

©Borgis

Klaudia Sowa¹, Anna Lobaczuk-Sitnik¹, *Emilia Duchnowska¹, Bożena Kosztyła-Hojna¹, Jerzy Robert Ladny²

Zaburzenia głosu i mowy uwarunkowane psychogenne

Voice disorders as a result of psychological disturbances

¹Department of Clinical Phonoaudiology and Speech Therapy, Medical University of Białystok, Poland²Department of Emergency Medicine, Medical University of Białystok, Poland

Słowa kluczowe

jakość głosu, zaburzenia głosu, objawy psychosomatyczne

Keywords

quality of voice, voice disorders, psychosomatic symptoms

Konflikt interesów

Conflict of interest

Brak konfliktu interesów
None

Adres/address:

*Emilia Duchnowska
Zakład Fonoaudiologii Klinicznej i Logopedii
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Szpitalna 37, 15-273 Białystok
tel.: +48 603-330-294
emilia.duchnowska@umb.edu.pl

Streszczenie

Głos jest narzędziem pracy wielu grup zawodowych. Dla dzieci możliwość komunikacji odgrywa fundamentalną rolę w procesie nauki, rozwoju oraz poznawania świata. Podjęcie odpowiednich działań terapeutycznych może dać pacjentowi szansę na osiągnięcie sukcesów w komunikacji społecznej, a co za tym idzie w społeczności szkolnej lub miejscu pracy. Wydolność i jakość głosu są odzwierciedleniem problemów zdrowotnych człowieka zarówno ze sfery somatycznej, jak i psychicznej, dlatego bardzo duże znaczenie ma objęcie terapią psychologiczną pacjentów z psychogennymi zaburzeniami głosu i mowy.

Summary

Voice is a work tool for many professional groups. For children, the ability to communicate plays a fundamental role in learning, developing and exploring the world. Taking appropriate therapeutic measures may give the patient a chance to achieve success in social communication, and thus in the school community or workplace. Voice efficiency and quality reflect human health problems both in the somatic and mental spheres, therefore it is very important to include psychological therapy in patients with psychogenic voice and speech disorders.

WSTĘP

Głos i mowa stanowią podstawę komunikacji międzyludzkiej. Dla wielu grup zawodowych są również narzędziem pracy. Wydolność i jakość głosu są odzwierciedleniem problemów zdrowotnych człowieka zarówno ze sfery somatycznej, jak i psychicznej. Zaburzenia głosu uwarunkowane psychogenne określa się mianem *phononeurosis* (1). Do przyczyn zaburzeń jakości głosu zaliczane są: problemy zawodowe, częste konflikty w relacjach społecznych, szczególnie rodzinnych, a także permanentny lęk. Istnieje kilka klasyfikacji przedstawiających zaburzenia jakości głosu uwarunkowane psychogenne (1-3).

Styczek w przyczynowej klasyfikacji zaburzeń mowy wyodrębniła wewnątrzpochodne zaburzenia mowy (zwane również endogennymi). Do grupy tych zaburzeń zaliczono nerwice mowy (logoneurozy) i składające się na nie: jąkanie, mutyzm, dysfonia, afonię, czyli bezgłos, zaburzenia siły, modulacji i wysokości głosu, a także zaburzenia tempa mowy (1, 4).

INTRODUCTION

Voice and speech are the basis of interpersonal communication. It is also a tool for many professional groups. Voice efficiency and quality reflect human health problems, both, in the somatic and mental aspect. Psychogenic voice disorders are referred to as *Phononeurosis* (1). The causes of voice quality disorders include: professional problems, frequent conflicts in social relationships, especially family relationships, and permanent anxiety. There are several classifications presenting psychogenic-related voice quality disorders (1-3).

In the classification of speech disorders, Styczek distinguished intrinsic speech disorders (also called endogenous). The group of these disorders includes: speech neuroses (logoneuroses), and also: stuttering, mutism, dysphonia, aphonia, disturbances in strength, modulation and pitch, as well as disturbances in speech rate (1, 4).

Zalewski, podobnie jak Styczek, do grupy nerwic mowy zalicza mutyzm i afonię, dodaje m.in. lęk przed mówieniem – logofobię, logostenię (zmniejszoną kompetencję w zakresie mówienia), histeryczne zaburzenia mowy (główną formą tych zaburzeń jest *logorea*, czyli wielosłowie) (1, 5).

Natomiast Czernikiewicz i Woźniak do zaburzeń psychogennych głosu zaliczają schizofazję, niektóre postacię jąkania, logoneurozy oraz zaburzenia mowy towarzyszące spektrum autyzmu (1, 4, 5).

AUTYZM

W 1943 roku Leo Kanner opisał autyzm wczesnodziecięcy jako całościowe zaburzenia rozwoju dziecka pojawiające się około 30. miesiąca życia (1, 4, 5).

Zaburzenia mowy i komunikacji to jedne z najbardziej charakterystycznych objawów występujących w autyzmie. Obserwuje się opóźnienie rozwoju językowego oraz problemy z wykorzystaniem w życiu nabytych umiejętności w celu komunikowania się z innymi osobami (5-8).

Etiologia ASD (ang. *autism spectrum disorder*) nie jest jednoznacznie określona. Nie ma dowodu na to, że konkretne czynniki, gen czy zmiana w mózgu powodują autyzm. Wiąże się to z faktem, iż jego występowanie jest skorelowane z występowaniem innych zaburzeń współtowarzyszących, co utrudnia badaczom postawienie jednoznacznej tezy (5, 9, 10).

Pierwsze objawy autyzmu można zauważyć już we wczesnym niemowlęctwie, gdzie dziecko manifestuje niechęć do kontaktu fizycznego z rodzicami, a kontakt wzrokowy jest ograniczony lub nie ma go w ogóle. Wiele dzieci zmagających się z autyzmem nabywa umiejętności rozwojowe, takie jak: raczkowanie, chodzenie czy mowę, w tym samym czasie co rówieśnicy, jednak u dużego odsetka dzieci ze spektrum autyzmu mowa jest opóźniona w różnym stopniu lub obserwujemy jej regres (10, 11).

Cechą charakterystyczną osób z autyzmem są stereotypowe ruchy dotyczące trzech obszarów: rąk, całego ciała oraz postawy i chodu. Stereotypie ruchowe w zakresie rąk są reprezentowane poprzez machanie dłońmi, klaskanie, ciągłe kręcenie przedmiotami. Stereotypie ruchowe w obrębie ciała manifestowane są poprzez kołysanie, kręcenie się wokół własnej osi, napady skłonów w przód i w tył. Natomiast stereotypie dotyczące chodu i postawy są reprezentowane poprzez chodzenie na palcach lub częste podskoki. Pacjenci często wykazują fiksację na przedmiotach czy na sekwencjach ruchów, np. na ciągłym gaszeniu i zapalaniu światła. U dzieci z ASD często obserwuje się różnego rodzaju zaburzenia z zakresu integracji sensorycznej (5, 11).

Cechami charakterystycznymi mowy dzieci z autyzmem są opóźnianie jej rozwoju w stosunku do rówieśników lub w skrajnych przypadkach całkowity brak rozwoju mowy. Dzieci, które mówią, mają trudności z zainicjowaniem rozmowy lub jej kontynuowaniem. Mowa jest stereotypowa, charakteryzuje się licznymi powtórzeniami tych samych słów lub zwrotów. Mogą również wystąpić zaburzenia natężenia, intonacji, tempa, rytmu i akcentu mowy (9-11).

Zalewski includes mutism and aphonia to the group of speech neuroses, similarly to Styczek, he adds, among others, fear of speaking – logophobia, logosthenia (reduced speaking competence), hysterical speech disorders (the main form of these disorders is logorea) (1, 5).

On the other hand, Czernikiewicz and Woźniak include schizophasia, some forms of stuttering, logoneurosis and speech disorders accompanying the autism spectrum among psychogenic voice disorders (1, 4, 5).

AUTISM

In 1943, Leo Kanner described autism as a pervasive development disorder of a child appearing approximately at 30 months of age (1, 4, 5).

Speech and communication disorders are one of the most characteristic symptoms of autism. Linguistic development is delayed and problems with the use of acquired skills in order to communicate with other people (5-8).

The etiology of ASD – Autism Spectrum Disorder – is not clearly defined. There is no evidence that a particular factor, gene, or specific brain change causes autism. This is due to the fact that the occurrence of autism is correlated with the presence of other disorders, which makes the formulation of an unambiguous thesis difficult (5, 9, 10).

The first symptoms of autism may be observed in early infancy, where the child manifests an aversion to physical contact with the parents and eye contact is limited or absent. Many children struggling with autism acquire developmental skills such as crawling, walking or speech at the same time as their peers, however, in a large percentage of children with autism, speech is delayed to a varying degree or we observe its regression (10, 11).

Characteristic for persons with autism are stereotypical movements in 3 areas: hands, whole body as well as posture and gait. Hand movement stereotypes are represented by waving hands, clapping, and constantly rotating objects. Movement stereotypes within the body are manifested by swaying, spinning around its axis, forward and backward bending. Gait and posture stereotypes are represented by tiptoeing or frequent jumping. Patients often show fixation on objects or sequences of movements, e.g. on constantly turning off and on the light. Various types of sensory integration disorders are often observed in children with ASD (5, 11).

Characteristic features of speech of children with autism include delay of its development in relation to their peers or, in extreme cases, a complete lack of speech development. Children who speak have difficulty initiating or continuing a conversation. Speech is stereotypical, characterized by numerous repetitions of the same words or phrases. Speech intensity, intonation, pace, rhythm and accent disturbances may also occur (9-11).

JĄKANIE

Jąkanie (łac. *alalia syllabaris*) to zaburzenie powszechnie obserwowane na całym świecie, dotyka wszystkie grupy kulturowe, religijne oraz społeczno-ekonomiczne. Zaburzenie płynności mowy w postaci jąkania jest zjawiskiem złożonym, ma wielopłaszczyznową etiologię i zróżnicowaną symptomatologię. Pierwsze objawy jąkania są zauważalne już we wczesnym dzieciństwie, przypadają na okres intensywnego rozwoju mowy pomiędzy 2. a 4. rokiem życia. U niektórych pacjentów jąkanie rozwija się stopniowo i narastająco, natomiast u innych pojawia się gwałtownie i nagle. Z badań naukowych (1) wynika, iż 1% populacji ogólnej się jąka, w wieku wczesnoszkolnym na 3 jąkających się chłopców przypada 1 dziewczynka, a około 10. roku życia 1 dziewczynka przypada na 6 jąkających się chłopców. Z powyższych badań wynika, że płeć męska jest czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia jąkania. Wyróżniono również czynniki: fizjologiczne, środowiskowe, lingwistyczne (związane z mową i językiem) oraz psychologiczne, leżące u podłoża jąkania. Wśród czynników fizjologicznych wyróżniamy:

- uwarunkowania genetyczne,
- czynniki neurologiczne w postaci strukturalnych i funkcjonalnych różnic w mózgu u dorosłych osób jąkających się,
- płeć męską,
- różnice w sprawności motorycznej związanej z powstawaniem mowy.

Czynniki lingwistyczne:

- opóźniony rozwój mowy lub ponadprzeciętne zdolności językowe,
- nieharmonijny rozwój mowy.

Czynniki środowiskowe:

- relacje rodzinne, szczególnie na polu rodzic-dziecko,
- duży niepokój ze strony rodzica,
- negatywne reakcje ze strony otoczenia, zwłaszcza grupy rówieśniczej.

Czynniki psychologiczne:

- temperament dziecka (bardziej aktywne, impulsywne, mniej elastyczne, bardziej reaktywne, wrażliwe, wycofane, introwertyczne, lękliwe, nieśmiałe),
- świadomość problemu u dziecka. Dziecko widzi, że ma problem z mówieniem, co rodzi brak akceptacji ze strony rówieśniczej. Pacjent czuje się niepewnie w czasie wypowiedzi, stresuje się, przez co jąkanie się nasila (2, 8, 12).

Szamburski zaznacza, iż czynnikiem wyzwalającym jąkanie w przypadku zaistnienia innych czynników predisponujących do wystąpienia jąkania może być silne pozytywne lub traumatyczne wydarzenie w życiu pacjenta (2, 8).

Alalia syllabaris, czyli jąkanie, jest to zaburzenie płynności mowy, którego cechą charakterystyczną są częste powtórzenia lub przedłużenia słów, sylab, dźwięków. Pacjenci zmagają się również z pauzami zakłócającymi rytmiczny przepływ mowy, bradyalią

STUTTERING

Stuttering (*alalia syllabaris*) is a disorder commonly observed in world population that affects all cultural, religious and socio-economic groups. Disorder of fluency in the form of stuttering is a complex phenomenon, it has a multifaceted etiology and varied symptomatology. The first symptoms of stuttering are noticeable in early childhood, they occur in the period of intensive speech development between 2 and 4 years old. Some patients develop stuttering gradually and progressively, while others – suddenly. Scientific research (1) shows that 1% of the general population stutters, in the early school age there is one girl for 3 boys who stutter, and at approximately 10 years of age this ratio changes and there is 1 girl for every 6 boys who stutter. The above studies show that male gender is a factor that increases the risk of stuttering. Physiological factors, environmental factors, linguistic factors related to speech and language, and psychological factors inducing stuttering have also been identified. Among the physiological factors, we may distinguish:

- genetic predispositions,
- neurological factors in the form of structural and functional differences in the brain in adults who stutter,
- male gender,
- differences in motor skills related to the production of speech.

Linguistic factors:

- delayed speech development or above-average language skills,
- inharmonious development of speech.

Environmental factors:

- family relationships, especially in the parent-child aspect,
- great anxiety of the parent,
- negative reactions from the environment, especially from the peer group.

Psychological factors:

- child temperament (more active, impulsive, less flexible, more reactive, sensitive, withdrawn, introverted, fearful, shy),
- awareness of the problem in the child. The child sees that he has a problem with speaking, which creates a lack of acceptance by his peers. The patient feels insecure when speaking, becomes stressed, which intensifies the stuttering (2, 8, 12).

Szamburski points that a strong positive or traumatic event in the patient's life may be a factor that triggers stuttering in the presence of other factors that predispose to this disorder (2, 8).

Alalia syllabaris, or stuttering, is a disorder of fluency of speech characterized by frequent repetitions or extensions of words, syllables and sounds. Patients also struggle with pauses that disrupt the rhythmic flow of speech, bradialia (slow speaking) and tachylalia (fast speaking). The main cause of stuttering is excessive

(zbyt wolne mówienie) oraz tachylalią (zbyt szybkie mówienie). Główną przyczyną jąkania jest nadmierne napięcie mięśni oddechowych, artykulacyjnych oraz fonacyjnych. Wyróżniamy trzy typy jąkania: kloniczne, toniczne oraz kloniczno-toniczne. Do głównych zakłóceń zalicza się zaburzenia tempa mówienia, zaburzenia czasu trwania głosek, czyli iloczasu, zakłócenia rytmu mówienia oraz zakłócenia melodii (1, 8, 13, 14).

Aspekt psychogeny ma duże znaczenie w etiologii jąkania, stopniu nasilenia zaburzenia i terapii logopedycznej (8).

SCHIZOFAZJA

Schizofazja została po raz pierwszy opisana przez niemieckiego lekarza Emila Kraepelina na przełomie XVIII i XIX wieku, jako przejaw zaburzeń ekspresji słownej pojawiający się w przypadkach schizofrenii (15, 16). Schizofazja była określana jako patologia językowa będąca kluczowym kryterium diagnostycznym w schizofrenii. Eugen Bleuler, autor pojęcia „schizofrenia” (gr. *schizis* – rozszczepienie, gr. *phren* – umysł), uważał zaburzenia asocjacji za jeden z czterech objawów osiowych psychozy. Uznał, że jest to objaw występujący u każdego pacjenta cierpiącego na schizofrenię, w każdym okresie tej psychozy (16-18).

Podjęto kilka prób systematyzacji zaburzeń językowych występujących w przebiegu schizofrenii. Pierwszy model czteroczynnikowy został opisany przez autorkę skali TLC, Nancy Andreasen, i zawierał trzy kategorie w zakresie zaburzeń językowych:

- luźne skojarzenia,
- zaburzenia negatywne,
- zaburzenia pozytywne.

Autorka do zaburzeń negatywnych zaliczyła dwa fenomeny: ubóstwo mowy i ubóstwo treści. Natomiast do zaburzeń pozytywnych pięć fenomenów: natłok mowy, uskokowość, zbaczanie wypowiedzi, rozkojarzenie, nielogiczność (17, 19, 20).

Czernikiewicz opracował nową skalę systematyzacji schizofazji na podstawie obserwacji klinicznych i lingwistycznych (16), a także opierając się na opisie fenomenów językowych według skali TLC oraz na metodzie analizy czynnikowej. Model schizofazji profesora Czernikiewicza zawiera cztery czynniki i fenomeny schizofatyczne w wersji klinicznej:

1. Czynniki K1 – „niespójność”:
 - zbaczanie wypowiedzi, nielogiczność, ubóstwo treści, uskokowość, utrata celu, przybliżenia słowne.
2. Czynniki K2 – „rozkojarzenie”:
 - rozkojarzenie, neologizmy, dźwięczenie.
3. Czynniki K3 – „fenomeny dodatkowe”:
 - natłok mowy, odnoszenie do siebie, drobiazgowość, persewacje, roztargnienie, mowa sztuczna.
4. Czynniki K4 – „zubożenie wypowiedzi”:
 - ubóstwo mowy, blokowanie, echolalia (16, 20, 21).

Reasumując, schizofazja to złożone zaburzenie mowy o podłożu psychotycznym, które charakteryzuje się lic-

znością w napięciu mięśni oddechowych, artykulacyjnych i fonacyjnych. Istnieją 3 typy jąkania: kloniczne, toniczne i kloniczno-toniczne. Główne zaburzenia obejmują tempo mówienia, czas trwania głosek, rytm i melodię wypowiedzi (1, 8, 13, 14).

Aspekt psychogeny ma duże znaczenie w etiologii jąkania, stopniu nasilenia zaburzenia i terapii logopedycznej (8).

SCHIZOPHASIA

Schizophasia została po raz pierwszy opisana przez niemieckiego lekarza Emila Kraepelina na przełomie XVIII i XIX wieku, jako przejaw zaburzeń ekspresji słownej pojawiający się w przypadkach schizofrenii (15, 16). Schizophasia została zdefiniowana jako patologia językowa będąca kluczowym kryterium diagnostycznym w schizofrenii. Eugen Bleuler, autor pojęcia „schizofrenia” (gr. *schizis* – rozszczepienie, gr. *phren* – umysł), uważał zaburzenia asocjacji za jeden z czterech objawów osiowych psychozy. Uznał, że jest to objaw występujący u każdego pacjenta cierpiącego na schizofrenię, w każdym okresie tej psychozy (16-18).

Wielokrotnie podejmowano próby systematyzacji zaburzeń językowych występujących w przebiegu schizofrenii. Pierwszy model czteroczynnikowy został opisany przez autorkę skali TLC, Nancy Andreasen, i zawierał trzy kategorie w zakresie zaburzeń językowych:

- luźne skojarzenia,
- zaburzenia negatywne,
- zaburzenia pozytywne.

Autorka do zaburzeń negatywnych zaliczyła dwa fenomeny: ubóstwo mowy i ubóstwo treści. Natomiast do zaburzeń pozytywnych pięć fenomenów: natłok mowy, uskokowość, zbaczanie wypowiedzi, rozkojarzenie, nielogiczność (17, 19, 20).

Czernikiewicz opracował nową skalę systematyzacji schizophasji na podstawie obserwacji klinicznych i lingwistycznych (16), a także opierając się na opisie fenomenów językowych według skali TLC oraz na metodzie analizy czynnikowej. Model schizophasji profesora Czernikiewicza zawiera cztery czynniki i fenomeny schizofatyczne w wersji klinicznej:

1. Czynniki K1 – „niespójność”:
 - dla odchylenia wypowiedzi, nielogiczność, ubóstwo treści, uskokowość, utrata celu, przybliżenia słowne.
2. Czynniki K2 – „rozkojarzenie”:
 - rozkojarzenie, neologizmy, dźwięczenie.
3. Czynniki K3 – „fenomeny dodatkowe”:
 - natłok mowy, odnoszenie do siebie, drobiazgowość, persewacje, roztargnienie, mowa sztuczna.
4. Czynniki K4 – „zubożenie wypowiedzi”:
 - ubóstwo mowy, blokowanie, echolalia (16, 20, 21).

Podsumowując, schizophasia to złożone zaburzenie mowy o podłożu psychotycznym, które charakteryzuje się lic-

nymi neologizmami, wypowiedzi nie mają logicznego związku, są fragmentaryczne, mowa staje się bełkotliwa, niewyraźna, niezrozumiała dla otoczenia. Swoistymi cechami schizofazji są salátka słowna oraz myślenie symboliczne, często magiczne. Niektórzy pacjenci zmagają się z myśleniem niezdiscyplinowanym, ich odpowiedzi na pytania są pozornie logiczne, ale zamiast konkretnych odpowiedzi występuje pseudofilozofowanie na temat zawarty w pytaniu. U niektórych pacjentów obecna jest echolalia, czyli ciągłe powtarzanie usłyszanych słów (22-24).

MUTYZM

Mutyzm przejawia się brakiem kontaktu werbalnego przy prawidłowej budowie i zachowanej sprawności narządów artykulacyjnych. Wśród przyczyn mutyzmu wyróżnia się:

- silne przeżycia emocjonalne,
- deprymujące środowisko,
- zaburzoną strukturę rodziny.

Występują dwa rodzaje mutyzmu: selektywny, czyli wybiórczy, oraz całkowity. W mutyzmie całkowitym dzieci nie mówią w żadnej sytuacji, do porozumiewania się używają krzyku, gestów niewerbalnych lub bezgłośnego szepotu. Najchętniej używaną formą komunikacji starszych dzieci jest język pisany. Pacjenci zmagający się z mutyzmem często borykają się z dysfagią, brakiem łaknienia, a także z anoreksją (1, 8, 25).

Mutyzm wybiórczy cechuje się niemożnością mówienia w określonych sytuacjach lub miejscach (25-27). Po raz pierwszy został opisany przez Adolfa Kussmaula w 1877 roku jako *aphasia voluntaria*. Do grupy pacjentów z tym zaburzeniem zaliczono dzieci, które nie mogły się komunikować pomimo opanowania mowy werbalnej. Nie miały one żadnych zaburzeń organicznych i były w intelektualnej normie rozwojowej. W 1934 roku szwajcarski psychiatra Mortiz Tramer stworzył pojęcie *selectiv mutism* do opisanego dzieci, które milczą w różnych miejscach i sytuacjach pomimo opanowania mowy werbalnej. Autor uznał, że dzieci są w pełni sprawcze i decydują, kiedy chcą się odezwać, a kiedy nie (26-28).

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w swoim podręczniku DSM-5 opublikowało kryteria określające diagnostykę mutyzmu wybiórczego:

- konsekwentna niemożność mówienia w pewnych sytuacjach,
- zakłócenie wpływa na osiągnięcia w szkole,
- zakłócenie wpływa na komunikację społeczną,
- czas trwania nie może być krótszy niż miesiąc.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 przedstawia następujące kryteria, według których u dziecka można zdiagnozować mutyzm:

- ekspresja i rozumienie języka przez dziecko plasuje się w granicach dwóch odchyłeń standardowych,
- jest sposobność potwierdzenia niemożności mówienia u dziecka w określonych sytuacjach, pomimo tego, że dziecko mówi w innych sytuacjach,

are fragmentary, speech becomes slurred, indistinct, incomprehensible to the environment. A specific feature of schizophasia is verbal salad and symbolic, often magical thinking. Some patients struggle with undisciplined thinking, their answers to the questions are seemingly logical, but instead of specific answers to the questions, there is pseudophosophy on the topic contained in the question. Some patients experience echolalia, ie constant repetition of heard words (22-24).

MUTISM

Mutism is manifested by the lack of verbal contact with undisturbed structure and efficiency of the articulation organs. The causes of mutism include:

- strong emotional experiences,
- discouraging environment,
- disturbed family structure.

Two types of mutism are distinguished: selective and total. In total mutism, children do not speak in any situation, they use shouting, non-verbal gestures or a silent whisper to communicate. Written language is the most commonly used form of communication for older children. Patients struggling with mutism often suffer from dysphagia and anorexia (1, 8, 25).

Selective mutism is characterized by the inability to speak in certain situations or places (25-27). Selective mutism was first described by Adolf Kussmaul in 1877 as *aphasia voluntaria*. The group of patients with this disorder included children who could not communicate despite the ability of verbal communication. Children had no organic abnormalities and were within the intellectual developmental norm. In 1934, the Swiss psychiatrist Mortiz Tramer created the term "selective mutism" to describe children who remain silent in various places and situations, despite the ability to communicate verbally. The author concluded that the children are fully aware and they decide when they want to speak up, and when not (26-28).

The American Psychiatric Association published the criteria for the diagnosis of selective mutism in DSM-5:

- consistent inability to speak in certain situations,
- the disorder affects school achievements,
- the disorder affects social communication,
- duration may not be less than a month.

The International Statistical Classification of Diseases and Health Problems ICD-10 presents the following criteria according to which a child may be diagnosed with mutism:

- the expression and understanding of the language by the child is within two standard deviations,
- it is possible to confirm that the child is unable to speak in certain situations, even though the child is speaking in other situations,
- the duration is more than two weeks,
- the disorder cannot be explained by a lack of spoken language skills,

- czas trwania jest dłuższy niż 2 tygodnie,
- zaburzeń nie można wyjaśniać brakiem znajomości języka mówionego,
- u dziecka nie występują całościowe zaburzenia rozwoju.

Pierwsze objawy mutyzmu wybiórczego pojawiają się pomiędzy 3. a 5. rokiem życia dziecka. Zaburzenie objawia się niemożnością mówienia w pewnych sytuacjach oraz mówieniem w innych. Objawy w postaci niemożności mówienia towarzyszą sytuacjom stresowym, zdarzeniom, w trakcie których pacjent czuje się niekomfortowo. Przykładem są momenty, gdy pacjent wie, że będzie widziany oraz słyszany przez grupę innych ludzi. Pacjenci z mutyzmem wybiórczym zazwyczaj swobodnie rozmawiają z domownikami, przyjacielem lub ze zwierzęciem (26, 28).

Dzieci zmagające się z mutyzmem wybiórczym są w normie intelektualnej, mają prawidłową budowę i sprawność narządów artykulacyjnych. Wśród etiologii wyróżnia się predyspozycje genetyczne. Mutyzm wybiórczy spowodowany jest najczęściej lękliwością, nieśmiałością, a także nadwrażliwością chorego. Czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia mutyzmu:

- separacja od rodziców,
- stresująca sytuacja w życiu dziecka, np. śmierć zwierzątka domowego,
- przeprowadzka,
- utrata bliskiej osoby,
- rozpoczęcie nauki w szkole lub przedszkolu (29, 30).

Mutyzmowi sprzyja również nadwrażliwość ze strony rodziców, którzy zaspakajają wszystkie potrzeby dziecka wyrażane niewerbalnie (26, 30).

Bystrzanowska wyróżnia dwa rodzaje mutyzmu wybiórczego: ciężkiego i lekkiego stopnia. Dzieci z ciężką postacią mutyzmu są bardziej zauważalne w przestrzeni społecznej – milczą: w domu, przedszkolu, szkole. Dzieci te rozmawiają z rodzicami tylko wtedy, gdy nikt inny nie ma szans na usłyszenie ich rozmowy. Mogą rozmawiać z kolegami na placu zabaw, a w szkole już się do nich nie odzywać. Dzieci z lekką postacią mutyzmu z reguły mówią ciszej niż inni. U tych pacjentów lęk przed mówieniem jest mniejszy niż lęk przed konsekwencjami niemówienia. Pacjenci z lekką postacią mutyzmu są postrzegani jako osoby manipulacyjne, wybierające osoby do rozmów, np. nauczycieli w szkole, kolegów na przerwie (26, 28, 31). Ten rodzaj mutyzmu często jest bagatelizowany przez środowisko dziecka. Rodzice i otoczenie przyjmują niemożność mówienia dziecka za nieśmiałość. Konsekwencje bagatelizowania problemu oraz braku stosownej terapii mogą być bardzo poważne, m.in.:

- mutyzm w postaci ciężkiej,
- fobia szkolna,
- fobia społeczna,
- depresja.

Bystrzanowska na podstawie długoletniej obserwacji pacjentów z mutyzmem wybiórczym, oprócz niemożności mówienia, wymienia inne cechy charakterystyczne dla tych osób:

- perfekcjonizm – dziecko boi się, że jego działania nie będą idealne, ciągle dąży do doskonałości,

- the child has no pervasive developmental disorder.

The first symptoms of selective mutism appear between 3 and 5 years of age. The disorder manifests in being unable to speak in certain situations and speaking in others. The symptoms in the form of inability to speak accompany stressful situations, events during which the patient feels uncomfortable. Examples of such situations are moments when the patient knows that he will be seen and heard by a group of other people. Patients with selective mutism usually talk freely with their household members, a friend or a pet (26, 28).

Children struggling with selective mutism are within intellectual norm, present undisturbed structure and efficiency of their articulation organs. Among the causes, genetic predisposition is distinguished. Selective mutism is most often caused by fearfulness, shyness and the patient's hypersensitivity. Factors that increase the risk of mutism:

- separation from parents,
- stressful situation in the child's life, e.g. death of a pet,
- moving to a new place,
- loss of a close person,
- starting school or nursery school (29, 30).

Mutism is also supported by the oversensitivity of the parents, who satisfy all the child's needs expressed non-verbally (26, 30).

Bystrzanowska distinguishes two types of selective mutism: severe and mild. Children with a severe form of mutism are more noticeable in the social space – they are silent: at home, nursery school, school. These children only talk to their parents when no one else has a chance to hear their conversation. They can talk to their friends on the playground and at school not to speak to them anymore. Children with a mild form of mutism tend to speak more quietly than others. In these patients, the fear of speaking is lesser than the fear of the consequences of not speaking. Patients with a mild form of mutism are perceived as manipulative people, choosing people to talk to, for example, teachers at school, colleagues during breaks (26, 28, 31). This type of mutism is often underestimated by the child's environment. The child is perceived as shy. The consequences of ignoring the problem and the lack of appropriate therapy may be very serious, including:

- severe mutism,
- school phobia,
- social phobia,
- depressive disorders.

Bystrzanowska, based on many years of observation of patients with selective mutism, apart from the inability to speak, is characterized by the following features:

- perfectionism – the child is afraid that his actions will not be perfect, he constantly strives for perfection,

- dzieci preferują schematyzm zachowań, wszelkie nowości potęgują lęk,
- ogólna lękliwość dzieci,
- wzmożone napięcie mięśniowe,
- nieporadność, sztywność ruchów,
- trudność w wyrażaniu emocji,
- uboga mimika twarzy,
- unikanie kontaktu wzrokowego,
- tiki, np. przygryzanie wargi (26, 30, 31).

DYSFONIA CZYNNOŚCIOWA

Dysfonie czynnościowe objawiają się zazwyczaj chrypką, uczuciem przeszkody w gardle, pieczeniem, kluciem, wysychaniem śluzówki jamy ustnej i gardła, osłabieniem siły głosu, zmniejszoną wydolnością fonacyjno-oddechową. Główną przyczyną dysfonii czynnościowej jest zaburzenie pracy mechanizmów nerwowo-mięśniowych krtani. W obrębie mięśni wewnętrznych i zewnętrznych krtani występują zaburzenia napięcia oraz koordynacji ich pracy. Wśród czynników ryzyka dysfonii czynnościowej wymienia się: nieprawidłową technikę emisji głosu, przeciążenie głosu (spowodowane wysiłkiem zawodowym), pracę głosem w złych warunkach akustycznych, długotrwałe przebywanie w zapyłonym środowisku, a także silny lub przewlekły stres. Wyróżniamy dwa typy dysfonii czynnościowej: hiper- i hipofunkcjonalną. Dysfonia hiperfunkcjonalna charakteryzuje się wzmożonym napięciem mięśniowym podczas fonacji. Cierpią na nią zazwyczaj osoby zawodowo pracujące głosem lub nadużywające głosu. Dysfonia hipofunkcjonalna cechuje się obniżonym napięciem mięśni zewnętrznych i wewnętrznych krtani w trakcie fonacji. Zmagają się z nią osoby wyniszczone długotrwałym procesem chorobowym, z niedoborem witamin, mające niedokrwistość lub choroby endokrynologiczne (1, 8, 10, 12, 32).

Najcięższą formą dysfonii czynnościowej jest afonia czynnościowa, czyli bezgłos. Całkowita utrata głosu jest manifestacją zachwiania równowagi psychologicznej: depresji, niepokoju, zaburzeń osobowości. Pacjent z afonią psychogenną może posługiwać się jedynie szeptem, mowa dźwięczna jest poza zasięgiem jego możliwości. Do przyczyn wystąpienia dysfonii zalicza się: stres, zwłaszcza nagły, konflikty społeczne, długotrwałe napięcia, silne przeżycia emocjonalne. Bezgłos może nastąpić nagle lub w ciągu kilku godzin, w niecodziennych okolicznościach, od dramatycznych do humorystycznych. Do grupy ryzyka zalicza się młodych mężczyzn oraz kobiety w młodym lub średnim wieku (1, 8, 33, 34).

PODSUMOWANIE

Głos jest narzędziem pracy wielu grup zawodowych. Dla dzieci możliwość komunikacji odgrywa fundamentalną rolę w procesie nauki, rozwoju oraz poznawania świata.

W powyższej pracy przytoczono przykłady zaburzeń głosu i mowy uwarunkowane psychogennie. Pacjenci zmagający się z niemożnością wyrażania myśli w postaci werbalnej wymagają specjalistycznej opieki logopedycznej. Podjęcie odpowiednich

- children prefer schematic behavior, all novelties increase anxiety,
- general timidity of children,
- increased muscle tension,
- awkwardness, stiffness of movements,
- difficulty in expressing emotions,
- poor facial expressions,
- avoiding eye contact,
- tics, for example biting the lip (26, 30, 31).

FUNCTIONAL DYSPHONIA

The most frequent symptoms of functional dysphonia include hoarseness, a feeling of obstruction in the throat, burning, stinging, drying of the oropharyngeal mucosa, voice weakness, reduced phonatory and respiratory efficiency. The main cause of functional dysphonia is the disturbance of the neuromuscular mechanisms of the larynx.

Within the muscles of the internal and external larynx there are disturbances in tension and coordination of their work. The risk factors for functional dysphonia include incorrect voice production technique, voice overload (caused by professional effort), working with the voice in poor acoustic conditions, dusty environment, as well as acute or chronic stress. There are two types of functional dysphonia: hyperfunctional and hypofunctional.

Hyperfunctional dysphonia is characterized by increased muscle tone during phonation. Usually, professional voice users suffer from functional dysphonia. Hypofunctional dysphonia is characterized by a reduced tension of the external and internal muscles of the larynx during phonation. The most frequently persons devastated by a long-term disease process, people with vitamin deficiency, anemia or endocrine diseases are suffering from hypofunctional dysphonia (1, 8, 10, 12, 32).

The most severe form of functional dysphonia is functional aphonia – the total lack of voice. Complete loss of voice is a manifestation of a psychological imbalance: depressive disorders, anxiety, personality disorders. A patient with psychogenic aphonia can only use a whisper, vocalization is beyond his reach. The causes of aphonia include stress, especially sudden stress, social conflicts, long-term tensions, strong emotional experiences. The silence may occur suddenly or within hours in unusual circumstances, from dramatic to humorous. The risk group includes men and women in young or middle age (1, 8, 33, 34).

CONCLUSIONS

Voice is a work tool for many professional groups. For children, the ability to communicate plays a fundamental role in the process of learning, developing and exploring the world.

The above study presents examples of psychogenic disorders of voice and speech. Patients struggling with the inability to express their

działań terapeutycznych może dać pacjentowi szansę na osiągnięcie sukcesów w komunikacji społecznej, a co za tym idzie w społeczności szkolnej lub miejscu pracy. W niektórych przypadkach, np. w schizofazji, fundamentem terapii jest leczenie chorób współistniejących.

Wydolność i jakość głosu są odzwierciedleniem problemów zdrowotnych człowieka zarówno ze sfery somatycznej, jak i psychicznej, dlatego bardzo duże znaczenie ma objęcie terapią psychologiczną pacjentów z psychogennymi zaburzeniami głosu i mowy.

thoughts verbally require specialist speech therapy care. Appropriate therapeutic approach may give the patient the ability to communicate with the environment. In some cases, for example, in schizophasia, treatment of comorbidities is crucial for the therapy.

Voice efficiency and quality reflect human health problems both in the somatic and psychological aspects, therefore, it is very important to provide psychological therapy to patients with psychogenic voice and speech disorders.

PIŚMIENNICTWO / BIBLIOGRAPHY

1. Krajewska M: Psychiatria w logopedii – problem zaburzeń somatoformicznych i nerwic mowy. *Neurolingwistyka Praktyczna* 2018; 4: 32-42.
2. Maniecka-Aleksandrowicz B, Domaniecka-Kołodziej A: Rehabilitacja w afonii psychogennej. *Audiofonologia* 2004; 25: 53-56.
3. Andersson K, Schalén L: Etiology and treatment of psychogenic voice disorder: results of a follow-up study of thirty patients. *J Voice* 1998; 12(1): 96-106.
4. Aronson EA: *Clinical voice disorders*. George Thieme Verlag Stuttgart, New York 1985.
5. Bader CA, Schick B: Psychogenic aphonia. A challenging diagnosis? *HNO* 2013; 61: 678-682.
6. Baker J: Persistent dysphonia in two performers affecting the singing and projected speaking voice: a report on a collaborative approach to management. *Logoped Phoniatr Vocol* 2002; 27: 179-187.
7. Baker J: Psychogenic voice disorders and traumatic stress experience: a discussion paper with two case reports. *J Voice* 2003; 17(3): 303-318.
8. Kelman E, Nicholas A: *Praktyczna interwencja w jękaniu wczesnodziecięcym*. Harmonia, Gdańsk 2008.
9. Boone D: *The voice and voice therapy*. Prentice-Hall Inc. Englewood Cliffs, New York 1971: 222-233.
10. Kosztyła-Hojna B, Moskal D, Kuryliszyn-Moskal A et al.: Morphological changes of the vocal fold mucosa in hyperfunctional dysphonia diagnosed by psychoacoustic and videostroboscopic methods. *Adv Med Sci* 2011; 56(2): 343-351.
11. Kosztyła-Hojna B, Moskal D, Rogowski M et al.: The usage of modern physiotherapeutic methods of rehabilitation in treatment of chosen kinds of dysphonia. *Otolaryngol Pol* 2012; 66(5): 328-336.
12. Perello J: Functional dysphonias. Phonoponos and phononeurosis. *Folia Phoniatr (Basel)* 1962; 14: 150-205.
13. Kosztyła-Hojna B, Moskal D, Falkowski D et al.: High-speed digital imaging in the diagnosis of voice pathologies. *Pol Merkur Lekarski* 2016; 41(241): 26-31.
14. Kosztyła-Hojna B, Moskal D, Kuryliszyn-Moskal A et al.: Usefulness of high-speed digital imaging (HSDI) in the diagnosis of oedematous – hypertrophic changes of the larynx in people using voice occupationally. *Otolaryngol Pol* 2017; 71(4): 19-25.
15. Roy N, Bless DM, Heisey D: Personality and voice disorders: a multitrait-multidisorder analysis. *J Voice* 2000; 14(4): 521-548.
16. Czernikiewicz A: *Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii*. Wyd. IPIŃ, Warszawa 2004.
17. Woźniak T: *Narracja w schizofrenii*. Wyd. UMCS, Lublin 2005.
18. Andreasen N: Thought, language, and communication disorders. II. Diagnostic significance. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 1325-1330.
19. Toomey R, Kremen W, Simpson J et al.: Revisiting the factor structure for positive and negative symptoms: Evidence from large heterogeneous group of psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 371-377.
20. Thomas P, Kerney G, Napier E et al.: Speech and language in first onset psychosis: differences between people with schizophrenia, mania, and controls. *Br J Psychiatr* 1996; 168: 337-343.
21. Morice R, Ingram J: Language complexity and age of onset of schizophrenia. *Psychiatry Res* 1982; 9: 233-242.
22. Liddle P: Syndromes in schizophrenia and their neuropsychological and neuroanatomical correlates. [In:] Pantelis C, Nelson H, Barnes T (eds.): *Schizophrenia: A neuropsychological perspective*. Wiley, Chichester 1996: 299-316.
23. Peralta V, De Leon J, Cuesta M: Are the more than two syndromes in schizophrenia? A critique of the positive-negative dichotomy. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 335-343.
24. Schmand B, Brand N, Kuipers T: Procedural learning of cognitive and motor skills in psychotic patients. *Schizophr Res* 1992; 8: 157-170.
25. Nemr K, Somoos-Zenari M, Marques SF et al.: Psychogenic dysphonia associated to other diseases: a challenge for speech therapy. *ProFono* 2010; 22(3): 359-361.
26. Bystrzanowska M: *Mutyzm wybiórczy. Poradnik dla rodziców, nauczycieli i specjalistów*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2017.
27. Bawolska A: Dziecko z mutyzmem wybiórczym – charakterystyka zjawiska. 2011. *Niepełnosprawność* 2019; 33(2019): 204-212.
28. Cabała M, Leoniak-Stępień A, Sztot R, Szyszka K: *Mutyzm wybiórczy. Trzy spojrzenia*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2016.
29. Bryńska A: *Zaburzenia lękowe i zaburzenia obsesyjno-kompulsywne*. [W:] Wolańczyk T, Komender J (red.): *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005; 148-174.

30. Tarkowski Z: Dzieci z zaburzeniami zachowania, emocji i mowy. Harmonia, Gdańsk 2015.
31. Gerrig RJ, Zimbardo GP: Psychologia i życie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
32. Paul BC, Chen S, Sridharan S et al.: Diagnostic accuracy of history, laryngoscopy, and stroboscopy. *Laryngoscope* 2013; 123(1): 215-219.
33. Pruszewicz A: Foniatria kliniczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1992.
34. Andreasen N, Grove W: Thought, language, and communication in schizophrenia: Diagnosis and prognosis. *Schizophr Bull* 1986; 12: 348-358.

otrzymano/received: 13.01.2020
zaakceptowano/accepted: 03.02.2020