

*“chi sopporterebbe gli scherni del tempo,  
il torto dell'oppressore, le offese dei su-  
perbi, gli spasimi dell'amore disprezzato, il  
ritardo della legge, l'insolenza delle cari-  
che ufficiali e il disprezzo che il meritevole  
riceve dagli indegni, se.....”*

*Shakespeare, Amleto, Atto III, scena I*

## *Le disfonie psicogene*

*Silvia Magnani*

[www.silviamagnani.it](http://www.silviamagnani.it)

---

## **I quaderni della voce**

**I quaderni della voce** sono pubblicazioni di rapida lettura che riassumono tematiche affrontate in aula durante i corsi organizzati da [Nuova ARTEC](#). Il criterio monotematico nella scelta degli argomenti, la brevità del testo, la presenza di tabelle, i richiami tipografici ne fanno uno strumento di utilizzo immediato anche per chi non ha potuto seguire la didattica frontale.

*Le 150 ore*  
*corso per insegnanti di canto*  
Prima edizione anno didattico 2016-2017

*Conoscere e curare la voce:*  
*Scuola di Vocologia Clinica per logopedisti*  
Prima edizione 2017  
Seconda edizione 2018

*Titolo originale*  
Le disfonie psicogene

*Pubblicato dall'autore*



*distribuito con licenza*

**[Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate  
4.0 Internazionale](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)**

*Prima edizione: settembre 2018*

## Indice

<b>Presentazione</b>	<i>pag.</i>	5
<b>Cosa intendiamo per disfonia psicogena</b>	»	6
<i>ICD-10</i>	»	7
<i>DSM.</i>	»	8
<i>PDM</i>	»	9
<b>Disturbi somatoformi</b>	»	13
<i>Definizione della categoria</i>	»	13
<i>Disturbo da sintomi somatici</i>	»	17
<i>Disturbo da ansia di malattia</i>	»	21
<i>Disturbo fittizio</i>	»	23
<i>Disturbo da dismorfismo corporeo</i>	»	26
<b>Disturbo da conversione</b>		
<i>La conversione e la teoria freudiana</i>	»	28
<i>La visione di PDM, ICD, e DSM</i>	»	29
	»	35
<b>Le disfonie psicogene</b>		
<i>Difficoltà terminologiche incontrate nella revisione della letteratura</i>	»	35
<i>Modalità di messa in atto delle forme psicogene</i>	»	37
	»	40
<b>Integrazione delle forme di disfonia psicogena nella nosologia del DSM-5 e del PDM-2</b>		
<i>Disfonia come disturbo somatoforme</i>	»	40
<i>Disfonia come disturbo da ansia di malattia</i>	»	44
<i>Disfonia come disturbo fittizio</i>	»	45

<i>Disfonia come disturbo da dismorfismo corporeo</i>	»	48
<i>Disfonia da dissociazione e conversione</i>	»	51
<b>Riconoscere una disfonia psicogena</b>	»	60
<b>La terapia</b>	»	63
<b>Un quadro a parte: la muta alterata</b>	»	66
<i>Definizione e presentazione</i>	»	66
<i>Perché la muta adattiva e paradossa maschile è in innalzamento di frequenza?</i>	»	68
<i>Conseguenze della muta paradossa e adattiva nell'uomo adulto</i>	»	69
<i>Muta paradossa femminile</i>	»	73
<b>Riflessioni conclusive</b>	»	75
<i>Le disfonie disfunzionali e la sofferenza soggettiva</i>	»	75
<i>Relazionarsi con il tempo</i>	»	76
<i>Abitare il corpo e lo spazio</i>	»	77
<b>Link utili</b>	»	80

## Presentazione

Questo testo è dedicato ai logopedisti e ai foniatristi che si occupano di voce. In esso riporto le riflessioni che hanno accompagnato questi miei ultimi anni di lavoro relativamente alle disfonie psicogene, un quadro di difficile diagnosi, spesso non riconosciuto o diagnosticato a sproposito.

Alla mia primitiva convinzione che la disfonia psicogena fosse unicamente un sintomo da conversione si è andata sostituendo una visione più ampia del problema, che mi ha portato a rivedere i casi clinici che ho raccolto, reinterpretandoli in una nuova luce.

Poiché è necessario orientarsi tra le diverse nomenclature del disturbo psichiatrico ho dedicato le pagine iniziali alla descrizione dei tre più importanti riferimenti bibliografici.

Studiare i manuali mi ha dato nuovi spunti di riflessione e invito il lettore a consultarli direttamente.

I casi clinici che riporto sono rielaborazioni di narrazioni raccolte, finalizzati alla esposizione di problematiche tipiche nella non riconoscibilità del paziente.

Ho voluto citare, a inizio di questo lavoro, le parole di Amleto, per ricordare che le disfonie psicogene, prima ancora che un quadro patologico, **sono una risposta** alla universale domanda su come sopportare il dolore.

## Cosa intendiamo per disfonia psicogena

La disfonia psicogena è un quadro stabile di alterazione della voce che non trova nella situazione fisica del paziente ragione eziologica alcuna o sufficiente del suo esistere. La diagnosi è complessa e la terapia controversa.

La comunicazione della natura del disturbo al paziente è momento di particolare delicatezza e può essere qualche volta solo confermata per esclusione.

Le forme nelle quali si può esprimere una disfonia psicogena sono molteplici, andando dalla completa afonia alla fonazione in registro di falsetto, alla modificazione del bilancio delle risonanze per atteggiamenti assunti dal vocal tract.

Elementi comuni in ogni forma di disfonia psicogena sono la non consapevolezza della autoproduzione del sintomo e la mentale, anch'essa spesso non riconosciuta (fatto che rende ancora più complessa la presa in carico).

Per la discussione delle forme psicogene mi avvalgo dell'ICD-10 (Classificazione Internazionale delle Malattie), del DSM-5 (Manuale Diagnostico-Statistico dei Disturbi Mentali) e del PDM-2 (Manuale Diagnostico Psicodinamico), che presento brevemente nelle loro differenze.

Voluta dall'OMS, l'ICD (Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati) si è proposta la standardizzazione della diagnosi e della classificazione delle malattie con la finalità primaria di porsi come guida alla **creazione di un linguaggio comune in medicina**, per favorire un maggior impegno dei governi nello sviluppo di servizi per i malati e per sviluppare centri di ricerca in grado di lavorare con l'OMS.

L'ICD-10 è la sua decima revisione, adottata nel 1990 dall'Assemblea Mondiale della Sanità (WHA) e in vigore dal 1° Gennaio 1993.

Merito dell'ICD è lo sviluppo di tassonomie differenziate in campo psichiatrico destinate ai clinici, alla ricerca e alla medicina di base. Alla sua ottava edizione<sup>1</sup> si deve la pubblicazione di un primo glossario delle malattie mentali accettato in ambito internazionale.

La sua ultima versione, l'ICD-10, si propone inoltre in modo specifico di facilitare la descrizione e la valutazione della qualità dei servizi psichiatrici territoriali e l'appropriatezza degli interventi atti a migliorare le condizioni di vita dei malati. Il manuale ha come destinatari quindi anche i dirigenti dei servizi sanitari, gli amministratori e gli statistici.

L'ICD-10 è stata adottata da oltre 100 Stati membri dell'OMS (rappresentanti il 60% della popolazione mondiale) principalmente per la codifica delle cause di morte. Alcuni Paesi hanno adottato ICD-10, o una sua modificazione, anche per la codifica di diagnosi e prestazioni dei ricoveri ospedalieri.

---

<sup>1</sup> e all'impegno profuso in essa dal prof. J.E. Cooper che fu editor anche della guida all'edizione 10 nel 1994. Vedi Cooper, J.E. (ed) (1994) Pocket guide to the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, with Glossary and Diagnostic Criteria for research. Churchill Livingstone (Edinburgh, London, Melbourne, New York and Tokyo), in behalf of WHO.



Dal 1996 è aggiornata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) e dalla Rete dei Centri Collaboratori per la famiglia delle classificazioni internazionali (WHO-FIC Network) attraverso un comitato di manutenzione e aggiornamento detto Update and Revision Committee (URC).

Il capitolo V *Disturbi psichici e comportamentali* (F00-F99) è quello considerato in questo scritto.

★ Per rendere il processo più partecipato e trasparente, dal 2006 l'aggiornamento di ICD-10 è gestito attraverso una piattaforma web accessibile a chiunque, sul [Portale Italiano delle Classificazioni Sanitarie](#)

Link utili per approfondirne la conoscenza sono reperibili sul [portale del Ministero della Salute](#).

Può esserti utile scaricare e conservare il pdf dell'indice generale con la classificazione di tutte le malattie

[Scarica la classificazione generale delle malattie.](#)

## DSM

Il manuale Diagnostico-Statistico dei Disturbi Mentali<sup>2</sup> costituisce un sistema diagnostico formale delle patologie psichiatriche. Esso conosce con l'edizione degli anni 80 (DSM-III) una profonda modificazione rispetto alle versioni precedenti, proponendosi come base di **classificazione nosologica centrata sul sintomo**, cioè fondata sulla presenza/assenza di indicatori atti a diagnosticare il disturbo mentale<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Editato a cura dell'American Psychiatric Association, si è proposto come replica degli operatori nell'area del disagio mentale all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e alla classificazione ICD.

<sup>3</sup> Indicatori a quel tempo definiti "criteri suggeriti" a integrazione delle definizioni narrative, nella libertà lasciata al clinico quanto al loro utilizzo (Spitzer R.L. et All.

Le edizioni successive, sino alla attuale, hanno enfatizzato questa visione principalmente classificatoria, al fine di facilitare la ricerca sull'efficacia dei trattamenti farmacologici (il sintomo è una obiettività misurabile, in quanto tratto "discreto" del comportamento, e di conseguenza lo è l'effetto su di esso operato dai farmaci) e di tracciare una demarcazione dall'approccio psicoanalitico di tipo narrativo.

Merito del DSM è aver delineato i prototipi dei vari disturbi mentali in modo preciso e di aver così favorito il dialogo tra clinici e permesso ai famigliari e al malato stesso di orientarsi nel ricevere la diagnosi.

La versione attuale, DSM-5, è stata criticata per la tendenza a "psichiatrizzare" condizioni rientranti nell'ambito della norma, cioè esperienze umane comuni alla maggior parte delle persone. A questo proposito vale la pena ricordare che molte condizioni patologiche sono in *continuum* con la normalità e che la malattia mentale non è un "tutto o nulla" e può costituire un episodio della vita del soggetto. Decidere se una situazione ai limiti è patologica o rientra nella fisiologia deve basarsi sulla utilità clinica di tale giudizio in vista del bene del malato.

Nel manuale i disturbi sono elencati con il nome preceduto da due codici, un primo numerico, corrispondente alla classificazione del ICD-9-CM e uno alfa-numerico corrispondente a quella del ICD-10-CM. Dal 2014 è obbligo classificare i disturbi con il secondo codice.

★ Sul portale dell'American Psychiatric Association è possibile effettuare un aggiornamento costante [a questo link](#).

Ho trovato aiuto nell'approccio al DSM-5 leggendo una lezione pubblicata on-line dall'Ordine degli Psicologi del Piemonte, [scaricala](#)

---

"Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM III" Am J Psychiatry 1975).

[qui](#). Se sei interessato alla classificazione del ICD-9-CM puoi scaricarla in pdf. a questo [link](#).

## PDM

---

Il Manuale Diagnostico Psicodinamico è l'interessante tentativo sistematico di fondare la diagnosi psichiatrica su modelli clinici e sulle teorie di orientamento psicodinamico. La prima edizione del PDM, a opera di Stanley Greenspan e Rober Wallerstein, è uscita negli Stati Uniti nel 2006. Esso si declina in tutt'altra modalità, andando a privilegiare i **metodi qualitativi di valutazione** e i report clinici e dando ad essi forza di evidenza.

La classificazione dei disturbi mentali secondo questa visione si basa sulla **considerazione del malato nella sua unità**. Essa rifiuta l'inclusione del soggetto in una rete diagnostica caratterizzata solo dalla evidenza clinica, nella quale possono venire a trovarsi pazienti diversissimi tra loro, accumulati solo dalla presenza/assenza di un sintomo.

Il manuale si articola seguendo tre assi:

- Asse P – Sindromi di personalità. In esso vengono presentate diversi tipi di persone delle quali viene valutato il livello di organizzazione della personalità, cioè il suo spettro di funzionamento, variabile da uno stato di salute a uno psicotico, passando da un livello nevrotico e da uno borderline. La finalità è orientare il clinico nell'inquadramento dei disturbi nella più ampia cornice della personalità di ciascuno.
- Asse M – Profilo di funzionamento mentale. In esso viene presa in considerazione una serie di capacità in grado di definire il funzionamento, cioè lo stato di salute psicologica, del soggetto. Tra le altre capacità particolare importanza viene

data a quelle di: elaborazione delle informazioni, regolazione degli impulsi, rappresentazione dei contenuti mentali propri ed altrui, mantenimento di relazioni, conquista di livello di autostima realistico, elaborazione e messa in atto di strategie di coping, interpretazione della esperienza personale in modo coerente con lo sviluppo del sé.

- Asse S -Pattern sintomatologici. Vengono qui presentati i pattern sintomatologici, intesi come esperienza soggettiva. Considerando le categorie diagnostiche del DSM, la dimensione descrive quanto presentato dal paziente, andando, all'interno di ciascuna categoria, a delinearne gli stati affettivi (cosa il paziente prova intimamente), i processi cognitivi (quali operazioni mentali compie), le esperienze somatiche (cosa viene avvertito a livello fisico), le dinamiche relazionali associate, la modalità di rapportarsi al sanitario (transfert), sino a descrivere il vissuto del terapeuta nei confronti del paziente stesso (controtransfert).

Nella presa in carico degli adulti viene per prima cosa valutata la personalità e solo successivamente il livello di funzionamento.

L'enfasi sull'importanza dell'Asse P deriva dalla convinzione che lo stato del paziente vada diagnosticato e trattato **a partire dalla conoscenza approfondita dello stile soggettivo**, fattore questo in grado di modificare l'espressività dei sintomi e soprattutto la modalità con i quali il paziente li vive.

Negli adolescenti e nei bambini la valutazione inizia prevalentemente dal riconoscimento del funzionamento mentale (Asse M), in quanto la personalità non è ancora stabilizzata come nell'adulto

Per comodità, nella esposizione delle categorie nelle quali può essere inquadrata la disfonia psicogena, farò continui riferimenti ai

manuali DSM nella sua quinta edizione del 2014 a cura di Massimo Biondi e PDM nella sua seconda edizione del 2017 a cura di Vittorio Lingiardi e Nancy McWilliams, anche al fine di chiarirne ulteriormente le diversità, citando solo brevemente l'ICD-10, utilizzando la Guida Tascabile a cura di D. Kemali, M. Maj e coll.

Inizierò dallo specifico dei disturbi somatoformi a loro volta facilmente collegabili ai disturbi fittizi, per concludere con il concetto di “conversione”, per l'importanza che la rimozione riveste per la scuola psicomica nella comparsa di una determinata sintomatologia.

Concluderò infine con qualche cenno alla muta paradossa maschile e femminile.

Non tratterò invece delle disfonie psicogene in età pediatrica poiché non ne ho esperienza clinica diretta e potrei solo riferire i dati della letteratura, dal lettore in altro luogo comunque reperibili.

I disturbi verranno indicati con la specifica dei codici a loro applicati per i manuali ICD-10 e PDM-2 e con il numero di pagina dell'edizione italiana per il DSM-5.

## Disturbi somatoformi

È possibile parlare di *disturbo somatoforme* nei casi in cui il rilievo dato dal paziente alla sintomatologia somatica è significativo, l'origine psichica è negata o limitatamente accettata, il **focus attenzionale è centrato sul corpo** e la preoccupazione per il proprio stato di salute invade la vita sociale del soggetto e ne mette a rischio le relazioni.

La categoria dei disturbi da sintomi somatici è presente sia nel DSM-5 (pag. 357), sia nell'ICD-10 (F45), sia nel PDM-10 (S5), con la differenza che il primo considera al suo interno anche il disturbo da conversione, mentre il secondo lo inserisce tra le sindromi dissociative e il terzo, con una visione più eziologica, lo considera uno dei disturbi correlati a eventi di vita stressanti.

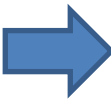
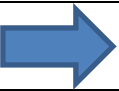
### *Definizione della categoria*

Il DSM-5 ha operato una vera rivoluzione nell'ambito della tassonomia rispetto alla versione precedente, ridefinendo l'intera categoria di disturbo per renderne più semplice la comprensione ai medici di medicina generale, ai quali il paziente si rivolge.

Il DSM-IV riportava infatti sotto la stessa dizione di disturbo somatoforme più espressioni di malessere psichico in grado di ripercuotersi sul corpo: l'ipocondria, il disturbo somatoforme, il disturbo somatoforme indifferenziato, il disturbo algico e, appunto, il disturbo da conversione.

Il DSM-5 riunisce invece tre quadri patologici (il disturbo somatoforme, somatoforme indifferenziato e il disturbo algico) sotto la dizione unitaria di *disturbi da sintomi somatici*. Traduce l'ipocondria in *disturbo da ansia di malattia*. Include il *disturbo fittizio*, che nel DSM-IV era un disturbo a sé stante, nei disturbi somatici. Riformula infine la definizione del *disturbo da conversione*, identificandolo con la presenza di “uno o più sintomi di alterazione della funzione motoria volontaria o sensoriale non meglio spiegati da altro disturbo medico o mentale”.

**Tabella 1- Riformulazione della classificazione nel DSM dei disturbi somatoformi**

DSM IV		DSM 5
<i>Disturbi somatoformi</i>		<i>Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati</i>
<i>Disturbo da somatizzazione</i>		<i>Disturbi da sintomi somatici</i>
<i>Disturbo somatoforme indifferenziato</i>		
<i>Disturbo algico</i>		
<i>Disturbo da conversione</i>		<i>Disturbo da conversione</i>
<i>Ipocondria</i>		<i>Disturbo da ansia di malattia</i>
<i>Disturbo da dismorfismo corporeo</i>		<i>Disturbo da dismorfismo corporeo</i>
		<i>Disturbo fittizio</i>

Comprendere la ragione della riformulazione è interessante.

- ✓ La dizione disturbi somatoformi del DSM-IV creava confusione, riunendo sotto di sé diversi quadri patologici, dai confini sfumati, che rischiavano di sovrapporsi tra loro. Riunire quindi i primi tre quadri in un unico disturbo non solo ne ammette la sovrapposizione ma ne facilita il riconoscimento anche da parte del medico di medicina generale, che è spesso il primo interlocutore del paziente.
- ✓ L'enfasi del DSM-IV sulla assenza di una patologia organica sottostante viene dal DSM-5 temperata. Se infatti nel disturbo da conversione e in quello da ansia da malattia la clinica è muta, negli altri disturbi è ammessa la possibilità di una sofferenza su base organica sulla quale si struttura poi quella mentale. Ciò permette di non cadere nella faciloneria di ritenere ogni malato che lamenta un sintomo senza dati clinici obiettivabili un "malato di mente" e di ammettere che ci si possa trovare, in caso di disturbo somatoforme, anche di fronte a una malattia somatica in comorbilità che non si ha mezzo per diagnosticare<sup>4</sup>.

L'ICD-10 propone una classificazione a più voci che può apparire completa ma confusiva. Il manuale sottolinea l'atteggiamento richiestivo del paziente e la sua continua domanda di analisi mediche. Anche l'enfasi sul riconoscimento della malattia è alta, nonostante i referti vengano svalutati. Tipico sembra essere un comportamento istrionico con continua richiesta di attenzione.

Seguendo la finalità primaria (favorire la conoscenza dei disturbi nel medico di base), il manuale inserisce sotto la dizione di *altre*

---

<sup>4</sup> Come è possibile infatti escludere con certezza, ad esempio in una situazione algica, che il dolore sia senza cause? È giusto diagnosticare un disturbo mentale solo perché non riusciamo a trovare una causa medica? All'opposto, non sarebbe un prendersi cura parziale del paziente sottovalutare la base organica, anche minima, sulla quale ha strutturato il disturbo mentale?



*sindromi somatoformi* la dismenorrea psicogena, il prurito sine materia, il torcicollo psicogeno, il bruxismo e il senso di corpo estraneo ipofaringeo. Un certo interesse riveste la presenza nella classificazione della *sindrome vegetativa somatoforme* caratterizzata da due categorie sintomatiche, la prima da attivazione del sistema vegetativo<sup>5</sup> con sudorazione, tachicardia, tremore, la seconda, più aspecifica, con sintomi variabili tra i quali disuria, diarrea o stipsi, tosse, iperventilazione.

Il PDM-2 riconosce invece solo tre forme cliniche, aderendo quindi maggiormente al DSM-5.

Seguirò il DSM-5 e il PDM-2 nella descrizione dei disturbi, dedicando solo poche righe all'ICD-10, mi adeguerò al PDM-2 nell'ordine di presentazione.

Utile per orientarsi è la tabella che segue, essa mette a confronto le diverse classificazioni e ne dimostra la struttura, evidenziando i diversi gradi di complessità.

**Tabella 2- Classificazioni a confronto**

DSM-5	
<i>Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati</i>	
	<i>Disturbi da sintomi somatici</i>
	<i>Disturbo da ansia di malattia</i>
	<i>Disturbo fittizio</i>
	<i>Disturbi da sintomi somatici e disturbi correlati con/senza altra specificazione</i>

<sup>5</sup> Il PDM-2 considera questo corredo sintomatico come correlato fisico dei disturbi d'ansia (S31), la cui espressione più grave è il disturbo di panico (S31.3) nel quale la gravità dei sintomi e la loro penetranza è tale da indurre nel paziente la paura di morire.

ICD-10	
<i>Sindromi somatoformi (F45)</i>	
<i>F45.0</i>	<i>Sindrome da somatizzazione</i>
<i>F45.1</i>	<i>Sindrome somatoforme indifferenziata</i>
<i>F45.2</i>	<i>Sindrome ipocondriaca</i>
<i>F45.3</i>	<i>Disfunzione vegetativa somatoforme</i>
<i>F45.4</i>	<i>Sindrome somatoforme da dolore persistente</i>
<i>F45.8</i>	<i>Altre sindromi somatoformi</i>
PDM-2	
<i>Disturbo da sintomi somatici e correlati (S5)</i>	
<i>S51</i>	<i>Disturbo da sintomi somatici</i>
<i>S52</i>	<i>Disturbo da ansia di malattia</i>
<i>S53</i>	<i>Disturbi fittizi</i>

### *Disturbo da sintomi somatici*

Secondo il DSM-5 il disturbo da sintomi somatici (pag. 359) è la **compresenza di uno o più sintomi somatici** (che causano effettivamente disagio o alterazioni nella vita quotidiana del paziente) **con pensieri, sentimenti e comportamenti anomali sviluppati in risposta a questi**. Il manuale sottolinea così come criterio diagnostico differenziale non tanto la tipologia della componente somatica del disturbo (come invece fa l'ICD-10) quanto il modo con il quale esso viene interpretato e vissuto, identificando nel livello costantemente elevato di ansia per la propria salute e nelle eccessive energie spese per il problema ulteriori elementi diagnostici.

✎ Merito del DSM-5 è stato definire meglio questa categoria, precisandone i confini, sostituendo a una diagnosi basata principalmente

sulla identificazione dei sintomi una diagnosi fondata sul riconoscimento del loro impatto emotivo, indicando così i criteri di scelta della strada terapeutica che non può essere solo farmacologica. Sempre merito dell'ultima versione è l'aver



esteso anche alla presenza di un **solo sintomo** la possibilità di trovarsi di fronte a un disturbo da somatizzazione, eliminando così la sterile elencazione presente nella stesura precedente.

Nella maggioranza dei casi i sintomi sono accompagnati da comportamenti finalizzati a ridurre il disagio, quali alterazioni della postura o particolari sequenze di movimento, a loro volta in grado di aggravare la sintomatologia di partenza.

Il disturbo può invadere la vita del paziente che dedica alla malattia gran parte del proprio tempo.

Non è raro che lo stato di salute diventi il centro attenzionale della quotidianità, costituendone l'unico focus di interesse. Le ripercussioni sulla vita quotidiana sono notevoli, con riduzione dell'attività lavorativa, della mobilità e della socializzazione.

Fattori soggettivi possono contribuire alla insorgenza del disturbo, quali aumentata sensibilità al dolore, vantaggi ottenuti nell'infanzia al presentarsi come malati, attenzione dei genitori riservata alle sole espressioni di disagio somatico con noncuranza dell'esternazione del disagio psichico, fattori culturali svilenti la sofferenza psicologica o norme di esternazione del disagio psichico con barriere troppo severe.

La diagnosi è delicata, in quanto la valutazione del solo quadro clinico (la sintomatologia soggettiva e le espressioni obiettivabili alla visita) in questa categoria di disturbi porta a svalutare il peso psicologico che il problema ha sul soggetto.

Il riscontro di una significativa valenza affettiva, associata a una ridotta espressività della clinica e degli esami di laboratorio, accompagnata da alterazioni del tono dell'umore, irritabilità e ansia, aiuta a distinguere il quadro da altri simili. Conferma è data anche dal riscontro di una eccessiva ma generica preoccupazione del paziente sul proprio stato di salute, al di là del disturbo specifico presentato.

La diagnosi è ponibile anche se il sintomo dolore o disagio non è costante e se il corredo sintomatico è instabile, purché il paziente mantenga la percezione di essere malato da più di 6 mesi ed esistano riscontri di patologia organica anche se a espressività variabile<sup>6</sup>.

Nel disturbo da sintomi somatici il PDM-2 (S51) sottolinea l'importanza che per il soggetto ha **la prognosi** (come cioè il problema fisico evolverà) più che la clinica, la costante preoccupazione per il futuro, per la supposta gravità della condizione sperimentata e l'angoscia provata in caso di aggravamento dei sintomi noti.

Il paziente viene descritto come costantemente occupato a richiedere il sostegno del medico e alla ricerca di specialisti competenti che lo sappiano aiutare.

Per la teoria psicodinamica il disturbo è considerabile in termini di vantaggio primario<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Su questa conclusione si fonda la diversificazione operata tra disturbo somatico e disturbo da conversione, per la definizione del quale deve essere escluso un trigger organico e per questo costituente una sottocategoria a sé stante.

<sup>7</sup> Vantaggio primario è definito il vantaggio che il paziente ricava dallo sviluppo del disturbo, identificabile con la ragione stessa della sua presenza. Vantaggio secondario sono invece i benefici che essere malato può arrecare nella vita di ogni giorno.

Esso cioè risparmia al paziente una disforia<sup>8</sup> causata da traumi, delusioni, conflitti interpersonali, che vanno portati alla luce in corso di terapia. La presenza di un vantaggio secondario è anch'essa ipotizzata, ma di tipo inconscio, correlabile alla necessità di soddisfare bisogni di dipendenza e di cura.

In senso psicologico i pazienti possono essere incompetenti nella espressione degli affetti e nutrire sentimenti di paura, fragilità e disperazione. Sintomi somatici aspecifici di ansia possono essere associati, quali tachicardia, alterazioni della pressione arteriosa, dolori muscolari tensivi.

I disturbi somatoformi mettono a dura prova la relazione medico paziente per la diversa gravità attribuita allo stato clinico e per l'atteggiamento spesso incoerente del paziente, pronto a sottoporsi a metodiche diagnostiche invasive ma restio a seguire una banale terapia.

Il PDM-2 (S51) sottolinea l'importanza del grado di insight<sup>9</sup> del paziente nel determinare la gravità della condizione e la complessità della relazione terapeutica. Chi non riconosce, almeno parzialmente, la ragione psicologica del disturbo può sviluppare diffidenza e rancore verso il medico che non attribuisce sufficiente valore alle sofferenze, può peregrinare tra studi specialistici e riservare una attenzione selettiva per il proprio corpo sino a trascurare gli aspetti relazionali della vita. La sperimentazione di legami profondi con altri individui diviene così difficile e spesso le uniche relazioni mantenute sono quelle in grado di fornire rassicurazione sulle condizioni di salute (vantaggio secondario). Chi non dimostra empatia viene considerato giudicante e ostile.

---

<sup>8</sup> Condizione in cui una persona prova intensi sentimenti di depressione, scontentezza e disagio psichico.

<sup>9</sup> Viene così definita la capacità di autocomprensione che un soggetto ha di se stesso, la "visione interna" del proprio stato.

L'ICD-10 (F45.0), distingue tra *sindrome di somatizzazione* e *sindrome da somatizzazione indifferenziata*, affermando che per porre diagnosi della prima è necessario che il disturbo sia presente da almeno due anni con sintomi lamentati non spiegabili da una condizione clinica e che la diagnosi sia certa solo in compresenza di almeno sei sintomi scelti da un elenco di quattordici. La seconda forma è invece caratterizzata da lamentele molteplici e variabili della durata di almeno sei mesi<sup>10</sup>.

### **Disturbo da ansia di malattia**

---

Definito dal DSM-IV *ipocondria*, e dall'ICD-10 (F45.2) *sindrome ipocondriaca* il disturbo viene rinominato nel DSM-5 *disturbo da ansia di malattia* (pag. 364) sottolineando l'assenza, per questo quadro patologico, di sintomi somatici effettivi e la presenza solo di una generica "paura di ammalarsi".

Si tratta di una condizione cronica, molto dolorosa per il paziente e spesso coinvolgente il nucleo familiare, non spiegabile con l'inclusione in una delle altre categorie di disturbo somatoforme, né con una variante di *disturbo di panico* o *delirante*.

Il *disturbo da ansia di malattia* può essere inteso come **una delle forme del disturbo di ansia generalizzato** che il DSM-5 enuclea dalle altre per lo specifico dell'oggetto dell'ansia e per il riscontro frequente di questo disturbo in condizioni connotate comunque da una medicalizzazione passata o presente del paziente.

Anche il PDM 2 (S52) sottolinea lo stato d'ansia generale che il malato esprime nei confronti della propria salute, con sentimenti di vulnerabilità estrema.

---

<sup>10</sup> Il termine *disturbo psicosomatico* viene riservato a questa seconda forma.

Quasi costantemente la paura del paziente è di essere portatore di una patologia grave o incurabile ma vi sono casi in cui il disturbo si manifesta con il timore di contrarre infezioni da agenti patogeni esterni o di sviluppare malattia per esposizione ad agenti inquinanti. Spesso la risposta è la messa in atto di opere ritenute protettive, come l'utilizzo di guanti e di mascherine o un'eccessiva igiene personale.

L' ipervigilanza è comune e si esprime con manovre di evitamento del contatto con oggetti o persone potenzialmente infettanti, sino all'autoconfinamento domestico.

Nel caso di *disturbo da ansia di malattia* non si deve dimenticare che il timore del paziente può essere fondato e trovare la propria giustificazione nella storia individuale. La familiarità per una certa patologia, la presenza di una malattia nelle persone care, la morte di un congiunto possono spiegare in parte il disturbo. Per questa ragione, anche se questo tipo di paziente può essere particolarmente esasperante, è necessario un ascolto attento ed empatico. La narrazione è fondamentale al chiarimento della situazione e può essere la strada per avviare insieme un processo di razionalizzazione delle paure. Caratteristica è la non costanza dell'oggetto del timore. Le malattie supposte come presenti variano nel tempo, così come il grado di preoccupazione dimostrato. L'ideazione può assumere carattere paranoide<sup>11</sup> con lo sviluppo di veri e propri deliri di malattia.

Anche questo disturbo mette a rischio la relazione medico paziente. Il sanitario, in caso di paziente di "tipo richiedente"<sup>12</sup>, può sentirsi inutile, messo continuamente alla prova, mentre il paziente tenderà a sviluppare ostilità verso il curante del quale sospetta l'inefficienza diagnostica.

---

<sup>11</sup> Attribuite cioè significati non realistici ai sintomi presenti.

<sup>12</sup> Cioè alla continua richiesta di un accertamento clinico, paziente più dipendente rispetto al soggetto che rifiuta ogni tipo di cura e di procedimento diagnostico e per questo definibile "non richiedente".

La diagnosi differenziale è posta in ambito psichiatrico con il disturbo di panico<sup>13</sup>, il disturbo delirante di tipo somatico<sup>14</sup> e il disturbo d'asia generalizzato<sup>15</sup>.

### *Il disturbo fittizio*

---

Considerato nel DSM-IV quadro patologico a sé stante, il disturbo fittizio viene incluso nei disturbi somatici dal DSM-5 (pag.375). Chi ne è portatore si presenta come affetto da una malattia organica e ne riferisce i sintomi o si autoinduce un infortunio o si mette nelle condizioni atte a produrlo.

Esso si accompagna ad alterazioni riguardanti l'immagine di sé e può essere confuso con un disturbo delirante.



Il disturbo fittizio può essere o meno legato a un effettivo vantaggio, derivante dalla sua presenza ma il comportamento ingannevole può presentarsi anche in assenza di benefici evidenti.

Il malato spende molte energie a nascondere il proprio effettivo stato di salute e spesso mette in atto una programmazione accurata del calendario di

---

<sup>13</sup> Disturbo d'ansia caratterizzato da intensa paura che raggiunge un picco molto alto in un breve lasso di tempo e che è caratterizzato da molteplici sintomi vegetativi.

<sup>14</sup> Caratterizzato da una falsa ma pervasiva credenza relativa al proprio stato di salute o al proprio aspetto fisico.

<sup>15</sup> Caratterizzato da un senso di inquietudine e ansia persistenti che non presenta un oggetto specifico.



manifestazione dei sintomi.

Il comportamento con i sanitari spesso è di tipo manipolatorio con rifiuto dell'aiuto. Il soggetto, pur ricercando il medico, può negarsi alla visita, non assumere le terapie prescritte, non eseguire gli esami previsti dal percorso diagnostico. In caso di malattia presente può aggravarne i sintomi sia nel riferirli sia con comportamenti autolesionistici.

Il portatore di disturbo fittizio presenta una patologia mentale di gravità variabile, sa di mettere in atto azioni capaci di farlo considerare malato (sino alla falsificazione dei test clinici o alle autolesioni) ma **non capisce le ragioni del proprio comportamento e non riesce a dominarlo.**

L'ICD-10 (F68.1) considera il disturbo all'interno dei *disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto*. Ne sottolinea, più che i correlati clinici, quelli comportamentali, consistenti nella modalità persistente di produzione o imitazione di sintomi senza evidenza di motivazione esterna o di un vantaggio eventualmente derivante. Il criterio di esclusione è l'evidenza di un disturbo mentale o fisico che possa essere invocato come alternativa eziologica.

Il PDM-2 (S53) suggerisce che i fenomeni fittizi possano essere compresi come una **variante di disturbo da stress posttraumatico**, nel quale il paziente, autoprocurendosi la sofferenza fisica, esercita un controllo completo sul proprio stato di salute e la propria incolumità, un tempo messe a rischio da comportamenti abusanti operati da altri. Si tratterebbe quindi di una ripetizione compulsiva di atti lesivi subiti, nel tentativo di averne il completo controllo.

Il DSM-5 e l'ICM-10 distinguono il disturbo fittizio procurato a sé (danno autoinflitto) da quello procurato ad altri. Il secondo

definisce questa categoria di disturbo *sindrome di Munchhausen per procura* nella quale il malato induce su un altro soggetto (spesso all'interno di una relazione di cura genitoriale o assistenziale) una condizione di malattia<sup>16</sup>.

Secondo il PDM-2 i pazienti hanno come preoccupazione primaria la credibilità del proprio o altrui stato di malattia e sviluppano presto una situazione di dipendenza dai medici.



Limitrofo, ma non psicogeno, è il comportamento di effettiva simulazione di uno stato patologico finalizzato unicamente al raggiungimento di un beneficio.

Il presentarsi come soggetto sofferente può essere dovuto alla esigenza di migliorare la propria situazione lavorativa (sottrarsi a una mansione), all'ottenimento di un indennizzo, al perseguire vantaggi nella sfera pubblica o privata o anche al solo *bonus* percepito di farsi considerare inabile o malato.

La diagnosi differenziale tra disturbo fittizio, simulazione di malattia e disturbo da conversione è di estrema difficoltà, essendo il disturbo da conversione in grado di produrre, per la modalità di messa in atto di comportamenti antifisiologici, danni fisici secondari (quali sono nel nostro campo quelli laringei da disfunzionalità nella emissione vocale).

La variabilità e impersistenza dei sintomi presentati, la mancanza di un organo bersaglio a valenza simbolica, la messa in atto di un comportamento estremamente critico nei confronti del medico e del personale sanitario, la peregrinazione tra ambulatori, la riluttanza al

---

<sup>16</sup> In questo caso è colui che perpetra il danno a essere diagnosticato come portatore del disturbo, non chi lo subisce e presenta lesioni.

favorire il dialogo tra sanitari e famiglia di appartenenza sono indicatori della presenza di un disturbo fittizio.

Il disturbo di conversione e il disturbo fittizio d'altra parte possono dar luogo a benefici e sortire un miglioramento delle condizioni lavorative o familiari del soggetto come la simulazione di malattia, ma tale esito fortunato è accessorio e non perseguito volontariamente.

### **Disturbo da dismorfismo corporeo**

---

Il DSM-5 considera questo disturbo come categoria a sé stante (pag.280), all'interno della categoria dei *disturbi ossessivo-compulsivi e disturbi correlati* e ne delinea una sottocategoria, caratterizzata dalla preoccupazione per lo stato del trofismo muscolare.

Il PDM-2 lo categorizza nell'asse S3 *disturbi collegati all'ansia*, ponendolo nella sottocategoria dei disturbi ossessivi-compulsivi come quadro a sé stante.

L'ICM-10 ne riconosce due forme: una non delirante (dismorfobia) considerata un tipo di sindrome ipocondriaca, all'interno dei disturbi somatoformi (F45.2), e una delirante, all'interno delle *sindromi deliranti persistenti* (F22.8)<sup>17</sup>.

Il disturbo è caratterizzato da pensieri ricorrenti e intrusivi che riguardano il proprio aspetto fisico, che viene considerato imperfetto e per ciò meritevole di un cambiamento o semplicemente da nascondere. I pazienti che soffrono di questo disturbo possono essere candidati a chirurgia estrema.

---

<sup>17</sup> Quadri sindromici caratterizzati da false credenze alle quali il soggetto aderisce completamente.

Il DSM-5 sottolinea la ripetitività dei comportamenti finalizzati all'autovalutazione (come guardarsi allo specchio) e la tendenza costante al confronto tra il proprio aspetto fisico e quello degli altri.

Secondo la teoria psicodinamica il disturbo, che presenta una genesi multifattoriale, può essere correlato a una spiccata sensibilità estetica e alla tendenza del soggetto a identificarsi con un Io ideale incapace di compromessi. Il corpo, nel suo insieme o nella sua parte ritenuta sgradevole, viene quindi a rappresentare la parte odiata della personalità del soggetto che l'Io ideale combatte od occulta.

La dipendenza dai sanitari, nel caso di questo disturbo, è estrema ma la relazione molto difficile per la riluttanza del medico ad assumere il medesimo atteggiamento critico presentato dal soggetto nei confronti del corpo di quest'ultimo.

La peregrinazione tra specialisti è la norma. Essa può concludersi con l'affidamento a medici disonesti che approfittano in senso economico della fragilità del paziente, sia legandolo in una relazione di dipendenza, sia sottoponendolo a terapie (anche chirurgiche) immotivate.

## *Disturbo da conversione*

### *La conversione e la teoria freudiana*

Il termine “conversione” viene usato per la prima volta in campo psicanalitico da Freud per definire quei sintomi somatici che emergono in conseguenza di una “rimozione” (sia di eventi intollerabili, e perciò non ricordabili, sia di desideri non riconoscibili come legittimi). Prima di Freud la conversione era considerata all’interno della isteria, come uno dei suoi sintomi principali<sup>18</sup>.

Rapidamente questa visione si è completata con la sua interpretazione in termini di “vantaggio primario”, cioè di sintomo messo in atto dal paziente al fine di risparmiarsi la sofferenza psichica.

---

<sup>18</sup> Secondo Freud una “parte rilevante della somma di eccitamento del trauma si trasforma in sintomi puramente somatici”, così che è legittimo adottare “il termine di conversione per la trasformazione dell’eccitamento psichico in sintomi permanenti corporei”.

Il PDM-2 considera la conversione all'interno dei *disturbi correlati a eventi di vita e condizioni stressanti* (S4), associandola, nella stessa categoria, ai disturbi dissociativi, come illustrato nella tabella che segue.

**Tabella 3 - S4 Disturbi correlati a eventi di vita stressanti**

S4 1	Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti	
	S 41.1	Disturbi dell'adattamento
	S 41.2	Disturbo da stress acuto e disturbo da stress posttraumatico
	S 41 .3	Disturbo da stress posttraumatico complesso
S4 2	Disturbi dissociativi	
	S42.1	Disturbo di depersonalizzazione / /Derealizzazione
	S42.2	Amnesia dissociativa
	S42.3	Disturbo dissociativo della identità
S4 3	Disturbo da conversione	

Il termine dissociazione<sup>19</sup> merita un approfondimento. Esso riveste nella teoria psicodinamica tre significati diversi.

1. Dissociazione di alcune funzioni mentali tra loro. In questa accezione è possibile distinguere **sintomi negativi**, quali l'amnesia (dissociazione di memoria) e l'anestesia (dissociazione di percezione), da **sintomi positivi**, quali il rivivere il trauma in modo allucinatorio, le azioni, le vocalizzazioni, ecc.

<sup>19</sup> Il DSM-5 parla di a questo proposito di "sconnessione o discontinuità della normale integrazione di coscienza, memoria, identità, emotività, percezione, rappresentazione corporea, controllo motorio e del comportamento". L'allineamento del primo dei significati con la definizione è evidente.

2. Depersonalizzazione / Derealizzazione. Caratterizzate dal ritiro dal senso di realtà (non sentirsi nel proprio corpo, osservarsi dall'esterno, non sentirsi nel luogo).
3. Molteplicità dissociativa. Sintomo questo rappresentato dalla pluralità della coscienza in uno stesso soggetto, cioè dal sentirsi come raddoppiato in due distinte individualità. La molteplicità dissociativa giunge fino alla formazione di un *alias*, cioè di un soggetto alternativo che può agire a fianco o alternarsi al soggetto primario.

Anche l'ICD-10 (F44) categorizza il disturbo come *sindrome dissociativa*, dando però a esso autonomia nosologica. La sindrome dissociativa è qui definita come perdita completa o parziale della normale integrazione tra i ricordi del passato, la consapevolezza della propria identità e delle sensazioni corporee e il controllo dei movimenti volontari. Il manuale ne sottolinea la genesi psicogena e ne distingue due forme in relazione alla durata, una a decorso breve, solitamente secondaria a traumi acuti, spesso autorisolutiva e una, più grave, spesso caratterizzata da anestesia o paralisi<sup>20</sup>, secondaria a problemi insolubili o intollerabili o a relazioni interpersonali fortemente disturbate. Rimarcata è l'assenza di dolore in queste forme a differenza delle sindromi da somatizzazione.

Il DSM-II classificava la conversione come uno dei sottotipi (l'altro è la dissociazione) della nevrosi isterica. Il DSM-III e IV hanno riclassificato l'isteria caratterizzata da conversione come "di-

---

<sup>20</sup> Evenienze che testimoniano la dissociazione degli stati di coscienza (il sentire e l'agire) dal soggetto che, appunto, non avverte più sensazioni o non può più produrre movimento volontario. Anticipo che con questa categoria possiamo interpretare alcuni casi di disfonia psicogena con afonia, sottolineando così in questi malati la gravità del trauma e di conseguenza l'intollerabilità del malessere derivato che ne sono causa.

disturbo da conversione” e l’hanno spostata nella categoria dei disturbi somatoformi.

La definizione che di essa si trova nel DSM-IV è la più ampia.

Col termine *disturbo da conversione* viene infatti identificato un quadro patologico caratterizzato da “uno o più sintomi o deficit riguardanti funzioni motorie volontarie o sensitive, che suggeriscono una condizione neurologica o medica generale”.

Un’analisi punto per punto è interessante.

- ✓ “Sintomi o deficit”. Il DSM-IV afferma che il disturbo da conversione si può esprimere secondo due modalità. Esso può dar luogo a un sintomo, cioè a qualcosa di percepibile e obiettivabile, che nella nostra pratica clinica usualmente attribuiamo alla presenza di uno stato morboso, ma che può altresì esprimersi con una mancanza, una funzione ridotta o assente (ad esempio sensoriale o motoria). L’allineamento con la classificazione in sintomi positivi e negativi del PDM-2 è evidente.
- ✓ “Uno o più”. Il disturbo da conversione può manifestarsi anche con un solo sintomo, in alcuni casi non drammatico, così come può esprimersi con un complesso corredo sintomatico.
- ✓ “Funzioni motorie volontarie” Poiché il **sintomo è prodotto**, anche se inconsapevolmente, **dal soggetto**, la funzione motoria coinvolta non può che essere volontaria, differenza questa significativa con i sintomi dei disturbi somatoformi ove il sintomo può essere organico ma accompagnato da idee irrealistiche sulla sua gravità<sup>21</sup>.
- ✓ “Funzioni sensitive”. Anche la possibilità che un disturbo da conversione si esprima con una scotomizzazione o una rilevanza

---

<sup>21</sup> In altre parole, nel disturbo da sintomi somatici il sintomo fisico esiste ed è dovuto a uno stato di effettiva malattia, patologico è il vissuto del paziente (l’ideazione è primaria), nella conversione il sintomo è autoprodotta e il paziente può provare o meno preoccupazione per la sua presenza (l’ideazione è secondaria).



eccessiva di un apporto sensoriale è in linea con l'approccio psicodinamico.

- ✓ “Suggeriscono”. Il termine usato è di particolare rilievo perché esplicita la possibilità della diagnosi errata, suggerita appunto dal corredo sintomatico.
- ✓ “Condizione neurologica”. La possibilità che si tratti di un disturbo su base neurologica è la prima citata, proprio perché una delle caratteristiche delle forme da conversione è quella di non presentare alterazione d'organo obiettivabile (interessante considerazione sulla possibile assenza in neurologia di lesioni obiettivabili e sulla necessità che proprio questo tipo di situazioni venga posto in diagnosi differenziale).

Il DSM-5 (pag. 368) ridefinisce la conversione *disturbo da sintomi neurologici primari* e la descrive come “uno o più sintomi della funzione motoria volontaria o sensoriale non meglio spiegabile con un altro disturbo medico o mentale” e ne identifica i tipi: con debolezza o paralisi, con movimento anomalo, con sintomi disfagici, con sintomi riguardanti l'eloquio, con attacchi epilettiformi o convulsioni, con anestesia, con sintomi sensoriali specifici, con sintomi misti. Di ognuno poi specifica la modalità d'espressione (episodio acuto o persistente) e la presenza/assenza di un concomitante fattore psicologico stressante.

I vantaggi apportati alla identificazione del disturbo dal DSM-5 sono molteplici:

1. valorizzazione del disturbo come malattia a sé stante, fatto questo presente anche nel PDM ma non nel DSM-IV;
2. sottolineatura della necessità di una accurata diagnosi differenziale di tipo clinico organicista, che escluda la presenza di patologia organica;

3. necessità di appurare non solo l'assenza di un disturbo di tipo organico causale ma di un qualsivoglia altro disturbo mentale.

La necessità della diagnosi differenziale è ulteriormente sottolineata dalla raccomandazione che i risultati clinici forniscano le prove dell'**incompatibilità** tra il sintomo e le condizioni neurologiche o mediche conosciute, là dove il DSM-IV parlava soltanto di impossibilità alla "piena spiegazione" sulla base dei dati clinici individuanti le condizioni del soggetto.

✚ Con il DSM-5 il disturbo da conversione si pone quindi come quadro patologico di **doppia competenza**: la neurologica, per la raccolta della sintomatologia e l'esclusione di altre malattie organiche, e la psichiatrica, per l'esclusione di altri disturbi mentali associati. La presa in carico del malato però non è duplice e coinvolge sempre la sola figura professionale in grado di intervenire sul disagio psichico.

Secondo il PDM-2 i sintomi somatici di una conversione possono essere diversi e la loro interpretazione è possibile solo con la **conoscenza della storia del soggetto** e con l'interpretazione della loro valenza simbolica.

Essi possono venire rappresentati da un corredo sintomatico in parte condiviso coi disturbi dissociativi. Il paziente può infatti presentare **sintomi positivi**, quali rigidità e impossibilità a muovere un arto (sintomo che può impedire la messa in atto di un'azione violenta desiderata ma subito considerata inaccettabile) o da **sintomi negativi**, quali una anestesia in una regione corporea che è stata precedentemente traumatizzata e che viene così eliminata dalla percezione cosciente e infine da flashback percettivi (prevalentemente tattili) che riportano sensazioni avvertite durante un trauma pregresso ormai rimosso o, più spesso, nel ricordo del suo correlato emotivo.

Caratteristica del sintomo da conversione è la sua **accettabilità** per il paziente (meglio subire la presenza del disturbo somatico che il peso psicologico di ciò che si rimuove) e la sua **significanza**. Un sintomo da conversione non è infatti mai casuale ma porta con sé un significato simbolico o iconico che va scoperto durante la terapia.

È evidente, nella classificazione psicodinamica, l'interesse alla identificazione della ragione del disturbo, che viene riconosciuta in un trauma (che può essere anche non ricordato o negato) che può produrre o meno dissociazione della coscienza e che può esprimersi, oltre che nella conversione, nella molteplicità dei sintomi dello stress posttraumatico.

## Le disfonie psicogene

### Difficoltà terminologiche incontrate nella revisione della letteratura

Usualmente le disfonie psicogene sono inquadrare nella letteratura tra le forme funzionali, generando non poca confusione per tre principali ragioni:

- in neurologia e in psichiatria il termine *funzionale* è riservato a quei quadri patologici che presentano funzionamento anomalo del sistema nervoso centrale;
- in clinica il termine viene utilizzato invece in alternativa a *essenziale*, per definire anche quegli stati morbosi che non presentano alterazioni anatomopatologiche evidenziabili alle comuni metodiche diagnostiche, indipendentemente dalla presenza di un disturbo neurogeno;
- il termine *essenziale* è a sua volta utilizzato, accanto al termine *idiopatico*, per definire quadri patologici dei quali non si conosce la eziopatogenesi, indipendentemente dalla presenza o meno di una evidenza anatomopatologica.

In foniatría, per la matrice essenzialmente funzionalista (sic) della disciplina, è meglio dissociarsi dalla terminologia neurologica e psichiatrica, ridefinendo le scelte semantiche applicabili alle disfonie.

- Con il termine *funzionali* (o meglio disfunzionali) è meglio identificare le forme di disfonia che trovano la ragione d'essere in una modalità scorretta della produzione del segnale vocale (dal mantice all'apparato fonoarticolatorio), **in assenza di patologia organica causale**. Tali sono le disfonie vocal tract, che vedono in una anomala gestione dell'apparato risonanziale la ragione dei sintomi, prive di solito di espressività. Tali sono però anche le forme che si caratterizzano, anche se tardivamente, per la presenza di lesioni obiettivamente rilevabili, quali i noduli o gli edemi di bordo libero, conseguenze di una disfunzione laringea, capace di produrre evidenze anatomopatologiche (forme disfunzionali ad espressività organica). Le forme disfunzionali sono dovute a cattive abitudini fonatorie, a un utilizzo della voce in ambienti sfavorevoli, a una incompetenza comunicativa e a quant'altro possiamo comprendere nelle definizioni di surmenage e malmenage.
- Con il termine *essenziali* indichiamo quelle patologie per le quali, in presenza di sintomi rilevabili, non si identifica l'eziologia, non perché essa non ci sia, ma perché ancora, con gli strumenti a nostra disposizione, ci sfugge. Tale è la disfonia da tremore familiare<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Espressione di una forma di tremore senza eziologia nota, caratteristico del nucleo familiare che ha come organo bersaglio abituale le parti distali del corpo (mani e testa) e che si manifesta nell'esecuzioni di azioni. Alcune volte anche la muscolatura fonatoria può esserne afflitta e presentare, solo in fase di attivazione, cioè quando il soggetto vocalizza, piccole scosse regolari che danno luogo ad oscillazioni altrettanto regolari della  $F_0$ .

**Le disfonie psicogene non sono forme funzionali** (pur presentando sintomi funzionali), **né forme essenziali o idiopatiche**, in quanto l'alterazione del segnale è dovuta sì a un modo alterato di produrlo ma esso, a sua volta, è **secondario a un disagio psichico**, che si qualifica come vera eziologia e che si traduce in un malmenage dell'apparato che ne è la conseguenza e l'espressione ma non la causa. In altre parole, **l'eziologia sta nel malessere, la eziopatogenesi nella funzione.**

### *Modalità di messa in atto delle forme psicogene*

La disfonia psicogena si esprime con un sintomo funzionale, cioè non secondario ad alterazioni anatomopatologiche ma dovuto a un particolare “modo di produrre” la voce.

Da ciò è prevedibile che esistano strade semplificate nella sua genesi (quelle che prevedono un minor impegno e sono facilmente percorribili anche per vocalisti inesperti, quali la voce afona) e strade più complesse, che vengono imboccate quando non solo la presenza di un sintomo, ma di *quel sintomo* ha valore per il soggetto per il suo significato simbolico (la vocalità falsetto, la modalità strozzata, ecc.).

✎ Ricordo a questo proposito che la parola simbolo deriva dal greco σύμβολον (*symbolon*) e sta a indicare il coccio sul quale si esprimeva il voto e che veniva rotto in due metà, una delle quali, con la preferenza, veniva posta nell'urna, l'altra conservata. In caso di sospetto broglio elettorale era semplice verificare la corrispondenza tra votante e scelta elettorale bastava riunire le due parti, esse combaciavano perfettamente.

Il sintomo simbolico è quindi la metà del coccio che il paziente si concede di esprimere, nascondendo l'altra metà, non solo agli altri ma addirittura a se stesso.

**Tutte le disfonie psicogene**, per la valenza comunicativa della voce e per la sua funzione di rappresentare il soggetto, **presentano aspetti simbolici**, naturalmente a gradi diversi, dalle forme accumulabili al disturbo somatoforme a quelle identificabili come disturbo fittizio, trovando nella disfonia da conversione la massima espressione della valenza simbolica del sintomo.

Non a caso il paziente sceglie la voce per esprimere la propria disforia e non, ad esempio, un sintomo somatoforme alternativo quali il dolore o la disestesia orale.

La voce dice di me, dice chi sono, quale è la mia situazione sociale e culturale, come sto fisicamente e soprattutto esprime le mie intenzioni, i miei desideri e i miei sentimenti.

Scegliere la disfonia come espressione del malessere nascosto è in questo senso simile al tormentarsi la pelle sino a prodursi lesioni sanguinanti. **La pelle e la voce sono l'espressione all'esterno di ciò che ho dentro, l'apparato e la funzione più simbolici che esistono.** Alterando la mia voce o il mio aspetto fisico nego una parte di me, esercito e non subisco una violenza, mi impedisco di presentarmi al mondo.

In questo senso agire sul solo sintomo vocale, azzerandolo con manovre intrusive, quali la manipolazione diretta della laringe, non risolve la situazione ma rende impraticabile al paziente l'unico modo trovato per esprimere la propria sofferenza e non considera l'eziologia del disturbo.

Solo lo psicoterapeuta può essere d'aiuto. Solo in seduta si può portare senza rischi alla coscienza ciò che è nascosto e riunire il rimosso all'esplicitato, ricostruendo il simbolo nella sua unità.

**Tab. 4 - Modalità più frequenti di alterazione psicogena della voce**

	<b>qualità vocale</b>	<b>modalità di produzione</b>	<b>conseguenze sul segnale vocale</b>
afonia	la voce manca della qualità sonora, viene modulato un segnale composto da rumore	le corde vocali sono in posizione di abduzione o in paramediana	affaticamento intenso, perdita d'aria intrafonatoria importante, frase breve, impossibile gestione delle dinamiche di intensità, scurimento timbrico accompagnato da modulazione molto scadente
alterazione della qualità	possono essere presenti più sintomi percettivi di alterazione qualitativa : voce pressata, ingolata, tesa, strozzata	l'apparato fonatorio assume stabilmente atteggiamenti funzionali alterati in relazione alla qualità vocale presentata	possono essere presenti tutte le combinatorie di alterazione del segnale, possono essere provocati danni organici permanenti
fonazione in registro alterato		funzionamento dissociato del sistema muscolare accorciatore e allungatore, alterazione posturale laringea,	riduzione della dinamica di intensità e della modulazione schiarimento timbrico, fonazione iperacuta, ipotonia del muscolo tiroaritenideo, fonastenia



## Integrazione delle forme di disfonia psicogena nella nosologia del DSM-5 e del PDM-2

Erroneamente considerate solo espressione di un disturbo di conversione, le disfonie psicogene presentano una molteplicità di espressione che ne permette l'interpretazione come differenziate forme cliniche.

### *Disfonia come disturbo somatoforme*

---

Caratteristica del disturbo somatoforme è la non proporzionalità tra il sintomo somatico presentato, stato fisico del soggetto (e alterazione somatica obiettivabile) e il grado di sofferenza e di compromissione funzionale.

Il paziente può presentare una disfonia variabile ma ciò che conferma la diagnosi è il **forte e sproporzionato disagio con il quale egli vive la situazione**, cui si accompagna spesso una ingiustificata preoccupazione sull'evoluzione della disfonia e sulle conseguenze che essa può arrecare sulla vita sociale e professionale. Comune è l'attenzione quasi esclusiva al proprio stato di salute vocale e la di-

pendenza dai sanitari, dai quali più che rassicurazione cerca aiuto diagnostico o terapeutico.

Situazioni di disturbo somatoforme ad espressione vocale possono avere come trigger la presenza di malformazioni congenite glottiche, quali il *sulcus* o la *vergeture*, che determinano alterazioni contenute del segnale vocale ma che vengono vissute dal paziente come invalidanti e inconsapevolmente peggiorate con la messa in atto di atteggiamenti funzionali antifisiologici. Anche esiti di interventi chirurgici possono essere vissuti come non risolutivi di patologia.

Il paziente che, a partire da un quadro sintomatico solitamente ad espressività organica modesta con un correlato percettivo contenuto, sopravvaluta la disfonia, rendendola il punto focale della propria attenzione, ottiene un vantaggio primario, risparmiandosi una disforia, e un vantaggio secondario, più facile da cogliere alla raccolta dell'anamnesi, e per questo sviante, come un cambio di mansione lavorativa o una particolare considerazione da parte dei familiari e dello stesso medico. Questo tipo di malato accede alla consultazione specialistica foniatica e solo con la mediazione dello specialista si rivolge alla psicoterapia. Riconoscere la disfonia psicogena somatoforme richiede quindi la capacità da parte dello specialista di cogliere l'aspetto cognitivo e affettivo del problema oltre a quello organico, non limitandosi a generiche rassicurazioni ma accogliendo con empatia la preoccupazione del paziente.

#### Caso clinico

Elena è una donna di 45 anni da poco separata, con due figli adolescenti. È portatrice di una disfonia contenuta sin dalla adolescenza della quale non si è mai occupata, né nel ricercarne l'eziologia, né in senso terapeutico. Dopo la separazione, parallelamente all'aggravarsi degli impegni familiari e alla maggiore responsabilizzazione dovuta all'essere genitore affidatario, inizia a prestare attenzione alla qualità della propria voce. Elena si sottopone quindi a un iter diagnostico accurato. Una prima consultazione si conclude

con una diagnosi di disfonia disfunzionale a seguito della quale viene consigliata logopedia, una seconda riscontra una laringite posteriore imputabile a un generico reflusso gastroesofageo e infine una valutazione stroboscopica rivela la presenza di *sulcus* alla corda vocale destra.

L'inefficacia della terapia logopedica e antireflussante, prescritte a seguito delle prime due consultazioni, hanno però ridotto la fiducia di Elena nei sanitari e il terzo parere viene accolto con una certa diffidenza. La preoccupazione di Elena per il proprio stato fisico aumenta rapidamente e l'ansia nei confronti delle responsabilità domestiche passa in secondo piano rispetto alla possibilità che la sua salute possa essere gravemente compromessa. La presenza in famiglia di uno zio operato di laringectomia totale per un tumore glottico accresce inoltre il suo sospetto di essere a sua volta condannata a rimanere senza voce.

Elena, nella speranza di risparmiarsi almeno vocalmente, mette in atto una modalità di fonazione fortemente disfunzionale, privilegiando la vocalizzazione afona in ambiente domestico e riducendo l'interazione con i figli. A questo consegue l'aggravarsi rapido della sintomatologia di partenza, fatto che va a confermare i peggiori timori della donna. Tutte le sue energie sono ormai concentrate sullo stato di salute. In breve, il sintomo non le permette più di svolgere le consuete mansioni lavorative. Viene chiesto e ottenuto un cambio di ruolo (lascia l'incarico di insegnamento per assumere un incarico segretariale) che le concede di accedere a un part time.

Elena giunge alla visita dopo aver ripreso la terapia logopedica ancora molto preoccupata per la propria salute. La voce è in ripresa ma questo non basta a rasserenarla. L'invio in consultazione psicologica è accettato con qualche riserva. Nella raccolta della narrazione Elena riconosce di sentirsi responsabile della separazione e non in grado di accudire i figli che teme di non saper seguire in un periodo difficile quale l'adolescenza.

La raccolta della anamnesi nel caso di disturbo da sintomi somatici è illuminante. Non è raro che nella storia pregressa una sintomatologia somatica sia comparsa in occasione di eventi stressanti o di cambiamenti della routine quotidiana.

Nella narrazione della propria storia remota e recente il paziente può dimostrare difficoltà a esprimere gli affetti provati, perfino nel riferire eventi che sono stati chiaramente connotati emotivamente. Spesso dimostra una tendenza pervasiva a vivere e a concettualizzare il disagio psichico in termini fisici, anche al di fuori dell'evento patologico che lo ha portato in consultazione. Spesso in questi pazienti è carente la capacità di mentalizzazione, con scarsa consapevolezza dei propri sentimenti e motivazioni e con la tendenza a esprimere i vissuti in modalità corporea con azioni o sviluppando sintomi.

Frequenti sono i racconti di peregrinazioni da specialisti alla ricerca di un sanitario cui affidarsi. Comune la dipendenza da chi si è preso cura nel tempo dei quadri patologici via via presentati.

Occorre ricordare sempre che **il disturbo preserva il paziente da una disforia** (vantaggio primario), che si manifesterebbe in modalità più penosa. La tranquillizzazione è quindi di solito inefficace e particolare attenzione si deve porre a non svilire il quadro sintomatico presentato per non perdere l'alleanza terapeutica.

La ricerca di tematiche interpersonali, di conflitti, di traumi che possono essere alla base del disturbo è molto delicata e spetta allo psicoterapeuta. Il collegare fatti trascorsi o situazioni ancora presenti con i sintomi lamentati incontra solitamente alta resistenza o genera un netto rifiuto.

La presenza inoltre di un vantaggio secondario, come può essere nel caso di Elena il cambio di ruolo e l'ottenimento del part-time, può sviare nella diagnosi e indurre a credere a una simulazione.

Occorre sempre ricordare che nel caso di disturbo somatoforme il vantaggio primario (proteggersi dalla disforia) e quello secondario presentano motivazioni inconscie che il paziente può comprendere solo nel corso di una psicoterapia ben condotta.

Poiché l'attenzione del malato è focalizzata sul proprio stato di salute fisica, il disturbo somatoforme, nei suoi vari aspetti, si presenta in prima diagnosi più che allo psicoterapeuta al medico di famiglia, che si trova a confrontarsi con un paziente affetto da sintomi ritenuti gravi e invalidanti ma privi di congrua obiettività, richiedente continui accertamenti clinici nella ricerca della diagnosi definitiva. Più rara è una diagnosi in prima visita operata da uno specialista non appositamente formato, per la scarsa conoscenza del paziente del quale non si riesce a delineare in un solo incontro le caratteristiche di personalità e la ripetitività dei comportamenti. Poiché, come ho detto, il foniatra è il medico deputato al riconoscimento del disturbo, ogni volta che si incontra un paziente che vive in modo drammatico la propria disfonia è meglio darsi il tempo per una conoscenza più approfondita, programmando un calendario di controlli.

Il vissuto del medico è a volte molto negativo. Il sanitario può trovarsi vilipeso nella propria autorevolezza diagnostica e sovraccaricato di lavoro da parte di un soggetto, praticamente sano, a scapito degli altri malati.

Il racconto poi di precedenti visite con altri sanitari, dei quali il paziente riferisce la supposta incompetenza diagnostica, può spingere a sviluppare sentimenti di ostilità, che ulteriormente peggiorano la relazione.

### *Disfonia come disturbo da ansia di malattia*

---

Più che con una vera e propria disfonia il disturbo da ansia di malattia si esprime con la paura di “perdere la voce” e non si accompagna a sintomi.

Il paziente si dimostra fortemente dipendente dal medico al quale richiede continue rassicurazioni sul proprio stato di salute. A volte la paura di soffrire di disfonia sostituisce il timore di sviluppare una patologia tumorale laringea, timore del quale ci si vergogna di parlare al medico preferendo relazionare i propri timori alle conseguenze lavorative o sociali che un problema vocale darebbe.

#### Caso clinico

Marta è una ragazza di 25 anni che viene una prima volta in consultazione in assenza di sintomi, chiedendo una valutazione accurata della laringe e della faringe per i propri futuri impegni canori.

La rassicurazione sull'assenza di patologie sembra rassicurarla. La ragazza però richiede una seconda visita, sempre in assenza di sintomi, il mese successivo e una terza dopo appena due settimane.

La richiesta di capire insieme cosa può tanto preoccuparla sortisce la narrazione di una grave patologia materna (tumore laringeo che ha reso necessaria una laringectomia totale, seguito da metastasi pluri-me). Marta ha seguito nella malattia la madre e ha con pena assistito alle difficoltà comunicative che la laringectomia portava con sé. Due giorni prima dell'ultima consultazione la madre è morta. La mattina successiva alla mia visita Marta dovrà imbarcare la madre su un aereo per riportarla in Grecia, paese natale, nel quale ha voluto essere sepolta.

#### *Disfonia come disturbo fittizio*

---

In questo caso la disfonia è provocata intenzionalmente o, se presente, volontariamente aggravata. Fondamentale per la diagnosi è l'assenza di un vantaggio secondario perseguito dalla simulazione.

Nella storia del paziente possono trovarsi eventi patologici che hanno dato quadri sintomatici simili, come una laringite acuta o una disfonia nodulare, a suggerire che, nella ricerca del sintomo da proporre, il malato si avvantaggia dell'esperienza pregressa (imita cioè ciò che già conosce).

La ricerca psicanalitica ipotizza, come già detto precedentemente, una vicinanza tra questo disturbo e il disturbo da stress posttraumatico, interpretando il quadro come una riproposta autoinflitta a una sofferenza subita nel passato, per la necessità di esercitare un controllo assoluto sul proprio corpo, controllo che era stato interamente preso dal persecutore che quella sofferenza infliggeva<sup>23</sup>.

È possibile infine che una disfonia fittizia venga volontariamente prodotta sospendendo una terapia che riduceva o risolveva un sintomo disfonico. La farmacologia può essere intesa infatti dal malato come un abuso esercitato dal medico sul suo corpo e una forma di perdita di controllo su di esso, controllo che, appunto, viene pienamente ripreso con la sospensione del trattamento.

✎ **Riflessioni.** Anche se non di interesse della nostra disciplina, vale la pena ricordare che diete ingiustificatamente restrittive possono essere modalità di controllo estremo sul proprio corpo, così come le millantate intolleranze a principi farmacologici, non provate da test clinici. Il paziente che chiede con insistenza aiuto ma rifiuta la cura, avanzando come giustificazione di essere certo che un medicinale dopo l'altro avrà su di lui effetti solo maleficanti<sup>24</sup>, non è sempre un manipolatore. Spesso dietro questo atteggiamento, così scoraggiante

---

<sup>23</sup> Per questa ragione dietro al disturbo può esserci una storia di abusi fisici o psicologici subiti in età evolutiva, che il paziente scotomizza col sintomo. Siamo in grado di sopportare lo sgomento che apporteremmo con una manovra laringea eliminandolo? "Non toccare, se non sai" è quello che mi dico nella pratica clinica.

<sup>24</sup> Effetti collaterali che possono arrecare danno alla salute del paziente.

per il medico, si cela il desiderio disperato di difendere il corpo dall'intrusione dell'estraneo, riprendendone, con il rifiuto di una invasione agita dalla sostanza o da chi la prescrive, il pieno e assoluto possesso.

Il riconoscimento di questo tipo di forma psicogena di disfonia è basato sull'anamnesi (eventi stressanti, interventi medici invasivi spesso coinvolgenti l'apparato fonatorio, trattamenti ospedalieri in urgenza impedienti la fonazione, esperienze in coscienza di ventilazione assistita).

Caratteristica è l'enfasi data al racconto della sintomatologia soggettiva e la diversa espressività del disturbo anche nel corso di uno stesso colloquio clinico.

La diagnosi differenziale si pone principalmente con la simulazione. L'assenza di un vantaggio reale secondario alla produzione del sintomo (anzi spesso la presenza di uno svantaggio sociale o professionale) è il tratto distintivo tra i due tipi di disfonia.

Il paziente con disturbo fittizio è particolarmente restio ad accettare la diagnosi e spesso rinuncia a qualsiasi aiuto psicoterapico. È comune lo sviluppo di una franca ostilità nei confronti del medico che chiarisce la natura del disturbo.

Non è raro che questo tipo di paziente tenti di esercitare una certa manipolazione con chi si prende cura di lui, nel tentativo di catturarne l'interesse, salvo poi ritrarsi dalla relazione con ostilità, se i sintomi presentati non vengono creduti come espressione di stati patologici organici.

#### Caso clinico

Maria è un'insegnante siciliana che non ha mai presentato disfonia nel corso della propria carriera. La vincita di un concorso per l'assegnazione di un posto di ruolo la obbliga a trasferirsi a Milano, dove da subito incontra dif-



ficoltà di adattamento, sia per lo stile di vita, sia in particolare per il clima meno favorevole.

Nel corso dell'inverno incorre in due episodi di laringite acuta che si risolvono in pochi giorni ma già dalla primavera un terzo episodio non tende alla risoluzione con l'aiuto farmacologico e si cronicizza in un disturbo della voce che va progressivamente aggravandosi nel giro di pochi mesi.

Durante l'estate, rientrando a casa, Maria ritrova il benessere e imputa la disfonia pregressa al surmenage lavorativo. Ma le vacanze non portano a una soluzione e già qualche giorno prima di dover rientrare a Milano, Maria ripresenta sintomi disfonici che si aggravano rapidamente nelle prime settimane di ripresa dell'insegnamento. Maria ha un grande senso del dovere, è orgogliosa di essere entrata in ruolo e soddisfatta dal proprio lavoro. Ha lasciato il marito e due bimbi piccoli in Sicilia e non ama vivere sola. La visita foniatrica è priva di obiettività, eccezione fatta per una modesta ipotonìa cordale.

### *Disfonia come disturbo di dismorfismo corporeo*

---

Nei due manuali che ho scelto come guida il dismorfismo corporeo è considerato in modo totalmente diverso.

Per il PDM-2 esso appartiene all'asse S3 *disturbi correlati all'ansia*, mentre il DMS-5 lo considera all'interno dei *disturbi somatoformi*. A questa differente classificazione fa naturalmente da sfondo una diversa concezione del disturbo, considerato dal primo come una risposta compulsiva alla presenza di un'ansia incontrollabile e dal secondo come una delle diverse forme di centralizzazione dell'attenzione sull'aspetto somatico dell'esperienza.

Entrambe queste visioni si giustificano nella sintomatologia presentata dai soggetti che soffrono di disfonia da dismorfismo corporeo.

Caratteristici del quadro patologico sono infatti sia l'attenzione quasi esclusiva sulla propria voce, sulle sue qualità percettive e sulle

sue valenze estetiche, sia la compulsione ad attuarne una manipolazione al fine di renderla più gradevole o più consona al proprio aspetto fisico.

Il malato può presentare una disfonia come essere del tutto eufonico, la diagnosi di disturbo da dismorfismo corporeo **non necessità di una alterazione della voce percettivamente significativa** ma si fonda sul riscontro di una **richiesta incontentabile** e spesso irrealistica di maggior piacevolezza, efficacia, espressività di questa.

Non è raro che il paziente che presenta questo quadro sia un professionista vocale o un cultore del canto o della recitazione, anche se ho avuto casi nei quali l'esigenza di una voce migliore era conseguente solo al soddisfacimento di un piacere personale.

I soggetti con disfonia di questo tipo si caratterizzano per l'insistenza nella richiesta di prescrizione di farmaci, per la dipendenza dal logopedista, per l'assunzione ingiustificata di integratori. Non raramente si sottopongono a interventi chirurgici inutili, dai risultati dei quali traggono spesso un'insoddisfazione che va a peggiorare la sofferenza psichica.

✎ Non va dimenticato che la voce trasporta l'identità corporea e che il senso di inefficacia vocale che i pazienti riferiscono, anche in assenza di disfonia, può indicare un più profondo senso di inadeguatezza personale o nascondere il timore di “non aver fatto abbastanza” per identificarsi pienamente con il sesso, il ruolo, la condizione sociale ai quali si sentono di appartenere.

Nella mia esperienza clinica ho riscontrato questo tipo di disturbo spesso in soggetti transgender M to F perfettamente eufonici e che avevano ottenuto con la logopedia un'ottima femminilizzazione della voce. L'insoddisfazione per la propria resa vocale può essere in questi pazienti resistente a qualsiasi dimostrazione di adeguatezza non

solo percettiva ma anche strumentale. La richiesta in casi di perfetta femminilizzazione di un ulteriore intervento chirurgico sulla laringe può essere indicatrice del valore dato da questi soggetti alle manovre invasive rispetto alle pratiche funzionali e di una loro interpretazione come “unica risoluzione” in quanto intervenienti in modo cruento e drammatico su una fisicità che viene rifiutata.

### Caso clinico

Laura è una non più giovane transgender, dalla voce perfettamente adeguata alla identità di genere, che ha già subito un intervento di rimodellamento della cartilagine tiroidea e che nell'aspetto non conserva più nulla di maschile. La frequenza fondamentale è nel range atteso per la donna, i tratti prosodici sono del tutto femminili e nessun dato percettivo lascia supporre una non appartenenza a questo sesso. Nonostante questo Laura, che canta in modo semiprofessionale nei locali, si lamenta della propria voce, in particolare di non riuscire più a raggiungere alcune note che prima della terapia logopedica otteneva, anche se con fatica e con risultato non eufonico.

La discrepanza tra gli immensi risultati della terapia funzionale rispetto alla femminilizzazione e il trascurabile handicap derivato è evidente a tutti tranne che alla paziente. Inutile è ogni dimostrazione di adeguatezza vocale e ogni rassicurazione. Una prova in voce cantata risulta del tutto soddisfacente, la voce è morbida, dal colore scuro ma femminile, l'intonazione perfetta, la qualità del tutto eufonica. Il suggerimento di non consultare un chirurgo ma di riaffidarsi a uno psicoterapeuta rimane inascoltato. Laura si sottopone ugualmente a un intervento laringeo, risultante in una qualità tesa della voce con fuga d'aria in modalità turbolenta e in una perdita di timbro glottico.

## La disfonia da dissociazione e conversione

Anche in questo caso i due manuali sono discordi nella classificazione del disturbo. Il DSM-5, pur considerandolo un disturbo a parte, lo inserisce nella categoria dei disturbi somatoformi, il PDM-2 considera la dissociazione e la conversione disturbi correlati a eventi di vita o a condizioni stressanti, spesso compresenti.

Comune ai due manuali è la definizione del disturbo come caratterizzato da sintomi pseudo-neurologici e la condizione che per porre diagnosi di conversione si debbano **escludere altre patologie** in grado di produrre la sintomatologia presentata. Seguo nella illustrazione del quadro patologico il manuale PDM 2, Asse S43, preferendo come più esaustiva la visione psicodinamica.

La disfonia da conversione si caratterizza per la presenza di una alterazione della voce **in assenza** di ogni patologia neurologica o organica che possa giustificarla. L'espressione sintomatica può essere la più varia, andando da una afonia completa a una voce in registro alterato o prodotta con utilizzo parafisiologico del vocal tract.

Caratteristica della forma da conversione è **la soddisfazione**, con la produzione del sintomo, **di un vantaggio primario essenziale** per il malato e in grado di porsi **a protezione del funzionamento mentale**.

Nella visione psicodinamica viene posta in rilievo la trasformazione in sintomo di uno stato di eccitamento che non può essere tollerato. Per la complessità e la delicatezza della situazione l'analisi della storia del paziente e il progressivo svelamento delle ragioni psichiche del sintomo somatico sono riservate allo psicoterapeuta.

A differenza di quanto però affermato in entrambi i manuali, che cioè la diagnosi di esclusione sia posta da un neurologo, la diagnosi

in caso di disfonia da conversione è esclusivamente foniatrice, non essendo questo il campo di competenza di altro clinico e potendo essa confondersi con forme anche rare di disfonia neurologica, come le forme spasmodiche o quelle secondarie a danno cerebellare.

Rimandando a quanto detto nel capitolo dedicato alla conversione, mi limito a discutere le modalità cliniche nelle quali il quadro può manifestarsi, riservando alla illustrazione dei casi clinici maggior spazio, riportandoli nello stesso ordine nel quale sono elencate le diverse forme.

Le forme più comuni sono tre.

1. Comparsa di una disfonia finalizzata alla soppressione di una pulsione violenta o di un ricordo traumatico che troverebbe nella voce la propria espressione o che hanno nella voce un *medium* simbolico efficace.
2. Riproposta delle sensazioni generate dall'apparato fonatorio che hanno accompagnato un trauma subito.
3. Flashback tattile di un trauma subito.

Per la vicinanza, all'interno dei *disturbi da condizioni stressanti*, tra la conversione e la dissociazione, intesa come la frammentazione degli stati di coscienza, è possibile che si avverino delle condizioni più rare di disfonia nelle quali sono riconoscibili aspetti dissociativi.

4. Disfonia come sintomatologia negativa (in questo caso paragonabile alla paralisi) con afonia completa.
5. *Belle indifferance*: mancanza di sensazioni propriocettive, derivate dal vocal tract, dalla lingua o dalla stessa laringe, durante la produzione dell'atto fonatorio (paragonabile quindi alla anestesia)<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> Quadro da distinguere dal successivo. In esso infatti il paziente "non si sente parlare" ma mantiene comunque la consapevolezza di essere lui a produrre la voce.

6. Disfonia con depersonalizzazione, caratterizzata dalla sensazione che “sia un altro” a parlare al posto del paziente o che la sua voce provenga dall'esterno pur nella consapevolezza di essere lui a produrla.
7. Disfonia dissociativa con presenza di un alias, cioè un secondo soggetto che può alternarsi al primo nella produzione vocale.

### Caso clinico 1

Giovanni è stato vittima anni fa di un incidente stradale. Su una strada di montagna ha perso il controllo dell'auto ed è precipitato in un dirupo. La cintura di sicurezza si è fortunatamente sganciata e Giovanni non ha seguito la sorte dell'automobile, che si è schiantata al fondo del burrone, ma è stato catapultato su una sporgenza del terreno poco al di sotto del ciglio stradale. Poiché, in quella situazione, era invisibile ai primi soccorritori, nonostante il dolore fisico dovuto a fratture multiple, ha gridato con tutto il fiato che aveva in corpo per richiamare l'attenzione di coloro che lo credevano ormai morto e prigioniero dell'auto.

Giovanni è un giovane professore universitario. Durante le lezioni utilizza abitualmente il microfono. Non frequenta locali affollati e non si espone a inquinamento da rumore durante le conversazioni. Un guasto imprevisto dell'impianto di amplificazione o lo obbliga a parlare in aula a voce naturale. Immediato il senso di disagio all'emissione di una voce un po' più intensa del normale. Nelle giornate successive, nelle aule di maggiori dimensioni, rimette alla prova la propria capacità di parlare senza amplificazione, l'idea di esserne dipendente lo spaventa. Ma disagio di fonare a voce intensa si aggiungono sintomi somatici: oppressione al petto, tachicardia, senso di testa confusa. La domenica, mentre assiste allo stadio a una partita di calcio, ha il suo primo attacco di panico.

Viene in visita per l'impossibilità a emettere la voce intensa, è già stato indagato in senso pneumologico e allergologico senza trovare segni di patologia in atto. Nella anamnesi riferisce parzialmente l'incidente del quale è stato vittima, attribuendo a un trauma cervicale la ragione della disfonia. La

raccolta di una narrazione approfondita porta Giovanni a collegare l'angoscia provata in aula con quella che ha accompagnato la drammatica invocazione di aiuto. Preoccupato per il possibile ripetersi di una crisi di panico, accetta l'aiuto dello psicoterapeuta.

### Caso clinico 2

Angela è una infermiera che presta servizio in clinica psichiatrica. Una mattina, durante il turno, nel corridoio, viene aggredita da una paziente che la assale alle spalle, cercando di strangolarla. Angela riferisce di non aver compreso subito la gravità del rischio corso e di essere stata salvata dall'intervento di un collega.

Perfettamente eufonica prima dell'aggressione, dal giorno successivo a questa Angela manifesta una disfonia grave con qualità strozzata della voce e disfagia, con senso di corpo estraneo ipofaringeo, nella assunzione dei liquidi. Un'analisi clinica non rileva patologia organica, tranne un oggetto significativo di false corde. Angela, rassicurata dalla assenza di lesioni dovute al trauma subito, sottovaluta la sintomatologia e si adatta alla nuova vocalità.

### Caso clinico 3

Rosa è una giovane donna che presenta disfonia da tempo, con dolore al collo irradiato alle spalle e resistente a ogni terapia. Una prima visita ha riscontrato la presenza di noduli cordali e, vista l'inefficacia di una terapia logopedica, un secondo consulto ne ha consigliato l'asportazione. La voce dopo l'intervento è ulteriormente peggiorata.

Nella raccolta dell'anamnesi Rosa riferisce di essere stata aggredita dal fidanzato l'anno precedente, di essere stata spintonata e fatta cadere, dopo aver ingaggiato con lui una colluttazione.

La visita rileva una contrattura massiva della muscolatura cervicale con trisma associato, cui consegue una impossibilità di basculamento laringeo e una attrazione stabilizzata verso l'alto dell'organo. Percettivamente la voce è tipica del falsetto posturale.

Rosa accetta l'aiuto psicoterapico, durante il quale riconosce di avere riprodotto inconsapevolmente su di sé le medesime sensazioni provate durante l'aggressione e segue una terapia fisiatica.

L'intervento di asportazione dei noduli, presenti da molto tempo e causanti una modesta disфония, aveva prodotto una grave insufficienza glottica, che è andata a peggiorare la fonastenia derivata dalla fonazione in alterazione di postura.

#### Caso clinico 4

Un giovane prete, Marco, amante dello studio solitario e del raccoglimento, viene incaricato della tenuta di una parrocchia e della gestione dell'oratorio feriale. Lo stress vocale è significativo e l'iniziale disфония viene giustificata dal carico funzionale.

La vita d'oratorio, pur faticosa, è dal giovane gradita ma la celebrazione della Messa e la predica inevitabile davanti a molti diventano progressivamente sempre più gravose.

Durate l'Avvento, periodo particolarmente carico di funzioni, Marco presenta una afonia elettiva con impossibilità completa alla fonazione in ambiente affollato, pur mantenendo una voce appena disфонica in confessionale e nel rapporto con i bambini.

Marco rifiuta il cambio di mansione proposto dalla Curia e si affida a una psicoterapia che lo aiuta ad affrontare il timore di parlare in pubblico.

#### Caso clinico 5

Silvia è una madre di quattro figli molto impegnata nella gestione della casa. Per contribuire alla necessità economiche della famiglia, accetta un lavoro part-time come telefonista. La nuova condizione, che viene vissuta con ansia nel pensare i bambini lasciati per parte della giornata senza custodia, viene comunque accettata.

Dopo pochi giorni di lavoro Silvia inizia a sentire sensazioni parestesiche al cavo orale e al vocal tract, che compaiono solo durante la sua permanenza al call-center. Una prima causa viene individuata nelle condizioni di lavoro



(aria condizionata e inquinamento da polvere) e nella riduzione dell'assunzione di liquidi.

Nonostante una corretta idratazione, progressivamente Silvia perde la sensibilità del vocal tract durante la fonazione in ambiente lavorativo. Viene in visita lamentando “gola cartonata”, assenza di sensazioni orali, anestesia della lingua, impossibilità di controllo sulla emissione vocale in caso di fonazione lavorativa. Riferisce all'uso del microfono, del quale teme le onde elettromagnetiche, la ragione del disturbo.

Una psicoterapia non viene accettata e perdo la paziente.

#### Caso clinico 6

Giovanna è un professore universitario. Viene in consultazione riferendo che dalla ripresa dell'anno accademico, durante le lezioni in aula, ha la sensazione di non essere lei a parlare, come se la propria voce provenisse dall'esterno. In un primo momento ha creduto che l'effetto fosse dovuto alla amplificazione microfonica ma si è presto resa conto che esso continua anche se parla a voce libera. Negli ultimi giorni la medesima sensazione è comparsa durante una riunione del consiglio di facoltà, in un locale di grandi dimensioni.

Un esame audiometrico e impedenzometrico escludono la possibilità di autofonia. Giovanna accetta l'aiuto psicoterapico.

Durante la terapia ricostruisce la propria storia, riconoscendo le difficoltà che incontra nel rapporto con i colleghi e gli studenti e ricordando i propri insuccessi scolastici dovuti a una dislessia e alla presenza di un disturbo del flusso verbale che la angosciava nelle interrogazioni.

#### Caso clinico 7/A

Carlo è un uomo di circa 40 anni, impiegato in un ufficio postale, molto timido e riservato, che si occupa dello smistamento dei pacchi. La sua voce non ha mai dato preoccupazioni.

Una revisione delle mansioni obbliga Carlo a lavorare durante l'orario d'apertura al pubblico allo sportello, ruolo sino ad allora riservato alle colleghe femmine. Immediatamente la voce di Carlo cambia. Eufonica durante

il resto della giornata, si presenta in registro alterato, iperacuta e tesa in ambiente lavorativo.

Carlo pur soffrendo molto di questo problema continua nella propria mansione e rifiuta la psicoterapia, accettando una presa in carico logopedica che si dimostra però inefficace, in quanto, in seduta Carlo è perfettamente eufonico e non in grado di riprodurre la voce alterata.

### Caso clinico 7/B<sup>26</sup>

Eugenio è un ragazzo di appena 20 anni. Giocatore di pallacanestro, frequenta l'università. Ha presentato alterazioni della voce sino dalla adolescenza, con qualità più acuta dei compagni e occasionali cambi di registro. Interpretato il disturbo come muta vocale in atto, la famiglia non se ne è preoccupata ma da qualche mese è comparso un sintomo che sta preoccupando molto il ragazzo, che viene in visita all'insaputa dei genitori.

Molto tranquillo e di carattere docile, Eugenio da due mesi possiede due voci, una, quella abituale, che utilizza nella vita quotidiana e una seconda, che chiama "voce di Italo", che compare in situazioni sportive, quando gioca con particolare agonismo.

Alla mia richiesta di parlare come Italo, Eugenio si rivolge a me con voce eufonica, maschile, in registro M1. Questa qualità di voce lo spaventa molto e viene da me con la richiesta di eliminarla.

Spiego a Eugenio che la voce di Italo è la sua voce fisiologica e che la voce schiarita che lo ha accompagnato in questi ultimi anni è segno di una muta adattiva. Il giovane si spaventa ulteriormente, rifiutando di identificarsi nella seconda voce. Appoggio il ragazzo in logopedia. Per più di un anno Eugenio ha due voci. La voce di Italo accompagna non solo l'agonismo ma i momenti di rabbia, le manifestazioni di aggressività e le situazioni conflittuali. Con il tempo la situazione si stabilizza e solo un mio secondo colloquio riesce a spingere Eugenio a chiedere aiuto allo psicoterapeuta.

---

<sup>26</sup> Riporto questo caso all'interno delle forme dissociative, nonostante la presenza di una compresente patologia della muta, per l'evoluzione del disturbo che ha prodotto la presenza di un alias, incaricato di esprimere la violenza e l'aggressività che il ragazzo non si permetteva di esteriorizzare.

Lascio al lettore supporre nei casi presentati quale possa essere la ragione della disfonia e l'eventuale vantaggio primario o il valore simbolico del sintomo presentato. **Ricordo che non è compito nostro portare il paziente a queste consapevolezza ma dello psicoterapeuta.** Non abbiamo come clinici infatti la capacità di accogliere le conseguenze di un tale svelamento e di far fronte alle reazioni del paziente.

Nonostante vi siano casi nei quali una manipolazione laringea possa rivoltare il sintomo, essa ne rivelerebbe improvvisamente la natura simbolica e la funzione utilitaristica. Il rischio che il paziente venga traumatizzato da una dimostrazione **non mediata da una narrazione** condotta in ambiente psicoterapico, non giustifica mai la messa in atto di comportamenti foniatrici che abbiano come esito l'annientamento del vantaggio primario.

✎ **Riflessioni.** Esistono almeno altri due quadri di espressione del disagio psichico mediante l'apparato fonatorio che vale la pena ricordare, anche se hanno effetti solo secondari sulla funzione vocale.

**Tosse sine materia.** L'ICD-10 considera questo quadro all'interno dei sintomi con i quali si può esprimere la *disfunzione vegetativa somatoforme* (F45.3). Si tratta di una situazione abbastanza comune che induce il medico di famiglia a impegnarsi in un iter diagnostico complesso per la molteplicità delle patologie organiche che possono manifestarsi con questo sintomo. Molto frequente nei bambini, è una delle malattie la cui diagnosi è di nostra competenza, poiché la tosse è caratteristicamente di tipo irritativo e ricorda una laringo-tracheite o le condizioni di intensa disidratazione mucosa. Solitamente è resistente agli antitussigeni.

**Raclage sine materia.** Non incluso nell'ICD-10 nella categoria citata, il raclage può essere sintomo accompagnatore del *disturbo somatoforme* caratterizzato da senso di corpo estraneo ipofaringeo o pre-

sentarsi da solo, come manovra compulsiva e immotivata di detersione. Il paziente che ne soffre si presenta di regola allo specialista otorinolaringoiatra o foniatra più che al medico di famiglia, essendo sintomo di competenza elettiva di queste due specialità. La diagnosi differenziale è con la laringite posteriore da reflusso gastroesofageo (che causa senso di corpo estraneo per l'edema infiammatorio della zona, secondario all'insulto chimico) e con le patologie delle alte vie aeree (come riniti allergiche e sinusopatie) che determinano continua discesa di secrezioni sul piano glottico. La visita clinica dirime il dubbio.

Tosse e raclage, se continuati e prodotti con adduzioni cordali violente, possono dare esito a danni organici, quali l'edema di bordo libero o l'infiammazione delle capsule aritenoidee, e produrre nel tempo quadri nodulari.

Vale la pena ricordare che tosse e raclage, oltre che espressione di disturbo somatoforme, possono essere semplici **manierismi**, cioè stili individuali di movimento, messi in atto dal soggetto in situazioni tipiche, quali prendere la parola o esprimere imbarazzo. Manierismi comunemente messi in atto nelle medesime occasioni possono essere gli atti di deglutizione a vuoto, le inspirazioni forzate e rumorose per via nasale o il sistemarsi un accessorio di abbigliamento, come la cravatta o i polsini<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> Desidero sottolineare che il manierismo rappresenta "uno stile", cioè un modo di agire abituale di un certo soggetto. Non sono manierismi ma gesti spontanei (e quindi molto significativi in senso pragmatico) azioni che vengono messe in atto in risposta a stati emozionali, quali toccarsi il viso, i capelli, coprirsi gli occhi e che si presentano in situazioni diverse tra loro e non assumono valenza rituale.

## Riconoscere una disfonia psicogena

Non è facile porre diagnosi certa di forma psicogena per le particolari qualità di questa disfonia:

- negazione da parte del soggetto del malessere psichico,
- presenza frequente, anche in soggetti con disagio, di patologie disfunzionali dovute a surmenage e malmenage vocale il cui esito è simile a quello di una forma psicogena (ad esempio le gravi fonastenie).

Per queste e altre ragioni (relativa rarità del quadro, non abitudine del medico a confrontarsi con il disagio psichico) è utile una visione comparativa delle forme di alterazione della voce che possono confondersi con le forme psicogene, al fine di distinguerle da esse.

Non è opportuno infatti per il paziente una medicalizzazione tradizionale del disturbo, se questo è generato da un malessere psichico, perché in questo modo si ottiene un rimando della presa in carico competente accompagnato da una sottostima della sofferenza presentata, cui fa seguito una sfiducia crescente del soggetto nelle proprie capacità di guarigione.

**Tab. 5 - Quadri patologici da considerare nella diagnosi differenziale<sup>28</sup>**

	<b>tipo di soggetto</b>	<b>fonazione possibile</b>	<b>esiti acustici</b>
fonastenia	prevalentemente professionisti vocali per sovraccarico funzionale	impossibilità di adduzione completa cordale	timbro scadente fuga d'aria intensa modulazione ridotta affaticabilità e affaticamento intenso iperventilazione riduzione della durata della frase
sulcus vocale	adolescenti o giovani adulti (prevalentemente maschi)	fonazione in registro di falsetto posturale o in ipertono funzionale e stabile del muscolo cricotiroideo	difficile modulazione schiarimento timbrico alterazione frequenziale e perturbazioni cattiva gestione delle dinamiche di intensità
paresi della corda vocale	ogni tipo di soggetto	fonazione in registro di falsetto o in ipertono funzionale e stabile del muscolo cricotiroideo o del tratto sovraglottico	difficile modulazione con schiarimento timbrico alterazione frequenziale cattiva gestione delle dinamiche di intensità, diplofonia
patologie di origine neurologica	ogni tipo di soggetto	alterazioni diversificate della modalità di produzione del segnale	segni neurologici di accompagnamento

In campo foniatico occorre in ogni caso procedere, oltre che alla valutazione endoscopica, che rileva quasi sempre un quadro di normalità, a una **attenta valutazione percettiva**, per il riconoscimento

<sup>28</sup> Non perché queste modalità siano le uniche presentate dai portatori delle patologie considerate ma perché messe in atto anche in caso di disturbo psicogeno.

non solo dei sintomi tipici di alterazione vocale (voce afona e falsetto) ma per la individuazione degli **aspetti incongruenti** con un disturbo di genesi organica:

- ✓ presenza di momenti di sonorità normale nel corso di emissioni per altro disfoniche;
- ✓ qualità eufonica di emissioni non comunicative, quali lo sbadiglio o la risata spontanea;
- ✓ eufonia per interiezioni linguistiche e non linguistiche (sospiro, suoni di richiamo, vocalizzazione da dolore, ecc.);
- ✓ compresenza di sintomi incompatibili, come la maggiore sonorità a fine frase in voci per altro molto soffiate, il colpo di glottide alternato ad attacco soffiato.

Per quanto riguarda la diagnosi differenziale con forme disfunzionali o organiche è meglio ricordare che le vocali anteriori (soprattutto “i”) facilitano l’adduzione cordale e possono dare sonorità all’esordio di frase nei gravi fonastenici, senza per questo generare incongruenza sintomatica e che forme spasmodiche sia in adduzione che in abduzione possono mimare disfonie psicogene e vanno perciò sottoposte ad attento esame spettrografico. In campo psichiatrico deve invece essere esclusa la presenza di forme psicotiche deliranti.

✎ Per riassumere: la diagnosi foniatrica è di tipo esclusivo, si basa cioè sulla **esclusione di una patologia organica causale** del sintomo. La diagnosi psichiatrica si fonda invece sul riconoscimento dei segni di una malattia mentale ed eventualmente procede, all’interno del campo di competenza, alla diagnosi differenziale.

## La terapia

In relazione allo stile disfunzionale fonatorio messo in atto dal paziente nel produrre la disfonia non è difficile immaginare come attuare una terapia antisintomatica. È facilissimo per un foniatra e un logopedista impedire al paziente di mettere in atto quell'azione volontaria che gli permette di produrre il sintomo.

- ✓ Le manipolazioni laringee con abbassamento manuale del piano glottico rendono irrealizzabile la fonazione in falsetto.
- ✓ Gli esercizi in sob vanificano l'ipertono di false corde.
- ✓ L'assordamento rende impossibile il mantenimento della voce afona.

Detto questo dobbiamo però interrogarci su quanto sia lecito ridurre la terapia del paziente alla scomparsa o al contenimento del sintomo vocale e su quanto non sia improprio un tale approccio sul piano personale, carente come è del sostegno psicologico e della ricerca delle ragioni del malessere.

Non essere più sintomatici equivale a guarire? Questa affermazione, che non vale per le patologie organiche, non può certo valere per quelle psicogene.



Un medico organicista può permettersi di eliminare il “vantaggio primario” che la disfonia offre alla sofferenza del paziente? Alla eliminazione del sintomo come potrà questa sofferenza trovare un’uscita?

E se anche fosse lecito, è corretto farlo nel proprio studio, in una relazione esclusiva con un paziente che, risolto il sintomo, non avrà più ragioni per tornare? Da chi andrà a chiedere aiuto se non è spinto almeno dall’urgenza sintomatica?

Una spiegazione frettolosa della relazione tra disfonia e disturbo mentale non basta a indirizzare in psicoterapia.

Non dimentichiamo che il sintomo è comunque la sola cosa che può emergere, l’unica che il paziente si concede per esprimere il malessere. Tacitarlo senza aiutare nella risoluzione della causa può essere assimilabile a imbavagliare chi chiede aiuto.

Come la diagnosi deve comprendere entrambi gli aspetti, l’organico e lo psichico, allo stesso modo **la terapia deve prendere in carico il paziente nella sua unità.**

Quando far sperimentare al soggetto una voce eufonica, quando metterlo di fronte alla volontarietà della produzione del segnale disfonico, quanto insistere perché mantenga nel tempo la qualità ritrovata anche in una sola seduta dopo un abbassamento laringeo, sono scelte che vanno condivise con lo psichiatra e con lo psicologo, perché la portata del danno che si può fare a un soggetto fragile, mettendolo di fronte alla psicogenicità di un disturbo, da lui creduto organico, non è valutabile. Il foniatra e il logopedista non sono per formazione preparati ad affrontare ciò che segue la diagnosi e a sostenere il paziente nel “ritrovarsi guarito”. Ricordiamo infine che nel caso del disturbo da **conversione il sintomo risponde sempre a una esigenza di rimozione** di un trauma o di una sofferenza e che non sta a noi far recuperare, senza paracadute, la memoria al paziente.

Non dimentichiamo infatti che la voce collabora a costruire l'Io corporeo, che è base dell'Io psichico, e che non possiamo agire con brutalità in nome delle evidenze della scienza, che rimane sempre e comunque a servizio della persona.

Solo il paziente può decidere di tornare ad abitare la propria voce. Noi possiamo solo indicare la via.

**Compito del foniatra** a mio parere è escludere l'eziologia organica, lasciando intravedere al soggetto la possibilità di un'altra ragione alla sua sofferenza e indirizzare di conseguenza allo specialista competente per una collaborazione.

**Compito del logopedista** è aiutare il paziente a uscire dalla prigione che la disfunzione comporta, andando a migliorare l'autopercezione, a riaddurre le corde vocali sfiancate dalla fonazione afona, a riposizionare una laringe troppo alta. Sempre che il paziente voglia, sempre che sia consenziente in questo cammino di ritorno a sé.

Il rischio, altrimenti, è che la disfonia cessi ma la sofferenza trovi un altro modo di esprimersi in una modalità alternativa.

## Un quadro a parte: la muta alterata

### Definizione e presentazione

Nell'età preadolescenziale la voce, per la maturazione organica dell'apparato vocale secondaria alla spinta degli ormoni sessuali, evolve verso la qualità adulta. Tale evoluzione è fisiologica, biologicamente determinata e compare in tutti i soggetti, anche se a età variabile, in un tempo appena successivo alla comparsa dei caratteri sessuali secondari. L'acquisizione della voce adulta è preceduta da un periodo caratterizzato da inaffidabilità e generico peggioramento della qualità vocale.

In alcuni adolescenti la qualità della voce e la sua nuova forma percettiva (non la maturazione biologica dell'apparato vocale!) possono venire contrastate con la messa in atto di atteggiamenti fonatori che contrastano quelle caratteristiche che segnano l'esordio dell'età adulta. Tali aggiustamenti, che possono arrivare a un mascheramento della maturazione vocale, messi in atto per lo più in modo inconsapevole, danno origine a un quadro patologico che viene chiamato *alterazioni della muta*.

All'interno di questo quadro è possibile riconoscere forme nelle quali l'alterazione volontaria della voce è secondaria a un disagio nel

riconoscersi come soggetti adulti (**muta paradossa**) e quadri nei quali la problematica alla base è una impossibilità alla identificazione col proprio sesso biologico, evidenziato in modo inequivocabile dalla maturazione della voce (**muta paradossa da disforia di genere**).

Aggiustamenti disfunzionali, ma secondari al solo desiderio di mantenere un'affidabilità vocale, contrastanti l'instabilità della voce, configurano il quadro infine della **muta adattiva**.

La prima forma di alterazione della muta è quindi un chiaro quadro di disfonia psicogena. La seconda è da considerarsi nel complesso insieme delle problematiche legate dell'identità di genere, non per questo a genesi psicogena<sup>29</sup>. La terza forma non ha nella sua eziologia altro che la necessità di mantenere una costanza percettiva della voce e rappresenta un modo, anche se improvvido, per garantire la continuità della comunicazione mediante voce parlata.

La maggior frequenza di patologie della muta nei maschi è correlata a diversi fattori, spesso compresenti:

- ✓ per le forme adattive la maggior instabilità della voce maschile rispetto a quella femminile, con rotture e scivolamenti di registro (per la rapida e notevole crescita dimensionale delle corde vocali), che rende in questo sesso la voce inaffidabile o ridicola;
- ✓ per le forme paradosse psicogene la maggior differenza in Hz tra la frequenza fondamentale della voce in età pre e postpuberale, con più difficile adattamento alla voce adulta.

È inoltre da ricordare che le alterazioni della muta maschile sono facilmente individuabili, mentre quelle femminili possono passare inosservate per la prossimità dei valori della frequenza di conversazione utilizzata a quelli attesi per la donna adulta.

---

<sup>29</sup> La disforia di genere è la sofferenza provata da un soggetto che non si identifica col proprio genere e sperimenta una marcata incongruenza tra genere esperito e genere biologico.

## *Perché la muta adattiva e paradossa maschile è in innalzamento di frequenza?*

---

I cambiamenti qualitativi cui va incontro la voce con la pubertà sono molteplici. Alcuni, diagnostici di muta in atto, rivestono un significato solo in senso clinico: fuga d'aria, riduzione del range della voce cantata, difficile gestione delle dinamiche di intensità. Altri sono invece gravati da un impatto sulla comunicazione molto impegnativo per l'adolescente:

- riduzione dell'affidabilità vocale (con rotture della voce imprevedibili);
- alterazione dell'immagine che il soggetto ha di sé (aggravamento della frequenza fondamentale della voce di conversazione, con qualità "adulta" indesiderata);
- alterazioni incontrollabili della qualità vocale con produzione di situazioni imbarazzanti (passaggi bruschi di registro, con alternanza tra voce scura e iperacuta).

Le difficoltà sono principalmente dovute alle modificazioni subite dal muscolo tiroaritenoidico (che presenta la maggior spinta di crescita proprio in questo periodo), le rotture vocali e i cambiamenti bruschi di registro si possono interpretare come cadute improvvise del tono muscolare, l'aggravamento della voce è invece dovuto alla maturazione strutturale della corda e all'incremento della massa muscolare.

In risposta a tali disagi comunicativi il giovane, che sta diventando adulto con tutte le difficoltà che sono proprie dell'età, può decidere di mettere in atto atteggiamenti fonatori per ovviare, almeno in parte, a queste problematiche.

Non è difficile capire come un innalzamento posturale del piano glottico si prospetti come l'unico modo per assicurare un'adduzione

affidabile e una continuità di resa della voce, divenendo quindi la modalità privilegiata dagli adolescenti per risolvere funzionalmente queste situazioni (forme adattive), e come lo stesso adattamento può venir messo in atto da alcuni, sensibili più ai cambiamenti qualitativi che all'instabilità, allo scopo di riportare la  $F_0$  ai livelli che erano consueti nell'infanzia (forme psicogene).

Innalzare la laringe produce infatti uno scivolamento mediano delle aritenoidi, che ha come risultato il miglior mantenimento della adduzione, e contemporaneamente allunga le corde, innalzando la frequenza.

✎ **Riflessioni.** Vale la pena sottolineare ancora una volta che la qualità acuta della voce nella muta maschile **non è obbligatoriamente indicativa di disagio** e ottenuta per contrastare la maturazione percettiva vocale ma spesso **operata al solo scopo di stabilizzare il funzionamento del sistema adduttorio**. Questa riflessione deve indurre a non interpretare come obbligatoriamente “psicogena” la patologia della muta e a non vedere in ogni adolescente dalla voce iperacuta un bambino che non desidera farsi adulto.

### *Conseguenze della muta paradossa e adattiva nell'uomo adulto*

L'innalzamento del piano glottico in fonazione, che può essere di grado notevole, sino a giungere a un vero falsetto posturale, produce uno stiramento passivo del muscolo tiroaritenoidico durante la sua attività contrattile. Tale insulto, continuato per mesi o anni, genera un danno alla fibra muscolare che evolve in un quadro fonastenico tipico.

Poiché l'attrazione verso l'alto della laringe è in se stessa adduttoria, l'ipotonia cordale si manifesta, dal punto di vista sintomatico,

abbastanza tardivamente, spesso in età adulta. Il paziente, che all'epoca dell'adolescenza ha messo in atto una muta paradossa o adattiva e che si è abituato alla qualità della propria voce, giunge così in valutazione lamentando principalmente segni tipici di riduzione della capacità contrattile del sistema muscolare adduttore.

**Tab. 6 - La maturazione vocale: dalla fisiologia alla patologia**

	<b>sintomi percettivi</b>	<b>situazione funzionale</b>
comparsa dei segni fisiologici di muta	instabilità con rotture di registro passaggio improvviso in registro di falsetto aggravamento della Fo media di conversazione con alta variabilità dei valori medi	maturazione del sistema muscolare adduttore incremento della massa cordale
segni iniziali di muta alterata	riduzione degli episodi di rottura vocale schiarimento timbrico della voce occasionale presenza del registro modale con consonanza di petto instabilità residua	sollevamento del piano glottico, fonazione in allungamento passivo cordale, occasionale ritorno nella modalità fisiologica di adduzione
muta alterata stabilizzata	rotture vocali e passaggi in registro alterato sporadici (nella tosse, la risata, le interiezioni linguistiche) qualità stabilmente schiarita della voce innalzamento della Fo di conversazione con variabilità ridotta dei valori medi	stabilizzazione del piano glottico verso l'alto

muta alterata cronica (danni iniziali al muscolo tiroaritenideo)	presenza di perturbazioni del segnale, sino alla diplofonia (cui si aggiungono segni di aumento della massa per edema infiammatorio secondario all'incremento della pressione sottoglottica) <sup>30</sup>	impossibilità al mantenimento di un ciclo vibratorio regolare
muta alterata in scompenso (danni avanzati al muscolo tiroaritenideo)	sintomi fonastenici: difficoltà alla gestione delle intensità, impossibilità all'emissione in fortissimo, rotture vocali, fuga d'aria	impossibilità con il solo sollevamento laringeo a mantenere un'adduzione fonatoria continuata

---

✍ **Riflessioni.** Il paziente adulto con patologia della muta in scompenso soffre per l'inaffidabilità della propria voce più che per la sua qualità, alla quale è da tempo abituato. La sua richiesta di salute può non riguardare il ritorno a una  $F_0$  media di conversazione adeguata al sesso e all'età e a una gestione risonanziale adeguata. Ciò che il paziente desidera è spesso il recupero della vocalità abituale. Chiarire che tale recupero sarebbe seguito da una nuova decadenza e che la terapia cambierà profondamente la sua immagine vocale è compito di estrema delicatezza.

---

<sup>30</sup> Il registro di falsetto è infatti fisiologicamente un sistema ad alta resistenza nel quale incrementi minimi dell'intensità sono ottenuti con importanti aumenti della pressione sottoglottica.



**Tab. 7 – Riconoscere le alterazioni della muta**

**indicatori di muta alterata in fase iniziale**

**sintomi percettivi**

rottore vocali per improvvisi aumenti di intensità  
schiarimento timbrico della voce, qualità aperta e tesa prevalente  
cambiamenti repentini della  $F_0$  con momenti di maggior stabilità in innalzamento dei valori medi

**sintomi somatici**

possono mancare

**sintomi obiettivi**

possono mancare

**indicatori di muta alterata in fase di fonastenia manifesta**

**sintomi percettivi**

schiarimento timbrico della voce  
innalzamento della  $F_0$  media di fonazione  
presenza di importanti perturbazioni di segnale  
impossibilità alla emissione in fortissimo  
rottore fonatorie o passaggi improvvisi in voce afona  
abduzione cordale intempestiva

**sintomi somatici**

senso di costrizione al collo in fonazione  
fame d'aria e difficoltà respiratoria

**sintomi obiettivi**

insufficienza glottica

**segni che vanno ricercati alla visita**

**alla palpazione**

riduzione di mobilità del piano glottico con:  
    attrazione subitanea verso l'alto all'esordio di fonazione  
    stabilizzazione verso l'alto  
    impossibilità o ridotta discesa inspiratoria  
consonanza di registro modale alla palpazione del torace ridotta o assente

**alla osservazione**

stabilizzazione mandibolare con minor apertura orale  
riduzione dei movimenti fonoarticolatori  
alterazione posturale in avanzamento e/o estensione del capo

Diagnosticare in modo differenziale una forma adattiva da una paradossa è molto complesso, soprattutto perché il disagio che il paziente con forma paradossa provava da preadolescente è da tempo risolto e ciò che vediamo in visita è spesso solo l'alterazione posturale e la fonostenia, prive ormai di correlati disforici. In altre parole, ci troviamo di fronte alle conseguenze di un malessere che è stato e non è più.

È pur vero che il paziente, pur non soffrendo più come da adolescente, vive con disagio la propria immagine vocale e un certo grado di sofferenza secondaria è presente, sia per la qualità schiarita e non adatta all'età e all'aspetto fisico, sia per l'inefficienza della voce fonastenica in situazioni sociali e lavorative.

### *Muta paradossa femminile*

---

Nella donna la vicinanza in Hz tra i valori medi della frequenza della bambina al limite dell'infanzia e quelli della donna non rende possibile una infantilizzazione vocale giocata sulle dinamiche frequenziali. La voce femminile è acuta, per definizione.

La muta paradossa femminile appare piuttosto manifestarsi con l'adozione di altre caratteristiche comunicative dell'infanzia: la dolcezza della fonoarticolazione, la riduzione della forza di adduzione glottica<sup>31</sup>, lo schiarimento timbrico con migrazione dello spettro verso gli acuti, la povertà armonica e spesso la dispersione formantica nella zona estrema. Questo effetto, il più sgradevole, è dovuto alla eventuale rigidità assunta dalle pareti del vocal tract al fine di schiarire e infantilizzare ulteriormente il timbro, essa impedisce il raccogli-

---

<sup>31</sup> Che rende meno incisiva la comunicazione per parole.

mento delle armoniche superiori nella formante quarta e quinta, dando luogo a una voce sgranata.

Le conseguenze organiche di un tale atteggiamento sono modestissime. Il sistema adduttorio muscolare non va in grave sofferenza (la falsificazione vocale non è principalmente glottica) e l'immagine sociale in età adulta assume solo carattere caricaturale ma mai grottesco.

La muta paradossa, quando non deriva dal conformismo sociale, è una alterazione della voce di natura psicogena e disadattiva. Essa, come altre forme di disfonia psicogena, può mantenersi nella sua espressione sintomatica pur se le cause del disagio emotivo non sono più presenti o essere espressione di un disagio ancora in atto. La scelta di una collaborazione tra il foniatra, il logopedista e lo psicoterapeuta è obbligatoria.

## Riflessioni conclusive

### *Le disfonie disfunzionali e la sofferenza soggettiva*

La salute, in ogni campo, non è l'assenza di sintomi bensì la capacità di godere di un buon livello di funzionamento. In senso mentale, per seguire quanto affermato dall' PDM-2 nella definizione dell'Asse M, questo equivale a possedere buone competenze in 12 diverse capacità:

1. capacità di regolazione, attenzione e apprendimento,
2. capacità di fare esperienza, comunicare, comprendere gli affetti,
3. capacità di mentalizzazione e funzione riflessiva,
4. capacità di differenziazione integrazione,
5. capacità di relazioni e intimità,
6. regolazione dell'autostima e qualità dell'esperienza interna,
7. capacità di controllo e regolazione degli impulsi,
8. funzionamento difensivo,
9. capacità di adattamento resilienza,
10. capacità di autosservazione e comprensione di sé,
11. capacità di costruire e ricorrere a standard e ideali,
12. capacità di dare significato e direzionalità alla propria esistenza.

Chi frequenta soggetti disfonici in senso diagnostico e terapeutico non ha difficoltà ad accorgersi che la prima delle capacità elencate, cioè elaborare le informazioni in entrata, sia interne che esterne, regolare l'attenzione distribuendola su più compiti così da poterne eseguire simultaneamente alcuni, apprendere dalle proprie esperienze, è carente. Le difficoltà che i pazienti incontrano in questo campo si esprimono in due ambiti specifici che analizzo brevemente.

### *Relazionarsi con il tempo*

---

Molte forme di disfonia si caratterizzano per un livello variabile di tachilalia, cioè per una accelerazione ingiustificata dell'eloquio. In senso fisico questo porta col tempo a una fonastenia, alla quale consegue scarsa dinamica di intensità. Il paziente, per l'eccessiva durata della frase, si costringe a consumare gran parte del volume respiratorio, con la conseguenza di andare in fame d'aria e di condannarsi a una ripresa rapida, quantitativamente insufficiente, mentre l'interlocutore, investito da un fiume di parole, perde facilmente l'attenzione e smette di partecipare alla relazione comunicativa.

Nonostante il disagio fisico e le difficoltà comunicative siano evidenti all'osservatore, il paziente non è in grado di mutare l'abitudine fonatoria, dimostrando che, oltre alla incapacità di elaborare le informazioni che arrivano dal proprio corpo (disagio, fame d'aria), non comprende le difficoltà che provoca a chi lo ascolta.

Ma cosa c'è dietro questo cavalcare il tempo come se la vita sfuggisse, come se un pressing continuo lo opprimesse? E ancora, per quale ragione il paziente non comprende che parlare è finalizzato all'essere ascoltato e non a riempire di sé e della propria voce lo spazio circostante? Cosa lo ha spinti, forse in epoca remota, a credere che ci si dovesse far largo nella vita a forza di parole?

Non sta a noi rispondere a queste domande ma ugualmente possiamo riconciliare i nostri pazienti con il tempo, con l'alternarsi dei pieni e dei vuoti, con il parlare e l'ascoltare, con voce e silenzio, indirizzando eventualmente verso una psicoterapia se intuiamo una sofferenza maggiore di quella che può dare una disfonia.

### *Abitare il corpo e lo spazio*

---

Altro tratto comune di molti pazienti disfonici è l'incapacità di abitare in piena coscienza il proprio corpo. Le tecniche di rilassamento fondate sulla consapevolezza delle diverse membra e della loro posizione, non solo possono essere malaccette ma addirittura spaventare. Viaggiare all'interno delle vie aeree, immaginando bocca, gola, laringe, sgomenta e mantenere un buon grado di controllo sulla propria postura fonando può sembrare un compito troppo complesso.

Alcuni dei nostri pazienti sembrano privi della consapevolezza di avere un peso, un ingombro, un corpo che possa adattarsi alle esigenze della voce. Si dimostrano incapaci di focalizzare l'attenzione sulla fisicità e di distribuirla su più aspetti di essa, così da coordinare respirazione, atteggiamento glottico e del vocal tract, postura alla buona riuscita dell'atto vocale.

Altri non si sanno situare nello spazio, non sono in grado di valutare le distanze con l'interlocutore e di modulare in relazione a queste l'intensità della voce. Si comportano come "regolati sempre al massimo volume", incapaci di intimità vocale.

Cosa impedisca di volgere uno sguardo attento e consapevole su se stessi non è indagabile nella seduta logopedica ma può costituire una barriera insormontabile al raggiungimento di risultati.

È evidente che alcuni dei nostri pazienti presentano tratti comuni di disagio ed è lecito quindi chiedersi se al prodursi delle forme di-

sfunzionali cooperi un certo grado di malessere psichico o, quanto meno, nello strutturarsi di abitudini fonatorie non fisiologiche, ci sia stata, almeno all'esordio, una sofferenza.

Così come non esiste una separazione netta tra stato di salute fisica e stato di malattia, allo stesso modo esiste un *continuum* tra la salute mentale e il malessere psichico. Per questa ragione le classificazioni dei disturbi basate solo sulla assenza/presenza di sintomi sono vuote e alcuni comportamenti, insignificanti per alcuni, per altri sono segnali di grave sofferenza psichica.

Ci sono condizioni, anche fisiche, che risvegliano in noi risposte che possono sembrare del tutto patologiche (io stessa ho dimostrato incapacità a contenere gli impulsi in un periodo in cui soffrivo di crisi di dolore trigeminale, gettando dalla finestra del mio ambulatorio in ASL degli specchietti laringei rovinati da un autoclavaggio improvvido).

Dove poniamo il confine tra reazioni normali e non a uno stress acuto? Chi può porsi a giudice se può o meno essere tale, per quel tipo di paziente, anche un parto fisiologico?

Non solo, le nostre vicende passate, lo stile con cui siamo stati accuditi da bambini, possono averci reso più forti o più fragili e possono spostare il confine tra risposta normale e patologica, tra salute e malattia.

Le classificazioni e le tassonomie sono un modo per comprendere il mondo ma rispondono solo alle nostre specifiche esigenze. La realtà e con essa l'esperienza umana sono disordinate per essenza, la salute mentale sfuma nella malattia con una linea d'ombra.

Alcune disfonie disfunzionali sembrano situarsi in questo *non luogo*, non ancora espressioni di disforia ma non più modalità parafisiologiche di fonare.

Molti dei loro sintomi appaiono dotati di valenza simbolica, come l'ipertono sovraglottico, separante, nel suo ridurre il calibro del vocal tract, l'intimità del soggetto dal mondo esterno. Altri sono icone di stati di sofferenza, come l'ipoarticolazione e la riduzione dell'apertura orale, così indicativi del desiderio di ritrarsi dalla relazione. Altri ancora potrebbero essere annoverati nel corredo sintomatologico dei disturbi della *disfunzione vegetativa somatoforme* (ICD-10 F45.3), come la dispnea, l'iperventilazione, il senso di costrizione ipofaringea, di "mano sul collo" o l'oppressione toracica.

Approcciarsi al paziente disfonico necessita quindi non solo di una particolare competenza tecnica e operativa, ottenibili dallo studio universitario e dai corsi di formazione, ma anche di quella capacità di mentalizzazione<sup>32</sup> e di quella funzione riflessiva<sup>33</sup> che soltanto il lavoro su di sé, eventualmente sostenuto da un percorso psicoterapico individuale, può dare.

Utilizzare tali capacità nella relazione è la garanzia della buona riuscita di qualsiasi terapia

---

<sup>32</sup> Capacità di inferire gli stati mentali altrui attraverso un processo immaginativo, cioè di "immaginarsi" cosa l'altro pensa, prova, desidera.

<sup>33</sup> Capacità di comprendere il proprio stato d'animo.



## *Link utili*

### *Portale italiano delle classificazioni sanitarie*

<https://www.nimh.nih.gov/index.shtml>  
sito del National Institut of Mental Healt

<https://www.psychiatry.org/>  
sito dell'American Psychiatric Association

<http://www.wpanet.org/>  
sito della World Psychiatric Association

<http://www.psichiatria.it/>  
sito ufficiale della Società Italiana di Psichiatria

<http://www.sips.it/>  
sito della Società Italiana di Psicologia

<https://www.spiweb.it/>  
sito della Società Psicanalitica Italiana

<http://www.scuoladipsicanalisifreudiana.it/index.php/it/>  
sito della Scuola di Psicanalisi Freudiana

<https://www.psicologiajunghiana.it/>  
sito della Scuola di Psicologia Junghiana