmy psychiczne (tiki, stany somnambuliczne, drgawki), mogą nimi być też zaburzenia konwersyjne (np. dysfonia i afonia psychogenna oraz mutyzm, stanowiący również foniatryczne zaburzenie, ale dotyczące mowy). Współcześnie zalicza się je do tzw. somatoformicznych objawów dysocjacyjnych pozytywnych (Tomalski 2018). Według Janeta wskutek dysocjacji w podświadomości znajdują się odszczerpione systemy regulacyjne, „jądra świadomości” obdarzone określoną treścią, tzw. *idée fixe* o bardzo dużym ładunku emocjonalnym. Niekiedy są na tyle złożone, że stanowią alternatywną osobowość (współcześnie – dysocjacyjne zaburzenie tożsamości) (Morrison 2016, s. 262–276).

Teoria strukturalnej dysocjacji O. Van der Harta, E. Nijenhuisa i K. Steele’a, stanowiąca współczesne rozwinięcie myśli Janeta, zakłada, że wydarzenie o charakterze traumatycznym może powodować podział strukturalny osobowości na osobowość pozornie normalną (*Apparently Normal Personality* – ANP) i osobowość emocjonalną (*Emotional Personality* – EP). Ta druga zawiera odszczerpione doświadczenia związane z traumą i czasami przejmuje kontrolę nad pierwszą, powodując, że elementy urazowego doświadczenia pojawiają się w postaci tzw. *flashbacków* o charakterze wzrokowym, słuchowym, dotykowym lub somatycznym. Uraz lub stres traumatyczny aktywizuje wbudowane w organizm biologiczne systemy obronne związane z układem współczulnym i przywspółczulnym. Układ współczulny uruchamia się, gdy osoba zinterpretuje sytuację jako zagrażającą, wymagającą „walki”, „ucieczki” lub „zamrożenia”. Stan walki mobilizuje organizm do ataku, wyzwalając emocje złości, agresji, ogólnego pobudzenia, na poziomie fizjologicznym przyspieszeniu ulega akcja serca, rośnie ciśnienie krwi, jego behawioralnym przejawem może być krzyk. Stan „ucieczki” przygotowuje organizm do uniknięcia zagrożenia, wyzwalają się emocje lęku, strachu, paniki.

Stan „zamrożenia” z kolei prowokuje reakcje znieruchomienia tonicznego, zastygnięcia, a jego somatycznym przejawem może być bezgłos (afonia) i mutyzm. Gdy osoba zinterpretuje sytuację jako „bez wyjścia”, aktywacji ulega układ przywspółczulny (część podprzeponowa) – wówczas organizm reaguje całkowitym poddaniem się, dochodzi do kataleptycznego znieruchomienia, odrętwienia, „wyłączenia się”, na poziomie fizjologicznym zmniejsza się ciśnienie krwi, zwalnia akcja serca, spada temperatura ciała, obniża się napięcie mięśni, maleje świadomość ludzkiego głosu.

H. Krystal (1925–2015), psychoanalityk polskiego pochodzenia, jest twórcą teorii zaburzeń psychosomatycznych opartych na teorii traumy oraz teorii afektu. Wyróżnił on dwa typy traumy: 1) rozumianą jako jednorazowe wydarzenie w życiu dorosłego człowieka (np. powódź, napad, gwałt), 2) pojętą jako wydarzenie długotrwałe, powtarzające się w czasie, związane z relacją z bliską osobą (np. wieloletnie doświadczanie przemocy). Według Krystala właśnie trauma relacyjna ma istotne znaczenie w tworzeniu się predyspozycji do chorób psychosomatycznych. Jedynie możliwość prawidłowego uwewnętrznienia „obrazu dobrej matki” uruchamia mechanizmy samoregulacji – samouspokojenia się, pocieszenia, zapiekania się sobą. Według badacza mechanizmy te u osób doświadczających problemów psychosomatycznych są nieskuteczne.

M.M. Schur (1897–1969) odnośnie do zaburzeń psychosomatycznych wprowadził pojęcia desomatyzacji i resomatyzacji. Desomatyzacja polega na symbolizacji doświadczenia somatycznego i wyraża się w umiejętności jego werbalizowania. Proces ten zaczyna się od tego, że początkowo matka dziecka, pozostająca z nim w bliskiej relacji, dostraja się emocjonalnie do niego i odzwierciedla jego stany fizjologiczne poprzez swoją mimikę, gesty oraz słowa – nadaje określoną nazwę doznaniom somatycznym dziecka. W toku rozwoju dziecko uwewnętrznia/internalizuje tę umiejętność – uczy się odzwierciedlania doświadczenia somatycznego na poziomie symbolicznym, za pomocą słów. Ta umiejętność rozwojowa daje mu narzędzie w procesie regulacji własnych stanów emocjonalnych. Proces ten może jednak nie wykształcić się prawidłowo na skutek traumy relacyjnej, kiedy dziecko ma trudności z uwewnętrznieniem „obrazu dobrej matki”. Jest ono wówczas bardziej podatne na zaburzenia psychosomatyczne. Jeśli w późniejszym okresie życia doświadcza traumy typu 1 (według Krystala), łatwo ulega mechanizmowi regresji i mechanizmowi resomatyzacji, czyli powrotowi do stanu, kiedy emocje wyrażało poprzez doznania somatyczne.

3. Psychosomatyka w kontekście zjawiska aleksytymii

Związek symbolicznej reprezentacji popędu z zaburzeniem psychosomatycznym bardzo mocno wybrzmiał w pracach szkoły bostońskiej, działającej w latach 70. XX w. Jeden z jej przedstawicieli, P. Sifnoes (1920–2008), wprowadził poję-

cie aleksytymii na określenie psychologicznego sposobu funkcjonowania osób doświadczających chorób psychosomatycznych. Termin „aleksytymia” oznacza dosłownie „brak słów dla emocji” (*a* – brak, *lexis* – słowo, *thymos* – emocja) (Schier 2005, s. 23). Jest to: trudność w rozpoznawaniu, identyfikowaniu, opisywaniu emocji; trudność w odróżnianiu stanów emocjonalnych od doznań fizycznych; upośledzenie w zakresie symbolizacji, wyrażające się w ubóstwie wyobraźni; skłonność do koncentrowania się raczej na zewnętrznych niż wewnętrznych wydarzeniach (myślenie operacyjne). Osoby aleksytymiczne przejawiają ponadto tendencje do konformizmu społecznego, mają skłonność do zachowań rozładujących emocje (*acting out*), unikają konfliktów, nie śnią lub nie pamiętają snów, ich ciało jest pozbawione elastyczności, sylwetka jest sztywna, a mimika twarzy – ograniczona. K. Schier (2005, s. 23) za G. Taylor podaje, że aleksytymia oznacza trudność w uzyskaniu dostępu do własnych procesów emocjonalnych w trzech sferach: w zakresie psychicznej regulacji emocji; w obrębie wskaźników emocjonalnych; w obrębie wskaźników fizjologicznych. Niektórzy badacze psychodynamiczni proponują zastąpienie terminu „aleksytymia” pojęciem *disaffectation* (brak emocjonalności), zakładając istnienie związku pomiędzy brakiem emocjonalności a doświadczeniem traumy. To założenie jest bliskie poglądom, które przyjmują, że aleksytymia nie jest cechą wrodzoną, lecz mechanizmem obronnym umożliwiającym adaptację do trudnych emocjonalnie okoliczności życia. Poglądy takie reprezentują współcześnie T. Maruszewski i E. Ścigała, którzy wyjaśniają mechanizm powstania aleksytymii w oparciu o mechanizmy neuropsychologiczne w kontekście doświadczenia traumy. Według tych badaczy aleksytymia jest wyrazem trudności w regulacji emocji za pomocą procesów poznawczych (Zdankiewicz-Ścigała 2017, s. 85–119). B. Bermond wyróżnił dwa aspekty aleksytymii: 1) poznawczy, odnoszący się do procesów identyfikowania, werbalizowania i analizowania emocji, 2) emocjonalny, odnoszący się do pobudliwości emocjonalnej oraz umiejętności fantazjowania.

Wyróżnia się aleksytymię pierwotną, uwarunkowaną zmianami organicznymi w ośrodkowym układzie nerwowym lub nabytą w dzieciństwie wskutek specyficznych doświadczeń w relacji z opiekunem, oraz wtórną, która jest następstwem doświadczenia traumy. Neurobiologiczne podłoże aleksytymii ma dotyczyć deficytu w przesyłaniu informacji między obiema półkulami za pośrednictwem ciała modzelowatego, nieprawidłowości w funkcjonowaniu prawej półkuli (odpowiedzialnej za przetwarzanie procesów emocjonalnych) oraz nieprawidłowości przedniej części zakrętu obręczy lewej półkuli (32. pole Brodmana). Uważa się, że aleksytymia występuje częściej w populacji pacjentów z chorobami psychosomatycznymi, zaburzeniami odżywiania, osobowością typu *borderline*, zespołem stresu pourazowego, dotyczy osób uzależnionych, z depresją i innymi problemami zdrowotnymi (np. bezpłodnością, impotencją). Nie oznacza to jednak, że istnieje związek liniowy pomiędzy tymi zaburzeniami a aleksytymią. Jest

ona przede wszystkim użytecznym narzędziem w praktyce psychoterapeutycznej, natomiast na gruncie nauki o zależnościach psychosomatycznych pełni funkcję „teorii cząstkowej” (Zdankiewicz-Ścigała 2017, s. 85–119).

4. Psychosomatyka w kontekście zjawiska mentalizacji

Pojęciem „mentalizacja” posługiwali się przedstawiciele szkoły francuskiej, działającej w Paryżu w latach 60. XX w. Jej reprezentant, P. Marty, używał tego terminu w odniesieniu do pacjentów z chorobami psychosomatycznymi na oznaczenie bogactwa reprezentacji doświadczenia popędogo (ilości i jakości). Somatyzacja (mechanizm obronny polegający na rozładowywaniu popędu za pomocą objawów somatycznych) jest efektem niedoskonałości procesów mentalizacji. Uruchamia się wówczas, kiedy inne (np. neurotyczne) mechanizmy obronne są niewydolne. W zależności od stopnia mentalizacji popędu dochodzi do zaburzeń lżejszych (takich jak np. astma, bóle głowy) lub cięższych (np. chorób nowotworowych, autoimmunizacyjnych).

Według J. McDougall, współcześnie działającej psychoanalytyczki, objawy somatyczne stanowią zastępczy mechanizm wyrażania popędu. Dzieje się tak, gdy z jakichś względów jest on przeżywany jako niebezpieczny, zagrażający. Jako taki nie posiada reprezentacji symbolicznej (werbalnej), zatem również jest nieobecny w myśleniu, wskutek czego zostaje „pomieszczony w ciele” w postaci różnorodnych objawów somatycznych. Objawy somatyczne dostarczają nieświadomych korzyści (pierwotnych i wtórnych) w postaci obrony przed lękiem, poczucia utraty własnych granic, doświadczenia poczucia istnienia. Współczesna szkoła francuska, reprezentowana przez C. Smadja, zwraca uwagę na tzw. zachowania samouspokajające (*self-calming behaviours*), które pełnią funkcje wiązania i wyrażania napięcia za pomocą aktywności motorycznej. Zachowania te stanowią niższy, bardziej pierwotny system regulacji pobudzenia, w przeciwieństwie do regulacji z wykorzystaniem mechanizmu mentalizacji, w której popęd uzyskuje psychiczną reprezentację.

Zjawisko mentalizacji zostało w pełni opisane w pracach współczesnego analityka P. Fonagy i jego współpracowników (Allen, Fonagy, Bateman 2014). Jest ono przez niego określane jako „sedno naszego człowieczeństwa”. Mentalizacja to „ogólna klasa operacji umysłowych, w tym reprezentacji i symbolizacji, które prowadzą do przekształcenia i rozwinięcia doświadczeń związanych z popędami i afektami w zjawiska i struktury psychiczne o rosnących poziomach organizacji” (Allen, Fonagy, Bateman 2014, s. 35). Mentalizacja oznacza zatem proces przetwarzania umysłowego doznań somatycznych (popędowych) i afektywnych oraz nadawania im wymiaru psychicznego. Oznacza też umiejętność interpretowania zachowania (własnego i cudzego) w kategoriach intencjonalnych stanów umysłu, czyli emocji, potrzeb, intencji, przekonań, myśli. Podstawową funkcją

tej umiejętności jest tolerowanie i modulowanie afektu, dlatego jest też nazywana „psychicznym układem odpornościowym”.

P. Fonagy wyróżnia dwa wymiary tego zjawiska: 1) na planie jawnym – oznacza umiejętność nazywania i werbalizowania własnego doświadczenia w sposób świadomy, celowy, refleksyjny i symboliczny; dobrze zmentalizowane doświadczenie wyraża się w bogactwie, elastyczności, trafności i spójności narracji, 2) na planie niejawnym – oznacza opracowywanie doświadczenia w sposób automatyczny, bezrefleksyjny i intuicyjny. Temu podziałowi odpowiadają inne obszary aktywacji neuronalnej. Szczególnego znaczenia w kontekście zaburzeń psychosomatycznych nabiera umiejętność mentalizowania emocji. Oznacza ona: rozpoznawanie afektów; nadanie sensu i nazwy (zwerbalizowanie) doświadczanej emocji; szukanie znaczenia w doświadczeniu; modulowanie; możliwość wpływania na poziom bądź nasilenie danej emocji (zmniejszenie, zwiększenie); wyrażanie; umiejętność komunikowania emocji na zewnątrz lub do siebie. Rozwojowe źródła tej umiejętności tkwią w ufnej więzi pomiędzy dzieckiem a matką. Czynniki urazowe (przemoc fizyczna, psychiczna, nadużycia seksualne, zaniedbanie, nieobecność emocjonalna/fizyczna) zaburzają proces tworzenia ufnej więzi, a tym samym pośrednio zakłócają proces mentalizowania własnego doświadczenia i w efekcie stanowią czynnik ryzyka zaburzeń tożsamości, regulacji emocji i różnego typu psychopatologii (jak np. zaburzenia dysocjacyjne i somatyzacyjne, zaburzenia nastroju, lękowe, osobowości, uzależnienia, samobójstwa, samookaleczenia czy zaburzenia psychotyczne).

ZABURZENIA PSYCHOSOMATYCZNE NA PRZYKŁADZIE CZYNNOŚCIOWYCH ZABURZEŃ GŁOSU – STUDIUM PRZYPADKU

1. Dane medyczne – ocena foniatryczno-logopedyczna (zmodyfikowane w celu uniemożliwienia identyfikacji pacjenta)

Pacjent, 35-letni mężczyzna, przyjęty do kliniki foniatrycznej z powodu zaburzeń głosu o charakterze przetrwałego głosu mutacyjnego, dotąd nieleczony foniatrycznie. Wywiad lekarski: astma oskrzelowa. Wyniki badań diagnostycznych: głos dźwięczny, tworzony z hiperkinezą mięśni szyi. Czas fonacji 13s. Średnie położenie głosu mówionego 190 Hz. Zakres głosu 180–450 Hz. Rezonatory nasady uczynnia słabo. Próba Gutzmana dla krtani dodatnia. Laryngoskopia lutowa: nagłośnia normalnej konfiguracji, fałdy zaróżowione, gładkie, prawidłowo ruchome w stawach pierścienno-nalewkowych. Laryngostroboskopia: drgania jednakowe, jednoczesowe, amplituda nieco skrócona, przesunięcie brzeżne zachowane, zwarcie fonacyjne prawie pełne. Konsultacja logopedyczna – rozpoznanie foniatryczne: przetrwały głos fistułowy. Zastosowano ćwiczenia z zakresu emisji głosu (oddechowe, fonacyjne, artykulacyjne, redukujące napięcie mięśni szyi i obręczy barkowej).

2. Dane uzyskane na podstawie konsultacji psychologicznej

2.1. Wywiad

Pacjent zgłosił się do kliniki w celu obniżenia głosu, od jakiegoś czasu bowiem – nie potrafi określić dokładnie, od kiedy – wysokość głosu zaczęła mu przeszkadzać. Szczególnie denerwuje go fakt, że podczas rozmów telefonicznych jest mylony z kobietą. Z powodu swojego wysokiego głosu wycofuje się z relacji, nie jest tak aktywny, jakby tego chciał. Obserwuje u siebie niepokój, gdy chce zapytać o coś obcą osobę. Nie może też wyrażać głosem złości – chciałby czasem krzyknąć, ale głos „grzęźnie w gardle”. Uważa, że gdyby udało mu się zmienić natężenie głosu, czułby się pewniej, byłby bardziej aktywny towarzysko. Kilka lat temu poddał się zabiegowi nacięcia fałdów głosowych, by w wyniku powstałych blizn obniżyć głos. Zabieg nie przyniósł oczekiwanych rezultatów. Leczy się z powodu astmy oskrzelowej na podłożu alergicznym, leki przyjmuje doraźnie. Okresowo miewa kołatania serca, dlatego jest pod opieką kardiologa, nie wyklucza, że może mieć to związek ze stresem. Nie pali papierosów; alkohol pije sporadycznie; zaprzecza, by stosował narkotyki; leki przeciwbólowe zażywa bardzo rzadko. Ocenia, że jest uzależniony od Internetu (ogląda filmy). Jego waga jest stabilna od kilku lat. Swój apetyt ocenia jako dobry. Nie ma kłopotów z zasypianiem i przesypianiem nocy. Ma wyższe wykształcenie inżynierskie, od kilku lat pracuje w korporacji na stanowisku zgodnym z wykształceniem. Ma oczekiwania, że będzie rozwijał się zawodowo, chciałby podnosić swoje kwalifikacje, ale brakuje mu wiary w siebie. Głos jest według niego dodatkową przeszkodą w realizacji planów zawodowych. Relacje ze współpracownikami ocenia jako dość dobre, gorzej radzi sobie w kontakcie z przełożonymi – ma trudności z wyrażaniem wobec nich swojego zdania. Kłopot sprawiają mu także wyjazdy służbowe za granicę. Czuje się bardzo zestresowany, niepewny i zagubiony w obcym środowisku. Generalnie ma poczucie, że radzi sobie, ale sytuacje, w których musi działać sam i które wymagają kontaktów z obcymi ludźmi, są dla niego bardzo obciążające emocjonalnie. Jest kawalerem. Mieszka z rodzicami. Ma dwóch młodszych braci i siostrę. Rodzeństwo się usamodzielniało. Relacje rodzinne ocenia jako dość dobre, najlepszy kontakt ma z młodszym bratem i mamą. Ojciec, zdaniem pacjenta, był pracoholikiem, bardzo zaangażowanym w pracę zawodową, poświęcał jej najwięcej swojego czasu, wychowywaniem dzieci zajmowała się głównie matka. Aktualne relacje z ojcem pacjent ocenia jako poprawne, stara się rozumieć niektóre jego zachowania, ale nie akceptuje jego stylu życia skoncentrowanego na pieniądzu, pracy oraz negowaniu wyższych potrzeb, do których pacjent zalicza odpoczynek, relacje z innymi, przyjemności. On sam nie chciałby powtórzyć życia swojego ojca. Na dziś pacjent nie potrafi określić, jak miałyby wyglądać jego życie prywatne. Nie wie, czy chciałby się z kimś związać emocjonalnie, czy woli

być osobą samotną. Dotychczas nie był w żadnej bliskiej relacji romantycznej ani intymnej, co jego zdaniem wynika z tego, że nie potrafi uwodzić kobiet. Wyraża z tego powodu zawstydzenie. Swoją orientację ocenia jako heteroseksualną. Na razie ma plany wybudowania własnego domu. Podjął już konkretne działania w celu ich realizacji – zakupił działkę i plan domu. Być może kiedyś w nim zamieszka, być może kupi sobie psa i po pracy będzie z nim chodził na długie spacer. Nie jest pewny, czy te zamierzenia uda mu się wcielić w życie. W ostatnim czasie obserwuje brak wiary w siebie, spadek nastroju, przygnębienie, brakuje mu poczucia sensu życia. Dużo czasu spędza przed komputerem – ogląda filmy. Ma wrażenie, że traci czas, że mógłby go inaczej spędzać (np. rozwijając swoje pasje zawodowe), ale nie może się do tego zmotywować. Podczas ostatniego sylwestra przeraził się myślą, że się starzeje i zaczął się martwić o swoją przyszłość. W jego rodzinie występowały choroby psychiczne: ojciec – próba samobójcza, leczony psychiatrycznie z powodu depresji; siostra – schizofrenia od 18. roku życia, pozostaje pod opieką psychiatry. Pacjent z własnej inicjatywy korzystał z pomocy psychologa – odbył trzy wizyty o charakterze konsultacyjnym, nie przechodził psychoterapii ani nie był leczony farmakologicznie. Pochodzi z pierwszej ciąży, urodzony o czasie, siłami natury, waga w normie; rozwijał się psychoruchowo prawidłowo; nie chodził do przedszkola; do czasu pójścia do szkoły opiekowała się nim matka. Edukację szkolną rozpoczął od klasy 0. Uczył się dobrze, nauka nie sprawiała mu trudności. Relacje rówieśnicze w szkole podstawowej ocenia jako dość dobre. Kontynuował naukę w liceum ogólnokształcącym o profilu matematyczno-fizycznym. Wspomina ten okres źle z uwagi na relacje z rówieśnikami, głównie kolegami – czuł się przez nich odrzucony, a nawet prześladowany, co bardzo go stresowało. Nie potrafi powiedzieć, co było powodem tej sytuacji. Po zdaniu matury studiował zaocznie, wyboru kierunku dokonał sam w oparciu o własne zainteresowania. Po roku podjął pracę zawodową. Po ukończeniu licencjatu rozpoczął studia magisterskie. Ukończył je pomyślnie i terminowo. Aktualnie ma za sobą kilkunastoletni staż pracy w tej samej firmie. Pozytywnie ocenia relacje ze współpracownikami. Myślał o zmianie pracy, która dawałaby mu większą satysfakcję finansową, ale nie potrafi ryzykować.

2.2. Psychologiczna ocena stanu psychicznego

Pacjent zorientowany auto- i allopsychicznie. Nawiązuje prawidłowy kontakt werbalny – pytania rozumie, odpowiada logicznie, rzeczowo, zrozumiale, w płaszczyźnie, spontanicznie rozwija niektóre wątki. Buduje wypowiedzi poprawne gramatycznie, zasób jego słownictwa czynnego jest adekwatny do wykształcenia. W kontakcie współpracujący, ale kontakt emocjonalny (zwłaszcza wzrokowy) ograniczony; pacjent siedzi bokiem w stosunku do psychologa, co powoduje, że przez większość rozmowy spogląda na ścianę, która się przed nim

znajduje. W kontakcie napięty, niespokojny. W rozmowie skoncentrowany na własnych niepowodzeniach, trudnościach, krytyczny wobec siebie. Zaprzecza myślom suicydalnym, wypowiada myśli rezygnacyjne dotyczące sensu życia, poczucia własnej wartości, przeżywa je egodystonicznie. Procesy poznawcze w badaniu orientacyjnym w zakresie myślenia, pamięci, uwagi i spostrzegania bez istotnych odchyień od oczekiwań z uwagi na wiek i poziom wykształcenia. Bez procesów wytwórczych. Napęd psychomotoryczny w normie.

2.3. Wyniki badań psychometrycznych

Minnesota Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości MMPI-2®:

1. Skale kontrolne: FBS – Skala Wyolbrzymiania Symptomów (72 T), Skale: L – Kłamstwa (47 T), K – Korekcyjna (41 T), S – Pozytywnej autoprezentacji (43 T).
2. Skale kliniczne: Si – Introwersji Społecznej (83 T), Mf – Męskości (75 T), D – Depresji (73 T), Pt – Psychastenii (72 T), Hy – Histerii (65 T), Hs – Hipochondrii (62 T). Pozostałe skale – bez istotnego klinicznego znaczenia.

Interpretacja: konfiguracja skal kontrolnych, zwłaszcza wysoki wskaźnik Wyolbrzymiania Symptomów, wskazuje, że pacjent „komunikuje się” sam ze sobą oraz otoczeniem poprzez objawy somatyczne, prawdopodobnie pełnią one dla niego również inne ważne funkcje: obniżają poziom wewnętrznego napięcia i niepokoju oraz „potwierdzają jego istnienie”. Bardzo niskie wskaźniki w skali Kłamstwa i Korekcyjnej wskazują, że jest wobec siebie bardzo wymagający i krytyczny, przyznaje się do popełniania różnych „przewinień”, którym większość ludzi zaprzecza, co świadczy o jego bardzo sztywnym i wymagającym superego.

Skale kliniczne: najwyższa w całym profilu skala Introwersji Społecznej przemawia za tym, że pacjent jest osobą zdecydowanie introwertywną, zamkniętą w sobie, mało pewną siebie. W relacjach z innymi jest nieufny i powściągliwy oraz wycofany, zwłaszcza w kontaktach z osobami płci przeciwnej. Jest bardzo wrażliwy na punkcie własnej oceny i tego, jak oceniają go inni. W obawie przed odrzuceniem bardzo się kontroluje, ma trudności z otwartym wyrażaniem swoich opinii, szczególnie wobec autorytetu. W działaniu jest rzetelny i niezawodny, podchodzi do obowiązków sumiennie i odpowiedzialnie, stawia sobie wysokie wymagania. Ma trudności z podejmowaniem decyzji, często towarzyszy mu wiele obaw i niepokój. Drugi co do wielkości wskaźnik w profilu związany jest ze skalą Męskości – Kobiecości. Wysoki wynik uzyskany przez pacjenta oznacza, że nie ma stereotypowych męskich zainteresowań (choć wykonuje zawód kojarzony z rolą typowo męską), nie można wykluczyć u pacjenta nieświadomego konfliktu związanego z płciowością i orientacją seksualną. Podwyższony wynik w skali Depresji wskazuje, że pacjent ujawnia kliniczne wskaźniki depresji – jest pesymistycznie nastawiony do życia; ma trudności, żeby się nim cieszyć; doświadcza

smutku, przygnębienia, nie widzi w nim sensu, nie czuje się osobą wartościową, łatwo ulega samokrytyce, uskarża się na liczne dolegliwości somatyczne, fizyczne (brak energii, częste uczucie zmęczenia). Ma trudności, by zmotywować się do działania i aktywności pomimo posiadanych zainteresowań. Z kolei podwyższony wskaźnik Psychastenii świadczy o tym, że pacjent aktualnie doświadcza wysokiego poziomu lęku, niepokoju, napięcia i pobudzenia, co z kolei sugeruje występowanie zaburzeń lękowych. W pracy prawdopodobnie doświadcza problemów spowodowanych trudnością w utrzymaniu uwagi i dużą męczliwością umysłową. Towarzyszy mu brak wiary w siebie i liczne obawy dotyczące własnych kompetencji, przy jednoczesnych wysokich oczekiwaniach w stosunku do samego siebie. Podwyższone wyniki w skalach Histerii i Hipochondrii wskazują, że ma liczne objawy somatyczne, które są związane z doświadczanymi emocjami i trudnościami w zakresie ich regulacji. Mechanizmy konwersji i somatyzacji predisponują go do licznych objawów konwersyjnych.

Całokształt badania sugeruje występowanie u pacjenta zaburzeń depresyjno-lękowych oraz zaburzeń pod postacią somatyczną (konwersyjnych) (Graham 2015, s. 27–115). Poziom organizacji osobowości: neurotyczny (według O. Kernberga), czyli wykształcone superego (u pacjenta jest ono silne, sztywne, krytyczne) oraz ego (u pacjenta – słabe), dominują mechanizmy z grupy wyparcia (Górska 2006; Marszał 2015), problemy tożsamościowe.

3. Zalecenia dotyczące dalszego postępowania

Zalecenia wynikające z konsultacji psychologicznej: wskazana konsultacja lekarza psychiatry; psychoterapia ukierunkowana na budowanie wglądu psychologicznego, rozpoznawanie i werbalizowanie emocji, rozwijanie umiejętności w zakresie mentalizowania własnego doświadczenia.

Zalecenia lekarza prowadzącego w oparciu o całokształt wyników, wpisane do karty wypisowej, to: kontynuacja rehabilitacji logopedycznej i rozpoczętej na oddziale psychoterapii, a także kontrola u lekarza foniatry. Pacjent zaakceptował zalecenia i aktualnie aktywnie je realizuje.

ZAKOŃCZENIE

Czynnościowe zaburzenia głosu stanowią specyficzny przejaw zaburzeń psychosomatycznych w obszarze procesów komunikatywnych. Są wyrazem jedności psychosomatycznej człowieka – demonstrują się na płaszczyźnie somatycznej, ale ich źródło tkwi w sferze psychicznej. Mechanizmy psychologiczne, odpowiedzialne za ich pojawianie się, odnoszą się do zjawiska konwersji, somatyzacji, dysocjacji oraz aleksytymii i mentalizacji, aczkolwiek pojęcia te nie wyczerpują sposobów rozumienia mechanizmu powstawania zaburzenia psychosomatycznego. Proces

diagnozy i terapii czynnościowych zaburzeń głosu wymaga współdziałania lekarza foniatri, psychiatry oraz psychologa klinicznego/psychoterapeuty. Od jakości tej współpracy i zmiennych leżących po stronie pacjenta zależy rokowanie.

BIBLIOGRAFIA

- Allen J.G., Fonagy P., Bateman A.W. (2014), *Mentalizowanie w praktyce klinicznej*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Cierpiałkowska L., Groth J., Józwiak I. (2017), *Czym jest psychoterapia psychodynamiczna?*, [w:] L. Cierpiałkowska, I. Turbaczewska-Brakoniecka, J. Groth (red.), *Seksualność i problemy seksualne z perspektywy psychodynamicznej*, Warszawa: PWN.
- Gabbard G. (2015), *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Górska D. (2006), *Uwarunkowania dysregulacji emocjonalnej u osób z zaburzeniami osobowości borderline*, Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Graham J.R. (2015), *MMPI-2®. Ocena osobowości i psychopatologii*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Kryteria diagnostyczne DSM-5®* (2015), Wrocław: Erda Urban & Partner.
- Marszał M. (2015), *Mentalizacja w kontekście przywiązania*, Warszawa: Difin.
- McWilliams N. (2016a), *Diagnoza psychoanalityczna*, Gdańsk: GWP.
- McWilliams N. (2016b), *Opracowanie przypadku w psychoanalizie*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Morrison J. (2016), *DSM-5® bez tajemnic. Podręczny przewodnik dla klinicystów*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Obrębowski A. (1992a), *Anatomiczne podstawy procesu komunikatywnego*, [w:] A. Pruszewicz (red.), *Foniatria kliniczna*, Warszawa: PZWL.
- Obrębowski A. (1992b), *Zaburzenia głosu w wieku rozwojowym (dysfonia dziecięca)*, [w:] A. Pruszewicz (red.), *Foniatria kliniczna*, Warszawa: PZWL.
- Obrębowski A. (2008a), *Podstawy anatomii i fizjologii narządu głosu*, [w:] A. Obrębowski (red.), *Narząd głosu i jego znaczenie w komunikacji społecznej*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego.
- Obrębowski A. (2008b), *Profilaktyka zaburzeń głosu*, [w:] A. Obrębowski (red.), *Narząd głosu i jego znaczenie w komunikacji społecznej*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego.
- Obrębowski A. (2014), *Biologiczne podstawy mowy*, [w:] S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska-Braj (red.), *Biomedyczne podstawy logopedii*, Gdańsk: Harmonia.
- Obrębowski A., Sekula A. (2008), *Charakterystyka organicznych i czynnościowych zaburzeń głosu*, [w:] A. Obrębowski (red.), *Narząd głosu i jego znaczenie w komunikacji społecznej*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego.
- Pruszewicz A. (1992a), *Czynnościowe zaburzenia głosu*, [w:] A. Pruszewicz (red.), *Foniatria kliniczna*, Warszawa: PZWL.

- Pruszewicz A. (1992b), *Fizjologia krtani*, [w:] A. Pruszewicz (red.), *Foniatria kliniczna*, Warszawa: PZWL.
- Pruszewicz A. (2008), *Instrumentalne metody badania głosu*, [w:] A. Obrębowski (red.), *Narząd głosu i jego znaczenie w komunikacji społecznej*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego.
- Pruszewicz A., Obrębowski A. (1992), *Hormonalnie uwarunkowane zaburzenia głosu i mowy*, [w:] A. Pruszewicz (red.), *Foniatria kliniczna*, Warszawa: PZWL.
- Schier K. (2005), *Bez tchu bez słowa. Więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową*, Gdańsk: GWP.
- Tomalski R. (2018), *Psychoterapia pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi. Kurs psychoterapii*, Poznań 2018 (materiały niepublikowane).
- Wiskirska-Woźnica B. (2008), *Kliniczna ocena czynności narządu głosu*, [w:] A. Obrębowski (red.), *Narząd głosu i jego znaczenie w komunikacji społecznej*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego.
- Wiskirska-Woźnica B. (2014), *Medyczne źródła logopedii – foniatria i podstawy audiologii*, [w:] S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska-Braj (red.), *Biomedyczne podstawy logopedii*, Gdańsk: Harmonia.
- Wiskirska-Woźnica B., Domeracka-Kołodziej A. (2015), *Dysfonie czynnościowe. Dysfonie zawodowe*, [w:] K. Niemczyk, D. Jurkiewicz, J. Składzień, C. Stankiewicz, W. Szyfter (red.), *Otolaryngologia kliniczna*, t. 2, Warszawa: Medipage.
- Wojciechowska A., Obrębowski A., Studzińska K., Świdziński P. (2010), *Zaburzenia głosu mutacyjnego uwarunkowane czynnikami psychicznymi*, „Otolaryngologia Polska”, nr 64(1).
- Zdankiewicz-Ścigała E. (2017), *Aleksytymia i dysocjacja jako podstawowe czynniki zjawisk potraumatycznych*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

SUMMARY

The correct, sonorous and clean human voice is the result of the interaction of many anatomical and functional structures, with the central nervous system playing a central role. Any deviations in the structure and function of these structures cause the voice to lose its normal properties, revealing pathology. Voice disorders can be divided into organic and functional. Functional disorders, unlike organic ones, are characterized by a lack of organic change in the voice organ. There are psychogenic dysphonias among the functional voice disorders. Functional, and especially psychogenic, voice disorders meet the criteria of disorders in the form of somatic and dissociative disorders. Dysphonia and psychogenic aphonia and spastic dysphonia are examples of voice disorders caused repeatedly by defense mechanisms which take the form of conversion and somatization. They share common attributes with many other disorders, which are referred to as psychosomatic, and as such are of interest to psychiatry and psychodynamic psychology. As part of this paradigm, psychosomatic disorders are considered in the context of trauma theory, alexithymia, and mentalization.

Keywords: functional voice disorders; psychosomatic disorders; conversion; somatization; dissociation; alexithymia; mentalization