

Psihogene disfonije

Tadić, Ena

Master's thesis / Diplomski rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:158:415497>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-03**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad
Psihogene disfonije

Ena Tadić

Zagreb, lipanj 2016.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad
Psihogene disfonije

Ena Tadić

doc.dr.sc. Ana Bonetti

Zagreb, lipanj 2016.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad „Psihogene disfonije“ i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Ena Tadić

Mjesto i datum: Zagreb, lipanj 2016.

Zahvale:

Zahvaljujem svojoj mentorici doc.dr.sc. Ani Bonetti na uloženom trudu, savjetima, strpljenju i pomoći tijekom pisanja ovog diplomskog rada.

Velika hvala mojoj obitelji i prijateljima koji su mi bili oslonac tijekom studiranja i bodrili me u najtežim trenucima.

Psihogene disfonije

Ena Tadić

Doc.dr.sc. Ana Bonetti

Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Odsjek za logopediju

Sažetak rada

Psihogene disfonije predstavljaju poremećaje glasa koji su rezultat psihološke neuravnoteženosti. Većina stručnjaka klasificira ih kao vrstu funkcionalnog poremećaja glasa, iako postoje neslaganja i neusklađenosti po tom pitanju. 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 poput kašljanja, smijanja ili plakanja 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 je prisutno i nepravilno disanje. Psihosocijalna situacija također je narušena. Radi se o osobama koje su pretjerano anksiozne, zabrinute, s manjkom samopouzdanja i samopoštovanja, u nepovoljnim interpersonalnim odnosima. Uzrok ovog poremećaja primarno je psihološke naravi. Uglavnom se radi o introvertiranim osobama koje naginju depresivnom stanju, imaju nisku toleranciju na frustracije, anksiozni su, ne znaju se izboriti za sebe i efikasno riješiti svoje probleme. Oni nemaju duševni (mentalni) poremećaj, ali su podložniji utjecaju psiholoških čimbenika na svakodnevno funkcioniranje. Dijagnostiku psihogene disfonije i afonije vrši stručni multidisciplinarni tim koji se sastoji od fonijatra, logopeda i psihologa. 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. Ishod terapije ponajviše ovisi o osobi i njezinoj motivaciji za napretkom.

Cilj ovog rada je dati pregled dosadašnjih saznanja o psihogenoj disfoniji. Opisat će se simptomatologija, etiologija, posebno terminologija i definiranje s ciljem razjašnjenja kontroverze oko ovog poremećaja. Pojasnit će se dijagnostika i dati pregled terapijskih postupaka čime će se naglasiti važnost uloge multidisciplinarnog tima, sve u svrhu boljeg razumijevanja i postupanja kod ovog poremećaja.

Ključne riječi: psihogene disfonije, funkcionalni poremećaji glasa

Psychogenic dysphonia

Ena Tadić

Doc.dr.sc. Ana Bonetti

University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences, Department of
Speech and Language Pathology

Summary

Psychogenic dysphonia refers to voice disorders which are result of 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 where the voice is impaired, or as aphonia when the person has lost its voice but all the 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 there aren't any visible changes on the larynx, but the voice can be sound harsh or hoarse, with noticeable tension of upper body part, shoulders and neck. Irregular breathing can also be observed. Social situation is not quite good. Psychogenic dysphonia is common in population which exhibits high level of tension and anxiety, with low self-esteem and self-respect, often with lots of interpersonal conflicts. Etiology of this voice disorders is primarily psychological origin. People with psychogenic voice disorders are usually introverts, easily frustrated or even becoming depressed, anxious, don't know how to fight for themselves nor solve effectively their issues. They don't have mental disorder, but can be easily influenced by emotions which can be reflected on their daily functioning. Diagnosis is given by a multidisciplinary team which consist of phoniatician, speech therapist and psychologist. If it's needed, other experts are called. Final diagnosis is stated when every expert does his evaluation and gives his opinion. Treatment of psychogenic voice disorders implied both speech therapy and symptom based psychotherapy. Speech therapy include a combination of symptomatic vocal therapy and use of indirect methods. The outcome of therapy depends most on the person's motivation for progress.

The aim of this thesis is to give some insight into the psychogenic voice disorders. Basic terms, symptoms, etiology, especially terminology and definition issues will be discussed. Diagnostic and treatments will be presented to emphasize the importance of multidisciplinary team, all in hope of gaining the better understanding of this population.

Keywords: psychogenic dysphonia, functional voice disorders

SADRŽAJ

1. UVOD.....	9
2. PROBLEMSKA PITANJA	10
3. FUNKCIONALNI POREMEĆAJI GLASA	12
3.1. DEFINIRANJE, PODJELA I TERMINOLOGIJA	12
3.1.1. Idiopatski poremećaj glasa	13
3.1.2. Poremećaji glasa nastali zbog zlouporabe i/ili krive uporabe glasa.....	13
3.1.3. Organske promjene nastale zbog zlouporabe i/ili krive uporabe glasa.....	13
3.2. OBILJEŽLJA.....	14
3.3. PSIHOLOŠKI MEHANIZMI KOD FUNKCIONALNIH POREMEĆAJA GLASA 15	
4. DEFINIRANJE PSIHOGENIH DISFONIJA.....	18
4.1. TERMINOLOŠKI PROBLEMI DEFINIRANJA PSIHOGENIH DISFONIJA.....	18
4.2. KLASIFIKACIJA PSIHOGENIH DISFONIJA.....	20
4.2.1. Klasifikacija prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10).....	20
4.2.2. Klasifikacija prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje, četvrto, revidirano izdanje (DSM-IV)	21
4.2.3. Klasifikacija prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje, peto izdanje (DSM-V).....	22
4.2.4. Klasifikacija psihogenih disfonija prema Butcher i sur. (2007).....	23
5. ETIOLOGIJA PSIHOGENIH DISFONIJA	26
5.1. TEŠKOĆE U KOMUNIKACIJI I TRAUMATSKA ISKUSTVA KAO UZROK PSIHOGENE DISFONIJE	28
5.2. LOŠE RASPOLOŽENJE I/ILI DEPRESIJA KAO UZROK PSIHOGENE DISFONIJE	29
5.3. UPALA GORNJIH DIŠNIH PUTOVA KAO UZROK PSIHOGENE DISFONIJE	30
6. PODJELA PSIHOGENIH DISFONIJA	31
7. OBILJEŽJA PSIHOGENIH DISFONIJA	33
8. DIJAGNOSTIKA PSIHOGENE DISFONIJE.....	36
8.1. MULTIDISCIPLINARNI TIM	36
8.2. POVIJEST BOLESTI	38

8.3. PROCJENA FONIJATRA	38
8.4. LOGOPEDSKA PROCJENA.....	40
9. TERAPIJA PSIHOGENIH DISFONIJA.....	43
9.1. LOGOPEDSKA TERAPIJA	43
9.2. USPJEŠNOST TERAPIJE PSIHOGENE DISFONIJE I AFONIJE	46
10. ZAKLJUČAK	48
11. LITERATURA.....	50

1. UVOD

Sposobnost prenošenja informacija, odnosno mogućnost komunikacije jedna je od najvažnijih karakteristika čovjeka. Međutim, ona se obično povezuje s govorom i neverbalnim načinima komuniciranja, a pritom se često zanemaruje uloga glasa. Glas puno govori 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 izgovorenih riječi. Na temelju glasa može se 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 poput straha, panike, uzbuđenosti ili iznenađenosti. Po glasu može se odrediti i ličnost osobe (introvertiranost ili ekstrovertiranost) kao i njezina slika o sebi. Prema tome, poveznica između glasa i psihološkog stanja je nedvojbena. Svakodnevni stres na poslu, u obitelji ili općenito u životnoj sredini, 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. Ona može biti odraz umora ili jedne izrazito stresne situacije, no i u takvim situacijama osobe moraju biti svjesne da im je glas „slaba točka“ i ukoliko se stanje ponovi, prolongira i/ili pogorša, odlazak stručnjaku je jedina ispravna odluka. Što se duže ignorira teškoća, to stanje postaje ozbiljnije. Poremećaji glasa ili disfonije nastaju kada u glasu postoje odstupanja u visini, jačini, boji i kvaliteti glasa (Aronson, 1990, prema Seifert i Kollbrunner, 2006). Dovoljno je da odstupanje bude prisutno u jednom parametru, recimo glas je previsok (preglasan) ili prenizak (pretih) čime se slušatelju odvlači pažnja s razgovora što posljedično narušava tijek komunikacije. Uzroci poremećaja glasa mogu biti organske prirode kada je riječ o organskim poremećajima glasa, čiji je uzrok vidljiv i poznat. S druge strane, kod funkcionalnih poremećaja glasa uzrok nije u potpunosti jasan, u mnogim slučajevima u vezi je sa psihološkim čimbenicima. Psihogene disfonije opisuju upravo one poremećaje glasa kod kojih je izrazito jaka psihološka komponenta u samom nastanku i razvoju teškoća. Doduše, ponekad je veoma teško razlučiti gdje je granica između psihogenih i funkcionalnih poremećaja glasa, budući da je ljudska psiha snažno i nedovoljno istraženo područje koje ima mnogo veći utjecaj na funkcioniranje čovjeka, nego joj se to priznaje. Pristup i terapija osoba sa psihogenim disfonijama je i dalje

neutvrđeno područje jer se često radi o preklapanju nekoliko disciplina, a upravo neslaganja među stručnjacima oko ovog poremećaja otežavaju taj proces.

Stoga, poznavanje simptoma psihogene disfonije, kako i kada se oni manifestiraju, kao i načina postavljanja točne dijagnoze i pronalaska adekvatnih opcija terapija je ključno kako bi se osobama sa psihogenim poremećajima glasa pružila odgovarajuća i pravodobna pomoć i podrška.

2. PROBLEMSKA PITANJA

Cilj ovog preglednog diplomskog rada je dati uvid u psihogene poremećaje glasa. Ovaj poremećaj je izrazito kontroverzan te i dalje stvara konfuziju i neslaganja među stručnjacima koji se bave ovom tematikom. Iz tih razloga, fokus će biti na osobitostima ovog poremećaja čime će se dakako obuhvatiti simptomi, a time probati predstaviti i neke dileme koje postoje među stručnjacima. Simptomi psihogene disfonije na prvi pogled mogu biti poprilično jasni, no češći su oni primjeri kod kojih postoje simptomi koji se preklapaju s drugim poremećajima glasa. Uz sve to, nezanemariva je i psihološka pozadina poremećaja koja igra veliku uloga kako u nastanku i razvoju simptoma, tako u postavljanju dijagnoze i kasnije u terapijskim postupcima i njezinoj uspješnosti.

Dijagnostika psihogenih disfonija predstavlja veliki problem jer zahtijeva multidisciplinarnost, koja u teoriji zvuči veoma jednostavna, no u praksi baš i ne. Rijetko koja klinika ima organiziran zdravstveni sustav skrbi na način da pacijent može u kratkom vremenskom razdoblju obaviti sve potrebne preglede. U radu će se pokušati dati prikaz načina postavljanja dijagnoze, izazova koji se postavljanju pred stručnjake i kako im pristupiti na način da pacijent što prije dobije točnu dijagnozu i uđe u program terapije.

Kako bi terapija bila uspješna, logoped prvo mora obaviti temeljitu procjenu i savjetovati se s ostalim stručnjacima iz multidisciplinarnog tima koji obuhvaća fonijatra i psihologa i/ili psihijatra (po potrebi i druge). Jedino na taj način, moći će usmjeriti terapiju i postaviti realne ciljeve. O tome će također biti riječ.

Na kraju samog rada, pružit će se uvid u vrste terapija koje se koriste u liječenju psihogenih disfonija, koja je uloga logopeda, a koja ostalih članova tima, kako su terapije organizirane, i koliko su sve one u konačnici uspješne.

Sve se više radi na osvještavanju populacije na poremećaje glasa, jer je glas nešto na što se ne obraća pozornost, a ima značajnu ulogu u životu pojedinca. Zbog porasta stresnog načina života, povećava se i svjesnost na postojanje psihogenih disfonija što ukazuje i činjenica na broj znanstvenih članaka koji se zadnjih godina bave ovom tematikom. Budući da se radi o temi koja nije u potpunosti razjašnjena, logopedi često ne znaju kako postupiti. Ovaj rad će nastojati pružiti sliku psihogenih disfonija, a time ponuditi izvor informacija logopedima i ostalim stručnjacima koji rade s ovom populacijom.

3. FUNKCIONALNI POREMEĆAJI GLASA

3.1. DEFINIRANJE, PODJELA I TERMINOLOGIJA

Kao što je već spomenuto, kod funkcionalnih poremećaja glasa uzrok nije jasno vidljiv, odnosno ne postoji strukturalna ili neurološka pozadina. 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 u samim početcima proučavanja ovog poremećaja glasa što se vidi i u nazivima koji su se koristili za funkcionalne poremećaja glasa poput „histerični larinks“, „psihofonastenija“, „ratna afonija“, „neuroza glasnica“, „psihogene disfonije“, „psihosomatski poremećaji“, „somatoformni poremećaji“ i drugi. Osim ovih naziva, koristili su se nazivi poput „neorganski poremećaji glasa“, „hiperfunkcionalni i hipofunkcionalni poremećaji glasa“, te u novije vrijeme „zlouporaba glasa“. Raznovrsnost nazivlja dovela 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 koristili, o preferencijama i profesiji stručnjaka kao i sklonosti prema određenoj tezi, odnosno terminu. Kaufman je (1982, prema Chedda i Werning, 2014) predložio podjelu funkcionalnih poremećaja na kategorije koje uključuju konverzijsku afoniju/disfoniju, habitualnu promuklost, neodgovarajući *falsetto*, sindrom zlouporabe glasa, postoperativnu disfoniju i povratak afoničnog stanja. Svaka od ovih kategorija imala je svoje karakteristike, etiološki gledano one su heterogene, no termini koji ih opisuju su nejasni, kao i utvrđivanje njihovih kvalitativnih razlika (Roy, 2003). Danas se sve češće u literaturi može pronaći 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. U grubo se dijeli na primarne poremećaje glasa kod kojih je prisutna napetost mišića vrata iako ne postoje nikakve vidljive promjene na glasnicama, dok kod sekundarnih postoji promjena na glasnicama zbog čega je prisutna napetost u području vrata. Werning i McAllister (2001, prema Chedda i Werning, 2014) nude nešto

detaljniju klasifikaciju i to na psihogene poremećaje glasa, idiopatske poremećaje glasa, poremećaje nastale zbog zlouporabe i/ili krive uporabe glasa i organske promjene koje su nastale zbog zlouporabe i/ili krive uporabe glasa.

3.1.1. Idiopatski poremećaj glasa

Idiopatski poremećaj glasa je onaj poremećaj kod kojeg je uzrok nepoznat. Kao primjer takvog, navodi se paradoksalno gibanje glasnica (eng. *paradoxical vocal fold motion*). Primarno nije poremećaj glasa, iako dolazi do nepotpune addukcije glasnica tijekom udaha i/ili izdaha što rezultira pojavom stridora zbog čega se u praksi često zamjenjuje s astmom. Glas postaje šuman, disfoničan, javlja se diplofonija, osobe ostaju bez daha, što može biti privremeno, ali kod težih slučajeva može se razviti u puno ozbiljnije stanje (Stemple, Glaze, Klaben, 2000). Često se javlja u osoba koje imaju respiratornih teškoća poput astme, alergijskih reakcija i čestih upala gornjih dišnih putova zbog čega dolazi do pogreške u dijagnosticiranju ovog poremećaja. Terapija je u većini slučajeva uspješna i kombinacija je bihevioralnih postupaka uz medikamentoznu terapiju.

3.1.2. Poremećaji glasa nastali zbog zlouporabe i/ili krive uporabe glasa

Pretjerana uporaba glasa izazvana kontinuiranim vikanjem, pjevanjem, intenzivnim pričanjem, pretjeralim plakanjem i slično, također dovodi do poremećaja glasa. Uz to stanje javlja se i pogrešna uporaba mišića grkljana, odnosno, dolazi do hiperaktivnosti mišića (Stemple, Glaze, Klaben, 2000). Karakteristična je za žene, vokalne profesionalce koji se uglavnom žale na vokalni zamor i neugodnu. Najvažnije je prepoznati problem na vrijeme i dati upute o održavanju vokalne higijene te raditi na kvaliteti glasa (Kovačić i Buđanovac, 2000).

3.1.3. Organske promjene nastale zbog zlouporabe i/ili krive uporabe glasa

Pogrešna je percepcija kako zlouporaba i/ili kriva uporaba glasa je bezazleno stanje koje nema nikakve posljedice. Ovakav stav uvriježen je u društvu, što rezultira većim brojem slučajeva kod kojih postoje organske promjene na glasnicama čiji se nastanak mogao izbjeći. Najčešće se radi o vokalnim nodulima i polipima. Vokalni noduli nastaju kao rezultat prekomjerne aktivnosti glasnica prilikom čega nastaju zadebljanja koja s vremenom postaju sve tvrđa. Glas postaje

hrapav i promukao, a vokalni zamor javlja se mnogo brže. Reduciranje izvora iritacije glasnica uz vokalnu terapiju pokazalo se kao uspješan način rješavanja problema (Boone i McFarlane, 1999). S druge strane, polipi nastaju zbog akutne vokalne traume te uzrokuju promuklost u glasu. Ovisno o veličini, odstranjivanje polipa izvodi se kirurški, ili se provodi logopedska terapija uz strogi vokalni odmor.

3.2. OBILJEŽLJA

Ono što je karakteristično svim funkcionalnim poremećajima glasa je da nastupaju iznenadno, kod nekih osoba i vrlo intenzivno, dok kod drugih se stanje postepeno pogoršava. Sam nastanak nije poznat, ponekad je potreban duži vremenski period kako bi se ustanovio primarni uzrok teškoća. Može se raditi o već spomenutoj zlouporabi glasa u smislu pretjeranih zahtjeva na glas, neadekvatnoj vokalnoj higijeni (slaba hidracija, pušenje, konzumiranje alkohola u pretjeranim količinama, često pročišćavanje grla, nakašljavanje i drugo), naučenih oblika ponašanja nakon upala ili infekcija gornjih dišnih putova, prevelike mišićne napetosti područja grkljana, prisutnost laringofaringealnog refleksa, ali i psihološki čimbenici mogu imati utjecaj na razvoj poremećaja glasa (Roy, 2003). Neovisno o kojem se uzroku radi, pravovremena intervencija je ključna, jer negiranje problema može dovesti do ozbiljnijih teškoća i posljedično, dugotrajnijeg liječenja.

Simptomi funkcionalnih poremećaja glasa su uglavnom 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). Glasnice se jedna drugoj mogu približiti na pogrešan način tako da se promijeni i kvaliteta glasa pa on postane hrapav, promukao, šuman ili previše napet. Hrapavost obično ukazuje na glas čija proizvodnja zahtijeva veliki 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 brz napor prilikom govora, stezanje vratnih mišića i mišića grkljana, pa 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 na području respiracije poput neuporabe ili krive uporabe trbušnog disanja, uzimanja prevelike količine zraka, kratak fonacijski izdah slabog intenziteta (Boone i McFarlane, 1999). Svi 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.

3.3. PSIHOLOŠKI MEHANIZMI KOD FUNKCIONALNIH POREMEĆAJA GLASA

Uzrok i razvoj poremećaja glasa ponekad nije jasan, osobito kada se radi o funkcionalnim poremećajima glasa. Pokazalo se kako poremećaj glasa može nastati kao splet različitih okolnosti koje su se dogodile u nekom trenutku. Može se raditi o više događaja koji su na kraju kulminirali i referirali se u obliku poremećaja glasa, a može se raditi o jednom izoliranom događaju koji je predstavljao okidač za ostala obilježja koja su nastupila. Većina stručnjaka se slaže kako na razvoj poremećaja glasa utječu čimbenici koji su zapravo rezultat istovremenog djelovanja organskih, psiholoških i socijalnih elemenata, koji mogu biti predispozicijski, precipitirajući ili perpetuirajući (Nichol i sur., 1993, prema Roy i sur., 1997). U kojoj mjeri svaki od njih doista djeluje i dalje nije poznato. U proučavanju funkcionalnih poremećaja glasa najviše se pažnje pridavalo psihološkim čimbenicima koji bi mogli predstavljati jedan od ključnih etioloških čimbenika iz razloga što ne postoji niti jedan vidljiv anatomske ili neurološke uzrok poremećaja glasa. Međutim, postavlja se pitanje koliku ulogu psihosocijalni čimbenici doista imaju, odnosno jesu li oni uzrok ili posljedica poremećaja glasa (Roy i Bless, 2000). Na stres i neriješene psihološke konflikte često se gleda kao na pojačivače pa čak i uzročnike funkcionalnih simptoma (Nichol i sur., 1986, prema Roy i sur., 1997). Čak i kada je vidljiva napetost laringealnih i vratnih mišića kod zlouporabe glasa, u pozadini se mogu uočiti simptomi psihološkog nemira.

Različiti psihopatološki procesi predlagani su kao mogući uzrok vokalnih teškoća kod funkcionalnih poremećaja glasa. Jedan od takvih mehanizama je konverzija gdje je poremećaj glasa rezultat psihološkog disbalansa. Isto se navodi i kod tzv. „specifične

hipoteze“ koja tvrdi kako određeni podražaj (recimo emocionalni konflikt) stvara distinktivan odgovor, ili bolest, a organ koji je zahvaćen (u ovom slučaju larinks) je genetički već određen kao „slaba točka“ (Alexander, 1950, prema Roy i sur., 1997). Milutinović (Milutinović, 1991, prema Roy, 1997) se također slaže s ovom tezom te smatra kako su organske promjene u larinksu, farinksu i nosnom ždrijelu direktni rezultat somatizacije psihodinamičkog konflikta. Prema njemu, genetički čimbenici, rad endokrinog i neurovegetativnog sustava, kao i psihološki čimbenici značajni su u razvoju funkcionalnih poremećaja glasa. Nichol i sur. (1993, prema Roy i sur., 1997) smatraju kako prevelika aktivnost autonomnog i voljnog živčanog sustava može dovesti do hiperaktivnosti vanjskih i unutarnjih mišića larinksa što dovodi do funkcionalnih poremećaja glasa, uz prisustvo anksioznog poremećaja i/ili nekih drugih psiholoških smetnji. Od konkretnih simptoma pronađene su visoke razine anksioznosti, somatske teškoće i introvertiranost u osoba s funkcionalnim poremećajima glasa. Uz navedeno, osobe su opisane kao socijalno nervozne, neasertivne i suzdržane (Roy i Bless, 2000). Teško se nose s negativnim emocijama, brzo postanu tjeskobne, a u većini slučajeva sve te emocije potiskuju u sebe što se reflektira kako na njihovo zdravstveno tako i na psihosocijalno stanje (Baker, 2008). Seifert i Kollbrunner (2006) ustanovili su kako su osobe s funkcionalnim poremećajem glasa emocionalno osjetljivije od osoba s organskim poremećajem glasa Također je pronađeno kako se funkcionalni poremećaji glasa mogu razviti kao odgovor na izrazito stresne životne situacije. Pokazalo se kako upravo izrazito stresni događaji mogu dovesti do određene mišićne napetosti laringealnih i respiratornih mišića što može objasniti hiperfunkcionalni poremećaj glasa (Kotby i sur., 2003). Međutim, psihološki nemir može biti i odgovor na već postojeće vokalne teškoće kada postaje sekundarni, a ne primaran simptom. No, ukoliko se tomu ne pristupi pravovremeno može početi utjecati na razvoj tih vokalnih teškoća i pogoršati stanje. Zbog poveznice sa psihosocijalnim aspektom života osobe, moglo se naići na mišljenja kako se radi o osobama s duševnim (mentalnim) poremećajima (depresijom, manično-depresivnom stanju) koje žele skrenuti pažnju na sebe stvaranjem nekih teškoća (Roy i sur., 1997). Većina osoba s funkcionalnim poremećajima glasa ipak nemaju duševne (mentalne) poremećaje poput shizofrenije, poremećaja ličnosti ili nekih drugih, nego su jednostavno osjetljivije na svoje trenutno socijalno i emocionalno stanje što se odražava na njihovo funkcioniranje u svakodnevnici. Stoga, može se uočiti kako su osobe s funkcionalnim poremećajem glasa depresivne ili anksiozne, ali i dalje te karakteristike nisu toliko izražene

da se može govoriti o pravoj dijagnozi, odnosno nekom duševnom (mentalnom) poremećaju (Dietrich i sur., 2008).

Kada je riječ o proučavanju utjecaja psiholoških čimbenika na razvoj funkcionalnih poremećaja glasa, pronalazi se cijeli niz nedosljednosti. Veliki problem predstavlja opća zbunjenost oko termina „funkcionalni poremećaji glasa“ što dovodi do toga da postoji niz radova koji govore o psihološkim mehanizmima koji sudjeluju u nastanku i razvoju funkcionalnih poremećaja glasa, hiperfunkcionalnih poremećaja glasa, psihogenih poremećaja glasa, zlouporabi glasa (Baker, 2008). U opisu ovih poremećaja glasa ne nailazi se na jasna distinktivna obilježja, stoga, koji termin će se koristiti ovisi o preferenciji autora. Saznanja su također nejednaka, zbog toga što opisi najčešće proizlaze iz studije slučaja, kliničkih izvještaja ili teorijskih diskusija. Na takav način dobije se deskriptivan prikaz simptoma i same pozadine slučaja, no ne i znanstvena valjanost i pouzdanost. Longitudinalnim istraživanjima, pomnim praćenjem u kontroliranim uvjetima mogla bi se uočiti veza između mehanizama koji mogu biti uzročnici nekog poremećaja (Baker, 2008). S druge strane, treba cijeliti važnost studija slučaja, jedinstvenosti u socijalnom kontekstu svake osobe s poremećajem glasa, kako bi se u konačnosti mogla stvoriti realna slika osobe s funkcionalnim poremećajem glasa kao i teškoća (u svim aspektima njezinog života).

4. DEFINIRANJE PSIHOGENIH DISFONIJA

4.1. TERMINOLOŠKI PROBLEMI DEFINIRANJA PSIHOGENIH DISFONIJA

Definiranje bilo kakvog stanja koje je psihološki uvjetovano nije jednostavno. Svaki stručnjak ima svoje mišljenje o uključujućim i isključujućim čimbenicima nekog psihogenog poremećaja, jer čim se govori o „psihogenom“ jasno je kako taj termin u sebi sadržava cijeli niz različitih psiholoških prezentacija stanja i simptoma. Simptomi variraju, neki se ne pojavljuju kod svih osoba, dok pak drugi ne djeluju kao nešto što je problem jer gotovo svaki čovjek ih ima (npr. osjećaj nervoze ili tjeskobe, zabrinutost, strah, izloženost stresu i slično). Iz tih razloga vrlo je teško napraviti granicu kada nešto predstavlja teškoću koja zahtijeva odgovarajuću skrb, a kada se radi o bezazlenom stanju koje odgovara današnjem užurbanom načinu života. Često se psihogena pozadina poremećaja zanemaruje, prepisuje životnim okolnostima, načinu života, karakteru osobe, tvrdeći kako je to sve sasvim normalno i uobičajeno. Time se zapravo kreira negativan stav prema psihoterapijama i bilo kakvom obliku psihološke pomoći, a negira poveznica psiholoških čimbenika i tjelesnih stanja.

Na slične teškoće se naišlo prilikom određivanja psihogenih disfonija. Najviše se raspravljalo oko naziva, klasifikacije i diferencijalne dijagnostike, a ove rasprave prisutne su i danas među stručnjacima. U starijoj literaturi moguće je pronaći 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). Nadalje, Andersson i Schalén (1998) predlažu termin „fononeuroza“ koji bi se mogao koristiti za opis i psihogene disfonije i psihogene afonije, a s njima se slaže i Milutinović (1991, prema Roy i sur., 1997). Na taj način pokušala se povezati narušenost vokalnih sposobnosti i psihosomatski činitelji. Međutim, uporaba termina „neuroza“ stvorila je pogrešno mišljenje kako su osobe sa psihogenim disfonijama i afonijama narušenog mentalnog zdravlja zbog čega se taj termin prestao koristiti. S druge strane, Greene i Mathieson (2001, prema Rossi, 2009) vraćaju termin „konverzija“ ponovno u uporabu pa predlažu nazive „konverzijski simptomi afonije“ i „konverzijski simptomi disfonije“. Međutim, danas se izbacuju iz uporabe termini „histerični“ ili „konverzijski“ zbog negativnih konotacija koje se vežu uz te nazive. Stvaraju krivu sliku teškoća, a time i pogrešan početni stav društva što utječe na osobu s poremećajem glasa. Neki od ovih termina

koristili su se i kao sinonimi za funkcionalne poremećaje glasa, no unatoč tomu u novije vrijeme se sve više ističe i počinje koristiti 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. Nadalje, tvrdi kako se svi neorganski poremećaji glasa trebaju smatrati kao „psihogeni“ i u skladu s time i određivati. S njim se donekle slažu i drugi autori (Roy i Bless, 2000, Baker, 2002, Roy, 2003, Johnson i sur., 2010, Kollbrunner i sur., 2010, Garcia Martins i sur., 2014). Kasnije definicije psihogene disfonije se oslanjaju na njegovu i samo dodatno proširuju. Pa tako 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. Isto tvrde Nemr i sur. (2010) naglašavajući pritom snažnu poveznicu poremećaja glasa s problemima ličnosti i karaktera osobe. 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 stanju afonije, tj. potpunom bezglasju. Ova razlika uočena je i ranije, stoga se ukomponirala u definiciju psihogenih poremećaja glasa.

Odrediti što je psihogena disfonija, odnosno afonija bilo je relativno lako, no ne može se isto reći i za određivanje što nije psihogena disfonija. To se poglavito odnosi na problem određivanja jesu li funkcionalni poremećaji glasa isto što i psihogene disfonije, ili su psihogene disfonije vrsta funkcionalnih poremećaja glasa. Aronson (1990, prema Rossi, 2009) smatra kako psihogene disfonije treba razgraničiti od funkcionalnih poremećaja glasa jer su psihološki uzrokovane, dok kod funkcionalnih poremećaja glasa etiologija može i ne mora biti povezana sa psihološkim čimbenicima. Butcher i sur. (2007) također razlikuju psihogene disfonije i funkcionalne poremećaje glasa, te gledaju na njih kao krovni termin psihogenim disfonijama. S njima se ne slažu Boone i McFarlane (1999) koji izbjegavaju termin „psihogene disfonije“. Iako su uočili psihološku etiologiju, smatraju kako je ona prisutna kod nekoliko vrsta funkcionalnih poremećaja glasa, ako ne i kod svih. Aronson (1990, prema Rossi, 2009) tvrdi kako je to neupitno, no ti poremećaji glasa ne dijele istu vrstu psihološke pozadine (ista emocionalna psihološka stanja osobe) i to je ono što ih razlikuje. Iz tih razloga ne smiju se izjednačavati, a niti tretirati na isti način. Garcia Martins i sur. (2014) navode

kako se psihogene disfonije trebaju smatrati funkcionalnim poremećajima glasa upravo iz razloga što nema vidljivih strukturalnih ili neuroloških promjena na glasnicama i ne vide opravdan razlog njihovom razdvajanju.

Iz priloženog se vidi kako postoje neslaganja kako u terminologiji tako i u klasifikaciji, koja otežavaju ophođenje s osobama koje imaju psihogenu disfoniju ili psihogenu afoniju. Butcher i sur. (2007) sugeriraju kako odluka o tome pripada li neki poremećaj glasa kategoriji funkcionalnih poremećajima glasa ili psihogenim disfonijama, ovisi o tome koliko emocionalno stanje i neki pozadinski psihološki čimbenici utječu na početak i sam razvoj poremećaja glasa. To predstavlja problem budući da je vrlo teško objektivno i u kontroliranim uvjetima izmjeriti i utvrditi utjecaj emocija na funkcioniranje osobe i njezino ponašanje.

4.2. KLASIFIKACIJA PSIHOGENIH DISFONIJA

4.2.1. Klasifikacija prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10)

Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema (Svjetska zdravstvena organizacija, 2007), psihogene disfonije i afonije spadaju u disocijativne (konverzivne) poremećaje (šifra F44), odnosno pod posebnu skupinu disocijativnih mišićnih poremećaja (psihogeni poremećaji mišića) (šifra F44.4). Disocijativni (konverzivni) poremećaj je neurotski poremećaj tjelesnih funkcija koje su pod voljnom kontrolom te za koje postoje jasne naznake kako je gubitak funkcije zapravo izraz emocionalnog konflikta ili potreba. Veže se uz stres, a medicinskim pregledom nije utvrđen poznati fizički ili neurološki poremećaj. Disocijativni mišićni poremećaj je gubitak sposobnosti pokretanja dijelova ili čitavog tijela uz očuvanu svijest. U najčešćim oblicima radi se o gubitku sposobnosti pokretanja dijela, cijelog uda ili udova. Može postojati velika sličnost s gotovo svim oblicima ataksije, apraksije, akinezije, afonije, dizartrije, diskinezije, napada gubitka svijesti ili paraliza.

4.2.2. Klasifikacija prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje, četvrto, revidirano izdanje (DSM-IV)

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). Zajedničko je obilježje somatoformnih poremećaja prisutnost tjelesnih simptoma koji govore u prilog općem zdravstvenom stanju, ali se ne mogu u potpunosti objasniti općim zdravstvenim stanjem, neposrednih učinkom psihoaktivnih tvari ili drugim duševnim poremećajem. Konverzivni poremećaj se sastoji od simptoma ili nedostataka koji se razvijaju nesvjesno i nevoljno te obično pogađaju motornu ili osjetnu funkciju. Manifestacije nalikuju neurološkom ili nekom općem zdravstvenom poremećaju, a rijetko se uklapaju u poznate patofiziološke mehanizme ili anatomske putove. Početak i trajanje konverzijskih simptoma se u pravilu pripisuje psihičkim čimbenicima, kao što je stres. Dijagnostički kriteriji za postavljanje ovog poremećaja su:

1. Jedan ili više simptoma ili deficita koji pogađaju voljnu, motoričku ili osjetilnu funkciju koja upućuje na neurološko ili drugo opće zdravstveno stanje.
2. Procjenjuje se kako su psihološki čimbenici vezani za simptome ili deficite, jer početku simptoma ili deficita prethode konflikti ili drugi stresori.
3. Simptomi ili deficiti nisu namjerno stvoreni.
4. Unatoč pažljivom pregledu, simptom ili deficit ne može se u potpunosti objasniti općim zdravstvenim stanjem ili neposrednim učinkom psihoaktivne tvari ili kulturološki prihvatljivim ponašanjem ili iskustvom.
5. Simptom ili deficit uzrokuje kliničke smetnje ili oštećenje u socijalnom, radnom ili drugim važnim područjima funkcioniranja ili zahtijeva medicinsku evaluaciju.
6. Simptom ili deficit nije ograničen na bol ili seksualne smetnje, ne javlja se isključivo za vrijeme somatizacije i ne može se bolje objasniti nekim drugim duševnim poremećajem.

Simptomi se često razvijaju naglo, a početak se obično može povezati sa stresnim zbivanjem. Ograničeni su na one koji zahvaćaju voljne motorne ili osjetne funkcije te

ukazuju na neurološki ili opći zdravstveni poremećaj (npr. poremećenu koordinaciju ili ravnotežu, slabost ili oduzetost ruke ili noge ili gubitak osjeta u dijelu tijela).

4.2.3. Klasifikacija prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje, peto izdanje (DSM-V)

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 spada u kategoriju 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 same kategorije somatoformnih poremećaja i nejasnoća oko granica dijagnoza. Trenutna klasifikacija prepoznala je spomenuta preklapanja te reducirala ukupan broj poremećaja i njihovih potkategorija. Dijagnostički kriteriji za postavljanje ovog poremećaja su:

1. Jedan ili više simptoma izmijenjene voljne, motoričke ili osjetilne funkcije.
2. Klinički nalazi svjedoče o nespojivosti simptoma i poznatih neuroloških ili zdravstvenih stanja.
3. Ovaj simptom ili deficit nije bolje objašnjen drugim zdravstvenim ili psihičkim poremećajem.
4. Ovaj simptom ili deficit uzrokuje klinički značajnu patnju ili oštećenje u socijalnom, radnom ili drugom važnom području funkcioniranja, ili opravdava medicinske pretrage.

Iako ova dijagnoza zahtijeva da se stanje ne može objasniti neurološkom bolešću, to se ne bi trebalo olako shvaćati samo zato što su rezultati pretraga uredni ili simptomi neuobičajeni. Mora postojati klinički nalazi koji jasno pokazuju dokaze o nespojivosti s neurološkom bolesti. Važno je pritom napomenuti da bi se dijagnoza konverzivnog poremećaja trebala temeljiti na cjelokupnoj kliničkoj slici, a ne na jednom kliničkom nalazu. Početak može biti bilo kada tijekom života, a može se povezati sa stresom ili traumom, bilo psihičke ili fizičke prirode. Potencijalno etiološko značenje stresa ili

traume može biti nagoviješteno zbog bliske vremenske povezanosti. Premda je procjena stresa i traume važna, dijagnoza ne bi trebala biti odbačena ako isti nisu pronađeni.

4.2.4. Klasifikacija psihogenih disfonija prema Butcher i sur. (2007)

Ovaj model klasifikacije temelji se na Freudovom konceptu konverzije uzimajući u obzir i druge etiološke čimbenike pronađene kod ove populacije. Razlog prijedloga ovog modela je nezadovoljstvo s postojećim klasifikacijskim sustavom. Autori ne umanjuju na važnosti klasifikaciju prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje kao ni prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema, međutim, vjerovanja su kako postoje saznanja i potrebe za detaljnijim opisom i izmjenama u klasifikacijskom sustavu psihogenih disfonija. Prema tome, 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 o 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 prisustvo 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. Odnose se i na psihogene disfonije i afonije, te objašnjavaju zašto većina osoba sa psihogenom afonijom relativno brzo postigne zvučnost. 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 otklonjeni. Takve osobe su imale 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 zbog čega se dodatno mora raditi na osvještavanju glasa i vokalnoj higijeni. Razlikovna obilježja ove tri vrste psihogene disfonije, odnosno afonije prikazana su u Tablici 1.

Tablica 1. *Razlikovna obilježja vrsta psihogenih disfonija i afonija prema Butcher i sur. (2007)*

Klasična konverzija (histerija)	Kognitivno-bihevioralna konverzija	Habitualna konverzija
Rijetka, prevalencija: 5%	Učestala, prevalencija:95%	Rijetka, prevalencija nepoznata
Osoba pokazuje simptome poremećaja ličnosti, probleme uzrokovane ozbiljnim životnim iskustvima, traumama i socijalnim tabuima koji se tiču izražavanja agresije ili seksualnosti.	Osoba pokazuje simptome poremećaja ličnosti, probleme uzrokovane nekim stresnim životnim događajima, traumama ili socijalnim tabuima koji se tiču asertivnosti i izražavanja osjećaja, što dovodi do smanjenog samopouzdanja, samopoštovanja i osjećaja bespomoćnosti.	Osoba pokazuje simptome poremećaja ličnosti, probleme uzrokovane nekim stresnim životnim događajima, traumama ili socijalnim tabuima koji se tiču asertivnosti i izražavanja osjećaja, što dovodi do smanjenog samopouzdanja, samopoštovanja i osjećaja bespomoćnosti.
Izloženost negativnim životnim situacijama ili sukobima vezanim uz izražavanje agresije ili seksualnosti.	Izloženost negativnim životnim situacijama ili sukobima vezanim uz izražavanje osjećaja.	Izloženost negativnim životnim situacijama ili sukobima vezanim uz izražavanje osjećaja.
Osoba koristi negiranje i represiju kao obrambene mehanizme.	Osoba koristi supresiju (potiskivanje) kao obrambeni mehanizam.	Osoba koristi supresiju (potiskivanje) kao obrambeni mehanizam.

Represija otkloni svjesnost o sukobu ili o anksioznosti što otežava terapiju jer uzrok nije osviješten.	Supresijom (potiskivanjem) se nije riješio sukob, tako da osoba i dalje osjeća anksioznost. Međutim, svjesna je svojih problema, stoga je terapija puno uspješnija.	Supresijom (potiskivanjem) se nije riješio sukob, ali okolnosti su se promijenile. Problemi su se riješili, tako da supresija nije ni potrebna.
Nesvjesni sukobi pretvoreni su u tjelesni simptom koji pokazuje prirodu samog sukoba.	Napetost i inhibicija izraženi su kroz mišićnu napetost, koja se osobito vidi tijekom govorenja.	Napetost i inhibicija izraženi su kroz mišićnu napetost, koja se osobito vidi tijekom govorenja. Iako se problem riješio, anksioznost i mišićna napetost postali su naučena ponašanja. Poremećaj glasa postao je rezultat navike.
Mala motivacija za promjenom stanja.	Velika motivacija za promjenom stanja.	Motivacija ovisi o tome koliko je osobi stalo do kvalitete njezinog glasa i koliko je svjesna svog problema.

Kao što se može vidjeti iz ovog modela klasifikacije, primjena Freudovog modela konverzije nije u potpunosti cjelovita, budući da postoje nedosljednosti u pronalasku pravih konverzivnih simptoma kod psihogenih disfonija i afonija. Ono što autori sugeriraju je da klasična konverzija predstavlja jedan širi pojam unutar kojeg se nalazi spektar različitih simptoma koji se međusobno mogu ispreplesti i stvoriti jednu kliničku sliku. Ovaj model je nastao isključivo kao pomoć logopedima u radu. Koristan je jer pomaže u prepoznavanju psiholoških procesa, objašnjavajući pritom obilježja i pozadinu problema. Isto tako olakšava odabir terapije (simptomatske naspram psiholoških metoda) i istovremeno pojašnjava njezin tijek (ovisno radi li se o klasičnoj konverziji ili kognitivno-bihevioralnoj).

5. ETIOLOGIJA PSIHOGENIH DISFONIJA

Ustanoviti uzrok nastanka nekog poremećaja je ono čemu se najviše pridaje pažnje ne samo kako bi se bolje razumio sam poremećaj nego kako bi se olakšala dijagnostika, a time i odabir adekvatne terapije. Zašto je nešto nastalo, kada je nestalo, koliki je utjecaj same osobe, a koliko vanjskih čimbenika, s čime je sve povezano..., uobičajena su pitanja s kojima se susreću stručnjaci tijekom svog rada. Kod nekih poremećaja uzrok je poprilično jasan, no kod drugih otkriti pravu pozadinu problema nije baš tako jednostavno. Jedan od takvih poremećaja su psihogene disfonije. One su često multikauzalne i dijele obilježja s nekim drugim poremećajima glasa što može otežati njihovo prepoznavanje (Butcher i sur., 2007). Mogu zbuniti kako osobu tako i stručnjaka, stvoriti dileme pa čak navesti i na krivi zaključak. Upravo zbog toga predstavljaju i svojevrsan izazov u radu.

Psihogeni disfonija je dominantna u žena između tridesete i pedesete godine iako postoje slučajevi 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 u početku puberteta kada dolazi do mutacije glasa. Mogući razlog tomu su visoka očekivanja koje društvo postavlja pred mladiće, a dodatan pritisak nastaje u kulturama u kojim muškarci imaju značajnu ulogu (Baker, 2002). Postoje i drugi zabilježeni slučajevi psihogene disfonije, no oni se odnose na ratno razdoblje kada je vrlo vjerojatno psihogeni disfonija bila potaknuta teškim ratnim okolnostima i zahtjevima koji su se postavljali pred vojnike (Baker, 2002). Psihogene disfonije su relativno rijedak poremećaj, s prevalencijom od 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 oko terminologije i klasifikacije (Kollbrunner i sur., 2010).

Psihogene disfonije mogu se pojaviti i kod pjevača, što nije rijedak slučaj (Johnson i sur., 2010). Neka ponašanja i teškoće tijekom pjevanja (neovisno o glazbenom žanru) mogu biti pokazatelj prisustva psihogenih disfonija. One uključuju nepravilno disanje, kontinuirane respiratorne teškoće, nekonzistentan vibrato, gubitak visokih tonova, nepredvidljivu mišićnu

laringealnu napetost (ali ne tijekom govorenja), zlouporabu glasa, sabotiranje vlastite izvedbe kroz lošu pripremu tijekom proba i nastupa (Johnson i sur., 2010). Spomenuta mišićna napetost, uz anksioznost pred samu izvedbu, kao i prisustvo nekih drugih vokalnih teškoća (recimo drhtav i promukao glas) mogu biti okidač za razvoj određenih ponašanja kod pjevača. Naime, pjevačima je glas od iznimne važnosti jer je to alat koji im osigurava financijsku sigurnost, karijeru i prestiž. Bilo kakav oblik poremećaja glasa ugrožava njihovu sliku o sebi i općenito kvalitetu života. Takva situacija može prouzrokovati začarani krug u kojem neke vokalne teškoće dovode do emocionalne nestabilnosti u osobe, a sve to zajedno dodatno pojačava vokalne teškoće. Bilo tko, a osobito pjevači, u ovoj poziciji osjećaju nemoć i pad samopouzdanja što otežava njihovo stanje.

Kroz povijest mijenjali su se trendovi gleda etiologije psihogenih disfonija, od strogo medicinskih pogleda do onih 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 *hystera* 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). S pojavom Sigmunda Freuda došlo je do promjene mišljenja i stavova u znanstvenim krugovima, osobito u području psihologije i medicine. On je razvio tezu o konverziji gdje 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. Zanimljivo je kako je pravo stanje konverzije vrlo rijetko i zabilježeno je manje od 5% takvih slučajeva osoba sa psihogenom disfonijom (Baker, 2002, Butcher i sur., 2007). Moguć razlog tomu je različito gledište pojedinih autora na kriterije za postavljanje dijagnoze što uvelike utječe na konačan rezultat prevalencije (Baker, 2002). Butcher (1995, prema Barakah i sur., 2012) navodi kako se češće pronalazi prisutnost velike razine stresa i mišićne napetosti naspram

pravih konverzijskih simptoma. U novije vrijeme psihodinamski model ističe kako je moguće da se osoba ne može izraziti na pravi način, prema čemu su psihološki simptomi posljedica vokalnih teškoća. S druge strane, bihevoristi se slažu kako su psihološki procesi podloga u konverzijskim reakcijama. Međutim, ističu važnost uloge instrumentalnog učenja i kod precipitirajućih i perpetuirajućih konverzijskih simptoma. Oni smatraju kako simptom (u ovom slučaju disfonija) postaje naučen odgovor na anksioznost i nastupa mnogo kasnije nego je prvotni problem postao prepoznat ili čak riješen (Baker, 2002, Sudhir i sur., 2009). Ovo može objasniti zašto tijekom razgovora s osobom sa psihogenom disfonijom, ona vrlo često ne može istaknuti niti jedan stresni događaj, sukob ili neku situaciju koja je mogla biti okidač za ovakvo stanje, kao što ne može objasniti kako je došlo do disfonije i/ili afonije nakon određenog perioda. Kognitivni teoretičari pak navode kako bi primarno trebalo izbjeći strah i negativne osjećaje kako bi se izbjegla naučena situacija (Sudhir i sur., 2009).

5.1. TEŠKOĆE U KOMUNIKACIJI I TRAUMATSKA ISKUSTVA KAO UZROK PSIHOGENE DISFONIJE

House i Andrews (1988, prema Sudhir i sur., 2009) proučavali su prirodu i mogući utjecaj određenih životnih situacija kao i teškoća u komunikaciji kao početka razvoja psihogene disfonije. Pritom, istaknuli su svojevrsan trend u današnjem svijetu gdje su žene te koje nose veliku odgovornost u bračnom, obiteljskom i interpersonalnom odnosu, gdje se istovremeno mogu osjećati i pomalo bespomoćne kada je potrebno uvoditi promjene u tim odnosima. Ovakva situacija stvara disfunkcionalni obrazac interakcije u kojem se osoba ne osjeća spremnom da izravno iznese svoje tvrdnje (Baker, 2002). Obuzme ju strah, nervoza, nesigurnost i zbog toga se javlja psihogena disfonija i/ili afonija. Mnogi autori (Butcher 1995, prema Seifert i Kollbrunner, 2005, Andersson i Schalén, 1998, Sudhir i sur., 2009) navode kako se radi o ženama koje su izrazito vezane uz svoju obitelj, može se raditi čak i o izrazito tradicionalnim obiteljima gdje je uloga žene drugačija nego u zapadnom svijetu. Nadalje, mogu se uočiti teškoće u asertivnosti, osobe su zatvorenije, povučenije, a preuzele su previše odgovornosti na sebe nego što to mogu podnijeti. Nezadovoljne situacijom žele riješiti problem, no panika i tjeskoba ih nadjačavaju što prati izrazita mišićna napetost, a u konačnici sve se to reflektira na vokalne sposobnosti. Isto su potvrdili Andersson i Schalén (1998) u svom istraživanju gdje su gotovo svi ispitanici sa psihogenom disfonijom naveli različite

životne događaje vezane uz obiteljski život ili posao, koji su se odvijali oko vremena nastanka vokalnih teškoća.

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 distress 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 nadodaju 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).

5.2. LOŠE RASPOLOŽENJE I/ILI DEPRESIJA KAO UZROK PSIHOGENE DISFONIJE

Stres, svakodnevni problemi, osjećaj straha, konstantne brige, loše raspoloženje, sve je to dio životnog stadija jedne osobe. Ne postoji osoba koja se nikad ne brine i koja nema dane kada se osjeća loše. Međutim, kod nekih stanja i kod neke populacije ovakvi simptomi su suviše učestali da se mogu smatrati opravdanim. 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). Guze i Brown (1962, prema Butcher i sur., 2007), Deary i sur. (2003), Dietrich i Verdolini Abbott (2012) pronašli su visoku stopu anksioznosti ili depresije kod osoba koje imaju psihogene disfonije. Nadalje, Deary i sur. (1997, prema Butcher i sur., 2007) su kod žena s poremećajem glasa pronašli veću količinu anksioznosti i depresije nego u općoj populaciji. Opći znakovi i simptomi su osjećaj tuge, loše raspoloženje, preokupiranost negativnim mislima i osjećaj bespomoćnosti te beznada (Rosen i sur., 2003, Butcher i sur., 2007, Garcia Martins i sur., 2014).

Loše raspoloženje i/ili depresija realno mogu biti uzrok nastanka psihogenih disfonija. Međutim, mogu biti i posljedica tog stanja, što se često zaboravlja. Teško je jasno utvrditi jesu li oni uzrok ili su posljedica. Butcher i sur. (2007) smatraju kako se u mnogim slučajevima ovi simptomi ipak javljaju kao sekundarna obilježja, odnosno kao rezultat psihogene disfonije. Osoba se osjeća loše jer je svjesna problema s vlastitim glasom, a usto nije riješila svoje nedoumice i probleme. Glas je kontinuirano nestabilan, s obilježjima koje variraju od onih jedva primjetnih do onih koje i okolina može uočiti. Andersson i Schalén (1998) navode kako interpersonalni sukobi osobito s članovima obitelji ili kolegama na poslu mogu biti značajni precipitirajući čimbenici za razvoj psihogene disfonije. Čim okruženje zamijeti promjene u glasu, osobi postaje teže i takvo stanje onda utječe kako na radnu sposobnost tako i na socijalne aktivnosti. Osoba može osjećati tugu i žalost zbog vokalnih teškoća, a istovremeno i strah, brigu te bespomoćnost zbog neznanja što i kako dalje, a to su neke od karakteristika koje se povezuju upravo s depresijom.

5.3. UPALA GORNJIH DIŠNIH PUTOVA KAO UZROK PSIHOGENE DISFONIJE

Neovisno o tome što je kod većine psihogenih disfonija laringoskopski pregled uredan, postoje neki slučajevi kod kojih je uočena veza između pojave vokalnih teškoća i upale gornjih dišnih putova (Butcher i sur., 2007). Naime, Kinzl i sur. (1988, prema Butcher i sur., 2007) tvrde kako psihodinamski sukob se reflektira upravo u ovom području. Ako osoba bude izložena prevelikoj količini stresa, fizički simptomi se mogu razviti u onom području koje je već oslabilo. Stanje se može i pogoršati ukoliko se nastavi izloženost prevelikom stresu, čime se želi ukazati na mogući utjecaj psiholoških čimbenika i na imunološki sustav (Butcher i sur., 2007). Početak psihogene disfonije često se preklapa sa prisutnom upalom gornjih dišnih putova i često je povezan s nekim stresnim aktualnim događajem u životu osobe, ili s problemima s partnerom ili obitelji (Baker, 2002). Andersson i Schalén (1998) također smatraju kako upale gornjih dišnih putova predstavljaju precipitirajući faktor u razvoju poremećaja glasa, razvijajući pritom obrambeni laringealni mehanizam. To su potvrdili svojim istraživanjem gdje je velika većina ispitanika sa psihogenom disfonijom navela neke probleme s dišnim sustavom (alergije, astma, kronični bronhitis, česte upale) u vrijeme početka vokalnih teškoća.

6. PODJELA PSIHOGENIH DISFONIJA

Neovisno o kojem je klasifikacijskom sustavu riječ, vidljivo je kako oni ne dijele psihogene disfonije na daljnje podvrste. Međutim, neki autori tvrde kako postoji nekoliko podvrsta psihogenih disfonija koje se ne smiju zanemariti (Aronson 1990, prema Rossi 2009, Baker, 2002, Rubin i Greenberg, 2002, Rosen, 2003, Butcher i sur., 2007). Naglašavaju kako je potrebno imati ih na umu jer mogu objasniti neke simptome, upotpuniti kliničku sliku, a i olakšati izbor terapije. Ponekad je teško razlikovati jednu podvrstu od druge, neki stručnjaci čak i ne obraćaju toliko pozornosti na njih jer smatraju kako razlike koje postoje nisu dovoljne kako bi se govorilo o pravim podvrstama. Isto tako zbog kontinuirane rasprave „funkcionalno naspram psihogeno“ upitno je koliko su te podvrste uopće objektivno utemeljene, a koliko su rezultat subjektivnog stava. Neovisno o različitim stajalištima, nedvojbeno je kako je sama podjela prijeko potrebna, ne samo zbog distinkcije, nego zbog boljeg razumijevanja samog poremećaja.

Aronson (1990, prema Rossi, 2009) je prvi predložio podjelu psihogenih disfonija na:

1. Konverzijske simptome disfonije i afonije,
2. Puberfoniju,
3. Spazmodičnu psihogenu disfoniju,
4. Vokalne nodule nastale zbog psiholoških čimbenika.

Kasnije podjele se baziraju na njegovoj uz nekoliko preinaka. Spazmodična disfonija je i dalje kontroverzan poremećaj koji se u nekim slučajevima dovodi u vezu sa psihogenom podlogom, međutim, ne klasificira se više pod psihogene disfonije, nego pod poremećaje glasa vezane uz određene neurološke čimbenike (Sapir, 1995, Boone i McFarlane, 1999). Vokalni noduli nastaju zbog zlouporabe glasa, ali iz različitih razloga. Neki od njih doista mogu biti psihološki uvjetovani, ali primarno su posljedica pretjeranih zahtjeva na glas. Puberfonija (mutacijski *falseto*) je stanje koje se javlja češće kod dječaka kada dolazi do nastavljanja uporabe visokog glasa iako je pubertet prošao. U dječaka pubertetske promjene započinju oko jedanaest ili dvanaest godine, a primjetan laringealni rast i promjene fundamentalne frekvencije javljaju se u posljednjoj godini puberteta (Boone i McFarlane, 1999). Može se raditi o hormonalnoj neuravnoteženosti gdje se radi na postizanju ponovne hormonalne homeostaze organizma, ali može biti riječ i o nekim psihološkim problemima (npr. visokim

obiteljskim očekivanjima) koji su se reflektirali na glas. U svakom slučaju logoped će tijekom inicijalnog razgovora zaključiti o čemu se može raditi i dalje uputiti osobu na procjene i dodatne preglede.

Rubin i Greenberg (2002) predložili su podjelu psihogene disfonije i to na kategorije simptoma koji se mogu pojaviti uz njih. Oni razlikuju:

1. Konverzijske poremećaje glasa (koji uključuju: konverzijski mutizam i afoniju, konverzijsku disfoniju i psihogenu adduktornu spazmodičnu disfoniju),
2. Puberfoniju (mutacijski *falseto*),
3. Govor nalik dječjem kod odraslih osoba,
4. Poremećaj mišićne napetosti (koji uključuje: zlouporabu glasa, vokalne nodule, kontaktni ulcer i ventrikularnu fonaciju).

Podjela je vrlo slična Aronsonovoj, s time da uključuje i slučajeve nespecifičnih, rijetkih stanja, poput dječjeg govora kod odraslih osoba. Smatraju kako nije dovoljno voditi se isključivo ovom predloženom podjelom, nego treba uzeti u obzir i psihosocijalnu stranu ovog poremećaja i tek onda postaviti točnu dijagnozu.

S druge strane, Baker (2002) predlaže podjelu psihogenih disfonija koja je vrlo slična prethodnoj, i to na:

1. Stanje pretjerane mišićne napetosti zbog emocionalnog stresa,
2. Konverzijski poremećaji glasa (ozbiljnije prirode),
3. Puberfoniju (može biti prisutna kako kod dječaka u pubertetu, tako i u adolescenata koji izlaze iz puberteta),
4. Oblik konverzijskog poremećaja glasa kod muškaraca.

Razlika u podjelama je u tome što Baker dodatno naglašava slučajeve psihogenih disfonija i kod muškaraca, što se često zanemaruje u literaturi. Dugo se smatralo kako su psihogene disfonije isključivo problem koji zahvaća žensku populaciju, no trendovi pokazuju da se sve više pronalazi slučajeva i kod muškaraca (Baker, 2002). Međutim, ono što je različito su uzročni čimbenici koji su u pozadini problema. Iz tog razloga, ovakva podjela se ponovno pokazuje iznimno korisnom.

7. OBILJEŽJA PSIHOGENIH DISFONIJA

Psihogene disfonije karakteriziraju određene teškoće vezane uz glas, ali i teškoće psihosocijalne prirode. Na prvi pogled vokalne teškoće se ne razlikuju od onih kod funkcionalnih poremećaja glasa, ali upravo psihološka komponenta poremećaja je ono što ih razlikuje. Svaki slučaj je jedinstven, s drugačijom kliničkom slikom. Upravo zato su studije slučaja neiscrpan izvor opisa obilježja psihogenih disfonija. Neke osobitosti ovog poremećaja su lako prepoznatljive, no mogu se pojaviti i neke koje zamaskiraju primaran problem i odvodu stručnjaka na krivi put. Iz tih razloga jako je bitno poznavati obilježja psihogenih disfonija kako na perceptivnoj razini, tako i na onoj psihološkoj. Na taj način ne olakšava se samo njihovo prepoznavanje, već i sama dijagnostika te kasnije odabir terapije.

Poremećaji glasa psihogene etiologije mogu se pojaviti u dva oblika. Može se raditi o poremećaju glasa (disfoniji) ili se može raditi o potpunoj 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 psihogene afonije su 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 nešto drugačiji 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 (*falsetto* 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 napetošću. Garcia Martins i sur. (2014) dodaju kako se može javiti i tremor u glasu, ventrikularna fonacija s hiperkontrakcijom i konstrikcijom pa 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. Isto tako, moguća je bol i napetost u laringealnom području. Osobe uglavnom šapću, ili pomiču samo usnama i na taj način komuniciraju sa svojom okolinom. Mogu se javiti trenutci visokog, napetog, ali i slabog glasa (Kollbrunner i sur., 2010). Ono što je specifično kod psihogene disfonije i afonije je 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 krive 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 pa čak do prisutne laringealne patologije. Tada se najčešće radi o vokalnim nodulima kao produktu dugotrajnih pokušaja proizvodnje glasa. Uredna addukcija i abdukcija glasnica može se uočiti prilikom fućkanja, kašljanja, smijeha ili mirisanja (Rosen i sur., 2003, Kollbrunner i sur., 2010, Bader i Schick, 2013).

Već je spomenuto kako psihogene disfonije određuju i psihosocijalni čimbenici. Najčešće se radi o osobama koje imaju neke obiteljske probleme, zdravstvene probleme, financijske teškoće, probleme s partnerom ili probleme na radnom mjestu (Kotby i sur., 2003, Garcia Martins, 2014). Obično se radi o dugotrajnim teškoćama koje osoba negira, potiskuje u sebe, a one se svojevrsno ispoljavaju u obliku vokalnih teškoća. Osjećaju strah, nesigurnost, ljutnju, pa čak i bijes, a ne znaju ih pokazati na adekvatan način kao niti nositi se 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 pokazuje simptome tzv. *burnout* sindroma (sindroma izgaranja). Kod težih slučajeva, osobito afonija, moguće je pronaći i dokaze psihičkog zlostavljanja ili nekih drugih traumatskih iskustava. Ono što je osobito je da osobe nikako ne vide način kako će riješiti aktualne sukobe i teškoće. Većina osoba s konverzivnim poremećajem ne razumije suštinu problema (vlastite unutarnje sukobe) jer se oni odvijaju na podsvjesnoj razini (Marshall, 2015). Uglavnom se radi o introvertiranim osobama, koje ne pričaju o svojim problemima, nisu socijalno aktivne i ne osjećaju se ugodno u iznošenju vlastitog mišljenja. Zbog toga im samo rješavanje predstavlja dodatni problem. Kod ove 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 posebno uočljivo kada se razgovara o negativnim emocijama poput razočaranja, ljutnje ili straha/srama. Same po sebi su to neugodne situacije, s neugodnom atmosferom, a kod ovih osoba one predstavljaju idealno okruženje, odnosno okidač za razvoj disfoničnih tj. afoničnih simptoma. Kod vokalnih profesionalaca psihološka pozadina je još više izražena. Zbog velike svjesnosti svog glasa, svaku promjenu brzo uče. Nastane panika, strah i tjeskoba što može pogoršati stanje, osobito stanje afonije. Razlozi nastanka psihogene disfoniije mogu biti raznoliki, no problem je veći ako je okidač neugodna situacija na radno mjestu (osobito s nadređenom osobom).

8. DIJAGNOSTIKA PSIHOGENE DISFONIJE

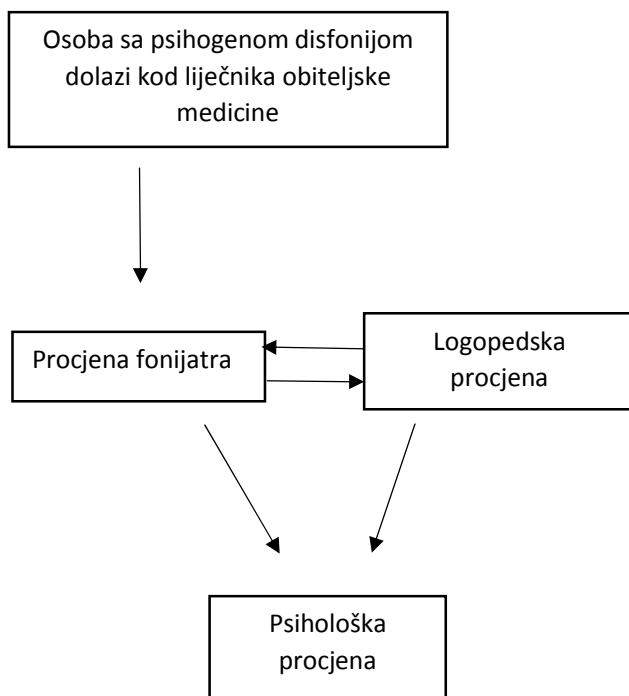
Psihogene disfonije po svojoj prirodi zahtijevaju multidisciplinarnan pristup. Postavljanje dijagnoze je dugotrajni proces jer se ponekad iz anamneze ne će postaviti sumnja na psihogenu podlogu poremećaja, a teškoće mogu uputiti na neki drugi funkcionalan poremećaj glasa. Usto, ispitivanje psihološkog stanja osobe je nezahvalno jer se radi o intimnim stvarima. Osoba može lagati, prešutiti neke stvari i time stvoriti krivu sliku o sebi. Čak i kada se to uoči, osobu se ne može prisiliti na iskren i otvoren razgovor. I dalje u društvu prevladava mišljenje kako je sramota otići kod psihologa ili psihijatra, potražiti pomoć za svoje psihološke probleme, a glasu se ionako ne pridaje previše pažnje. Obično kada se javi promuklost, to se pripisuje prehladi ili nekom prolaznom, kratkotrajnom i beznačajnom stanju. Postavljanje dijagnoze psihogene disfonije i/ili afonije znači uzeti u obzir isključujuće (prisustvo organske podloge) i uključujuće čimbenike (prisustvo psihogene podloge). Uz to, potrebno je razlučiti jesu li psihološki simptomi uzrok ili posljedica poremećaja glasa.

8.1. MULTIDISCIPLINARNI TIM

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*). Johnson i sur. (2010) navode kako se po potrebi mogu uključiti i profesori pjevanja, logopedi specijalizirani za poremećaje glasa, psiholozi koji su se specijalizirali u području poremećaja glasa pa čak i fizijatri. 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. To zahtijeva mnogo vremena, različitih pretraga i procjena zbog kojih osoba mora dolaziti više puta. Iz tih razloga idealno je procjenu izvršiti u klinici u kojoj su dostupni svi navedeni stručnjaci.

Kada osoba postane svjesna svojih teškoća (ili joj okolina ukaže na njih), prvo se obrati svom liječniku obiteljske medicine. Ukoliko liječnik obiteljske medicine vidi potrebu za tim, zatraži dodatne pretrage kod fonijatra. Ako fonijatar postavi sumnju na poremećaj glasa psihogene prirode, osobu upućuje kod psihologa i logopeda. Prvi kontakt može biti ostvaren i s logopedom, no to su rijetki slučajevi. Na temelju logopedске procjene, logoped će zatražiti pregled kod fonijatra i psihologa. Psihološka procjena se radi posljednja, nakon

dobivenih nalaza i mišljenja fonijatra i logopeda (Johnson i sur., 2010). Tijek procjene psihogene disfonije i/ili afonije prikazan je na grafičkoj shemi 1.



Graf 1. Shematski prikaz tijeka procjene osobe sa psihogenom disfonijom i/ili afonijom

U većini slučajeva kod vokalnih profesionalaca, teškoće prvo prepoznaje profesor pjevanja ili glasovni trener koji potom osobu upućuje na procjenu kod fonijatra, logopeda i psihologa (Johnson i sur., 2010). Međutim, taj proces ovisi o tome koliko su bliski profesor ili trener s osobom, ali i kakva je osoba karakterno. Ponekad se radi o jako dobrom odnosu i osobi koja je voljna prihvatiti savjet svog profesora ili trenera. No, ukoliko odnos nije dobar, ili ako ne postoji dovoljno povjerenja između profesora ili trenera i osobe, vrlo vjerojatno je da osoba ne će poslušati savjet i stanje se može pogoršati. Osim toga, postoje još neki čimbenici koji utječu kao recimo socioekonomska situacija osobe, opće psihofizičko stanje, pokrivenost zdravstvenog osiguranja i drugo. Neovisno o svemu, ključno je da se osoba pravovremeno javi bilo kojem stručnjaku kako bi se što prije započelo s procjenom i terapijom. Odgađanjem stanje se može pogoršati i cijeli proces usporiti.

8.2. POVIJEST BOLESTI

Prije samog pregleda potrebno je pribaviti detaljnu anamnezu, odnosno povijest bolesti. Idealno bi bilo kada bi se u istom danu mogli prikupiti medicinski i psihološki anamnestički podatci. To osobito vrijedi za psihološku anamnezu, kako se osoba ne bi prethodno pripremila za nju i dala pogrešne (lažne) podatke. Bilo bi od koristi, ako bi se moglo razgovarati s bliskim članom obitelji (partner ili roditelj). Povijest bolesti uključuje navođenje teškoća koje su postojale prije (npr. povremeni gubitci glasa, promuklost, česte upale gornjih dišnih putova i druge), ali i aktualne teškoće (koje nužno ne moraju biti prisutne u danom trenutku) (Boone, McFarlane, 1999). Također se traži od osobe da navede ako je već bila uključena u terapiju (logopedsku, psihološku ili neku drugu), primala medikamentoznu i njezine ishode. Tijekom uzimanja anamnestičkih podataka, posebnu pozornost treba posvetiti psihološkim čimbenicima koji su mogli utjecati na razvoj poremećaja glasa. Isto tako, tijekom razgovora treba se 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 neka slika o stanju te uputiti osobu kod psihologa ili psihijatra na detaljniju obradu. Može se dogoditi da osoba prvo dođe psihologu ili psihijatru primarno zbog psihološke nestabilnosti, a kroz povijest bolesti zaključi se kako osoba ima i vokalne teškoće (Johnson i sur., 2010). Tada se osoba upućuje kod logopeda na procjenu uz dato mišljenje psihologa ili psihijatra.

Povijest bolesti je neizostavni dio procjene bilo kojeg poremećaja. Kada je riječ o stanjima koji zahtijevaju multidisciplinarni tim, ona je prijeko potrebna i zapravo predstavlja temelj jedne kliničke slike. Ponekad povijest bolesti može dati puno više informacija o osobi nego što je ona svjesna, što zahtijeva iskustvo i stručnost procjenitelja. Povijest bolesti ne može predvidjeti zdravlje u budućnosti, ali pruža informacije o rizicima koji postoje što itekako može utjecati na buduće zdravstveno stanje.

8.3. PROCJENA FONIJATRA

Osoba koja ima dugotrajne vokalne teškoće, bit će upućena fonijatru na pregled kako bi se ustanovilo jesu li one rezultat nekog oštećenja na glasnicama, odnosno postoji li organski razlog nastanka disfonije. Fonijatar će prvo uzeti anamnestičke podatke, razgovarati s osobom o njezinim teškoćama, tražiti njihov opis, vrijeme početka prvih simptoma i ostale

relevantne informacije (Boon i McFarlane, 1999). Osobe mogu pokazati različite simptome za koje je potrebno ustanoviti uzrok i povezanost. Ukoliko vidi potrebu, fonijatar može zatražiti osobu informacije o njezinoj profesiji, svakodnevnim zahtjevima na glas te kvaliteti glasa tijekom dana. Osim toga, potrebno je provjeriti je li nastanak disfonije povezan s nekim događajem kao što je razvod, smrtni slučaj, stresno radno okruženje i slično. Ako se uoči povezanost takvog događaja s disfonijom, fonijatar osobu upućuje na detaljniju procjenu kod psihologa. Kod nekih slučajeva može se javiti sumnja na teškoće rezonancije ili pak oštećenje sluha, stoga fonijatar može zatražiti pregled kod otorinolaringologa ili audiologa (Butcher i sur., 2007, Johnson i sur., 2010). Zadaća fonijatra je također i selekcija pacijenata obzirom na uzroke poremećaja glasa, jer ona utječe na liječenje i prognozu.

Mnogobrojni načini prikaza larinksa i rada glasnica pomažu u dijagnostici poremećaja glasa. Ovisno o dostupnosti određenih dijagnostičkih metoda, nalaz je detaljniji i specificiraniji. Uglavnom se radi magnetsko rezonantni, endoskopski ili stroboskopski prikaz, direktna ili indirektna laringoskopija, fiber nazolaringoskopija ili video laringoskopija (Bolfan-Stošić, 1999). Fonijatar bilježi boju, položaj, pokrete i konfiguraciju glasnica (Boone i McFarlane, 1999). Procjena se vrši tijekom tihe respiracije, ali i tijekom fonacije određenog vokala kako bi se promotrile i okolne strukture. Kod osoba sa psihogenom disfonijom obično se ne pronađu strukturalne promjene na glasnicama. Neovisno o tome, moguće je uočiti uvijanje glasnica, supraglotalnu konstrikciju, nepotpunu addukciju ili hiperaddukciju glasnica (Butcher i sur., 2007, Johnson i sur., 2010). Za utvrđivanje mišićne napetosti može se napraviti i elektromiografija jer se tako mogu objektivno potvrditi ponašajni simptomi (Boone i McFarlane, 1999, Garcia Martins i sur., 2014).

Fonijatar i logoped trebali bi usko surađivati. Čak i ako fonijatar zamijeti potrebu za daljnjim pregledima (recimo pregled kod audiologa), konzultira se s logopedom. Ključno je da oba stručnjaka imaju iskustva u radu s ovom populacijom i da su iznimno profesionalna, kako bi se izbjegla pogrešno postavljenja dijagnoza. Nažalost, nisu sva mjesta jednako dobro opremljena i opskrbljena stručnim timom, stoga se često gubi dragocjeno vrijeme na procjenama i traženju kompetentnog stručnjaka. To je problem na koji se sve više upućuje osobito kod ovakvih teškoća kod kojih je vrijeme doista ključan čimbenik.

8.4. LOGOPEDSKA PROCJENA

Nakon procjene fonijatra osoba se upućuje kod logopeda 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 na njih referirati tijekom provođenja svoje procjene i pisanja nalaza (Johnson i sur., 2010).

Razgovor s osobom s vokalnim teškoćama izrazito je bitan dio svake pa tako i logopedске procjene. Logoped na taj način prikuplja sve relevantne informacije o trenutnim teškoćama, općem zdravstvenom stanju, emocionalnom stanju iz kojih već može stvoriti sliku općeg stanja. Neki logopedi koriste se gotovim obrascima, dok drugi preferiraju neformalan razgovor, stvarajući pritom ugodnu atmosferu kako bi se osoba opustila (Butcher i sur., 2007). Tijekom uzimanja anamnestičkih podataka, logoped odmah može uočiti prisutnost psiholoških čimbenika koji mogu biti u podlozi poremećaja glasa. Tomu ide u prilog činjenica da osobe sa psihogenom disfonijom često pokazuju znakove emocionalnog disbalansa i stresnog okruženja što se može dovesti u vezu s iznenadnim početkom razvoja poremećaja glasa. Uočene psihološke teškoće, logoped treba zabilježiti, ali ne ih dodatno procjenjivati jer u tom području nije kompetentan. Međutim, bilo bi poželjno da objasni i ukaže na utjecaj psiholoških čimbenika na razvoj poremećaja glasa (Rossi, 2009). Nakon inicijalnog razgovora i prikupljenih informacija vezanih uz povijest bolesti, vrši se daljnja procjena vokalnih sposobnosti. Kod funkcionalnih poremećaja glasa osobe se žale na loš kapacitet pluća, neadekvatnu visinu glasa i glasnoću, napetost vrata, ramena pa čak i čeljusti, prekide u glasu, promuklost, šumnost pa čak i neprimjerenu brzinu govora (Johnson i sur., 2010). Osobe sa psihogenom disfonijom vrlo često pokazuju slične simptome. Međutim, ono što je specifično je da disfonija ili afonija nastupaju iznenadno, iako je glas prije bio uredne kvalitete.

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 zasebno. 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. Isto tako isprekidanost rečenice u govoru (prisutnost pauzi) može ukazati na nepravilnosti u disanju (Boone i McFarlane, 1999).

Logoped vrši mišićno-skeletni pregled, odnosno pregled vrata, grkljana, općenito laringealnog prostora, a time i laringealne pozicije te mjeri stupanj neugode ili boli (ukoliko postoji). Osoba sa psihogenom disfonijom žalit će se na napetost u vratu, na osjećaj neugode i/ili boli tijekom pregleda (Johnson i sur., 2010). Dodatno se može napraviti masaža tog područja kako bi se odredilo dolazili li eventualno do poboljšanja simptoma.

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). Na subjektivnu procjenu utječu različiti čimbenici kao što je dob, spol osobe, sredina iz koje dolazi, profesija kojom se bavi, očekivanja koje osoba ima i slično (Bonetti, 2011). Unatoč tomu daje prikaz stava osobe prema glasu i vokalnim teškoćama. Perceptivna procjena se vrši odabirom određene ljestvice i skale koju ispunjava logoped na temelju razgovora s osobom ili snimke. Međutim, rezultati ovise o iskustvu procjenjivača, stručnosti, kvaliteti snimljenog materijala, intenzitetu glasa i zvučnoj akustici prostorije u kojoj se vrši procjena (Bonetti, 2011). Samoprocjena se također vrši uz upitnike ili skale koje osoba ispunjava samostalno, bez utjecaja procjenjivača ili okoline. S druge strane, kod objektivne procjene nema mjesta za neke vanjske utjecaje. Ona se odnosi na akustičku analizu glasa kada se snimaju određeni parametri glasa. Kako bi procjena bila uspješna jedino je bitna kvaliteta snimke i ispravnost programa koji analizira glas. Odabir programa ovisi o preferenciji stručnjaka, cijeni i dostupnosti. Prilikom snimanja određuje se osnovni laringealni 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. Na temelju tih parametara može se zaključiti o vokalnoj kvaliteti glasa. Kod osoba sa psihogenom disfonijom uobičajeni odgovor na stres je hiperkontrakcija vanjskih i unutarnjih laringealnih mišića tijekom fonacije. Vrijednosti *shimmera* i *jittera* bit će povećane, dok će vrijednosti omjera signal šum biti smanjene, što će potvrditi promuklost, šumnost i općenito lošu kvalitetu glasa.

Na temelju ovakve procjene, uz priloženo mišljenje fonijatra, logoped odlučuje o daljnjem koraku, odnosno je li osobu potrebno uputiti na dodatne preglede i procjene. Tek

nakon savjetovanja s ostalim članovima stručnog tima izrađuje se detaljan plan terapije i određuju terapijski ciljevi.

9. TERAPIJA PSIHOGENIH DISFONIJA

Terapija psihogenih disfonija i afonija je kompleksna, dugotrajna s mogućnošću pogoršanja ili ponovnog vraćanja simptoma. Zahtijeva uključenost u logopedsku terapiju i psihološku. Izostanak jedne od ove dvije terapije uvelike umanjuje uspješnost liječenja (Baker, 2002, Butcher i sur., 2007). Nekada se psihogene disfonija tretirala tako da je cilj bio prestrašiti osobu i iznenaditi ju kako bi „progovorila“. Osobe se pokušalo ugušiti i iritirati grlo, koristili su se električni impulsi, elektromagneti na jeziku, čak se stavljao puder na larinks ili se sluznica bojala kokainom (Kollbrunner i sur., 2010). S vremenom metode su postale sofisticiranije, a ovakvi pristupi prestali su se koristiti.

9.1. LOGOPEDSKA TERAPIJA

Logopedaska terapija neophodna je u pristupu liječenja psihogenih poremećaja glasa. Može biti direktna kada se radi na vokalnoj tehnici, te indirektna kroz terapiju opuštanja i disanja. Neovisno radi li se o disfoniji ili afoniji, cilj je prvenstveno osvijestiti problem. Mnoge osobe nisu svjesne ozbiljnosti svog stanja, različitih čimbenika koji utječu na njihov glas i posljedica koje mogu nastati. Stoga, logoped prije provođenja terapije treba razgovarati s osobom i pokušati joj predočiti cjelokupnu sliku stanja. Prije provođenja terapije, potrebno je izraditi plan i program, postaviti realne ciljeve i odrediti načine praćenja napretka. Trajanje terapije psihogenih disfonija i afonija ovisi o nekoliko čimbenika. Mogu proći mjeseci (u nekim slučajevima i godine) do kada osoba odluči posjetiti stručnjaka. U tom vremenskom periodu stanje može biti nepromijenjeno, ali može doći kako do pogoršanja tako i do poboljšanja. U svakom slučaju, to su promjene koje su relevantne. Čimbenici u pozadini poremećaja utječu na tijek i trajanje terapije. Što se prije krene raditi na njima, to će uspješnost logopedske terapije biti veća (Johnson i sur., 2010). Ukoliko se oni zanemare, ili pak osoba odbije primiti psihološku pomoć, logopedaska terapija ne će biti jednako učinkovita i na to također treba upozoriti. Težina stanja kao i vrsta psihogenog poremećaja glasa (radi li se o disfoniji ili afoniji) također su bitan faktor. Butcher i sur. (2007) navode kako se terapije u suštini ne razlikuju, iako tehnike koje se koriste mogu u početku biti nešto drugačije kada je riječ o psihogenoj afoniji.

Cilj terapije psihogenih disfonija je rad na vokalnoj kvaliteti glasa te smanjenju napetosti, dok kod afonija je primarno 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. To će ju ohrabriti, umiriti, uliti povjerenje u logopeda i ojačati njihov odnos. Međutim, potrebno je i objasniti kako povratkom glasa terapija ne završava. Osobe obično misle da jednom kada povrate glas da je terapija gotova, stoga se prestanu javljati i dolaziti na termine. Važno je naglasiti kako se stanje afonije može vratiti te da se neovisno o povratku glasa treba raditi na kvaliteti glasa, vokalnoj higijeni i njezinoj primjeni (Baker, 2002).

Neovisno je li riječ o psihogenoj disfoniji ili afoniji, uočava se izražena napetost zbog čega se prvotno radi na tom problemu (Butcher i sur., 2007). Osobe pretjerano reagiraju na okolinski stres, troše mnogo energije i napora nego što je potrebno. Kada takav fizički napor uzrokuje vokalne teškoće ili je udružen s njima, potrebno je potaknuti osobu na uporabu tehnika opuštanja. Termin „opuštanje“ podrazumijeva realno reagiranje na okolinu s minimalnim utroškom energije (Boone i McFarlane, 1999). Međutim, određena količina fizičke napetosti i mišićnog tonusa je zdrava, stoga logoped treba nadgledati opuštanje i odrediti granicu kada je dostignuta dovoljna opuštenost. Provođenje relaksacije najbolje je činiti tako da osoba sjedi na tvrdoj stolici, ravnih leđa, dok noge lagano dodiruju tlo. Ovakva pozicija tijela bitna je za pravilno držanje tijela, a time i za disanje. Na taj način uspostavlja se tzv. kinestetički model opuštene muskulature, prema kojoj osoba može pratiti razvoj vlastite napetosti i o tome povratno izvještavati (Mathieson, 2001, prema Butcher i sur., 2007). Tako osoba nauči koristiti tehnike opuštanja koje može primjenjivati svakodnevno, istodobno se rješava napetosti i stresa, a to pozitivno utječe i na kvalitetu glasa. Nakon što se postigne opuštenost cijelog tijela, odmah se može započeti 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). Na taj način radi se na osvještavanju razlike između napetosti i opuštenosti. Konačan cilj je opuštenost govornog aparata, vrata, ramena i prsnog dijela. Postizanje opuštenosti može se raditi 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 kroz različite zadatke produžavanja (npr. produžavanje vokala), automatizirane radnje (npr. brojanje do pet pri izdisaju) i lagano foniranje (Boone i McFarlane, 1999). Neznatan porast udaha i duži izdah mogu dati trenutni učinak u smanjenju vokalnog napora i poboljšanju opće kvalitete glasa.

Za poboljšanje vokalizacije može se koristiti vizualna ili auditivna povratna sprema (eng. *feedback*). Kod vizualne povratne sprege, osoba na monitoru računala prati vlastitu liniju fundamentalne frekvencije i pokušava proizvesti ciljani (Boone i McFarlane, 1999). Ako se linije poklope, osoba je dostignula željenu fundamentalnu frekvenciju. Vizualna povratna informacija nudi vrijednosti glasa osobe usporedno s vrijednostima glasa neke druge osobe s dobrom kvalitetom glasa. Takav pregled vrijednosti može biti poticajan i motivirajući za osobu. Što se tiče auditivne povratne sprege, koriste 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 samoosvjestavanju. 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 nosi slušalice na ušima što se snima. Tijekom čitanja u slušalice se pušta maskirani šum. Što je on glasniji, osoba govori glasnije. Zatim se osobu zamoli da nastavi čitanje, 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). Postizanje čujnog glasa odvija se na nevoljnoj razini, razini refleksa (Boone i McFarlane, 1999). Ukoliko se kod osobe vidi napredak u uvjetima primjene maskiranja, maskirajući šum se postepeno prekida kako bi se vidjelo može li osoba održati glas bolje vokalne kvalitete. Prema tome, primjena ove metode ima svoju kako dijagnostičku tako i terapijsku svrhu. 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 u kojoj se radi na smanjivanju napetosti i jačanju vokalne kvalitete. Laringealna masaža također je često primijenjen pristup općenito u terapiji

funkcionalnih poremećaja glasa, pa tako i u terapiji psihogene disfonije i afonije (Boone i McFarlane, 1999). Ručna kružna laringealna terapija nudi nježno pomijeranje larinksa i masažu, što dovodi do spuštanja larinksa i opuštenosti mišića grkljana, a može se pokušati i s pristupom „zijevanje-udah“ (Boone i McFarlane, 1999).

Kada osobe imaju disfoniju jedan duži period, 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 vrši varijacije u glasnoći i visini tona, a potom osoba imitira logopeda. Započne se samo s jednim tonom, zatim slogom, kratkim riječima do većih cjelina. Na taj način pokušava se razbiti taj ustaljeni način govorenja i pritom pokazati osobi kako posjeduje glas dobre kvalitete koji može i treba koristiti.

Osim konkretnih logopedskih tehnika koje se koriste u terapiji, nezanemariva uloga logopeda je i u obliku savjetovanja. Logoped treba biti discipliniran, odlučan, imati autoritativan stav i time ukazati na ozbiljnost situacije (Garcia Martins i sur., 2014). Istovremeno, pridobiti povjerenje osobe je ključno kako bi se napredak kretao u pozitivnom smislu. Ako osoba vjeruje svom doktoru, poslušat će njegove upute i držati se dogovorenih pravila. Logoped nije psiholog, on ne može pomoći osobi oko njezinih osobnih problema, ali je stručnjak za glas, jezik, govor i komunikaciju. Sasvim razumljivo je da se osoba brine zbog svojih vokalnih teškoća osobito ako je riječ o vokalnim profesionalcima. Isto tako, razumna je donekle i anksioznost te tjeskoba koju osobe osjećaju. Tu je ključno savjetovanje po pitanju vokalne higijene i općenito odnošenja prema vlastitom glasu (Rossi, 2009, Sudhir i sur., 2009).

9.2. USPJEŠNOST TERAPIJE PSIHOGENE DISFONIJE I AFONIJE

Malo je podataka o dugoročnoj uspješnosti terapije psihogene disfonije i afonije (Kollbrunner i sur., 2010, Reiter i sur., 2013). Postoji cijeli niz različitih terapijskih tehnika koje se koriste, ponekad odvojeno, a ponekad zajedno, no ono što nedostaje su ishodi uporabe bilo koje terapije. Vokalne teškoće su ono što se prvo rješava čime se zanemaruje psihogena strana poremećaja. Zbog toga nerijetko se dogodi da se stanje ponovno vrati (Reiter i sur.,

2013). Andersson i Schalén (1998) smatraju kako se zapravo radi o vrlo visokom postotku. Prema njihovim procjenama 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, a 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. Usto, zbog velike potražnje za uslugama logopeda i pritiska koji po tom pitanju vlada, čim se kod osobe vidi poboljšanje, terapija se završava. Kod psihogene disfonije i afonije, prvotno poboljšanje može biti varljivo jer osoba i dalje nije riješila uzrok problema, a nije niti usvojila pravila vokalne higijene. 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 je bolja opcija nego izostanak terapije (Kollbrunner i sur., 2010).

10. ZAKLJUČAK

Psihogene disfonije predstavljaju svojevrsnu enigm u području poremećaja glasa. Prvenstveno se to odnosi na probleme pri klasifikaciji i terminologiji. Budući da vlada neusuglašenost, mnogi slučajevi psihogene disfonije nisu prepoznati, a prema tome ni dijagnosticirani i adekvatno tretirani. Baza psihogenih disfonija je u psihološkim mehanizmima. Svakodnevni stres, obiteljski problemi, problemi na radnom mjestu, financijski problemi i drugo predstavljaju okidače za razvoj vokalnih teškoća. Međutim, nejasno je zašto se kod nekih osoba psihosocijalni problemi reflektiraju na glas, dok kod drugih ne. Isto tako, koliko jake emocije trebaju biti kako bi utjecale na glas? Mišljenja su različita. S jedne strane smatra se kako je glas kod osoba sa psihogenom disfonijom njihova slaba točka, s druge strane da ovo stanje uvelike ovisi o ličnosti i karakteru same osobe jer postoje razlike i unutar same populacije sa psihogenom disfonijom. Usto, upitno je koliko su psihosocijalni činitelji uzrok, a koliko posljedica vokalnih teškoća. Psihogeni poremećaji glasa mogu se pojaviti 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). Glas se može povratiti relativno brzo, ali isto tako visok je rizik od ponovnog vraćanja vokalnih teškoća. Razlog ponajviše leži u dijagnostici, a potom i terapiji. 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). Iz tih razloga dijagnostika kao i terapija ovog poremećaja je multidisciplinarna. U praksi nailazi se na razne probleme, od onih birokracijskih poput duge liste čekanja za svaki pregled, nedostupnost nekog stručnjaka u klinici i slično, do onih praktičnih poput neznanja i neiskustva stručnjaka u radu s ovom populacijom. Iz tih razloga, postavljanje dijagnoze klinički je izazov (Allin i sur., 2005). Dodatnom edukacijom fonijatara, logopeda i psihologa postigla bi se veća kompetentnost u ovom području. Terapija psihogenih disfonija i afonija zahtijeva istovremenu uključenost kako u logopedsku tako i u psihološku terapiju. Logoped treba biti upoznat sa psihološkom pozadinom poremećaja i surađivati sa psihologom. U početku je potrebno osvijestiti problem do te mjere da osoba uvidi poveznicu između vokalnih teškoća i psiholoških čimbenika. Savjetovanje je ključno jer ukoliko se zanemari psihološka pozadina, rezultati će biti privremeni (Butcher i sur., 2007). Osobito je teško vokalnim profesionalcima zbog čega bi

bilo korisno kreirati poseban program terapije za tu populaciju. Ciljevi terapije psihogene disfonije su restauracija glasa, postizanje voljne kontrole nad glasom te rješavanje psihoemocionalnih teškoća. Logopedska terapija se uglavnom bazira na kombinaciji klasičnih metoda za rad na vokalnoj kvaliteti uz primjenu metoda opuštanja, radu na disanju, uporabi maskiranja. Ishod terapije je neizvjestan, ponajviše ovisi o samoj osobi i koliko je spremna raditi na sebi. Samopromatranje je ono čemu se teži kako bi se prepoznale promjene u glasu i veza sa raspoloženjem i situacijama u svakodnevnicu osobe.

Nedvojbeno je kako su emocije i glas u uskoj vezi. Istraživanja na tu temu mogla bi pojasniti tu povezanost i dati odgovore na jedan ključni dio psihogene disfonije, a to je njezinu etiologiju. U pristupu psihogenim disfonijama ključna je edukacija stručnjaka, kako logopeda tako i psihologa kako bi se na vrijeme prepoznala i započela intervencija. U tom procesu od pomoći bi bio razvoj protokola za prepoznavanje psihogene disfonije i instrumentarij za diferencijalnu dijagnostiku.

Zaključno može se reći da se primijeti značajan porast interesa za ovaj poremećaj glasa. Sve više stručnjaka počinje uviđati značaj i potrebu za daljnjim proučavanjem psihogenih disfonija. Na taj način stvorit će se ne samo nova saznanja nego će se povećati i svijest o utjecaju psihosocijalnih čimbenika na glas. Sve je to nužno kako bi osobe sa psihogenom disfonijom i afonijom dobile adekvatan pristup i terapiju.

11. LITERATURA

1. Allin, M., Streeruwitz, A., Curtis, V. (2005): Progress in understanding conversion disorder, *Neuropsychiatric disease and treatment*, 1, 3, 205-209.
2. Američka psihijatrijska udruga (2000): Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (četvrto, revidirano izdanje). Washington, DC: American psychiatric association press.
3. Američka psihijatrijska udruga (2013): Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (peto izdanje). Washington, DC: American psychiatric association press
4. 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.
5. Bader, C. A., Schick, B. (2013): Psychogene aphonie: eine schwierige Diagnosis? *Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum des Saarlandes*, 8, 678-682.
6. Barakah, M. A., Mohammed, M. M., Abu Shab, Y. A., Hegazi, M., A., Shoeib, R., M., Quriba, A. S. (2012): Psychogenic background of minimal associated pathological lesions of the vocal folds, *Egyptian journal of ear, nose, throat and allied sciences*, 13, 55-59.
7. Baker, J. (2002): Psychogenic voice disorders and traumatic stress experience: a discussion paper with two case reports, *Journal of voice*, 17, 3, 308-318.
8. Baker, J. (2002): Psychogenic voice disorders – heroes or hysterics? A brief overview with questions and discussion, *Logopedics šhoniatics vocology*, 27, 84-91.
9. Baker, J. (2008): The role of psychogenic and psychosocial factors in the development of functional voice disorders, *International journal of speech-language pathology*, 10,4, 210-230.
10. Bolfan-Stošić, N. (1999): Akustičke karakteristike glasa djece s Downovim sindromom, oštećenjima sluha, cerebralnom paralizom, disfonijama i djece bez oštećenja. Doktorska disertacija. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
11. Bonetti, A. (2011): Perceptivna procjena glasa, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 47, 1, 64-71.

12. Boone, D. R., McFarlane, S. C. (1999): The voice and voice therapy (6th Edition), Boston: Allyn & Bacon
13. Butcher, P., Elias, A., Cavalli, L. (2007): Understanding and treating psychogenic voice disorder: a CBT framework. New Jersey: John Wiley & sons Inc.
14. Chedda, N. N., Werning, J. (2014): Functional voice disorders. Posjećeno 14.01.2016. na stranici portala Medscape:
<http://emedicine.medscape.com/article/865191-overview#showall>
15. 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.
16. 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.
17. Dietrich, M., Verdolini Abbott, K. (2012): Vocal function in introverts and extraverts during a psychological stress reactivity protocol, Journal of speech, language and hearing research, 5, 973-987.
18. 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, Brazilian journal of otorhinolaryngology, 80, 6, 497-502.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. Kovačić, G., Buđanovac, A. (2000): Vokalna higijena: Koliko o njoj znaju (budući) vokalni profesionalci? Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 36, 1, 37-61.
23. Marshall, A. S. (2015): Conversion disorders treatment and management. Posjećeno 20.04.2016. na stranici portala Medscape:

<http://emedicine.medscape.com/article/287464-treatment>

24. 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.
25. Reiter, R., Rommel, D., Brosch, S. (2013): Long term outcome of psychogenic voice disorders, *Auris nasus larynx*, 40, 470-475.
26. 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.
27. Rossi, M. M. (2009): *Counseling and psychogenic voice disorders: a survey of current training*. Magistarski rad. University of Central Missouri, Warrensburg, Missouri.
28. Roy, N., McGrory, J. J., Tasko, S. M., Bess, D. M., Heisey, D., Ford, C. N. (1997): Psychological correlates of functional dysphonia: an investigation using the Minnesota multiphasic personality inventory, *Journal of voice*, 11,4, 443-451.
29. Roy, N., Bless, D. M. (2000): Personality traits and psychological factors in voice pathology: a foundation for future research, *Journal of speech, language and hearing research*, 43, 737-748.
30. Roy, N. (2003): Functional dysphonia, *Current opinion in otolaryngology and head and neck surgery*, 11, 144-148.
31. Rubin, J. S., Greenberg, M. (2002): Psychogenic voice disorders in performers: A psychodynamic model, *Journal of voice*, 16, 4, 544-548.
32. Sapir, S. (1995): Psychogenic spasmodic dysphonia: a case study with expert opinions, *Journal of voice*, 9, 3, 270-280.
33. Seifert, E., Kollbrunner, J. (2005): Stress and distress in non-organic voice disorders, *Swiss medical weekly*, 135, 387-397.
34. Seifert, E., Kollbrunner, J. (2006): An update in thinking about nonorganic voice disorders, *The archives of otolaryngology head and neck surgery*, 132, 1128-1132.
35. Stemple, J. C., Glaze, L., Klaben, B. G. (2000): *Clinical voice pathology: theory and management (3rd Edition)*. San Diego: Singular publishing group
36. 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.

37. Svjetska zdravstvena organizacija (2007): Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (deseto izdanje). Geneva: Svjetska zdravstvena organizacija
38. 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.
39. Touri, B., Marquardt, T. P. (2012): Moroccan children with psychogenic voice disorders, *Procedia-Social and behavioral sciences*, 82, 271-273.
40. Zečić, S., Mujkanović, E., Devolli, A. (2010): *Logopedija*. Sarajevo: Connectum