

Diagnostyka różnicowa zaburzeń konwersyjnych i dyzartrii. Opis przypadku

Differential diagnosis of conversion disorders and dysarthria. Case report

¹ Oddział Neurologiczny, Szpital Czerniakowski sp. z o.o., Warszawa, Polska

² Zakład Logopedii i Emisji Głosu, Uniwersytet Warszawski, Warszawa, Polska

³ Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej, Szpital Wolski im. dr Anny Gostyrskiej sp. z o.o., Polska

Adres do korespondencji: Anna Lis-Skowrońska, Oddział Neurologiczny, Szpital Czerniakowski sp. z o.o., ul. Stępińska 19/25, 00-739 Warszawa, e-mail: aniafox@tlen.pl

ORCID iD

Olga Jauer-Niworowska  <https://orcid.org/0000-0001-8488-2933>

Streszczenie

Diagnoza różnicowa konwersyjnych zaburzeń mowy i dyzartrii jest klinicznie trudna, a literatura przedmiotu – uboga. W artykule przedstawiono opis pacjentki z zaburzeniami konwersyjnymi imitującymi dyzartrię poudarową. Scharakteryzowano wyniki analiz nagrań mowy 47-letniej chorej hospitalizowanej z powodu podejrzenia udaru mózgu. Oceniono: (1) sprawność motoryki warg i języka w niewerbalnych próbach ruchowych, (2) funkcje odruchowe, (3) siłę mięśniową (wstępna ocena kliniczna), (4) maksymalny czas fonacji, a także – w próbach językowych – (5) diadochokinezę i (6) artykulację. W celu wykluczenia afazji wykonano badanie przy użyciu polskiej wersji Frenchay Aphasia Screening Test. Wyniki potwierdziły brak afazji. Badanie neurologopedyczne wykazało normalizację motoryki niewerbalnej języka i warg oraz artykulacji. Obserwowano znaczne zróżnicowanie i zmienność nasilenia objawów zaburzeń motoryki niewerbalnej i mownej. Objawy zaburzeń były niespójne ze stanem ogólnomedycznym. W kontekście zaburzeń funkcji mowy badanie psychologiczne okazało się niewystarczające. Autorzy podkreślają konieczność interdyscyplinarnej współpracy w procesie diagnostyki zaburzeń konwersyjnych dotyczących mowy.

Słowa kluczowe: diagnoza, psychologia, logopedia, konwersyjne zaburzenie mowy, dyzartria

Abstract

The differential diagnosis of conversion speech disorders and dysarthria is difficult, and publications on the topic are scarce. This study describes the case of a 47-year-old woman with conversion disorders mimicking post-stroke dysarthria. A speech-language pathologist analysed the record of the woman's speech. In speech-language diagnosis, (1) tongue and lips nonverbal movements, (2) reflexes, (3) muscle strength (preliminary clinical assessment), (4) maximum phonation time, (5) diadochokinesis (tongue tests), and (6) articulation were assessed. After the examination based on the Polish version of the Frenchay Aphasia Screening Test, aphasia was excluded. Examination results showed great variability in observed symptoms involving the non-verbal and verbal motor skills, which were inconsistent with the patient's general medical condition. The psychological diagnosis turned out to be insufficient for the patient with conversion speech disorder. Based on this case, the authors underline the need for interdisciplinary cooperation between speech-language pathologist and psychologist in the diagnosis of conversion speech disorders.

Keywords: diagnosis, psychology, speech-language pathology, conversion speech disorder, dysarthria

WSTĘP

Niniejszy artykuł jest rozwinięciem omówienia trudnej klinicznie diagnozy różnicowej zaburzeń konwersyjnych i dyzartrii, opracowanym na podstawie opisu przypadku pacjentki z zaburzeniami konwersyjnymi imitującymi dyzartrię poudarową. Wstępne omówienie powyższej problematyki zaprezentowano 30 listopada 2019 roku w trakcie współautorskiego wystąpienia (Olga Jauer-Niworowska, Anna Lis, Przemysław I. Skowroński) podczas XXII Kongresu Polskiego Towarzystwa Neuropsychologicznego w Lublinie.

Problematyka zaburzeń konwersyjnych jest powszechnie znana specjalistom ochrony zdrowia, a konwersja – wymieniana jako zaburzenie w polskim wydaniu podręcznika *Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk Reference* wśród zaburzeń z objawami somatycznymi (Galecki i Świącicki, 2015). Zaburzenia konwersyjne znajdują się w przywołanej klasyfikacji w dziale *Zaburzenia z objawami somatycznymi i inne z nimi związane*, do którego zaklasyfikowano również: (1) zaburzenie pod postacią somatyczną (300.82) – pacjent boryka się z objawami bólowymi z towarzyszącymi uporczywymi myślami skoncentrowanymi na stanie zdrowia; (2) zaburzenie z lękiem o stan zdrowia, określane we wcześniejszych klasyfikacjach jako zaburzenie hipochondryczne (300.7); (3) zaburzenie pozorowane (300.19), polegające na fałszowaniu fizycznych lub psychicznych objawów chorobowych (zespół Münchhausena). W DSM-5 uwzględniono także oddziaływanie stanu psychicznego na stan ogólnomedyczny (316) i wpływ kondycji psychicznej pacjenta na przebieg leczenia. Zaburzenie konwersyjne (300.11) charakteryzowane jest jako zaburzenie z czynnościowymi objawami neurologicznymi, mogącymi dotyczyć zarówno uczucia, jak i ruchów dowolnych.

W artykule zostały ujęte treści odnoszące się wyłącznie do zaburzenia konwersyjnego.

DYZARTRIA A ZABURZENIA KONWERSYJNE

Dyzartria definiowana jest jako motoryczne zaburzenie mowy wynikające z uszkodzeń części ruchowej ośrodkowego i/lub obwodowego systemu nerwowego. Uszkodzenia powodujące dyzartrię obejmować mogą struktury korowe (rzadziej) i podkorowe układu nerwowego. Następstwem wskazanych uszkodzeń są porażenia i niedowłady mięśni aparatu mowy, zaburzające realizację wypowiedzi. Dyzartria nie wywołuje zaburzeń odbioru ani rozumienia mowy (Duffy, 2019; Gatkowska, 2012; Jauer-Niworowska, 2021a, 2009, 2021b).

Dyzartryczne zaburzenia mowy (dyzartria) są częstymi objawami udaru, ale samodzielnie występują jedynie w 1,3–2,8% przypadków. Przy średnim i znacznym nasileniu izolowanej dyzartrii pacjent zazwyczaj będzie zgłaszał cechy dysfagii (zaburzeń połykania), ponieważ aspekty motoryczne mówienia i połykania nakładają się na siebie. W dyzartrii czynnościowej pacjenci mogą skarżyć się na uczucie przeszkody w gardle (np. grudki, ciała obcego). Dyzartria czynnościowa rzadko jest izolowanym zespołem,

dlatego rozpoznanie można zazwyczaj ustalić na podstawie jej zmienności i dokładnego badania objawów towarzyszących (Popkirov *et al.*, 2020).

Niewiele publikacji dotyczy nieneurogennych zaburzeń mowy i języka, które różnią się od zaburzeń psychogennych (np. dysfonii psychogennej czy jąkania). W literaturze znaleźć można próbę klasyfikacji i charakterystyki nieneurogennych zaburzeń języka (*non-neurogenic language disorders*, NNLDs), czyli zmian w języku spowodowanych problemami psychosomatycznymi, zaburzeniami konwersyjnymi, zaburzeniami psychicznymi lub innymi przyczynami psychologicznymi. Klasyfikacja obejmuje m.in.: afazję psychogenną z dysgramatyzmem, psychogenne „lalie” (oksylalię i agitolalię, palilalię i echolalię, ksenolalię, glosolalię i koprolalię) oraz język psychotyczny i psychogenne formy zespołu obcego akcentu. Zaklasyfikowanie zaburzeń językowych jako odrębnych od zaburzeń myślenia sprawia trudności, ponieważ obie funkcje w dużym stopniu się pokrywają (Mendez, 2018). Warto jednak podkreślić, że myślenie i opracowanie tekstu „w głowie” osoby z dyzartrią (bez względu na etiologię zaburzenia) nie są naruszone w porównaniu z różnie nasilonymi zaburzeniami, które dotyczą kompleksu ruchów oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych, a wtórnie – aspektu prozodycznego mowy (intonacji, akcentu, rytmu, tempa mowy).

Zaburzenia czynnościowe mogą być pierwszym lub dominującym objawem choroby o podłożu psychosomatycznym. Wskazuje się tu dwa kroki prowadzące do rozpoznania. Po pierwsze ważna jest wiedza, jak odróżnić nieneurogenne zaburzenia mowy i języka od objawów neurogennych po ocenie neurologicznej, a po drugie – świadomość specyficznych cech towarzyszących i badań sugerujących obecność nieneurogennych zaburzeń mowy czy języka.

W jednej z polskich publikacji wymienia się zaburzenia, których objawy imitują różne choroby (Kapustka *et al.*, 2020). W kontekście prezentowanego przypadku należy wskazać, że wśród zaburzeń imitujących udar (*stroke mimics*) znajdować się mogą również zaburzenia czynnościowe (Lis-Skowrońska, 2021). Badania przeprowadzone w dużych ośrodkach w Londynie (Wielka Brytania) i Dosze (Katar) wykazały, iż częstość zaburzeń funkcjonalnych imitujących udar wynosi 8%. Są to zaburzenia często uważane za nieuchwytnie, tradycyjnie postrzegane były bowiem jako diagnoza wykluczenia, charakteryzująca się współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak lęk, neurotyczność czy traumatyzacja. Niemniej kryteria diagnostyczne czynnościowych zaburzeń neurologicznych uległy zasadniczej zmianie. Diagnozę wykluczenia zastąpiono diagnozą bazującą na fenotypie, popartą specyficznymi objawami klinicznymi, które wykazują niespójność, odwracalność i odgórną modulację objawów. W przypadkach zaburzeń imitujących udar składową postępowania diagnostycznego jest także diagnostyka obrazowa. Trzeba jednak zaznaczyć, że badania obrazowe mogą służyć jako dowód przeciw ostremu niedokrwieniu wyłącznie wtedy, gdy istnieje wyraźna niezgodność między obrazowaniem

Lp.	Konwersja	Dyzartria
1	Brak uszkodzeń organicznych w badaniach neuroobrazowych	Badania neuroobrazowe potwierdzają uszkodzenia w strukturach korowych i/lub podkorowych odpowiadających za motorykę aparatu mowy
2	Zasadniczo zachowane prawidłowe funkcje odruchowe i motoryka wolicjonalna mięśni mimicznych, narządów jamy ustnej, gardła, krtani (polykanie, odkasływanie, żucie, motoryka języka i warg)	Możliwe zaburzenia odruchów i motoryki celowej mięśni mimicznych, narządów jamy ustnej, gardła, krtani (polykanie, odkasływanie, żucie, motoryka języka i warg)
3	Wygląd twarzy w spoczynku i funkcjonowanie mięśni aparatu mowy nie są spójne ze stanem ogólnomedycznym. Widoczna jest zmienność funkcjonowania, której nie odpowiadają zmiany w wynikach badań medycznych	Wygląd twarzy w spoczynku i funkcjonowanie mięśni aparatu mowy są spójne ze stanem ogólnomedycznym. W trakcie obserwacji prowadzonej w krótkiej perspektywie czasowej brak istotnych zmian w nasileniu objawów

Tab. 1. Różnice między konwersją a dyzartrią

a objawami obserwowanymi klinicznie (Popkirov *et al.*, 2020). U około 20–30% chorych do rozwiązania dylematu diagnostycznego potrzebne są badania dodatkowe, np. badanie neuropsychologiczne lub neurologopedyczne (Budrewicz, 2020).

Najważniejsze różnice między konwersją a dyzartrią opisano w tab. 1.

Możliwa jest też sytuacja, w której objawy dyzartrii są wynikiem dyskretnych zmian i w rezultacie interpretacja obrazów mózgowia wymaga od klinicysty dużego doświadczenia. Być może właśnie to jest przyczyną dyzartrii o niejasnej etiologii odnotowywanych w piśmiennictwie zagranicznym. Jak się wydaje, część takich przypadków może mieć *de facto* charakter zaburzeń konwersyjnych (Duffy, 2019).

OPIS PRZYPADKU

Czterdziestosiedmioletnia pacjentka z wykształceniem zawodowym, pracująca jako woźna w szkole, została przyjęta do oddziału neurologicznego w trybie pilnym z zaburzeniami mowy i osłabieniem siły mięśniowej lewych kończyn. Jak wynikało z wywiadu, około 10:00 w dniu przyjęcia do szpitala odczuwała bóle głowy w okolicy potylicznej, a około 12:30 wystąpił epizod zasłabnięcia z następnym uczuciem obniżenia sprawności lewych kończyn. Ponadto chora leczyła się z powodu nadciśnienia tętniczego i hiperlipidemii. Lateralizację określono jako prawostronną.

W badaniu neurologicznym przy przyjęciu stwierdzono utrudnienia kontaktu z pacjentką, które charakteryzowała ściszona mowa, niezrozumiała w ocenie, podobna do mowy w afazji ruchowej. W opisie badania zaznaczono, że chora spełniała polecenia. Wspomniano o dyskretnym niedowładzie VII nerwu czaszkowego po stronie lewej z towarzyszącą tożstronnie niedoczulicą na twarzy. W zakresie lewej kończyny górnej stwierdzono głęboki niedowład i ślad ruchów palców lewej dłoni. Pacjentka zgłaszała niedoczulicę lewych kończyn.

W badaniu tomografii komputerowej (*computed tomography*, CT), wykonanym około 14:15, nie stwierdzono cech świeżego niedokrwienia ani krwawienia. W badaniu angiograficznym CT również nie odnotowano patologii. Mimo braku nieprawidłowości w powyższych badaniach na podstawie opisywanych objawów wysunięto podejrzenie udaru mózgu i pacjentkę potraktowano zgodnie z protokołem leczenia trombolitycznego. W ocenie z wykorzystaniem National

Institutes of Health Stroke Scale – NIHSS (Kasner, 2006) dokonanej przed podaniem leczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym chora uzyskała w pięciu kategoriach łącznie 12 punktów (4. Porażenie nerwu twarzowego – 1; 5. Siła mięśniowa kończyn górnych – 3; 6. Siła mięśniowa kończyn dolnych – 4; 8. Czucie – 2; 10. Dyzartria – 2). Następnie zastosowano alteplazę w dawce 6,75 mg *i.v.* (*intravenous therapy*) w bolusie i 60 mg we wlewie dożylnym. Po przyjęciu do sali intensywnego nadzoru neurologicznego w ocenie za pomocą NIHSS, przeprowadzonej 2 godziny po leczeniu trombolitycznym, chora uzyskała w sześciu kategoriach łącznie 10 punktów (4. Porażenie nerwu twarzowego – 1; 5. Siła mięśniowa kończyn górnych – 3; 6. Siła mięśniowa kończyn dolnych – 3; 8. Czucie – 1; 9. Mowa – 1; 10. Dyzartria – 1). Z kolei w ocenie po 24 godzinach od wdrożenia farmakoterapii pacjentka uzyskała w sześciu kategoriach łącznie 11 punktów (4. Porażenie nerwu twarzowego – 2; 5. Siła mięśniowa kończyn górnych – 3; 6. Siła mięśniowa kończyn dolnych – 3; 8. Czucie – 1; 10. Dyzartria – 2).

W kontrolnym badaniu CT nie stwierdzono zmian ogniskowych. W badaniu rezonansu magnetycznego (*magnetic resonance*, MR) głowy nie ujawniono nieprawidłowości poza niewielkim poszerzeniem naczynia żylnego w prawym płacie czołowym – DVA (*developmental venous anomaly*). W ultrasonograficznym badaniu duplex doppler nie opisano zmian miażdżycowych. Echokardiografia również nie wykazała nieprawidłowości.

Badania krwi nie potwierdziły chorób układowych ani zapalnych schorzeń układu krzepnięcia.

W szpitalu pacjentka była konsultowana przez fizjoterapeutę i lekarza rehabilitacji. W trakcie fizjoterapii prezentowała objawy dyskretnego niedowładu lewych kończyn o zmiennym nasileniu.

Podczas pobytu w oddziale neurologicznym stan chorej znacznie się poprawił. W 12. dniu hospitalizacji badaną wypisano do domu w stanie dobrym i – ze względu na niejasną etiologię zaburzeń – zakwalifikowano do rehabilitacji w oddziale dziennym.

Ocena stanu emocjonalnego – wyniki obserwacji i rozmów z pacjentką

Chora była oceniana również przez psychiatrę i psychologa. Ocenę psychologiczną prowadzono na podstawie obserwacji na poziomie behawioralnym, pogłębionego wywiadu

Lp.	Wargi			Lp.	Język		
	2. doba	4. doba	6. doba		2. doba	4. doba	6. doba
1	1	3	3	6	2	3	3
2	1	3	3	7	2	3	3
3	1	3	3	8	3	3	3
4	2	3	3	9	2	3	3
5	1	3	3	10	3	w3	3
	6	15	15	11	3	3	3
					15	18	18
	6/15	15/15	15/15		15/18	18/18	18/18
	40%	100%	100%		83%	100%	100%
Łącznie 36/45			80%	Łącznie 51/54			94%
Legenda: 3 – ruch wykonany poprawnie 2 – niewielkie zaburzenia parametrów ruchu 1 – umiarkowane zaburzenia parametrów ruchu, obecność współruchów 0 – ruch wykonany niepoprawnie lub brak ruchu				12	Siła mięśniowa zachowana		

Tab. 2. Orientacyjna ocena ilościowa niewerbalnych prób ruchowych warg i języka oraz wstępna ocena jakościowa siły mięśniowej języka u 47-letniej pacjentki

i rozmów kliniczno-terapeutycznych. Uwagę zwracały znacznego stopnia zmienność prezentowanych objawów neurologicznych oraz tendencja do częstego poszukiwania kontaktu z personelem medycznym (wielomówność i dygresyjność jako próby uzyskania uwagi rozmówców). Podczas wywiadu dostrzeżono nadmierną ekspresję

w niektórych reakcji emocjonalnych, szczególnie w związku z relacjonowaniem życia zawodowego (szkoła) i objawów chorobowych występujących u osób z najbliższego otoczenia (np. niesprawności poudarowej jednego z sąsiadów). W rozmowach klinicznych chora konsekwentnie zaprzeczała występowaniu jakichkolwiek trudności czy zaburzeń

Lp.	Nazwa próby	Opis
1	Otwieranie i zamykanie ust	Wyraźne spowolnienie ruchów. Coraz słabsze domykanie ust przy kolejnych ruchach i zakres ruchu zmniejszony o połowę z zachowaniem pozostałych parametrów ruchu
2	Uśmiech przy zamkniętych wargach i powrót do pozycji neutralnej	Wyraźnie zmniejszony zakres ruchu z zachowaniem pozostałych parametrów ruchu
3	Uśmiech jednostronny (raz w lewą, raz w prawą stronę)	Ruch wykonywany wyłącznie prawą stroną warg. Ruch w stronę lewą ograniczony, niepełny, ze skurczami przypominającymi dystonię – do różnicowania z mioklonicznymi skurczami mięśnia śmiechowego i unoszącego kąt ust
4	Szczerzenie zębów	W pierwszej próbie ograniczony zakres i spowolnienie ruchu z zachowaniem pozostałych parametrów. W drugiej próbie zwiększenie zakresu i tempa ruchu
5	Wysuwanie i spłaszczanie warg – „dzióbek – uśmiech”	Śladowe wysuwanie i zaokrąglanie warg. Ruchy spowolniałe, wykonywane niesymetrycznie – przy spłaszczaniu warg większy zakres ruchu po stronie lewej w porównaniu z prawą (odwrotnie niż w próbie uśmiechu). Widoczne dyskretne drżenia mięśnia śmiechowego po stronie prawej
6	Unoszenie języka do górnej granicy podniebienia twardego i zębów górnego łuku przy maksymalnym otwarciu ust	Język prawidłowo wklejony w podniebienie, obecne napięciowe grymasy mięśni mimicznych – obniżanie kątów ust i napięcie mięśni dna jamy ustnej. Objawy wskazują na wzmożone napięcie mięśni, co jest niespójne z obrazem wykonywanych wcześniej prób ruchowych
7	Wysuwanie języka z ust	Ograniczony zakres i spowolnienie ruchu z zachowaniem symetrii. Język bez cech zaników mięśniowych. Wykonania ruchów bezpośrednio po demonstracji wolniejsze niż przy próbie samodzielnego wykonania trzech powtórzeń próby. Mimo znaczącego spowolnienia, które można by interpretować jako objaw osłabienia, tempo ruchów wzrasta wraz z liczbą powtórzeń
8	Cofanie języka	Wykonanie poprawne
9	Ruchy języka do kątów ust	Spowolnienie ruchów przy zachowaniu pozostałych parametrów. Usta prawidłowo rozchylone z jednoczesnym spłaszczeniem w pełnym zakresie
10	Wysuwanie szerokiego języka z opieraniem o dolną wargę	Wykonanie poprawne
11	Język do prawego kąta ust, do guzka górnej wargi, do lewego kąta ust, do dolnej wargi w linii pośrodkowej	Wykonanie poprawne
12	Wstępne badanie siły mięśniowej języka z pokonaniem oporu szpatułki w płaszczyźnie poziomej (w bok i w kierunku doprzecznym)	Siła mięśniowa zachowana, pacjentka zgłaszała jednak asymetrię siły mięśniowej po stronie lewej

Tab. 3. Opis jakościowy prób ruchowych w nagraniu I (2. doba)

w sferze poznawczej i emocjonalnej. Wydaje się, że prezentowane objawy mogły służyć regulowaniu relacji z otoczeniem oraz uzyskiwaniu korzyści emocjonalnych (uwaga, poświęcony czas, akceptacja). Zarówno w ocenie psychologicznej, jak i w badaniu psychiatrycznym obserwowane objawy i reakcje wskazywały na mieszane tło zgłaszanych dolegliwości. Zaproponowano cechy zaburzeń konwersyjnych. Konsultujący psychiatra nie stwierdził wskazań do leczenia psychiatrycznego.

Badanie neurologopedyczne – wyniki obserwacji zachowań językowych pacjentki i prób motoryki niewerbalnej aparatu mowy

Wyniki badania neurologopedycznego przedstawione w artykule stanowią rezultat powtórnej weryfikacji przeprowadzonej przyłóżkowo diagnozy klinicznej. Do weryfikacji posłużyły nagrania z przebiegu badań, na których rejestrację pacjentka wyraziła pisemną zgodę. Należy zaznaczyć, że gdy logopeda nie ma możliwości rejestracji i powtórnej analizy zachowań werbalnych i motoryki aparatu mowy, nie zawsze możliwe jest dokonanie jednoznacznej oceny.

Badania neurologopedyczne zostały wykonane trzykrotnie i każdorazowo nagrane z użyciem kamery (GoPro HERO Session) – w 2., 4. i 6. dobie hospitalizacji. W badaniu wykorzystano próby werbalne i niewerbalne.

Zaburzenia realizacji wypowiedzi

Badanie logopedyczne wykazało:

- w 2. dobie hospitalizacji – zaburzenia realizacyjne o umiarkowanym nasileniu bez cech afazji; mowa była chwilami słabo zrozumiała, występowała bradyllalia (wolne tempo wypowiedzi);
- w 4. i 6. dobie – brak zaburzeń.

Komentarze pacjentki i odpowiedzi na pytania cechowała niespójność objawów zaburzeń artykulacyjnych: wyrazy fonetycznie trudniejsze zostały zrealizowane poprawnie w porównaniu z wyrazami łatwymi artykulacyjnie (w ramach jednego komunikatu „thak” jako potwierdzenie zrealizowane z przydechem i wyraźnie wymówiony wyraz „bardzo”).

Wykonanie prób motoryki niewerbalnej aparatu artykulacyjnego

Pacjentce zademonstrowano wykonanie następujących niewerbalnych prób ruchowych warg: otwieranie i zamykanie ust [1], uśmiech przy zamkniętych wargach i powrót do pozycji neutralnej [2], uśmiech jednostronny (raz w lewą, raz w prawą stronę) [3], szczyrzenie zębów [4], wysuwanie i spłaszczanie warg (dzióbek – uśmiech) [5], a także prób języka: unoszenie języka do górnej granicy podniebienia twardego i zębów górnego łuku przy maksymalnym otwarciu ust [6], wysuwanie języka z ust [7], cofanie języka [8], ruchy języka do kątów ust [9], wysuwanie szerokiego języka

z opieraniem o dolną wargę [10], język do prawego kąta ust, do guzka górnej wargi, do lewego kąta ust, do dolnej wargi w linii pośrodkowej [11], wstępne badanie siły mięśniowej języka z pokonaniem oporu szpatułki w płaszczyźnie poziomej (w bok i w kierunku doprzodnym) [12], po czym dokonano oceny ilościowej i jakościowej.

Sposób wykonania ruchów niewerbalnych był niespójny z obrazem ogólnomedycznym. Próby łatwiejsze, polegające na realizacji pojedynczych ruchów, badana wykonywała mniej poprawnie niż złożone sekwencje ruchów. Obraz zaburzeń ruchowych widoczny w czasie pojedynczych prób mógłby po części wskazywać na dyzartrię wiotką, a po części – na uszkodzenia jąder podstawy ze wzmożonym napięciem mięśniowym. Dyzartrię mieszaną wiotko-dystoniczną (korowo-podkorową) powodującą rozległe uszkodzenia w obrębie układu nerwowego, których u chorej nie stwierdzono. Jednocześnie z taką lokalizacją uszkodzenia i nasileniem objawów zaburzeń mowy i motoryki niewerbalnej niespójna jest w pełni zachowana sprawność połykania.

Nieprawidłowości dotyczące motoryki niewerbalnej artykulatorów widoczne w 2. dobie wycofały się całkowicie w kolejnych dniach. Ocena ilościowa i jakościowa sposobu realizacji niewerbalnych prób ruchowych artykulatorów została przedstawiona w tab. 2 i 3.

Badanie funkcji odruchowych

Zbadano odruchy obronne kasłania (na polecenie) i zwracania. Odruch wymiotny zbadano z wykorzystaniem szpatułki, którą drażniono okolicę tylnej części podniebienia twardego (łac. *palatum*), ewentualnie podniebienia miękkiego (łac. *velum*), języka (po przekroczeniu *postdorsum*) lub języczka. Badanie funkcji odruchowych nie wykazało odchyłań od normy.

Próby z użyciem materiału językowego

W celu oceny jakości fonacji pacjentkę poproszono o realizację głoski /a/ legato. Zadanie polegało na trzykrotnym powtórzeniu głoski po osobie badającej. Podczas prób oceniano cechy głosu i zdolności do utrzymania emisji. Zmierzono czas fonacji. Wyniki dotyczące jakości fonacji zamieszczono w tab. 4, 5, 6.

Wynik badania był niespójny z jakością głosu w mowie, np. w odpowiedzi na zadawane przez badającą pytania zamknięte chora realizowała słowo „tak” cicho, ale bez słyszalnego wysiłku i napięcia w głosie.

Ocenę diadochokinezy przeprowadzono na podstawie realizacji prób diadochokinetycznych /pa-ta-ka/ i /p-t-k/. Wyniki przedstawiono w tab. 7 i 8.

Wykonanie było niespójne z obiektywnym stopniem trudności prób: badana lepiej wykonała próbę o wyższym stopniu trudności (próba /p-t-k/ jest trudniejsza niż /pa-ta-ka/). Pacjentkę prosiło także o przyspieszenie i zatrzymanie powtarzanych zestawień sylab i głosek na polecenie w celu weryfikacji zdolności do modyfikacji tempa. Badana nie

Nagranie I (2. doba)			
Nr próby	1	2	3
Całkowity czas fonacji na 1 wydechu	Do 3 sekund	Do 3 sekund	13 sekund
Ocena w skali S.J. Robertson	Wykonanie słabe	Wykonanie słabe	Wykonanie zadowalające
Ocena emisji	Niepoprawna	Niepoprawna	Niepoprawna
Opis emisji	Od początku słyszalne wysięk i wahania siły głosu. W momencie rozpoczęcia emisji zwanie krtaniowe przypominające odkaśnięcie. Pod koniec głos cichnący	Trudności z utrzymaniem emisji. Od początku słyszalne stopniowe osłabienie siły głosu	Zmienność w sile głosu. Pod koniec głos cichnący

Tab. 4. Ocena realizacji głoski /a/ legato w 2. dobie

Nagranie II (4. doba)			
Nr próby	1	2	3
Całkowity czas fonacji na 1 wydechu	24 sekundy	26 sekund	26 sekund
Ocena w skali S.J. Robertson	Wykonanie normalne		
Ocena emisji	Poprawna		
Opis emisji	Bez cech zaburzeń		

Tab. 5. Ocena realizacji głoski /a/ legato w 4. dobie

Nagranie III (6. doba)			
Nr próby	1	2	3
Całkowity czas fonacji na 1 wydechu	21 sekund	17 sekund	20 sekund
Ocena w skali S.J. Robertson	Wykonanie normalne	Wykonanie dobre	Wykonanie normalne
Ocena emisji	Poprawna		
Opis emisji	Bez cech zaburzeń		

Tab. 6. Ocena realizacji głoski /a/ legato w 6. dobie

Powtarzanie /pa-ta-ka/	
Nagranie	Opis
I (2. doba)	Wykonanie niepoprawne. Zaburzenia tempa i rytmu z dominującym spowolnieniem i przedłużeniem samogłosek. Początkowo ciąg sylabiczny został zrealizowany jako /pha-th-pha-tha-kha-pa-ta-kha/. Słyszalne osłabienia głosek ze stratami powietrza
II (4. doba)	Wykonanie poprawne
III (6. doba)	Wykonanie poprawne

Tab. 7. Ocena diadochokinezy w próbie powtarzania /pa-ta-ka/

Powtarzanie /p-t-k/	
Nagranie	Opis
I (2. doba)	Wykonanie z cechami zaburzeń. Dyskretne spowolnienie. Wyraźnie słyszalne realizacje spółgłosek w izolacji: /p-t-k-p-t-k/. Każda realizacja głosek zwartych /t/ i /k/ ze spłaszczeniem warg. Przy drugim powtórzeniu słyszalna pauza między realizacją /p/ a dwiema pozostałymi spółgłoskami ciągu. W porównaniu z próbą /pa-ta-ka/ wyraźnie szybsze tempo realizacji
II (4. doba)	Wykonanie poprawne
III (6. doba)	Wykonanie poprawne

Tab. 8. Ocena diadochokinezy w próbie powtarzania /p-t-k/

wykonała zadania na polecenie, natomiast kiedy samodzielnie się wypowiadała, obserwowano zachowane możliwości zmian tempa mowy.

Następnie pacjentka powtórzyła po badającej listę wyrazów autorstwa Jauer-Niworowskiej (2021b).

Nie dokonano transkrypcji fonetycznej realizowanego materiału wyrazowego, ponieważ głoski były w większości

realizowane w sposób uniemożliwiający identyfikację wymawianego dźwięku języka polskiego.

Dodatkowo, w celu wykluczenia afazji, analizie poddano wyniki ilościowe polskiej wersji Frenchay Aphasia Screening Test – FAST (Bitniok, 1998; Enderby *et al.*, 1987), z uwzględnieniem zmienności wykonania powyższych prób.

Lp.		2. doba	4. doba	6. doba
Rozumienie mowy				
1.	Scena nad rzeką	5/5	5/5	5/5
2.	Figury geometryczne	5/5	5/5	5/5
Mowa ekspresyjna				
3.	Opowiadanie obrazka sytuacyjnego	5/5	5/5	5/5
4.	Fluencja słowna (kategoria semantyczna: nazwy zwierząt, czas: 60 sekund)	14 nazw – 4/5	28 nazw – 5/5	29 nazw – 5/5
Czytanie				
5.	Czytanie i wykonywanie poleceń dotyczących obrazka sytuacyjnego	5/5	5/5	5/5
Pisanie				
6.	Opis obrazka sytuacyjnego (czas: 5 min)	5/5	5/5	5/5
łącznie:		29	30	30
Interpretacja: Na występowanie afazji wskazuje liczba punktów poniżej następujących wartości krytycznych: • wiek do 60 lat – 27 punktów • 61 lat i więcej – 25 punktów				

Tab. 9. Ocena funkcji językowych z wykorzystaniem Frenchay Aphasia Screening Test (FAST)

Badanie z użyciem FAST

Wyniki FAST obrazuje tab. 9.

Badanie za pomocą FAST wykluczyło obecność afazji. U pacjentki zachowane było rozumienie poleceń prostych i złożonych. W 2. dobie podczas opowiadania obrazka sytuacyjnego chora początkowo nazywała pojedyncze elementy, a później tworzyła równoważniki zdań i zdania poprawne pod względem gramatycznym. Ujawniła się jednak tendencja do sylabizowania, zwłaszcza wielosylabowych wyrazów, i stopniowego przyspieszania tempa wypowiedzi. Wyraźne przyspieszenie tempa mowy było słyszalne w trakcie wyrażania przez chorą opinii na temat ukończonego zadania. Wskazane objawy są niespójne z obrazem zaburzeń charakterystycznych dla dyzartrii wiotkiej, którą można by rozpoznać na podstawie cichego, przydechowego głosu i ubogiej mimiki twarzy oraz ograniczeń motoryki artykulatorów przy względnie zachowanej intonacji. Mimo pozorów zmęczenia pacjentka pozytywnie zareagowała na zachętę do rozwinięcia wypowiedzi – dodała kilka zdań ze słyszalną modulacją głosu i zachowaną dźwięcznością. Mowę cechował zmienny poziom zrozumiałości, od wyraźnej i fonetycznie poprawnie zrealizowanych potakiwań do niezrozumiałych fragmentów wypowiedzi. Uwagę zwracały niespójne zmieniające się objawy jakości głosu: głos przydechowy, osłabiony z jednoczesną tendencją do pojawiania się zwarć krtaniowych i pauz w wypowiedzi.

Słownictwo użyte w wypowiedzi na temat obrazka sytuacyjnego związane było ze szkołą – miejscem, w którym pacjentka pracowała, a także przebywała podczas wystąpienia objawów w dniu przyjęcia do szpitala – oraz z wykonywanym przez badaną zawodem. Świadczy to o poziomie funkcjonowania językowego adekwatnym do poziomu wykształcenia (wykształcenie zawodowe).

W próbie fluencji słownej (kategorialnej) w zachowaniach językowych zwracały uwagę:

- hipomimia, ale z zachowaniem symetrii twarzy;
- mowa cicha, wolne tempo (bradylalia);
- przydech, pauzy;
- słyszalne zaburzenia realizacyjne, osłabienie zwarć, ubezdźwięcznienia – w odbiorze mowy chorej pomocny kontekst;
- dopytywanie o poprawność wymienianych nazw z kategorii „zwierzęta”.

Zachowanie pacjentki w okresie diagnostyki wskazywało też na możliwe czynnościowe podłoże zaburzeń. Badana próbowała przedłużyć czas trwania badania, chętnie w nim uczestniczyła, nie wydawała się zaniepokojona swoim stanem zdrowia (uśmiechała się do kamery, nie wykazywała objawów zdenerwowania). Objawy zmęczenia – westchnienia, przymykanie oczu – były często niespójne z pojawiającą się bezpośrednio po westchnieniach wyraźną artykulacją. Mimo braku podstaw do dalszej obserwacji i wycofania się objawów patologicznych w 4. i 6. dobie hospitalizacji pacjentka nadal wyrażała żywe zainteresowanie udziałem w nagrywanych badaniach.

OMÓWIENIE

W diagnostyce zaburzeń konwersyjnych u opisaney pacjentki najistotniejsza okazała się holistyczna analiza wszystkich uzyskanych wyników badań. Wykazana powtarzalność wielodyscyplinarnych badań dostarczyła dowodów na poparcie tezy o konwersyjnych cechach zaburzeń realizacji mowy imitujących dyzartrię poudarową. Wartość holistycznego podejścia w diagnozie zaburzeń czynnościowych potwierdzają dane z literatury (Jones *et al.*, 2011; Scheidt *et al.*, 2014).

Kluczowe dla przedstawionego procesu diagnostycznego okazało się stwierdzenie zmienności realizacyjnej wypowiedzi – bliskość czasowa realizacji poprawnych i głęboko zaburzonych – w powiązaniu z obecnością objawów behawioralnych świadczących o zaburzeniach emocjonalnych.

Obserwacje kliniczne chorych z zaburzeniami mowy (dyzartrią poudarową) spowodowanymi uszkodzeniami strukturalnymi wykazały mniejsze niż w przypadku zaburzeń czynnościowych nasilenie zmienności artykulacyjnej. U osób z dyzartrią ewentualne różnice w nasileniu zaburzeń pozostawały w zgodzie z obrazem zaburzeń ogólnomedycznych.

Należy podkreślić, iż w polskim piśmiennictwie logopedycznym brak opisów dotyczących pacjentów z konwersyjnymi zaburzeniami przypominającymi dyzartrię.

WNIOSKI

W świetle uzyskanych wyników autorzy podkreślają konieczność powiązania diagnostyki motorycznej aparatu mowy (głównie w zakresie ruchów niewerbalnych) z wywiadem neurologopedycznym i psychologicznym. Kluczowe jest prowadzenie analiz realizacji materiału werbalnego w powiązaniu z analizą jakościowo-ilościową wykonania ruchów niewerbalnych artykulatorów pod kątem spójności z obrazem ogólnomedycznym. W kontekście procesu diagnozy duże znaczenie ma współpraca interdyscyplinarna – medyczno-psychologiczno-logopedyczna, bez której nie jest możliwe ustalenie precyzyjnego rozpoznania.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do publikacji.

Wkład autorów

Koncepcja i projekt badania: ALS. Gromadzenie i/lub zestawianie danych: ALS, PIS. Analiza i interpretacja danych: ALS, OJN, PIS. Napisanie artykułu: ALS, OJN, PIS. Krytyczne zrecenzowanie artykułu: ALS, OJN. Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu: ALS, OJN, PIS.

Piśmiennictwo

- Bitniok M: Przesiewowy Test Badania Afazji Frenchay (FAST) – polska wersja. Typescript made available by the author for clinical use, 1998.
- Budrewicz S (ed. pol. ed.): Udar mózgu. Edra Urban & Partner, Wrocław 2020. Kraft P (ed.): Elsevier Essentials Schlaganfall. Elsevier GmbH, Deutschland 2018: 36–39.
- Duffy JR: Motor Speech Disorders: Substrates, Differential Diagnosis, and Management. 4th ed., Elsevier, St. Louis 2019.
- Enderby P, Wood VA, Wade DT et al.: The Frenchay Aphasia Screening Test: a short, simple test for aphasia appropriate for non-specialists. *Int Rehabil Med* 1987; 8: 166–170.
- Galecki P, Święcicki Ł (eds. Pol. ed.): Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk Reference. Edra Urban & Partner, Wrocław 2015. Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5. American Psychiatric Association, Arlington 2013: 159.
- Gatkowska I: Diagnoza dyzartrii u dorosłych w neurologii klinicznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
- Jauer-Niworowska O: Diagnoza różnicowa afazji i dyzartrii. In: Tarkowski Z (ed.): Afazjologia. Organiczne zaburzenia mowy. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2021a: 265–280.
- Jauer-Niworowska O: Dyzartria nabyta. Diagnoza logopedyczna i terapia osób dorosłych. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2009.
- Jauer-Niworowska O: Psychologiczno-motoryczne podejście do diagnozy i terapii osób z dyzartrią. In: Tarkowski Z (ed.): Afazjologia. Organiczne zaburzenia mowy. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2021b: 281–314.
- Jones HN, Story TJ, Collins TA et al.: Multidisciplinary assessment and diagnosis of conversion disorder in a patient with foreign accent syndrome. *Behav Neurol* 2011; 24: 245–255.
- Kapustka D, Szkiełkowska A, Domeradzka-Kołodziej A: Trudności diagnostyczne w psychogennych zaburzeniach słuchu o typie zaburzeń konwersyjnych – opis przypadku. *Now Audiofonol* 2020; 9: 33–38.
- Kasner SE: Clinical interpretation and use of stroke scales. *Lancet Neurol* 2006; 5: 603–612.
- Lis-Skownońska A: Dyzartryczne zaburzenia mowy po jednostronnym udarze niedokrwiennym górnego neuronu ruchowego a inne wybrane typy dyzartrii poudarowej. Niepublikowana rozprawa doktorska dostępna w Repozytorium Uniwersytetu Warszawskiego. Warszawa 2021.
- Mendez MF: Non-neurogenic language disorders: a preliminary classification. *Psychosomatics* 2018; 59: 28–35.
- Popkirov S, Stone J, Buchan AM: Functional neurological disorder: a common and treatable stroke mimic. *Stroke* 2020; 51: 1629–1635.
- Scheidt CE, Baumann K, Katzev M et al.: Differentiating cerebral ischemia from functional neurological symptom disorder: a psychosomatic perspective. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 158.