



Zmaganie się pacjenta – lekarza z jąkaniem

The life of a stammering doctor

IRENA KRUPKA-MATUSZCZYK, MAŁGORZATA JANAS-KOZIK, KASPER CZECH, MACIEJ MATUSZCZYK

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

STRESZCZENIE

Cel. Celem pracy jest analiza przebiegu choroby oraz leczenia osoby jąkającej się będącej w specyficznej sytuacji rodzinnej i zawodowej.

Przypadek. 33-letni lekarz, jedyne dziecko rodziców lekarzy. Objaw jąkania pojawił się w 15 roku życia. Pacjent leczony był nieskutecznie przez rodziców różnymi metodami. Zastosowanie paroksetyny, zestawu witamin i mikroelementów, psychoterapii poznawczo-behawioralnej oraz separacji od rodziców spowodowało ustąpienie jąkania.

Komentarz. Praca przedstawia zmagania się mężczyzny z zaburzeniami mowy od 15 roku życia oraz zastosowaną terapię.

SUMMARY

Objective. The aim of the paper is an analysis of the medical history of a patient in a specific familial and professional situation.

Case report. A 33-year-old man, medical doctor, the only child of parents – physicians. The onset of his stammering was at the age of 15. He was unsuccessfully treated by his parents by a variety of methods. His stammer abated after treatment with paroxetine, a set of vitamins and microelements, cognitive-behavioral therapy, and separation from the parents.

Commentary. The paper reports the patient's coping with his speech disorder present since the age of 15, as well as the treatment used.

Słowa kluczowe: jąkanie się / terapia

Key words: stammer / therapy

Dotąd nie rozstrzygnięto czy jąkanie jest objawem, czy zespołem objawów, chorobą (nerwicą), zaburzeniem komunikacji słownej, czy wyuczonym zachowaniem werbalnym [1, 2]. Istnieje wiele definicji jąkania, a „Słownik psychologii” (1998) wskazuje następującą: zaburzenie płynności mowy polegające na kilkakrotnym powtarzaniu niektórych sylab – to jąkanie kloniczne, a w jąkaniu tonicznym osoba jąkająca się nie potrafi wymówić słowa, zaczyna się na nim [3].

W literaturze przedmiotu przytaczane są definicje jąkania się w ujęciu lingwistycznym, fizjologicznym i psychologicznym. W lingwistycznym ujęciu jest to wada wymowy polegająca na przerywaniu w pośrodku sylab, słów, zdań i powtarzaniu głosek, zaciąganiu się i zmianie natężenia głosu bez intencji mówiącego, także mówienie nie płynne [2]. Wg Woźniaka (1993) w tym nie płynnym mówieniu dominują zjawiska fonetyczne związane z zakłóceniem tempa mówienia, iloczasu (długości trwania głosek), koartikulacji (przechodzenia jednej artykulacji w drugą i ich wzajemnego nakładania się) i melodii (formy intonacyjnej dla zdania twierdzącego lub pytającego) [2]. Najstarsza fizjologiczna definicja jąkania została podana przez Ołtuszewskiego w 1893 r. i określiła jako zaburzenie związane ze spastycznymi ruchami mięśni aparatu mowy, natomiast Pruszewicz (1993) uważa, że jest to rozpad koordynacji wszystkich ruchów uczestniczących w mowie [4, 5].

Psycholog Van Riper (1964) podaje, że jąkanie jest wprost proporcjonalne do kary, lęku, frustracji, wrogości, poczucia winy, stresu komunikacyjnego, obawy wypowiedzenia określonych głosek lub wyrazów, a odwrotnie pro-

porcjonalne do pewności siebie i płynności mówienia [6]. Natomiast kolejna psychologiczna definicja Woolfa (1967) ocenia, iż jest to wynik oczekiwania na wystąpienie jąkania z walką o płynność mówienia i unikanie sytuacji wymagającej mówienia [7].

Podsumowując dostępne definicje można stwierdzić, iż jest to nie płynność mówienia, spowodowana nadmiernymi skurczami mięśni oddechowych, fonacyjnych lub artykulacyjnych, której towarzyszą różnorodne reakcje indywidualne lub społeczne zakłócające komunikację międzyludzką.

W podrozdziale „Inne zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńszym” klasyfikacja ICD-10 wskazuje następujące kryteria diagnostyczne: zaburzenie charakteryzuje się częstym powtarzaniem lub przeciąganiem dźwięków, sylab lub słów, albo częstymi wahaniami lub pauzami, które zaburzają rytmiczność toku wypowiedzi. Powinno być rozpoznawane tylko wtedy, jeśli jego stopień w wyraźny sposób upośledza płynność mowy [8].

W tej pracy przedstawiamy przebieg życia lekarza przez wiele lat walczącego z jąkaniem się, któremu udało się skutecznie pomóc farmakologicznie i psychoterapeutycznie.

OPIS PRZYPADKU

Mężczyzna, lat 36, lekarz o 2 specjalnościach zabiegowych, jedynak, żonaty, bezdzietny. Był znakomitym uczniem i studentem. Oboje rodzice są lekarzami, żyją. Pracuje zawodowo w pełnym wymiarze godzin, dyżuruje. Został naszym

pacjentem w ostatnim tygodniu piątego miesiąca zwolnienia lekarskiego, wydawanego przez lekarza rodzinnego z numerem statystycznym schorzenia somatycznego.

Wywiad: jękanie i zacinanie wystąpiło w 15 roku życia po śmierci dziadka, który był jego opiekunem i przyjacielem (rodzice pracowali intensywnie) i wówczas pojawił się, jak określa pacjent, „horror przed klasą”. Dawni przyjaciele odsunęli się od niego, choć przyznaje, że sam zaczął ich unikać. Rodzice podjęli decyzję o leczeniu syna poprzez umieszczanie go w czasie każdych wakacji na obozach dla osób jękających się lub w zakonach, gdzie miał być ćwiczony w swobodnym mówieniu. Taki sposób terapii trwał do ukończenia studiów. Już w czasie studiów lekarze różnych specjalności zalecali stosowanie leków z grupy benzodiazepin (m.in. lorazepam, alprazolam, oksazepam), które przynosiły krótkotrwałą poprawę, ale w konsekwencji doprowadziły do uzależnienia. Na żądanie rodziców dwukrotnie poddał się detoksykacji w oddziałach psychiatrycznych. W okresie czterech poprzedzających lat przyjmowała następujące leki w kolejności stosowania: wszystkie preparaty z grupy TLPD, tianeptynę, fluoksetynę, fluwoksaminę, citalopram, buspiron, risperidon, moklobemid, olanzapinę. Równocześnie sam sobie dodatkowo aplikował lorazepam lub alprazolam zwłaszcza w dni, w których miał dyżur i musiał zdawać poranny raport przed zespołem lekarskim i ordynatorem oddziału.

Badanie (czerwiec 2002 r.): stwierdzono osobowość lękliwą, unikającą, zespół fobii społecznej ze współistniejącym zespołem depresyjnym o nasileniu umiarkowanym. Wykonane badania dodatkowe: EEG, EKG, CT i MRI głowy nie wykazały odchyłeń od normy.

Terapia: witaminy z grupy B w iniekcjach domięśniowych, mikroelementy, paroksetyna w dawce wzrastającej do 40 mg/die, stopniowe odstawianie alprazolamu i lorazepamu z równoczesną psychoterapią indywidualną poznawczo-behawioralną i rodzinną 1 raz w tygodniu. Paroksetyna nie była dotychczas stosowana u chorego, a pozytywne doświadczenia Dunbara i Fuella (1992) w tym zakresie zachęcały do jej zastosowania w dawce 20 do 60 mg/die [9]. W psychoterapii indywidualnej z elementów poznawczych wykorzystano pracę nad trudnymi bieżącymi sytuacjami zawodowymi i rodzinnymi, a behawioralnie uczono pacjenta treningu autogennego, ćwiczeń oddechowych i stosowano stopniową ekspozycję na sytuacje dla niego trudne, jak również desensytyzację.

Pacjent po 3 tygodniach zaczął wypowiadać się swobodnie i wspólnie podjęto decyzję o powrocie do pracy ty-

dzień przed zakończeniem sześciomiesięcznego zwolnienia. Dzień przed powrotem do pracy pacjent zgłosił się do PZP w innym mieście i lekarz psychiatra wystawił mu skierowanie do oddziału dziennego w celu dalszego leczenia z rozpoznaniem depresji o nasileniu ciężkim. Przez 3 dni brał udział w zajęciach w oddziale, ale zrezygnował i zgłosił się do pracy, gdzie pracuje do dzisiaj. Nie jąka się, ale stale wymaga wsparcia ze strony terapeutów. W czasie urlopu terapeutki poczuł się gorzej i sam zwiększył dawkę paroksetyny do 60 mg/dobę, co spowodowało znaczne rozdrażnienie z agresją słowną i czynną w stosunku do żony.

Stan aktualny: przyjmuje paroksetynę w dawce 20 do 40 mg w zależności od ekspozycji na działanie sytuacji trudnych.

PODSUMOWANIE

Drastyczne metody leczenia stosowane przez rodziców przez wiele lat okazały się nieskuteczne. Włączenie leku z grupy SSRI z uzupełnieniem niedoborów witamin i mikroelementów oraz psychoterapia poznawczo-behawioralna spowodowały normalizację nastroju i separację pacjenta od rodziców, co dało efekt terapeutyczny – swobodnego wypowiedzenia się, który utrzymuje się do chwili obecnej.

PIŚMIENNICTWO

1. Chęć M. Aktualny stan badań nad jękaniami – wybrane zagadnienia. *Logopedia* 1993; 20: 41–8.
2. Woźniak T. Pojęcie jękania a metodyka postępowania logopedycznego. *Opuscula Logopaedica*. Lublin: Wydawnictwo WMCS; 1993.
3. Sillamy N. *Słownik psychologii*. Katowice: Wydawnictwo Książnica; 1998: 111.
4. Ołtuszewski W. *Szkic nauki o mowie i jej zбочeniach*. Warszawa: Biblioteka Lekarska; 1905.
5. Pruszczyk A. Jękanie. W: Pruszczyk A, red. *Foniatria kliniczna*. Warszawa: PZWL; 1992: 225–61.
6. Van Riper C. *The nature of stuttering*. New York: Prentice Hall, Englewood Cliffs; 1982.
7. Woolf G. The assessment of stuttering as struggle, avoidance and expectancy. *Br J Disord Commun* 1967; 2: 158–71.
8. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10. Rozdział V: Zaburzenia Psychiczne i Zaburzenia Zachowania. 1992.
9. Dunbar GC, Fuell DL. The anti-anxiety and anti-agitation effects of paroxetine in depressed patients. *Int Clin Psychopharmacol* 1992; 6: 81–90.

Adres: Prof. Irena Krupka-Matuszczyk, Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiej Akademii Medycznej, ul Ziółowa 45, 40-635 Katowice, e-mail: irena@matuszczyk.pl