

Silvia Magnani

Breviario di vocologia clinica

Favorire la comunicazione/Strumenti

FrancoAngeli



QUADERNI FAD

Guide per operatori specializzati e professionisti della comunicazione

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con **Adobe Acrobat Reader**



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile **con Adobe Digital Editions**.

Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.

Quaderni FAD. Formazione a distanza per operatori sanitari

Collana promossa da Nuova Artec
Direttore scientifico: *Silvia Magnani*

Nuova Artec, società di formazione professionale che opera a Milano dal 1997, propone corsi di formazione teorici e pratici finalizzati a migliorare le abilità comunicative, con particolare riguardo all'utilizzo della vocalità, anche artistica, all'acquisizione di abilità relazionali e comunicative professionali, alla pratica del counseling nelle patologie della comunicazione, all'educazione dell'infanzia e dell'adolescenza. Le attività si rivolgono agli operatori della sanità che fanno della comunicazione uno strumento quotidiano di lavoro e a coloro che sono chiamati a loro volta a educare alla buona comunicazione: genitori, insegnanti, operatori ed educatori.

La collana si articola dal 2008 in due sezioni:

- *Favorire la comunicazione/Strumenti* - Guide per operatori specializzati e professionisti della comunicazione: una linea di testi di autoistruzione pensati come utili strumenti di studio e di approfondimento che rispondono alle esigenze dell'operatore che sceglie di aggiornarsi dalla scrivania di casa, programmando un itinerario didattico costruito sulle proprie necessità.
- *Favorire la comunicazione/Percorsi* - Guide per genitori ed educatori (dedicata alle famiglie e a quanti sono chiamati a promuovere e a educare alla comunicazione) e self help per professionisti vocali.

Nuova Artec ha sede in Via Ceresio, 1, 20154 Milano
fax 02.33600908
www.nuovaartec.it
e mail: info@nuovaartec.it

Il Progetto FAD. Formazione a distanza

Nuova Artec, la società di formazione professionale che promuove la collana dei Quaderni FAD, offre la possibilità di intraprendere, per chi lo desidera, un percorso articolato di aggiornamento che vede quale tappa iniziale lo studio del testo in esame e la verifica dell'apprendimento, per procedere poi eventualmente, attraverso gradini successivi, a una conoscenza più approfondita dell'argomento.

Nuova Artec eroga infatti un servizio di verifica della conoscenza appresa attraverso il testo in esame e fornisce anche la possibilità di accedere a corsi e percorsi di approfondimento delle tematiche affrontate nel testo, accessibili attraverso la scuola stessa.

Al lettore è lasciata la facoltà di costruire un proprio percorso di conoscenza dell'argomento commisurato al proprio interesse.

L'approfondimento costituisce un'offerta ulteriore che Nuova Artec offre agli utenti che abbiano esigenze specifiche di formazione permanente. Ci si rivolge in modo particolare agli operatori tenuti a compiere uno studio continuo: operatori della sanità che si occupano di diagnosi, terapia, riabilitazione dei disturbi della comunicazione e a tutti coloro che fanno della comunicazione uno strumento di lavoro o a chi, insegnante o genitore, desidera educare alla "buona comunicazione".

Chi desiderasse approfondire l'argomento e ricevere informazioni sulle modalità di valutazione del percorso formativo e procedere alla verifica del proprio apprendimento, può compilare in ogni sua parte la scheda di iscrizione all'approfondimento FAD e inviarla a Nuova Artec (segreteria@nuovaartec.it).

La scheda di iscrizione all'approfondimento FAD del volume si trova alla fine del volume.

Silvia Magnani

Breviario di vocologia clinica

FrancoAngeli

Copyright © 2022 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Presentazione	»	11
Parte prima Incontro con la voce		
Approccio funzionalista alla vocologia	»	15
1. Un approccio diverso	»	15
2. La medicina	»	16
2.1. La medicina e le scienze naturali	»	16
2.2. Il clinico	»	16
3. La voce	»	18
3.1. La voce come funzione volontaria	»	18
3.2. Compiti della vocologia	»	19
Incontro con la voce del paziente	»	21
1. Come la voce ci rappresenta	»	21
1.1. Cosa si intende per eufonia	»	21
2. Valutare un evento irripetibile	»	22
2.1. Ascoltare	»	22
3. Salute ed efficacia vocale	»	24
Semiotica della voce	»	26
1. Linguaggio, voce, parole e suono	»	26
2. La prosodia	»	28
2.1. Definizione	»	28
2.2. Andamenti di intensità e di frequenza	»	29
2.2.1. La melodia	»	31
2.2.3. L'intensità	»	32

2.3. Andamenti temporali	»	34
2.4. Modificabilità timbrica	»	36
3. La Prossemica vocale	»	36

Parte seconda

Fisiopatologia evolutiva e involutiva

Infanzia	»	41
1. La voce bambina	»	41
1.1. Caratteri generali della laringe infantile	»	42
1.2. Fisiologia evolutiva delle corde vocali	»	43
1.3. Fisiologia evolutiva della respirazione	»	44
2. Le disfonie infantili	»	46
2.1. Disfonie di origine organica	»	46
2.2. Una laringe fragile: le forme disfunzionali	»	48
2.2.1. Criteri di terapia per le disfonie disfunzionali	»	49
 Adolescenza	»	51
1. Pubertà come momento del cambiamento	»	51
1.1. La rapidità come fattore di rischio	»	51
1.2. Lo scatto di crescita	»	53
2. Lo specifico di crescita dell'apparato fonatorio	»	54
2.1. La muta vocale	»	54
2.1.1. Muta vocale femminile	»	55
2.1.2. Muta vocale maschile	»	57
3. Le patologie della muta	»	59
3.1. Le patologie della muta maschile	»	59
3.1.1. La muta paradossa	»	60
3.1.2. La muta adattiva	»	61
3.1.3. Conseguenze della patologia della muta	»	62
3.1.4. Riconoscere le alterazioni della muta	»	63
3.2. La muta paradossa femminile	»	66
 Vecchiaia e presbifonia	»	67
1. Fisiologia involutiva	»	67
1.1. Il processo biologico di invecchiamento	»	67
2. L'apparato vocale nel bilancio complessivo dello stato di salute	»	71
3. Presbifonia e disfonia senile	»	73
3.1. Curare la disfonia nell'età avanzata	»	74

Parte terza Clinica delle disfonie

Classificazione delle disfonie	»	81
1. Classificare per facilitare la diagnosi	»	81
2. Difficoltà nelle classificazioni: un esempio	»	83
Disfonie organiche	»	84
1. Disfonie organiche primarie	»	84
2. Lo specifico foniatico-vocologico nelle disfonie di genesi organica	»	88
2.1. Laringite acuta	»	88
2.2. Laringite cronica	»	89
2.3. Artrite del giunto cricoaritenoidico	»	90
2.4. Granuloma	»	90
2.5. Vergeture	»	91
Disfonie organiche secondarie a patologie di altri organi o apparati	»	92
1. Alterazioni della voce relative all'attività riproduttiva femminile	»	92
2. Malattie relative a disordini dell'alimentazione	»	96
3. Disturbi del sonno	»	99
4. Patologie dell'apparato respiratorio	»	100
5. Patologie generanti alterazioni della risonanza	»	101
6. Allergopatie	»	103
7. Patologie gastrointestinali minori	»	104
8. Endocrinopatie	»	107
9. Altre patologie	»	109
Disfonie secondarie all'uso di farmaci	»	112
1. Qualche parola introduttiva	»	112
1.1. La via sistemica	»	112
1.2. La via topica	»	113
1.3. I fitoterapici	»	114
2. Voce e farmacologia: le categorie farmacologiche più problematiche	»	115
2.1. Osservazioni preliminari	»	115
3. Analisi sistematica degli effetti iatrogeni dei più comuni farmaci	»	119
3.1. Farmaci comunemente utilizzati per uso sistemico	»	119

3.2. Farmaci comunemente utilizzati per uso topico	»	132
Disfonie disfunzionali	»	139
1. Presentazione del problema	»	139
2. Dalla visione funzionale a quella funzionalista dell'atto vocale	»	140
2.1. La visione funzionalista nella valutazione dell'atto vocale	»	140
3. Riflessioni propedeutiche in tema di fisiologia vocale	»	141
3.1. La funzione del mantice	»	141
3.2. La funzione laringea	»	142
3.3. La funzione del vocal tract	»	143
3.3.1. Gestione degli atteggiamenti dinamici del vocal tract	»	144
4. Etiologia delle disfonie disfunzionali	»	146
4.1. Comportamento fonatorio in eccesso di funzione	»	147
4.2. Comportamento fonatorio in abuso di funzione	»	149
4.2.1. Dal trauma al danno organico	»	151
5. Classificare le forme disfunzionali	»	155
6. Fare diagnosi di disfonia disfunzionale	»	156
6.1. Sintomi non vocali	»	156
6.2. Correlati percettivi	»	158
7. Terapia delle forme disfunzionali	»	159
Disfonie neurologiche	»	161
1. Difficoltà terminologiche e loro superamento	»	161
2. Inquadramento generale delle patologie	»	162
2.1. Classificazione in relazione al tipo di sintomo	»	163
2.2. Classificazione per sede di lesione	»	164
3. Visione sistematica delle patologie neurologiche	»	166
3.1. Via finale comune	»	166
3.2. Vie piramidali e primo motoneurone	»	170
3.3. Forme miste	»	172
3.4. Patologie dei nuclei della base	»	175
3.4.1. Malattia di Parkinson	»	176
3.4.2. Altri quadri patologici	»	177
3.5. Cervelletto	»	184
3.6. Patologie a movimenti ritmici	»	184
Disfonie psicogene	»	187
1. La patologia psicogena a espressione somatica	»	187
2. Le disfonie psicogene	»	188
2.1. I disturbi da sintomi somatici e le disfonie come espressione di disturbo somatoforme	»	189

2.2. Disturbo da ansia di malattia	»	190
2.3. La disfonia da disturbo fittizio	»	191
2.4. Disturbo da dismorfismo corporeo	»	192
2.5. La disfonia come disturbo da conversione	»	195
2.5.1. La conversione	»	195
2.5.2. La disfonia da conversione	»	196
3. Mettere in atto una disfonia psicogena	»	196
4. Fare diagnosi di disfonia psicogena	»	199
4.1. Le difficoltà diagnostiche	»	199
4.2. I sintomi di accompagnamento	»	201
Bibliografia	»	204

Presentazione

Questo libro si propone come un breviario, un manuale d'uso quotidiano per chi si occupa di voce in senso diagnostico e terapeutico. Come tutti i breviari è di facile lettura, semplificato da tabelle e schemi e non ha la presunzione di credersi esaustivo.

Non si occupa di anatomia e fisiologia vocale, dando per noti gli argomenti. Si rivolge a un pubblico che già conosce le nozioni che sono alla base del lavoro del foniatra e del logopedista e, partendo da queste, sviluppa un discorso unicamente clinico.

Integrano il testo spunti di riflessioni e brevi paragrafi di approfondimento.

Che senso ha per me scrivere ancora un libro sulla voce? Innanzitutto, quello di mettere un punto, di concludere una riflessione su ciò che mi ha appassionato da sempre, su ciò che ho amato più di ogni altra disciplina del sapere medico. In secondo luogo, di lasciare traccia di me, di portare una testimonianza, per quanto piccola, dei miei anni di studio e di lavoro.

Auguro a tutti i giovani che mi leggeranno di provare altrettanto amore per la voce umana e altrettante ragioni per continuare a rispettarla e a curarla.

Ringraziamenti

Ho l'abitudine di scrivere in solitudine, completamente assorta nel mio lavoro, insensibile ai rumori della casa. Ringrazio quindi chi in questi mesi ha rispettato questo desiderio e tollerato i miei silenzi.

Ringrazio tutti coloro che mi seguono come allievi obbligandomi a un aggiornamento continuo e giustificando con la loro presenza il mio desiderio di condividere ciò che ho capito e studiato.

Ringrazio il mio editor, Katuska Bortolozzo, che, leggendo una prima stesura di questo testo, mi ha incoraggiata a terminarlo.

Parte prima

Incontro con la voce

Approccio funzionalista alla vocologia

1. Un approccio diverso

Questo libro racchiude tutto ciò che ho imparato in quarant'anni di professione di medico della voce ed è, insieme, testimone dell'esperienza umana che ho maturato esercitando quella tra le specialità più vicine alla filosofia e alle discipline umanistiche: la foniatria. Confrontando questo scritto con i testi già stampati di alcuni anni più vecchi, mi accorgo che il mio modo di rivolgermi alla malattia e di sostenere il paziente è profondamente cambiato. Dall'interesse sul *come* la voce si produce e si ammala, sono passata a chiedermi *cosa* è la voce per noi, come in essa ci identifichiamo e a che scopo la utilizziamo. Questo mi ha obbligato ad affiancare a un interesse per la disfonìa come entità nosologica un'attenzione speciale per l'umano, per il rapporto che ogni singolo paziente tesse con la propria voce, per il significato, unico e inalienabile, che essa ha per lui. Ogni volta che mi avvicino a un malato mi chiedo adesso come dalla propria voce si senta rappresentato o tradito e quale sia l'intimo lutto che la sua perdita comporta.

A farmi passare dalla visione attratta dal fenomeno a una visione interessata all'individuo è stato il progressivo avvicinamento alla medicina narrativa, che mi ha insegnato ad ascoltare per prima cosa il racconto del paziente e solo in un secondo momento a valutarne il corpo. Questa attitudine mi impedisce di rivolgermi alla voce come a una funzione alterata e mi obbliga a passare da un orizzonte limitato al corpo malato e alla funzione deficitaria a una visione più ampia, allargata al mondo nel quale è inserito il soggetto, alle agenzie sociali con le quali dialoga, alle esigenze lavorative e personali che lo premono. Per meglio spiegare questa visione occorre ridefinire il concetto di funzione e giungere, per gradi, alla spiegazione di cosa si intende per medicina funzionalista.

2. La medicina

2.1. La medicina e le scienze naturali

La medicina non è una scienza naturale. Questa affermazione, forte e decisa, si oppone alla considerazione riduzionista della medicina intesa come studio della fisiopatologia, presa in carico della malattia e cura di essa attraverso la farmacologia o la chirurgia. **La medicina è una disciplina umanistica** che si fa carico della storia del paziente, dell'universo emozionale ed esperienziale che lo contraddistingue e, attraverso questa conoscenza, si prende cura di lui.

Anche il termine cura in questa ottica acquisisce un significato diverso. Cura non è la risoluzione del problema, la rimessa a norma di uno stato deviante. Cura è l'aver a cuore il bene del paziente, il prendersi carico della sua realtà non solo biologica, anche se il ritorno alla cosiddetta norma non vi sarà, anche se la guarigione è insperata. Procedendo per questa strada la prescrizione di una terapia farmacologica non ne è che uno degli aspetti, vanificato se a essa non si affianca un ascolto attento della storia di malattia, non si riconosce il paziente per quello che è come individuo insostituibile all'interno dell'universo familiare e sociale.

La vita esteriore (lavoro, obblighi sociali, condizione economica) e interiore del paziente, con le speranze, le paure e le aspirazioni, irrompe nel rapporto di cura e definisce una modalità di approccio del medico che, mentre segna i confini tra chi è ammalato e chi può guarire, riunisce entrambi nella stessa prospettiva della fragilità umana.

Clinico e malato sono i due termini attraverso i quali si articola il rapporto terapeutico nella certezza che il confine tra i due è labile e che la relazione di cura presenta aspetti salvifici per entrambi.

2.2. Il clinico

La parola clinica deriva dal verbo greco κλίνω (clino), atto del chinarsi sopra. Clinico è colui che si china sopra un soggetto che in quel momento è impossibilitato ad alzarsi. Esercitare la clinica significa quindi principalmente inclinarsi sopra il malato, cioè rivolgersi a lui "abbassandosi". Come tutti i verbi di moto, κλίνω prevede la possibilità di due prospettive: quella del medico che va verso il malato e quella del malato che vede il medico venire verso di lui.

Proprio nella scelta dell'analizzatore usato possiamo distinguere due diverse modalità di relazione. Nella accezione di *andare verso* l'oggetto attenzionale è il medico che si china. Egli, dall'alto del proprio stato di salute (i sani stanno per definizione *in piedi*), si volge verso l'allettato, sottolineando una condizione di superiorità (fisica, intellettuale, di ruolo). Nella accezione del *venire verso* è il malato, dalla propria situazione di impotenza, che vede entrare nel territorio di malattia il medico, facendo posto, nella sofferenza, che pur conosce perfettamente, alla competenza di chi ne sa più di lui sulle sue cause e sulla sua terapia. Nel quotidiano della professione di cura ci troviamo a transire da una situazione all'altra, assumendo talvolta l'atteggiamento di colui che scende verso il bisognoso, talvolta quello di colui che viene accolto.

Ma c'è una terza visione della clinica molto più interessante: chinarsi per mettersi allo stesso livello del malato, per guardarlo nella prospettiva non dell'up-down ma dello sguardo condiviso. In questo atteggiamento non è solo il segno, quella che chiamiamo obiettività della patologia, che interessa ma il malato come persona, portatore di un racconto di vita. È questa situazione che può aprire un orizzonte di senso oltre che sulla patologia sulla nostra personale vicenda umana.

Da giovane medico, perfettamente sana, ricercavo sul corpo del malato le prove dei sintomi lamentati. Mi affidavo a una episteme logico-deduttiva, che trovasse una corrispondenza tra ciò che il paziente lamentava (il sintomo) e io vedevo e misuravo (il segno) con ciò che mi era nascosto: la natura della malattia. Come un investigatore ricostruivo la catena di causa ed effetto per arrivare a quello che credevo fosse l'unico scopo del mio intervento: la diagnosi e, se avessi potuto, la terapia. In quel periodo la vicenda del paziente mi pareva qualcosa del tutto personale che nulla aveva a che fare con me e con la mia vita. Certo vedere bimbi malati mi faceva sentire fortunata ad avere figli sani, assistere persone della mia stessa età con prognosi infauste mi faceva ricercare su di me, a scopo di rassicurazione, le prove di una perfetta salute, ma nulla di più.

Con gli anni, con l'esperienza della malattia, con l'invecchiamento del mio corpo che ho sentito esposto, come tutti i corpi, all'insulto del tempo, mi sono resa conto che la mia relazione col paziente inevitabilmente cambiava con me. La diagnosi non era più il banco di prova della mia intelligenza, ma il naturale derivato di conoscenza ed esperienza, qualcosa che agivo per spirito di servizio, considerandola per quello che è: la risposta a una richiesta. Nella visita e nella cura non era più su me che volevo conferme. Ciò che ricercavo era riconoscere me e il paziente come individui partecipi di una vita sensata.

Chinarmi verso il malato ha perso il senso dell'abbassarmi, del volgermi verso un corpo. Sono diventata un "clinico che chiede". Mi chino per ridurre le distanze, per ascoltare, per sentire la voce, per comprendere e comprendermi.

Questa modalità di relazione ha come presupposto la convinzione che la medicina non si rivolge al solo corpo del malato ma al malato come persona, inserito in una rete di relazioni.

La malattia, quindi, va a proporsi come evento disequilibrante dell'esistenza non solo di colui che ne è affetto ma delle agenzie con le quali egli si relaziona, prime tra tutte la famiglia e, a seguire, l'ambiente lavorativo, amicale e sociale e, non ultimo, lo stesso medico.

3. La voce

3.1. La voce come funzione volontaria

Che rapporto esiste tra un individuo e la sua voce? Ponendoci questa domanda non possiamo che avere un'unica risposta: ognuno di noi ha una voce che lo contraddistingue, la voce è uno degli elementi della identità personale. Essa è parte dell'io corporeo, di quella consapevolezza di me (dell'essere questo corpo che è il mio) che, a partire dalla nascita, prende forma nel corso dell'infanzia e si stabilizza nella adolescenza. A differenza però dei lineamenti, dell'altezza e della forma del corpo, la voce, anche se è così legata all'individuo da renderlo riconoscibile tra tutti, è non solo tratto ma funzione volontaria, partecipa cioè a quella realtà fisiologica, della quale fanno parte l'espressività mimica, la gestualità, la postura, che rende possibile l'espressione all'esterno di ciò che nella dimensione mentale viene prodotto. **Le funzioni volontarie sono espressioni dell'io del soggetto.** È a opera delle funzioni volontarie che il pensiero, le intenzioni e i sentimenti si rendono evidenti per mezzo di un corpo che si muove e parla. La funzione agisce vicariamente alla mente sul mondo, colmando la povertà di strumenti dello psichismo che non si rivelerebbe senza un corpo capace di gesti, di voce e di parola. Perdere la voce o anche solo subirne una diminuzione di efficacia vuol dire perdere la possibilità di avventurarsi su quel ponte che dalla mente, muta e immobile, porta, per merito di quell'agire particolare che è la voce, a interagire con l'esterno. Curare la voce non può significare solo occuparsi dell'apparato vocale. Curare è ripristinare quel ponte, ridando al paziente uno dei più efficaci strumenti di espressione e relazione.

3.2. Compiti della vocologia

Una vocologia che faccia propria quest'ottica e consideri la voce nella sua realtà di funzione volontaria deve interessarsi non solo dell'obiettività visiva della lesione, con la sua prorompente evidenza, e del dato percettivo/acustico ma prendere in carico la funzione, cioè come il soggetto parla o canta e il modo con cui utilizza nel quotidiano e in ambito professionale la propria voce, **considerando non soltanto gli aspetti patologici e fisiologici ma le intenzioni, i desideri, la vita emotiva e sociale del paziente.**

Essa, mentre si oppone a una visione che privilegi il solo evento psichico, quasi che il corpo fosse il semplice substrato di una mente direttiva e imperante, contesta l'egemonia della EBM, che vede come dati di certezza i soli dati oggettivabili.

Una vocologia di questo tipo abbraccia la visione fenomenologica della medicina, ribadendo che non esiste soggetto che non sia nel mondo e che l'essere in vita è un inevitabile incontro con gli oggetti che quel mondo caratterizzano. Non si può *essere* senza *esserci*.

Curando la voce prendiamo in carico un malato nella consapevolezza che esso è in contatto col mondo oggettuale e inevitabilmente in relazione con le agenzie che in esso operano: la famiglia, la scuola, il lavoro, la società in senso parcellare e globale. Questo tipo di cura non si occupa del solo apparato vocale (la struttura) e neppure della sola funzione (la vocalità), in quanto quest'ultima non è ipotizzabile senza l'oggetto sul quale si applica, ma cura la relazione tra struttura, funzione e mondo, facendosi carico del mondo oltre che del soggetto, inteso nella sua duplicità di corpo e mente.

Le conseguenze di questa visione nel campo della vocologia sono significative. In senso generale **nella presa in carico** di un soggetto affetto da disfonia occorre acquisire una visione aperta alla valutazione e alla riabilitazione di funzione e non solo alla eliminazione degli aspetti obiettivabili della patologia. **Nella anamnesi** diviene centrale la conoscenza del mondo familiare, sociale, lavorativo del soggetto, con il quale il paziente si trova a vivere, perché è nella relazione con esso che la funzione si esprime, si modella e, eventualmente, si altera. **In senso terapeutico** occorre aiutare il malato a riformulare il proprio rapporto con l'esterno. Questo solo però non basta. Come è necessaria la revisione della relazione con il mondo esterno, così è obbligatorio ristabilire un rapporto armonioso tra il malato e il suo corpo. In questo senso la logopedia non può prescindere dal guidare il paziente a una maggiore consapevolezza del sé corporeo, finalizzata alla creazione di un embodiment che permetta alle esperienze mediate dalla realtà fisica di trasformarsi in consapevolezza e controllo.