

V.2. LE DISFONIE PSICOGENE

P. Formigoni, B. Zecchini, E. Spinelli, A. Caroggio

Le disfonie psicogene costituiscono un capitolo della patologia foniatica studiato e descritto da molto tempo che ancora lascia adito ad approcci clinici e terapeutici eterogenei e talvolta contrastanti.

L'inquadramento nosografico è sostanzialmente dibattuto tra i sostenitori della disfonia psicogena come entità nosologica autonoma, generata da un franco disagio psichico e coloro che la vogliono parte del più ampio gruppo delle disfonie funzionali o disfunzionali in cui la disfunzione vocale, comunque generata, si automantiene e ne diventa il fulcro eziopatogenetico.

DEFINIZIONE ED EZIOPATOGENESI

La disfonia psicogena è definita dalla maggior parte degli autori come un sintomo da malessere emozionale generale che *interferisce* con il normale controllo volontario della fonazione. Non generalmente condivisa, anche se estremamente diffusa, è invece la definizione di disfonia psicogena come reazione da conversione che la colloca nell'ambito dei disturbi psiconevrotici di tipo isterico.

Il concetto Freudiano di conversione deriva dall'ipotesi che i sintomi somatici rappresentino la soluzione simbolica di un conflitto psicologico inconscio, con riduzione dell'ansia e allontanamento del conflitto dalla coscienza (vantaggio primario) e possibilità di evitare i problemi e le responsabilità (vantaggio secondario).

Il concetto di conversione trova però poco spazio nella letteratura più recente tanto che l'ICD-10²⁷ sceglie la soluzione drastica di cancellare dalla sua classificazione l'isteria da conversione e mantenere solo il termine *conversione* nella dizione delle sindromi dissociative ad indicare che «un sentimento spiacevole, ingenerato da conflitti o problemi che il paziente non può risolvere, venga *in qualche modo* trasformato in sintomi». Il DSM-IV¹ invece mantiene la diagnosi di disturbo da conversione ma lo priva della sua funzione simbolica invocando generici fattori psicologici associati al sintomo.

Il problema ancora in discussione è se tutte le disfonie psicogene sottendano una conversione e quali altri profili psicopatologici possano generare questo disordine vocale.

Numerosi studi condotti fin dagli anni '60 con metodologie empiriche e stru-

menti diagnostici di sovente non omogenei (interviste psichiatriche, self reports con diverse scale di valutazione), hanno rilevato come elementi determinanti nella eziologia della disfonia psicogena sia l'alto livello di stress psicosociale, sia l'ansia e la depressione.

Studi più recenti ^{10 12 15}, ugualmente condotti con metodologie non omogenee, sottolineano

concordemente l'importanza dei fattori di stress psicosociale variamente definiti come conflitti interpersonali (riguardanti prevalentemente l'ambito lavorativo e familiare), bassa autostima, senso di inadeguatezza ed eccessivo carico di responsabilità, ed introducono la presenza di particolari eventi occorsi nel periodo immediatamente precedente la comparsa del sintomo (Kiese-Himmel, Zwirner '96) ¹⁴ e la netta tendenza dei pazienti disfonici alla somatizzazione (Millard et al. '99) ¹⁹.

Pochi contributi riguardano inoltre la distinzione tra le componenti psicopatologiche rilevate in gruppi di pazienti differenziati per sintomatologia genericamente disfonica e per afonia. Freidl et al. (1993) ¹¹ analizzando un campione di pazienti con disfonia funzionale confrontati con un gruppo di afonie ed un gruppo di controllo, affermano che, pur rilevando in entrambi i gruppi patologici un incremento dello score nelle scale dello stress psicosociale, ciò che realmente caratterizza il gruppo dei soggetti con afonia è la paura di eventi morbosi comuni e la presenza anamnestica di eventi scatenanti mentre ciò che caratterizza il gruppo dei disfonici è solo la tendenza all'abuso vocale. Tali rilevamenti inducono gli autori ad affermare che l'eziologia psicogena è empiricamente dimostrabile solo per i soggetti portatori di afonia il cui profilo devia nettamente da quello del gruppo di controllo, mentre per i soggetti affetti da disfonia funzionale i fattori psicogeni sono di dubbia imputazione.

Ci piace quindi affermare concordemente a Butcher (1995) ⁸ che l'interpretazione psicoanalitica di molti disturbi vocali di natura psicogena continua ad avere rilevanza se il modello della conversione Freudiana può essere riformulato riducendo l'importanza data alla personalità isterica ed enfatizzando le cause psicosociali, i conflitti intrapsichici e la disfunzione fisica: i pazienti con disordini vocali psicogeni abitualmente non soffrono di severe patologie psichiche ma sono per lo più persone che stanno vivendo alti livelli di stress accompagnati da importanti livelli di tensione muscoloscheletrica e difficoltà ad esprimere i propri sentimenti.

In questa ottica è possibile a nostro avviso pensare ad una sorta di «continuum sintomatologico» ad eziologia psicogena che va dalla più comune disfonia funzionale, con o senza patologia organica secondaria, fino alla afonia da conversione vera e propria con al suo estremo il quadro di mutismo elettivo o mutismo da conversione. I diversi quadri clinici sottenderanno quindi diversi profili di personalità e diversi gradi di sofferenza psichica che implicheranno approcci clinici e terapeutici differenziati.

Ci sembra pertanto corretto intendere con il termine di disfonia psicogena solo i casi che manifestano in realtà una afonia o comunque una disfonia estremamente particolare, e di escludere da questa trattazione le disfonie funzionali che, pur accomunate da un particolare ambito psicologico, hanno manifestazioni cliniche meno estreme.

Ugualmente vogliamo non comprendere in questa trattazione le disfonie spasmodiche che, nonostante la letteratura discordante^{17 23}, crediamo essere a ragione collocabili tra le disfonie su base neurologica, la voce di falsetto in corso di muta vocale, la cui dinamica non è stata ancora sufficientemente indagata e che può essere causata da disturbi endocrini che rallentano lo sviluppo laringeo e che fissano indirettamente una scorretta funzione laringea anche dopo il completamento della muta vocale e la disfonia che accompagna la sindrome depressiva che manifesta caratteristiche peculiari costantemente rilevabili e non presenta la transitorietà e mutevolezza sintomatologia tipica delle disfonie psicogene vere e proprie. Per l'inquadramento clinico e le implicazioni psicologiche di queste due ultime particolari patologie della voce si rimanda alla recente relazione ufficiale del XXXIV congresso della Società Italiana di Foniatria e Logopedia^{4 7 22}.

CARATTERISTICHE CLINICHE

La disfonia psicogena o afonia da conversione è sostanzialmente caratterizzata dalla improvvisa o repentina scomparsa della sonorità vocale, dalla involontaria comparsa di voce molto soffiata o bisbigliata o da voce afona alternata a tratti di voce pressata ed iperacuta.

Tale quadro può comparire a ciel sereno o seguire un episodio infiammatorio e può stabilizzarsi alla prima comparsa o istaurarsi con episodi di disfonia-afonia alternati a voce normale nei giorni immediatamente precedenti la stabilizzazione del disturbo.

La durata della disfonia è estremamente variabile: talvolta viene riferita come episodio fugace nella rilevazione anamnestica in corso di recidiva, può durare alcuni giorni²⁻⁴ e sparire spontaneamente prima che sia possibile mettere in atto alcun presidio terapeutico ma nella grande maggioranza dei casi che giungono ad una valutazione specialistica la disfonia è presente da alcune settimane e viene superata solo con la presa in carico logopedica.

All'origine dell'esordio sintomatologico frequentemente il paziente segnala un episodio infiammatorio (reale o presunto) o talvolta un evento negativo (malattia, intervento chirurgico, morte di un congiunto) e solo raramente viene spontaneamente correlato a problemi psicologici (l'esperienza insegna che questi sono i pazienti più resistenti alla terapia logopedica!!!!). È comunque piuttosto frequente che nel corso del trattamento logopedico emerga, in maniera più o meno consapevole, l'esistenza di fatti traumatici di varia natura.

Indipendentemente dalla qualità vocale manifestata, tutti i soggetti presentano una grande tensione della muscolatura laringea estrinseca²⁰ che, pur rappresentando un denominatore comune di tutte le disfonie funzionali, nelle disfonie psicogene assume una gravità pari alla portata sintomatologia.

Vengono pertanto riportati dai pazienti una numerosa schiera di sintomi di accompagnamento che sono variamente associati alla patologia vocale: il più frequente ed importante è la «fatica fonatoria» seguita da affanno respiratorio, da parestesie localizzate al distretto laringe-articolatori sopraglottici, da algie cervicali e retrosternali, da bruciore e nodo alla gola.

In accordo con la descrizione sintomatologica fatta da Le Huche (1990)¹⁶ anche nella nostra esperienza abbiamo riscontrato sostanzialmente due grandi classi qualitative vocali: l'afonia completa e l'afonia incompleta con caratteristiche vocali «afonia-equivalenti».

Nell'afonia completa la voce è esclusivamente sussurrata, talvolta con sporadiche ed istantanee emissioni di voce sonora a frequenza elevata mentre nella afonia incompleta momenti di voce sussurrata si alternano a momenti di voce sostanzialmente normale con passaggi improvvisi dall'una all'altra. Nelle afonie incomplete si possono osservare una gradazione di alterazioni vocali che vanno dalla voce fortemente soffiata alla voce emessa ad intensità bassa e tonalità molto acuta o molto grave, che hanno comunque in comune la connotazione di voce molto faticosa ed innaturale.

SEMEIOTICA CLINICA

La diagnosi di disfonia psicogena è legata prevalentemente ad una valutazione di tipo percettivo spesso immediata al primo incontro con il paziente: le caratteristiche qualitative della voce, la fatica fonatoria e l'atteggiamento nei confronti del proprio disturbo sono inequivocabili.

L'ispezione laringea, comunque necessaria, evidenzia corde vocali con normale morfologia e prive di patologia organica. Talvolta è rilevabile una lieve flogosi del bordo libero assolutamente non commisurata alla portata sintomatologia.

La dinamica laringea invece costituisce ancora terreno di discussione tra chi, come Luchinger e Arnold¹⁸ descrivono quadri distinti di ipotonia cordale marcata ed ipertono del vestibolo laringeo con occultamento del piano glottico con relativa distinzione delle disfonie psicogene in ipo ed ipercinetiche, e chi,^{2 3 6 16 21} come nella maggior parte dei lavori più recenti, descrive un comportamento anomalo delle corde vocali che oscilla tra i quadri funzionali più disparati: iperadduzione delle false corde di grado medio o serrato (sfinterico) con o senza iperadduzione concomitante delle corde vocali vere, iperadduzione iniziale delle corde vocali con scostamento e intermedializzazione successiva senza vibrazione efficace, ipoadduzione delle corde vocali con marcata ovalarità glottica, tremori delle corde in abduzione.

Viene comunque dai più sottolineato^{2 3 9 16 17} come il quadro laringoscopico subisca repentini cambiamenti in rilevamenti ravvicinati o come talvolta muti nel corso della stessa valutazione.

Altre importanti caratteristiche di cui spesso il paziente non ha consapevolezza perché vissute come altro dalla fonazione sono la emissione della vocale laringoscopia «e» con sonorità normale e la presenza di tosse o di riso sonori. Quando sono presenti anche questi segni sono patognomonici di disfonia psicogena.

Un altro segno specifico, anche se raramente rilevabile, è la normalizzazione della qualità e dell'intensità d'uso della voce se si somministra al paziente un rumore mascherante che interferisca con il sistema di monitoraggio uditivo al punto da fare perdere il controllo della propria voce (Test di Lombard).

La palpazione del collo rivelerà una importante tensione della muscolatura laringea estrinseca generata dal reclutamento di forze supplementari a quelle fornite

dalla muscolatura intrinseca nel tentativo di compensare uno squilibrio tra necessità e possibilità vocali del soggetto in esame.

La valutazione della tensione muscolare²⁴ consiste di:

- individuazione della posizione dello scudo tiroideo nel collo e palpazione della sua escursione durante la deglutizione – ancoraggio laringeo alto e scarsa mobilità sono segni indiretti di tensione dei muscoli sovraioidei;
- palpazione dei muscoli sovraioidei – leggera pressione digitale nella regione;
- sottomentoniera fino all'osso ioide, a riposo e in fonazione;
- palpazione del muscolo sternocleidomastoideo;
- evocazione di dolore alla digitopressione delle corna maggiori dell'osso ioide, del bordo e corna superiori della cartilagine tiroidea e dei suoi bordi posteriori, anteriormente al muscolo sternocleidomastoideo³ (segno di Aronson);
- palpazione dello spazio tiroideo e manovra di abbassamento della laringe secondo Aronson – si pratica ponendo pollice e indice a pinza sul bordo superiore della cartilagine tiroidea anteriormente alle corna superiori e mobilizzando delicatamente la laringe verso il basso con piccoli spostamenti laterali fino a percepire l'incremento dello spazio tiroideo ed il miglioramento della qualità vocale se effettuato mentre il paziente emette una vocale prolungata.

In letteratura non sono reperibili contributi sulla valutazione strumentale della voce in quanto non è probabilmente ancora possibile disegnare un quadro spettrografico o elettroglottografico caratteristico di tale disfonia. La variabilità sintomatologia condiziona negativamente la possibilità di definire una normativa elettrofisiologia nei disturbi di natura psicogena della voce^{13 25}.

Allo stesso modo non esiste una normativa per l'indagine elettromiografica che pur viene frequentemente condotta a fini medico legali per escludere eventuale patologia neuromuscolare a carico dell'organo vocale^{9 26}.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Le varie manifestazioni cliniche che la disfonia psicogena può assumere impongono una diagnosi differenziale con numerose affezioni di tipo organico che hanno caratteristiche analoghe. In particolare la voce molto soffiata o afona deve innanzitutto escludere una lesione dei nervi ricorrenti o dei laringei superiori facilmente individuabile mediante laringoscopia indiretta o laringostroboscopia. Obiettività laringea non significativa e voce soffiata devono far pensare alla miastenia grave se compare progressivo decadimento vocale nel corso di una emissione sonora prolungata spesso associato ad incremento della nasalità e ad alterazioni articolatorie. La diagnosi differenziale deve essere posta anche con la disartria ipocinetica del parkinsonismo nella cui forma precoce la voce monotona e soffiata può non essere accompagnata dalle altre manifestazioni caratteristiche (alterazioni articolatorie e prosodiche). La disartria mista delle patologie degenerative come la sclerosi laterale amiotrofica può esordire con voce soffiata e gorgogliante alternata a voce tesa prima che si rilevino ipernasalità e disturbi articolatori e prosodici.

Una voce forzata o aspra non secondaria a patologia laringea o ad interventi demolitivi sulla laringe può far pensare a disfonia spastica in disartria pseudobulbare, a disartria atassica o a disartria coreica specie se compaiono aumenti improvvisi di intensità e di frequenza fondamentale alternati a monotonia o tremore. Le alterazioni vocali in questi quadri sono però spesso accompagnate da altri segni articolatori o motori caratteristici della primitiva patologia.

Ancora la diagnosi differenziale si impone nei confronti della distonia laringea, del tremore vocale essenziale e della disfonia spasmodica che hanno aspetti clinici e semeiologici molto simili alla disfonia psicogena e nei quali giocano un ruolo fondamentale le valutazioni strumentali della voce.

Sempre, a nostro avviso, si impone un giudizio neurologico per completare la definizione diagnostica.

TERAPIA

La terapia dei problemi di natura psicogena della voce si avvale sostanzialmente di un approccio sintomatologico condotto dal logopedista e di un approccio psicologico. Entrambi gli approcci hanno storicamente risentito in maniera decisiva delle dottrine imperanti nelle diverse epoche e delle differenze nel bagaglio culturale e nell'esperienza clinica degli studiosi che le hanno condotte.

I contributi più recenti che la letteratura ci fornisce prevedono un lavoro riabilitativo sul sintomo ma non sempre concordano sulle priorità nella gestione terapeutica del paziente.

Una parte degli autori^{2 3 5 16} individuano nel logopedista la persona che deve farsi carico del paziente e giudicare se la terapia diretta sulla voce non può proseguire senza l'apporto della psicoterapia. Una parte^{8 18 19 21} invece opta per un affidamento congiunto al logopedista e allo psicoterapeuta che operano parallelamente ma indipendentemente sulla patologia vocale e sul conflitto che la sottende verso una risoluzione definitiva del problema.

Le problematiche pratiche che lo specialista si trova ad affrontare nella decisione terapeutica sono da un lato un atteggiamento di esitazione da parte del logopedista che teme la responsabilità della presa in carico di questi pazienti e dall'altra il difficile reperimento di psicoterapeuti interessati ad affrontare questo particolare disturbo. Non va poi sottovalutato il rifiuto del paziente a rivolgersi ad una terapia psicologica che viene vissuta come immotivata e non risolutiva a causa della sua impreparazione ad affrontare le problematiche che con il sintomo ha inconsciamente voluto occultare.

L'ipotesi ideale, ma come tale lontana dalla maggior parte delle realtà cliniche, rimane quella della disponibilità di una équipe diagnostico-riabilitativa che contempi al suo interno la presenza di uno psicologo esperto in problemi della voce che possa offrire la sua collaborazione come routinario contributo alla cura del paziente.

Nell'ambito della terapia sintomatologia alcuni contributi letterari¹⁶ sono ancora dedicati ad una pratica a nostro avviso poco condivisibile quale la cura mediante «manovre suggestive» messe in atto dallo specialista durante l'osservazione. Si trat-

ta per lo più di pratiche di tipo intimidatorio, manipolazioni o ispezioni dolorose oppure finte estrazioni di polipi che se condotte con sufficiente convinzione possono effettivamente restituire la voce al paziente. Il grosso limite però, oltre a quello deontologico, è che queste pratiche sono gravate da una alta percentuale di insuccesso e da una alta incidenza di recidive ¹⁶.

Allo stato attuale una suggestione necessaria è quella, comune nella pratica logopedica, di convincere il paziente delle sue potenzialità vocali mediante atteggiamenti comunicativi e pratiche efficaci (quali ad esempio la manipolazione dello scudo laringeo verso il basso e la tosse sonorizzata).

Come per gli altri disturbi della voce di competenza logopedica, la terapia delle disfonie psicogene passa attraverso la presa in carico del paziente in toto, delle sue ansie, del suo bisogno di chiarimenti, delle sue contraddizioni oltre che della sua qualità vocale. Il primo gesto terapeutico, del medico prima e del logopedista in un secondo tempo, deve essere quello di rassicurare il paziente sulla natura non organica (e quindi non grave) del suo problema guidandolo indirettamente e con la dovuta cautela verbale verso una interpretazione funzionale-psicologica del problema. È assolutamente importante tenere presente che il paziente vive come reale la sensazione di non potere produrre una voce migliore e va in questo senso assecondato e guidato ad affrontare, con esercizi per il controllo della respirazione per la coordinazione pneumofonica e per la decontrazione della muscolatura laringea estrinseca, una vocalità nuova che lo convinca di essere in grado di produrre più voce di quanto pensa.

La rieducazione logopedica non segue un programma prestabilito ma cerca di lavorare attraverso i molti «strati» del problema del paziente: ci sono pazienti che partecipano attivamente alla rieducazione e pazienti che la subiscono perciò le proposte dovranno adeguarsi alle reali possibilità di ciascuno. La manipolazione laringea, preceduta da adeguati esercizi di rilassamento del distretto spalle, collo, nuca e volto, è sicuramente utile, ma non sempre praticabile nei soggetti restii al contatto fisico. In questi casi le semplici indicazioni alla respirazione costo-diaframmatica, con leggera pressione sull'area costale inferiore per aumentare la propriocettività e deviare l'attenzione dal distretto laringeo, possono servire a ridurre l'ipertono della muscolatura laringea estrinseca.

Vengono inoltre utilizzate come «trigger» della vocalità volontaria le emissioni automatiche come la tosse o il cenno di assenso opportunamente modificate e associate alla coordinazione pneumofonica.

Normalmente i pazienti con le maggiori difficoltà sono quelli in cui il sintomo perdura da più tempo ed i meccanismi di contrattura patologica sono molto consolidati.

Il ripristino della voce può anche avvenire in una sola seduta ma necessita di un consolidamento dei meccanismi volontari che la determinano così da fornire al paziente «la chiave di lettura» per eventuali difficoltà successive.

Tutti gli autori sono concordi nel sostenere che dopo la risoluzione della disfonia raramente si verificano spostamenti di sintomi da conversione in altri organi, mentre non c'è unanimità di opinioni riguardo all'incidenza delle recidive negli stessi pazienti.

Con o senza il coinvolgimento di uno psicoterapeuta, la terapia della disfonia psicogena è comunque un percorso attraverso il sintomo per rendere il paziente consapevole di quanto gli sta accadendo e per permettergli di impadronirsi dei meccanismi fisiologici della fonazione.

CASISTICA

A completamento di questa trattazione vogliamo esaminare una retrospettiva di 60 casi di disfonie psicogene diagnosticate e trattate presso il Servizio di Foniatria dell'Unità Operativa di O.R.L. dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia dal gennaio 1995 al dicembre 2000.

I criteri di scelta dei pazienti esaminati rispettano quelli dichiarati all'inizio del nostro testo: qualità vocale afona o gravemente disfonica in assenza di patologia laringea, insorgenza repentina legata o meno ad eventi precipitanti.

I pazienti con queste caratteristiche sintomatologiche che venivano segnalati dagli specialisti O.R.L. o dai medici di base venivano sottoposti a visita Foniatrica entro una settimana dalla segnalazione seguendo un criterio di non differibilità legato all'entità della sintomatologia.

Nell'ambito della visita Foniatrica veniva effettuata abitualmente una laringoscopia indiretta ed una laringostroboscopia associata a valutazione percettiva della voce secondo la scala GIBBAS²⁴. Se la diagnosi confermava il sospetto di disfonia psicogena il paziente veniva indirizzato al logopedista con richiesta di presa in carico immediata e terapia quotidiana per evitare la strutturazione del sintomo.

La nostra casistica, che comprende 12 adolescenti tra gli 11 e i 18 anni e 48 adulti tra i 22 e i 64 anni con 51 soggetti su 60 di sesso femminile, rispetta quanto riferito dalla maggior parte degli autori: netta prevalenza nel sesso femminile (84%) e maggior incidenza nella fascia di età 30-50 anni (oltre il 50%).

I dati relativi alla professione dimostrano che solo il 20% dei nostri pazienti esercita professioni chiaramente riconducibili ad un abuso vocale professionale (7 commercianti e 5 insegnanti), concorrendo a rafforzare la teoria della genesi differenziata tra le disfonie funzionali e le disfonie psicogene. Questo dato trova solo parziale conferma nella letteratura consultata a testimonianza della difformità diagnostica e concettuale ancora presente tra gli studiosi.

Allo stesso proposito troviamo bassa correlazione tra precedenti patologie laringee e la comparsa di disfonia psicogena: solo 5 (8,3%) dei nostri 60 pazienti aveva subito precedenti interventi chirurgici per patologia laringea neoplastica (2 cordectomie) ed iperplastica (3 decorticazioni) e nessuno riferiva patologie infiammatorie laringee ricorrenti o pregressa patologia vocale di tipo funzionale. Da segnalare inoltre che in entrambi i casi di cordectomia l'afonia psicogena si è instaurata tardivamente rispetto all'intervento e dopo un discreto recupero vocale in seguito al trattamento logopedico; in entrambi i casi la disfonia si era instaurata dopo una revisione chirurgica per piccola formazione granulomatosa che non aveva inciso in maniera determinante sull'anatomofisiologia della struttura laringea residua ma aveva innescato timori di recidiva neoplastica e/o di asportazione in toto della la-

ringe. Entrambi i pazienti hanno recuperato la voce con poche sedute e dopo la definizione istologica della natura della lesione.

Riguardo a precedenti patologie neurologiche e psichiatriche segnaliamo i casi di un adolescente che, contemporaneamente alla disfonia, aveva manifestato crisi epilettiche la cui diagnosi neurologica, avvenuta successivamente al recupero vocale, non ci è mai stata comunicata, di tre pazienti adulti periodicamente seguiti dai servizi psichiatrici per sindrome ansioso-depressiva e di un paziente, affetto da mutismo elettivo insorto dopo un evento traumatico, che ci fu indirizzato dallo psichiatra che lo aveva in cura. Certamente le informazioni al riguardo sono incomplete in quanto i pazienti hanno spesso pudore a confessare l'assunzione abituale di psicofarmaci o le cure di neurologi o psichiatri ed eludono le domande a tale proposito.

La sintomatologia vocale è certamente il dato più difficile da schematizzare a causa della sua difformità ed instabilità: la nostra casistica consta di 48 casi con afonia di esordio che comprendeva afonie totali o afonie alternate a breve ed occasionale comparsa di tratti sonori e 12 casi di grave disfonia con caratteristiche vocali che oscillavano tra il molto soffiato (7 casi), voce forzata da bande ventricolari alternata a voce afona (4 casi), voce forzata con rotture in iperacuto (1 caso).

La modalità di insorgenza rispettava quanto già segnalato dalla letteratura: nella maggioranza dei casi l'insorgenza è stata improvvisa (37 pazienti pari al 61,6%) mentre l'insorgenza ingravescente (8 casi pari al 13,3%) e l'insorgenza intermittente (15 casi pari al 25%) si erano comunque definite in un tempo relativamente breve (10-15 giorni al massimo).

A ribadire l'importanza degli automatismi vocali come segno patognomonico di disfonia psicogena possiamo segnalare che 52 dei 60 pazienti esaminati (86,6%) presentavano tosse sonora e normale qualità vocale durante la manovra laringoscopica. I pazienti che non presentavano questi segni caratteristici, erano quelli in cui il sintomo perdurava da più tempo e che si sono dimostrati più resistenti alla terapia logopedica.

Solo 25 pazienti sono stati sottoposti al test di Lombard con rumore bianco inviato binauralmente in cuffia: 8 di essi (32%) hanno risposto positivamente al test normalizzando a tratti la voce di lettura ed in nessun caso l'assordamento è stato utilizzato come manovra suggestiva per il recupero vocale.

La totalità dei pazienti diagnosticati ha aderito al programma logopedico proposto ma 6 di essi, provenienti da altre regioni, hanno optato per effettuarlo presso le strutture sanitarie di appartenenza sottraendosi al nostro controllo. La terapia è stata perciò effettivamente condotta su 54 pazienti e in 48 casi (88,8%) è riuscita a ripristinare una adeguata qualità vocale.

Il numero medio di sedute effettuate da ciascun paziente è stato di 11 con grande variabilità individuale: la maggior parte dei pazienti ha recuperato la voce dopo due o tre sedute ed è riuscito a stabilizzarla dopo circa sei sedute, qualcuno ha abbandonato la terapia dopo una sola seduta risolutiva, qualcuno ha invece ottenuto il risultato dopo circa 20-25 sedute.

Solo 5 (10,4%) dei 48 pazienti sottoposti con successo a terapia logopedia ha manifestato nei mesi seguenti una recidiva disfonia: in tutti i casi le recidive sono

state multiple (da 3 a 5 per ciascun paziente) ed hanno sempre beneficiato di una temporanea risoluzione dopo ulteriore ciclo di rieducazione logopedica.

La terapia logopedica, protratta per un numero di sedute variabile da 15 a 25 per ciascun paziente, non ha sortito alcun recupero vocale significativo in 6 dei 54 pazienti trattati (11,1%): tutti accusavano la disfonia da diversi mesi (2-18 mesi) e due di loro erano già stati sottoposti ad una terapia logopedia senza successo presso altri centri.

In 16 casi dei 54 trattati fu consigliata una valutazione psicologica: in particolare l'invio allo psicologo fu ritenuto necessario per i 6 pazienti resistenti alla terapia logopedia e per altri 10 pazienti che pur avendo recuperato la voce avevano manifestato nel corso del trattamento desiderio di approfondimento o estrema fragilità nei confronti delle problematiche psicologiche che erano affiorate.

Purtroppo non siamo in possesso dei risultati a distanza delle terapie condotte in quanto la quasi totalità dei pazienti ha disatteso i controlli proposti. Solo i 5 pazienti che hanno presentato recidive disfoniche continuano a sottoporsi a controlli annuali anche dopo la definitiva guarigione e questo ci autorizza ad interpretare in maniera ottimistica la «sparizione» degli altri pazienti.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ American Psychiatric Association. *DSM-IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press 1994. Trad. It. Milano: Masson 1996.
- ² Andersson K, Schalen L. *Etiology and treatment of psychogenic voice disorder: results of a follow-up study of thirty patients*. J Voice 1998;12:96-106.
- ³ Aronson AE. *I disturbi della voce*. Milano: Masson Italia Editori 1985.
- ⁴ Asprella Libonati G, Mininni G. *Il disturbo di voce come sintomo di disagio psichico nell'adolescenza*. Acta Phon Lat 2000;22:43-60.
- ⁵ Baker J. *Psychogenic dysphonia: peeling back the layers*. J Voice 1998;12:527-35.
- ⁶ Bauer HH. *Zur Definition psychogener Stimmstörungen*. Laryngol Rhinol Otol 1991;70:102-4.
- ⁷ Benvenuti P, Marchetti G. *Generalità sulla depressione e sui disturbi d'ansia*. Acta Phon Lat 2000;22:17-23.
- ⁸ Butcher P. *Psychological processes in psychogenic voice disorder*. Eur J Disord Commun 1995;30:467-74.
- ⁹ Canals Ruiz P, Villoslada Prieto C, Marco Peiro A, Lopez Catala F, Peris Beaufils JL. *Electromyographic study of psychogenic dysphonias*. Acta Otorrinolaringol Esp 1998;49:400-3.
- ¹⁰ Crosjacques M, Ursino F, Pardini L, Panettoni G, Matteucci F, Ventura A. *Il test MMPI nelle disfonie psicogene*. Acta Phon Lat 1989;11:251-6.
- ¹¹ Freidl W, Friedrich G, Egger J, Fitzek T. *Zur Psychogenese funktioneller Dysphonien*. Folia Phoniatri 1993;45:10-3.
- ¹² Friedrich G, Fitzek T, Freidl W, Egger J. *Screening psychogener Faktoren bei funktionellen Dysphonien*. HNO 1993;41:564-70.
- ¹³ Hillel AD. *The study of laryngeal muscle activity in normal human subjects and in patients with laryngeal dystonia using multiple fine-wire electromyography*. Laryngoscope 2001;111(Suppl.):97.
- ¹⁴ Kiese-Himmel C, Zwirner P. *Psychological factors in spasmodic dysphonia*. Laryngol Rhinol Otol 1996;75:397-402.
- ¹⁵ Kinzl J, Biebl W, Rauchegger H. *Functional aphonia. A conversion symptom as defensive mechanism against anxiety*. Psychother Psychosom 1988;49:31-6.

- ¹⁶ Le Hulche F, Allali A. *La voix. Tome 2*. Paris: Masson 1990.
- ¹⁷ Leonard R, Kendall K. *Differentiation of spasmodic and psychogenic dysphonias with phonoscopic evaluation*. *Laryngoscope* 1999;109:295-300.
- ¹⁸ Luchinger R, Arnold GE. *Voice-Speech-Language*. Belmont, California: Wadsworth Publishing Company 1965.
- ¹⁹ Millar A, Deary IJ, Wilson JA, MacKenzie K. *Is an organic/functional distinction psychologically meaningful in patients with dysphonia?* *J Psychosom Res* 1999;46:497-505.
- ²⁰ Morrison MD, Rammage LA. *Muscle misure voice disorders: description and classification*. *Acta Otolaryngol* 1993;113:428-34.
- ²¹ Ricci Maccarini A, Bergamaschi M. *La riabilitazione con psicoterapia*. In: Galletti G *La riabilitazione delle insufficienze glottiche e neoglottiche*. *Acta Otorhinolaryngol Ita* 1990;10:254-7.
- ²² Salimbeni C, Cosciarelli S, Santoro R, Esposito R, Salimbeni N. *Voce e linguaggio nella depressione*. *Acta Phon Lat* 2000;22:24-8.
- ²³ Sapir S. *Psychogenic spasmodic dysphonia: a case study with expert opinions*. *J Voice* 1995;9:270-81.
- ²⁴ Schindler A, Gilardone M, Spadola Bisetti M, Di Rosa R, Ottavini F. *L'esame obiettivo nella sindrome disfonia*. *Acta Phon Lat* 2000;22:355-63.
- ²⁵ Watson BC, McIntire D, Roark RM, Schaefer SD. *Statistical analyses of electromyographic activity in spasmodic dysphonia and normal control subjects*. *J Voice* 1995;9:3-15.
- ²⁶ Winkler F. *Psychogene Stimmstorungen. Ein Beitrag der klinischen Psychologie*. *HNO* 1987;35:242-5.
- ²⁷ World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO 1992. Trad It Milano: Masson 1992.