

Rehabilitacja w afonii psychogennej

Rehabilitation for functional aphonia

Barbara Maniecka-Aleksandrowicz, Anna Domeracka-Kołodziej

Akademia Medyczna, Warszawa

Streszczenie

Artykuł omawia bieżące opinie na temat etiopatogenezy i leczenia utraty zdolności posługiwania się dźwięcznym głosem z przyczyn czynnościowych. Utrata głosu może być spowodowana patologiami dotyczącymi struktur anatomicznych lub mechanizmów fizjologicznych dotyczących zarówno samej krtani, jak i innych narządów wpływających na jej czynność. Mianem afonii psychogennej określa się nieświadome posługiwanie się szeptem pomimo prawidłowej krtani. Rehabilitacja głosowa jest ukierunkowana na przywrócenie głosu, przynajmniej do poziomu wydolności socjalnej. Wśród technik stosowanych w afonii czynnościowej wymienia się: relaksację i ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia gardła i podniebienia z efektem wokalnym, ćwiczenia z wykorzystaniem żucia, ćwiczenia wypychające głos, ćwiczenia fonacji wdechowej, ćwiczenia głosowe z maskingiem, ćwiczenia fonetyczne. Czasami pacjenci z afonią wymagają oprócz objawowej terapii głosu także psychoterapii. W tych przypadkach należy przywrócić głos w stosunkowo krótkiej terapii głosowej i skierować na psychoterapię, która zwykle jest długotrwała.

Słowa kluczowe: afonia czynnościowa, afonia konwersyjna, rehabilitacja głosowa.

Summary

The article reviews current opinions on etiopathogenesis and management of functional total loss of the ability to produce loud voice. A voice loss is if it is caused by structure (anatomic) or physiologic disease, either a diseases of the larynx itself or by remote systemic illnesses with alter laryngeal structure or function. Psychogenic aphonia refers to involuntary whispering despite a basically normal larynx. Voice therapy may be defined as an effort to return the voice to a level of adequacy that can be realistically achieved and that will satisfy the patients' social needs. Of the facilitating techniques, the following are useful for functional aphonia: relaxation and respiration, gargle, chewing, pushing, inhalation phonation, masking, phonetic exercises. Sometimes the aphonic patient profits most from symptomatic voice therapy concurrent with psychotherapy. If psychotherapy is needed, however, the typical case involves a fairly rapid recovery of voice with relatively brief voice therapy and a much longer period of psychotherapy.

Key words: phunctional aphonia, conversion aphonia, voice rehabilitation.

Wprowadzenie

Jakość głosu odzwierciedla zarówno somatyczne, jak i psychologiczne problemy człowieka, które mogą mieć wpływ nie tylko na mechanizm głosowy, ale i na cały organizm.

Bezgłos jest skrajnie zaawansowanym zaburzeniem głosu i oznacza, że funkcja fonacyjna krtani jest całkowicie zaburzona. Stanu ten może mieć przyczyny zarówno organiczne, jak i czynnościowe [Aronson 1985; Domeracka-Kołodziej 2003; Freche (i in.) 1984; Freidl 1993; Kinzl (i in.) 1988; Maniecka-Aleksandrowicz 1997].

Funkcja fonacyjna krtani podlega kontroli świadomej, ale także autonomicznej. W mózgu ludzkim, na poziomie śródmózgowia, odbywa się emocjonalne uwarunkowanie głosu. Wokalizacja spontaniczna sprzęga się tu z doświadczeniem emocjonalnym i organizowane są naturalne reakcje emocjonalne mowy. Występująca tutaj istota szara środkowa i przylegające z boku struktury nakrywki (śródmózgowiowy obszar emocjonalnej intonacji) są zbudowane z małych i średnich komórek, których neurony prowadzą do spoidła tylnego i tworzą siatkowatego. Neurony te tworzą pęczek

podłużny grzbietowy, biegnący od podwzgórza do części górnej rdzenia. Wysyła on włókna do przywspółczulnych jąder pnia mózgu. Aktywność tego obszaru uzależniona jest też od wpływu wtórnych obszarów wokalizacji: ciała migdałowego, podwzgórza, jąder przyśrodkowych wzgórza. W zachowaniach odruchowych i stanach emocjonalnych bierze także udział układ limbiczny, który ma liczne powiązania z ośrodkami emocjonalnymi i układem wegetatywnym. Do układu tego należy między innymi zakręt obręczy, którego czynność ma związek z opracowywaniem przez mózg wzorców zachowania przekazywanych przez podwzgórze. W obszarze kory mózgowej płata czołowego wokół części przedniej zakrętu obręczy zlokalizowany jest obszar dowolnego wydawania głosu [Dobaczewska 1997; Jurgens (i in.) 1982; Maniecka-Aleksandrowicz, Domarecka-Kołodziej 2001; Zwirner (i in.) 1997].

Stres może spowodować różne objawy somatyczne w zależności od tego czy występuje przewaga układu parasympatycznego (znieruchomienie, zblednięcie, milczenie, spłycenie oddechu, zwolnienie akcji serca, zmniejszenie

napięcia mięśni) czy sympatycznego (gwałtowne ruchy, krzyk, ucieczka, przekrwienie skóry, przyspieszenie oddechu i czynności serca). Układ wegetatywny jest aparatem wykonawczym na bodźce płynące z układu korowego [Demmink-Geertman (i in.) 2002]. Według Z. Freuda reakcje te są wyuczalne i nadanie rangi choroby narządowej jest somatyzacją zaburzeń emocjonalnych. Pacjent posługuje się zaburzeniem czynności narządowej, aby osiągnąć wtórny cel [Daie, Witztum 1991; Freidl 1993; Gerritsma 1991; Kapfhammer (i in.) 1998].

Afonia psychogenna

W literaturze przedmiotu i w praktyce klinicznej bezgłos (brak głosu dźwięcznego), który zaistniał przy nieobecności patologii organicznej krtani określa się jako afonię czynnościową, psychogenną, histeryczną lub też mianem reakcji konwersyjnej. Wyróżnia się postać paretyczną i spastyczną [Aronson 1985; Boone 1983].

Stan taki pojawia się jako manifestacja braku równowagi psychologicznej (niepokój, depresja, zaburzenia osobowości), aż do utraty kontroli nad czynnością fonacji dowolnej. To psychogenne zaburzenie głosu spełnia psychiatryczne kryteria reakcji konwersyjnej, która dotyczy zarówno defensywnej jak i ekspresywnej funkcji zachowań oraz spełnia w sposób nieuświadomiony wtórne cele, tzn. zaburzenia, które:

- istnieją pomimo normalnej struktury i funkcji systemu neurofizjologicznego,
- są spowodowane przez niepokój, stres, depresję lub konflikt interpersonalny,
- mają znaczenie symboliczne dla zaistniałego konfliktu,
- umożliwiają uniknięcie konfliktu lub bezpośredniego udziału w rozwiązaniu już zaistniałego konfliktu [Baker 1998].

Pacjent z bezgłosem psychogennym nie jest w stanie posługiwać się mową dźwięczną, lecz tylko i wyłącznie szeptem. Do wystąpienia afonii usposabiają długotrwałe napięcia, konflikty, przeżycia lub nagły stres zwłaszcza, gdy towarzyszy temu wzburzenie emocjonalne przekraczające próg osobniczej odporności psychicznej [Butcher 1995]. Bezgłos kompletny może wystąpić nagle, albo głos traci dźwięczność w ciągu kilku godzin. Okoliczności wystąpienia afonii czynnościowej i reakcje otoczenia są niecodzienne od dramatycznych do humorystycznych. Dotyczy najczęściej kobiet młodych i w średnim wieku, a także młodych mężczyzn. Typowo afonia konwersyjna pojawia się jako reakcja na znaczące wydarzenia np. śmierć osoby bliskiej, ale utrata głosu bywa błędnie kojarzona z długotrwałą infekcją dróg oddechowych, urazem lub skrajnym wysiłkiem głosowym. Przy pierwszym epizodzie pacjenci są bardzo zaniepokojeni, a ich otoczenie jest przekonane o ciężkiej somatycznej chorobie. Poczucie to pogłębia przedłużająca się diagnostyka z licznymi próbami leczenia farmakologicznego.

Natychmiast po rozpoznaniu czynnościowego podłoża bezgłosu, pacjent w trybie pilnym powinien być skierowany do doświadczanego foniatry. Pacjent z afonią psychogenną powinien być przyjęty w dniu zgłoszenia się (cito!).

Zdarza się, że taki pacjent trafia do foniatry po kilku miesiącach, w czasie których odbywa wizyty u różnych specja-

listów, często po przebyciu kilku kuracji antybiotykami, czasami po kuracji sterydowej.

Wywiad

Wobec pacjenta nie należy okazywać zaniepokojenia ani zniecierpliwienia, gdyż spokój lekarza działa jako wzmożenie sugestywne. Należy zadawać tylko pytania niezbędne i odpowiedzi pozostawiać raczej bez komentarza. Pytamy o okoliczności wystąpienia bezgłosu, czas trwania, objawy towarzyszące, próby leczenia.

Uzupełniający wywiad dotyczy schorzeń obwodowego i centralnego układu nerwowego, zdrowia psychicznego (zarówno chorego jak i rodziny). Szczególnie należy wykluczyć padaczkę, gdyż w czasie rehabilitacji foniatrycznej dochodzi do hyperwentylacji. Pytamy o choroby układu krążenia, układu oddechowego (astma!), objawy tężyzkowe.

Badanie przedmiotowe:

W badaniu ogólnym pacjenci zwykle mają zwolnioną czynność serca, zwolnioną i spłyconą czynność oddechową. Obserwuje się u pacjenta barwę i wilgotność skóry, stopień napięcia mięśni mimicznych, mięśni szyi i karku, poleca się zakasać i odchrząknąć.

W przeciwieństwie do pacjentów z obustronnym porażeniem krtani, u których występuje typowy głos przydechowy z wybitnie skróconym czasem fonacji, osoby z afonią konwersyjną są w stanie wyszeptać całe, nawet długie zdanie na jednym oddechu.

W badaniu laryngologicznym szczególną uwagę zwraca się na napięcie i ruchomość podniebienia oraz języka, odruchy podniebiennie-gardłowe, sprawność połykania (np. próba picia wody).

Badanie krtani dotyczy jej funkcji fonacyjnej, oddechowej i obronnej. W afonii czynnościowej nie ma obrazu porażenia krtani. Badanie krtani uwidacznia jej normalną strukturę i ruchomość. Nie stwierdza się objawów zapalnych ani urazowych. Zachowana jest jej funkcja oddechowa i obronna, tzn. obserwujemy ruch fałdów głosowych w czasie oddychania i kaszlu. Przy tworzeniu szeptu fałdy głosowe zbliżają się do siebie, ale pozostaje szczelina głośni na całej długości. Nawet jeśli w przedniej części fałdy zbliżają się do siebie w mniejszym lub większym stopniu, to tył pozostaje otwarty. Czasami obserwuje się chwilowe zamknięcie głośni i szybkie ruchy rozwarcia – afonia paretyczna. W niektórych przypadkach fałdy głosowe w czasie fonacji zbliżają się do siebie i pozostają w tej pozycji, ale nie występuje ich wibracja – afonia spastyczna. Ta pozornie prawidłowa czynność krtani nie prowadzi jednak do generacji głosu. Pacjent może natomiast dźwięcznie kasłać i chrząkać. Natężenie kaszlu i chrząkania zwiększa się po wyłączeniu kontroli słuchowej (maskowanie terkotkami lub szumem z audiometru).

W badaniu EEG rejestruje się często fale snu. W próbie EMG ischemicznej (uciskowej) czasami obserwuje się obecność tzw. specyficznych wyładowań spontanicznych jednostki ruchowej o częstotliwości do 20 Hz pod postacią dupletów, tripletów, kwadripletów lub multipletów.

Rehabilitacja i leczenie afonii psychogennej

Zasadą leczenia foniatrycznego afonii psychogennej jest rehabilitacja przeprowadzona w dniu zgłoszenia. U pa-

Tab. 1. Różnicowanie bezgłosu organicznego i czynnościowego [Domeracka-Kołodziej 2003; Maniecka-Aleksandrowicz 1990; Maniecka-Aleksandrowicz, Domeracka-Kołodziej 2001]

	Bezgłos organiczny	Bezgłos czynnościowy
Klasyfikacja	jest objawem choroby krtani lub schorzenia innych narządów	jest jednostką chorobową
Czas rozwoju choroby	może pojawić się nagle lub rozwijać się przez pewien czas	
Przyczyny	• brak warunków do tworzenia podgłośniowego zbiornika powietrza • niemożność zamknięcia fonacyjnego fałdów głosowych • brak wibracji fałdów głosowych • zaburzenia unerwienia obwodowego i ośrodkowego krtani	• przeżycia, które przekraczają odporność psychiczną pacjenta (np. śmierć bliskiej osoby, rozstanie, utrata pracy) • konflikty interpersonalne
Objawy	zaburzenia funkcji fonacyjnej, oddechowej i obronnej	zaburzenie tylko funkcji fonacyjnej, oddechowa i obronna pozostają bez zmian
Leczenie	leczenie farmakologiczne, fizykoterapia, rehabilitacja głosu, wykształcanie głosów zastępczych, operacje fonochirurgiczne, protezy głosowe	rehabilitacja głosu i psychoterapia

cientów z afonią psychogenną w dniu zgłoszenia stosowane są [Boone 1983; Maniecka-Aleksandrowicz 1990; Mitrinowicz-Modrzejewska 1963]:

- mała psychoterapia i ćwiczenia relaksacyjne;
- ćwiczenia oddechowe - wykształcanie podparcia oddechowego;
- stymulacja i ćwiczenia podniebienia oraz języka;
- zestaw ćwiczeń mormorando;
- uzyskiwanie głosu z odruchów obronnych krtani;
- stymulacja odruchu obronnego krtani wlewkami dokrtańowymi z 0,9% Sol. NaCl;
- manipulacje na krtani;
- pobudzanie rezonatorów górnych i dolnych;
- chwilowe wyłączanie kontroli słuchowej.

Uzyskanie pierwszych efektów fonacyjnych odbywa się przez wywołanie tzw. wegetatywnej fonacji z kaszlu lub z chrząkania, z fonacji wdechowej, z mormorando i wprowadzenia głosu do maski.

Ćwiczenia kaszlu:

- przy wyciągniętym języku;
- przy uciśniętym szpatułką języku;
- naprzemiennie o wysokiej i niskiej częstotliwości;
- przy stymulacji podniebienia, aż do wywołania kaszlu odruchowego;
- kaszel samogłoskowy;
- kaszel sylabowy /am/, /ama/ z obniżaniem żuchwy na samogłosce;
- kaszel sylabowy z wykorzystaniem innych samogłosek.

Fonacja wdechowa:

- fonacja odwrotna przy wykorzystaniu samogłosek;
- dołączenie /m/ do najlepszej samogłoski i wprowadzenie głosu do maski.

Mormorando i wprowadzenie głosu do maski:

- początkowo mormorando wysiłkowe do uzyskania pisku;
- ćwiczenia mormorando przy wysokiej fonacji lub z odwzorowaniem zadanej linii melodycznej. Po uzyskaniu odpowiedniej wysokości i barwy mormorando należy obniżyć żuchwę dążąc do uzyskania sylaby /na/ lub /ma/. Przez dołączanie kolejnych sylab uzyskuje się wypowiedź /np. nazywam się/ [Mitrinowicz-Modrzejewska 1963].

Działania wspomagające stosowane równocześnie:

- wspomaganie podparcia oddechowego;
- wzbudzenie rezonatorów klatki piersiowej;
- stymulacja podniebienia i języka;
- ćwiczenia fonacyjne z maskowaniem;
- rozszerzanie wypowiedzi sylabowych, słownych i zdaniowych.

Rehabilitacja foniatryczna w afonii psychogennej może trwać krótko (kilka minut), może też trwać kilka godzin lub wymaga kilku wizyt. Jeżeli poświęci się na rehabilitację dostateczną ilość czasu, to ponad 80% chorych uzyskuje głos w pierwszym dniu ćwiczeń (doświadczenia własne oparte na prowadzeniu ponad 500 przypadków afonii psychogennej w Poradni Foniatrycznej Katedry i Kliniki Otolaryngologicznej AM w Warszawie). Występujące objawy wegetatywne, płacz, zachowanie teatralne nie są wskazaniem do przerywania ćwiczeń. Rehabilitacja foniatryczna od pierwszego momentu nosi znamiona psychoterapii. Musi odbywać się w atmosferze tolerancji i akceptacji, należy powstrzymać się od krytyki, bowiem dezaprobatą może być odbierana w kategorii kary. Wymienione powyżej rodzaje ćwiczeń: ćwiczenia oddechowe, relaksacyjne, mormorando, wywołanie dźwięcznej fonacji z funkcji obronnych krtani (kaszel, chrząkanie), stymulacja podniebienia i języka, nawilżanie (wlewki, inhalacje) – mogą być stosowane w różnej kolejności w zależności od podatności pacjenta na poszczególne techniki. Proces taki wymaga zdecydowania, wytrwałości i kreatywnej zreczności doświadczonego foniatry.

Podsumowanie

Powrót głosu może być poprzedzony dysfonią z wysokim ustawieniem głosu, jękaniem (klonicznym), niewydolnością podniebiennie-gardłową (nosowanie). Są to objawy przemijające i ustępują po kilku godzinach od uzyskania głosu. Chorzy po odzyskaniu głosu szczególnie, jeżeli następuje to szybko, odczuwają zmiany napięcia psychicznego, często płaczą. Afonia może nawracać w różnym okresie czasu, o czym należy uprzedzić pacjenta i wskazać mu najkrótszą drogę do kontaktu z foniatrą. Ćwiczenia głosowe w afonii nawrotowej są zazwyczaj krótsze, a odzyskanie głosu jest zazwyczaj łatwiejsze. Pacjent z afonią psychogeną powinien najpierw mieć przywrócony głos na drodze intensywnej rehabilitacji foniatrycznej, a potem być pokierowany do doświadczonego psychoterapeuty, który pomoże mu w rozwiązaniu zaistniałych problemów w taki sposób, by afonia się nie powtarzała [Domeracka-Kołodziej 2003; Maniecka-Aleksandrowicz 1990; Maniecka-Aleksandrowicz, Domeracka-Kołodziej 2001].

W około 20% przypadków rehabilitacja może wymagać kilku godzin lub dni. Niekiedy tego rodzaju rehabilitacja odbywa się z udziałem 2-3 osób z personelu poradni (lekarze,

logopedzi). Wymaga to przeorganizowania pracy w trybie nagłym.

Pacjenci zaskakująco dobrze znoszą wielogodzinne ćwiczenia, pomimo demonstrowania teatralnych zachowań, a także występowania różnych objawów wegetatywnych.

W przypadku afonii czynnościowej rehabilitacja głosu jest głównym i najskuteczniejszym sposobem na przywrócenie pacjentowi możliwości dźwięcznej fonacji. Wdrażana w następnym etapie psychoterapia jest w ten sposób ułatwiona, gdyż jest możliwa komunikacja słowna pacjenta z psychoterapeutą.

Bibliografia

- Aronson A.E. [1985]. *Clinical voice disorders*. Stuttgart-New York: Georg Thieme Verlag.
- Baker J. [1998]. Psychogenic Dysphonia: peeling back the layers. „*Journal of Voice*” 12, 4, 527-535.
- Boone D. [1983]. *The voice and voice therapy*. New York: Prentice-Hall Inc. Englewood Cliffs.
- Butcher P. [1995]. Psychological processes in psychogenic voice disorder. „*European Journal of Disorders of Communication*” 30(4), 467-74.
- Daie N., Witztum E. [1991]. Short-term strategic treatment in traumatic conversion reactions. „*American Journal of Psychotherapy*” 45(3), 335-47.
- Demmink-Geertman L., Dejonckere P.H. [2002]. Nonorganic habitual dysphonia and autonomic dysfunction. „*Journal of Voice*” 16(4), 549-59.
- Dobaczewska H. [1997]. *Anatomia ośrodkowego układu nerwowego*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Medycznej.
- Domeracka-Kołodziej A. [2003]. Bezgłos. W: G. Janczewski, E. Osuch-Wójcikiewicz (red.). *Ostry dyżur. Otolaryngologia*. Bielsko-Biała: A-medica press.
- Freche Ch. [1984]. *La voix humaine et ses troubles*. Paris: Librairie Arnette.
- Freidl W., Friedrich G., Egger J., Fitzek T. [1993]. Psychogenic aspects of functional dysphonia. „*Folia Phoniatica (Basel)*” 45(1), 10-3.
- Gerritsma E.J. [1991]. An investigation into some personality characteristics of patients with psychogenic aphonia and dysphonia. „*Folia Phoniatica (Basel)*” 43(1), 13-20.
- Jurgens U., Kirzinger A., von Cramon D. [1982]. The effects of deep-reaching lesions in the cortical face area on phonation. A combined case report and experimental monkey study. „*Cortex*” 18(1), 125-39.
- Kapfhammer H.P., Dobmeier P., Mayer C., Rothenhausler H.B. [1998]. Conversion syndromes in neurology. A psychopathological and psychodynamic differentiation of conversion disorder, somatization disorder and factitious disorder. „*Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*” 48(12), 463-74.
- Kinzi J., Biebl W., Rauchegger H. [1988]. Functional aphonia: psychosomatic aspects of diagnosis and therapy. „*Folia Phoniatica (Basel)*” 40(3), 131-7.
- Maniecka-Aleksandrowicz B. [1990]. Zaburzenia głosu i mowy. W: G. Janczewski, T. Goździk-Żołnierkiewicz (red.). *Konsultacje otolaryngologiczne*. Warszawa: PZWL.
- Maniecka-Aleksandrowicz B. [1997]. Klasyfikacja zaburzeń głosu. „*Audiofonologia*” 10, 61-67.
- Maniecka-Aleksandrowicz B., Domeracka-Kołodziej A. [2001]. Bezgłos. „*Terapia*” IX, 1 (101), 43-44.
- Mitrinowicz-Modrzejewska A. [1963]. *Fizjologia i patologia głosu, słuchu i mowy. Rozpoznawanie, leczenie i rehabilitacja*. Warszawa: PZWL.
- Zwirner P., Jurgens U. [1997]. Die Rolle des periaquadratischen Graus bei der Zentral-Nervösen Kontrolle der Stimmgebung. Aktuelle phoniatisch-pedaudiologische Aspekte. Universität Erlangen, band 4,1.

Adres do korespondencji

Barbara Maniecka-Aleksandrowicz
Katedra i Klinika Otolaryngologii Akademii Medycznej
ul. Banacha 1a
02-097 Warszawa
e-mail: szpitalbanacha@poczta.onet.pl