

DISFONIE DISEMOTIVE E TERAPIA INTEGRATA

Ezio Marchegiani – Daniela Maiocco

Per **DISFONIA** si intende un'alterazione della voce parlata in senso quantitativo e qualitativo.

La comunicazione mediante voce e' di tipo sostanzialmente **emotivo**, in contrapposizione al tipo sostanzialmente **razionale** della comunicazione mediante parola.

ANATOMO-FISIOLOGIA:

La gestione centrale della voce dipende prevalentemente da un pilotaggio **umorale chimico-ormonale**, mentre la parola dipende maggiormente da un pilotaggio **neuronale**.

Inoltre, la prima dipende molto piu' dalle zone encefaliche **archi e paleo-palliche** (cervello filogeneticamente piu' antico) e da zone cerebrali sottocorticali, mentre la parola dipende maggiormente dalle zone **neo-palliche** (cervello filogeneticamente piu' recente).

Chiunque si occupi di problemi vocali deve ricordare che:

"la laringe e' un organo sessuale secondario" .

Gia' R.Segre riporta il fatto che gli strisci delle *mucose delle corde vocali* hanno lo stesso comportamento citologico della *mucosa vaginale* durante il ciclo mestruale.(1-2-6)

In **ambito omeopatico** rammentiamo che, nella patogenesi di GRAPHITES e di GELSEMIUM compare raucedine durante le mestruazioni.

Evolutivamente:

la comunicazione orale e', esclusivamente fino ai 12-18 mesi e prevalentemente fino ai 36-48 mesi di vita, **emotivo-averbale** (anche in presenza di parole):

si ha un'ulteriore evidenza dell'importanza **ontogenetica** della voce.(1)

Da quanto rammentato sulle correlazioni anatomico-fisiologiche tra cervello primitivo, sessualita' e fonazione, ben si comprende che la voce e' una funzione profondamente ancorata alle **emozioni primitive** (reazioni di difesa-offesa, sessualita' e stress riproduttivo, ecc.).

Queste ultime sono responsabili di alcune alterazioni vocali, tradizionalmente definite **DISFONIE PSICOGENE**.

Questo termine va messo in discussione da un punto di vista scientifico, in quanto:

- 1) comporta il **dualismo psichico-organico**, che ha condizionato il pensiero medico dai tempi del Virchow (seconda meta' dell'800) ad oggi, malgrado le contraddizioni che comporta.
- 2) tale dualismo rappresenta un' **astrazione concettuale**, priva di aderenza alla realta' clinica.
- 3) utilizzando il termine "disfonie psicogene" diventa arduo il loro inquadramento (nelle disfonie non organiche), avendo un correlato clinico, biochimico ed ormonale dimostrabile,
- 4) queste variazioni neuro-ormonali, dimostrate con la P.N.E.I., producono alterazioni vocali, dapprima funzionali ed in seguito anatomiche (nodulo cordale)
- 5) il sapere medico boccia questo dualismo, affermando la profonda **unita' psicosomatica** dell'individuo.(3)

A tutt'oggi, la mancata adozione in Foniatria ed in Logopedia del termine "DISEMOTIVO" non è, quindi, solo un problema terminologico, ma dimostra di avere *conseguenze scientifiche di rilievo*:
-contrapposizione tra teorie, modelli diagnostico-terapeutici organicisti a quelli psico-dinamici.
-caos generale da un punto di vista diagnostico che terapeutico.

Ad esempio:

un soggetto affetto da disfonia psicogena che, a seguito di sforzi vocali compensatori, sviluppa un piccolo nodulo cordale, viene **riclassificato** affetto da disfonia organica. (10-11)

E' evidente il *limite interpretativo* di questo modello, che fa riferimento allo stadio anatomo-patologico di un'affezione piuttosto che alla sua eziologia; cio' dimostra, il mancato adeguamento della medicina alla moderna P.N.E.I., in tema di patologia vocale.

A tal proposito riportiamo l'introduzione alle "disfonie psicogene" nell'ambito della relazione ufficiale del LXXXIX Congresso Nazionale SIO :

"Le disfonie psicogene costituiscono un capitolo della patologia foniATRica studiato e descritto da molto tempo che ancora lascia adito ad approcci clinici e terapeutici eterogenei e talvolta contrastanti..." (9)

Il termine "**DISEMOTIVO**", di moderna concezione, fa riferimento all'emozione, quindi all'attivazione del cervello limbico-emozionale, mediata dalle strutture del sistema cognitivo individuale, che conduce ad una variazione dell'asse corteccia- ipofisi- ipotalamo- Sistema Neuro-Endocrino (S.N.E) e neuro-vegetativo (S.N.V). (7)

Tale concetto medico di emozione conduce ad una **visione unitaria** della psico-somatica, in accordo con la moderna P.N.E.I. (Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia), che evidenzia variazioni neuro-biochimiche anche negli eventi riconosciuti tradizionalmente come psichici.

La scienza medica è coerente con questo modello unitario psico-biologico, consapevole che **il dualismo psiche e soma è un'astrazione concettuale** assente nella realtà clinica quotidiana.

Questa visione unitaria si concilia bene con l'impiego di T.N.C. (**Terapie Non Convenzionali**) soprattutto omeopatiche, che riescono a cogliere simultaneamente le caratteristiche fisiche ed emozionali dell'individuo ed a tradurle in terapia.

Il termine DISFONIA PSICOGENA e gli studi che ad essa fanno riferimento sono il risultato delle difficoltà della medicina odierna ad applicare con successo la vecchia medicina psico-somatica di **stampo psicologico**. .

Questa si era limitata a trasferire in campo medico modelli interpretativi di stampo psicoanalitico, formulati spesso in modo *esoterico e poco comprensibile* per il medico pratico.

Con il concetto moderno di EMOZIONE si passa dalla vecchia psico-somatica a quella moderna di tipo **clinico-sperimentale** con modelli interpretativi obiettivamente controllabili.

In pratica l'"emozione" è un fenomeno *biochimico e fisico, clinicamente e strumentalmente evidenziabile* (esami ematochimici, biofeedback, ecc.), accompagnato da un determinato *sentimento*.

In CONCLUSIONE:

usando il termine "DISFONIA PSICOGENA" occorre ammettere che un fatto **psichico**, quindi **astratto** abbia prodotto un'alterazione vocale tramite un meccanismo inspiegabile su basi biologiche.

Le “**DISFONIE DISEMOTIVE**” hanno in comune un’*attivazione delle strutture del cervello limbico emozionale* a seguito di una *reazione di stress*, che può essere innescata da stimoli di svariata natura.

Possiamo azzardare una definizione delle disfonie disemotive, intendendo con esse : “*Alterazioni vocali secondarie a fattori emotivi con i loro correlati neurobiochimici ed ormonali*”.

“Didatticamente”:
esistono **3 gruppi** distinti di disfonia disemotiva:

- 1) Disfonia secondaria a DEPRESSIONE PSICOTICA
- 2) CONVERSIONE ISTERICA
- 3) Disfonia legata a STRESS CRONICO ASPECIFICO,
con iperattivazione dell’asse *ipotalamo-ipofisi-surrene*, clinicamente e strumentalmente evidenziabile.(3)

“Clinicamente”:
esistono FORME MISTE, con prevalenza di una componente rispetto all’altra.

La **REAZIONE DI STRESS**

e’ presente in tutti gli organismi viventi;
e’ la risposta dell’organismo a stimoli esterni o interni in grado di minacciarne la sopravvivenza o la replicazione.

E’ una reazione *adattativa e difensiva*, fisiologica ed utile inizialmente, ma con potenzialità patogena nel caso sia troppo intensa o protratta nel tempo.

Nell’uomo comporta un’attivazione del cervello *limbico emozionale* mediata dalle strutture del sistema cognitivo individuale.

Consideriamo la situazione di MINACCIA IMMEDIATA:
rappresenta uno *stressor* in grado di attivare nell’individuo massime ed adeguate reazioni di fuga, preparando l’organismo ad un maggior lavoro fisico, attraverso la fissazione delle estremità superiori alla gabbia toracica per combattere.

In questi casi e’ richiesta una ferma *adduzione* delle corde vocali, alternata ad un’ampia *abduzione* che faciliti il flusso di aria ai polmoni.

Questi stati di emergenza biologica sono *incompatibili* con una normale fonazione.

Svariati stimoli della vita quotidiana possono produrre reazioni simili a quella descritta, in genere più lievi ma protratte, con *variabilità individuale* a seconda del tipo costituzionale.

In queste condizioni si possono generare i quadri di **disfonia disemotiva da stress aspecifico**, privi di significati simbolici e di altri aspetti tipici della conversione isterica.

OSSERVAZIONI CLINICHE:

Abbiamo valutato soggetti affetti da **disfonia disfunzionale**.

Sono stati sottoposti a :

- visita specialistica foniatica ed otorinolaringoiatrica
- valutazione logopedica

L'**iter diagnostico** seguito ha incluso:

-anamnesi specifica

tesa ad evidenziare situazioni di disemotivazione, surmenage vocale, flogosi ORL ricorrenti e ad escludere patologie internistiche concomitanti

-valutazione anatomo-funzionale di effettore laringeo e mantice polmonare mediante visita ORL, esame della respirazione e tempo di fonazione

-ispezione della postura

che si presenta come un elemento abbastanza preciso per evidenziare i segni di reazione da stress

-palpazione del collo

per rilevare l'innalzamento del laringe, le eventuali contratture dei muscoli del collo e la loro dolorabilità

Fondamentali per la diagnosi di disfonia disemotiva sono stati:

-*la postura di allarme*, con ipercontrattura dei muscoli dorsali e fissazione degli arti superiori alla gabbia toracica

-*l'ipertono muscolare del collo con laringe innalzato*, in assenza di surmenage vocale.

Il test della tosse ed il test di Lombard hanno contribuito a differenziare le forme con importante conversione isterica.

L'*esame ORL* ha evidenziato alterazioni motorie laringee, in accordo alle osservazioni di Arnold. Anche nella nostra esperienza clinica, in accordo con i dati della letteratura, si è riscontrata una predominanza del *Sesso femminile*, soprattutto nel gruppo delle forme disemotive.

-I soggetti affetti da **Sindrome psichiatrica conclamata**, possono manifestare disfonia disemotiva, strettamente legata alla sindrome clinica principale.

Tali casi giungono occasionalmente all'osservazione foniatrica e logopedica; rimangono peraltro di chiara gestione *Neuropsichiatrica*.

TERAPIA:

La terapia dei soggetti affetti da disfonia da **CONVERSIONE ISTERICA pura** è un **percorso attraverso il sintomo** per rendere il paziente *consapevole* di quanto gli sta accadendo.

A tal fine sono indispensabili **counselling foniatrico e logopedico** incentrati sulla *rassicurazione, il contenimento delle ansie e la risoluzione del conflitto*.

Tali interventi sono efficaci nei casi meno gravi, di esordio recente;

in casi più compromessi, ad esordio lontano, preparano il paziente ad un approccio psicoterapico.

I casi molto gravi, in genere, reagiscono con la *fuga*.

In questo ambito, la rieducazione logopedica, la terapia medica convenzionale o non convenzionale, risultano poco efficaci e/o inadeguate.

La terapia dei soggetti affetti da disfonia **DISEMOTIVA** secondaria *prevalentemente a sindrome da stress aspecifico* prevede un percorso individualizzato che comprende:

- la **terapia logopedica** che include: indicazioni di igiene vocale ed attività aspecifiche (ginnastica, yoga, ecc), rilassamento muscolare/ training autogeno, impostazione della

respirazione diaframmatica, vocalizzi specifici, counselling logopedico, all'interno di un intervento globale molto personalizzato.

- la **terapia medica**, convenzionale e non convenzionale.

A) La **terapia medica CONVENZIONALE** con farmaci allopatici e' da tempo abbandonata.

Sopravvivono **manovre suggestive**, da parte dello specialista ORL, (finte estrazioni di polipi, pratiche intimidatorie, ecc.) che possono restituire la voce al paziente, con alta percentuale di insuccessi, recidive e grossi limiti deontologici. (9)

Fondamentale e' il **counselling medico** incentrato sulla rassicurazione del soggetto sulla natura non grave del problema.

B) La **terapia medica NON CONVENZIONALE** con farmaci omeo-bioterapici, e' attualmente rivalutata da molti specialisti del settore.

I soggetti affetti da **conversione isterica** richiedono la massima personalizzazione della terapia (**simillimum**), accompagnata o meno da supporto psicoterapico (counselling, psicanalisi successiva, ecc.).

I casi affetti da **stress aspecifico** richiedono una correzione della distonia neurovegetativa e delle conseguenti manifestazioni da sovraeccitazione:

- gemmoterapia**→ *tilia tomentosa mac. glic.*, mattino e sera, come regolatore diencefalo-ipofisario con azione marcata antiansia
- organoterapia**→ *-zona limbica 7-9 ch*, (oggi prescrivibile come estemporaneo) con diluizione differente a seconda del grado di ansiet .
-cerebrinum 7 ch, come neuro-regolatore generale
- oligoelementi**→ *-diatesico*, sfruttando l'azione neuro-regolatrice del manganese, quella antiansia e spasmolitica del cobalto.
-magnesio, destinato a ridurre ansiet , eccitazione e spasmi muscolari
-litio, indicato per la correzione della depressione reattiva, con ansiet  eccessiva
- litoterapia**→ *-lepidolite*, come litocomplesso di litio ed alluminio, rimedia malinconia ed insonnia
-tormalina litica, complementare al precedente, unisce all'azione antidepressiva quella spasmolitica ed antiansia (contiene litio e magnesio)
- fitoterapia**→ tra le numerose piante medicinali "neuroattive", l'esperienza clinica ci induce a considerarne 2 in particolare:
-valeriana T.M., specifica su distonia neuro-vegetativa,

ansietà' e spasmi
-*crataegus oxyecantha crociata T.M.*, con netta azione
antiansia, già' riconosciuta dalla psichiatria ufficiale
anni '70. (12)

-rimedi unitari→ sono da preferire quelli con azione sulla triade
“eccitazione- ansia- spasmi” :
-*ignatia amara*, specifica per soggetti con umore
mutevole, ansietà', spasmi alla muscolatura liscia e
striata
-*nux vomica*, per soggetti iperattivi, con collera facile e
spasmi
-*valeriana*, a bassa diluizione, con le stesse indicazioni
della T.M.
-*moschus*, noto per episodi isterici, cura bene gli spasmi
faringei.
-*ambra grisea*, simile al precedente, con piu' timidezza e
meno svenimenti
-*asa foetida*, simile ai due precedenti, in soggetti con note
piu' marcatamente fluoriche.

I rimedi di fondo, simillimum, diatesici e/o costituzionali sono importanti per prevenire recidive.
Anche in questo studio, un *esordio non recente* ha avuto *valore prognostico sfavorevole*.
I casi con esordio non anteriore ai 6 mesi hanno maggiore percentuale di successi rispetto ai casi
con esordio oltre i 6 mesi.

BIBLIOGRAFIA:

1. Oskar Schindler- “Breviario di patologia della comunicazione”- Edizioni Omega Torino
2. Oskar Schindler- Irene Vernero- “Riconoscimento sulla foniatría e sulla logopedia”- Edizioni Omega Torino
3. Ezio Marchegiani-Angela Assenza- Paola Tamborrino- “Disfonie disemotive: diagnosi differenziale e terapia”-
XXV Congresso Nazionale Società Italiana di Foniatria e Logopedia- Padova- Abano Terme- 17-19 Aprile
1991
4. Ezio Marchegiani- “Approccio omeopaterapico al paziente con disfonia persistente”-III Congresso Nazionale
di Omeopatia –
Punta Ala- Giugno 1994
5. Max Tetau-“La materia medica omeopatica clinica e associazioni bioterapiche”-IPSA-SIMILIA FRANCE
Editori
6. Renato Segre- “La comunicazione orale normale e patologica”-
Edizioni Medico Scientifiche Torino
7. Paolo Pancheri – “Trattato di medicina psicosomatica”- USES Edizioni Scientifiche Firenze
8. James Tyler Kent- “Repertorio di Kent”- IPSA Editore
9. P. Formigoni, B.Zecchini, E. Spinelli, A. Caroggio-“Le disfonie
psicogene”- LXXXIX Congresso Nazionale SIO- San Benedetto del
Tronto- 22-25 Maggio 2002
10. Le Huche F.- “Dysphonies dysfunctionnelles”-Encycl. Med. Chir. ,
Paris, Otorinolaringologie 20752, A-15, 5, 1982
11. Tarneaud J. – « Traite' pratique de phonologie et de phoniatrie. La
voix, la parole, le chant »- Maloine, 1961