

Ena Tadić*Dječji vrtić Bajka, Zagreb*

Psihogene disfonije

Psychogenic dysphonias

Pregledni rad UDK: 616.22-008.5+612.821 <https://doi.org/10.31299/log.9.2.3>

SAŽETAK

Psihogene disfonije su poremećaji glasa, koji su rezultat psihološke neuravnoteženosti. Većina stručnjaka klasificira ih kao vrstu funkcionalnog poremećaja glasa, iako ima neslaganja i neusklađenosti o tome. Psihogeni poremećaji glasa javljaju se u dva osnovna oblika, kao disfonije kod kojih je kvaliteta glasa narušena, ili kao afonije kada se radi o bezglasju, iako su nevoljne radnje - kašljanje, smijanje ili plakanje - čujne. Psihogene disfonije i afonije karakterizira skup vokalnih teškoća i onih psihosocijalnih. Laringoskopskim pregledom uglavnom se ne uočavaju promjene na glasnicama, no glas je promukao, šuman, uz izraženu napetost gornjeg prsnog dijela, ramena i vrata. Nerijetko se javlja i nepravilno disanje. Psihosocijalna situacija također je narušena. Uzrok ovog poremećaja primarno je psihološke naravi. Dijagnostiku psihogene disfonije i afonije obavlja stručni multidisciplinarni tim - fonijatar, logoped i psiholog. Po potrebi, uključuju se i ostali stručnjaci. Konačna dijagnoza temelji se na mišljenju i procjeni svakog člana tima. Terapija zahtijeva uključenost u logopedsku i psihološku terapiju. Logopedska terapija odnosi se na kombinaciju simptomatske terapije i indirektnih vrsta terapije. Rezultat terapije najviše ovisi o osobi i njezinoj motivaciji za napretkom.

Ključne riječi:
 disfonije ▪
 psihogene disfonije ▪
 funkcionalni poremećaji glasa ▪
 multidisciplinarni pristup

ABSTRACT

Psychogenic dysphonia refers to voice disorders resulting from a psychological disequilibrium. Most researchers prefer to subsume psychogenic voice disorders under functional voice disorders, although there is little agreement in the nomenclature and classification of those voice disorders. Psychogenic voice disorders can be found in two forms, as dysphonia, when the voice is impaired, or as aphonia, when the person has lost his/her voice, but non-voluntary actions as coughing, laughing or crying are saved. Psychogenic dysphonias and aphonias are defined with variable vocal and psychosocial features. At a laryngoscopic level, visible changes on the larynx are not present, but the voice can sound harsh or hoarse, with noticeable tension of upper body part, shoulders and neck. Irregular breathing can also be detected. Psychosocial situation is also disrupted. Etiology of these voice disorders is primarily of psychological origin. Diagnosis is given by a multidisciplinary team consisting of a phoniatrician, speech therapist and psychologist. If necessary, other experts are invited. Final diagnosis is stated when every expert gives his/her evaluation and opinion. The treatment of psychogenic voice disorders implies both speech therapy and symptom based psychotherapy. Speech therapy includes a combination of symptomatic vocal therapy and use of indirect methods. The outcome of therapy depends significantly on person's motivation for progress.

Keywords:
 dysphonia ▪
 psychogenic dysphonia ▪
 functional voice disorders ▪
 multidisciplinary approach in therapy

UVOD

Sposobnost prenošenja informacija jedna je od najvažnijih čovjekovih karakteristika. Međutim, ona se obično povezuje s govorom i neverbalnim načinima komuniciranja, pritom se često zanemaruje uloga glasa. Glas puno otkriva o osobi s kojom se komunicira. Neovisno o mjestu ili vremenu kada se odvija razgovor, glas je čimbenik koji ponekad pruža mnogo više informacija od izgovoreni riječi. Po glasu se može zaključiti o dobi osobe, spolu, njezinom zdravstvenom, ali i psihološkom stanju. Većina ljudi ne razmišlja o tome tijekom razgovora, no glas otkriva i njihovo emocionalno stanje. Ono se teško može prikriti, osobito ako je riječ o izrazito jakim emocijama. Po glasu se može naslutiti i karakter osobe, kao i slika koju ta osoba ima o sebi. Prema tome, poveznica između glasa i psihološkog stanja je nedvojbeno. Svakodnevni stres, anksioznost, napetost, strah te narušeno psihofizičko stanje osobe može se ozbiljno reflektirati na kvalitetu glasa, što postaje ne samo zdravstveni nego i komunikacijski problem. Ne znači nužno da trenutna narušena kvaliteta glasa odmah predstavlja poremećaj glasa. Međutim, ako se stanje ponovi, prolongira i/ili pogorša – odlazak stručnjaku jedina je ispravna odluka.

Funkcionalni poremećaji glasa

Funkcionalni poremećaji glasa čine 40 % poremećaja glasa (Chedda i Werning, 2014), češće se javljaju kod žena srednje životne dobi nego kod muškaraca (McGlashan, 2003, prema Zečić i sur., 2010). Blisko su povezani sa psihološkim čimbenicima i osobitostima ličnosti osobe, kao što su tjeskoba i introvertiranost. Uloga psiholoških čimbenika na poremećaje glasa uočena je već u početku proučavanja ovog poremećaja glasa, što je vidljivo i po nazivima za funkcionalne poremećaje glasa – „histerični larinks“, „psihofonastenija“, „ratna afonija“, „neuroza glasnica“, „psihogene disfonije“, „psihosomatski poremećaji“, „somatoformni poremećaji“ i drugi. Osim ovih, upotrebljavani su i nazivi – „neorganski poremećaji glasa“, „hiperfunkcionalni i hipofunkcionalni poremećaji glasa“, te u novije vrijeme „zlouporaba glasa“. Raznovrsnost nazivlja dovodila je do konfuzije prilikom postavljanja dijagnoze, što je i danas prisutno (Seifert i Kollbrunner, 2005).

Podjela funkcionalnih disfonija također se mijenjala kroz povijest, ovisno o terminima koji su se upotrebljavali, o preferencijama i profesiji stručnjaka, kao i sklonosti prema određenoj tezi, odnosno terminu. Danas se sve češće u literaturi može naći termin „poremećaj glasa uzrokovan mišićnom napetošću“ (eng. *muscle tension dysphonia*) (Roy, 2003), ili – nama poznatiji naziv – „zlouporaba glasa“. Karakterizira ga prevelika napetost mišića larinksa i vratnih mišića koji utječu na proizvodnju glasa. Ugrubo se dijeli na primarne poremećaje glasa kod kojih je prisutna napetost mišića vrata, iako nema vidljivih promjena na glasnicama, dok kod sekundarnih postoji promjena na glasnicama, zbog toga je prisutna napetost u području vrata. Werning i McAllister (2001, prema Chedda i Werning, 2014) nude detaljniju klasifikaciju, i to na psihogene poremećaje glasa, idiopatske poremećaje glasa, poremećaje nastale zbog zlouporabe i/ili krive uporabe glasa i organske promjene,

nastale zbog zlouporabe i/ili krive uporabe glasa.

Obilježja funkcionalnih poremećaja glasa

Svi funkcionalni poremećaji glasa nastupaju iznenadno, kod nekih osoba i vrlo intenzivno, dok se kod drugih stanje postupno pogoršava. Može se raditi o spomenutoj zlouporabi glasa u smislu pretjeranih zahtjeva na glas, neadekvatnoj vokalnoj higijeni (slaba hidracija, pušenje, pretjerano konzumiranje alkohola, često pročišćavanje grla, nakašljavanje i drugo), naučenih oblika ponašanja nakon upala ili infekcija gornjih dišnih putova, prevelike mišićne napetosti područja grkljana, prisutnost laringofaringealnog refluksa, ali i psihološki čimbenici mogu utjecati na razvoj poremećaja glasa (Roy, 2003).

Simptomi funkcionalnih poremećaja glasa uglavnom su nespecifični. Mogu se javiti i kod osoba koji nemaju nužno poremećaj glasa. Primarni problem kod funkcionalnih poremećaja glasa obično je kvaliteta glasa koja je narušena u svim aspektima (Boone i McFarlane, 1999). Hrapavost najčešće ukazuje na glas čija proizvodnja zahtijeva velik napor i snagu, a ponekad je praćena odstupanjima u visini i intenzitetu glasa. Šumnost se može uočiti i nakon napornog i vokalno zahtjevnijeg dana kada su glasnice opuštene. Također se može javiti brzi napor prilikom govora, stezanje vratnih mišića i mišića grkljana, čak i gubitak ili pucanje glasa tijekom govora (Stemple, Glaze, Klaben, 2000). Osobe navode kako često imaju potrebu za čišćenjem grla, imaju osjećaj kao da se strano tijelo nalazi u grlu, a ponekad navode i bol, pečenje te žarenje u grlu (Boone i McFarlane, 1999). Prisutne su teškoće i kod respiracije, poput neuporabe ili krive uporabe trbušnog disanja, uzimanja prevelike količine zraka, kratak fonacijski izdah slabog intenziteta (Boone i McFarlane, 1999). Navedeni simptomi obično su popraćeni i psihološkim stanjima, poput izražene anksioznosti, napetosti, promjenama raspoloženja, emocionalnih problema i osjećaja nesigurnosti. Socijalna situacija također je narušena, radi se o stresnom okruženju uz izraženo nezadovoljstvo s trenutnom obiteljskom i poslovnom situacijom. Kod određenih funkcionalnih poremećaja glasa neki su simptomi više izraženi, no uglavnom je riječ o spletu nekoliko simptoma koji stvaraju kliničku sliku.

Definiranje psihogenih disfonija

Definiranje psihogenih disfonija predstavlja pravu znanstvenu raspravu. Najviše se raspravljalo o nazivima, klasifikaciji i diferencijalnoj dijagnostici, a o tome stručnjaci raspravljaju i danas. U starijoj literaturi nalaze se psihogene disfonije pod nazivima – „neurotični poremećaji glasa“, „akutni i iznenadni gubitak glasa“, „psihosomatski poremećaj glasa“, „histerični ili konverzijski simptomi“ (Aronson, Peterson, Litin, 1966, prema Rossi, 2009, Kollbrunner i sur., 2010), „fononeuroze“ (Andersson i Schalén (1998). Međutim, danas se izbacuju iz uporabe termini „neuroza“, „histerični“ ili „konverzijski“, zbog negativnih konotacija koje se vežu uz te nazive. Stvaraju krivu sliku teškoća, time i pogrešan početni stav društva, što utječe na osobu s poremećajem glasa. U novije se vrijeme sve više ističe i upotrebljava termin „psihogene disfonije,

odnosno afonije“, iako su terminološki problemi i dalje prisutni i dodatno otežavaju prepoznavanje i pristup.

Aronson (1990, prema Rosen i sur., 2003) definira psihogene disfonije kao poremećaje glasa koji su rezultat psihološke neuravnoteženosti (poput anksioznosti, poremećaja ličnosti, depresije i sličnih psiholoških stanja), što utječe na svakodnevno funkcioniranje osobe u njezinoj sredini. Kasnije definicije psihogene disfonije oslanjaju se na njegovu i samo dodatno proširuju. Andersson i Schalén (1998) navode kako se psihogene disfonije odnose na gubitak glasa bez vidljive strukturalne ili neurološke patologije, koji bi mogli biti uzrok poremećaja glasa. Butcher i sur. (2007) tvrde kako psihogeni poremećaji glasa jesu rezultat nestabilnog emocionalnog stanja osobe, neriješenih konflikata, ali mogu se pojaviti u dva oblika – može se raditi o narušenoj kvaliteti glasa, odnosno disfoniji ili o afoniji, tj. potpunom bezglasju. Ova razlika uočena je i ranije, stoga se ukomponirala u definiciju psihogenih poremećaja glasa.

Klasifikacija psihogenih disfonija

Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema (Svjetska zdravstvena organizacija, 2007), psihogene disfonije i afonije su disocijativni (konverzivni) poremećaji (šifra F44), odnosno posebna skupina disocijativnih mišićnih poremećaja (psihogeni poremećaji mišića) (šifra F44.4).

Psihogene disfonije i afonije se prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (četvrto, revidirano izdanje) klasificiraju pod somatoformne poremećaje (šifra 457) kao konverzivni poremećaj (šifra 464) s motoričkim simptomima ili deficitima (Američka psihijatrijska udruga, 2000).

U petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje, psihogene disfonije se klasificiraju kao konverzivni poremećaji (poremećaji s funkcionalnim neurološkim simptomima) sa simptomima govora (disfonija, nerazgovijetan govor), što je u kategoriji poremećaja sa somatskim simptomima i njima srodnim poremećajima (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Do promjene je došlo jer je termin „somatoformni poremećaji“ iz DSM-IV bio zbunjujući. Bilo je mnogo preklapanja unutar kategorije somatoformnih poremećaja i nejasnoća o granicama dijagnoza. Trenutna klasifikacija prepoznala je spomenuta preklapanja te reducirala ukupan broj poremećaja i njihovih potkategorija.

Zbog nezadovoljstva postojećim klasifikacijskim sustavom, Butcher i sur. (2007) kreirali su model klasifikacije temeljen na spoznaji potrebe za detaljnijim opisom i izmjenama u klasifikacijskom sustavu psihogenih disfonija. Predlažu model klasifikacije psihogenih disfonija i afonija, pritom pružajući iscrpan opis svake od njih, kao i razlikovna obilježja. Odluka o kojoj se vrsti radi, ovisi o psihološkoj procjeni, odnosno detaljnoj psihološkoj anamnezi, kao i znakovima koje osoba trenutno pokazuje (ili je prije pokazivala). Autori razlikuju:

1. Klasične konverzije (histerije),
2. Kognitivno-bihevioralne konverzije,
3. Habitualnu konverziju.

Klasična konverzija (histerija) odnosi se na stanje kod kojeg postoje jasni dokazi ozbiljnije psihopatologije uz

prisutnost dugotrajnog ili povremenog stanja afonije. Pacijent je pasivan, nesvjestan ozbiljnosti svog stanja, ne prihvaća dobro terapiju, negira problem. Obično se javlja kod osoba sa psihogenom afonijom, no bilo je zabilježenih slučajeva i kod psihogene disfonije, kada se radi o napetom glasu, nerijetko u *falsettu*. S druge strane, kognitivno-bihevioralne konverzije opisuju većinu slučajeva psihogene disfonije i afonije. Potaknute velikom količinom stresa, interpersonalnim sukobima, praćene su velikom mišićnom napetošću, anksioznošću i teškoćama izražavanja svojih osjećaja i stavova. Psihogeno-habitualno stanje je vrlo rijetko, a opisuje osobe kod kojih je i dalje prisutna psihogena disfonija, odnosno afonija iako su sukobi ili neki precipitirajući stresori uklonjeni. Takve osobe imale su dugotrajne faze psihogene disfonije ili afonije, što je rezultiralo automatizacijom takvog načina govorenja, stoga im je potrebna pomoć kako bi opet mogle uspostaviti urednu vokalnu kvalitetu glasa. U ovom slučaju javlja se zlouporaba glasa uz hiperkinetičke obrasce ponašanja i mora se dodatno raditi na osvještavanju glasa i vokalnoj higijeni.

Etiologija psihogenih disfonija

Kroz povijest mijenjali su se trendovi o etiologiji psihogenih disfonija, od strogo medicinskih pogleda do kognitivno bihevioralnih. Početak proučavanja datira čak iz razdoblja stare Grčke, gdje se na psihogeni gubitak glasa gledalo kao na stanje tzv. histerije (naziv „histerija“ zapravo dolazi od grč. riječi *hysterá*, što znači maternica). Takvi simptomi obično su se pronalazili kod ženske populacije, a mišljenje da se radi o „histeriji“ proizlazilo je iz premise kako su te žene bolovale od „lutajuće maternice“. Naime, smatralo se kako velika akumulacija stresa može uzrokovati pomicanje maternice prema grlu, stvarajući pritom osjećaj „knedle u grlu“ ili prisutnosti nekog stranog objekta, što je za posljedicu imalo gubitak glasa i smanjeni kapacitet pluća (Baker, 2002). Sa Sigmundom Freudom došlo je do promjene mišljenja i stavova u znanstvenim krugovima, osobito u području psihologije i medicine. On je razvio tezu o konverziji kojom dolazi do transmutacije, odnosno pretvorbe potisnutih emocija u neki oblik tjelesne ekspresije, što blokira uredan tijek funkcioniranja senzornog motornog puta (Baker, 2002). Sigmund Freud, baš kao i stari Grci, prepoznao je konverzijske reakcije u psihoneurotičnoj osobnosti žena koje su, prema njegovom mišljenju, pokazivale i potisnute seksualne želje te agresivno ponašanje (Baker, 2002). Ova teza nije u potpunosti odbačena, ali niti prihvaćena. Najviše kritika je, dakako, usmjereno prema njegovoj psihoanalizi u kontekstu neostvarenih seksualnih želja, ali i prema tome što naglašava psihičku nestabilnost osobe, što nije baš uvijek slučaj kod psihogene disfonije.

Psihogena disfonija je dominantna kod žena između tridesete i pedesete godine, iako je ima i kod djece i adolescenata (Touri i Marquardt, 2012, Garcia Martins i sur., 2014), u omjeru 8:1 (Kollbrunner i sur., 2010). Općenito, funkcionalni poremećaji glasa javljaju se češće u ženskoj populaciji. Smatra se kako su žene osjetljivije na reakcije okoline, podložnije stresu, ali i da pokazuju više samokritičnosti od muškaraca (Baker, 2002, Dietrich i sur., 2008). Kod muškaraca također se mogu javiti simptomi psihogene disfonije, osobito početkom puberteta kada dolazi do mutacije glasa. Isto tako, traumatsko iskustvo, smrt bliske

osobe, kao i neke druge teške životne situacije, mogu biti okidač za razvoj psihogene disfonije. Sigmund Freud ih je nazvao „nepodnošljive situacije“, odnosno one koje stvaraju takav psihološki distres da dovode do disocijacije u osobe (Baker, 2002). One ne moraju nužno biti trenutno aktualne, može se raditi o prošlim događajima koje je osoba potisnula i nije u potpunosti prihvatila (Baker, 2002). Isto tvrde i Rubin i Greenberg (2002) te dodaju kako početak poremećaja glasa ne mora biti uzrokovan samo jednim izoliranim događajem, nego se može raditi o više njih koji su se s vremenom akumulirali u osobi i kulminirati u određenom trenutku. S obzirom na navedeno, psihogena disfonija je jako rijetka među djecom i adolescentima, a njezin nastanak u toj dobi je vezan upravo uz traumatska iskustva, smrt bliskog člana ili različite oblike zlostavljanja (Garcia Martins i sur., 2014). Psihogene disfonije relativno su rijedak poremećaj, s prevalencijom oko 0,4 % prema starijoj literaturi (Brodnitz, 1969, House, Andrews, 1987, prema Kollbrunner i sur., 2010). Danas je taj broj i dalje nepoznat primarno zbog neusuglašenosti terminologije i klasifikacije (Kollbrunner i sur., 2010).

Nekolicina autora pokušala je pronaći poveznicu između depresije i/ili lošeg raspoloženja i psihogenih disfonija, kao stanja koje je primarno uzrokovano psihološkim čimbenicima. Pronađeno je kako osobe sa psihogenim disfonijama često pokazuju loše raspoloženje, kao i blagu do umjerenu depresiju (Mathieson, 2001, prema Butcher i sur., 2007). Nadalje, Deary i sur. (1997, prema Butcher i sur., 2007), kod žena s poremećajem glasa pronašli su veću količinu anksioznosti i depresije nego u općoj populaciji.

Neovisno o tome što je kod većine psihogenih disfonija laringoskopski pregled uredan, kod nekih je uočena veza između pojave vokalnih teškoća i upale gornjih dišnih putova (Butcher i sur., 2007). Početak psihogene disfonije često se preklapa s upalom gornjih dišnih putova i uz prisutnost nekog stresnog aktualnog događaja u životu osobe, ili s problemima s partnerom ili obitelji (Baker, 2002).

Obilježja psihogenih disfonija

Poremećaji glasa psihogene etiologije javljaju se u dva oblika. Može se raditi o poremećaju glasa (disfoniji) ili o potpunom nemogućnosti govorenja (afoniji). Butcher i sur. (2007) navode kako postoje preklapanja u fonacijskim i laringealnim znakovima i simptomima između psihogenih afonija i psihogenih disfonija, međutim uočena su i neka razlikovna obilježja. Psihogene disfonije češće se javljaju od psihogenih afonija, lakše se tretiraju, dok su psihogene afonije ozbiljnije stanje s većom mogućnošću ponovnog vraćanja (eng. *relaps*). Obično se nastanak psihogenih afonija veže uz izrazito stresnu životnu situaciju ili traumatsko iskustvo, što zahtijeva i drukčiji terapijski pristup. Kod psihogenih disfonija glas djeluje napeto, slabo, uočljiva je promuklost i šumnost (Baker, 2002, Teixeira i sur., 2008). Isto tako, govor može biti u neodgovarajućem registru (*false* kod muškaraca), a može se dogoditi i da glas puca (u visini i tijekom fonacije). Rosen i sur. (2003) navode kako se može uočiti uvijanje glasnica, što je konzistentno s prisutnom mišićnom napetosti. Garcia Martins i sur. (2014) dodaju kako se može javiti i tremor u glasu, ventrikularna

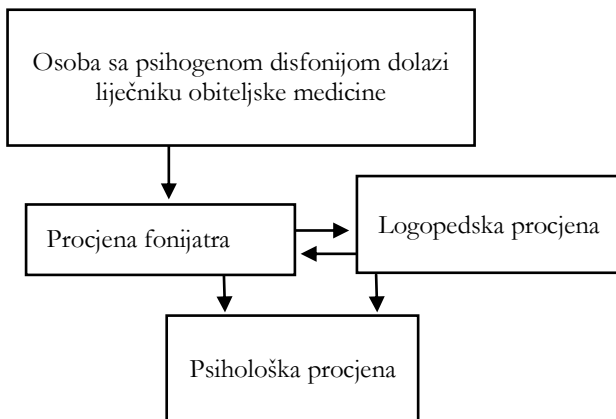
fonacija s hiperkontrakcijom i konstrikcijom, čak i prisutnost glotalnog rascjepa. S druge strane, psihogene afonije karakterizira nagli gubitak glasa, s čestim afoničnim epizodama (Garcia Martins i sur., 2014). Aronson (1990, prema Rossi 2009) navodi kako glas može prvo biti promukao, a tek onda uslijedi afonija, osobito ako osoba ne uspije riješiti svoj problem. Moguća je bol i napetost u laringealnom području. Osobe uglavnom šapću, ili pomiču samo usnama i tako komuniciraju sa svojom okolinom. Mogu se javiti trenuci visokog, napetog, ali i slabog glasa (Kollbrunner i sur., 2010). Specifično je kod psihogene disfonije i afonije da različiti oblici disfonije mogu biti pomiješani s trenucima urednog glasa (tzv. epizodične disfonije). U takvim situacijama, glas varira od stanja glasa uredne vokalne kvalitete tijekom kašlja, smijeha ili plača do narušene vokalne kvalitete tijekom razgovora (osobito tijekom emocionalnog razgovora) (Reiter i sur., 2013, Garcia Martins i sur., 2014). Tijekom pjevanja (osobito ako osoba ne čuje svoj glas), obično se postigne glas relativno uredne vokalne kvalitete. Nadalje, perceptivna obilježja mogu biti slična funkcionalnim poremećajima glasa, na što osobito treba obratiti pozornost kako ne bi došlo do postavljanja pogrešne dijagnoze. Usto, mogu biti nekonzistentna s obzirom na klinički pregled (npr. postojanje vokalnih teškoća neovisno o odsustvu laringealne patologije ili uz prisutnost blagih laringealnih teškoća). Fiziološka prezentacija može varirati, od urednog izgleda larinksa bez vidljivih promjena na njemu do prisutne laringealne patologije. Tada se najčešće radi o vokalnim nodulima, kao produktu dugotrajnih pokušaja proizvodnje glasa.

Sposobno je kako psihogene disfonije određuju i psihosocijalni čimbenici. Najčešće se radi o osobama koje imaju obiteljske probleme, zdravstvene probleme, financijske teškoće, probleme s partnerom ili na radnom mjestu (Kotby i sur., 2003, Garcia Martins, 2014). Obično se radi o dugotrajnim teškoćama koje osoba negira, potiskuje, a one se svojevršno javljaju u obliku vokalnih teškoća. Osjećaju strah, nesigurnost, ljutnju, čak i bijes, a ne znaju ih pokazati na adekvatan način niti se nositi s njima. To su sve jake emocije koje iscrpljuju i ometaju svakodnevno funkcioniranje osobe. Reiter i sur. (2013) u svom istraživanju uočili su kako osobe sa psihogenom disfonijom imaju više teškoća sa spavanjem i pokazuju simptome tzv. *burnout* sindroma (sindroma izgaranja). Kod težih slučajeva, osobito afonija, moguće je pronaći i dokaze psihičkog zlostavljanja ili nekih drugih traumatskih iskustava. Osobito je da osobe ne vide način kako će riješiti aktualne sukobe i teškoće. Većina osoba s konverzivnim poremećajem ne razumije bit problema (vlastite unutarnje sukobe), jer se oni odvijaju na podsvjesnoj razini (Marshall, 2015). Uglavnom se radi o introvertiranim osobama, koje ne govore o svojim problemima, nisu socijalno aktivne i ne osjećaju se ugodno u iznošenju vlastitog mišljenja. Zbog toga im samo rješavanje predstavlja dodatni problem. Kod te populacije uočena je veća razina anksioznosti, depresivnih simptoma i općeg nezadovoljstva sa samim sobom (Andersson i Schalén, 1998, Baker, 2002, Baker, 2002, Sudhir i sur., 2009, Kollbrunner i sur., 2010). Günther i sur. (1996, prema Reiter i sur., 2013) navode kako osobe s izraženom anksioznošću, kao i osobe s mnogobrojnim privatnim problemima, češće pokazuju simptome afonije. Uočene su teškoće u izražavanju vlastitih želja, mišljenja, potreba, komuniciranje u društvu ili pak s partnerom ili

obitelji. To je uočljivo kada se razgovara o negativnim emocijama – razočaranju, ljutnji ili strahu/sramu.

Dijagnostika psihogenih disfonija

Psihogene disfonije po svojoj prirodi zahtijevaju multidisciplinarni pristup. Postavljanje dijagnoze dugotrajni je proces, ponekad se iz anamneze neće postaviti sumnja na psihogenu podlogu poremećaja, a teškoće mogu uputiti na neki drugi funkcionalni poremećaj glasa. Tim stručnjaka koji procjenjuju psihogene disfonije uključuje fonijatra, logopeda i psihologa. Ako se radi o vokalnim profesionalcima, uključuje se i glasovni trener (eng. *voice coach*). Ovisno o kakvim se teškoćama radi, broj stručnjaka se povećava. Konačna dijagnoza se ne postavlja dok svaki stručnjak ne iznese svoje profesionalno mišljenje potkrijepljeno objektivnim argumentima. Tijekom procjene psihogene disfonije i/ili afonije prikazan je na slici 1.



Slika 1. Shematski prikaz tijeka procjene osobe s psihogenom disfonijom i/ili afonijom

Prije pregleda potrebno je pribaviti detaljnu anamnezu, odnosno povijest bolesti. Idealno bi bilo kada bi se u istom danu mogli prikupiti medicinski i psihološki anamnestički podaci. Tijekom uzimanja tih podataka, pozornost treba posvetiti psihološkim čimbenicima koji su mogli utjecati na razvoj poremećaja glasa. Tijekom razgovora treba procijeniti koliko je osobi bitan njezin glas, koliko mu pažnje posvećuje i je li uopće svjesna svog problema (Butcher i sur., 2007). Iz ovih informacija može se već subjektivno stvoriti određena slika o stanju i uputiti osobu psihologu ili psihijatru na detaljniju obradu. Ključno je da psiholog ili psihijatar obavještavaju psihološku procjenu osobe i usko surađuju s ostalim stručnjacima u donošenju konačne dijagnoze. Poželjno je da porazgovaraju s članovima obitelji, kako bi stvorili bolju sliku o stilu života i okolnostima u kojima osoba živi. Ako postoje dugotrajne vokalne teškoće, pregled fonijatra je nužan – kako bi se ustanovilo jesu li one rezultat nekog oštećenja na glasnica, odnosno postoji li organski razlog nastanka disfonije. Kod nekih slučajeva može se javiti sumnja na teškoće rezonancije ili pak oštećenje sluha, stoga fonijatar može zatražiti pregled otorinolaringologa ili audiologa (Butcher i sur., 2007, Johnson i sur., 2010). Zadaća fonijatra je također i selekcija pacijenata s obzirom na

uzroke poremećaja glasa, jer ona utječe na liječenje i prognozu.

Nakon procjene fonijatra osoba se upućuje logopedu koji procjenjuje respiraciju, kvalitetu glasa i posljedično govor u cjelini. Poželjno je da fonijatar uz pismeni nalaz priloži stroboskopski snimak ili slike rada glasnica, kako bi se logoped mogao o tome referirati tijekom provođenja svoje procjene i pisanja nalaza (Johnson i sur., 2010). Razgovor s osobom s vokalnim teškoćama izrazito je bitan dio svake, tako i logopedске procjene. Logoped time prikuplja sve relevantne informacije o trenutnim teškoćama, općem zdravstvenom stanju, emocionalnom stanju iz kojih već može stvoriti sliku općeg stanja. Tijekom uzimanja anamnestičkih podataka, logoped odmah može uočiti prisutnost psiholoških čimbenika koji mogu biti u podlozi poremećaja glasa. Nakon inicijalnog razgovora i prikupljenih informacija vezanih uz povijest bolesti, radi se dalja procjena vokalnih sposobnosti. Dobra podrška disanju kritičan je element za dobar glas, stoga je važno prepoznati neželjene oblike disanja i navika tijekom procjene kako bi se upotpunila dijagnostička evaluacija (Boone i McFarlane, 1999). Disanje se prvo procjenjuje u mirovanju, kroz automatizme (brojanje ili izgovaranje abecede), tijekom strukturiranih zadataka (izgovaranjem i/ili čitanjem fraza i rečenica) kao i za vrijeme spontanog govora (Boone i McFarlane, 1999). Disanje se opisuje u terminima kao klavikularno, prsno ili abdominalno (dijafragmalno). Procjenjuju se faza udaha i faza izdaha, svaka posebno. Faza udaha se procjenjuje kako bi se ustanovila odgovarajuća dubina i kvaliteta disanja (plitko ili čujno disanje, tzv. stridor). Faza izdisaja utvrđuje se mjerenjem maksimalnog fonacijskog vremena – kada se procjenjuje vitalni kapacitet pluća. Isprekidanost rečenice u govoru (prisutnost pauza) može ukazati na nepravilnosti u disanju (Boone i McFarlane, 1999). Logoped obavlja mišićno-skeletni pregled, odnosno pregled vrata, grkljana, općenito laringalnog prostora, time i laringalne pozicije te mjeri stupanj neugode ili boli (ako postoji). Subjektivna i objektivna procjena također su sastavni dio evaluacije glasa. Subjektivna procjena odnosi se na perceptivnu procjenu i samoprocjenu kroz različite upitnike, odnosno skale (Zečić i sur., 2010). S druge strane, kod objektivne procjene nema mjesta nekim vanjskim utjecajima. Ona se odnosi na akustičku analizu glasa kada se snimaju određeni parametri glasa. Prilikom snimanja određuje se osnovni laringalni ton, minimalna i maksimalna fundamentalna frekvencija, intenzitet glasa pri izgovoru određenih vokala i tijekom razgovora, kao i minimalni i maksimalni intenzitet, odnosno njezina dinamika (Zečić i sur., 2010). Određuje se *jitter*, *shimmer* kao i omjer signal-šum. Pomoću tih parametara može se zaključiti o vokalnoj kvaliteti glasa.

Na osnovi te procjene, uz priloženo mišljenje fonijatra, logoped odlučuje o daljem koraku, odnosno je li osobu potrebno uputiti na dodatne preglede i procjene. Tek nakon savjetovanja s ostalim članovima stručnog tima izrađuje se detaljni plan terapije i određuju terapijski ciljevi.

Terapija psihogenih disfonija

Logopedska terapija nužna je u pristupu liječenja psihogenih poremećaja glasa. Može biti direktna kada se radi na vokalnoj tehnici, te indirektna terapijom opuštanja i

disanja. Cilj terapije psihogenih disfonija je rad na vokalnoj kvaliteti glasa te smanjenju napetosti, a kod afonija je primarna restauracija glasa (Butcher i sur., 2007). Budući da povratak glasa pozitivno utječe na osobu, terapija se u početku usmjerava samo na taj aspekt. Bitno je da osoba postane svjesna kako može vratiti svoj glas, pa makar na kratko vrijeme. Međutim, potrebno je i objasniti kako povratkom glasa terapija ne završava. Osobe obično misle – kada jednom povrate glas – da je terapija gotova, stoga se prestanu javljati i dolaziti na termine. Važno je naglasiti, stanje afonije može se vratiti i neovisno o povratku glasa treba raditi na kvaliteti glasa, vokalnoj higijeni i njezinoj primjeni (Baker, 2002).

Tehnike opuštanja često se primjenjuju u terapiji psihogenih disfonija. Najučinkovitija relaksacija je kad osoba sjedi na tvrdom stolu, ravnih leđa, dok noge lagano dodiruju tlo. To je bitno za pravilno držanje tijela, time i za disanje. Time se uspostavlja tzv. kinestetički model opuštene muskulature, pa osoba može pratiti razvoj vlastite napetosti i o tome povratno izvještavati (Mathieson, 2001, prema Butcher i sur., 2007). Nakon postignute opuštenosti cijelog tijela može se početi s vježbama fonacije, kako bi se vidio utjecaj opuštanja na vitalni kapacitet i posljedično na vrijeme foniranja i kvalitetu glasa tijekom fonacije. Primjena diferencijalne relaksacije, također se pokazala korisnom. Osoba se fokusira na određeni dio tijela, namjerno opuštajući i zatežući pritom određene mišiće, praveći time razliku između mišićne kontrakcije i opuštanja (Boone i McFarlane, 1999). Tako se radi na osvještavanju razlike između napetosti i opuštenosti. Konačni cilj je opuštenost govornog aparata, vrata, ramena i prsnog dijela. Postizanje opuštenosti može se izvesti i na druge načine, recimo masažom lica, vježbama čeljusti i žvakanja kako bi se opustila oralna muskulatura i vratno područje (Butcher i sur., 2007). Paralelno s tehnikom opuštanja, radi se i na tehnici disanja. Vježbe disanja više su naglašene kod vokalnih profesionalaca, ali bitan su dio terapije i kod ostale populacije s poremećajima glasa. Logoped daje upute kako razvijati kontrolu izdisaja različitim zadacima produžavanja (npr. produžavanje vokala), automatiziranim radnjama (npr. brojenje do pet pri izdisaju) i laganim foniranjem (Boone i McFarlane, 1999). Neznatni porast udaha i duži izdah mogu dati trenutni učinak u smanjenju vokalnog napora i poboljšanju opće kvalitete glasa.

Za poboljšanje vokalizacije može se primijeniti vizualna ili auditivna povratna sprega (eng. *feedback*). Kod vizualne povratne sprege, osoba na monitoru računala prati vlastitu liniju fundamentalne frekvencije i pokušava proizvesti ciljanu (Boone i McFarlane, 1999). Ako se linije poklope, osoba je dostigla željenu fundamentalnu frekvenciju. Što se tiče auditivne povratne sprege, primjenjuju se amplifikatori u realnom vremenu kako bi osoba čula vlastiti glas. Većina osoba sa psihogenom disfonijom ili afonijom ima koristi od slušanja vlastitog glasa, jer na taj način razvijaju samopouzdanje i rade na samoosvještavanju. Međutim, da bi ono bilo učinkovito, auditivno modeliranje treba biti trenutačno. Sugerira se osobu snimiti, što se može koristiti za evaluaciju napretka, ali i za motivaciju. Maskiranje se, također, koristi za postizanje fonacije. U primjeni ovog pristupa često se koristi glas-refleks test, poznatiji kao Lombardov test, koji je prvobitno predstavljen kao metoda za ponovnu uspostavu glasa kod psihogene afonije (Boone i McFarlane, 1999). Osobu se zamoli da čita jedan odlomak

teksta dok ima slušalice na ušima, to se snima. Tijekom čitanja u slušalice se pušta maskirani šum. Što je on glasniji, osoba govori glasnije. Zatim se osobu zamoli da nastavi čitati, ali bez puštenog šuma. Promjene se bilježe na snimci koja se potom analizira. Vrlo često se pri prvom pokušaju kod osoba sa psihogenom afonijom šapat zamijeni glasom, dok osoba sa psihogenom disfonijom glasnije producira glasove, obično bolje vokalne kvalitete (Boone i McFarlane, 1999). Opća vokalna hiperfunkcija može se smanjiti radom na većoj oralnoj otvorenosti. Tako se pomaže prirodnijem prilagođavanju i korekciji problema glasnoće, visine i kvalitete. Rad na ovoj stavci, sastavni je dio svakog programa vokalne terapije kojom se radi na smanjivanju napetosti i jačanju vokalne kvalitete.

Kada osobe imaju disfoniju dulje razdoblje, takav oblik govorenja postane im navika. Ovo je osobit slučaj kod psihogenih afonija (Baker, 2002, Butcher i sur., 2007). Vrlo teško je u tim situacijama zaustaviti ili prekinuti automatizirani način govorenja. Tada se korisnim pokazalo pjevanje (Boone i McFarlane, 1999). Osobu se traži da pjeva neku pjesmu po izboru, prvo prateći logopeda. Logoped tijekom pjevanja izvodi varijacije u glasnoći i visini tona, potom osoba imitira logopeda. Započne se samo s jednim tonom, zatim slogom, kratkim riječima do većih cjelina. Tako pokušava razbiti ustaljeni način govorenja i pritom pokazati osobi kako posjeduje glas dobre kvalitete koji može i treba koristiti.

Uspješnost terapija

Malo je podataka o dugoročnoj uspješnosti terapije psihogene disfonije i afonije (Kollbrunner i sur., 2010, Reiter i sur., 2013). Niz je različitih terapijskih tehnika koje se primjenjuju, ponekad odvojeno, ponekad zajedno, no ono što nedostaje su ishodi uporabe bilo koje terapije. Prvo se rješavaju vokalne teškoće, time se zanemaruje psihogena strana poremećaja i nerijetko se stanje ponovno vrati (Reiter i sur., 2013). Andersson i Schalén (1998) smatraju oko 80 % osoba sa psihogenom disfonijom ili afonijom ponovno doživi to stanje, stoga upozoravaju na neozbiljnost i nedovoljnu angažiranost u tretiranju ovog poremećaja.

Novija istraživanja pokazala su kako je vokalna terapija sama po sebi nedovoljna za tretiranje ovog poremećaja (Nemr i sur., 2010). Naime, vokalne teškoće posljedica su psihološke neravnoteže. Potrebno je prvo tretirati primarni problem, potom sekundarni. Međutim, ni vokalna terapija nije uvijek jednako uspješna. Reiter i sur. (2013) smatraju da je to ponajprije zbog manjka iskustva logopeda u radu s ovakvim poremećajem i odabiru krivih terapijskih tehnika. Behrendt (2004, prema Reiter i sur., 2013) navodi kako terapija psihogenih disfonija i afonija može trajati čak sedam godina. Od psihoterapijskih tehnika najboljom se pokazala kognitivno bihevioralna terapija, osobito ako je riječ o težim stanjima (Reiter i sur., 2013). Nažalost, većina osoba odbija primiti psihološku terapiju. U tim slučajevima, primjena samo vokalne terapije bolja je opcija nego izostanak terapije (Kollbrunner i sur., 2010).

ZAKLJUČAK

Psihogene disfonije svojevrstna su enigma u području poremećaja glasa. Prvenstveno se to odnosi na probleme pri klasifikaciji i terminologiji. Budući da vlada neusuglašenost, mnogi slučajevi psihogene disfonije nisu prepoznani, a prema tome ni dijagnosticirani i adekvatno tretirani. Baza psihogenih disfonija je u psihološkim mehanizmima. Međutim, nejasno je zašto se kod nekih osoba psihosocijalni problemi reflektiraju na glas, dok kod drugih ne. Upitno je i koliko su psihosocijalni činitelji uzrok, a koliko posljedica vokalnih teškoća. Psihogeni poremećaji glasa mogu se javiti i u obliku afonije, što predstavlja ozbiljnije stanje. Simptomi psihogenih disfonija i afonija preklapaju se s obilježjima funkcionalnih poremećaja glasa, međutim ono što ih izdvaja je da su nevoljne reakcije čujne (poput kašljanja ili kihanja). Proces dijagnostike psihogenih disfonija jednak je postavljanju dijagnoze bilo kojeg drugog poremećaja glasa, osim što zahtijeva dodatnu psihološku procjenu (po potrebi i procjenu drugih stručnjaka). Zbog toga je dijagnostika, kao i terapija ovog poremećaja – multidisciplinarna. Logopedska terapija se uglavnom bazira na kombinaciji klasičnih metoda za rad na vokalnoj kvaliteti uz primjenu metoda opuštanja, radu na disanju, uporabi maskiranja. Rezultat terapije je neizvjestan, ponajviše ovisi o samoj osobi i koliko je spremna raditi na sebi. U praksi se nailazi na razne probleme – od birokracijskih, poput duge liste čekanja za svaki pregled, nedostupnost nekog stručnjaka u klinici i slično, do praktičnih, poput neznanja i neiskustva stručnjaka u radu s ovom populacijom. Zbog toga je postavljanje dijagnoze – klinički izazov (Allin i sur., 2005). Dodatnom edukacijom fonijatarata, logopeda i psihologa postigla bi se veća kompetentnost u ovom području.

LITERATURA

- 1) Američka psihijatrijska udruga (2000). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (četvrto, revidirano izdanje)*. Washington, DC: American psychiatric association press.
 - 2) Američka psihijatrijska udruga (2013). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (peto izdanje)*. Washington, DC: American psychiatric association press
 - 3) Andersson, K., Schalén, L. (1998). Etiology and treatment of psychogenic voice disorder: Results of follow-up study of thirty patients. *Journal of voice*, 12 (1), 96-106.
 - 4) Baker, J. (2002). Psychogenic voice disorders and traumatic stress experience: a discussion paper with two case reports. *Journal of voice*, 17 (3), 308-318.
 - 5) Baker, J. (2002). Psychogenic voice disorders – heroes or hysterics? A brief overview with questions and discussion. *Logopedics phoniatics vocology*, 27, 84-91.
 - 6) Boone, D. R., McFarlane, S. C. (1999). *The voice and voice therapy (6th Edition)*. Boston: Allyn & Bacon
 - 7) Butcher, P., Elias, A., Cavalli, L. (2007). *Understanding and treating psychogenic voice disorder: a CBT framework*. New Jersey: John Wiley & sons Inc.
 - 8) Chedda, N. N., Werning, J. (2014). *Functional voice disorders*. Preuzeto s: <http://emedicine.medscape.com/article/865191-overview#showall>
 - 9) Deary, I. J., Wilson, J. A., Carding, P. N., Mackenzie, K. (2003). The dysphonic voice heard by me, you and it: differential associations with personality and psychological distress. *Clinical otolaryngology*, 28, 374-378.
 - 10) Dietrich, M., Verdolini Abbott, K., Gartner-Schmidt, J., Rosen, C. A. (2008). The frequency of perceived stress, anxiety and depression in patients with common pathologies affecting voice. *Journal of voice*, 22 (4), 472-488.
 - 11) Garcia Martins, R. H., Mendes Tavares, E. L., Ferreira Ranalli, P., Branco, A., Benito Pessin, A. B. (2014). Psychogenic dysphonia: diversity of clinical and vocal manifestations in a case series. *Brasilian journal of otorhinolaryngology*, 80, (6), 497-502.
 - 12) Johnson, G. W., Gonzales, C. T., Chang, C. Y., Maines, S. L., Mainville, M. M., Asbury, A. J. (2010). Psychogenic voice disorders. U: Nemecek, O., Mares, V. (ur.): *Laryngeal diseases symptoms, diagnosis and treatments. (str. 1-34)*. Hauppauge, New York: Nova science publishers, Inc.
 - 13) Kollbrunner, J., Menet, A. D., Seifert, E. (2010). Psychogenic aphonia: No fixation even after a lengthy period of aphonia. *Swiss medical weekly*, 140, (1-2), 12-17.
 - 14) Kotby, M. N., Baraka, M., El Sady, S. R., Ghanem, M., Shoeib, R. (2003). Psychogenic stress as a possible etiological factor in non-organic dysphonia. *International congress series*, 1240, 1251-1256.
 - 15) Marshall, A. S. (2015). *Conversion disorders treatment and management*. Preuzeto s: <http://emedicine.medscape.com/article/287464-treatment>
 - 16) Nemr, K., Simões-Zenari, M., Marques, S. F., Pereira Cortez, J., Luciane da Silva, A. (2010). Psychogenic dysphonia associated to other diseases: a challenge for speech therapy. *Pró-fono revista de atualização científica*, 22, (3), 359-362.
 - 17) Reiter, R., Rommel, D., Brosch, S. (2013). Long term outcome of psychogenic voice disorders. *Auris nasus larynx*, 40, 470-475.
 - 18) Rosen, D. C., Heuer, R. J., Levy, S. H., Sataloff, R. T. (2003). Psychologic aspects of voice disorders. U: Rubin, J. S., Sataloff, R. T., Korovin, G. (ur.): *Diagnosis and treatment of voice disorders (second edition)*. (str. 479-506). Clifton park, New York: Thomson Delmar Learning.
 - 19) Rossi, M. M. (2009). *Counseling and psychogenic voice disorders: a survey of current training* (magistarski rad). Preuzeto s baze Sveučilišta Missouri.
 - 20) Roy, N. (2003). Functional dysphonia. *Current opinion in otolaryngology and head and neck surgery*, 11, 144-148.
 - 21) Rubin, J. S., Greenberg, M. (2002). Psychogenic voice disorders in performers: A psychodynamic model. *Journal of voice*, 16, (4), 544-548.
 - 22) Seifert, E., Kollbrunner, J. (2005). Stress and distress in non-organic voice disorders. *Swiss medical weekly*, 135, 387-397.
 - 23) Stemple, J. C., Glaze, L., Klaben, B. G. (2000). *Clinical voice pathology: theory and management (3rd Edition)*. San Diego: Singular publishing group
 - 24) Sudhir, P. M., Chandra, P. S., Shivashankar, N., Yamini, B. K. (2009). Comprehensive management of psychogenic dysphonia: A case illustration. *Journal of communication disorders*, 42, 305-312.
- Svjetska zdravstvena organizacija (2007). *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (deseto izdanje)*. Geneva: Svjetska zdravstvena organizacija

- 25) Teixeira, A., Nunes, A., Coimbra, R. L., Lima, R., Moutinho, L. (2008). Voice quality of psychological origin. *Clinical linguistics and phonetics*, 22, (10-11), 906-916.
- 26) Touri, B., Marquardt, T. P. (2012). Moroccan children with psychogenic voice disorders. *Procedia-Social and behavioral sciences*, 82, 271-273.
- 27) Zečić, S., Mujkanović, E., Devolli, A. (2010). *Logopedija*. Sarajevo: Connectum