UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Logopedia

LA GESTIONE MULTIDISCIPLINARE DELLA DISFONIA PSICOGENA: INTEGRAZIONE TRA LOGOPEDIA E PSICOTERAPIA. UNA SCOPING REVIEW

MULTIDISCIPLINARY MANAGEMENT OF PSYCHOGENIC DYSPHONIA: INTEGRATION OF SPEECH AND LANGUAGE THERAPY AND PSYCHOTHERAPY. A SCOPING REVIEW

Relatore: Dott.ssa
COSTANZA TASCINI

Tesi di Laurea di:
VANESSA GHILARDI

A.A. 2025/2026

INDICE

INTRODUZIONE 1

CAPITOLO 1: FISIOLOGIA DELLA VOCE 3

1.1 DEFINIZIONE DI VOCE 4

1.2 CORRELATI ANATOMICI E FUNZIONALI 5

1.3 VOCE ED EMOZIONI 13

1.4 VOCE COME PERSONALITÀ E IDENTITÀ 16

1.4.1 LA VOCE NELLE PERSONE TRANSGENDER 19

CAPITOLO 2: FISIOPATOLOGIA DELLA VOCE 20

2.1 LA DISFONIA: DEFINIZIONE E SINTOMATOLOGIA PERCETTIVA 21

2.2 INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO DELLA DISFONIA 23

2.2.1 DIAGNOSI MEDICA – VALUTAZIONE FONIATRICA 24

2.2.2 DIAGNOSI RIABILITATIVA – VALUTAZIONE LOGOPEDICA 25

2.3 CLASSIFICAZIONE DELLE DISFONIE 28

2.4 DISFONIE FUNZIONALI 31

2.4.1 RUOLO DEGLI ASPETTI PSICOLOGICI NELLA DISFONIA FUNZIONALE 32

CAPITOLO 3: DISFONIA PSICOGENA 35

3.1 DEFINIZIONE DI DISFONIA PSICOGENA 36

3.2 EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI DISFONIA PSICOGENA 38

3.3 CARATTERISTICHE CLINICHE 41

3.3.1 MODALITÀ DI ALTERAZIONE PSICOGENA DELLA VOCE 42

3.4 CLASSIFICAZIONE 44

3.4.1 LA MUTA PARADOSSA 49

3.5 SEMEIOTICA CLINICA 51

3.5.1 DIAGNOSI DIFFERENZIALE 53

CAPITOLO 4: PRESA IN CARICO LOGOPEDICA DEL PAZIENTE CON DISFONIA PSICOGENA 55
4.1 INDAGINE ANAMNESTICA E VALUTAZIONE 56
4.1.1 ESITI DELLA VALUTAZIONE FONIATRICA DEL PAZIENTE CON DISFONIA PSICOGENA 57
4.1.2 ESITI DELLA VALUTAZIONE LOGOPEDICA NEL PAZIENTE CON DISFONIA PSICOGENA 59
4.2 TRATTAMENTO LOGOPEDICO 61
4.2.1 TERAPIA INDIRETTA 63
4.2.1.1 COUNSELLING LOGOPEDICO 64
4.2.1.2 EDUCAZIONE E IGIENE VOCALE 66
4.2.1.3 TECNICHE DI RILASSAMENTO E DI RESPIRAZIONE 68
4.2.2 TERAPIA DIRETTA 70
4.2.2.1 TECNICHE LOGOPEDICHE DIRETTE ED ESERCIZI VOCALI 71

CAPITOLO 5: RUOLO DELL'APPROCCIO PSICOLOGICO NEL TRATTAMENTO DELLA DISFONIA PSICOGENA 74
5.1 VALUTAZIONE PSICOLOGICA 75
5.2 COUNSELLING PSICOLOGICO 76
5.3 TRATTAMENTO PSICOLOGICO 77

CAPITOLO 6: TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE DELLA DISFONIA PSICOGENA: INTEGRAZIONE TRA LOGOPEDIA E PSICOTERAPIA – UNA SCOPING REVIEW 79
6.1 ABSTRACT 80
6.2 MATERIALI E METODI 82
6.3 RISULTATI 84
6.4 DISCUSSIONE 93

CONCLUSIONI 96
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA 98

INTRODUZIONE

La voce rappresenta uno dei principali strumenti attraverso cui l'essere umano comunica con gli altri. Attraverso le sue caratteristiche acustiche e prosodiche, essa permette non solo di trasmettere contenuti linguistici, ma anche informazioni relative allo stato emotivo, all'identità e alla dimensione relazionale della persona. Pertanto, la produzione vocale è il risultato dell'interazione di molteplici componenti, che coinvolgono aspetti anatomici e fisiologici, ma anche dimensioni cognitive, emotive e comportamentali [1].

Quando le caratteristiche e i parametri della voce risultano alterati, fino a compromettere la qualità di vita e di interazione sociale della persona, si parla di disfonia [1].
Le alterazioni vocali si possono presentare con caratteristiche molto differenti e con eziologie diverse, rendendo necessario un adeguato inquadramento diagnostico che tenga conto sia delle caratteristiche del disturbo sia dei fattori che possano contribuire all'insorgenza e/o al mantenimento dello stesso.

Tra le diverse forme di disfonia rientra la disfonia psicogena, un disturbo della voce nel quale gli aspetti psicologici della persona assumono particolare rilevanza. La manifestazione vocale può insorgere o essere mantenuta in associazione a condizioni di vita stressanti, difficoltà emotive o problematiche di natura psicologica e relazionale, pur in assenza di alterazioni organiche sufficienti a spiegare il quadro clinico [2]. La complessità di questa condizione risiede anche nella necessità di considerare il sintomo vocale all'interno dell'esperienza individuale della persona.

Di conseguenza, la gestione della disfonia psicogena richiede un approccio terapeutico che non si limiti esclusivamente al recupero della funzione vocale, ma che prenda in considerazione tutti gli aspetti psicosociali della persona.
Sebbene l'intervento logopedico rappresenti una componente fondamentale per il trattamento iniziale della manifestazione del sintomo vocale, la presenza di fattori psicologici può rendere necessario un approfondimento della dimensione emotiva e psicosociale del disturbo, attraverso interventi a carattere psicologico [3]. In tale prospettiva, la collaborazione tra professionisti all'interno di una presa in carico multidisciplinare del paziente può assumere particolare importanza nella gestione del disturbo.

La presente tesi nasce dall'interesse di indagare le caratteristiche di una presa in carico multidisciplinare del paziente con disfonia psicogena, ponendo l'attenzione sul rapporto tra intervento logopedico e approccio psicologico, tenendo conto delle evidenze disponibili in letteratura.

In questo elaborato, dopo un iniziale inquadramento della fisiologia e fisiopatologia della voce, verranno approfondite le principali particolarità della disfonia psicogena, per poi definire e distinguere le caratteristiche della presa in carico logopedica e psicoterapeutica.
Infine, nello studio finale, costituito da una *Scoping Review*, verranno esplorate le modalità con cui la letteratura ha descritto l'integrazione tra i due interventi sopracitati.

CAPITOLO 1: FISIOLOGIA DELLA VOCE

Prima di affrontare le alterazioni vocali e, nello specifico, la disfonia psicogena, risulta necessario comprendere i principali meccanismi fisiologici alla base della produzione della voce. Infatti, la fonazione rappresenta un processo complesso, determinato dall'interazione coordinata di differenti sistemi anatomici e funzionali. La conoscenza della fisiologia vocale costituisce, pertanto, un presupposto fondamentale per comprendere le modificazioni della voce in condizioni patologiche e i possibili interventi riabilitativi.

Dunque, in questo capitolo verranno affrontate le tematiche alla base dei meccanismi fisiologici di produzione della voce e il ruolo che essa assume nel costituire un'identità individuale.

1.1 DEFINIZIONE DI VOCE

La voce rappresenta la nostra principale forma di comunicazione: la maggior parte degli esseri umani sfrutta le proprie competenze vocali per mettersi in relazione con gli altri, per esprimere emozioni (anche inconsapevolmente), apparentemente nella maniera più semplice possibile.

Fin dalla nascita, o ancora meglio, sin dalla gravidanza, il feto è in grado di percepire e reagire alla voce materna, sviluppando una precoce familiarizzazione con gli stimoli vocali [4].

Nonostante venga utilizzata quotidianamente, la voce possiede delle dinamiche complesse e può essere descritta in diverse modalità.
La voce si può definire come uno strumento comunicativo naturale per gli esseri umani, che viene utilizzata non solo per mettersi in relazione con gli altri, ma anche per dare vita al pensiero, per rendere udibile e trasformare in materia acustica il linguaggio.
La voce rappresenta, nella sua forma più primitiva, il mezzo in grado di veicolare lo stato fisico, le emozioni e l'identità dell'uomo, in tutte le sue sfaccettature. Per questo, è opportuno considerare il segnale vocale come un indicatore fondamentale del nostro stato di benessere e salute psico-fisica: ogni sua minima variazione e caratteristica acustica non è da sottovalutare.
In termini più scientifici e correlati alla dimensione fisica, la voce viene definita come un vero e proprio segnale acustico costituito da una frequenza fondamentale e da frequenze armoniche, il cui valore è multiplo della fondamentale. Tali multipli interi subiscono amplificazioni o smorzamenti ad opera del *vocal tract*[1], deputato a modificare le caratteristiche frequenziali del segnale glottico.
Dunque, la voce si può giudicare tale solo nel momento in cui il segnale acustico complesso prodotto dalle corde vocali attraversa le cavità di risonanza e viene modulato e plasmato in funzione di esse [1].

[1] Il *vocal tract*, o tratto vocale, rappresenta tutte quelle cavità di risonanza contenenti aria, che, all'arrivo dell'onda sonora proveniente dalla glottide, amplificano o smorzano le componenti frequenziali. Anatomicamente si fa riferimento a: faringe, cavo orale, cavità nasali e seni paranasali [1].

1.2 CORRELATI ANATOMICI E FUNZIONALI

Per poter parlare di voce, è necessario definire le basi anatomiche che rendono possibile la fonazione.

Prima di tutto, occorre parlare dell'apparato respiratorio, un insieme di organi specializzati che svolgono svariate funzioni come:
- scambio di gas: i polmoni forniscono ossigeno al sangue e ne rimuovono l'anidride carbonica;
- comunicazione: attraverso la fonazione si genera la parola;
- contribuzione al senso dell'olfatto;
- controllo del pH del sangue eliminando anidride carbonica (CO_2);
- regolazione della pressione sanguigna;
- produzione di piastrine nel sangue;
- agevolazione del flusso linfatico e del ritorno venoso;
- espulsione del contenuto addominale.

L'apparato respiratorio si può suddividere in:
- vie respiratorie superiori, localizzate nelle regioni della testa e del collo e costituite da naso, bocca, faringe e laringe;
- vie respiratorie inferiori, ubicate nel torace e rappresentate da trachea, bronchi e polmoni [5].

Il mantice polmonare è un organo fondamentale per supportare e sostenere la fonazione; infatti, la ventilazione polmonare prende forza dai muscoli scheletrici del tronco, tra cui, principalmente, il diaframma e i muscoli intercostali.
Il diaframma rappresenta il principale muscolo respiratorio a forma di cupola che separa la cavità toracica da quella addominale. Le sue fibre muscolari originano dalla periferia scheletrica circostante attraverso tre porzioni principali: vertebrale, costale e sternale. La componente vertebrale sorge dalla regione ventrale delle prime vertebre lombari tramite fasci tendinei detti pilastri, estendendosi lateralmente fino alle coste fluttuanti. La porzione costale si ancora all'intera circonferenza inferiore del torace, in particolare a livello della sesta e settima costa, mentre la porzione sternale si fissa alla base dello sterno. Da questi punti di origine, i fasci muscolari risalgono ad arco per convergere superiormente in una solida aponeurosi[2] centrale trilobata, denominata centro tendineo.
In posizione di riposo, il diaframma è posizionato verso l'alto, a contatto con la base dei polmoni; quando invece questo è contratto, si appiattisce abbassandosi e aumentando la profondità della cavità toracica.

[2] L'aponeurosi è una lamina di tessuto connettivo fibroso molto resistente che funge da collegamento tra muscolo e ossa o altre strutture corporee.

I muscoli intercostali sono situati tra le coste della gabbia toracica, si suddividono in interni ed esterni e hanno la funzione di irrigidire il torace durante la respirazione e sostenere i polmoni evitando il collasso durante la contrazione diaframmatica. Inoltre, contribuiscono ad aumentare la capacità dell'aria che ventila i polmoni.
In sintesi, durante la respirazione i muscoli agiscono secondo due fasi:
1. durante l'inspirazione, i muscoli intercostali esterni sollevano le coste[3] e il diaframma si abbassa, aumentando la capacità toracica;
2. durante l'espirazione, i muscoli intercostali interni abbassano le coste e il diaframma si rilassa, sollevandosi e riducendo la profondità della cavità toracica [5, 6].

La laringe è un organo impari mediano situato nella regione sottoioidea e le si possono attribuire tre funzioni fondamentali: funzione respiratoria, funzione fonatoria e funzione sfinterica (ovvero di protezione delle vie aeree inferiori durante la deglutizione).
La laringe è lunga in media 4 cm, mentre il diametro antero-posteriore è di circa 3,5 cm. Essa è costituita da uno scheletro cartilagineo (figura 1), composto da:
- epiglottide, una cartilagine simile alla forma di una foglia, composta, superiormente, da una lamina sottile ed elastica e, inferiormente, da un peduncolo, chiamato petiolo, il quale si connette all'interno della lamina tiroidea per mezzo del legamento tiroepiglottico. Con il suo ribaltamento in senso antero-posteriore, rappresenta la prima forma di protezione dell'*aditus* laringeo durante la deglutizione;
- cartilagine tiroidea, a forma di scudo, rappresenta la più voluminosa e si compone di due lamine fuse anteriormente da un istmo centrale. Superiormente, comunica con l'osso ioide tramite la membrana fibrosa tiroioidea, mentre inferiormente prende rapporti con la cartilagine cricoidea, attraverso la membrana cricotiroidea;
- cartilagine cricoidea, la quale presenta la forma di un anello con castone posteriore e funge da collegamento tra laringe e trachea, tramite una membrana fibrosa che la unisce inferiormente al primo anello tracheale;
- cartilagini aritenoidee, pari e simmetriche, le quali si posizionano sul margine superiore del castone cricoideo, a contatto con le faccette articolari. Hanno una forma piramidale con punta rivolta verso l'alto, mentre la base si costituisce di due processi: un processo muscolare lateralmente e un processo vocale antero-mediale;
- cartilagini corniculate, due piccoli tubercoli che si posizionano a livello dell'estremità superiore delle aritenoidi;
- cartilagini cuneiformi, contenute nello spessore delle pliche ariepiglottiche [7].

[3] Il torace si deforma compiendo un movimento di elevazione delle coste "a leva di pompa", sollevando il petto, e un movimento di dilatazione laterale "a manico di secchio", allargando il torace inferiormente [1].

Le cartilagini si rapportano fra di loro o con strutture circostanti la laringe, attraverso i legamenti (figura 1), che si suddividono in estrinseci ed intrinseci.

I legamenti estrinseci mettono in relazione le cartilagini con altri elementi limitrofi e sono rappresentati da:

- membrana tiroioidea. Si inserisce dal margine inferiore dell'osso ioide al margine superiore della cartilagine tiroidea ed è attraversata dal nervo laringeo superiore;
- legamento crico-tracheale. Ancora la cartilagine cricoidea alla trachea;
- legamento io-epiglottico. Collega l'osso ioide all'epiglottide;
- legamento glosso-epiglottico. Esso connette la lingua all'epiglottide;
- legamento faringo-epiglottico, che collega il faringe all'epiglottide.

D'altro canto, i legamenti intrinseci congiungono le cartilagini fra di loro e stabilizzano tutta la struttura cartilaginea. Sono composti da:

- legamento cricoaritenoideo, che connette la cricoide alle aritenoidi;
- legamento tiroepiglottico, il quale congiunge la cartilagine tiroidea all'epiglottide;
- membrana quadrangolare o cono fibroso, che si inserisce dall'epiglottide fino alle aritenoidi e le corniculate, costituendo nel suo bordo superiore il legamento ari-epiglottico, mentre nel bordo inferiore forma il legamento ventricolare (comunemente chiamato falsa corda);
- membrane elastiche della parete media che, con il loro infossamento, definiscono il ventricolo laringeo, anche chiamato ventricolo di Morgagni;
- membrane elastiche della parete inferiore della laringe, che costituiscono i coni elastici, i quali inferiormente si inseriscono sulla circonferenza superiore della cartilagine cricoidea e superiormente risalgono appiattendosi in due lamine, le quali formano il legamento vocale[4], fissandosi anteriormente alla faccia interna della cartilagine tiroidea, mentre posteriormente raggiungono il processo vocale dell'aritenoide.

[4] Il legamento vocale, insieme al muscolo vocale, formano la corda vocale vera, la quale verrà tesa e modificata in lunghezza da tale legamento.

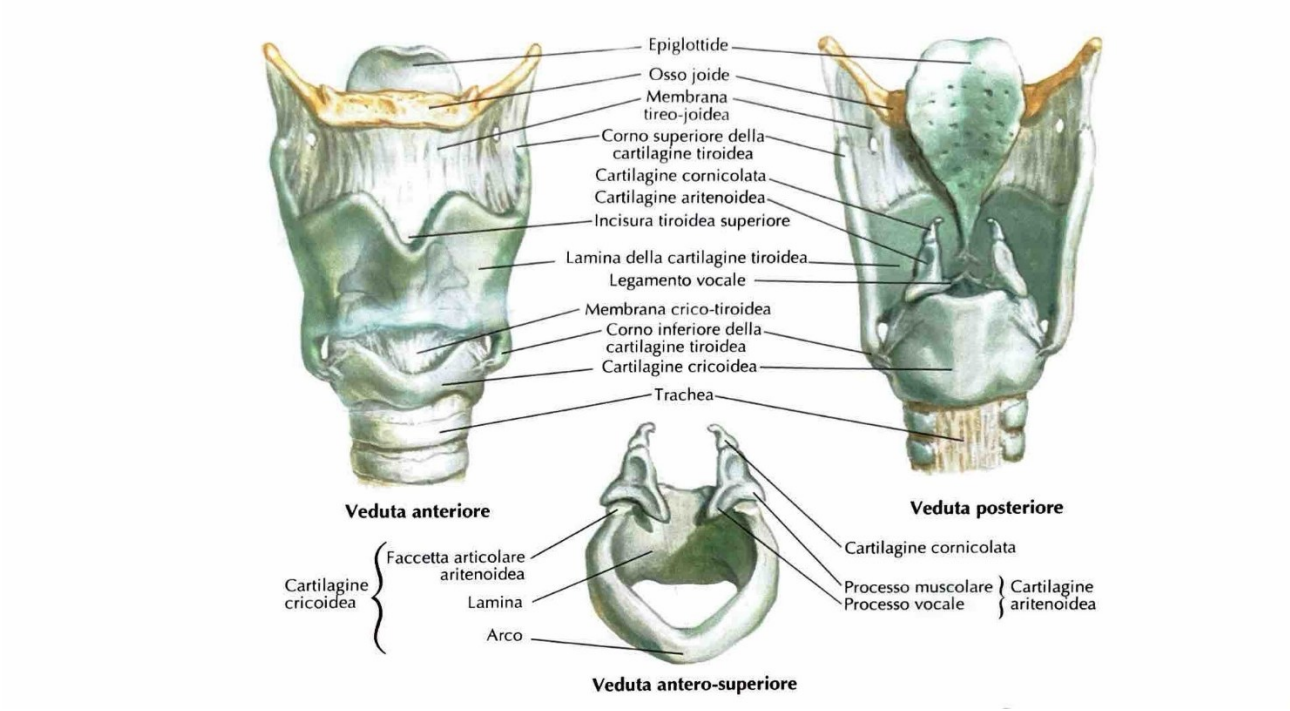


Figura 1 - In alto veduta anteriore e posteriore delle cartilagini e dei legamenti laringei. In basso veduta antero-superiore dei rapporti fra cartilagine cricoidea e aritenoidi. (Tratto da: F. H. Netter, Atlante di anatomia umana [8]).

I movimenti che compie la laringe sono resi possibili dall'azione dei suoi muscoli, che si suddividono anch'essi in estrinseci ed intrinseci.

I muscoli estrinseci (figura 2) definiscono un sistema di supporto e sospensione per la laringe e hanno un ruolo fondamentale durante la deglutizione, in quanto prevengono l'ingresso del cibo nelle vie aeree, garantendo la sicurezza. Inoltre, essi hanno anche un ruolo di rilievo nell'emissione vocale, soprattutto durante il canto, costruendo un sistema di supporto in una rete di muscoli in antagonismo. Infatti, si possono distinguere muscoli elevatori (sopraioidei) e depressori (sottoioidei).

I muscoli elevatori della laringe e dell'osso ioide sono rappresentati da:

- muscolo digastrico, il cui ventre anteriore porta l'osso ioide verso l'alto e anteriormente, mentre il ventre posteriore accompagna l'osso ioide verso il basso e posteriormente;
- muscolo stiloioideo, il quale eleva l'osso ioide e lo muove posteriormente;
- muscolo miloioideo, che innalza l'osso ioide o abbassa la mandibola;
- muscolo genioioideo, il quale solleva l'osso ioide e abbassa la mandibola;
- muscoli stilofaringeo e palatofaringeo, i quali partecipano all'innalzamento della laringe e della faringe;
- muscolo cricofaringeo (porzione inferiore del muscolo costrittore della faringe inferiore), che mantiene stabile e sospesa la laringe.

I muscoli depressori della laringe e dell'osso ioide sono:

- muscolo sternoioideo, che esercita una trazione verso il basso dell'osso ioide;

- muscolo omoioideo, il quale abbassa l'osso ioide;
- muscolo sternotiroideo, che contrasta la trazione verso l'alto della laringe, abbassando la cartilagine tiroidea;
- muscolo tiroioideo, il quale abbassa l'osso ioide, ma può fungere anche da elevatore della laringe se l'osso ioide è fissato dai muscoli sopraioidei in contrazione [6].

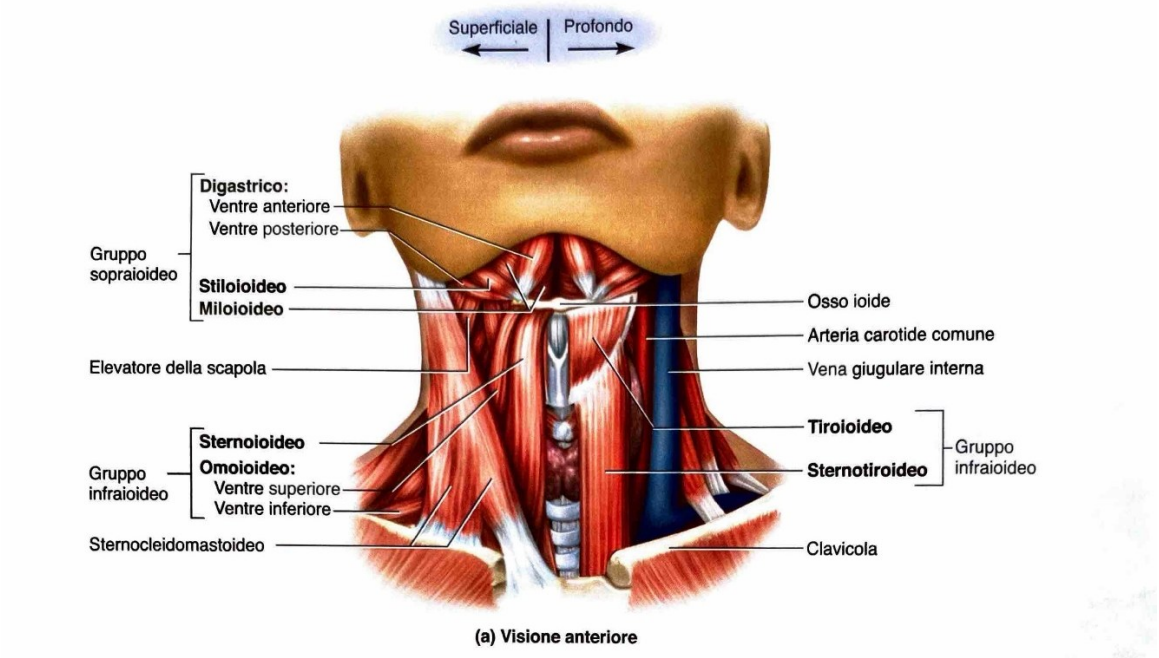


Figura 2 - I muscoli estrinseci della laringe. (Tratto da: K. S. Saladin, Anatomia umana [9]).

L'altra tipologia di muscoli che mettono in rapporto le varie strutture e cartilagini laringee, sono i muscoli intrinseci (figura 3), i quali hanno un ruolo cruciale nella fonazione e sono deputati a: modificare la glottide, regolare lo stato di tensione delle corde vocali e modificare l'adito laringeo.
Tali muscoli si possono classificare in muscoli tensori, abduttori e adduttori.
I muscoli tensori delle corde vocali hanno una funzione fonatoria e, contraendosi, permettono un aumento della tensione cordale. Essi comprendono:
- muscolo cricotiroideo, che si inserisce tra il margine inferiore della cartilagine tiroidea e il margine superiore della cricoidea; con la sua contrazione consente l'avvicinamento delle due cartilagini, sollevando la cartilagine cricoidea relativamente alla cartilagine tiroidea e viceversa;
- muscolo tiroaritenoideo, anche chiamato muscolo vocale; origina dall'angolo diedro della cartilagine tiroidea e si tende fino al processo vocale dell'aritenoide.
Il muscolo a cui si deve l'abduzione delle corde vocali è il cricoaritenoideo posteriore, il quale si inserisce tra il castone cricoideo e il processo muscolare della cartilagine aritenoidea; questo muscolo, contraendosi, ruota le cartilagini aritenoidi verso l'alto e l'esterno, distanziando i processi vocali e provocando l'allontanamento delle corde vocali tra loro (funzione respiratoria).

I muscoli adduttori delle corde vocali hanno una funzione fonatoria, in quanto determinano un avvicinamento delle CCVV; sono rappresentati da:

- muscolo cricoaritenoideo laterale, il quale si inserisce inferiormente sulla superficie laterale del castone cricoideo e superiormente sul processo muscolare dell'aritenoide. La sua contrazione genera una rotazione esterna dei processi muscolari dell'aritenoide e una rotazione interna dei processi vocali, spostandoli medialmente e provocando l'adduzione cordale;
- muscolo aritenoideo trasverso e obliquo o muscoli interaritenoidei, i quali sono posizionati sul dorso delle aritenoidi e hanno la funzione di avvicinare queste due cartilagini, così da generare l'affrontamento cordale [6, 7].

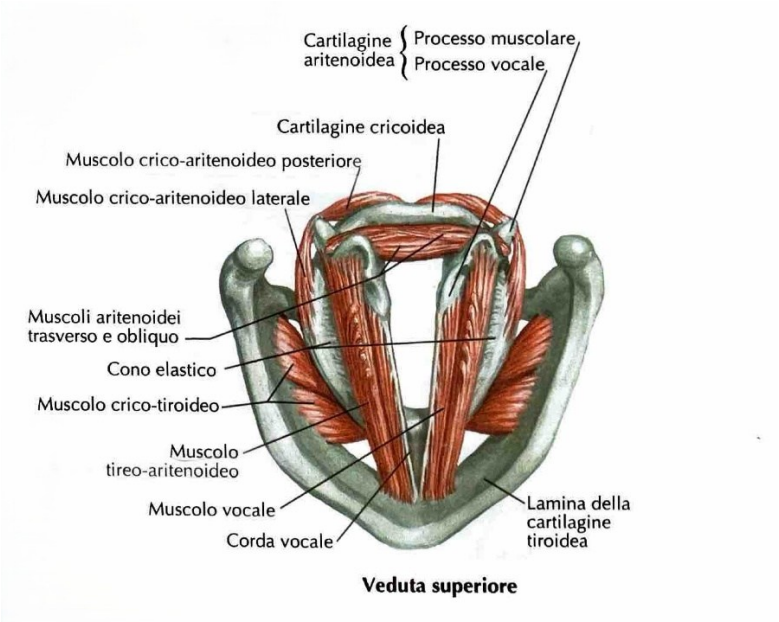


Figura 3 - I muscoli intrinseci della laringe. (Tratto da: F. H. Netter, Atlante di anatomia umana [8]).

La vascolarizzazione arteriosa della laringe è fornita dalle tre arterie laringee, suddivise in superiore, inferiore e posteriore, che rappresentano i rami delle arterie tiroidee.

L'innervazione laringea è costituita dal nervo laringeo, il quale si distingue in superiore e inferiore e origina dal X nervo cranico (nervo vago).

Il nervo laringeo superiore fornisce rami sensitivi a tutta la mucosa laringea e rami motori al muscolo cricotiroideo, mentre, quello inferiore, chiamato anche ricorrente, permette il movimento di tutti gli altri muscoli intrinseci della laringe.

Il nervo laringeo ricorrente destro nasce alla base del collo, circonda l'arteria succlavia, risale al margine destro dell'esofago, raggiunge il lobo laterale destro della tiroide e giunge nella laringe; a sinistra, invece, si distacca dal vago a livello del torace, si avvolge sotto l'arco aortico, contrae rapporti con l'atrio sinistro, la vena polmonare, il bronco sinistro, risale anteriormente l'esofago e raggiunge la laringe [7].

Le pliche vocali sono organizzate in tre livelli tissutali (figura 4), che sono: l'epitelio, la lamina propria e il muscolo vocale (tiroaritenoideo).
L'epitelio forma lo strato mucoso esterno ed è costituito da un tessuto pavimentoso stratificato, che appare frastagliato al fine di permettere l'adeguato funzionamento del meccanismo ad onda mucosa alla base della fonazione; l'epitelio ha un ruolo fondamentale nel mantenimento della lubrificazione e *clearance* delle corde vocali.
La lamina propria si può ulteriormente suddividere in tre strati: superficiale, intermedio e profondo. Lo strato superficiale è costituito da un tessuto amorfo carente di fibre, le quali intrecciate tra loro formano lo spazio di Reinke.
Lo strato intermedio, invece, si presenta come un tessuto ricco di fibre elastiche, che, insieme allo strato profondo, dotato di fibre collagene, formano il legamento vocale, susseguito più in profondità dal muscolo cordale [10].

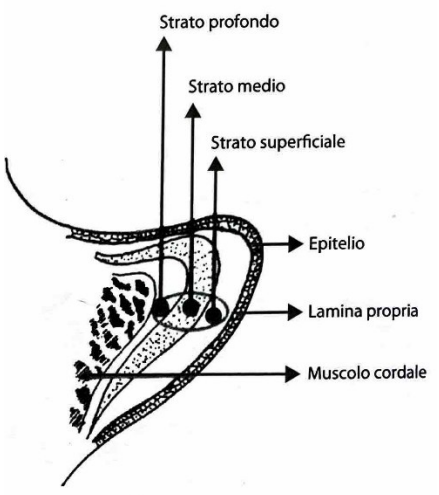


Figura 4 – I tre livelli tissutali della corda vocale. (Tratto da: R. Albera e G. Rossi, Otorinolaringoiatria [7]).

La fonazione si può definire come un evento acustico che si verifica nel momento in cui, durante l'espirazione, la colonna d'aria che incontra le corde vocali addotte ne fa oscillare la mucosa, generando un suono puro (non ancora definibile voce) a livello glottico.
Nel tempo sono state formulate variegate teorie sulla fonazione, al fine di fornire una spiegazione al funzionamento degli organi coinvolti nella produzione del suono.
Una di queste riguarda la Teoria mioelastica di Ewald (1898), il quale sostiene che le corde vocali, essendo elastiche, si schiudono passivamente facendo uscire piccole quantità d'aria e vibrando a causa della pressione aerea formata durante l'espirazione. La breve abduzione cordale causa una riduzione della pressione sottoglottica, generando un ritorno adduttorio dovuto all'elasticità tissutale, che provoca la ripetizione continua del ciclo glottico.

Anni dopo, Van den Berg propose la Teoria mioelastica-aerodinamica (1958) secondo cui la corrente aerea espiratoria svolge un ruolo fondamentale nella creazione della vibrazione glottica; l'aria espirata, passando attraverso la glottide ristretta, subisce un'accelerazione che provoca, per effetto Bernoulli[5], una repentina caduta di pressione interna e il conseguente risucchio delle corde vocali verso la linea mediana. Per questo, si verificano ritmiche compressioni e rarefazioni dell'aria, responsabili della fonazione.

In sintesi, il ciclo glottico (figura 5) inizia nel momento in cui il mantice respiratorio, comprimendo l'aria al di sotto delle corde vocali addotte (A), crea una pressione sottoglottica che riesce a vincere la forza dei muscoli adduttori (B), generando l'apertura parziale delle corde vocali a partire dal bordo inferiore (C); tale fuga d'aria, causa una rapida diminuzione della pressione sottoglottica, per cui le forze adduttorie tornano a prevalere, determinando una chiusura glottica (D). Dopodiché il ciclo continua a ripetersi in questa maniera con una frequenza differente e un'intensità modulata in base alla forza con cui l'aria espirata fa vibrare le corde vocali; l'altezza tonale differisce a seconda della lunghezza, tensione e contrazione del muscolo vocale [11].

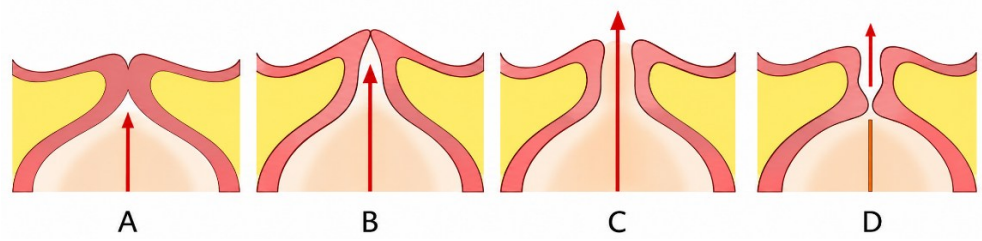


Figura 5 – Le fasi del ciclo glottico. (Tratto da: R. Albera e G. Rossi, Otorinolaringoiatria [7]).

Come è stato accennato prima, il suono che risulta dalla vibrazione cordale a livello glottico è un suono puro, il quale, per diventare voce, viene arricchito di armoniche e viene modulato in un suono più complesso grazie al suo passaggio nel *vocal tract*.

Per *vocal tract* si intendono tutte le cavità di risonanza posizionate al di sopra del piano glottico, ovvero: faringe, cavità orale, cavità nasali e paranasali.

Anatomicamente, tali cavità sono degli amplificatori biologici contenenti aria che, quando ricevono l'onda sonora, riescono ad amplificare o smorzare le componenti armoniche in base alla struttura anatomica dei risuonatori.

Il tratto vocale ha un ruolo fondamentale nella creazione e nel filtraggio delle formanti (bande di frequenza), che vengono modulate determinando un cambiamento significativo nell'uscita vocale del parlante; tutto questo contribuisce a plasmare il timbro, una qualità vocale che caratterizza la nostra identità e ci permette di distinguerci fra individui, rendendoci immediatamente riconoscibili [1, 11].

[5] L'effetto Bernoulli è un principio fisico che spiega come si muovono i fluidi. Il principio stabilisce che all'aumentare della velocità di un fluido la sua pressione interna diminuisce.

1.3 VOCE ED EMOZIONI

La voce è strettamente correlata agli stati emotivi. Le emozioni, infatti, influenzano numerosi aspetti della produzione vocale e, attraverso tali modificazioni, consentono di comunicare all'interlocutore informazioni sul proprio stato d'animo, anche in maniera implicita.

La voce possiede una potente valenza pragmatica e la prosodia riveste un ruolo centrale nella trasmissione delle emozioni. Attraverso la modulazione di ritmo, intonazione, accento e velocità dell'eloquio, la persona è in grado di trasmettere implicitamente l'intenzione comunicativa e il significato nascosto di un'espressione verbale, rivelando il proprio stato d'animo.
La somma tra prosodia e contenuto linguistico del messaggio trasmesso permette di arrecare dei cambiamenti e innescare delle reazioni negli ascoltatori [3].

Di seguito, verranno analizzate principalmente le emozioni primarie, le quali risultano essenziali per la sopravvivenza e la gestione di situazioni problematiche; tali emozioni riguardano: la collera, la paura, il disprezzo, la tristezza e la felicità.
Ognuna di queste emozioni possiede una modalità esecutiva vocale specifica che verrà analizzata in base alla produzione, al timbro *vocal tract* e all'andamento del *timing* correlato alla fonoarticolazione.

La collera è una delle emozioni più riconoscibili a livello vocale e la modalità di esecuzione è caratterizzata da una chiusura glottica molto salda, da cui deriva un incremento del tono dei muscoli adduttori laringei intrinseci. L'elevata contrazione contemporanea dei muscoli tiroaritenoidei e cricotiroidei porta a un estremo irrigidimento e accorciamento tensivo delle corde vocali, generando di conseguenza un incremento della frequenza fondamentale (Fo) e dell'intensità vocale. Tutto ciò viene accompagnato da un assetto posturale in estensione. Queste caratteristiche definiscono una tipologia di voce che appare penetrante, acuta, tesa o aspra.
Questo stile di comunicazione vocale crea un vero e proprio ostacolo all'interazione con l'altro, impedendo la prosecuzione della conversazione con l'intento di stabilire dei confini netti. Inevitabilmente, il parlante, essendo travolto da tale emozione, finisce solo per rimanerne soffocato, implodendo internamente e causando, nei casi più gravi, danni organici laringei evidenti che si potrebbero manifestare con fonastenia, edema infiammatorio e lesioni al bordo libero cordale. In questo modo, l'aggressività che prima veniva espressa nei confronti dell'altro viene trasformata in un'autoaggressione.
In merito alla collera, il tratto vocale si presenta irrigidito e il cavo orale presenta un'ampia apertura. Il ritmo dell'eloquio risulta accelerato, con una notevole riduzione delle pause e, quindi, un prolungamento della durata frasale. Gli andamenti di frequenza appaiono irregolari e costituiti da un

profilo a picchi, caratterizzato da repentini e improvvisi incrementi/riduzioni della Fo, accompagnati da un'elevata intensità fonatoria. Questa irregolarità del ciclo vibratorio porta ad avere una qualità vocale rauca, un *Jitter*[6] elevato e una riduzione dell'intellegibilità.

Durante la paura, la reazione immediata riguarda la necessità di una presa aerea rapida e profonda al fine di affrontare una situazione improvvisa. L'inspirazione immediata viene seguita da un'adduzione cordale completa, che permette una stabilizzazione corporea tale da esser pronti a reagire a livello motorio.
Anche la paura si caratterizza di un irrigidimento di parete del tratto vocale, il quale si accorcia a causa dell'improvviso innalzamento del piano glottico, che porta, a sua volta, ad un allungamento cordale; di conseguenza avverrà uno schiarimento timbrico e un potenziamento nella penetranza della voce. In molti casi, tutto ciò viene associato anche ad un'ampia apertura del cavo orale associata a retroposizione linguale.
Generalmente, in merito al ritmo del parlato, la paura si associa a una cadenza eccessivamente irregolare, con fonazioni brevi e lunghe pause o, al contrario, con fonazioni tendenti alla tachilalia. La Fo possiede un'ampia variabilità, a cui si associano qualità vocale iperacuta e rotture vocali intrafonatorie. Tutto questo è legato all'incapacità nell'immediato di organizzare adeguatamente l'assetto glottico, dovendo velocemente restituire all'ambiente una risposta.

Il disprezzo è un'emozione che viene espressa ed accentuata chiaramente attraverso il movimento labiale fonoarticolatorio; ciò si realizza attraverso un incremento della precisione e della forza articolatoria, con riduzione dell'apertura orale, evidenziando al massimo le parole utilizzate e generando di conseguenza la separazione emotiva con l'interlocutore. L'assetto posturale descritto porta alla presenza di fenomeni di ottundimento timbrico.
Ritmicamente, il disprezzo si correla a un rallentamento del flusso verbale, volendo precisare ed enfatizzare gli elementi lessicali all'interno del discorso. Tuttavia, la Fo rimane prevalentemente stabile, mentre l'intensità potrebbe avere andamenti variabili.

A livello del *vocal tract*, la tristezza è caratterizzata da una detensione muscolare e lo spettro frequenziale tende ad aggravarsi. La mandibola si presenta destabilizzata e la lingua abbassata. La voce, quindi, risulta leggermente scurita e priva di portanza. L'intensità vocale è ridotta e l'eloquio appare rallentato, caratterizzato da una presa di turno comunicativo molto breve.

[6] In fonetica clinica il *Jitter* rappresenta una misura acustica delle micro-variazioni involontarie nella Fo.

Anche la felicità si presenta come una delle emozioni più espressive a livello mimico-facciale; le labbra si dischiudono e si atteggiano in un sorriso, che porta ad un accorciamento del *vocal tract* nel tratto orizzontale. L'energia spettrale aumenta notevolmente, definendo una Fo molto chiara e piacevole all'ascolto. L'intonazione appare stabile e arrotondata, con incremento graduale dello spettro frequenziale. Anche il ritmo del parlato risulta regolare con pause adeguate [3].

In sintesi, la voce costituisce un importante veicolo di comunicazione delle emozioni, attraverso caratteristiche prosodiche e acustiche del parlato che influenzano la percezione dell'interlocutore rispetto al proprio stato emotivo, andando oltre i soli contenuti linguistici. A supporto di tale concezione, si possono evidenziare numerose ricerche che hanno sottolineato come differenti stati emotivi siano associati a specifiche modificazioni dei parametri vocali. Infatti, le variazioni vocali associate ad emozioni come gioia, rabbia, paura e tristezza, non dipendono da un singolo parametro acustico, bensì dalla combinazione di molteplici caratteristiche della voce, quali frequenza fondamentale, intensità, ritmo del parlato e pause, che contribuiscono a rendere riconoscibile lo stato emotivo del parlante [12].

1.4 VOCE COME PERSONALITÀ E IDENTITÀ

Grazie alle componenti vocali dinamiche, il semplice ascolto di una voce permette di immaginare sesso, età, aspetto fisico e, addirittura, personalità del parlante.
Infatti, alcune qualità percettive, legate strettamente alle caratteristiche del timbro glottico, sono in grado di generare nell'ascoltatore delle impressioni che ipotizzano tratti di personalità dell'interlocutore.
Per definire tali caratteristiche è importane specificare che, all'interno dello stesso sesso, si possono distinguere voci chiare e voci scure.
Le voci chiare si contraddistinguono per una massa cordale contenuta e un contatto del bordo libero scarsamente compatto. Solitamente, tali tipologie di voci vengono associate a persone con tratti infantili o a individui giovanili e vivaci.
Le voci scure, invece, sono caratterizzate da un buon accollamento cordale e una massa molto compatta. Tutto ciò genera una voce più salda che si attribuisce più facilmente ad individui corporalmente alti, che suggeriscono tratti di personalità forti e autorevoli.
A supporto di tali caratteristiche vi è la scelta stilistica, in ambito del teatro, di attribuire a certi personaggi una tipologia di voce: ad esempio le voci scure si associano spesso a personaggi femminili seducenti e provocanti, mentre quelle chiare accompagnano personaggi con tratti ingenui e infantili.

Oltre a suggerire alcuni tratti di personalità, la voce possiede un'identità tutta sua, caratterizzata dalla combinazione di più fattori dinamici.
Anche se il concetto di voce risulta essere complesso, esso subisce una percezione di tipo unitaria e psicopercettiva, che risulta nella contemporanea presenza di più costituenti come tono, intensità e timbro, i quali ne definiscono le caratteristiche immediatamente riconoscibili.

A differenza dell'identità corporea, che viene riconosciuta come stabile e in certi sensi immutabile, l'identità vocale rappresenta qualcosa che viene generato dalla persona, la quale si identifica con la propria voce riconoscendo il risultato della combinazione di tutti quei tratti dinamici vocali che si possono gestire in maniera volontaria. Il timbro, la prosodia e la frequenza di fonazione determinano gli aspetti che rendono riconoscibile la voce della persona, rendendola un elemento identitario acquisito e mutevole.

Al concetto di "io vocale" si contrappone quello di *habitus* vocale, che definisce la modalità di produzione della voce nei riguardi della società. Nello specifico, l'*habitus* vocale rappresenta la proiezione, la modalità di apparizione della voce nei confronti del mondo esterno.

Mentre l'io vocale risulta rappresentativo del proprio io psichico e definisce le basi della personalità, l'*habitus* stabilisce un'abitudine con cui la persona si presenta e si manifesta all'altro, generando un concetto di identità più instabile, in quanto può essere influenzato dalle pressioni sociali e dalle varie condizioni di vita dell'individuo. Questo potrebbe portare ad un fenomeno di falsificazione della propria identità, facendo apparire la persona nel modo in cui vuole mostrarsi all'esterno.
Tale meccanismo si riscontra facilmente nell'ambito delle disfonie psicogene, in cui la voce diventa il principale mezzo con cui la persona esprime il disagio psichico in maniera inconscia.

Analizzando in maniera concreta il risultato della combinazione fra i vari tratti vocali dinamici, la voce assume un ruolo importante anche nella trasmissione di aspetti appartenenti alla propria identità di genere e di età.

In merito all'età, la voce muta gradualmente a partire dall'infanzia fino ad arrivare all'età adulta e infine all'invecchiamento.
La voce del bambino si presenta con una certa fragilità a causa dello sviluppo incompleto della laringe, la quale è molto più vulnerabile a danni esterni e interni; ciò è legato principalmente al fatto che il tessuto connettivo si presenta molto più lasso e vascolarizzato, le cartilagini sono molto piccole e il legamento vocale appare ancora non ben formato.
A livello qualitativo, la voce del bambino non si differenzia molto nei due sessi ed è scarsamente performante, caratterizzata da una povertà timbrica e una mancata capacità di modulazione dei parametri vocali.
Durante il periodo dell'adolescenza, si verifica il fenomeno della muta vocale che porta alla differenziazione tra i generi maschile e femminile.
La muta vocale femminile incorre alla comparsa del menarca e si caratterizza per una qualità di voce soffiata o rauca, riduzione della frequenza fondamentale, rotture vocali e difficoltà nella regolazione tonale.
Nel maschio, la muta vocale avviene durante il periodo di maturazione sessuale ed è caratterizzata da cambi repentini di registro durante l'eloquio, frequenti rotture vocali, qualità vocale tesa, componente di rumore nelle tonalità più gravi e riduzione della Fo.
L'età adulta rappresenta il periodo della compiutezza della voce, in cui la laringe è ormai matura e stabile.
Il periodo dell'invecchiamento porta a dei cambiamenti irreversibili alla componente cellulare e strutturale dei tessuti: gli epiteli si assottigliano, le cartilagini si irrigidiscono e i muscoli perdono massa e forza. Di conseguenza la voce negli uomini ultrasessantenni subirà un innalzamento della

Fo, un tono alterato, intensità compromessa, presenza di perturbazioni del ciclo vibratorio, attacco vocale soffiato e scurimento timbrico.
Nelle donne, invece, prevale un aggravamento della Fo per aumento della massa, riduzione della variabilità di intensità, perdita di controllo sul ciclo vibratorio, attacco vocale rumoroso e scurimento timbrico [1].

Parlando di identità sessuale, la voce rappresenta uno degli elementi che contribuiscono maggiormente alla percezione dell'identità di genere di un individuo. Durante l'ascolto di una voce, senza poter intravedere le caratteristiche fisiche del parlante, l'interlocutore è generalmente in grado di attribuirne il sesso sulla base di molteplici caratteristiche vocali, tra cui la frequenza fondamentale, il timbro e la prosodia.
Sebbene la Fo costituisca uno dei parametri vocali più utilizzati per distinguere una voce maschile da una femminile, essa non rappresenta l'unico elemento coinvolto in tale processo.
Nell'adulto, la frequenza fondamentale media si colloca generalmente tra 80 e 140 Hz nell'uomo e tra 180 e 250 Hz nella donna. Tuttavia, tali intervalli non consentono sempre di attribuire precisamente il genere ad una voce. Infatti, esiste una fascia intermedia, compresa tra 140 e 180 Hz, nella quale la Fo risulta insufficiente per identificare il sesso del parlante. Inoltre, alcune condizioni fisiologiche o patologiche possono modificare i valori della frequenza fondamentale rendendo ancora più complessa tale classificazione.
La classificazione basata esclusivamente sulla Fo presenta, quindi, diversi limiti: alcuni uomini possiedono naturalmente una voce più acuta, e allo stesso modo alcune donne presentano, invece, una voce più grave, ma ciò non va ad influenzare necessariamente la percezione della loro identità di genere.
Analogamente, alcune patologie laringee che alterano la tensione o la massa cordale possono determinare variazioni della Fo indipendentemente dal sesso biologico del soggetto.
Per questi motivi, è importante sottolineare che il riconoscimento di genere avviene attraverso l'integrazione di molteplici caratteristiche vocali. A pari merito con la frequenza fondamentale, assumono un ruolo importante anche il timbro, le caratteristiche anatomiche del *vocal tract*, la prosodia, gli aspetti pragmatici della comunicazione e le scelte linguistiche, influenzate dall'educazione, dal contesto socioculturale e dal ruolo sociale che contraddistinguono un uomo da una donna [3].

1.4.1 LA VOCE NELLE PERSONE TRANSGENDER

La complessità dei meccanismi coinvolti nella percezione dell'identità di genere trova una chiara applicazione nell'ambito della riabilitazione logopedica degli individui transgender, ovvero persone la cui identità di genere non corrisponde al sesso biologico.
In questi casi, l'obiettivo dell'intervento non consiste esclusivamente nel modificare la frequenza fondamentale, ma nel lavorare su tutti quei parametri vocali e comunicativi che contribuiscono alla percezione del genere da parte dell'interlocutore.

La variazione del *pitch* (tono) rappresenta soltanto una delle componenti del processo di femminilizzazione o mascolinizzazione della voce, che nei transessuali FtM[7] è più facilmente raggiungibile con la somministrazione di testosterone, mentre nei MtF[8] il trattamento con gli estrogeni non porta alcun effetto alla struttura cordale. Per questo motivo le donne transgender ricorrono frequentemente a trattamento chirurgico al fine di elevare l'altezza tonale [13].
Tuttavia, nel processo di modificazione vocale, anche intonazione, risonanza, intensità, qualità vocale, modalità di eloquio e aspetti prosodici della comunicazione contribuiscono in maniera significativa alla percezione del genere.
In quest'ottica, la terapia logopedica riveste un ruolo centrale nel percorso di affermazione vocale. L'intervento viene pianificato in modo individualizzato, tenendo conto degli obiettivi e delle esigenze specifiche della persona, che possono comprendere il raggiungimento di una voce percepita come femminile o maschile.
La terapia logopedica non si limita all'allenamento della Fo, ma interviene su molteplici aspetti della produzione vocale.
Nelle fasi iniziali di trattamento vengono affrontate eventuali alterazioni vocali preesistenti attraverso *counselling* specifici sull'utilizzo di norme di igiene vocale, ovvero l'adozione di una serie di comportamenti e accorgimenti quotidiani volti a mantenere una voce sana, proteggendo la salute delle corde vocali. Successivamente, il percorso riabilitativo comprende esercizi finalizzati alla modifica della risonanza, dell'intonazione, dell'intensità, dell'estensione vocale e del controllo prosodico, con l'obiettivo di ottenere una voce maggiormente congruente con l'identità di genere della persona.
Infine, la letteratura evidenzia come l'approccio più efficace sia rappresentato da una presa in carico multidisciplinare, che vede coinvolte la terapia logopedica in associazione alle procedure chirurgiche, ma anche al supporto psicologico, considerando l'impatto emotivo che tale percorso comporta [14, 15].

[7] *Female to male*, con riferimento alle persone che eseguono la transizione da femmine a maschi.
[8] *Male to female*, con riferimento alle persone che eseguono la transizione da maschi a femmine.

CAPITOLO 2: FISIOPATOLOGIA DELLA VOCE

Dopo aver descritto i principali meccanismi fisiologici della produzione vocale e i fattori che ne influenzano le caratteristiche, risulta necessario approfondire le modificazioni che possono comprometterne il normale funzionamento.

Nel presente capitolo verranno presentate le disfonie (sottocapitolo 2.1), le quali costituiscono le principali patologie della voce parlata.

Verranno successivamente illustrate le modalità diagnostiche (sottocapitolo 2.2) e le varie tipologie di alterazione della voce (sottocapitolo 2.3), facendo particolare attenzione alle forme funzionali (sottocapitolo 2.4) e al ruolo che i fattori psicologici svolgono nella loro insorgenza e nel loro mantenimento (sottocapitolo 2.4.1), aspetti fondamentali per poter comprendere successivamente le dinamiche patologiche messe in atto dalla disfonia psicogena.

2.1 LA DISFONIA: DEFINIZIONE E SINTOMATOLOGIA PERCETTIVA

La disfonia si definisce come un'alterazione della voce parlata che determina un malessere e uno stato di disagio tale da comportare un'incapacità parziale o totale nell'effettuare adeguate performance vocali nei vari contesti di vita quotidiana [7]. La disfonia può risultare in alterazioni relative a vari parametri vocali come: qualità, timbro, altezza tonale, intensità, attacco vocale, durata e tenuta fonatoria.

Al fine di comprendere appieno tutte le caratteristiche e le manifestazioni percettive dell'alterazione vocale, verranno descritti di seguito i principali parametri percettivi individuati da Hammarberg[9], i quali vengono impiegati per indagare qualitativamente le voci patologiche. Tali parametri si suddividono in:

- voce afona, caratterizzata da una costante o intermittente assenza di fonazione per mancato contatto cordale. A livello comunicativo induce a una riduzione della distanza interpersonale. Appartiene a quadri patologici come disfonie psicogene, paralisi cordali e miosite;
- voce soffiata, costituita da un'adduzione cordale incompleta, con fuga d'aria intrafonatoria che crea un rumore udibile a livello glottico. Questa modalità vocale suggerisce intimità e incita all'avvicinamento con l'interlocutore. È caratteristica della fonastenia e delle patologie neurologiche;
- voce iperfunzionale o tesa, in cui il segnale vocale appare strozzato, a causa di una compressione delle corde vocali durante la fonazione, caratterizzata da scarso flusso aereo e aumento della tensione cordale. Si associa a sentimenti aggressivi e si presenta in genere nelle disfonie disfunzionali e nelle forme neurologiche;
- voce ipofunzionale o lassa, contraddistinta da un'insufficiente tensione cordale e una scarsa attività muscolare laringea che risultano in una voce debole;
- *vocal fry* o voce gracchiante, riferita a una vibrazione a bassa frequenza, con corde vocali molto strette costituite da una sola parte libera di vibrare;
- voce rauca, distinta da aperiodicità alle basse frequenze, con irregolarità durante la vibrazione cordale;
- *scrapiness* o voce con raucedine acuta, caratterizzata da aperiodicità alle alte frequenze;
- rotture di voce intermittenti fra il registro pieno e quello di falsetto;
- voce diplofonica, in cui si possono percepire due altezze tonali in contemporanea;

[9] B. Hammarberg è una logopedista svedese nota per aver identificato i dodici parametri percettivi fondamentali per valutare le voci patologiche.

- registro pieno e falsetto: quello pieno rappresenta la normale modalità fonatoria, mentre il falsetto presenta una chiusura glottica ai livelli maggiori dell'estensione frequenziale, e si caratterizza di corde vocali allungate con un piccolo deficit di chiusura glottica;
- altezza, che rappresenta il corrispettivo percettivo della frequenza fondamentale;
- intensità, che rappresenta il corrispettivo percettivo dell'ampiezza vocale.

In conclusione, risulta fondamentale individuare le peculiarità qualitative del segnale vocale, con l'obiettivo di definire adeguatamente la sintomatologia percettiva dell'alterazione vocale, sfruttando un linguaggio comune nella descrizione e nella valutazione delle disfonie [1, 16].

2.2 INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO DELLA DISFONIA

Parlando in termini generici, la diagnosi riguarda un processo di valutazione in cui si analizza lo stato di funzionamento di un sistema, andando ad interpretare i segni clinici.
Nell'ambito delle disfonie la diagnosi può avvenire in due modalità: medica e riabilitativa.
La diagnosi medica fa riferimento all'individuazione della malattia, identificando i suoi sintomi e segni clinici attraverso anamnesi ed esami strumentali. Durante la misurazione dei risultati, l'approccio medico prevede la valutazione degli *outcome* osservando le modificazioni di malattia in seguito alla terapia somministrata.
La diagnosi riabilitativa, invece, contribuisce anch'essa alla rilevazione della malattia, ma riserva particolare attenzione alla valutazione delle menomazioni funzionali, delle risorse disponibili (personali, familiari, ambientali e sociali), dei punti di forza e di debolezza del paziente, focalizzandosi sui possibili vincoli presenti nelle attività quotidiane e impostando il trattamento con l'obiettivo ultimo di aumentare la partecipazione sociale e la qualità di vita della persona.
Le due modalità diagnostiche non sono alternative, bensì complementari, poiché consentono di ottenere una valutazione globale della persona con disfonia [17].

2.2.1 DIAGNOSI MEDICA – VALUTAZIONE FONIATRICA

In ambito medico, la diagnosi della disfonia prende il nome di diagnosi laringologica, in cui la laringoscopia rappresenta l'esame elettivo per l'individuazione dei segni clinici di alterazione vocale [17].

L'esame obiettivo laringoscopico può essere diretto o indiretto.

La laringoscopia indiretta può essere eseguita utilizzando lo specchietto laringeo oppure attraverso l'uso di fibre ottiche. Nel primo caso, si visita il paziente in posizione seduta e, attraverso il posizionamento dello specchietto laringeo anteriormente l'ugola, è possibile visionare in maniera speculare la proiezione della laringe, osservandola dall'alto.

Più frequentemente ad oggi vengono utilizzate le fibre ottiche che si suddividono in rigide e flessibili, le quali permettono di ottenere delle immagini molto nitide della laringe [7].

Le fibre ottiche rigide presentano un'angolazione a 70-90° e seguono lo stesso procedimento della laringoscopia tradizionale sopra descritta, mentre quelle flessibili vengono introdotte per via transnasale, passando poi per il rinofaringe e infine orofaringe, ricevendo sempre una visione dall'alto della laringe e delle corde vocali.

Per quanto riguarda la laringoscopia diretta, il paziente viene visitato disteso in posizione supina con capo iperesteso, in stato di anestesia totale; l'esame viene eseguito tramite una spatola rigida con illuminazione distale che viene spinta oltre il base lingua e l'epiglottide, introducendo lo strumento all'interno del lume laringeo [7].

Un altro esame che viene effettuato per diagnosticare le patologie laringee è la laringostroboscopia, un esame strumentale più sofisticato che permette di osservare in maniera più chiara e nitida la vibrazione cordale. Tale esame impiega la luce stroboscopica per catturare i movimenti delle corde vocali: illuminando a intermittenza ogni singola fase di vibrazione cordale, con una durata dei lampi di luce inferiore a quella del periodo del ciclo glottico, è possibile percepire quei movimenti vibratori altrimenti invisibili ad occhio nudo [7].

Oltre a permettere l'osservazione delle caratteristiche anatomiche della laringe e delle corde vocali, la laringostroboscopia permette anche di rilevare ulteriori parametri di tipo fisico e funzionale come: frequenza fondamentale (misurata con un microfono laringeo e proiettata sul *display* della fonte di luce o sul *monitor* del computer), ampiezza, periodicità, simmetria, chiusura glottica, affrontamento cordale e onda mucosa [18].

2.2.2 DIAGNOSI RIABILITATIVA – VALUTAZIONE LOGOPEDICA

La diagnosi riabilitativa dei disturbi della voce segue sempre un percorso multidimensionale, al fine di associare al quadro laringoscopico l'osservazione del comportamento fonatorio, tenendo conto sia dei parametri di produzione vocale, sia dello stato di disabilità del paziente e dell'impatto che il disturbo vocale provoca alla qualità di vita.

Una delle prime modalità di valutazione riabilitativa è costituita dalla palpazione e manipolazione laringea, indicata al fine di precisare la diagnosi foniatrica e fornire una diagnosi differenziale nell'ambito della disfonia.
L'approccio al paziente prevede una prevalutazione della postura del corpo e, nello specifico, della zona della testa e del collo, che, nel caso di alterazioni importanti, deve essere precedentemente valutata e trattata da altre figure professionali come il fisiatra, il fisioterapista e l'osteopata.
In seguito, si può procedere con la palpazione laringea, cominciando con la valutazione del tono muscolare del collo e delle spalle a riposo; successivamente, si passa alla mobilizzazione della laringe e dell'osso ioide, palpando poi anche il dorso della lingua in maniera statica, rilevando eventuali contrazioni muscolari. Infine, si effettua una palpazione dinamica della laringe durante la fonazione e la deglutizione, al fine di rilevare tutti i movimenti laringei.
La pratica di palpazione e manipolazione laringea è utile nella formulazione della diagnosi, ma anche nel trattamento logopedico del paziente disfonico [19].

Di rilevante importanza a livello valutativo-diagnostico è l'analisi acustica della voce, un esame oggettivo non invasivo che si pone l'obiettivo di analizzare indirettamente le modalità di vibrazione delle corde vocali e le caratteristiche acustiche del segnale che viene emesso[10], consentendo di ottenere informazioni sul funzionamento del sistema fonatorio. Sebbene non sostituisca la valutazione percettiva del clinico, costituisce un valido supporto, in quanto permette di evidenziare caratteristiche del segnale vocale non sempre riconoscibili all'ascolto, quali rumore, perturbazioni e irregolarità della vibrazione cordale.
L'analisi acustica è un esame che viene eseguito principalmente da specialisti in foniatria e otorinolaringoiatria, che, tuttavia, procedono quasi sempre in collaborazione con il logopedista, il quale sfrutterà i dati relativi ai parametri acustici per impostare il percorso di rieducazione vocale.

[10] Il segnale vocale che viene analizzato è generalmente costituito dalla produzione prolungata e sostenuta della vocale /a/ [20].

Tra i principali strumenti di analisi rientrano lo spettrogramma[11] e la misurazione dei parametri acustici di vocalità. Questi ultimi permettono di quantificare in maniera obiettiva le caratteristiche del segnale vocale e vengono rappresentati principalmente da:

- frequenza fondamentale (Fo), che rappresenta il numero di cicli vibratori delle corde vocali in un'unità di tempo, misurata in Hz e correlata al parametro vocale del *pitch* o altezza tonale;
- *jitter*, il quale indica la variabilità ciclo per ciclo della frequenza fondamentale;
- *shimmer*, che misura la variabilità dell'intensità e, quindi, l'ampiezza del segnale vocale tra un ciclo vibratorio e un altro;
- *harmonic-to-noise ratio* (HNR), il quale esprime il rapporto tra la componente armonica della voce e il rumore presente nel segnale [20].

Attualmente, i *software* utilizzati solitamente in ambito clinico e di ricerca sono Praat e il *Multi Dimensional Voice Program* (MDVP), che consentono di misurare i parametri acustici di vocalità sopra descritti [21].

Un'altra tipologia di valutazione della voce è rappresentata dalla valutazione percettiva, definita come l'insieme di procedure che sfruttano le abilità del clinico, il quale, senza l'utilizzo di misurazioni strumentali, quantifica e qualifica le alterazioni della voce attraverso l'utilizzo di diversi protocolli standardizzati. L'analisi percettiva di intensità, altezza e timbro, viene effettuata impiegando nella valutazione le sensazioni soggettive che il valutatore percepisce, pertanto, il clinico (in questo caso il logopedista), deve essere altamente formato nel riconoscimento dei parametri percettivi vocali e nelle manifestazioni di alterazione della voce.

Sebbene nel corso degli anni siano stati proposti numerosi sistemi di valutazione percettiva, i principali protocolli di valutazione percettiva descritti in letteratura sono la scala GIRBAS e il CAPE-V (*Consensus Auditory-Perceptual Evaluation of Voice*), i quali rappresentano degli importanti riferimenti ampiamente impiegati per la descrizione standardizzata della qualità vocale.

La scala GIRBAS, proposta dalla Società Giapponese di Logopedia e Foniatria, è una delle scale di valutazione percettiva della voce più diffuse nella pratica clinica; vengono osservati sei parametri a livello qualitativo: grado generale di disfonia, indice di instabilità, raucedine, voce soffiata, voce astenica e voce strozzata[12]. Per ogni parametro si assegna un punteggio seguendo una scala ordinale di gravità che va da 0 a 3, dove 0 indica una voce eufonica[13], mentre 3 si riferisce ad un'alterazione vocale severa.

[11] L'analisi spettrografica è un esame semi-oggettivo che fornisce la rappresentazione grafica delle variazioni temporali del segnale vocale, attraverso la misurazione dell'ampiezza delle varie frequenze nel segnale stesso [7].
[12] L'acronimo GIRBAS deriva dall'inglese e indica rispettivamente: *Grade, Instability, Roughness, Breathy, Asthenic e Strained.*
[13] Una voce eufonica rappresenta una voce sana, efficiente e piacevole all'ascolto.

Il CAPE-V è un altro protocollo di valutazione percettiva che analizza la gravità complessiva della disfonia e alcuni attributi percettivi della qualità vocale come la raucedine, la voce soffiata, la voce sforzata, l'altezza e il volume, mediante l'utilizzo di una scala visuo-analogica [16].

Una modalità specifica per valutare il grado di consapevolezza del paziente e ciò che egli percepisce in merito alla propria condizione vocale, riguarda la somministrazione di protocolli di autovalutazione, volti a perfezionare la diagnosi clinica e valutare l'andamento del trattamento logopedico. Tali strumenti, per quanto risultino soggettivi, sono particolarmente utili al clinico, in quanto permettono, durante la programmazione del trattamento, di tener conto di necessità immediate riguardanti il reinserimento in società, ma anche di fragilità e insicurezze del paziente, le quali devono essere affrontate in terapia al fine di instaurare una buona alleanza terapeutica e favorire *outcomes* positivi come segni di buona riuscita al trattamento.
Tra le varie scale di autovalutazione descritte in letteratura, il VHI (*Voice Handicap Index*) rappresenta uno dei principali strumenti specialistici pensati per i disturbi vocali. La versione completa della scala in questione è costituita da trenta *items*, organizzati in tre aree di valutazione contenenti dieci *items* ciascuno; tali aree valutative si suddividono come segue:
- area funzionale, che descrive l'impatto che hanno i disordini della voce sulle attività di vita quotidiana;
- area emotiva, che si riferisce all'impatto psicologico del disturbo;
- area fisica, che indica la percezione del paziente in merito alle caratteristiche dell'emissione vocale [22].

2.3 CLASSIFICAZIONE DELLE DISFONIE

I criteri di classificazione delle disfonie hanno subito diversi cambiamenti negli anni, dovuti a varie controversie e indecisioni in merito al modello da seguire per definire sistematicamente la tassonomia delle alterazioni vocali. Pertanto, in letteratura esistono diverse proposte classificative, che riflettono approcci diagnostici e clinici differenti.

Tradizionalmente, le disfonie si distinguono nella maggior parte dei casi in due macrocategorie: disfonie organiche e disfonie funzionali o non organiche; le prime fanno riferimento ad alterazioni della voce legate ad una patologia a livello organico della laringe, mentre le seconde riguardano alterazioni vocali in assenza di una causa organica, neurologica o strutturale, in cui la laringe si presenta incolume per morfologia e motilità. Tuttavia, tale classificazione appare insufficiente e limitata per descrivere tutte le manifestazioni dei disturbi della voce, in quanto molti quadri di disfonia non appartengono unicamente a una delle due categorie descritte, anzi, in alcuni casi costituiscono propriamente delle classi a parte [23].

Nel presente elaborato si farà riferimento alla classificazione proposta da S. Magnani nel libro "*Curare la voce*" [1], in quanto basata su un criterio eziologico improntato all'inquadramento foniatrico e logopedico delle alterazioni vocali, che rende immediata la presa in carico logopedica e la stesura del programma riabilitativo.
Le disfonie vengono classificate in sei gruppi: disfonie organiche primarie, disfonie organiche secondarie ad altre patologie, disfonie secondarie all'utilizzo di farmaci, disfonie funzionali, disfonie organiche con sovrapposizione funzionale e disfonie psicogene.

In particolare, le varie caratteristiche sono descritte nella seguente tabella sulla classificazione delle disfonie (Tabella 1).

Tabella 1 - Classificazione delle disfonie

TIPOLOGIA	CARATTERISTICHE
Disfonie organiche primarie	Originano da una lesione organica a livello laringeo. Eziologicamente, le disfonie organiche primarie si possono ulteriormente suddividere in patologie infiammatorie (come laringiti acute e croniche), patologie neoproduttive (come cheratosi, papilloma e granuloma) e altre condizioni patologiche (come laringocele, pachidermia, traumi e cisti). La loro diagnosi è più immediata e vengono trattate curando direttamente la lesione.
Disfonie organiche secondarie a patologie di altri organi o apparati diversi da quello vocale	Sono in grado di arrecare lesioni all'apparato fonatorio o danni al suo controllo neurologico. È di fondamentale importanza riconoscere i segni percettivi dell'alterazione vocale associati alla propria condizione clinica, al fine di porre una diagnosi accurata. I quadri patologici possono essere costituiti da lesioni laringee ben riconoscibili anatomicamente, oppure possono manifestarsi alterazioni che non sono visibili direttamente in laringe. Le principali situazioni patologiche che possono portare ad alterazioni del segnale vocale sono: sindrome mestruale, gravidanza, menopausa, disordini alimentari, disturbi del sonno, patologie dell'apparato respiratorio, allergopatie, patologie gastrointestinali (tra cui il reflusso gastro-esofageo), endocrinopatie ed altre patologie come xerostomia e patologie dell'articolazione temporo-mandibolare.
Disfonie secondarie all'uso di farmaci	Sono legate a danni iatrogeni indirizzati all'apparato vocale. Tali farmaci sono in grado di generare delle modificazioni del segnale vocale e, in molti casi, simboleggiano la causa dell'essiccamento delle mucose laringee. Questi farmaci riguardano principalmente antistaminici, diuretici, corticoidi, ormoni tiroidei, antireflusso, broncodilatatori, antidepressivi e ormoni virilizzanti.
Disfonie funzionali	Sono riconducibili ad alterazioni vocali causate da un utilizzo inadeguato dell'apparato vocale; tali disfonie si suddividono in disfonie ad espressività laringea e disfonie prive di obiettività. Le prime sono le più comuni e si riferiscono a delle alterazioni funzionali della voce ad esito organico: si parla, quindi, di noduli e polipi cordali, ulcera da contatto e edemi diffusi. Le seconde si riferiscono ad alterazioni funzionali del *vocal tract.*
Disfonie organiche con sovrapposizione funzionale	Alla base vi è un'alterazione di tipo organico, la quale viene compensata in maniera disfunzionale attraverso modalità scorrette di produzione vocale.
Disfonie psicogene	L'alterazione del segnale vocale è causata da un malessere psichico non altrimenti rilevato.

A causa dell'assenza di una classificazione univoca delle disfonie, alcuni autori includono le disfonie psicogene tra le forme funzionali, mentre altri (come nel caso di S. Magnani) le considerano una categoria a sé stante in relazione al ruolo predominante dei fattori psicologici nel determinarne l'eziologia. La disfonia psicogena condivide con le disfonie funzionali diversi punti, quali l'assenza di alterazioni organiche primitive e la modalità di funzionamento del sistema fonatorio. Questo aspetto spiega perché, in buona parte della letteratura, la disfonia psicogena venga inclusa tra le disfonie funzionali [1].

2.4 DISFONIE FUNZIONALI

Le disfonie funzionali, anche definite non organiche, sono eziologicamente legate a un utilizzo scorretto della voce e, nello specifico, si possono correlare a comportamenti abusivi (che esitano in una incoordinazione pneumo-fonica) o a modalità devianti di gestione del bilancio risonanziale (legati ad atteggiamenti sconvenienti del *vocal tract*).

La diagnosi viene eseguita attraverso un'accurata valutazione funzionale che pone particolare attenzione non solo alla presenza di un'alterazione del segnale vocale (che in alcuni casi può risultare assente in seguito alla messa in atto di comportamenti di compenso), ma soprattutto all'osservazione della produzione vocale, tenendo conto dei correlati posturali, respiratori e contestuali (riferiti all'esigenza comunicativa per cui vengono attuati).

Nella vita quotidiana, molte delle emissioni vocali prodotte possono essere accompagnate sporadicamente da comportamenti disfunzionali; in questi casi, le espressioni vocali vengono prodotte con un'esecuzione ad alto costo per l'apparato fonatorio, specialmente in situazioni caratterizzate da una forte emotività, oppure in condizioni comunicative sfavorevoli (ad esempio in ambienti rumorosi).

La scarsa frequenza di utilizzo di tali comportamenti non permette lo sviluppo di patologia; tuttavia, se, al contrario, gli atteggiamenti vocali disfunzionali vengono applicati ripetutamente, si potrebbe incorrere in comportamenti in abuso di funzione, i quali sono connotati da condotte lesive per l'apparato fonatorio. Tali atteggiamenti si possono ricondurre a fenomeni di *malmenage*, in riferimento ad uno scorretto utilizzo della voce a livello qualitativo, e *surmenage*, inteso come un uso eccessivo della voce a livello quantitativo.

A loro volta, se non vengono riconosciuti e presi in carico tempestivamente, questi comportamenti abusivi nei confronti della voce possono esitare in danni organici più o meno gravi, i quali determinano fenomeni infiammatori-degenerativi, mantenendo il quadro disfunzionale di disfonia.

Tali esiti organici sono rappresentati principalmente da: edema di Reinke, polipo e nodulo cordale, ulcera da contatto e ipotonia del muscolo vocale [1].

Nella pratica clinica è di fondamentale importanza rilevare precocemente i comportamenti vocali a rischio, valutando il paziente disfonico seguendo un'ottica funzionale che permetta di indagare anche le abitudini comunicative domestiche e professionali, le quali celano possibili occasioni di abuso vocale o di realizzazione di meccanismi di compenso.

2.4.1 RUOLO DEGLI ASPETTI PSICOLOGICI NELLA DISFONIA FUNZIONALE

Negli ultimi decenni, numerosi studi hanno evidenziato come gli aspetti psicologici possano svolgere un ruolo rilevante nell'ambito delle disfonie funzionali.

Baker (2008), in una delle principali revisioni della letteratura dedicate al ruolo dei fattori psicologici e psicosociali nello sviluppo della disfonia funzionale, afferma in più occasioni che ad oggi non si può più pensare alla disfonia funzionale come un fenomeno eziologicamente monofattoriale. Infatti, il suo sviluppo dipende da più elementi interconnessi come: eventi di vita stressanti, emozioni negative, particolari tratti di personalità, modalità di *coping*[14], conflitti psicologici nell'espressione delle emozioni, eventuale presenza di disturbi psichiatrici (come ansia, depressione e disturbi di conversione) e aumento della tensione muscolare laringea dovuto all'attivazione del sistema nervoso autonomo in condizioni di ansia e stress.
Tutti questi aspetti psicologici non devono essere considerati come l'unica causa diretta di disfonia funzionale, ma, piuttosto, rappresentano dei fattori in grado di predisporre, favorire o contribuire al mantenimento del disturbo vocale [24].

Anche Deary e Miller (2011) ricordano che esiste ormai un discreto consenso in letteratura sul fatto che i pazienti con disfonia funzionale presentino frequentemente livelli più elevati di stress e ansia, sintomi depressivi, peggiore stato di salute generale e ridotta qualità di vita [25].

Tuttavia, per comprendere in che modo tali fattori psicologici partecipino realmente allo sviluppo della disfonia, gli autori analizzano la disfonia funzionale secondo un modello cognitivo-comportamentale, considerando tre categorie di fattori: predisponenti, precipitanti e perpetuanti o di mantenimento.
I fattori predisponenti riguardano tutti quegli aspetti che contribuiscono ad aumentare la vulnerabilità della persona e si riferiscono principalmente a:
- fattori genetici, i quali spiegano la predisposizione familiare ai disturbi della voce, legata anche a modelli comportamentali appresi all'interno della famiglia;
- esperienze di vita complesse precoci; già con Baker, si evidenzia come molti pazienti con disfonia funzionale abbiano subito esperienze di abuso fisico, sessuale ed eventi traumatici durante l'infanzia;
- aspetti di personalità, come nevroticismo[15], elevata reattività allo stress, perfezionismo, emotività negativa, introversione, tendenza all'ansia ed elevato senso del dovere e autocontrollo, contribuiscono

[14] Le strategie di *coping* fanno riferimento a comportamenti e azioni che una persona utilizza per affrontare una determinata situazione stressante.
[15] Il nevroticismo fa riferimento a una maggiore tendenza a sperimentare emozioni negative, preoccupazione e sintomi fisici.

nel loro insieme ad aumentare la vulnerabilità individuale nell'insorgenza di disturbi vocali; tuttavia, ciò non significa che esista una personalità tipica attribuibile alla disfonia funzionale.

Per quanto riguarda i fattori precipitanti, gli autori si riferiscono a quegli eventi che contribuiscono ad innescare l'esordio della disfonia in una persona già predisposta. Le tre categorie in cui sono suddivisi tali aspetti sono:

- eventi di vita stressanti, che rappresentano il fattore riportato con maggior frequenza. Diversi studi, infatti, hanno osservato come l'esordio della disfonia funzionale è spesso preceduto da situazioni come: problemi familiari, traumi emotivi, lutti, separazioni o divorzi, difficoltà lavorative e cambiamenti importanti nella vita personale. Sebbene tali eventi siano frequenti in pazienti disfonici, lo sono altrettanto nella popolazione generale, pertanto è importante tenere a mente che tali fattori non costituiscono automaticamente un rapporto causa-effetto, ma sono, piuttosto, da considerare come fattori scatenanti;
- elevato utilizzo della voce, anche conosciuto come sovraccarico vocale, il quale potrebbe concorrere nel far emergere il disturbo;
- infezioni delle vie respiratorie, che, come gli altri fattori, costituiscono spesso l'evento iniziale che altera il comportamento fonatorio, favorendo spesso il mantenimento di schemi vocali disfunzionali anche dopo la guarigione.

I fattori perpetuanti o di mantenimento favoriscono la persistenza dei sintomi; tra quelli individuati dagli autori spicca, soprattutto, la fatica generale, ovvero uno stato di stanchezza sia mentale che fisico, il quale può instaurare un circolo vizioso in cui la persistenza della tensione muscolare e delle modalità fonatorie disfunzionali contribuisce al mantenimento dei sintomi vocali nel tempo, riducendo le capacità di recupero.

In conclusione, gli autori criticano il modello delle emozioni represse o modello di conversione, secondo cui la disfonia funzionale è la conseguenza di un conflitto emotivo non espresso, per cui le emozioni vengono convertite in un sintomo fisico, che in questo caso riguarda l'alterazione della voce. Deary e Miller sostengono che le prove scientifiche a riguardo non sono sufficienti per sostenere tale teoria e argomentano affermando che ansia, depressione e stress sono molto frequenti anche in altri disturbi e non tutti i pazienti disfonici presentano importanti problemi psicologici; per questo, pur avendo un ruolo influente nel disturbo vocale, l'associazione con tali fattori non ne dimostrano l'eziologia. Spesso la relazione che si crea fra disfonia funzionale e ansia o depressione è bidirezionale, in quanto tali fattori psicologici possono comparire anche in seguito all'esordio di tale disturbo.

Pertanto, gli autori propongono un nuovo modello incentrato sul deficit nell'elaborazione emotiva, secondo cui molti pazienti, piuttosto che celare emozioni represse, possono sviluppare una difficoltà

nell'identificare, elaborare e regolare adeguatamente le emozioni; tutto ciò può favorire modificazioni del comportamento vocale e persistenza di schemi fonatori disfunzionali.
In sintesi, tutti gli autori sopracitati suggeriscono una visione multifattoriale nella quale vulnerabilità biologiche, fattori psicologici, aspetti cognitivi e comportamentali interagiscono nel predisporre, scatenare e mantenere la disfonia funzionale [24, 25].

Le osservazioni riportate in letteratura trovano conferma anche in studi clinici condotti su pazienti affetti da disturbi della voce. Infatti, Dietrich et al. (2008) hanno evidenziato che una quota significativa di soggetti con disfonia presenta livelli elevati di stress percepito, ansia e depressione rispetto ai valori di riferimento della popolazione generale. In particolare, tali condizioni risultavano maggiormente frequenti nei pazienti con disfonia da tensione muscolare, suggerendo come le componenti emotive possano contribuire non solo all'insorgenza, ma anche al mantenimento del disturbo. Gli autori sottolineano, tuttavia, l'ampia variabilità individuale dei risultati, evidenziando la necessità di evitare interpretazioni causali semplicistiche [26].

Nel complesso, le evidenze attualmente disponibili in letteratura suggeriscono che gli aspetti psicologici e psicosociali rappresentino un importante fattore nella fisiopatologia delle disfonie funzionali, sebbene non riescano, considerati singolarmente, a spiegare l'insorgenza di tali disturbi. La loro influenza deve essere interpretata all'interno di un modello biopsicosociale, in cui fattori biologici, comportamentali, cognitivi ed emotivi interagiscono reciprocamente. Tale prospettiva supporta l'importanza di una presa in carico multidisciplinare, nella quale la valutazione e il trattamento logopedico possano essere affiancati, quando necessario, da un adeguato supporto psicologico.

CAPITOLO 3: DISFONIA PSICOGENA

La disfonia psicogena rappresenta una condizione particolarmente complessa, in quanto l'alterazione della voce non può essere spiegata esclusivamente sulla base di fattori organici o neurologici, ma risulta strettamente correlata all'interazione tra meccanismi psicologici, emotivi e comportamentali.

La voce, infatti, costituisce uno dei principali strumenti di comunicazione dell'individuo ed è profondamente influenzata dagli stati emotivi e dalle dinamiche relazionali; di conseguenza, condizioni di stress, conflitti emotivi o disagio psicologico possono manifestarsi anche attraverso alterazioni della funzione vocale.
Pertanto, la comprensione della disfonia psicogena richiede un approccio integrato, capace di considerare simultaneamente sia aspetti clinici che fattori psicologici, determinando una prospettiva multidisciplinare.
Nel presente capitolo verranno analizzati i principali aspetti teorici e clinici della disfonia psicogena, con particolare attenzione alla definizione, l'evoluzione storica della concezione di tale malattia, le manifestazioni cliniche, la classificazione e l'inquadramento diagnostico.

3.1 DEFINIZIONE DI DISFONIA PSICOGENA

Le disfonie psicogene riguardano alterazioni vocali particolari che sottintendono un meccanismo molto complesso, la cui eziologia è stata discussa ampiamente in letteratura, determinando nel tempo modelli esplicativi e approcci terapeutici eterogenei e talvolta contrastanti.
La difficoltà emersa in relazione all'inquadramento nosografico deriva dal fatto che gli autori, i quali nel tempo hanno deciso di approfondire e analizzare le disfonie psicogene, si dividono principalmente in due fazioni: la prima considera la disfonia psicogena come un'entità nosologica autonoma, originata da un disagio psichico, mentre la seconda sostiene l'appartenenza di tale disturbo vocale alla più ampia macrocategoria delle disfonie funzionali, in cui la disfunzione vocale ne diviene il fulcro eziopatogenetico. Tale differenza non è soltanto terminologica, ma riflette differenti concezioni dell'eziopatogenesi del disturbo e, di conseguenza, differenti modalità di inquadramento diagnostico e terapeutico [2].

Sebbene la disfonia psicogena si esprima attraverso un sintomo disfunzionale, ovvero non correlato ad alterazioni organiche della laringe, risulta alquanto ambiguo e confusionario ridurre l'appartenenza di tale disturbo alla sola categoria di difonie funzionali. Questo perché solitamente in foniatria con il termine "funzionale" ci si riferisce a una forma di disfonia la cui produzione vocale viene alterata da uno scorretto comportamento fonatorio, in assenza di patologia organica causale. Di conseguenza, se si tiene conto di questo, non si possono considerare le disfonie psicogene come delle disfonie esclusivamente funzionali, nonostante la manifestazione sintomatica possa sembrare sovrapponibile. Più precisamente, la disfonia psicogena è rappresentata da una disfunzione fonatoria che determina un'alterazione del segnale vocale, la quale è secondaria eziologicamente a un disagio psichico, e non primariamente ad un uso scorretto della voce [3].
Tali controversie nella definizione del disturbo giustificano anche la complessità presente durante la sua collocazione all'interno di una specifica categoria di disfonia.

In letteratura, la maggior parte degli autori definisce la disfonia psicogena come la manifestazione somatica di un malessere emozionale generale, il quale interferisce con il normale controllo volontario della fonazione. Tuttavia, anche se non generalmente condivisa, molti autori preferiscono definire la disfonia psicogena come una vera e propria reazione da conversione, considerando tale condizione come un disturbo psiconevrotico ad origine isterica. Quest'ultima definizione ad oggi è stata contestata da vari autori e la sua interpretazione psicoanalitica è stata riformulata, enfatizzando, al contrario, le cause psicosociali del disturbo (in merito a tale argomento, si rimanda all'approfondimento effettuato all'interno del sottocapitolo 3.2) [2].

In sostanza, l'interpretazione della disfonia psicogena come disturbo da conversione deriva dalla tradizione psicoanalitica classica, mentre gli orientamenti più recenti tendono a considerare il disturbo secondo un modello biopsicosociale, nel quale fattori emotivi, cognitivi, comportamentali e contestuali interagiscono reciprocamente.

In seguito a tali considerazioni, nel presente elaborato, si farà riferimento alla disfonia psicogena intesa come un'alterazione della qualità o del meccanismo di produzione della voce associata parzialmente o completamente ad un malessere della sfera emotivo-relazionale, non altrimenti rilevabile o riconducibile ad una anomalia organica laringea. Elementi rappresentativi di tale disturbo vocale derivano dalla non consapevolezza dell'autoproduzione del sintomo e della natura psicogena della patologia. Non sono, pertanto, da considerarsi disfonie psicogene le forme di alterazione vocale in cui vi è un'origine psichica dichiarata o ben evidente [1, 3].

3.2 EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI DISFONIA PSICOGENA

Nel corso degli anni, il concetto di disfonia psicogena ha subito una significativa evoluzione, parallelamente ai cambiamenti avvenuti nell'interpretazione del rapporto tra processi psicologici e manifestazioni somatiche. Comprendere questa evoluzione risulta fondamentale per interpretare l'attuale inquadramento della disfonia psicogena e le implicazioni diagnostico-terapeutiche ad essa correlate.

Una delle teorie più influenti volte a spiegare la perdita della voce a carattere psicogeno è stata quella proposta da Freud nel 1896 in merito al disturbo da conversione isterica. Secondo tale modello, l'espressione di un'energia inconscia associata a impulsi istintuali, sessuali o aggressivi, viene proibita, perciò si genera un conflitto inconscio. L'ansia originata da tale battaglia intrapsichica causa, a sua volta, una conversione dell'energia inconscia in un sintomo fisico, il quale può riflettere indirettamente il dissidio interiore.
Nel dettaglio, tale dinamica può essere associata anche alla perdita isterica della voce, secondo cui una persona esprime il proprio conflitto inconscio attraverso l'afonia, in quanto il contenuto di ciò che vorrebbe esprimere riguarda un concetto aggressivo o sessualmente proibito, per cui il disagio interiore risulta in una disfunzione vocale.
In aggiunta, secondo il modello freudiano, la persona potrebbe reprimere la paura o il conflitto interno e, quindi, negare la presenza di un disagio emotivo. Secondo tale meccanismo, il paziente può trovare "giovamento" nella conversione somatica del conflitto inconscio che si esprime in due tipi di vantaggio: primario e secondario.
Il vantaggio primario esprime un beneficio psicologico immediato prodotto dal sintomo stesso, il quale svolge un ruolo nella riduzione dell'ansia legata al disagio interiore, ma, contemporaneamente, rappresenta simbolicamente il conflitto inconscio (se non si è nelle condizioni di poter parlare, non si ha il dovere di esprimere un sentimento proibito).
Il vantaggio secondario, invece, consiste nei benefici concreti che possono derivare dalla condizione di malattia, come ricevere maggiore attenzione o compassione dagli altri [27].

Nonostante per anni questa teoria psicoanalitica sia stata la più accreditata nello spiegare l'origine della disfonia psicogena, molti autori hanno criticato e discusso tale modello, proponendone una riformulazione.
P. Butcher (1995) [27] propone una rivisitazione del modello freudiano, sostenendo che quest'ultimo può sembrare valido, ma solo per alcuni casi. L'autore sostiene che in alcune persone con afonia o disfonia possono essere presenti negazione dei problemi, una scarsa motivazione a recuperare la voce

e caratteristiche che sembrano compatibili con un conflitto inconscio, ma contemporaneamente egli esprime principalmente due critiche al modello freudiano.

La prima analisi riguarda la scarsa evidenza scientifica in letteratura che dimostri che il disturbo da conversione isterica sia una causa comune della perdita di voce. Infatti, a causa delle difficoltà diagnostiche e del carattere subdolo dell'insorgenza della disfonia psicogena, pochi casi possono essere diagnosticati con certezza come affetti da conversione isterica in senso completo.

La seconda critica fa riferimento al fatto che non esistono abbastanza evidenze per identificare come cause del disturbo vocale fattori come: processi inconsci, conflitti interiori legati alla sessualità, negazione o repressione del disagio emotivo.

In sintesi, l'interpretazione della disfonia psicogena secondo il modello freudiano della conversione isterica è stata progressivamente riconsiderata, poiché le evidenze disponibili non risultavano sufficienti a ricondurre la maggior parte dei casi ai meccanismi inconsci postulati originariamente. Tuttavia, la prospettiva psicoanalitica non viene completamente abbandonata, ma si propone una forma più articolata, ponendo maggiormente attenzione ai fattori psicosociali.

Butcher (1995) individua alcune caratteristiche ricorrenti nelle forme di disfonia psicogena, ovvero: presenza di ansia prolungata associata a eventi o situazioni stressanti; un elevato carico di responsabilità; una ridotta percezione della propria capacità di modificare le situazioni vissute come problematiche; difficoltà nelle relazioni familiari, interpersonali e nell'espressione delle emozioni negative. Inoltre, si osserva una maggiore frequenza di tali caratteristiche nella popolazione femminile, in correlazione a fattori socioculturali.

Successivamente, l'autore richiama quello che Sandler, Holder e Dare definiscono *affect-trauma frame of reference*, ovvero una prospettiva che attribuisce importanza agli eventi traumatici esterni come fattori capaci di contribuire all'insorgenza della patologia.

In sintesi, la riformulazione tratta di un processo molto più articolato di quello freudiano, nel quale esperienze di vita, fattori psicosociali, stress e conflitti interpersonali possono concorrere all'insorgenza o al mantenimento di una risposta di tensione muscolare e, conseguentemente, dell'alterazione della produzione vocale.

Butcher propone di distinguere forme di disfonia psicogena più rare, che presentano caratteristiche accomunabili al modello di conversione isterica, e forme più comuni, nelle quali predominano gli aspetti psicosociali.

Infine, seguendo quest'ottica, l'autore propone di interpretare la disfonia psicogena anche secondo una prospettiva cognitivo-comportamentale, nella quale il sintomo vocale viene considerato all'interno dell'interazione tra pensieri, emozioni e comportamenti. Tale interpretazione consente di considerare, oltre agli eventuali fattori psicologici predisponenti, anche i processi attraverso i quali

determinate modalità cognitive e comportamentali possono contribuire al mantenimento della sintomatologia vocale. Questa prospettiva assume rilevanza anche sul piano terapeutico, poiché suggerisce la possibilità di intervenire sui fattori cognitivi ed emotivo-comportamentali associati alla sintomatologia [27].

Per concludere, ad oggi si preferisce considerare i pazienti con disfonia psicogena come delle persone che non sono severamente afflitte da patologie psichiatriche, ma che subiscono, piuttosto, elevati livelli di stress in varie situazioni di vita, che si correlano in molti casi a tensione muscoloscheletrica e a una difficoltà nell'esprimere i propri sentimenti, determinando una sintomatologia più o meno grave in relazione alle caratteristiche del soggetto e del suo vissuto. Perciò, i vari quadri clinici, caratterizzati da profili di personalità e gradi di sofferenza psichica diversi, determineranno approcci clinici e terapeutici calibrati sulla persona [2].

3.3 CARATTERISTICHE CLINICHE

Solitamente, la disfonia psicogena è caratterizzata da un'improvvisa alterazione della voce che può manifestarsi con una repentina comparsa di afonia alternata a voce pressata e iperacuta, o con un'inattesa comparsa di voce soffiata o bisbigliata.
Tali alterazioni vocali potrebbero incorrere inaspettatamente, oppure in seguito a fattori scatenanti quale un episodio infiammatorio o un evento negativamente impattante. Raramente il paziente correla in maniera spontanea l'esordio sintomatologico a sofferenze psicologico-emotive, le quali potrebbero comunque emergere (anche inconsapevolmente) durante le sedute di trattamento logopedico.
La disfonia (o afonia) si stabilizza in maniera differente in base al quadro clinico, pertanto, la sua durata possiede una variabilità clinica importante; nella maggior parte dei casi la disfonia persiste per vari giorni o settimane finché non viene richiesto un consulto specialistico dal paziente, mentre in alcune situazioni il disturbo vocale può comparire e sparire spontaneamente in pochi giorni.
Nella maggioranza dei casi, l'individuo disfonico è soggetto a una rilevante tensione muscolare a livello dei muscoli laringei estrinseci, che si presenta in maniera direttamente proporzionale alla gravità della sintomatologia.
Tra i vari sintomi di accompagnamento del disturbo vocale si segnala soprattutto la fatica fonatoria, ma anche affanno respiratorio, bruciore alla gola, algie cervicali e parestesie laringee.
A livello qualitativo, si possono distinguere pazienti con afonia completa, in cui la voce appare prevalentemente sussurrata, e pazienti con afonia incompleta, in cui la voce sussurrata si alterna repentinamente a momenti di voce normale [2].

In una serie di 28 pazienti con disfonia psicogena, Martins et al. (2014) hanno osservato che la variabilità della presentazione clinica si riflette ampiamente nelle caratteristiche della produzione vocale, con alterazioni caratterizzate da modalità di manifestazione sia persistenti sia intermittenti. Inoltre, durante l'esame videolaringoscopico dei pazienti, gli autori hanno constatato che, nella loro casistica, non sono evidenziabili lesioni strutturali o alterazioni della motilità delle corde vocali, sebbene possano essere presenti alterazioni funzionali durante la fonazione, quali ipercontrazione delle pliche vestibolari, tensione muscolare, fessure glottiche o movimenti paradossi [28].

3.3.1 MODALITÀ DI ALTERAZIONE PSICOGENA DELLA VOCE

La disfonia psicogena viene manifestata attraverso un sintomo disfunzionale, che può deviare il riconoscimento eziologico dell'alterazione vocale e rendere più difficoltosa la diagnosi. Tale sintomo potrebbe manifestarsi in senso privativo e, quindi, attraverso una perdita della voce, oppure potrebbe imboccare strade di manifestazione molto più complesse. In ogni caso, quel sintomo è solitamente di carattere simbolico per il soggetto, il quale manifesta il suo disagio interiore attraverso la voce, che rappresenta, per l'appunto, un forte canale comunicativo, in grado di trasmettere emozioni e caratteristiche identitarie della persona [3].

Le modalità più comuni di messa in atto di una disfonia a carattere psicogeno sono:
- voce afona. È la forma più facile e immediata, che richiede un minor impegno nel suo impiego. La produzione del segnale vocale viene ostacolata dal mancato contatto cordale, mantenendo l'abduzione durante i tentativi di fonazione. Tale impostazione ad alto costo per il sistema muscolare, provoca un intenso affaticamento vocale, legato a un'importante perdita d'aria intrafonatoria, che col tempo si può tradurre in fonastenia. La gestione delle dinamiche di intensità si dimostra irrealizzabile, con presenza di modulazione scadente della voce che risulta in uno scurimento timbrico. Nel complesso, la durata di conversazione si riduce drasticamente, portando, tuttavia, il paziente a provare un disagio fisico tutto sommato accettabile, dovendo porre un controllo vocale non estremamente eccessivo. L'autocontrollo può essere ridotto se si espone il paziente ad assordamento[16];
- voce soffiata o bisbigliata. Anche in questo caso si rileva una dispersione di flusso, risultante in un segnale acustico caratterizzato da un rumore di fuga d'aria. Tale modalità vocale ha un costo elevato per la muscolatura e le corde vocali, traumatizzate dal passaggio dell'aria a livello del bordo libero. Anche qui, dopo un periodo di uso prolungato di questa voce, si può incorrere in fonastenia;
- fonazione in registro alterato. Realizzata con laringe in sollevamento, corde vocali allungate e contatto adduttorio fievole. A tale modalità conseguono: incremento della frequenza fondamentale (tono acuto), restringimento del *vocal tract* (timbro schiarito) e riduzione dell'apertura orale (impoverimento risonanziale). Anche qui, la fatica correlata all'esecuzione fonatoria risulta molto elevata e la fonastenia è un esito caratteristico;
- fonazione in incremento delle resistenze glottiche. Essa è prodotta attraverso un'attivazione elevata della muscolatura adduttoria intrinseca. Ne risulta una voce qualitativamente pressata, tesa e aspra, caratterizzata da scarsa dinamica di intensità. La sofferenza indotta alle corde vocali può sfociare in

[16] Si fa riferimento al Test di Lombard, basato sull'esposizione del soggetto al mascheramento uditivo, in cui il rumore interferisce con il sistema di monitoraggio uditivo, facendo perdere il controllo vocale [2].

quadri patologici con esiti organici come traumi del bordo libero o edemi infiammatori, accompagnati da un certo grado di fonastenia;

- fonazione in alterazione dell'atteggiamento *vocal tract*. Si suddivide in modalità di facile realizzazione, come iperlabializzazione e aumento della muscolatura labiale con ridotta apertura orale, e modalità realizzate con più fatica che vedono coinvolto il costrittore faringeo. In generale, tali modalità di produzione vengono effettuate con una difficoltà modesta, senza affaticare in maniera eccessiva il sistema fonatorio, il quale, pertanto, risulta meno soggetto a danni diretti delle corde vocali [1, 3].

3.4 CLASSIFICAZIONE

La classificazione delle disfonie psicogene risulta particolarmente complessa, in quanto in letteratura sono state proposte differenti modalità di inquadramento, basate su criteri non sempre sovrapponibili. Tale eterogeneità riflette la difficoltà di definire in maniera univoca il rapporto tra componenti psicologiche, funzionali e vocali del disturbo.
Nel presente elaborato verranno, pertanto, riportate le principali classificazioni proposte da S. Magnani, integrando le informazioni ricavate dai testi "*Curare la voce*" [1] e "*Io sono la mia voce*" [3], in modo tale da privilegiare le tassonomie maggiormente pertinenti alla descrizione delle diverse modalità di manifestazione della disfonia psicogena.

Una prima classificazione, che S. Magnani propone nel libro "*Curare la voce*" (2015), segue un criterio eziologico ben preciso e consta di quattro forme più frequenti di disfonia psicogena, le quali condividono caratteristiche comuni come: inconsapevolezza o negazione del malessere psichico, rifiuto e svalutazione della sintomatologia vocale, oppure, al contrario, enfasi eccessiva in merito ai dati obiettivabili della disfonia.

Tali forme di disfonia psicogena vengono classificate in:
- disfonie psicogene post-traumatiche, che si riferiscono ad alterazioni della voce conseguenti a un trauma emotivo importante, la quale sintomatologia vocale si può manifestare con una latenza alquanto variabile dall'evento subito, accompagnato o meno da un danno fisico diretto;
- disfonie psicogene con evitamento, ovvero forme di disfonia legate al bisogno del paziente di evitare un compito oppure di esentarsi all'adempimento di un obbligo comunicativo o sociale;
- disfonie psicogene con disagio emotivo-relazionale a espressività unicamente vocale. Si tratta di quadri clinici complessi caratterizzati da una sintomatologia severa, che non possiede un'eziopatogenesi evidente, in quanto i sintomi risultano spesso contraddittori e le alterazioni funzionali possono essere correlate alle modalità di fonazione o agli esiti organici che queste causano. Spesso tale condizione ha esordio in seguito a un evento acuto scatenante (come infezione delle VADS[17] o sindromi influenzali) che causa disfonia, la quale perdura anche oltre il periodo della guarigione dall'evento, presentandosi come unico sintomo in uno stato di apparente benessere fisico. Solitamente tale forma è più frequente nelle donne e nelle adolescenti;
- disfonie psicogene con alterazioni dell'identità sessuale, in cui un'alterazione dell'immagine di sé riflette sulla voce per il suo ruolo nella formazione della propria identità, producendo sintomi disfonici [1].

[17] Vie aereo-digestive superiori.

Nel libro "*Io sono la mia voce*" (2020), S. Magnani propone un'altra classificazione individuando le differenti forme cliniche di disfonia psicogena facendo affidamento ai criteri nosologici del DSM-5[18] e del PDM-2[19].

Secondo questo criterio, la disfonia psicogena viene inquadrata in cinque sottogruppi: disturbo somatoforme, disturbo da ansia di malattia, disturbo fittizio, disturbo da dismorfismo corporeo e disturbo da conversione. I primi tre quadri clinici descritti sono collocati nel DSM-5 all'interno della categoria unitaria di "Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati", mentre nel PDM-2 vengono similarmente inseriti nel gruppo denominato "Disturbo da sintomi somatici e correlati" (S5) [3].

Il disturbo somatoforme viene definito dal DSM-5 come la "compresenza di uno o più sintomi somatici con pensieri, sentimenti e comportamenti anomali sviluppati in risposta a questi" [3]. Caratteristiche tipiche del disturbo riguardano l'atteggiamento e le modalità con cui la persona vive e interpreta i propri sintomi: l'attenzione è focalizzata esclusivamente sulla sfera corporea in maniera eccessiva, negando o sottovalutando l'origine psichica del disturbo. Questa preoccupazione in merito al proprio stato di salute tende a compromettere gradualmente la vita socio-relazionale del paziente, instaurando, a volte, anche una dipendenza dal sistema sanitario, con l'intento di ricercare conforto in ambito diagnostico o terapeutico.
Nel PDM-2, seguendo la teoria psicodinamica, il disturbo da sintomi somatici (S51) viene considerato in termini di vantaggio primario, secondo cui il paziente ricava un beneficio psicologico dallo sviluppo della malattia, risparmiandosi l'insorgenza di una disforia[20] che può essere generata da traumi emotivi o conflitti interpersonali vissuti; in questo modo il paziente focalizza tutta la sua preoccupazione sulla manifestazione somatica del dolore, proteggendosi allo stesso tempo dalla propria sofferenza psichica.
Parlando nel dettaglio della disfonia intesa come disturbo da sintomi somatici, si evidenzia che il paziente può presentare come *trigger* di malattia la presenza di malformazioni congenite della glottide (come *sulcus* o *vergeture*), che vengono interpretate dal paziente stesso come invalidanti. Il quadro patologico, caratterizzato inizialmente da un'alterazione contenuta del segnale vocale, può essere inconsapevolmente aggravato dalla messa in atto di comportamenti disfunzionali che il paziente adotta nel tentativo di controllare o ridurre il disagio psichico, quali atteggiamenti posturali e movimenti antifisiologici.

[18] Il manuale Diagnostico-Statistico dei Disturbi Mentali costituisce un sistema diagnostico formale delle patologie psichiatriche.
[19] Il Manuale Diagnostico Psicodinamico rappresenta una modalità diagnostica di patologie psichiatriche fondata su modelli clinici e teorici ad orientamento psicodinamico.
[20] Disforia intesa come disturbo del tono dell'umore.

La comunicazione della diagnosi è estremamente delicata: risulta necessaria, da parte del clinico, la capacità di non svalutare il quadro sintomatologico presentato, al fine di non mettere a rischio l'alleanza terapeutica. Inoltre, è fondamentale indirizzare il paziente verso un percorso psicologico con uno psicoterapeuta, il quale rappresenta la figura di riferimento in grado di mettere alla luce le motivazioni inconsce che hanno determinato la manifestazione del disturbo da parte del paziente.

Il disturbo da ansia di malattia è caratterizzato dalla paura di ammalarsi, pur ritrovandosi in una condizione di assenza di sintomi somatici. Tale stato di ansia generale, porta il paziente a vivere in uno stato di malessere cronico che coinvolge necessariamente anche il nucleo famigliare in cui vive. L'ipervigilanza e varie strategie di protezione messe in atto dal paziente, lo portano a un calo considerevole della qualità di vita.
Nell'ambito della disfonia psicogena, il disturbo si manifesta con il timore costante di perdere la voce, nonostante l'assenza di un quadro sintomatologico.
Anche in questo caso il sanitario deve cercare di fornire un ascolto attento ed empatico, nonostante la situazione sia esasperante e complessa da gestire.
Data la complessità di tale inquadramento diagnostico, risulta importante effettuare un'adeguata raccolta anamnestica al fine di individuare eventuali diagnosi differenziali che possano deviare il riconoscimento della malattia, come il disturbo d'ansia generalizzato o il disturbo ossessivo-compulsivo.

Nel disturbo fittizio il malato lamenta la presenza di una malattia organica caratterizzata da sintomi autoindotti in maniera diretta o indiretta. Il malato si impegna a nascondere il proprio stato di salute effettivo, rifiutando spesso l'aiuto medico. Il paziente è consapevole delle sue azioni di falsificazione delle condizioni di salute, ma non è in grado di comprendere e gestire le dinamiche del proprio comportamento.
Dunque, il paziente disfonico, manifesta intenzionalmente un'alterazione della voce, che, se già presente in forma organica, viene ulteriormente peggiorata in maniera volontaria. Spesso il paziente è in grado di proporre dei sintomi disfonici avendo già vissuto in passato quadri patologici simili, causati da una laringite acuta o da noduli cordali.
Il disturbo fittizio è caratterizzato, inoltre, dall'assenza di un vantaggio secondario, a differenza della simulazione di malattia.
Il PDM-2 sottolinea la possibile vicinanza dei fenomeni fittizi al disturbo da stress postraumatico, nel quale il paziente, autoinfliggendosi la sintomatologia, ripropone una sofferenza vissuta o subita in passato, al fine di ottenere un controllo assoluto sul proprio corpo e sul proprio stato di salute.

Anche in questo caso, l'assegnazione di una diagnosi è resa difficoltosa dalla negazione del paziente, il quale spesso rinuncia anche ad un possibile aiuto psicoterapeutico.

Il disturbo da dismorfismo corporeo appartiene ad una categoria a sé stante, che nel DSM-5 viene inserita all'interno dei disturbi ossessivo-compulsivi e disturbi correlati, mentre nel PDM-2 viene categorizzato nell'asse S3 costituito dai disturbi correlati all'ansia, inserendolo nel sottogruppo dei disturbi ossessivi-compulsivi.
La persona con questo disturbo possiede pensieri intrusivi in merito al proprio aspetto fisico, il quale viene disprezzato e considerato costantemente imperfetto dal soggetto stesso. Egli, infatti, tende a proporre comportamenti ripetitivi finalizzati all'autovalutazione come guardarsi allo specchio o mettersi a confronto con altri.
Nel caso della disfonia psicogena correlata a tale disturbo, il paziente pone un'attenzione eccessiva e un'ansia immotivata sulla propria resa vocale, con l'intento di manipolare la qualità percettiva della voce al fine di renderla più piacevole all'ascolto o più consona al proprio aspetto corporeo, nonostante spesso non ci sia un'alterazione della voce significativa.
In questi soggetti è frequente la dipendenza da clinici, in special modo dal logopedista, come anche la decisione/la tendenza a sottoporsi ad interventi chirurgici superflui, i quali non risolvono la sofferenza psichica e determinano ulteriormente l'insoddisfazione del paziente.
Spesso tale disturbo si riscontra in persone transgender, specialmente MtF, insoddisfatte dal trattamento logopedico ricevuto, nonostante abbiano raggiunto pienamente gli obiettivi riabilitativi prefissati.

Il disturbo da conversione viene rinominato dal DSM-5 come "disturbo da sintomi neurologici primari" e viene inserito all'interno dei disturbi somatoformi, definendolo come la presenza di "uno o più sintomi della funzione motoria volontaria o sensoriale non meglio spiegabile con un altro disturbo medico o mentale" [3].
Il PDM-2, invece, include il disturbo da conversione (S43) all'interno della categoria dei disturbi correlati a eventi di vita o a condizioni stressanti (S4).
Secondo la visione psicodinamica, i sintomi somatici, indotti dal disturbo da conversione, hanno una valenza simbolica variabile in base al vissuto del soggetto e si possono suddividere in sintomi positivi e sintomi negativi.
Mentre i primi riguardano l'aggiunta di movimenti, comportamenti o attività involontarie eseguite in maniera anomala, i secondi suggeriscono la perdita, la riduzione o l'assenza di una normale funzione motoria o sensoriale.

Il sintomo prodotto in maniera volontaria, anche se inconsapevolmente, possiede la valenza di vantaggio primario per il paziente, il quale intende proteggersi dal proprio disagio psichico (si rimanda al capitolo 3.2).
Nel caso della disfonia psicogena da conversione vi è la presenza di un'alterazione del segnale vocale in assenza di una compromissione a livello organico o neurologico.
A sua volta, la disfonia psicogena come disturbo da conversione si manifesta in tre forme più comuni:
- alterazione della voce vista come inibizione di un impulso socialmente inaccettabile oppure in risposta al ricordo di un'esperienza traumatica, in cui la voce riservava un ruolo principale;
- reintroduzione di comportamenti protagonisti di un trauma subito in passato, che ha visto coinvolte le strutture fonatorie;
- flashback di tipo propriocettivo in merito alle sensazioni originate dall'apparato fonatorio durante un trauma vissuto [3].

Nel complesso, le due classificazioni proposte da S. Magnani adottano prospettive differenti, ma complementari: la prima privilegia il criterio eziologico e le modalità di insorgenza della disfonia psicogena, mentre la seconda ne considera l'inquadramento all'interno di differenti quadri psicopatologici. Tale eterogeneità riflette la complessità del disturbo e l'assenza di un modello nosografico univoco.

3.4.1 LA MUTA PARADOSSA

Nel periodo corrispondente alla pubertà, durante la maturazione sessuale, si completa lo sviluppo strutturale e funzionale dell'apparato vocale (si rimanda al capitolo 1.4).

Tuttavia, in alcuni adolescenti, la nuova qualità percettiva della voce, che si plasma in relazione allo sviluppo dell'organo fonatorio, può risultare inaccettabile da parte del soggetto, il quale tende ad ostacolarne la maturazione mettendo in atto atteggiamenti fonatori contrastanti. Tali comportamenti, inducono ad un mascheramento della maturazione vocale, dando origine ad un quadro patologico che viene definito "muta alterata".

Tra le varie forme di manifestazione clinica dell'alterazione della muta, vi è la muta paradossa, un quadro a parte di disfonia psicogena, in cui l'alterazione volontaria (seppur inconsapevole) della voce simboleggia la manifestazione di un disagio emotivo correlato alla difficoltà nel riconoscersi come soggetti adulti.

Tale patologia della muta vocale si rileva più frequentemente nel genere maschile e risulta più facilmente individuabile rispetto alla muta paradossa femminile. La maggior occorrenza nel genere maschile è legata principalmente alla maggiore differenza in Hz riscontrabile tra la frequenza fondamentale della voce in età prepuberale e in quella postpuberale, risultando in una difficoltà superiore nell'adattamento alla voce adulta.

Alcuni cambiamenti qualitativi della voce, a cui va incontro l'adolescente durante la muta, possono avere un impatto più o meno significativo sulla comunicazione. Infatti, rotture vocali imprevedibili, l'aggravamento della Fo e passaggi di registro bruschi, possono portare rispettivamente a riduzione dell'affidabilità vocale, alterazione dell'immagine di sé e produzione di situazioni imbarazzanti durante le conversazioni.

In risposta a tali disagi, l'adolescente potrebbe mettere in atto atteggiamenti fonatori, come un innalzamento posturale del piano glottico, al fine di ottenere una stabilità qualitativa della voce, assicurando funzionalmente un'adduzione cordale affidabile con l'intento di riportare la Fo ai livelli familiari durante l'infanzia.

Nonostante ciò, è importante non generalizzare e non considerare ogni tipologia di alterazione della muta vocale come manifestazione psicogena di un disagio volto a contrastare la maturazione percettiva della voce; in alcuni casi, infatti, gli atteggiamenti fonatori vengono attuati con l'unico scopo di stabilizzare il sistema adduttorio, rendendo più funzionale la comunicazione, determinando l'instaurazione di una muta adattiva.

In entrambi i casi, parlando sia di muta paradossa che adattiva, la condizione di innalzamento del piano glottico durante la fonazione, tende a raggiungere un falsetto posturale vero e proprio, caratterizzato dallo stiramento passivo del muscolo tiroaritenoideo durante la sua contrazione. Tale

atteggiamento fonatorio, con il tempo, può provocare un danno alla fibra muscolare che determinerà un quadro di fonastenia vocale. Il paziente, ormai adulto, con pregressa patologia della muta, tende a soffrire per l'inaffidabilità vocale, piuttosto che per la qualità percettiva, alla quale è abituato da tempo [1, 3].

La muta paradossa femminile non si manifesta attraverso l'intenzione di modificare la qualità vocale simulando i valori in Hz della Fo tipici dell'età infantile, in quanto la voce femminile risulta tendenzialmente acuta per definizione, anche durante l'età adulta. Pertanto, l'alterazione della maturazione vocale può manifestarsi adottando caratteristiche comunicative accomunabili all'infanzia, quali: una fonoarticolazione più dolce, una riduzione della forza di adduzione cordale, uno schiarimento timbrico e una povertà armonica dettata da un irrigidimento delle pareti del *vocal tract*, al fine di infantilizzare il timbro vocale.
Tali atteggiamenti fonatori non causano grave sofferenza al sistema muscolare adduttorio, pertanto, le possibili conseguenze organiche risultano quasi nulle [1, 3].

3.5 SEMEIOTICA CLINICA

Definire in maniera certa la diagnosi di disfonia psicogena è un processo alquanto complesso a causa delle caratteristiche distintive di tale quadro clinico, come l'assenza di obiettività patologica a livello organico, la tendenza del paziente a negare o sottovalutare il disagio psichico e la presenza di alterazioni funzionali della voce [1].

Il primo *step* per affrontare l'inquadramento diagnostico della disfonia psicogena riguarda l'ispezione laringea, al fine di escludere eventuali cause organiche dell'alterazione vocale.

L'esame endoscopico, generalmente, evidenzia un piano glottico sano a livello morfologico; tuttavia, a volte, è possibile rilevare una lieve condizione flogistica a livello del bordo libero cordale, pur non essendo correlabile alla causa del disturbo.
Al contrario, la dinamica laringea rilevabile nel disturbo trova ancora motivo di discussione in letteratura. Alcuni autori evidenziano quadri di ipotonia cordale o ipertono del vestibolo laringeo che suggeriscono la distinzione in disfonie psicogene di tipo ipocinetico o ipercinetico. Altri descrivono la presenza di meccanismi tipici degli atteggiamenti fonatori disfunzionali, come l'iperadduzione cordale.
In generale, si nota come il quadro laringoscopico subisce mutamenti repentini nel corso del processo di valutazione. Allo stato attuale della letteratura non è riscontrabile un quadro caratteristico della disfonia psicogena in sede di valutazione strumentale della voce; tuttavia, si possono individuare alcuni segni solitamente caratteristici del quadro psicogeno come:

- emissione con normale sonorità della vocale "e" durante l'esame laringoscopico;
- presenza di tosse o riso sonori (in caso di afonia psicogena);
- normalizzazione della qualità vocale nel momento in cui si espone il paziente a un rumore di mascheramento emesso in cuffia. Tale rumore influisce sul sistema di monitoraggio uditivo del soggetto che perde il controllo totale della propria voce (Test di Lombard).

Utile è anche la palpazione del collo che rivela, generalmente, una tensione consistente a livello della muscolatura estrinseca della laringe, determinata dall'attivazione di forze supplementari utili a vicariare il deficit della componente intrinseca e compensare il divario tra richieste comunicative e reali capacità fonatorie.
Nonostante ciò, è importante tenere conto del rischio di palesare al paziente l'assenza di organicità del sintomo attraverso manovre come l'abbassamento forzato della laringe o pratiche di impedimento dell'autocontrollo vocale con assordamento in cuffia. L'obiettivo, infatti, non è quello di dimostrare l'inconsistenza dei sintomi riportati dal paziente, in quanto, così facendo, si ostacolerebbe

bruscamente il tentativo del paziente di esprimere la sofferenza psichica attraverso la manifestazione disfonica; senza tale sintomo, identificabile in molti casi come vantaggio primario, potrebbe cessare l'alterazione del segnale vocale, ma la sofferenza potrebbe trovare un'altra modalità di espressione. Infine, una rivelazione dell'origine psichica della disfonia avrebbe un forte impatto emotivo sul paziente, che potrebbe sfociare nella perdita di fiducia all'interno dell'alleanza terapeutica [1–3].

In seguito alla valutazione endoscopica, l'inquadramento diagnostico della disfonia psicogena fa maggiormente affidamento alla valutazione percettiva, focalizzando l'attenzione sulle caratteristiche qualitative della voce, ma anche sull'atteggiamento messo in atto dal paziente nei confronti del proprio disturbo [2].
Attraverso tale indagine percettiva, si ha la possibilità di individuare tutti gli aspetti incongruenti con le altre forme di disfonia organiche e disfunzionali, quali: la presenza di un'incostante attivazione degli atteggiamenti fonatori; la concorrenza di sintomi contrastanti; la presenza di una qualità eufonica nelle produzioni vocali non comunicative (sbadiglio, sospiro sonoro e risata) e l'alternanza repentina di voce eufonica e alterata (soprattutto con esordio di frase in eufonia, subito corretto con il sintomo disfonico) [3].

Un ulteriore elemento di criticità riguarda la comunicazione della diagnosi al paziente.
Informare una persona che la propria disfonia, che credeva essere di origine organica, possa essere correlata a una sofferenza psicologica, rappresenta un momento particolarmente delicato, poiché può essere percepito come una svalutazione della sintomatologia o della legittimità della propria sofferenza. Per tale ragione, la comunicazione diagnostica dovrebbe avvenire attraverso un processo graduale e fondato sull'ascolto della narrazione del paziente, evitando di presentare la negatività degli esami clinici come dimostrazione dell'inesistenza del disturbo. Risulta, invece, importante fornire spiegazioni relative ai meccanismi fisiologici della produzione vocale e alle modalità attraverso cui il sintomo può manifestarsi.
Una comunicazione adeguata della diagnosi può favorire il riconoscimento della componente psicogena del disturbo e facilitare l'accettazione di un eventuale percorso psicoterapeutico, contribuendo al mantenimento dell'alleanza terapeutica. Al contrario, un approccio eccessivamente direttivo o la prescrizione immediata di un intervento psicoterapeutico possono suscitare una reazione di opposizione e determinare il rifiuto dell'aiuto proposto [3].

3.5.1 DIAGNOSI DIFFERENZIALE

L'assenza di un quadro strumentale patognomonico e la variabilità delle manifestazioni vocali rendono particolarmente complessa la diagnosi differenziale della disfonia psicogena.

Schalén et al. (1992) rilevano una particolare difficoltà nella diagnosi differenziale con le forme infettive acute. Gli autori, confrontando 40 pazienti con disfonia psicogena e 40 pazienti con laringite infettiva acuta, hanno evidenziato una sostanziale somiglianza tra i profili vocali dei due gruppi, sottolineando come la disfonia psicogena possa mimare una laringite acuta. Gli autori evidenziano, pertanto, l'importanza di un'attenta valutazione anamnestica, soprattutto in assenza di una chiara storia di infezione delle vie respiratorie superiori [29].

Altri quadri patologici che possono concorrere nella diagnosi differenziale sono:
- patologie di origine neurologica. Possono colpire qualsiasi tipo di soggetto, il quale presenta alterazioni nella modalità di fonazione con segni neurologici di accompagnamento;
- fonastenia, caratteristica nei professionisti della voce a causa di un sovraccarico funzionale. È caratterizzata dall'incompleta adduzione cordale, che, acusticamente, risulta in un timbro scadente, fuga d'aria, affaticabilità, modulazione ridotta e riduzione della durata della frase;
- *sulcus* vocale, prevalente nei maschi adulti o anziani e costituito da fonazione in registro di falsetto posturale o in ipertono funzionale del muscolo cricotiroideo, con conseguente difficoltà di modulazione, schiarimento timbrico, perturbazioni nell'emissione frequenziale e scarsa gestione delle dinamiche di intensità;
- paresi della corda vocale, tipica nei pazienti sottoposti a chirurgia del collo. La fonazione avviene in falsetto o in ipertono del muscolo cricotiroideo o del tratto sovraglottico, risultando in scarsa modulazione con timbro schiarito, alterazione frequenziale, difficoltà di gestione dell'intensità e diplofonia [1, 3].

La complessità dell'inquadramento diagnostico della disfonia psicogena rende, pertanto, particolarmente importante un approccio multidisciplinare, finalizzato a integrare le informazioni provenienti dai diversi ambiti di valutazione.
Il foniatra, l'otorinolaringoiatra e il logopedista rivestono un ruolo centrale nell'analisi della funzione vocale e nell'esclusione di eventuali alterazioni organiche o disfunzionali. Tale valutazione, viene accompagnata ad un inquadramento di tipo psicologico e psichiatrico, che viene richiesto al fine di riconoscere un vantaggio primario nella messa in atto della disfonia, identificando la presenza di segni indicativi di una sofferenza psichica, oppure, escludendo altre patologie psichiatriche.

Analogamente, in presenza di segni o sintomi compatibili con patologie di origine neurologica, la valutazione da parte di un neurologo può contribuire a escludere o identificare eventuali patologie del sistema nervoso.

La collaborazione tra le diverse figure professionali consente, pertanto, di formulare un inquadramento diagnostico più completo e di evitare che la sintomatologia vocale venga attribuita prematuramente a un'origine psicogena in assenza di un'adeguata esclusione delle possibili cause organiche, funzionali e neurologiche [2, 3].

CAPITOLO 4: PRESA IN CARICO LOGOPEDICA DEL PAZIENTE CON DISFONIA PSICOGENA

Come già emerso nei capitoli precedenti, la gestione della disfonia psicogena richiede un approccio articolato, volto non soltanto alla gestione dell'alterazione vocale, ma anche all'individuazione e alla comprensione dei fattori psicologici, emotivi e relazionali che possono concorrere all'insorgenza e al mantenimento del disturbo.

Nel presente capitolo si affronterà la presa in carico logopedica del paziente con disfonia psicogena, definendo un percorso che prende avvio con l'indagine anamnestica e prosegue attraverso la valutazione foniatrica e logopedica. La raccolta e l'integrazione delle informazioni ottenute durante queste fasi consentono di delineare le caratteristiche del disturbo e di individuare gli obiettivi sui quali orientare l'intervento.

Grazie a questo, infatti, risulta possibile definire un programma riabilitativo individualizzato, volto al recupero e alla stabilizzazione della funzione vocale attraverso attività di *counselling* e approcci di intervento diretti e indiretti.

4.1 INDAGINE ANAMNESTICA E VALUTAZIONE

Nella sua fase iniziale, la presa in carico del paziente con disfonia psicogena prevede l'indagine anamnestica, considerata come il primo approccio alla persona con patologia della voce.

L'anamnesi fa riferimento alla raccolta dettagliata di dati sulla vita del paziente, sulle sue abitudini, sulla patologia remota e prossima, su eventuali altri trattamenti seguiti e sulla sintomatologia descritta, ponendo attenzione alle circostanze in cui il disturbo vocale è comparso e alla sua evoluzione. Non di minore importanza è l'ascolto attento del disagio e dell'impatto emotivo che il paziente vive in relazione al proprio disturbo vocale.
Tale fase assume un ruolo rilevante per costruire le basi su cui si fonderà una buona alleanza terapeutica, da cui dipenderà il coinvolgimento del paziente e la sua *compliance* durante il percorso riabilitativo [30].

Tali informazioni, estrapolate durante il primo colloquio con il paziente, potranno fornire al clinico elementi utili per orientare le successive fasi del percorso valutativo. Quest'ultimo prende avvio dall'esame obiettivo degli organi e apparati coinvolti nella fonazione, attraverso l'analisi dei distretti di competenza otorinolaringoiatrica e foniatrica (si rimanda al sottocapitolo 2.2.1).
La valutazione foniatrica rappresenta una fase fondamentale nel percorso diagnostico del paziente con alterazione della voce, in quanto consente di esaminare l'apparato fonatorio e di escludere la presenza di eventuali condizioni organiche o neurologiche alla base della sintomatologia vocale. Nel caso della disfonia psicogena, tale passaggio assume particolare rilevanza, poiché la diagnosi viene formulata in assenza di alterazioni strutturali laringee in grado di giustificare la sintomatologia osservata.
L'esame obiettivo viene generalmente integrato con una videolaringostroboscopia, che permette di analizzare in condizioni dinamiche il comportamento delle corde vocali durante la fonazione [30].

In seguito a tale valutazione organica dell'apparato fonatorio, il percorso prosegue con l'analisi elettroacustica e la valutazione percettiva della voce, a carico del logopedista (si rimanda al sottocapitolo 2.2.2).

4.1.1 ESITI DELLA VALUTAZIONE FONIATRICA DEL PAZIENTE CON DISFONIA PSICOGENA

Come già accennato nel capitolo precedente, la disfonia psicogena è caratterizzata dall'assenza di una patologia organica o neurologica in grado di spiegare l'alterazione vocale.
Tuttavia, in letteratura si riscontra una certa variabilità clinica durante l'osservazione endoscopica della laringe.

Nei pazienti con disfonia psicogena, l'indagine endoscopica della laringe evidenzia, nella maggior parte dei casi, l'assenza di lesioni strutturali e di alterazioni della motilità delle corde vocali, a fronte della presenza di modificazioni funzionali che si manifestano prevalentemente durante la fonazione. Tra gli studi descritti in letteratura si riscontrano diverse alterazioni funzionali del comportamento laringeo, tra cui modificazioni della chiusura glottica e della tensione muscolare, associate a differenti modalità di emissione vocale.

In particolare, nello studio di Martins et al. (2014), l'esame videolaringostroboscopico ha evidenziato esclusivamente alterazioni funzionali, in assenza di lesioni strutturali o modificazioni della motilità delle corde vocali; tra le manifestazioni clinico-vocali più frequenti sono state riportate l'afonia di conversione, la tensione muscoloscheletrica e la fonazione intermittente [28].

Un elemento di particolare interesse ai fini diagnostici è rappresentato dalla possibile discrepanza tra la fonazione volontaria e le emissioni vocali non comunicative. In alcuni pazienti, infatti, a fronte di un'alterata o assente adduzione delle corde vocali durante la fonazione, è possibile osservare una normale adduzione e un normale comportamento laringeo durante attività riflesse quali tosse, riso o pianto. Tale caratteristica può contribuire, insieme agli altri elementi clinici e anamnestici, alla formulazione dell'ipotesi diagnostica di disfonia psicogena [31, 32].

Nel lavoro di A. E. Aronson (1969) viene sottolineata la necessità di un'attenta valutazione laringologica nell'inquadramento del paziente con afonia o disfonia di sospetta origine psicogena, soprattutto ai fini della diagnosi differenziale. Infatti, l'autore evidenzia come la presenza di una voce estremamente soffiata o sussurrata non sia di per sé sufficiente a ricondurre il disturbo a un'origine psicogena, potendo essere riscontrata anche in presenza di patologie organiche o neurologiche.
L'esame laringoscopico assume, pertanto, un ruolo centrale e comprende l'osservazione della laringe e delle strutture circostanti, con l'obiettivo di individuare eventuali alterazioni organiche, osservando anche la simmetria dei movimenti delle corde vocali durante la fonazione [33].

Nel loro studio prospettico, L. Schalén et al. (1992) hanno valutato 40 pazienti con disfonia psicogena mediante raccolta anamnestica standardizzata, esame otorinolaringoiatrico comprensivo di laringoscopia indiretta e registrazione della voce in ambiente insonorizzato.
La laringoscopia ha evidenziato alterazioni, tra cui edema, eritema marginale, noduli e asimmetrie, in una parte di pazienti, mostrando come possano essere presenti in alcuni casi dei reperti laringei minori, anche in un quadro classificato come psicogeno.
Gli autori sottolineano, infatti, che tali alterazioni possono contribuire alla difficoltà diagnostica, soprattutto perché il profilo percettivo della disfonia psicogena può risultare simile a quello osservabile nella laringite acuta [29].

Nel lavoro di E. Başer e I. I. Denizoğlu (2024), la valutazione iniziale dei pazienti con disfonia psicogena comprendeva videolaringostroboscopia, realizzata mediante telescopio rigido o, quando non accettato dal paziente, mediante endoscopio nasofaringeo flessibile a fibre ottiche. L'esame ha evidenziato adduzione incompleta o inappropriata delle corde vocali durante la fonazione volontaria, a differenza di produzioni vocali riflesse non comunicative, in cui l'adduzione cordale si presentava completa.
Nonostante ciò, alcune di queste caratteristiche si possono riscontrare anche in altre disfonie funzionali, perciò gli autori sottolineano l'importanza di integrare l'esame con i dati anamnestici e con l'osservazione dell'andamento del disturbo vocale [34].

Nel complesso, la valutazione foniatrica del paziente con sospetta disfonia psicogena riveste un ruolo fondamentale sia nell'esclusione di eventuali cause organiche o neurologiche, sia nell'individuazione di specifiche modalità di comportamento fonatorio.
Sebbene l'assenza di alterazioni strutturali rappresenti un elemento caratteristico del disturbo, l'osservazione laringoscopica può evidenziare differenti modificazioni funzionali e, in pochi casi, reperti organici minori.
L'osservazione della dinamica laringea durante la fonazione, integrata con la raccolta dei dati anamnestici, consente di avviare e indirizzare adeguatamente il percorso valutativo logopedico.

4.1.2 ESITI DELLA VALUTAZIONE LOGOPEDICA NEL PAZIENTE CON DISFONIA PSICOGENA

La valutazione clinica della voce, effettuata dal logopedista, consta di diversi momenti che comprendono: autovalutazione da parte del paziente in merito al proprio disturbo vocale, valutazione percettiva e analisi elettroacustica della voce [35]. Ciò vale anche per la valutazione logopedica dei disturbi della voce a carattere psicogeno.

Dopo aver completato la raccolta dei dati durante l'indagine anamnestica, è utile sottoporre il paziente ad un questionario di autovalutazione, come ad esempio il VHI, al fine di identificare: la consapevolezza che ha il paziente del suo disturbo vocale, la modalità con cui affronta le difficoltà nella vita quotidiana e qual è l'impatto psicologico correlato alla sua condizione. Tale metodo valutativo permette al paziente di esprimere le proprie difficoltà, in modo da fornire ulteriormente al clinico le varie aree di intervento, soprattutto con l'obiettivo di ridurre il disagio del paziente al fine di reinserirlo adeguatamente nella quotidianità [30].

La valutazione percettiva fa riferimento al complesso di procedure e abilità del clinico indipendentemente da misurazioni strumentali. Può essere eseguita attraverso vari protocolli valutativi standardizzati, tra cui la scala GIRBAS, ampiamente diffusa e impiegata in letteratura [35].

L'analisi acustica della voce si avvale di strumentazioni a tecnologia digitale che permettono di elaborare ed analizzare il segnale verbale in modo rapido e affidabile. Le principali analisi che vengono effettuate riguardano: l'esame spettrografico, la determinazione della frequenza fondamentale e dell'ampiezza e la misurazione dei parametri di vocalità, attraverso varie tipologie di *software* (come, ad esempio, MDVP o Praat) [36].

Un esempio di applicazione di una valutazione multidimensionale della voce nella disfonia psicogena è rappresentato dallo studio di B. Kosztyła-Hojna et al. (2019) condotto su 50 pazienti con disfonia psicogena e 30 soggetti di controllo con voce eufonica.
Gli autori hanno integrato la valutazione percettiva mediante scala GIRBAS con l'autovalutazione attraverso il *Voice Handicap Index* (VHI), l'analisi del pattern respiratorio e della coordinazione pneumo-fono-articolatoria, l'analisi degli aspetti prosodici del linguaggio e la valutazione dell'intensità della voce e dell'eloquio. Nel campione esaminato, la forma clinica più frequentemente riscontrata è risultata essere la disfonia iperfunzionale, evidenziando la possibile presenza di un comportamento fonatorio caratterizzato da un'eccessiva attività muscolare.

In merito all'autovalutazione della voce, effettuata mediante il VHI per valutare la percezione soggettiva della voce, la maggior parte dei pazienti con disfonia psicogena (56%) ha evidenziato una disabilità vocale di grado lieve.
Gli autori sottolineano l'utilità del VHI nella valutazione della disfonia psicogena, in quanto permette di considerare la percezione soggettiva del disturbo anche in presenza di un quadro laringeo sostanzialmente invariato e può, inoltre, essere utilizzato per confrontare la percezione della disabilità vocale prima e dopo il trattamento.
La valutazione percettiva, attraverso l'utilizzo della scala GIRBAS, ha permesso agli autori di integrare la percezione soggettiva del disturbo con l'osservazione clinica della qualità vocale. Le alterazioni più rilevanti hanno interessato i parametri relativi al grado complessivo di alterazione vocale (G3 nel 12%, G2 nel 40%, G1 nel 28%), alla raucedine (R2 nel 38%, R1 nel 32%) e allo sforzo vocale (S3 nell'8%, S2 nel 68%, S1 nel 16%), mentre la voce soffiata (B) è stata riscontrata soltanto nell'8% dei soggetti.
Per quanto riguarda l'analisi acustica, è stato utilizzato il *software DiagNova Technologies* per esaminare la voce durante l'emissione della vocale /a/ e durante la produzione di un testo continuo, considerando i parametri di frequenza fondamentale (Fo), *Jitter, Shimmer* e NHR.
I risultati hanno evidenziato valori elevati di diversi parametri acustici, tra cui *Jitter, Shimmer* e NHR, rispetto ai valori fisiologici.
È stato, inoltre, rilevato un ridotto tempo massimo fonatorio (TMF), con valori fino a 4,9 secondi nel gruppo di pazienti con disfonia psicogena.
Lo studio ha anche preso in considerazione gli aspetti prosodici della comunicazione, valutando accento, ritmo, intonazione e velocità dell'eloquio. L'andamento dell'intonazione è stato analizzato mediante il *software* Praat in differenti modalità enunciative. Gli autori hanno osservato alterazioni dell'intonazione e della velocità dell'eloquio, ma anche della modalità respiratoria, con una respirazione costo-superiore riscontrata nell'80% dei pazienti. Tali risultati, evidenziano come la disfonia psicogena possa coinvolgere non soltanto la qualità della voce, ma più ampiamente la coordinazione pneumo-fono-articolatoria e gli aspetti prosodici della comunicazione [37].

Nel complesso, la valutazione logopedica del paziente con disfonia psicogena richiede un approccio multidimensionale, volto a considerare non solo le caratteristiche percettive e acustiche della voce, ma anche la percezione soggettiva del disturbo e gli aspetti respiratori, fonatori e comunicativi ad esso correlati.

4.2 TRATTAMENTO LOGOPEDICO

Il trattamento logopedico rappresenta la fase della presa in carico finalizzata alla definizione e alla realizzazione di un intervento riabilitativo individualizzato, elaborato sulla base dei risultati emersi durante la fase di valutazione. La presa in carico propriamente detta si colloca, infatti, a seguito dell'esposizione delle problematiche del paziente, della valutazione della struttura e della funzione, della definizione degli obiettivi e della predisposizione di un piano riabilitativo, che deve essere condiviso con il paziente e da questi accettato [38].

Nel trattamento dei disturbi della voce, l'intervento logopedico può comprendere differenti modalità e filoni riabilitativi, tra cui il *counselling* (si rimanda al sottocapitolo 4.3.1.1), l'educazione all'igiene vocale (si rimanda al sottocapitolo 4.3.1.2), le tecniche respiratorie e fonatorie, le tecniche distensive e di rilassamento (si rimanda al sottocapitolo 4.3.1.3) e gli interventi finalizzati alla modificazione e al consolidamento dei comportamenti vocali. La scelta delle modalità di intervento deve essere tuttavia adattata alle caratteristiche del singolo paziente, considerando non soltanto gli aspetti vocali rilevati durante la valutazione, ma anche le sue esigenze personali, le caratteristiche comportamentali e il contesto di vita [38].

Particolare attenzione deve essere riservata al trattamento dei disturbi vocali a componente dis-emotiva, che non possono essere affrontati esclusivamente come alterazioni di natura meccanica. In questi casi, l'intervento deve tener conto anche dell'immagine che il paziente ha di sé, delle difficoltà presenti nella vita quotidiana e degli eventuali aspetti emotivi associati al disturbo. Il lavoro riabilitativo può, quindi, affiancare all'addestramento della corretta produzione vocale un percorso volto a favorire maggiore consapevolezza del proprio comportamento vocale e delle sue possibili relazioni con la dimensione psicologica. Sebbene l'individuazione e il trattamento delle cause del disturbo possano assumere rilevanza, la causa sottostante può non essere sempre identificabile o modificabile, senza che questo impedisca necessariamente di ottenere un esito positivo del trattamento [38].

Nel caso della riabilitazione della disfonia psicogena, il logopedista si avvale di un approccio sintomatologico [2], in quanto, nella maggior parte dei casi, la manifestazione della sofferenza psichica avviene attraverso la messa in atto di un sintomo disfunzionale.
Considerato ciò, il logopedista provvede ad organizzare il percorso riabilitativo focalizzato sulla riduzione del disagio correlato al sintomo vocale e articolato in due componenti: una indiretta e una diretta. La terapia indiretta comprende principalmente attività di educazione, igiene vocale, *counselling* e promozione della consapevolezza rispetto ai comportamenti vocali. La terapia diretta,

invece, è volta a intervenire più specificamente sui meccanismi coinvolti nella produzione della voce, attraverso un lavoro su respirazione, fonazione e coordinazione delle diverse componenti implicate nell'emissione vocale.

Le due modalità non devono essere considerate necessariamente alternative, ma possono essere integrate e adattate alle esigenze del singolo paziente.

La scelta e la combinazione delle diverse modalità di intervento devono essere individualizzate sulla base delle caratteristiche cliniche, vocali, comportamentali ed emotive del paziente, definendo una progressione terapeutica finalizzata non soltanto al recupero della funzione vocale, ma anche al trasferimento delle nuove modalità fonatorie nella vita quotidiana [38].

4.2.1 TERAPIA INDIRETTA

Come introdotto in precedenza, la terapia indiretta comprende interventi che non agiscono direttamente sulla produzione della voce, ma che mirano a intervenire sui fattori che possono contribuire all'insorgenza o al mantenimento del disturbo vocale. Nell'ambito della riabilitazione dei disturbi della voce, tra le principali modalità di intervento indiretto vengono comprese l'educazione del paziente, il *counselling*, l'igiene vocale e le tecniche finalizzate al rilassamento. Tali interventi possono essere integrati con la terapia diretta e modulati in relazione alle caratteristiche e alle necessità del singolo paziente [39].

Nel caso della disfonia psicogena, tali interventi possono essere integrati all'interno di un percorso riabilitativo individualizzato, tenendo conto della particolare interazione tra manifestazione vocale, comportamento e dimensione psicologica del disturbo. In letteratura sono stati descritti interventi comprendenti esercizi di rilassamento e respirazione, mentre il *counselling* può essere associato al trattamento vocale, soprattutto nei casi in cui persistano o assumano particolare rilevanza le componenti psicologiche del disturbo [32].

4.2.1.1 COUNSELLING LOGOPEDICO

Il *counselling* è una tipologia di intervento, breve e strutturato, che mette in relazione un professionista esperto (che funge da *counselor*) e una persona che ha bisogno di aiuto (definita cliente), tramite la conversazione. Infatti, lo strumento principale del *counselling* è rappresentato dal colloquio, che viene utilizzato per intervenire nell'area emotivo-cognitivo-relazionale, al fine di aiutare il cliente a gestire un problema, a prendere una decisione o ad apportare cambiamenti in situazioni difficili.
L'obiettivo ultimo di tale intervento è quello di fornire, attraverso il colloquio, gli strumenti necessari a facilitare l'autoconsapevolezza del paziente in merito alla propria situazione, in modo tale da indirizzarlo in un percorso di riorganizzazione e sviluppo delle proprie risorse utili a superare la crisi.
A prescindere dalla tipologia di modello operativo scelto, le strategie di *counselling* adottabili riguardano quattro macro-aree di intervento: strategie di informazione, strategie di supporto nella crisi, strategie di risoluzione dei problemi e strategie nel prendere decisioni [40].

Le aree di competenza del *counselling* sanitario foniatrico-logopedico constano di diversi *step*, quali:
- intervista al paziente e/o alla famiglia;
- comunicazione della diagnosi di malattia o disturbo;
- comunicazione di tutte le informazioni a riguardo e chiarimento dei dubbi;
- discussione degli interventi proposti;
- gestione delle reazioni del cliente o della famiglia;
- educazione alla salute e alla gestione dei bisogni;
- supporto al paziente e al suo impegno nel recuperare le funzioni;
- sostegno e educazione alla famiglia;
- sostegno dei progressi e dell'autonomia del cliente nello sviluppare abilità necessarie alla gestione dei propri problemi [40].

Secondo Le Huche e Allali (1996), il *counselling* assume particolare rilevanza nella gestione dei disturbi della voce, poiché consente al paziente di comprendere la produzione vocale come espressione dell'integrazione tra corpo e mente, superando una concezione della voce come funzione isolata esclusivamente vincolata all'apparato fonatorio. La voce, infatti, è strettamente connessa alla postura, al gesto, al vissuto psicologico e alla globalità dell'individuo. Tale consapevolezza risulta particolarmente importante nei disturbi vocali, nei quali la difficoltà può coinvolgere non soltanto la funzione fonatoria, ma anche la dimensione psicologica, affettiva e relazionale della persona [40].

Un ruolo particolarmente rilevante del *counselling* nella disfonia psicogena riguarda la modalità con cui il professionista accompagna il paziente nella comprensione del proprio disturbo. In considerazione della possibile relazione tra manifestazione vocale e problematiche psicologiche o relazionali, l'intervento non dovrebbe consistere in una semplice esplicitazione della presunta origine psicologica del sintomo o in un'immediata proposta di invio ad altri specialisti. Un approccio di questo tipo potrebbe, infatti, risultare poco efficace e favorire una reazione di negazione o di rifiuto da parte del paziente. Al contrario, la relazione continuativa instaurata con il logopedista attraverso il *counselling* può favorire un graduale riconoscimento delle difficoltà sottostanti al disturbo vocale, creando le condizioni per una maggiore consapevolezza e, quando necessario, per l'avvio di un percorso con le figure professionali competenti [40].

In tale prospettiva, il *counselling* non si configura come un intervento finalizzato alla gestione autonoma da parte del logopedista delle problematiche psicologiche del paziente, ma come uno strumento volto a favorirne la consapevolezza e, se necessario, a facilitare l'integrazione con le figure professionali competenti nell'ambito di un percorso multidisciplinare.

4.2.1.2 EDUCAZIONE E IGIENE VOCALE

L'educazione vocale rappresenta un processo fondamentale nel rendere il paziente consapevole delle caratteristiche di una voce sana, con l'intento di condurlo ad un uso fisiologico dell'apparato vocale. Per stimolare questa autoconsapevolezza, è necessario prima di tutto l'impegno da parte del clinico di spiegare, brevemente e in maniera efficace, le basi fisiologiche del funzionamento vocale, per poi giustificare le varie scelte terapeutiche, discutendo le varie difficoltà con il paziente.
L'educazione vocale permette al paziente di riconoscere gli atteggiamenti fonatori devianti e di sostituirli con emissioni vocali corrette in diverse occasioni comunicative. Tali strategie rappresentano una base solida per promuovere l'autonomia del paziente.
Le tecniche di educazione saranno alla base dell'automatizzazione dei comportamenti vocali adeguati nella quotidianità [1].

L'igiene vocale comprende un insieme di comportamenti e accorgimenti finalizzati a preservare la funzionalità della voce e a prevenire l'insorgenza o la cronicizzazione di disturbi vocali.
La voce, infatti, non dipende esclusivamente dall'attività dell'apparato fonatorio, ma è il risultato dell'interazione tra corpo, mente, emozioni e intenzioni comunicative. Per questo motivo, l'igiene vocale deve essere considerata secondo una prospettiva più ampia [41].

Uno dei primi accorgimenti suggeriti dall'igiene vocale riguarda l'ambiente in cui si parla. Esistono vari fattori ambientali che possono interferire con la produzione vocale, tra cui l'inquinamento acustico e la scarsa umidità. Infatti, la presenza di rumore di fondo può indurre involontariamente ad aumentare il volume della voce, favorendo un uso eccessivo della voce, mentre un ambiente eccessivamente secco può contribuire alla disidratazione delle mucose delle vie aree, nonché delle corde vocali. Pertanto, risulta importante favorire e preferire ambienti adeguatamente umidificati e ridurre le situazioni in cui vi è una richiesta vocale elevata [41].

Particolare attenzione deve essere, inoltre, rivolta allo stile comunicativo e alle modalità di utilizzo della voce adottati. Un impiego prolungato della voce, l'utilizzo di volumi eccessivi, l'eloquio accelerato e la scarsa presenza di pause durante la conversazione possono determinare un aumento della fatica e delle tensioni a livello della muscolatura laringea. Per questo motivo, tra le principali indicazioni di igiene vocale rientrano: una corretta gestione respiratoria, il rispetto delle pause, il mantenimento di un volume adeguato al contesto comunicativo e la possibilità di alternare il parlato a momenti di riposo vocale.
Anche l'idratazione e l'umidificazione rivestono un ruolo rilevante al fine di mantenere delle condizioni ottimali delle mucose laringee.

Inoltre, è opportuno evitare comportamenti potenzialmente traumatici per le corde vocali, come lo schiarimento vocale, il grido e l'uso prolungato della voce in condizioni sfavorevoli (come in situazioni di affaticamento o durante processi infiammatori delle VADS) [41].

L'igiene vocale assume un ruolo rilevante anche nella salvaguardia dell'equilibrio psicofisico del paziente. Infatti, stati emotivi come ansia, insicurezza e stress possono determinare alterazioni posturali e respiratorie, accompagnate da un incremento della tensione muscolare del collo e delle spalle. Per questo, risulta importante sviluppare una maggior consapevolezza corporea, al fine di favorire un rapporto equilibrato tra corpo e mente, attraverso strategie finalizzate alla gestione dello stress e alla riduzione delle tensioni [41].

In quest'ottica, l'igiene vocale non si configura esclusivamente come un insieme di regole comportamentali volte alla tutela dell'organo fonatorio, ma come un intervento volto a promuovere un uso più consapevole ed economico della voce, aspetto particolarmente rilevante nei pazienti in cui fattori emotivi e psicologici possono contribuire all'insorgenza o al mantenimento della disfonia (come nel caso della disfonia psicogena).

Nella disfonia psicogena, le indicazioni relative all'igiene vocale possono essere integrate all'interno del *counselling* e del percorso riabilitativo, affrontando anche i comportamenti di abuso della voce e le loro possibili conseguenze sulla funzione vocale [42].

4.2.1.3 TECNICHE DI RILASSAMENTO E DI RESPIRAZIONE

Le tecniche di rilassamento rappresentano uno degli interventi utilizzati nel trattamento indiretto dei disturbi della voce e devono essere adattate alle caratteristiche del singolo paziente e al livello di alterazione del tono muscolare.
Il rilassamento può svolgere una duplice funzione: se da un lato favorisce una maggiore consapevolezza corporea e la percezione delle tensioni muscolari, dall'altro, crea le condizioni favorevoli alla modificazione di alcuni comportamenti vocali. In particolare, nei pazienti con disfonia caratterizzati da un'eccessiva tensione muscolare e da un eloquio accelerato, il rilassamento può contribuire a ridurre i ritmi della produzione verbale e a favorire una maggiore presenza di pause durante il parlato [43].

Un ulteriore aspetto rilevante è ricoperto dalla respirazione. Infatti, lo stato di rilassamento favorisce spontaneamente una modalità respiratoria di tipo costo-diaframmatico[21], senza che questa debba essere necessariamente appresa attraverso un esercizio specifico. La consapevolezza del movimento respiratorio può, inoltre, contribuire a ridurre l'ansia associata alla modificazione delle modalità respiratorie e a migliorare la percezione corporea durante la fonazione [43].

Le tecniche utilizzabili a questi scopi sono diverse, alcune sviluppate specificamente nell'ambito foniatrico, mentre altre mutuate da differenti discipline. Tali strategie vengono selezionate in funzione delle caratteristiche del paziente e delle modalità con cui si manifesta il disturbo.
Un esempio di tecnica di rilassamento a stampo foniatrico viene proposta da S. Magnani, la quale mira a favorire una condizione di consapevolezza corporea piuttosto che un rilassamento profondo. Il paziente viene guidato a percepire progressivamente il proprio corpo e il percorso della respirazione, fino a focalizzare l'attenzione sul movimento addominale associato alla respirazione diaframmatica [43].

Nell'ambito della terapia della voce, pertanto, le tecniche di rilassamento non sono finalizzate necessariamente al raggiungimento di uno stato di rilassamento profondo, ma soprattutto allo sviluppo della capacità del paziente di riconoscere e modulare le proprie tensioni corporee, che fungono da ostacolo ad un'adeguata emissione vocale.

Nel trattamento della disfonia psicogena, le tecniche di rilassamento e respiratorie sono descritte come componenti della terapia indiretta, insieme agli interventi finalizzati alla consapevolezza sensoriale [32]. Il loro impiego, di conseguenza, assume particolare rilevanza nella disfonia a

[21] Modalità di respirazione elettiva per una corretta produzione vocale.

carattere psicogeno, in cui la manifestazione vocale può essere associata a componenti emotive e a condizioni di tensione muscolare.

4.2.2 TERAPIA DIRETTA

La terapia diretta comprende gli interventi riabilitativi rivolti in maniera specifica alla modificazione della produzione vocale. Nell'ambito della riabilitazione dei disturbi della voce, l'intervento non si limita, tuttavia, a lavorare sul parametro vocale direttamente alterato, ma considera le strette relazioni esistenti tra respirazione, fonazione e articolazione. L'intervento logopedico, pertanto, può agire sui diversi elementi che concorrono alla produzione vocale, attraverso esercizi finalizzati a favorire modalità di emissione più funzionali e un maggior controllo volontario della voce [38].

Le tecniche logopediche per la riabilitazione della voce sono numerose e la loro scelta deve essere adattata alle caratteristiche del singolo paziente, considerando la tipologia di disfonia, la personalità, le modalità di manifestazione del disturbo e gli obiettivi terapeutici. Non esiste, infatti, una tecnica universalmente applicabile a tutti i disturbi vocali.
L'obiettivo generale della terapia è quello di modificare il comportamento vocale e favorire il raggiungimento della modalità fonatoria più funzionale per il paziente.
Gli approcci riabilitativi possono essere ricondotti, in base alla formazione del logopedista, a metodi olistici, che mirano a ottenere una modalità fonatoria ottimale da trasferire successivamente al parlato, e tecniche facilitatorie, finalizzate invece alla modificazione di specifici comportamenti vocali alterati. I due approcci possono essere integrati all'interno dello stesso percorso terapeutico [44].

Ad ogni modo, tra gli interventi utilizzabili nella pratica clinica diretta rientrano gli esercizi rivolti alla coordinazione pneumofonica, alla fonazione e alla modulazione dei parametri vocali, nonché le attività finalizzate al miglioramento della risonanza e della consapevolezza propriocettiva.
Quindi, lo scopo non consiste nell'applicazione di un programma rigidamente prestabilito, ma nella costruzione di un percorso individualizzato, nel quale le diverse tecniche vengono selezionate e adattate in relazione alle esigenze del paziente [38].

Nella disfonia psicogena la terapia diretta assume particolare rilevanza poiché consente di intervenire sul sintomo vocale attraverso un lavoro volto a favorire il recupero della fonazione e il controllo volontario della voce. Come descritto da Reiter et al. (2013), il trattamento logopedico non segue necessariamente un unico programma, ma viene costruito in base al paziente e alle caratteristiche del suo disturbo. Perciò, risulta importante considerare il paziente nella sua globalità, intervenendo sul sintomo vocale tenendo conto degli aspetti psicologici e comportamentali che possono contribuire al mantenimento del disturbo [32].

4.2.2.1 TECNICHE LOGOPEDICHE DIRETTE ED ESERCIZI VOCALI

Nel trattamento della disfonia psicogena, la terapia diretta può essere orientata, in una prima fase, al recupero della vocalità attraverso esercizi finalizzati a favorire la ripresa dell'emissione vocale.
Reiter et al. (2013) descrivono un intervento vocale intensivo, avviato immediatamente dopo la diagnosi, nel quale venivano utilizzate semplici manovre di facilitazione della voce, come la tosse e lo schiarimento della gola, allo scopo di ottenere la produzione di una prima emissione vocale. Una volta ottenuta la voce, il trattamento proseguiva attraverso esercizi volti a stabilizzarla e a renderne progressivamente più funzionale l'utilizzo, quali esercizi orientati alla funzione vocale e alla risonanza [32].
In particolare, l'elicitazione di tali produzioni riflesse può risultare particolarmente utile nei pazienti afonici o disfonici, poiché, essendo comportamenti spontanei e non direttamente legati alla parola, possono determinare una vocalizzazione più naturale rispetto a quella osservabile durante l'eloquio. Dunque, l'ascolto di tali manifestazioni spontanee durante la conversazione consente al logopedista di individuare eventuali momenti di fonazione efficace e di sfruttarli come punto di partenza per facilitare il graduale recupero della voce [44].

Un approccio particolarmente orientato alla facilitazione della produzione vocale è descritto da B. H. Almis (2024) in una serie di cinque casi di disfonia psicogena trattati mediante l'integrazione di terapia cognitivo-comportamentale (si rimanda al sottocapitolo 5.3) e terapia vocale. Il trattamento logopedico comprendeva inizialmente esercizi finalizzati alla riduzione della tensione della muscolatura estrinseca, quali movimenti di masticazione esagerati[22], protrusione della lingua e associazione della tecnica sbadiglio/sospiro[23] al massaggio laringeo.
Successivamente, venivano proposti esercizi di *humming*[24] e tecniche volte a sfruttare le vocalizzazioni vegetative conservate, come tosse, riso, pianto e sospiro, trasformandole progressivamente in sillabe, parole, frasi e infine linguaggio convenzionale.

[22] Il metodo della masticazione sfrutta i movimenti automatici e rilassati della masticazione per facilitare una fonazione più naturale [45].
[23] La tecnica dello sbadiglio/sospiro mira a favorire il rilassamento e la riduzione della tensione muscolare durante la fonazione; il paziente viene guidato a riprodurre uno sbadiglio seguito da un sospiro rilassato, per poi trasferire progressivamente questa condizione di ridotta tensione alla produzione di parole, frasi e infine al dialogo, sostituendo gradualmente lo sbadiglio [44].
[24] La tecnica dell'*humming* consiste nella produzione prolungata di consonanti nasali come la /m/, al fine di facilitare l'avvio di una fonazione semplice e naturale, riuscendo a percepire la vibrazione a livello delle cavità risonanziali superiori. Inoltre, tale proiezione del segnale vocale può favorire una riduzione della tensione muscolare accumulata in laringe [44].

Tra le strategie utilizzate viene, inoltre, descritta la fonazione in inspirazione[25], consistente nella produzione di un suono acuto durante l'inspirazione, con l'obiettivo di favorire la vibrazione delle corde vocali, per poi trasferire progressivamente la modalità fonatoria alla fase espiratoria.
Gli autori riportano una risposta completa al trattamento in tutti e cinque i casi, con tempi di recupero compresi tra una e quattro settimane [46].

Un'ulteriore modalità di intervento diretto è rappresentata dalla tecnica *DoctorVox* descritta da E. Başer e I. I. Denizoğlu (2024) nel trattamento della disfonia e dell'afonia da conversione. La tecnica deriva dagli esercizi *LaxVox* che si basano sull'allungamento artificiale e sulla semi-occlusione del tratto vocale mediante specifici apparecchi (ad esempio un tubo di silicone), i quali determinano una pressione retrograda a livello del sistema fonatorio. Il metodo descritto nello studio integra i principi degli esercizi *LaxVox* con esercizi vocali, strategie di *feedback* e monitoraggio del paziente, secondo un approccio orientato ai principi dell'apprendimento motorio[26].
Gli esercizi vengono inizialmente eseguiti attraverso produzioni sostenute e successivamente mediante dei glissando[27]; il lavoro viene poi progressivamente trasferito alle vocali, a semplici sequenze verbali, come il conteggio, e infine alla lettura, alla conversazione e al canto, con e senza l'utilizzo del dispositivo.
Nel gruppo studiato, costituito da 14 pazienti con disfonia o afonia psicogena, la terapia ha determinato una significativa riduzione del punteggio VHI-10 e dei parametri della scala GIRBAS, con recupero completo della voce in tutti i pazienti al termine del trattamento. Inoltre, metà dei pazienti ha riferito di aver utilizzato autonomamente gli esercizi *DoctorVox* in occasione di successive ricadute, ottenendo nuovamente il recupero vocale [34].

Nel modello terapeutico proposto da K. Andersson e L. Schalén (1998), gli esercizi vocali vengono integrati con il lavoro sulle abilità comunicative e vengono adattati alle esigenze e alle modalità di risposta del singolo paziente.
Il programma comprende esercizi vocali tradizionali finalizzati alla coordinazione tra respirazione e fonazione, tra cui la respirazione diaframmatica profonda e l'imitazione dei suoni prodotti dal terapeuta. La fonazione può essere progressivamente introdotta attraverso la produzione di suoni

[25] Anche chiamata fonazione su inalazione, questa tecnica può facilitare una produzione vocale più fisiologica favorendo una voce naturale [44].
[26] L'apprendimento motorio fa riferimento a un processo attraverso il quale la pratica o l'esperienza determinano modificazioni relativamente permanenti nella capacità di eseguire un'azione motoria. Esso non coincide con un miglioramento momentaneo della prestazione, ma implica un cambiamento stabile, valutabile nel tempo attraverso la capacità di mantenere e riprodurre l'abilità acquisita [47].
[27] Il glissando è una tecnica vocale che consiste nel passare in modo continuo da una nota musicale all'altra senza interruzioni. Può essere ascendente (da una nota più grave a una più acuta) o discendente (da una nota più acuta a una più grave).

nasali come /m/ e /n/, di fricative sonore come /v/ e /z/, di sequenze sillabiche prive di significato e, infine, attraverso il canto di una melodia.
Gli autori associano a questo lavoro esercizi comunicativi nei quali la produzione vocale viene inserita all'interno di attività espressive e di interazione, con l'obiettivo di favorire un uso della voce coerente con il contenuto emotivo della comunicazione [48].

Un'indicazione sulla varietà delle modalità di intervento utilizzate nella pratica clinica proviene dall'indagine condotta da A. Elias et al. (1989), i quali hanno raccolto le esperienze di logopedisti attraverso un questionario dedicato, tra i vari aspetti, alle tecniche impiegate nel trattamento dei disturbi della voce a carattere psicogeno.
Gli autori riportano che le principali tecniche utilizzate nella pratica sono il rilassamento, gli esercizi vocali e il *counselling*, mentre le tecniche di tipo psicologico risultavano impiegate da una quota minore di terapeuti formati.
Dunque, i risultati evidenziano una certa eterogeneità nell'approccio terapeutico, con una combinazione di interventi vocali e di strategie di supporto psicologico [49].

Nel complesso, gli interventi descritti evidenziano come il recupero della voce nella disfonia psicogena possa essere facilitato attraverso strategie differenti, selezionate in funzione delle caratteristiche della manifestazione vocale e della risposta del singolo paziente.
Gli esercizi possono partire da produzioni vocali conservate o da modalità fonatorie facilitate e procedere gradualmente verso forme di produzione sempre più funzionali. Una volta recuperata e stabilizzata la vocalità, il trattamento può orientarsi verso esercizi finalizzati a migliorarne l'efficienza e l'utilizzo nelle diverse situazioni comunicative.

CAPITOLO 5: RUOLO DELL'APPROCCIO PSICOLOGICO NEL TRATTAMENTO DELLA DISFONIA PSICOGENA

Come approfondito nei capitoli precedenti, è ormai chiara la correlazione tra disfonia psicogena e fattori psicologici, nonché eventi di vita stressanti o difficoltà di natura interpersonale. Pertanto, la letteratura evidenzia la necessità di considerare tale disturbo vocale non esclusivamente nella sua componente fonatoria, ma anche in relazione agli aspetti psicologici che possono contribuire alla sua insorgenza e al suo mantenimento [27].
Per tale motivo, autori come Reiter et al. (2013) sottolineano l'importanza di affiancare alla valutazione foniatrica e logopedica un approfondimento in merito alla presenza e alle caratteristiche di questi fattori psicosociali [32].

In seguito a tali considerazioni, il presente capitolo si concentra sulla definizione del ruolo che ha l'intervento psicologico nella presa in carico multidisciplinare del paziente con disfonia psicogena, fornendo un generale inquadramento in merito a valutazione psicologica, *counselling* e trattamento psicologico, definendo i principali approcci descritti in letteratura nell'ambito della gestione del disturbo vocale a carattere psicogeno.

5.1 VALUTAZIONE PSICOLOGICA

La valutazione psicologica rappresenta un elemento rilevante nella presa in carico del paziente con disfonia psicogena, in quanto consente di approfondire la possibile presenza di fattori psicologici ed emotivi associati alla manifestazione vocale.

L'esempio di tale approccio è riportato da Tezcaner et al. (2019), i quali inseriscono nell'iter diagnostico dei pazienti con disfonia psicogena la necessità di indagare la storia del disturbo, le modalità di insorgenza e progressione, i possibili fattori scatenanti o associati, la presenza di pregressi disturbi psicologici, l'eventuale assunzione di farmaci psichiatrici e la presenza di stimoli psicologici o conflitti interpersonali nella vita quotidiana [31].

Una volta posta la diagnosi, tutti i pazienti venivano indirizzati a una valutazione psicologica, a conferma della necessità di considerare la componente psico-emotiva all'interno della gestione del disturbo. Pertanto, si deduce che tale approfondimento valutativo non è volto necessariamente all'identificazione di una specifica patologia psicologica, ma è utile per comprendere la relazione tra il disturbo vocale e le caratteristiche personali, emotive e socio-relazionali del paziente [31].

Nello studio preso in esame, la valutazione psicologica, sebbene sia stata raccomandata a tutti i soggetti, è stata effettuata soltanto da 35 pazienti su 58 (60,3%). Sebbene il ricorso al supporto psicologico non abbia determinato una differenza significativa nella risposta iniziale alla terapia logopedica, la frequenza di recidiva è risultata significativamente inferiore nei pazienti che avevano effettuato la valutazione psicologica, rispetto a quelli che non avevano aderito [31].

Infine, considerati i risultati ottenuti, gli autori sottolineano l'importanza di un approccio multidisciplinare, proprio per evidenziare come la terapia vocale, pur essendo molto efficace nel recupero vocale, potrebbe non essere sufficiente in molti casi a garantire un risultato stabile a lungo termine [31].

Anche nello studio effettuato da Reiter et al. (2013) la valutazione psicologica è stata utile per evidenziare la presenza di problematiche psicosociali associate alla disfonia psicogena. Nel campione studiato, l'esame psicologico ha rilevato problematiche principalmente nell'ambito delle relazioni familiari e di coppia e della situazione lavorativa, mentre sul piano clinico, sono state riscontrate anche manifestazioni somatiche, *burnout*, disturbi d'ansia e depressione.
Gli autori sottolineano come i disturbi vocali psicogeni possano essere associati anche a condizioni di stress psicosociale acuto o cronico e a conflitti nelle varie relazioni interpersonali quotidiane [32].

5.2 COUNSELLING PSICOLOGICO

Il *counselling* psicologico rappresenta una delle modalità di intervento riportate nella presa in carico del paziente con disfonia psicogena e può essere associato alla terapia vocale o alla successiva psicoterapia, nei casi in cui viene indicata.

Andersson e Schalén (1998) comprendono nel loro modello terapeutico l'integrazione di esercizi vocali a momenti di conversazione terapeutica interattiva, finalizzati a favorire la consapevolezza del paziente in merito al rapporto tra la propria alterazione vocale e i fattori psicosociali coinvolti. Lo scopo è quello di esplorare la rete sociale del paziente e renderlo consapevole dei conflitti presenti nelle proprie relazioni interpersonali.
Nello studio proposto dagli autori, il terapeuta aiutava il paziente a riconoscere le problematiche presenti e a dare un nome alle emozioni provate con attività di *role-playing*, esercitando le modalità di espressione verbale più appropriate [48].

Un'applicazione più esplicita del *counselling* psicologico è riportata da Reiter et al. (2013), i quali propongono un protocollo terapeutico secondo cui, dopo la fase iniziale di terapia vocale intensiva, il paziente veniva seguito attraverso un intervento di *counselling* condotto dallo psicologo clinico. In questa fase veniva spiegata al paziente la relazione tra il disagio psicologico sottostante e la manifestazione del disturbo vocale, con l'obiettivo di favorire una maggiore comprensione ed autoconsapevolezza della natura psicogena del sintomo.
Nei casi in cui la terapia vocale associata al *biofeedback* e al *counselling* non fosse risultata sufficiente, veniva raccomandato il ricorso alla psicoterapia, in maniera isolata o combinata con la terapia logopedica [32].

5.3 TRATTAMENTO PSICOLOGICO

In merito al trattamento della disfonia psicogena, sono emerse in letteratura differenti tipologie di approcci psicologici.

Tra questi, la terapia cognitivo-comportamentale (CBT – *Cognitive Behavioral Therapy*) è stata impiegata nel trattamento del disturbo vocale psicogeno con l'obiettivo di intervenire sui fattori psicologici ed emotivi associati alla manifestazione vocale.

Un esempio di tale approccio viene riportato da Almis et al. (2024), i quali hanno integrato la CBT con la terapia vocale in una serie di cinque casi di disfonia psicogena. Nello specifico, il trattamento psicologico prevede, innanzitutto, la spiegazione al paziente della natura del disturbo e, in un secondo momento, la condivisione del protocollo terapeutico, favorendo la comprensione del rapporto esistente tra sintomo vocale componenti psicologiche. Successivamente, il lavoro psicoterapeutico è orientato alla gestione delle difficoltà emotive e dello stress, ma anche alla prevenzione della disregolazione emotiva, considerata rilevante nel mantenimento della sintomatologia vocale; per raggiungere tali obiettivi, vengono proposti compiti rivolti allo sviluppo di nuove risposte comportamentali, attraverso un lavoro orientato all'identificazione e al cambiamento di schemi di pensiero negativi e disfunzionali [46].

Un esempio più dettagliato di applicazione della terapia cognitivo-comportamentale è riportato da Sudhir et al. (2009), i quali descrivono un caso di disfonia psicogena associata a difficoltà emotive e situazioni conflittuali in famiglia. La paziente ha seguito 15 sedute psicoterapeutiche nell'arco di tre settimane, seguendo un approccio cognitivo-comportamentale finalizzato sia al recupero della voce sia al miglioramento della capacità di affrontare le difficoltà emotive. Il trattamento comprendeva la spiegazione dei sintomi e del loro possibile significato e l'esplorazione delle aree di conflitto e delle difficoltà comunicative; inoltre, è stato proposto anche un *training* di rilassamento muscolare profondo volto a ridurre l'attivazione fisiologica associata ad ansia e rabbia.

Un ruolo centrale è svolto dalla ristrutturazione cognitiva: attraverso il dialogo socratico[28] venivano individuate e chiarite le convinzioni e i pensieri disfunzionali della paziente, per poi essere messe in discussione attraverso interpretazioni più neutrali.

Il percorso proposto dagli autori comprende anche interventi finalizzati al potenziamento delle capacità di *problem solving* e di presa di decisione.

Infine, alcune sedute erano orientate anche al miglioramento della comunicazione e alla gestione dei conflitti coniugali e interpersonali [42].

[28] Tecnica utilizzata nella terapia cognitivo-comportamentale che consiste nel porre domande strategiche al paziente, al fine di guidarlo nell'identificazione, nella valutazione e nella ridefinizione delle proprie credenze, le quali hanno contribuito alla generazione e/o al mantenimento del disagio psichico.

L'utilità di un intervento psicologico è stata evidenziata anche da Butcher et al. (1987) in pazienti con disturbo della voce psicogeno che non hanno ottenuto modificazioni o buoni risultati terapeutici attraverso il solo intervento logopedico.
Gli autori hanno rilevato frequentemente la presenza di ansia, tensione muscoloscheletrica e difficoltà nell'espressione dei sentimenti e nell'assertività, spesso associate a problematiche nelle relazioni interpersonali. In questo gruppo, la maggior parte dei pazienti a cui venne proposta un'assistenza psicologica, fu inserita in un percorso di co-terapia condotto da psicologo e logopedista secondo un approccio cognitivo-comportamentale. Dei 12 pazienti che parteciparono al programma proposto, 6 mostrarono un miglioramento della voce, ma anche dell'adattamento psicosociale [50].

Un approccio psicologico differente è rappresentato dall'ipnosi descritta da Boyle (1999) come possibile trattamento aggiuntivo alla terapia della voce. Nel caso descritto dall'autore, l'ipnosi veniva utilizzata in sostituzione delle tecniche tradizionali di rilassamento e veniva integrata in ogni seduta in funzione delle specifiche necessità della paziente. L'intervento era orientato alla riduzione della tensione fisiologica e dei sintomi di disagio e affaticamento, ma anche alla gestione dell'ansia e dello stress [51].

Nel complesso, il trattamento psicologico della disfonia psicogena deve adattarsi alle caratteristiche e ai bisogni del singolo paziente, considerando la manifestazione vocale del disturbo, ma, soprattutto, i fattori psicologici e relazionali che possono contribuire all'insorgenza o al mantenimento della disfonia.
Nei casi più complessi o persistenti, Baker (1998) sottolinea l'importanza, quando necessario, dell'invio del paziente a professionisti più esperti con specifiche competenze psicoterapeutiche [52]. Analogamente, Reiter et al. (2013) evidenziano l'utilità della psicoterapia nella presa in carico della disfonia psicogena, in particolare suggerendo l'approccio cognitivo-comportamentale in associazione alla terapia vocale, soprattutto quando è presente una significativa componente psicologica [32].

CAPITOLO 6: TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE DELLA DISFONIA PSICOGENA: INTEGRAZIONE TRA LOGOPEDIA E PSICOTERAPIA – UNA SCOPING REVIEW

Complessivamente, come è possibile dedurre dai capitoli precedenti, la gestione della disfonia psicogena prevede una presa in carico alquanto complessa, che può avvalersi di differenti modalità di intervento, riconducibili principalmente al trattamento logopedico del sintomo vocale e all'intervento psicologico.

Tuttavia, la letteratura non appare univoca rispetto alle modalità e alle priorità della presa in carico: alcuni approcci attribuiscono al logopedista il compito di intervenire sul sintomo vocale e di valutare l'eventuale necessità di un supporto psicoterapeutico, mentre altri propongono un intervento congiunto del logopedista e dello psicoterapeuta, ciascuno secondo le proprie competenze [2].

Alla luce di tale eterogeneità degli approcci e della varietà degli interventi descritti, in questo elaborato si è ritenuto opportuno esplorare la letteratura disponibile al fine di delineare le principali modalità di gestione della disfonia psicogena, approfondendo le dinamiche di una presa in carico multidisciplinare che vede coinvolti l'approccio logopedico e psicoterapeutico.

Con l'intento di raggiungere lo scopo descritto, è stata adottata come tipologia di studio una *Scoping Review* volta a mappare le evidenze disponibili in merito al trattamento della disfonia a carattere psicogeno, descrivendone le caratteristiche, la tipologia di studi presi in considerazione e gli eventuali limiti riscontrati nella ricerca.

6.1 ABSTRACT

La disfonia psicogena rappresenta una condizione complessa nella quale la manifestazione vocale può essere associata a fattori psicologici, emotivi e relazionali. Sebbene la terapia logopedica costituisca un elemento centrale nel recupero iniziale della funzione vocale, la gestione del disturbo può richiedere anche la presa in considerazione della componente psicologica.

Obiettivi

L'obiettivo della presente *Scoping Review* è quello di esplorare la letteratura disponibile nell'ambito della gestione multidisciplinare della disfonia psicogena, ponendo attenzione al ruolo della terapia logopedica e degli approcci psicologici/psicoterapeutici, descrivendo le modalità attraverso cui tali interventi vengono organizzati nel percorso della presa in carico di tale disturbo vocale.

Materiali e metodi

La ricerca bibliografica è stata condotta in un primo momento attraverso il *database* biomedico PubMed. Gli studi presi in considerazione sono stati sottoposti a *screening* prima per titolo e *abstract* e poi analizzando il *full text*. I criteri di inclusione adottati comprendono una popolazione adulta con disfonia psicogena, sottoposta a intervento multidisciplinare comprendente terapia logopedica e approccio psicologico/psicoterapeutico, con particolare attenzione agli esiti in merito a funzionalità vocale e/o aspetti psicologici e/o mantenimento dei risultati nel lungo termine.

Successivamente, la ricerca è stata ampliata attraverso la consultazione complementare delle citazioni bibliografiche degli articoli precedentemente individuati nel *database*. Gli studi presi in considerazione durante questa fase sono stati sottoposti allo *screening* seguendo le stesse modalità sopra descritte.

Risultati

Sono stati selezionati in totale 9 studi osservazionali, di cui 3 studi analitici (due prospettici e uno retrospettivo), e 6 studi descrittivi (tre *case series*, due studi descrittivi e un *case report*).
Gli studi inclusi hanno evidenziato una marcata eterogeneità per disegno, numerosità dei campioni e modalità di intervento. La terapia logopedica rappresenta frequentemente una componente centrale del trattamento, risultando associata a un recupero iniziale della funzione vocale. La componente psicologica viene affrontata attraverso modalità differenti, comprendenti valutazione psicologica, *counselling* e interventi psicoterapeutici, tra cui il trattamento cognitivo-comportamentale.

Conclusioni

Nel complesso, gli studi suggeriscono l'importanza di considerare all'interno della presa in carico del paziente con disfonia psicogena, non solo trattamenti volti esclusivamente al recupero della voce, ma anche approcci che considerino i fattori psicologici associati al disturbo, potenzialmente rilevanti per la stabilizzazione degli esiti nel tempo.

Tuttavia, a causa di limiti imposti dall'eterogeneità degli studi e dalla disponibilità degli stessi in letteratura, si evidenzia la necessità di ulteriori studi che descrivano in maniera più strutturata e confrontabile l'integrazione tra intervento logopedico e psicologico nella gestione della disfonia psicogena.

6.2 MATERIALI E METODI

Strategia di ricerca

Per la realizzazione della presente *Scoping Review* è stata consultata la banca dati bibliografica biomedica PubMed, scelta in considerazione della rilevanza della letteratura medico-sanitaria rispetto all'argomento stabilito.

In una prima fase, la ricerca bibliografica è stata effettuata utilizzando la seguente stringa di ricerca:

"Dysphonia" [MeSH] AND psychogenic AND (treatment OR rehabilitation)

Tuttavia, tale strategia ha prodotto un numero limitato di risultati, pertanto, al fine di ampliare il reperimento degli studi potenzialmente pertinenti all'obiettivo preposto, è stata successivamente adottata una strategia di ricerca più ampia utilizzando la stringa di ricerca:

"Dysphonia" [MeSH] AND psychogenic

La seconda strategia ha consentito di individuare un totale di 16 risultati, sottoposti successivamente al processo di *screening* secondo i criteri di inclusione ed esclusione. Non è stato selezionato alcun filtro durante la ricerca.

Al fine di integrare la ricerca effettuata attraverso il *database*, è stata condotta anche una ricerca complementare delle citazioni bibliografiche degli articoli individuati mediante la strategia di ricerca su PubMed. Tale procedura ha permesso di identificare ulteriori studi sottoposti, successivamente, al medesimo processo di selezione.

Criteri di inclusione ed esclusione

Ai fini della selezione degli studi sono stati definiti preliminarmente specifici criteri di inclusione ed esclusione, applicati in maniera sequenziale durante lo *screening* del titolo e dell'*abstract* e, successivamente, durante l'analisi del *full text*.

Nella ricerca sono stati inclusi gli studi che rispettavano i seguenti criteri:

- Popolazione: soggetti adulti con diagnosi di disfonia psicogena;
- Intervento: presenza di un trattamento finalizzato alla gestione multidisciplinare della disfonia psicogena, comprendente interventi logopedici e approcci psicologici/psicoterapeutici;

- Outcome: presenza di esiti relativi al recupero/miglioramento della qualità vocale e/o degli aspetti psicologici e/o il loro mantenimento nel tempo.

Inoltre, sono stati presi in considerazione esclusivamente gli studi disponibili in lingua inglese o italiana.

Tutti gli studi che non rispettavano uno o più criteri sopra indicati sono stati esclusi dalla selezione.

In questa revisione non è stato imposto alcun limite in merito ai disegni di studio inclusi, in quanto l'intento della ricerca è stato quello di raccogliere il più ampiamente possibile le evidenze attualmente disponibili in merito all'argomento scelto.

6.3 RISULTATI

Selezione degli studi

Il *PRISMA Flow Diagram* (figura 6) mette in evidenza tutti i passaggi del processo di selezione degli studi, fino a mostrare gli studi inclusi nella *Scoping Review* [53].
Seguendo le modalità di ricerca esplicitate nel sottocapitolo 6.2 "Materiali e metodi", sono stati inizialmente individuati nella banca dati bibliografica PubMed sedici *record*; in un primo *step* è stato effettuato lo *screening* secondo *title and abstract* di quindici studi, in quanto uno è stato precedentemente escluso per l'assenza della disponibilità dell'*abstract*.
L'analisi del titolo e dell'abstract ha permesso l'esclusione di quattordici studi a causa della mancata corrispondenza ai criteri di inclusione di:

- Popolazione: n. 3 studi;
- Intervento: n. 1 studio;
- Outcome: n. 1 studio;
- Assenza di una versione in inglese/italiano: n. 2 studi;
- Intervento e Outcome: n. 2 studi;
- Popolazione e Intervento: n. 1 studio;
- Popolazione, Intervento e Outcome: n. 4 studi.

A questo punto, l'unico studio rimanente è stato analizzato eseguendo lo screening del *full text*, in seguito al quale è stato considerato incluso per la *Scoping Review*.

Successivamente, secondo la ricerca per citazioni dalla bibliografia dei quindici articoli individuati inizialmente su PubMed, sono stati presi in considerazione altri venticinque studi, dei quali solo nove hanno superato lo *screening* iniziale di titolo e *abstract*. In particolare, i sedici studi esclusi non rispondevano ai seguenti criteri di inclusione:

- Popolazione: n. 7 studi;
- Intervento e Outcome: n. 3 studi;
- Assenza di una versione in inglese/italiano: n. 2 studi;
- Popolazione, Intervento e Outcome: n. 4 studi.

In seguito, attraverso l'analisi del *full text* dei nove studi rimasti, è stato escluso un solo studio per l'Outcome non corrispondente al criterio stabilito.

Infine, il processo di selezione si è concluso con l'identificazione di nove studi totali (uno dalla ricerca nel *database* di PubMed e otto dalla ricerca delle citazioni bibliografiche), che rispondevano ai criteri di inclusione prefissati inizialmente.

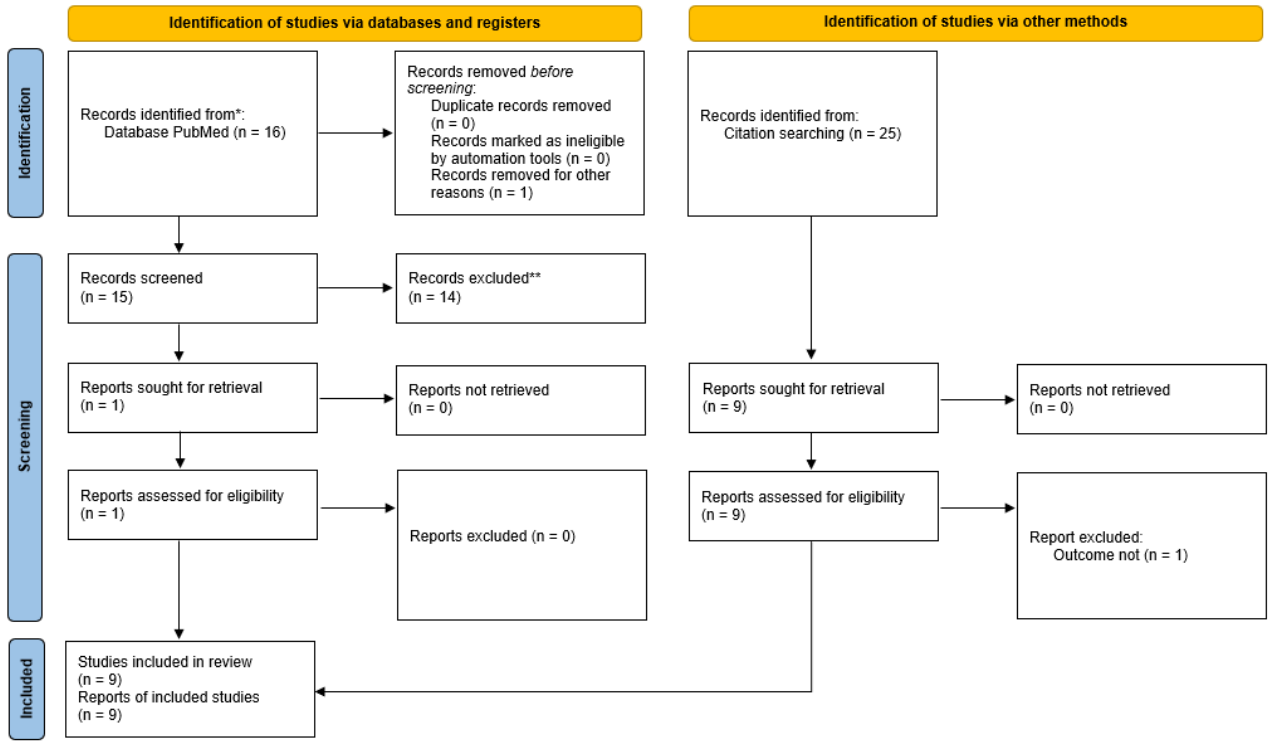


Figura 6 - PRISMA Flow Diagram

Caratteristiche degli studi

I nove studi inclusi nella presente *Scoping Review* sono risultati eterogenei per diversi elementi, tra cui: anno, Paese di pubblicazione, disegno dello studio, numerosità del campione analizzato e modalità di trattamento adottate.

Gli studi considerati sono stati pubblicati tra il 1969 e il 2024 e sono stati condotti principalmente in Europa, con contributi provenienti anche da Australia, India, Turchia e Stati Uniti.

La numerosità dei campioni varia notevolmente, partendo da un minimo di un solo partecipante (in riferimento al case report di Sudhir et al. [42]) fino ad arrivare a un massimo di 58 pazienti (nel caso dello studio di Tezcaner et al. [31]), per arrivare a un totale di 197 partecipanti.

Complessivamente, gli studi inclusi comprendono sia ricerche osservazionali e descrittive sia *case series* e *case report*, riflettendo la varietà della letteratura disponibile in merito al trattamento della disfonia psicogena.

Per quanto riguarda gli *outcome* analizzati, gli studi hanno valutato principalmente il recupero e il miglioramento della voce, la qualità vocale e il mantenimento dei risultati nel tempo. In diversi lavori è stata rilevata la presenza di recidive durante il periodo di *follow-up*, mentre alcuni studi hanno approfondito anche gli effetti del trattamento sul funzionamento psicosociale, sulla gestione dei fattori emotivi e sulla generalizzazione delle tecniche apprese nelle attività quotidiane e lavorative.

In particolare, le varie caratteristiche degli studi sono riportate di seguito nella tabella sinottica (tabella 2).

Tabella 2 - Tabella sinottica

Autore ed anno	Stato	Scopo	Disegno dello studio	N. dei partecipanti	Intervento	Confronto	Outcome	Risultati
Tezcaner et al. (2019)	Turchia	Definire le caratteristiche cliniche della disfonia psicogena (PVD) ed esplorare l'efficacia terapeutica della logopedia e della valutazione psicologica	Studio osservazionale e retrospettivo	N = 58 (48 F, 10 M)	Terapia vocale intensiva e indicazione a valutazione psicologica e follow-up	Pazienti che hanno effettuato il follow-up psicologico (35/58) confrontati con pazienti che non lo hanno eseguito	Recupero e miglioramento della voce e recidiva nel follow-up	Recupero della voce in 54/58 pazienti (93,1%); 15/58 (25,9%) hanno presentato una recidiva. La recidiva è risultata maggiore nei pazienti che non avevano effettuato il follow-up psicologico (10/20, 50%) rispetto a coloro che lo hanno effettuato (5/34, 14,7%)
Andersson & Schalén (1998)	Svezia	Analizzare i possibili fattori eziologici della disfonia psicogena, il decorso del trattamento e gli esiti a lungo termine della terapia	Studio prospettico longitudinale con follow-up	N = 30 (25 F, 5 M)	Terapia logopedica comprendente esercizi vocali e comunicativi e colloqui terapeutici interattivi	Gruppo di controllo di 10 pazienti con fonastenia primaria. Nessun confronto tra differenti trattamenti	Qualità e funzione vocale dopo il trattamento e al follow-up; presenza di problemi vocali e capacità di gestirli nel lungo periodo; cambiamenti nelle condizioni di vita e soddisfazione per il trattamento ricevuto	Dopo la terapia 21/30 pazienti (70%) presentavano una voce normale. Al follow-up, tra i 24 pazienti valutati, 21 presentavano una voce normale e 3 una disfonia persistente. L'88% dei pazienti non ha riportato recidive durante il periodo di follow-up (1,9 – 8,4 anni). 22 pazienti su 24 (91,7%) risultano soddisfatti del trattamento ricevuto
Almis (2024)	Turchia	Descrivere l'efficacia di un trattamento integrato, costituito da terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e terapia vocale	Case series	N = 5 (4 F, 1 M)	CBT e terapia vocale con follow-up mensile per un anno	/	Tempo di recupero vocale e risposta al trattamento; presenza di recidive durante il follow-up	Tutti i 5 pazienti hanno recuperato la voce con tempi compresi tra 1 e 4 settimane; non sono state osservate recidive durante il follow-up di 1 anno. I pazienti con una maggiore durata dei sintomi hanno mostrato una risposta più tardiva
Reiter et al. (2013)	Germania	Valutare le caratteristiche cliniche, le opzioni terapeutiche e gli esiti a lungo termine nei pazienti con disfonia psicogena	Studio osservazionale e prospettico	N = 40 (34 F, 6 M)	Tutti i pazienti hanno ricevuto inizialmente esercizi vocali intensivi, biofeedback e counselling. Successivamente sono state proposte: - Terapia vocale isolata (8 pazienti); - psicoterapia (CBT) isolata (6 pazienti); - CBT + terapia vocale (9 pazienti). 17 pazienti non hanno accettato ulteriori trattamenti oltre alla prima fase di terapia intensiva	/	Miglioramento e risoluzione della voce e qualità della vita nel lungo termine valutati con VHI	Dopo la fase iniziale di terapia vocale intensiva, il recupero vocale è avvenuto in 24/40 pazienti (60%). Al follow-up medio di 16 mesi il 70% (28/40) presentava remissione o miglioramento. La CBT associata alla terapia vocale ha portato a remissione completa in 8/9 pazienti e miglioramento in 1; la terapia vocale isolata ha determinato un miglioramento in 1/8 paziente. La CBT ha determinato un recupero completo in 4/6 pazienti e un miglioramento nei restanti 2. Il VHI medio è diminuito da 68 a 26,5
Baker (1998)	Australia	Descrivere due casi di disfonia psicogena e illustrare il percorso terapeutico necessario per ottenere il recupero e la stabilizzazione della voce, considerando anche i fattori psico-sociali del paziente	Case series	N = 2 (1 F, 1 M)	Terapia logopedica intensiva e intervento psicoterapeutico comportamentale individualizzato	/	Recupero della voce normale, stabilizzazione e generalizzazione della vocalità nelle attività quotidiane e lavorative	In entrambi i casi è stato ottenuto il recupero della voce normale, attraverso percorsi prolungati e individualizzati

Autore ed anno	Stato	Scopo	Disegno dello studio	N. dei partecipanti	Intervento	Confronto	Outcome	Risultati
Boyle (1999)	Regno Unito	Valutare il trattamento di due pazienti con disfonia psicogena e confrontare gli esiti di un trattamento logopedico individualizzato condotto con o senza l'integrazione dell'ipnosi	Case series	N = 2 (2 F)	Terapia logopedica individualizzata per entrambe le pazienti. Una delle due ha ricevuto anche trattamento con ipnosi	Trattamento logopedico individuale con ipnosi a confronto con trattamento vocale senza ipnosi	Funzionalità vocale, disabilità e handicap associati al disturbo, benessere/distress e mantenimento dei risultati al follow-up, valutati attraverso TOM (Therapy Outcome Measures)	Entrambi i casi hanno ottenuto benefici dal trattamento e hanno mantenuto i miglioramenti a 6 mesi. La paziente trattata con ipnosi ha dimostrato un recupero vocale nettamente maggiore, raggiungendo una funzionalità vocale normale e strategie autonome nella gestione dello stress. La paziente senza ipnosi ha mostrato un miglioramento limitato, mantenendo una voce disfonica e imprevedibile
Butcher et al. (1987)	Regno Unito	Esplorare le caratteristiche psicologiche dei pazienti con disturbo psicogeno della voce non responsivi alla terapia logopedica standard e valutare l'utilità di un intervento psicologico di tipo cognitivo-comportamentale	Studio descrittivo	N = 19 (14 F, 5 M)	Iniziale terapia logopedica e successiva integrazione della terapia con trattamento cognitivo-comportamentale nei pazienti non responsivi	/	Miglioramento della voce e dell'adattamento psicosociale; modificazione dei fattori psicologici associati al disturbo	Dei 19 pazienti inizialmente valutati, 12 parteciparono alla co-terapia proposta. 6 mostrarono un miglioramento sia della voce sia dell'adattamento psicosociale
Aronson (1969)	Stati Uniti	Descrivere il ruolo del logopedista nel fornire un contributo alla diagnosi e alla terapia del sintomo vocale nell'ambito del trattamento interdisciplinare dell'afonia psicogena	Studio descrittivo	N = 40 (36 F, 4 M)	Terapia vocale diretta dopo valutazione laringologica e prima della consulenza psichiatrica	/	Recupero della fonazione e normalizzazione o miglioramento della qualità vocale	In 39 dei 40 pazienti si ottiene una voce normale o quasi normale già nel corso della prima seduta di terapia vocale. Un paziente non rispose al trattamento
Sudhir et al. (2009)	India	Illustrare la gestione multidisciplinare della disfonia psicogena, evidenziando l'integrazione tra terapia vocale e strategie cognitivo-comportamentali	Case report	N = 1 (F)	Trattamento multidisciplinare costituito da terapia vocale e psicoterapia a orientamento cognitivo-comportamentale	/	Qualità della voce (misurata con GIRBAS e parametri acustici), mantenimento e generalizzazione della fonazione, funzionamento lavorativo, sintomi psicologici e gestione dei fattori emotivi associati al disturbo	Al termine del trattamento, la paziente presenta voce stabile con punteggio GIRBAS pari a 0 in tutti i parametri vocali. La paziente riprende progressivamente il lavoro. A un anno dalla terapia riferisce episodi occasionali di raucedine, corretti autonomamente con le tecniche vocali e di rilassamento apprese in terapia

Qualità, recupero e miglioramento della voce

La qualità, il recupero e il miglioramento della voce rappresentano gli *outcome* maggiormente considerati negli studi inclusi nella S*coping Review*. In tutti gli studi presi in esame, la maggior parte o la metà dei pazienti analizzati ha ottenuto una normalizzazione o un miglioramento della qualità vocale in seguito al trattamento proposto. I risultati sono stati analizzati attraverso differenti modalità di valutazione e in popolazioni eterogenee per numerosità e caratteristiche cliniche.

Tezcaner et al. (2019) [31] hanno analizzato retrospettivamente 58 pazienti con disfonia psicogena, tutti sottoposti a terapia vocale. Dopo un numero medio di 1,29 sedute, il recupero della voce è stato ottenuto in 54 pazienti su 58 (93,1%), mentre nei restanti quattro non sono stati osservati cambiamenti della voce.

Nello studio prospettico longitudinale di Andersson e Schalén (1998) [48], condotto su 30 pazienti, dopo il trattamento, costituito da esercizi vocali e colloqui terapeutici interattivi, 21 pazienti (70%) presentavano una voce normale, mentre 9 mostravano ancora una disfonia. Gli autori riportano che la maggior parte dei pazienti aveva recuperato una voce normale dopo un numero compreso tra una e cinque sedute.

Anche Almis (2024) [46] ha riportato un esito favorevole in una *case series* composta da 5 pazienti trattati mediante un approccio integrato costituito da terapia cognitivo-comportamentale e terapia vocale. Tutti i pazienti hanno risposto completamente al trattamento. I tempi di recupero sono stati di una o due settimane in quattro casi e di quattro settimane in un caso. Gli autori osservano che i pazienti con sintomi persistenti nel tempo hanno mostrato una risposta più tardiva al trattamento.

Nello studio prospettico di Reiter et al. (2013) [32], condotto su 40 pazienti, il recupero della voce è stato osservato in 24 pazienti (60%) già dopo la fase iniziale di terapia vocale intensiva, costituita da esercizi vocali, *biofeedback* e *counselling*. Analizzando gli esiti in relazione al trattamento proposto successivamente, la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) associata alla terapia vocale ha determinato una remissione completa in 8 dei 9 pazienti e un miglioramento nel restante paziente. La CBT proposta isolatamente ha determinato un recupero completo in 4 dei 6 pazienti e un miglioramento nei restanti due. Al contrario, tra gli 8 pazienti sottoposti alla sola terapia vocale, soltanto uno ha mostrato un miglioramento.

Baker (1998) [52] ha descritto due casi caratterizzati da una disfonia psicogena complessa e persistente. In entrambi i casi è stato ottenuto il recupero della voce normale attraverso percorsi

terapeutici individualizzati di lunga durata, integrando trattamento logopedico intensivo e intervento psicoterapeutico comportamentale.

Nel lavoro di Boyle (1999) [51], le due pazienti descritte hanno mostrato benefici dal trattamento logopedico individualizzato. La paziente sottoposta anche ad ipnosi ha presentato un miglioramento della produzione vocale già nelle prime sedute, ottenendo un risultato migliore nella normalizzazione della voce.

Butcher et al. (1987) [50] hanno studiato 19 pazienti con disturbo psicogeno della voce che non avevano manifestato cambiamenti alla terapia logopedica. Dei 12 pazienti che hanno partecipato al programma di co-terapia cognitivo-comportamentale e logopedica, 6 sono migliorati sul piano vocale.

Nello studio di Aronson (1969) [33], condotto su 40 pazienti con afonia/disfonia psicogena, la terapia vocale ha determinato il ritorno a una voce eufonica o quasi eufonica in 39 pazienti già durante la prima seduta.

Infine, il *case report* di Sudhir et al. (2009) [42] ha descritto una paziente sottoposta a trattamento multidisciplinare costituito da terapia vocale e intervento psicoterapeutico a orientamento cognitivo-comportamentale. Al termine del trattamento, la voce risultava stabile e il punteggio GIRBAS era pari a 0 in tutti i parametri, indicando una qualità vocale nella norma.

Mantenimento del recupero vocale e presenza di recidive

Gli *outcome* in merito al mantenimento del recupero vocale nel tempo e all'eventuale comparsa di recidive nel lungo termine sono stati analizzati in sei dei nove studi inclusi e sono stati valutati in maniera non uniforme; infatti, le modalità di svolgimento e la durata del *follow-up* risultano differenti.

Tezcaner et al. (2019) [31] hanno valutato la presenza di recidive nel *follow-up* dei pazienti che hanno ottenuto il recupero vocale. Dei 54 pazienti con miglioramento della voce, 15 (27,7%) hanno presentato una recidiva. Dei 34 pazienti che hanno effettuato il *follow-up* psicologico, 5 hanno riportato una recidiva (14,7%), mentre tra i 20 pazienti che non lo hanno effettuato, le recidive sono state osservate in 10 soggetti (50%). Tale differenza è risultata statisticamente significativa ($p < 0,005$).

Andersson e Schalén (1998) [48] hanno seguito i pazienti per un periodo compreso tra 1,9 e 8,4 anni. Al momento del *follow-up*, 21 dei 24 pazienti valutati presentavano un miglioramento della voce,

mentre 3 avevano ancora una disfonia. Complessivamente, gli autori riportano che l'88% dei pazienti non hanno presentato una recidiva durante tutto il periodo di osservazione.

Nello studio di Almis (2024) [46], i cinque pazienti sottoposti al trattamento combinato di terapia cognitivo-comportamentale e terapia vocale sono stati seguiti mensilmente per un anno dopo la fase iniziale di trattamento. Tutti e cinque i pazienti hanno mantenuto il recupero vocale durante il periodo di *follow-up* e non sono state riportate recidive.

Reiter et al. (2013) [32] hanno effettuato una valutazione a distanza di 16 mesi dalla prima presa in carico. A tale *follow-up* 28 pazienti su 40 (70%) presentavano una remissione o un miglioramento della sintomatologia vocale. Nel gruppo sottoposto a psicoterapia cognitivo-comportamentale, gli autori riferiscono che il trattamento è risultato efficace e che non è stata osservata alcuna recidiva nel periodo di osservazione. Anche la combinazione di terapia vocale diretta e indiretta con la terapia cognitivo-comportamentale è descritta come particolarmente efficace. Gli autori precisano che la valutazione a distanza è stata effettuata mediante il VHI in maniera indiretta.

Nello studio di Boyle (1999) [51] è stata prevista una rivalutazione a sei mesi dal termine del trattamento a entrambi i casi clinici riportati. Nel lungo termine, la paziente che ha effettuato, oltre alla terapia vocale, anche l'ipnosi, è stato osservato un miglioramento e un mantenimento della voce normale nettamente maggiore rispetto all'altra paziente.

Sudhir et al. (2009) [42] hanno effettuato un *follow-up* a un anno nel caso clinico descritto. Durante questo periodo la paziente riferisce episodi occasionali di raucedine, i quali vengono autonomamente corretti con le tecniche vocali e di rilassamento apprese durante il trattamento.

Outcome secondari

Oltre al recupero e al mantenimento della funzione vocale, alcuni studi hanno preso in considerazione ulteriori esiti relativi all'impatto del disturbo, al funzionamento psicosociale, alle condizioni di vita e alla gestione dei fattori associati alla disfonia nelle attività quotidiane e lavorative.

Andersson e Schalén (1998) [48], attraverso il *follow-up* a lungo termine, hanno valutato non solo la presenza di problemi vocali, ma anche la capacità dei pazienti di gestirli nella vita quotidiana, le condizioni lavorative e familiari e la soddisfazione in merito al trattamento. Tra i 24 pazienti valutati al *follow-up*, 12 non hanno manifestato ulteriori problemi vocali, mentre 9 hanno presentato episodi vocali disfunzionali occasionali, che sono riusciti a gestire attraverso la consapevolezza della natura del disturbo o mediante esercizi respiratori. La maggior parte dei pazienti riferisce cambiamenti

positivi nella propria situazione lavorativa o familiare e 22 pazienti su 24 (91,7%) si dichiarano soddisfatti del trattamento ricevuto.

L'impatto soggettivo sulla qualità di vita della disfonia è stato considerato da Reiter et al. (2013) [32] mediante somministrazione del VHI, il cui punteggio medio si è ridotto da 68 a 26,5 nel corso del periodo di osservazione.

Gli aspetti psicosociali sono stati particolarmente considerati da Butcher et al. (1987) [50], che hanno rilevato nei pazienti non responsivi alla terapia logopedica una frequente presenza di ansia, tensione muscoloscheletrica, problematiche nelle relazioni interpersonali e difficoltà nell'espressione dei sentimenti e nell'assertività. Dei 12 pazienti che hanno partecipato alla co-terapia cognitivo-comportamentale e logopedica, 6 hanno mostrato non solo un miglioramento della voce, ma anche un incremento delle capacità di adattamento psicosociale e miglioramenti comportamentali e cognitivi positivi.
Anche Sudhir et al. (2009) [42] hanno considerato nel caso clinico descritto aspetti psicologici e psicosociali associati alla disfonia. Al termine del trattamento, la paziente riferisce una maggiore autoaccettazione, una riduzione dell'ansia e una migliore comprensione dei sintomi. Inoltre, grazie al percorso terapeutico, è stato favorito lo sviluppo di competenze di comunicazione interpersonale e strategie di rilassamento.

Attraverso la *Therapy Outcome Measures* (TOM), Boyle (1999) [51] ha valutato, oltre alla funzionalità vocale, anche il benessere, il distress, la disabilità e l'handicap associati al disturbo. Nel caso trattato con ipnosi, la paziente è riuscita a sviluppare strategie autonome per gestire le situazioni di vita stressanti.

In merito alle condizioni di vita e ai fattori che hanno contribuito al mantenimento degli esiti terapeutici, nello studio di Andersson e Schalén (1998) [48] i miglioramenti della situazione familiare e lavorativa risultano più frequenti nei pazienti che non presentavano problemi vocali o che riuscivano a gestire meglio degli episodi di disfonia occasionali.
Nello studio di Sudhir et al. (2009) [42] la comprensione del rapporto tra sintomi, emozioni e contesto interpersonale costituisce uno degli elementi centrali del percorso terapeutico; grazie al trattamento ricevuto, la paziente ha ripreso gradualmente l'attività lavorativa con una migliore gestione dei fattori emotivi associati al disturbo.

6.4 DISCUSSIONE

Sommario delle evidenze

La presente *Scoping Review* ha permesso di individuare e descrivere le principali modalità di intervento riportate in letteratura per la gestione della disfonia psicogena, evidenziando il ruolo della terapia logopedica e della componente psicologica all'interno del percorso terapeutico.

I nove studi inclusi presentano caratteristiche metodologiche molto eterogenee sia per disegno di studio sia per numerosità campionaria e tipologia di intervento, rendendo difficile un confronto lineare tra i risultati. Nonostante tale variabilità, dall'analisi complessiva emerge una tendenza a favorire interventi finalizzati al recupero della funzione vocale combinati ad una presa in carico degli aspetti psicologici correlati al disturbo.

Nel complesso, gli studi inclusi mostrano come il recupero immediato della funzione vocale possa essere ottenuto attraverso interventi logopedici mirati, spesso caratterizzati da un approccio intensivo e individualizzato. Tuttavia, il recupero della voce rappresenta soltanto uno degli aspetti della presa in carico della disfonia psicogena, poiché la stabilizzazione dei risultati e il mantenimento della funzionalità vocale nel tempo sembrano richiedere anche una considerazione dei fattori psicologici associati al disturbo.

L'analisi degli studi suggerisce, pertanto, che l'efficacia del trattamento non debba essere interpretata esclusivamente in termini di recupero della fonazione, ma anche in relazione alla capacità di intervenire sulle condizioni che possono contribuire all'insorgenza, al mantenimento o alla ricorrenza della sintomatologia. In quest'ottica, la componente psicologica assume un ruolo rilevante soprattutto nella prospettiva del mantenimento e della stabilizzazione del recupero vocale, contribuendo a considerare le difficoltà emotive, relazionali e di adattamento che possono accompagnare la disfonia psicogena.

Tuttavia, un elemento particolarmente rilevante emerso dai risultati riguarda l'assenza di un approccio terapeutico univoco. Gli studi inclusi descrivono interventi differenti per contenuti, durata e grado di integrazione tra trattamento vocale e psicologico. Anche all'interno della stessa terapia logopedica si osserva una certa variabilità nella scelta delle tecniche e degli esercizi vocali, che può essere influenzata dal metodo adottato, dall'esperienza e dalle competenze del singolo operatore.
La variabilità degli interventi proposti negli studi può essere ricondotta in parte alla natura multifattoriale della disfonia psicogena e alla necessità di personalizzare il percorso terapeutico adattandolo alle caratteristiche del singolo paziente. D'altra parte, l'eterogeneità degli interventi rende

difficile individuare quali componenti del trattamento siano maggiormente responsabili degli esiti osservati.

Tale criticità si manifesta in misura maggiore nell'ambito degli interventi o approcci di carattere psicologico. La presa in carico degli aspetti psicologici non si configura secondo un unico modello terapeutico, ma comprende modalità differenti per finalità, intensità e figure professionali coinvolte. In uno studio l'intervento si limita alla valutazione psicologica del paziente e all'identificazione di eventuali fattori di natura emotiva o psicosociale; in altri studi, gli aspetti psicologici vengono affrontati attraverso attività di *counselling* psicologico oppure mediante colloqui terapeutici inseriti all'interno del percorso logopedico, eseguiti da professionisti formati; in altri ancora, vengono adottati interventi psicoterapeutici strutturati, tra cui principalmente l'approccio cognitivo-comportamentale e in un caso l'ipnosi.

Questa variabilità riflette la complessità nel definire chiaramente le dinamiche della presa in carico di una disfonia psicogena, la quale, tuttavia, prevede la necessità di considerare il trattamento in una prospettiva individualizzata e calibrata sul paziente.
In alcuni studi, la considerazione degli aspetti psicologici non avviene contemporaneamente alla presa in carico logopedica, ma emerge in un secondo momento, con l'intento di proporre un intervento combinato più completo a pazienti complessi o non responsivi alla sola terapia vocale.
Pertanto, la componente psicologica non sembra rappresentare necessariamente un intervento aggiuntivo standardizzato da applicare allo stesso modo a tutti i pazienti, quanto piuttosto un'area di valutazione e di intervento da modulare in funzione delle caratteristiche cliniche e psicosociali del singolo caso.

Nel complesso, i risultati della revisione sostengono l'importanza di un approccio alla disfonia psicogena che, accanto al recupero della funzione vocale, tenga conto dei fattori psicologici rilevanti per la stabilizzazione e il mantenimento degli esiti terapeutici, attraverso approcci e modalità differenti a seconda del caso preso in esame.

Limitazioni

La presente *Scoping Review* presenta alcune limitazioni che devono essere considerate nell'interpretazione dei risultati. Innanzitutto, il numero di studi raccolti durante la selezione è risultato limitato, riflettendo la scarsità della letteratura disponibile in merito alla gestione della disfonia psicogena e, in particolare, agli approcci che integrano la componente logopedica e quella psicologica.

Un ulteriore elemento di criticità è rappresentato dall'eterogeneità degli studi inclusi, i quali differiscono per disegno di ricerca, numerosità e caratteristiche dei campioni, modalità e durata degli interventi. Tali fattori rendono difficile effettuare confronti diretti tra gli interventi e individuare quale modalità terapeutica è più diffusa.
In merito al disegno degli studi disponibili, emergono prevalentemente disegni osservazionali, *case series* e *case report*, con una limitata presenza di studi controllati. Ne consegue che i risultati siano stati interpretati con cautela, in quanto non consentono di stabilire con certezza una relazione causale tra le caratteristiche dei trattamenti e gli esiti osservati.
La variabilità degli strumenti e dei criteri utilizzati per la valutazione degli esiti costituisce un ulteriore elemento che limita la possibilità di confrontare direttamente i risultati tra i vari studi.

Sviluppi futuri

Sarebbero necessari studi con campioni più ampi e disegni metodologici maggiormente strutturati, che consentano di confrontare differenti modalità di trattamento e di chiarire il contributo specifico della terapia vocale e degli interventi psicologici, delineando adeguatamente le figure professionali coinvolte.
Sarebbe, inoltre, utile una maggiore standardizzazione nella descrizione degli interventi, della loro durata e degli *outcome* considerati, così da permettere un confronto più diretto tra gli studi.

CONCLUSIONI

La presente tesi ha avuto l'obiettivo di approfondire la gestione della disfonia psicogena, con particolare attenzione al rapporto tra la componente logopedica e quella psicologica. L'analisi della letteratura ha permesso di evidenziare come tale condizione rappresenti un disturbo complesso, nel quale la manifestazione vocale non può essere considerata indipendentemente dagli aspetti emotivi, psicologici e relazionali che possono influenzarla.

La terapia logopedica rappresenta un elemento centrale nella gestione della disfonia psicogena e può contribuire al recupero della funzione vocale attraverso modalità di intervento differenti, selezionate in relazione alle caratteristiche del paziente, al quadro clinico e alle competenze dell'operatore. Tali fattori contribuiscono ad evidenziare una considerevole variabilità nelle tecniche di intervento impiegate nella pratica clinica.

Parallelamente, nella presa in carico di tale disturbo, la componente psicologica assume particolare rilevanza nella comprensione e nella gestione dei fattori che possono contribuire all'insorgenza e/o al mantenimento della sintomatologia. Anche in questo ambito di intervento, si sottolinea maggiormente la presenza di eterogeneità nella scelta degli approcci terapeutici a carattere psicologico, che variano dalla sola valutazione al *counselling*, fino ad arrivare a interventi psicoterapeutici strutturati.

La variabilità che emerge dagli interventi impiegati in entrambi gli ambiti non consente di individuare un unico modello terapeutico applicabile a tutti i pazienti con disfonia psicogena. Tuttavia, in letteratura, viene sottolineata l'importanza di una presa in carico individualizzata, attraverso la definizione di un percorso terapeutico progettato in funzione delle caratteristiche cliniche e psicosociali della persona.

La *Scoping Review* condotta nel presente elaborato ha evidenziato la limitata disponibilità di studi e la loro marcata eterogeneità in termini di metodologia, disegno dello studio e tipologia di interventi proposti. Le evidenze disponibili, pur mostrando complessivamente esiti favorevoli rispetto al recupero della funzione vocale e, in alcuni casi, al miglioramento degli aspetti psicologici, non permettono di stabilire con certezza quale sia la modalità di intervento maggiormente efficace nel trattamento della disfonia psicogena. Pertanto, tali evidenze devono essere interpretate con cautela e devono essere considerate principalmente come una descrizione delle modalità di gestione del disturbo attualmente riportate nella letteratura disponibile.

La complessità della disfonia psicogena e la variabilità degli interventi descritti in letteratura rendono auspicabile lo sviluppo di studi futuri caratterizzati da metodologie maggiormente strutturate, con una descrizione più omogenea degli interventi e degli *outcome*. In questa prospettiva, si potrebbe ottenere una maggiore confrontabilità dei risultati, contribuendo a una migliore definizione dei percorsi di presa in carico di tale disturbo vocale.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

[1] Magnani S. *Curare la voce. Diagnosi e terapia dei disturbi della voce*. 2nd ed. Franco Angeli, 2015.

[2] Formigoni P, Zecchini B, Spinelli E, et al. Le disfonie psicogene. In: Casolino D (ed) *Le disfonie: fisiopatologia, clinica ed aspetti medico-legali. Relazione Ufficiale LXXXIX Congresso Nazionale SIO*. San Benedetto del Tronto: Pacini Editore, pp. 221–231.

[3] Magnani S. *Io sono la mia voce. Quando la mente fa ammalare la voce*. Volontè & Co, 2020.

[4] Voegtline KM, Costigan KA, Pater HA, et al. Near-term fetal response to maternal spoken voice. *Infant Behav Dev* 2013; 36: 526–533.

[5] Saladin KS. Apparato respiratorio. In: De Caro Raffaele (ed) *Anatomia Umana*. Piccin, 2021, pp. 625–646.

[6] Dimon T. *Anatomia della voce. Una guida illustrata per cantanti, vocal coach e logopedisti*. Piccin, 2019.

[7] Albera R, Rossi G. *Otorinolaringoiatria*. 5th ed. Minerva Medica, 2021.

[8] Netter FH. *Atlante di anatomia umana*. 6th ed. Edra, 2019.

[9] Saladin KS. L'apparato muscolare II - La muscolatura assiale. In: De Caro R (ed) *Anatomia Umana*. Piccin, 2021, pp. 254–290.

[10] Füstös R. Anatomia dell'apparato pneumo-fono-articolatorio. In: Schindler O (ed) *La voce: Fisiologia, Patologia, Clinica e Terapia*. Piccin, 2009, pp. 29–51.

[11] Spadola Bisetti M, Cossu D, Favero E. Fisiologia della fonazione. In: Schindler O (ed) *La voce: Fisiologia, Patologia, Clinica e Terapia*. Piccin, 2009, pp. 67–82.

[12] Sobin C, Alpert M. *Emotion in Speech: The Acoustic Attributes of Fear, Anger, Sadness, and Joy*. 1999.

[13] Accordi M, Agnelli S. La gestione della voce nei transessuali. In: Schindler O (ed) *La voce: Fisiologia, Patologia, Clinica e Terapia*. Piccin, 2009, pp. 651–656.

[14] McBrinn S, Antoni C, Al Yaghchi C. Current approaches to gender-affirming vocal care. *Current Opinion in Otolaryngology and Head and Neck Surgery* 2024; 32: 143–150.

[15] Antoni C. Voice and Speech Training for the Transgendered Patient: What the Otolaryngologist Should Know. *Otolaryngologic Clinics of North America* 2022; 55: 749–756.

[16] Schindler A, Ricci Maccarini A, Ottaviani F. Valutazione percettiva della voce. In: Schindler O (ed) *La voce: Fisiologia, Patologia, Clinica e Terapia*. Piccin, 2009, pp. 143–154.

[17] Schindler A, Canale A. Diagnosi laringologica e diagnosi riabilitativa. In: Schindler O (ed) *La voce: Fisiologia, Patologia, Clinica e Terapia*. Piccin, 2009, pp. 289–293.

[18] Spadola Bisetti M, Favero E. La videolaringostroboscopia e la videokimografia. In: Schindler O (ed) *La voce: Fisiologia, Patologia, Clinica e Terapia*. Piccin, 2009, pp. 171–186.

[19] Ricci Maccarini A, Lucchini E, Malinverno MR, et al. Palpazione e manipolazione laringea. In: Schindler O (ed) *La voce: Fisiologia, Patologia, Clinica e Terapia*. Piccin, 2009, pp. 133–142.

[20] De Colle W. Analisi acustica. In: Schindler O (ed) *La voce: Fisiologia, Patologia, Clinica e Terapia*. Piccin, 2009, pp. 187–210.

[21] Amir O, Wolf M, Amir N. A clinical comparison between two acoustic analysis softwares: MDVP and Praat. *Biomed Signal Process Control* 2009; 4: 202–205.

[22] Patrocinio D, Trittola A. L'autovalutazione nei disturbi della voce. In: Schindler O (ed) *La voce: Fisiologia, Patologia, Clinica e Terapia*. Piccin, 2009, pp. 267–274.

[23] Schindler O. La classificazione delle disfonie. In: Schindler O (ed) *La voce: Fisiologia, Patologia, Clinica e Terapia*. Piccin, 2009, pp. 295–306.

[24] Baker J. The role of psychogenic and psychosocial factors in the development of functional voice disorders. *International Journal of Speech-Language Pathology* 2008; 10: 210–230.

[25] Deary V, Miller T. Reconsidering the role of psychosocial factors in functional dysphonia. *Current Opinion in Otolaryngology and Head and Neck Surgery* 2011; 19: 150–154.

[26] Dietrich M, Verdolini Abbott K, Gartner-Schmidt J, et al. The Frequency of Perceived Stress, Anxiety, and Depression in Patients with Common Pathologies Affecting Voice. *Journal of Voice* 2008; 22: 472–488.

[27] Butcher P. Psychological processes in psychogenic voice disorder. *Int J Lang Commun Disord* 1995; 30: 467–474.

[28] Martins RHG, Tavares ELM, Ranalli PF, et al. Psychogenic dysphonia: Diversity of clinical and vocal manifestations in a case series. *Braz J Otorhinolaryngol* 2014; 80: 497–502.

[29] Schalén L, Andersson K, Eliasson I. Diagnosis of psychogenic dysphonia. *Acta Otolaryngol* 1992; 112: 110–112.

[30] Accordi M, Tesserin F. L'anamnesi e l'esame obiettivo laringeo. In: Casolino D (ed) *Le disfonie: fisiopatologia, clinica ed aspetti medico-legali. Relazione Ufficiale LXXXIX Congresso Nazionale SIO*. San Benedetto del Tronto: Pacini Editore, pp. 117–124.

[31] Tezcaner ZÇ, Gökmen MF, Yıldırım S, et al. Clinical Features of Psychogenic Voice Disorder and the Efficiency of Voice Therapy and Psychological Evaluation. *Journal of Voice* 2019; 33: 250–254.

[32] Reiter R, Rommel D, Brosch S. Long term outcome of psychogenic voice disorders. *Auris Nasus Larynx* 2013; 40: 470–475.

[33] Aronson AE. Speech pathology and symptom therapy in the interdisciplinary treatment of psychogenic aphonia. *J Speech Hear Disord* 1969; 34: 321–341.

[34] Başer E, Denizoğlu İİ. The efficiency of the DoctorVox voice therapy technique in conversion dysphonia and aphonia. *Journal of Laryngology and Otology* 2024; 138: 224–231.

[35] Ricci Maccarini A, Ottaviani F, Schindler A, et al. La valutazione percettiva della voce. In: Casolino D (ed) *Le disfonie: fisiopatologia, clinica ed aspetti medico-legali. Relazione Ufficiale LXXXIX Congresso Nazionale SIO*. San Benedetto del Tronto: Pacini Editore, pp. 125–133.

[36] Ricci Maccarini A, De Colle W, Lucchini E, et al. L'esame spettroacustico della voce. In: Casolino D (ed) *Le disfonie: fisiopatologia, clinica ed aspetti medico-legali. Relazione Ufficiale LXXXIX Congresso Nazionale SIO*. San Benedetto del Tronto: Pacini Editore, pp. 150–182.

[37] Kosztyła-Hojna B, Moskal-Jasińska D, Kraszewska A, et al. Verbal communication disorders in psychogenic dysphonia. *Otolaryngologia Polska* 2019; 73: 1–5.

[38] Vernero I. La presa in carico logopedica. In: Schindler O (ed) *La voce: Fisiologia, Patologia, Clinica e Terapia*. Piccin, 2009, pp. 467–473.

[39] Ruotsalainen JH, Sellman J, Lehto L, et al. Interventions for treating functional dysphonia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Epub ahead of print 2007. DOI: 10.1002/14651858.CD006373.pub2.

[40] Patrocinio D, Trittola A. Il counseling nei disturbi della voce. In: Schindler O (ed) *La voce: Fisiologia, Patologia, Clinica e Terapia*. Piccin, 2009, pp. 491–503.

[41] Capovilla A. Norme di igiene vocale. In: Schindler O (ed) *La voce: Fisiologia, Patologia, Clinica e Terapia*. Piccin, 2009, pp. 519–526.

[42] Sudhir PM, Chandra PS, Shivashankar N, et al. Comprehensive management of psychogenic dysphonia: A case illustration. *J Commun Disord* 2009; 42: 305–312.

[43] Amitrano A. Tecniche di rilassamento. In: Schindler O (ed) *La voce: Fisiologia, Patologia, Clinica e Terapia*. Piccin, 2009, pp. 527–536.

[44] Schindler A, Maruzzi P. Le tecniche facilitatorie. In: Schindler O (ed) *La voce: Fisiologia, Patologia, Clinica e Terapia*. Piccin, 2009, pp. 537–550.

[45] Schindler A, Fumagalli B, Auxilia F, et al. I metodi olistici. In: Schindler O (ed) *La voce: Fisiologia, Patologia, Clinica e Terapia*. Piccin, 2009, pp. 551–569.

[46] Almis BH. Integration of psychotherapy and functional interventions in the treatment of psychogenic dysphonia: 5 cases treated asynchronous. *Psychiatr Danub* 2024; 36: 251–254.

[47] Verdolini K. Principi dell'apprendimento motorio. In: Schindler O (ed) *La voce: Fisiologia, Patologia, Clinica e Terapia*. Piccin, 2009, pp. 475–489.

[48] Andersson K, Schalén L. *Etiology and Treatment of Psychogenic Voice Disorder: Results of a Follow-up Study of Thirty Patients*. 1998.

[49] Elias A, Raven R, Butcher P, et al. Speech therapy for psychogenic voice disorder: A survey of current practice and training. *Int J Lang Commun Disord* 1989; 24: 61–76.

[50] Butcher P, Elias A, Raven R, et al. Psychogenic voice disorder unresponsive to speech therapy: Psychological characteristics and cognitive-behaviour therapy. *British Journal of Disorders of Communication* 1987; 22: 81–92.

[51] Boyle BE. Hypnosis in the treatment of psychogenic dysphonia. *British Journal of Therapy and Rehabilitation* 1999; 6: 354–360.

[52] Baker J. Psychogenic Dysphonia: Peeling Back the Layers. *Journal of Voice* 1998; 12: 527–535.

[53] PRISMA 2020 flow diagram — PRISMA statement, https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram (accessed 25 September 2026).