



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

Πτυχιακή Εργασία

Ψυχογενείς Διαταραχές Φώνησης & Χαρακτηριστικά Προσωπικότητας

Φοιτήτρια: Καρανικόλα Αγγελίνα – Ραφαέλα (Α.Μ 15931)

Επόπτρια Πτυχιακής Εργασίας: κ. Νησιώτη Μελίνα

Ιωάννινα,

Φεβρουάριος 2017

Περίληψη.

Στην παρούσα εργασία θα καταδειχθεί ο ρόλος της ακεραιότητας και η λειτουργία του μηχανισμού της φώνησης στην ανθρώπινη προφορική επικοινωνία και η σημαντικότητα των επιπτώσεων, όταν η πρώτη εμφανίζει οποιοδήποτε είδος παθογένειας, ως δευτερογενές σύμπτωμα κάποιας ψυχοσυναισθηματικής διαταραχής ή διαταραχής προσωπικότητας. Οι εν λόγω παθολογίες φέρουν τη διάγνωση των *Ψυχογενών Διαταραχών Φώνησης*.

Αναλυτικότερα, παρουσιάζονται με σειρά παράθεσης ο ορισμός της φώνησης, η φυσιολογία του ανθρώπινου φωνητικού καναλιού, ο ορισμός της παθογένειας στη φωνή, γίνεται μια σύντομη ταξινόμηση των διαταραχών της φώνησης σε αιτιολογικό έδαφος, παρατίθενται τα επιδημιολογικά τους στοιχεία, παρουσιάζονται οι αίτιες, οι οποίες φαίνεται να ευθύνονται για την εμφάνισή τους, αναλύονται τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τη διερεύνησή τους και η διαφορική διάγνωση μεταξύ των δύο ευρύτερων ομάδων των διαταραχών φώνησης. Στη συνέχεια, παρουσιάζεται η επίδραση των συναισθημάτων στη φωνή, ενώ καταδεικνύεται η συμβολή της προσωπικότητας στην προδιάθεση εμφάνισης διαταραχών φώνησης και των ψυχολογικών τους διεργασιών. Γίνεται λόγος για τα συστήματα ταξινόμησης των ψυχογενών διαταραχών φώνησης, συνοψίζονται τα φυσιολογικά και αντιληπτικά τους χαρακτηριστικά, οι τύποι παθογένειας, οι κοινοί αιτιολογικοί τους παράγοντες και η απαραίτητη διαγνωστική εκτίμηση από την υπεύθυνη διεπιστημονική ομάδα. Τέλος, αναλύονται τα είδη των ψυχογενών διαταραχών φώνησης και οι κατάλληλες θεραπευτικές τους προσεγγίσεις.

Περιεχόμενα.

Εισαγωγή.....σελ. 1

Κεφάλαιο 1: Διαταραχές φώνησης.

Ορισμός τυπικής φώνησης.....σελ. 2

Φυσιολογία μηχανισμού ομιλίας.....σελ. 2

Ορισμός παθογένειας στη φωνή.....σελ. 3

Ταξινόμηση διαταραχών φώνησης.....σελ. 6

Επιδημιολογικά στοιχεία.....σελ. 7

Κοινές παθογένειες των φωνητικών χορδών.....σελ. 9

Διάγνωση διαταραχών φώνησηςσελ. 14

Διαφορική διάγνωση διαταραχών φώνησης.....σελ. 21

Κεφάλαιο 2: Ψυχογενείς διαταραχές φώνησης, χαρακτηριστικά προσωπικότητας και ψυχοσυναισθηματικοί παράγοντες.

Η επίδραση των συναισθημάτων στη φωνητική παραγωγή.....σελ. 23

Συμβολή της προσωπικότητας και της ψυχοσυναισθηματικής δυναμικής στη φωνητική παραγωγή.....σελ. 24

Χαρακτηριστικά προσωπικότητας και ψυχολογικοί παράγοντες στην παθογένεια της φωνής.....σελ. 25

Οι ψυχογενείς διαταραχές φώνησης.....σελ. 38

Συστήματα ταξινόμησης.....σελ. 40

Φυσιολογικά και αντιληπτικά χαρακτηριστικά.....σελ. 44

Τύποι παθογένειας.....σελ. 45

Κοινοί αιτιολογικοί παράγοντες.....σελ. 48

Διεπιστημονική ομάδα φώνησης.....σελ. 51

Διαγνωστική εκτίμηση.....σελ. 52

Είδη ψυχογενών διαταραχών φώνησης.....σελ. 59

Θεραπευτικές προσεγγίσεις.....σελ. 65

Σύνοψη.....σελ. 78

Βιβλιογραφία.....σελ. 80

Παράρτημα.....σελ. 83

Εισαγωγή.

Στα πλαίσια της έμφυτης τάσης του ανθρώπου για κοινωνική αλληλεπίδραση η λεκτική και η εξωλεκτική επικοινωνία γίνονται σημαντική προϋπόθεση, ενώ παράλληλα, η ορθή και ανεξάρτητη λειτουργία τους αποτελεί επιτακτική ανάγκη. Ο άνθρωπος θα μπορούσε να πληροφορεί τον συνομιλητή του με χειρονομίες του σώματός του, όμως έχει βρει ένα πιο αποτελεσματικό τρόπο για να επικοινωνεί, παράγοντας ηχητική ομιλία, την οποία οι άλλοι μπορούν να ακούσουν, να αναγνωρίσουν και να κατανοήσουν (Ladefoged, 2006). Η παραγωγή φωνητικών ήχων ονομάζεται φωνή, ενώ η παραγωγή λεκτικών ήχων - φθόγγων ονομάζεται ομιλία ή άρθρωση.

Στην προφορική επικοινωνία το μήνυμα διαμορφώνεται και μεταφράζεται τόσο με τα λεκτικά, όσο και με τα παραγλωσσικά φαινόμενα της ομιλίας, όπως είναι η γλώσσα του σώματος, ο ρυθμός, ο τόνος και η μελωδικότητα της φωνής. Θα λέγαμε, λοιπόν, πως η φωνητική λειτουργία αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα στην αλληλεπίδραση, καθώς έχει επικοινωνιακή και συναισθηματική βαρύτητα σε πομπό και δέκτη ισότιμα. Με τον τρόπο αυτό, η φώνηση γίνεται ένα βαρομετρικό συναισθημάτων (Aronson, 1990).

Οι τάσεις επιρροής ενός μηνύματος βασίζονται μόλις στο 7% στον λόγο και την ομιλία, στο 55% στις εκφράσεις του προσώπου και στο 38% στον ήχο της φωνής (Seifert & Kollbrunner, 2005). Μέσα από αυτά τα δεδομένα αναδύεται η σημαντικότητα της άρτιας, μη παθολογικής λειτουργίας όλων των παραμέτρων διαμόρφωσης του γλωσσικού μηνύματος, σαν μέσο ορθής επικοινωνίας, καθώς εμφανίζεται σαν μια αμφίδρομη διαδικασία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΦΩΝΗΣΗΣ

Ο ορισμός της φυσιολογικής φώνησης.

Θα ήταν σημαντικό να αναφερθεί πως καθώς δεν υπάρχει κάποιος σαφής, ολοκληρωμένος και αντικειμενικός ορισμός, ως προς το ποια είναι η ιδανική ποιότητα φωνής για έναν άνθρωπο, διότι αφενός η φωνή εκτιμάται με υποκειμενικά και εξατομικευμένα κριτήρια, αφετέρου υπάρχει ένα τεράστιο εύρος ποιοτικών παραλλαγών φωνής (Νησιώτη, 2007), πραγματοποιήθηκε μια επιστημονική προσπάθεια προσέγγισης στο πως ακούγεται η φωνή, η οποία παράγεται από ένα άρτιο φωνητικό κανάλι.

Η τυπική φώνηση ακούγεται ευχάριστα από τον ακροατή, ενώ υπάρχει ισορροπία στην αντήχηση του ήχου, που διαπερνά τη στοματική και τη ρινική κοιλότητα και παράλληλα ταυτίζεται με το φύλο, την ηλικία, αλλά και με τη σωματική διάπλαση του ατόμου (Seifert & Kollbrunner, 2005).

Η φυσιολογία του μηχανισμού της ομιλίας.

Για την παραγωγή της ανθρώπινης ομιλίας, ο εγκέφαλος είναι το όργανο που κατέχει τον πιο κύριο και καίριο ρόλο, συντονίζοντας μια πολύπλοκη και πολλαπλή συνεργασία τριών φυσιολογικών συστημάτων του σώματος: του αναπνευστικού, του λαρυγγικού και του φωνητικού συστήματος. Συνοπτικά, «οι κινήσεις της ομιλίας, για να μπορούν να ακουστούν χρειάζονται εξώθηση αέρα από τους πνεύμονες, με ταυτόχρονη την παραγωγή θορύβου από το λάρυγγα» (Ladefoged, 2006). Αναλυτικότερα, τα όργανα που διαμορφώνουν τη φωνή και την ομιλία είναι η στοματική κοιλότητα, η ρινική κοιλότητα, ο φάρυγγας, ο λάρυγγας, η τραχεία, οι βρόγχοι, οι πνεύμονες, ο θώρακας και το διάφραγμα,

Καθώς η παραγωγή των ήχων απαιτεί ενέργεια, το αναπνευστικό σύστημα, με εντολή του εγκεφαλικού φλοιού, διοχετεύει στην φωνητική οδό τον απαραίτητο αέρα με την εισπνοή, μέσω των αναπνευστικών μυών, και με την εκπνοή, μέσω

των πνευμόνων, κινεί την τραχεία και το λάρυγγα ανοδικά και καθοδικά (Anderson & Shames, 2013), παίρνοντας ένα ρόλο κινητήριου δύναμης για την έναρξη της φωνητικής διαδικασίας. Ο αέρας αυτός, για να βρεθεί στο *λαρυγγικό σύστημα*, εισέρχεται πάνω από το λάρυγγα φτάνοντας ανάμεσα από δύο μυώδεις πτυχές, που ονομάζονται φωνητικές χορδές (Ladefoged, 2006). Ομιλία, λοιπόν, παράγεται όταν οι φωνητικές χορδές συγκλείουν -κλείσιμο γλωττίδας-, μέσω του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου, διατηρώντας μια μικρή οπή μεταξύ τους, και θέτονται σε παλμική κίνηση, εξαιτίας της πίεσης και της ροής του αέρα από τους πνεύμονες. Τελική δίοδο του φωνητικού καναλιού αποτελεί το *αρθρωτικό σύστημα*, όπου οι αρθρωτές: τα χείλη, τα δόντια, τα φατνία, η υπερώα, η σταφυλή και η γλώσσα τοποθετούνται εκούσια στον κατάλληλο τόπο, με τον κατάλληλο τρόπο στην περιοχή της στοματικής κοιλότητας, ώστε να σχηματίσουν τους φθόγγους της εκάστοτε γλώσσας. Τέλος, η στοματική και η ρινική κοιλότητα, οι παραρρίνιοι κόλποι, ο φάρυγγας και η κοιλία του Morgagni αποτελούν ένα έδαφος αντήχησης και ενίσχυσης για τον ήχο, στο φωνητικό αυτό κανάλι του ανθρώπου.

Έτσι, εάν κάποιο μέρος από αυτό το τριπλό αλληλοεξαρτώμενο και αλληλεπικαλυπτόμενο σύστημα φωνητικού και κινητικού ελέγχου υποστεί βλάβη, τότε προκύπτει διαταραχή στη φώνηση.

Ο ορισμός της παθογένειας στη φωνή.

Σε επιστημονικές προσπάθειες που πραγματοποιήθηκαν, για τη διευκρίνηση του τι ακριβώς συνιστά διαταραχή στη φωνή αναδύθηκαν τρεις ορισμοί, όπου ο κάθε ένας από αυτούς πληροί τα δικά του κριτήρια. Πάντως, η μεταβολή σε οποιαδήποτε βασική πτυχή της επικοινωνιακής ευχέρειας του ανθρώπου μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα της ζωής του. Διαπιστώνεται, ότι ασθενείς με διαταραχές φώνησης συχνά αναφέρουν συμπτώματα, κυρίως ψυχολογικής δυσφορίας, σαν άμεση συνέπεια του προβλήματός τους. Ενώ, λοιπόν, φαίνεται οι διαταραχές φώνησης να είναι μια κατάσταση, η οποία

επηρεάζει άμεσα την υγεία ενός ανθρώπου, ο αντίκτυπος τείνει να εμφανίζεται στην ποιότητα της ζωής του.

Ο πρώτος ορισμός, ο οποίος ερμηνευτικά ανήκει στον Aronson (1990), τονίζει πως όταν η ποιότητα, η ένταση, η δύναμη και το εύρος της φωνής ενός ατόμου διαφέρει από τους υπόλοιπους ανθρώπους της ίδιας κουλτούρας, ηλικίας και φύλου παρουσιάζει διαταραχή.

Ο δεύτερος ορισμός υπογραμμίζει πως μια διαταραχή στη φωνή είναι παρούσα, όταν τα αποκλίνοντα χαρακτηριστικά της ποιότητας της φωνής ενός ατόμου γίνονται αντιληπτά από τον ακροατή.

Τέλος, ο τρίτος ορισμός εστιάζει τόσο στις οργανικές, όσο και στις λειτουργικές πτυχές της φωνής των ανθρώπων τονίζοντας πως μια φωνητική διαταραχή αντανακλά προβλήματα του λάρυγγα είτε ως προς τη δομή, είτε ως προς τη λειτουργία του ή σε συνδυασμό και των δύο αυτών παραμέτρων.

Μια διαταραχή στη φωνή, λοιπόν, προκύπτει από διαταραγμένα λαρυγγικά ηχητικά κύματα –ποιοτικές διαταραχές φώνησης- ή/και από διαταραγμένη ακουστική ενίσχυση των ηχητικών κυμάτων από τη φωνητική δίοδο – ποιοτικές διαταραχές αντήχησης- (Omori, 2011).

Σύμφωνα με τη Νησιώτη (2007), προκύπτουν τα εξής ποιοτικά χαρακτηριστικά διαταραχών φώνησης και αντήχησης:

Ποιοτικά χαρακτηριστικά διαταραχών φώνησης

Έμπνοη φώνηση

Η φώνηση επηρεάζεται από την υποκείμενη διαφυγή του αέρα από τη γλωττίδα, κάτι που γίνεται ακουστικά αντιληπτό από τον ακροατή.

Τραχιά φωνή

Η φώνηση χαρακτηρίζεται από μια ένταση, εξαιτίας της έντονης και ακανόνιστης προσαγωγής των φωνητικών χορδών. Επιπλέον, η ένταση αυτή γίνεται ορατή στους μύες του λάρυγγα και στα σκληρά γλωττιδικά φωνήεντα.

Βραχνή φωνή

Στην περίπτωση αυτή υπάρχει κακή λειτουργία και ελλιπής έλεγχος της φωνής, λόγω του ότι κατά τη φώνηση η προσαγωγή των φωνητικών χορδών πραγματοποιείται είτε με μεγάλη ένταση, είτε με χαλαρότητα. Η βραχνή ποιότητα φωνής είναι ένας συνδυασμός έμπνοης και τραχιάς φώνησης.

Τρίξιμο φωνής ή γλωττίδας

Η φώνηση παρουσιάζει ένα αίσθημα τριξίματος, όταν ο ασθενής χρησιμοποιεί τη χαμηλότερη συχνότητα της κλίμακας της φωνής του και είναι κάτι που υποδηλώνει ακανόνιστη κίνηση των φωνητικών χορδών.

Ποιοτικά χαρακτηριστικά διαταραχών αντήχησης

Υπερρινικότητα

Η φώνηση χαρακτηρίζεται από έντονη ρινική αντήχηση κατά την εκφορά φωνηέντων και υψηλής συχνότητας συμφώνων /p/, /f/, /s/, εξαιτίας ατελούς υπερωιφαρυγγικού κλεισίματος

Υπορινικότητα

Η φώνηση χαρακτηρίζεται από έλλειψη ρινικότητας κατά την παραγωγή ρινικών συμφώνων /m/ και /n/, εξαιτίας ανεπαρκούς ενίσχυσης της φωνητικής διόδου από τη ρινική κοιλότητα.

Η ταξινόμηση των διαταραχών φώνησης.

Η ταξινόμηση των διαταραχών φώνησης γίνεται βάσει των εκλυτικών αιτιών που τις προκαλούν. Το γεγονός αυτό μας κατευθύνει σε τρεις κύριους τύπους δυσφωνιών: τις *οργανικές*, τις *λειτουργικές* και τις *μικτές* δυσφωνίες. Παρακάτω, παρουσιάζονται αναλυτικά οι τύποι των δυσφωνιών, ανάλογα με το αιτιολογικό τους υπόβαθρο:

Οργανικές διαταραχές φώνησης

Ο όρος οργανικές διαταραχές της φωνής αναφέρεται στην ύπαρξη κάποιας παθολογίας στις ανατομικές δομές, που συμβάλλουν στην παραγωγή της φωνής, οι οποίες εντοπίζονται στο σκελετό του λάρυγγα. Διακρίνονται στις *διαρθρωτικές ή δομικές* και στις *νευρογενείς* διαταραχές φώνησης. Οι διαρθρωτικές αντανακλούν κάποια δομική αλλοίωση στο φωνητικό μηχανισμό, ενώ οι νευρογενείς υποδηλώνουν βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος - εγκέφαλος και νωτιαίος μυελός- ή του περιφερικού νευρικού συστήματος - κρανιακά νεύρα- (Seifert & Kollbrunner, 2005).

Λειτουργικές διαταραχές φώνησης

Οι λειτουργικές διαταραχές φώνησης αντανακλούν μια κατάσταση, όπου παρόλο που δεν εντοπίζονται δομικές ή νευρολογικές παθολογίες, σημειώνεται απώλεια της ποιότητας και του ελέγχου της φώνησης, η οποία συνδέεται με ψυχογενείς διεργασίες όπως άγχος, κατάθλιψη, μετατρεπτικές διαταραχές ή διαταραχές προσωπικότητας. Πρέπει να τονιστεί πως επικρατεί μια αμφιλεγόμενη άποψη, αναφορικά με την ορθότητα του όρου «λειτουργικές» διαταραχές φώνησης. Οι Boone & McFarlane (1988) χρησιμοποιούν τον όρο «λειτουργικές», ενώ ο Aronson (1990) έθεσε τον όρο της «ψυχογενούς» φωνητικής διαταραχής, μιας και η κακή ποιότητα στη φωνή εκφράζεται σαν μια συμβολική εκδήλωση εσωτερικών, ψυχοσυναισθηματικών συγκρούσεων ή διαταραχών της προσωπικότητας. Ωστόσο, όπως όλες οι διαταραχές φώνησης, τείνουν να εμφανίζονται έπειτα από ιογενή λοίμωξη, όπως λαρυγγίτιδα ή μετά από έντονη ψυχοσυναισθηματική ανασταλτική εμπειρία (Seifert & Kollbrunner, 2005).

Μικτές διαταραχές φώνησης

Πρόκειται για ένα συνδυασμό των δύο ανωτέρω βασικών κατηγοριών, μιας και συχνά οι διαφορετικοί τύποι των διαταραχών της φωνής φαίνεται να αλληλεπιδρούν και να αλληλεπικαλύπτονται. Ένα παράδειγμα που μπορεί να αναφερθεί είναι ότι άτομα με οργανική διαταραχή ενδέχεται να αναπτύξουν, ταυτόχρονα, μια λειτουργική συνιστώσα, ως προς τη χρήση των μυών, στην προσπάθειά τους να αναστείλουν τη συμπτωματολογία της διαταραχής τους ή ακόμη άτομα με κακή λειτουργία των μυών, λόγω αυξημένης μυϊκής έντασης ενδέχεται να εμφανίσουν δομικές βλάβες (Seifert & Kollbrunner, 2005).

Ο Aronson (1990) πρότεινε το διαχωρισμό τριών ομάδων φωνητικών διαταραχών: τις οργανικές, τις διαταραχές φώνησης που προέρχονται από πολλαπλές αιτίες (όπως η σπασμωδική δυσφωνία) και τις ψυχογενείς. Θεώρησε τον όρο «ψυχογενείς» συνώνυμο με τον όρο «λειτουργικές» και έθεσε το ζήτημα όλες οι λειτουργικές διαταραχές φώνησης να θεωρούνται ψυχογενείς ψυχοσωματικές ή σωματόμορφες. Ωστόσο, δεν αποτελούν ορολογία που χρησιμοποιείται συχνά από τους κλινικούς. Ως εκ τούτου, φαίνεται πιο λογικό το ψυχοκοινωνικό τμήμα των λειτουργικών διαταραχών φώνησης να θεωρηθεί μια αιτιολογική συνιστώσα (Seifert & Kollbrunner, 2005).

Επιδημιολογικά δεδομένα των διαταραχών φώνησης.

Σύμφωνα με επιδημιολογικές έρευνες, τα δεδομένα επιπολασμού και παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχών φώνησης στο γενικό πληθυσμό είναι σπάνια. Οι δυσκολίες, που αφορούν στον εντοπισμό επιδημιολογικών δεδομένων σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με τις ασαφείς επιστημονικές ερμηνείες του τι ακριβώς συνιστά διαταραχή της φωνής και τις μεθοδολογικές διαφορές ανάλυσης δειγμάτων αναφορικά με την πληθυσμιακή ανομοιογένεια ως προς το μέγεθος, την ηλικία, το φύλο, το επάγγελμα. Έτσι, λοιπόν η πραγματική επικράτηση των διαταραχών φώνησης παραμένει μέχρι στιγμής αδιευκρίνιστη.

Ωστόσο, μέσα από μικρό αριθμό ερευνών εκτιμήθηκε ότι η επικράτηση των δυσφωνιών στο γενικό πληθυσμό των ΗΠΑ κυμαίνεται μεταξύ του 3% με 9%, με σημείο επικράτησης των ατόμων, που αναζητούν περίθαλψη το 0,98% (Ramig & Verdolini, 1998· Roy et al., 2005), παρόλο ο αριθμός αυτός διαφέρει ως προς την ηλικία, το φύλο και το επάγγελμα. (Cohen et al., 2012)

Ως προς το *φύλο* εκτιμάται πως ο επιπολασμός είναι υψηλότερος σε ενήλικες γυναίκες, παρά σε άντρες με επικράτηση 1,5:1,0. Στον παιδιατρικό πληθυσμό η επικράτηση είναι μεγαλύτερη στα αγόρια από τα κορίτσια. Παρά το γεγονός ότι οι ενήλικες γυναίκες λαμβάνουν πιο συχνά διάγνωση για διαταραχή φώνησης χωρίς κάποια συγκεκριμένη αιτία, οι ενήλικοι άντρες διαγιγνώσκονται πιο συχνά με χρόνια λαρυγγίτιδα, ενώ μετά την ηλικία των 40 ετών, έχουν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου του λάρυγγα από ό, τι οι γυναίκες (Cohen et al., 2012).

Ως προς την *ηλικία* ο επιπολασμός φαίνεται να είναι υψηλότερος σε ηλικιωμένους ενήλικες (Cohen et al, 2012· Roy et al., 2007), με τις εκτιμήσεις να κυμαίνονται από 4,8% έως 29,1% (Pernambuco et al., 2014). Στον παιδιατρικό πληθυσμό, η αναφερόμενη επικράτηση μιας φωνητικής διαταραχής κυμαίνεται από 1,4% έως 6,0% (Black et al., 2015· Carding et al., 2006· Duff et al., 2004).

Ως προς το *επάγγελμα* οι ομάδες, που φαίνεται να είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο περιλαμβάνουν εκπαιδευτικούς, εργαζόμενους εργοστασίων, πωλητές, ξεναγούς και τραγουδιστές (Cohen et al, 2012· Fritzell, 1996· Miller & Verdolini, 1995· Thibeault et al., 2004· Williams, 2003). Ο εκτιμώμενος επιπολασμός παρατηρήθηκε ότι είναι υψηλότερος σε εκπαιδευτικούς (11,0%) από ό, τι σε μη εκπαιδευτικούς (6,2%) (Roy et al., 2004), ενώ το ποσοστό των εκπαιδευτικών, που παρουσίασε διαταραχή στη φωνή κάποια στιγμή στη ζωή του ήταν μεταξύ 50% και 80% (Cutiva et al, 2013· Martins et al, 2015).

Ως προς την *αιτιολογία*, ενήλικες ηλικίας μεταξύ 19 και 60 ετών με διαταραχή στη φωνή, λαμβάνουν διάγνωση λειτουργικής δυσφωνίας κατά 20,5%, ενώ διάγνωση οργανικής κατά 12%. Ηλικιωμένοι άνω των 60 ετών, που είχαν αξιολογηθεί για φωνητικά προβλήματα λάμβαναν συχνότερα διάγνωση πρεσβυφωνίας (αλλαγές στη φωνή που σχετίζονται με τη γήρανση), γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, λειτουργικής δυσφωνίας, παράλυσης ή

πάρεση φωνητικών χορδών, οίδημα του Reinke ή καρκίνο του λάρυγγα. Στον παιδιατρικό πληθυσμό τα φωνητικά οζίδια ήταν η πιο συχνή διάγνωση για διαταραχή της φωνής με επικράτηση κατά 16,9% (Martins et al., 2015). Η επικράτηση αυτή είναι πιο υψηλή σε παιδιά σχολικής ηλικίας και ο επιπολασμός είναι περίπου διπλάσιος για τα αγόρια από ό, τι για τα κορίτσια (Dobres et al., 1990).

Οι τρεις κύριες παθολογίες, που συνδέονται με επαγγελματίες χρήστες φωνής περιλαμβάνουν λειτουργικές διαταραχές της φωνής (41%), οζίδια φωνητικών χορδών (15%), και γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, λαρυγγίτιδα ή φλεγμονή (11%) (Van Houtte et al, 2009) (ASHA).

Κοινές παθολογίες των φωνητικών χορδών.

Οι *πολύποδες των φωνητικών χορδών* είναι η πιο κοινή αιτία εμφάνισης διαταραχών της φώνησης. Εντοπίζονται στις περιοχές από το εμπρόσθιο τρίτο έως και το κέντρο της μεμβρανώδους περιοχής των φωνητικών χορδών. Συχνά, οι πλευρές των φωνητικών χορδών είναι ασύμμετρες, ανεξάρτητα από το αν ο πολύποδας βρίσκεται μονόπλευρα ή αμφοτερόπλευρα. Οι πολύποδες ευθύνονται για υποβλεννογόνια αιμορραγία φωνητικών χορδών. Η κατάσταση αυτή οφείλεται σε κατάχρηση της φωνής και στο κάπνισμα (Omori, 2011).

Μια άλλη αιτία για την εμφάνιση διαταραχών φώνησης είναι η *παράλυση του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου*, το οποίο ευθύνεται για την κίνηση των φωνητικών χορδών. Το νεύρο αυτό παρουσιάζει μια υψηλή ευαισθησία σε τραυματισμούς, λόγω του ότι η βλάβη μπορεί να επέλθει από πολλαπλές εστίες, όπως λοιμώξεις του λαιμού και του πνευμονοθώρακα, όγκους του θυρεοειδή αδένου, του οισοφάγου και των πνευμόνων με μεταστάσεις στους λεμφαδένες ή από ιατρογενείς παράγοντες, όπως τραύμα από εγχείρηση ή από διασωλήνωση της τραχείας. Προκαλεί βραχνάδα και δυσκολία στην κατάποση, όταν η παράλυση είναι αμφοτερόπλευρη και στένωση του αεραγωγού με αναπνευστικά προβλήματα. Με την επιτυχή παρέμβαση η βραχνάδα

αποκαθίσταται εξαρτώμενη, όμως, από την κατάσταση των φωνητικών χορδών και του γλωττιδικού κλεισίματος (Omori, 2011).

Τα *οζίδια των φωνητικών χορδών* αποτελούν άλλη μια αιτία για την εμφάνιση διαταραχών φώνησης, η οποία επικρατεί ακριβώς στην ίδια περιοχή με τους πολύποδες των φωνητικών χορδών, αλλά εμφανίζεται αμφοτερόπλευρα. Κατά τα πρώτα στάδια της ανάπτυξής τους, η σύστασή τους είναι μαλακή και το μέγεθός τους μικρό. Ωστόσο, η κακή χρήση ή η κατάχρηση της φωνής μεταβάλλει τη σύστασή τους σε σκληρή και ινώδη, αυξάνοντας ταυτόχρονα το μέγεθός τους. Εμφανίζεται στους άντρες, κατά την περίοδο της εφηβείας και στις γυναίκες στην ενηλικίωση. Στον παιδικό πληθυσμό, η παθολογία αυτή έχει πολλές φορές την τάση να υποχωρεί από μόνη της (Omori, 2011).

Ο *καρκίνος του λάρυγγα* αποτελεί άλλη μια κοινή αιτία, που προκαλεί διαταραχές φωνής. Διακρίνεται από τον υπεργλωττιδικό, τον γλωττιδικό και τον υπογλωττιδικό τύπο. Στον γλωττιδικό τύπο, που είναι και ο πιο κοινός, ο όγκος επηρεάζει τον βλεννογόνο υμένα και το μυϊκό στρώμα των φωνητικών χορδών καθιστώντας αδύνατη τη δόνηση τους, με αποτέλεσμα βραχνάδα στη φωνή. Ο υπεργλωττιδικός και υπογλωττιδικός τύπος, που είναι δυσκολότερη η διάγνωσή τους, σε περίπτωση που επηρεάσει την κρικοαρυταινοειδή άρθρωση δημιουργεί ελλίπες γλωττιδικό κλείσιμο με διαφυγή αέρα από τη γλωττίδα, με αποτέλεσμα την έμπνοη φώνηση (Omori, 2011).

Το *οίδημα του Reinke* είναι μια παθολογία, που «προκαλεί πρήξιμο του λεμφικού συστήματος με τη μορφή πολυπόδων ή μια οιδηματώδη κατάσταση κάθετα στην περιοχή των φωνητικών χορδών αμφοτερόπλευρα. Δημιουργείται από μη επαρκή απορρόφηση του υγρού από τα αιμοφόρα αγγεία λόγω μείωσης της κυκλοφορίας του αίματος στις φωνητικές χορδές. Η κατάσταση αυτή αποδίδεται στο κάπνισμα και στην κακή χρήση της φωνής και εμφανίζεται κυρίως σε μεσήλικες και ηλικιωμένες γυναίκες με ιστορικό καπνίσματος. Σε σοβαρές περιπτώσεις δημιουργεί στένωση του αεραγωγού και αναπνευστική δυσχέρεια (Omori, 2011).

Η *ατροφία των φωνητικών χορδών* μειώνει σημαντικά την απόσταση που διατηρούν μεταξύ τους οι φωνητικές χορδές δημιουργώντας ένα σχήμα τοξοειδούς οπής, που προκαλεί ανεπαρκές στο κλείσιμο της γλωττίδας. Προκαλεί αναπνευστική φώνηση καθιστώντας την αδύνατη σε υψηλές εντάσεις. Εμφανίζεται σε ηλικιωμένους άντρες και αποτελεί ακόμη μια αιτία για την εμφάνιση διαταραχών φώνησης (Omori, 2011).

Οι *κύστες* στις φωνητικές χορδές είναι παρόμοιες με κύστες σε άλλα μέρη του σώματος. Πρόκειται ουσιαστικά για σάκους γεμάτους με υγρό που περιβάλλονται από ένα στρώμα δέρματος. Το άγχος είναι ο κυριότερος παράγοντας για την εμφάνισή τους. Συχνά, συναντάται στη μέση μιας φωνητικής χορδής μια ενιαία μορφή κύστεων, ενώ η άλλη φωνητική χορδή συνήθως αναπτύσσει μια «αντιδραστική διόγκωση» που προκαλείται από το χτύπημα της κύστης επάνω της. Παρόλο που οι ιατροί μπορούν να διακρίνουν μια κύστη από άλλες παθολογίες που προκαλούν παρόμοιες αλλοιώσεις, η τελική διάγνωση γίνεται μόνο εάν η κύστη αφαιρεθεί χειρουργικά και γίνει βιοψία. Τα ακριβή αίτια των κύστεων των φωνητικών χορδών δεν είναι γνωστά. Επειδή συχνά εμφανίζονται στη μέση της φωνητικής πτυχής, πιστεύεται ότι η κατάχρηση ή η κακή χρήση της φωνής παίζει κάποιο ρόλο στην ανάπτυξή τους (Omori, 2011).

Η *σπασμωδική δυσφωνία* είναι μια κατάσταση, όπου η φώνηση διακόπτεται κατά διαστήματα και θεωρείται ότι είναι μια μορφή δυστονίας. Πιστεύεται ότι προκαλείται από την υπερβολική συστολή των μυών του θυρεοαρυταινοειδούς χόνδρου, καθιστώντας το γλωττιδικό κλείσιμο πάρα πολύ ισχυρό (Omori, 2011). Στο παρελθόν θεωρούνταν αποτέλεσμα ψυχογενούς δυσφωνίας ωστόσο, νέα επιστημονικά ευρήματα τεκμηριώνουν πως πρόκειται για νευρογενούς φύσης διαταραχή φώνησης, που όμως εμπλέκεται άμεσα ο ψυχοκοινωνικός παράγοντας (Seifert & Kollbrunner, 2005).

Η *υποτονική δυσφωνία*, η οποία οφείλεται σε νευρολογικές παθήσεις, όπως η μυασθένεια Gravis και η μυϊκή δυστροφία, εμφανίζει αδύναμη φώνηση με ασθενική βραχνάδα, κάνοντας τη ροή του αέρα να μειώνεται, λόγω κόπωσης

των φωνητικών μυών. Προκαλείται από κακή χρήση ή κατάχρηση της φωνής και από ψυχοσωματικούς παράγοντες (Omori, 2011).

Η *δυσφωνία αυξημένης μυϊκής έντασης* είναι μια κατάσταση κατά την οποία ένα ή περισσότερα λαρυγγικά σύνολα μυών είναι υπερδραστήρια, με αποτέλεσμα τη φωνητική κόπωση. Συχνά συνοδεύεται από μια άλλη οργανική πάθηση, αν και πολλές φορές εμφανίζεται από μόνη της. Ένα τυπικό εύρημα δυσφωνίας αυξημένης μυϊκής έντασης είναι η μη επαρκής σύγκλειση των φωνητικών χορδών κατά τη διάρκεια της φωνητικής παραγωγής, ειδικά στο οπίσθιο τμήμα σύγκλεισης που είναι και ένα κοινό εύρημα για πολλές γυναίκες. Μερικές φορές οι νόθες φωνητικές χορδές είναι επίσης υπερδραστήριες. Η αιτία είναι η υπερδραστηριότητα σε ορισμένους μυς του λάρυγγα που προκαλεί μυϊκή ανισορροπία. Η υπερδραστηριότητα είναι μη βιολογική διαδικασία και μπορεί να αλλάξει με τη φωνοθεραπεία (Omori, 2011).

Μηχανισμοί που εμπλέκονται στην εμφάνιση λειτουργικών διαταραχών φώνησης

Οι μηχανισμοί που σχετίζονται με την εμφάνιση λειτουργικών διαταραχών φώνησης φαίνεται να μην είναι πλήρως κατανοητοί, γεγονός που αντικατοπτρίζεται και από τη διαφορετική ορολογία που χρησιμοποιείται. Αφενός, αυτές οι διαταραχές πιστεύεται ότι είναι ψυχογενούς προέλευσης, ως εκδήλωση κάποιας ψυχοπαθολογίας, αφετέρου, η αυξημένη μυϊκή τάση θεωρείται ότι παίζει ένα σημαντικό ρόλο στη γένεσή τους. Πρόκειται, λοιπόν, για μια αντίφαση, αναφορικά με κάποια ευαισθησία των μυών του λάρυγγα στο συναισθηματικό στρες από τους διάφορους εξωγενείς και ενδογενείς παράγοντες και η επιρρέπεια της προσωπικότητας προς την εμφάνιση ψυχοπαθολογιών. Πάντως, η αιτιότητά τους φαίνεται να βρίσκεται κάπου μεταξύ ψυχοκοινωνικών παραγόντων και μυϊκής έντασης. Μέσα από τη διεξαγωγή επιστημονικών ερευνών διαπιστώθηκε πως η εμφάνιση λειτουργικών διαταραχών στη φωνή εντοπίζεται στην αλληλεπίδραση ποικίλων παραγόντων, όπως είναι: οι υπερβολικές απαιτήσεις στη φωνή, η ύπαρξη άγχους, οι απαιτήσεις του κοινωνικού περιγύρου για τις φωνητικές δεξιότητες, η

αντίληψη και η στάση του στενού και ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος για την διαταραχή φώνησης ενός ατόμου. Έτσι, ανασταλτικό παράγοντα δεν αποτελεί μόνον η ευαισθησία του ίδιου του φωνητικού οργάνου, αλλά ταυτόχρονα η ευαισθησία που δέχεται το όργανο από την υποκείμενη ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του ατόμου. Η διαταραχή στη φωνή γίνεται εμφανής, όταν ένα γεγονός πυροδοτήσει κάποιο σύμπτωμα της, όπως μια οξεία λαρυγγίτιδα, μια γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση ή μια οξεία στρεσογόνα κατάσταση. Οι λειτουργικές διαταραχές φώνησης παρουσιάζονται σαν μια δευτερογενής κατάσταση, η οποία προκαλεί μεταβολές στις φωνητικές χορδές, σε αρχικό στάδιο με τη μορφή υπεραιμίας και στη συνέχεια με τη μορφή οιδήματος, πολυπόδων, κοκκιωμάτων κλπ. Εάν οι ψυχοκοινωνικές συνέπειες συνεχίζουν και επιδρούν, τότε ακολουθούν τα εξής συμπτώματα: αίσθηση κόπωσης και ασθενικής κατάστασης, φόβος για καρκίνο και θανατοφοβία, ιδίως κατά την επαγγελματική χρήση της φωνής, γεγονός που θα οδηγήσει σε συναισθηματικές συνέπειες και με τη σειρά τους θα ενισχύουν την αγωνία για τη φωνή, σαν ένας φαύλος κύκλος. Ωστόσο, μια δευτερεύουσα νεύρωση μπορεί να αποκλειστεί ως σημαντικός αιτιολογικός παράγοντας, μιας και μελέτες έχουν δείξει ότι η φωνή με νευρωτικές δομές υπήρχε πολύ πριν από την έναρξη της φωνητικής διαταραχής. Πρόκειται για τον λεγόμενο «τρίτο παράγοντα-πρόβλημα», δηλαδή το γεγονός ότι η ψυχολογική κατάσταση και η ανεπαρκής ποιότητα φωνής μπορεί να είναι το αποτέλεσμα μιας ψυχοπαθολογίας.

Το ζήτημα που προκύπτει δεν είναι το κατά πόσον μια λειτουργική διαταραχή στη φωνή είναι αποτέλεσμα κακής χρήσης ή κατάχρησης της φωνής ή ψυχοκοινωνικών παραγόντων, αλλά ο βαθμός που οι συναισθηματικές εντάσεις συμβάλλουν στην έναρξη και διαίωνιση της υπερβολικής λαρυγγικής έντασης. Για το λόγο αυτό, η διαγνωστική προσέγγιση δεν πρέπει να περιορίζεται στην εξέταση μεμονωμένων παραμέτρων της φωνητικής λειτουργίας. Το συναισθηματικό στρες και η προσωπική κατάσταση της ζωής των ατόμων πρέπει να ληφθούν υπόψη (Seifert & Kollbrunner, 2005).

Η διάγνωση των διαταραχών φώνησης.

Από επιστημονικές έρευνες διαπιστώνεται, ότι ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο βιώνει μια διαταραχή στη φωνή, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το πολιτιστικό του υπόβαθρο. Άτομα με λειτουργικές διαταραχές φωνής έχουν παρόμοιες συνέπειες στην ποιότητα της ζωής τους με τα άτομα με οργανικές διαταραχές στη φωνή τους, αντίστοιχα. Επιπλέον, η ποιότητα της ζωής των δυσφωνικών γυναικών δεν διαφέρει από εκείνη των ανδρών, με την ίδια διαταραχή. Έτσι, ούτε το είδος της δυσφωνίας, αλλά ούτε το φύλο του ασθενή καθορίζουν την έκβαση της διαταραχής.

Ο σκελετός της αξιολόγησης της φώνησης διαμορφώνεται με τον έλεγχο των κρανιακών νεύρων, τη λήψη του ιστορικού της φωνής από τον ασθενή, το ιατρικό του ιστορικό, το ψυχοκοινωνικό ιστορικό και τις άμεσες κλινικές εξετάσεις. Το ιστορικό περιλαμβάνει την καταγραφή των παρόντων προβλημάτων, που οδήγησαν στην υποφαινόμενη παθολογική κατάσταση της φωνής του ασθενή, σε συνδυασμό με ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό. Παράλληλα, με τη λήψη του ιστορικού, μέσω της συνέντευξης δίνεται ιδιαίτερη προσοχή από τον κλινικό στην παρούσα ψυχοκοινωνική κατάσταση του ασθενή και στις συνθήκες συναισθηματικών αντιδράσεων, που εκείνος δέχεται από τον κοινωνικό του περίγυρο. Μέσα από αυτή την εκτίμηση ο κλινικός είναι σε θέση να γνωρίζει πως βιώνει ο ασθενής την υποκείμενη κατάσταση της φωνής του (Νησιώτη, 2007).

Διαγνωστικά μέσα

Εξέταση από ΩΡΛ

Πλήρης κλινική εξέταση από ΩΡΛ, που συμπεριλαμβάνει πρώτη την επισκόπηση, η οποία δίνει τη δυνατότητα στον ιατρό να αναγνωρίσει παθολογίες του λάρυγγα που έχουν επεκταθεί προς το εξωτερικό του τμήμα ή προκαλούν διόγκωση των τραχηλικών λεμφαδένων. Ακολουθεί η μέθοδος της ψηλάφησης του λάρυγγα και του θυρεοειδούς χόνδρου, κατά την οποία ελέγχεται τη σύσταση, το σχήμα και την κινητικότητα του λάρυγγα, κυρίως κατά την

κατάποση. Ο τονικός ακοολογικός έλεγχος πραγματοποιείται, εάν αυτό κριθεί απαραίτητο (Seifert & Kollbrunner, 2006).

Λαρυγγοσκόπηση

Η λαρυγγοσκόπηση είναι η βασική μέθοδος εξέτασης του εσωτερικού του λάρυγγα και διακρίνεται από την άμεση και την έμμεση λαρυγγοσκόπηση (Ζιάβρα & Σκεύας, 2009).

A. Έμμεση Λαρυγγοσκόπηση

Κατά την εξέταση αυτή πραγματοποιείται έλεγχος του λάρυγγα και των φωνητικών χορδών με άκαμπτο ή εύκαμπτο λαρυγγοσκόπιο, όπου μπορούν να ανιχνευθούν αρκετές παθολογίες. Η επισκόπηση του εσωτερικού του λάρυγγα γίνεται με τη βοήθεια ενός κατόπτρου με γυμνό μάτι ή με τη χρήση οπτικών συστημάτων. Στην εξέταση αυτή χρησιμοποιούνται μια πηγή έμμεσου ή άμεσου φωτισμού, το λαρυγγοσκόπιο και μια γάζα για το κράτημα της γλώσσας. Με τον τρόπο αυτό ελέγχονται η είσοδος του λάρυγγα και οι γνήσιες και νόθες φωνητικές χορδές. Έτσι, ενώ η γλωττίδα παραμένει ανοιχτή κατά την αναπνοή, με τη βαθιά εισπνοή και φώνηση γίνεται έλεγχος της κινητικότητας των γνήσιων φωνητικών χορδών (Ζιάβρα & Σκεύας, 2009).

B. Άμεση Λαρυγγοσκόπηση

Με τη μέθοδο αυτή ελέγχεται το εσωτερικό του λάρυγγα και του υποφάρυγγα χωρίς τη χρήση κατόπτρου. Πραγματοποιείται με γενική αναισθησία και τη χρήση άκαμπτου λαρυγγοσκοπίου και ψυχρού φωτισμού. Με τον τρόπο αυτό δίνεται άμεση εικόνα του λάρυγγα, δηλαδή των φωνητικών χορδών, της μοργάνειου κοιλίας μεταξύ γνήσιων και νόθων φωνητικών χορδών και της επιγλωττίδας (Ζιάβρα & Σκεύας, 2009).

Στροβοσκόπηση

Η στροβοσκόπηση ανήκει στις ακτινολογικές μεθόδους εξέτασης του λάρυγγα και αξιολογεί τις δονήσεις των φωνητικών χορδών, ώστε να εκτιμηθεί η ομαλή κινητικότητα των φωνητικών χορδών και η ομοιομορφία των κινήσεων ως προς το εύρος και τη διαδρομή και η ένταση της φωνής, η οποία ποικίλει για τους άντρες (98Hz - 131Hz) και τις γυναίκες (131Hz - 262Hz) και είναι χρήσιμη στην ανίχνευση όγκων, που υφέρπουν στην περιοχή αυτή. Η μέθοδος αυτή πραγματοποιείται με τη βοήθεια της έμμεσης λαρυγγοσκόπησης και του στροβοσκοπίου, το οποίο βασίζεται στον ψυχρό φωτισμό και παράγει σύντομες λάμπσεις φωτός που είναι συγχρονισμένες με την κίνηση των παλλόμενων φωνητικών χορδών. Όταν, λοιπόν, συμπίπτουν οι λάμπσεις φωτός με τον αριθμό των δονήσεων των φωνητικών χορδών δίνεται η ψευδαίσθηση ότι οι φωνητικές χορδές είναι ακίνητες, ενώ όταν οι λάμπσεις αναβοσβήνουν ταχύτερα ή πιο αργά από τη συχνότητα του παλμού των φωνητικών χορδών δίνεται η ψευδαίσθηση ότι η κίνηση τους είναι αργή, λόγω διαφοράς φάσης (Ζιάβρα & Σκεύας, 2009). Με τον τρόπο αυτό εκτιμάται με ακρίβεια το εύρος και η ποιότητα της κίνησης και της δύναμης των φωνητικών χορδών και του γλωττιδικού κλεισίματος. Παράλληλα, με τη μέθοδο της στροβοσκόπησης γίνεται εμφανής και η μυϊκή ένταση του λάρυγγα, στις λειτουργικές διαταραχές φώνησης (Seifert & Kollbrunner, 2006).

Τεστ με μετρητές έντασης και δύναμης της φωνής

Ο μετρητής έντασης της φωνής μετρά τη βασική συχνότητα και το εύρος της φωνής. Ο μετρητής της δύναμης υπολογίζει το βαθμό, που μια φωνή ακούγεται ευχάριστα και το εύρος της δύναμης της (Seifert & Kollbrunner, 2006).

Αεροδυναμικά Τεστ

Τα αεροδυναμικά τεστ εκτιμούν το μέσο όρο της μέγιστης φώνησης, κατά τη διάρκεια της ομιλίας μετά από βαθιά εισπνοή και το βαθμό που επηρεάζεται ο λαρυγγικός βλεννογόνοσ σε αυτή τη διαδικασία. Η εκτίμηση που αντιστοιχεί σε 10 δευτερόλεπτα φώνησης ή λιγότερο είναι μη φυσιολογική και 5 δευτερόλεπτα

ή λιγότερο δείχνει πως υπάρχουν σημαντικές συνέπειες στην καθημερινή ζωή του ασθενή. Παθολογίες που ελαχιστοποιούν το μέσο όρο της μέγιστης φώνησης είναι η παράλυση του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου και η ατροφία των φωνητικών χορδών (Seifert & Kollbrunner, 2006).

Εξέταση Ακουστικής Αντίληψης

Τα τεστ ακουστικής αντίληψης βασίζονται στην αντίληψη παθολογιών της φωνής από τον κλινικό, κυρίως μέσω της αίσθησης της ακοής του. Πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια της λήψης του ιστορικού από τον ασθενή ή μιας δοκιμασίας σύντομης ανάγνωσης ενός προκαθορισμένου κειμένου (Seifert & Kollbrunner, 2006).

Το GRBAS (Grade of hoarseness, Roughness, Breathiness, Asthenia, Stain) - Scale of Japan Society of Logopedics and Phoniatics (Hirano, 1981) πρόκειται για ένα διαγνωστικό εργαλείο, το οποίο εκτιμά το είδος της ποιότητας της βραχνάδας της φωνής. Ο όρος *Roughness* αναφέρεται σε τραχύτητα της φωνής, που συνήθως οφείλεται σε πολύποδες των φωνητικών χορδών ή καρκίνο του λάρυγγα. Ο όρος *Breathiness* αναφέρεται στην διαφυγή αέρα από τη γλωττίδα, η οποία ακούγεται σαν ψίθυρος και οφείλεται σε παράλυση του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου, σε οζίδια των φωνητικών χορδών, καρκίνο του λάρυγγα και ατροφία των φωνητικών χορδών. Ο όρος *Asthenia* αναφέρεται σε ασθενική και αδύναμη φωνή με μικρό εύρος διάρκειας και συναντάται στη ψυχοσωματική αφωνία και στη μυασθένεια Gravis. Ο όρος *Stain* αναφέρεται σε ζορισμένη φωνή, που οφείλεται σε στένωση του αεραγωγού και συναντάται στη σπασμωδική φώνηση και στον καρκίνο του λάρυγγα (Seifert & Kollbrunner, 2006).

Η μέθοδος βαθμολόγησης του GRBAS βασίζεται σε τέσσερις παραμέτρους:

1= καμία απόκλιση της φωνής

2= ελαφρά απόκλιση της φωνής

3= μέτρια απόκλιση της φωνής

4= σοβαρή απόκλιση της φωνής

Ο Δείκτης Φωνητικής Δυσχέρειας (Jacobson et al.,1997) είναι ένα ψυχομετρικό εργαλείο που αξιολογεί με 30 ερωτήσεις, οι οποίες καλύπτουν πιθανά προβλήματα φώνησης και αποσκοπούν στην αποτύπωση του αντίκτυπου των διαταραχών φώνησης σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο, με την καταγραφή των διαπιστώσεων του ίδιου του ασθενή για τη φωνή του. Βασίζεται σε τρεις παραμέτρους: α) τη λειτουργική παράμετρο, η οποία εκτιμά την κοινωνική ζωή του ασθενή, β) την οργανική παράμετρο με την εξέταση της κατάστασης του λάρυγγα και της φωνής και τέλος γ) τη Ψυχοσυναισθηματική παράμετρο, που εκτιμά τα συναισθήματα του ατόμου αναφορικά με τη διαταραχή της φώνησης αντιμετωπίζει. Οι δέκα πιο βασικές παράμετροι του τεστ έχουν συντημηθεί δημιουργώντας μια πιο σύντομη έκδοση του και ονομάζεται VHI-10 (Seifert & Kollbrunner, 2006).

Τεστ Ακουστικής Ανάλυσης

Τα τεστ ακουστικής ανάλυσης πραγματοποιούν ποσοτική ανάλυση της ιδανικής συχνότητας της φωνής και του μέσου όρου ενέργειας αρμονικών και μη αρμονικών συχνοτήτων, ενώ καταδεικνύουν πιθανή ένδειξη διαταραγμένης περιόδου ή αλλοίωσης στην ένταση της φωνής και σημεία θορύβου στο λάρυγγα (Seifert & Kollbrunner, 2006).

Το Voice Range Profile (VRP) βασίζεται στην ποσοτική περιγραφή της φωνής και παρέχει τρισδιάστατη αναπαράσταση του εύρους της ιδανικής συχνότητας με μετρήσεις έντασης σε Hz και επιπέδου ηχητικής πίεσης σε dB. Το φυσιολογικό VRP δείχνει τα ακραία εύρη των συχνοτήτων της φωνής. Το μουσικό VRP δείχνει το εύρος της φωνής, που χρησιμοποιείται για το τραγούδι. Τα αποτελέσματα του συγκεκριμένου εργαλείου βασίζονται σε συνιστώσες φύλου και ηλικίας (Seifert & Kollbrunner, 2006).

Το εργαλείο Dysphonia Severity Index (DSI) εκτιμά με μαθηματικούς αλγορίθμους τις διαφορετικές παραμέτρους της φωνής όπως το εύρος της συχνότητας και της έντασης της φωνής, αλλά και του μέσου όρου μέγιστης

φώνησης μετά από βαθειά εισπνοή και παραγωγή του φωνήματος /a/ κατά την εκπνοή. Κυμαίνεται μεταξύ του +5 για μη παθολογικές καταστάσεις της φωνής και -5 για σοβαρές διαταραχές φώνησης. Βασίζεται στην αεροδυναμική για τις ακουστικές μετρήσεις του εύρους της φωνής και εκφράζει με μόνο έναν αριθμό μια πολυδιάστατη περιγραφή της φωνής (Seifert & Kollbrunner, 2006).

Το Vocal Profile Analysis (VPA) (Laver, 1980) κατηγοριοποιεί τους τύπους της φώνησης εκτιμώντας τα χαρακτηριστικά φυσιολογικής και παθολογικής φώνησης με βαθμολογία που κυμαίνεται από το 1 έως το 6 ως εξής (Seifert & Kollbrunner, 2006):

- ◇ Harshness: τραχύτητα
- ◇ Whispery: ψίθυρος
- ◇ Breathiness: διαφυγή αέρα από τη γλωττίδα
- ◇ Creaky: τρίξιμο
- ◇ Falsetto
- ◇ Normal: φυσιολογική φώνηση
- ◇ Χαρακτηριστικά προσωδίας
- ◇ Χαρακτηριστικά τρόπου αναπνοής
- ◇ Χαρακτηριστικά ρυθμού αναπνοής

Συμβουλευτική Ψυχολογία

Η παραπομπή ενός δυσφωνικού ασθενή σε ψυχολόγο πραγματοποιείται υπό τρεις προϋποθέσεις: 1) εάν ο κλινικός διαπιστώσει ειδικές ψυχοκοινωνικές καταστάσεις, οι οποίες οδηγούν σε στρες, 2) εάν διαφαίνεται κάποια ψυχοπαθολογία του ασθενή κατά τη διάρκεια των αξιολογικών ή θεραπευτικών συνεδριών, ή 3) σε περίπτωση ψυχογενούς αφωνίας. Κατά την συμβουλευτική συνεδρία, πραγματοποιείται εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενή, αξιολόγηση του οικογενειακού δυναμικού του ασθενή και εκτενής συζήτηση των ευρημάτων μαζί τους και τέλος, χορήγηση του Picture Frustration Test (The Rosenzweig Picture Frustration Study, St. Louis: Rana House, 1978), ενός εργαλείου που παρέχει μια εκτίμηση για το πώς το άτομο διαχειρίζεται και

εξωτερικεύει της επιθετικές του παρορμήσεις. Το PFT περιλαμβάνει 24 σκίτσα κοινωνικών καταστάσεων, στα οποία το ένα πρόσωπο κάνει μια δήλωση, η οποία δημιουργεί συναισθηματική σύγχυση στο άλλο πρόσωπο. Ο ασθενής καλείται να απαντήσει εκ μέρους του δεύτερου προσώπου στο κενό σύννεφο διαλόγου, που περιέχει το σκίτσο. Οι απαντήσεις βασίζονται σε τρία διαφορετικά είδη αντιδράσεων και σε τρεις διαφορετικούς τύπους επιθετικής αντίδρασης (Seifert & Kollbrunner, 2006):

Είδη αντιδράσεων

1. Κυρίαρχο εμπόδιο (obstacle dominance: περιγράφεται σαν ένα εμπόδιο στην ολοκλήρωση της φράσης τους, εξαιτίας της έντονης σύγχυσης που βιώνουν, γεγονός που οδηγεί στην επίρριψη ευθυνών στο επικοινωνιακό προσκήνιο ανά τακτά χρονικά διαστήματα).
2. Μηχανισμός άμυνας του εγώ.
3. Εμμονή άμεσης αναζήτησης λύσης.

Τύποι επιθετικής αντίδρασης

1. Ετεροκατηγορία (επίρριψη ευθυνών ενός προβλήματος σε μια άλλη κατάσταση).
2. Εσωτερική κατηγορία.
3. Αποφυγή επιθετικότητας.

Τα αποτελέσματα εμφανίζονται σε μορφή διαγράμματος. Τα υψηλότερα ποσοστά αντιστοιχούν σε υψηλές μετρήσεις και τα χαμηλά ποσοστά σε χαμηλές μετρήσεις.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το πανεπιστήμιο φωνιατρικής της Βέρνης, με τη συμμετοχή γυναικών με ψυχογενή αφωνία και αντρών με φωνητικά οζίδια, τα αποτελέσματα του PFT έδειξαν πως οι ομάδες ελέγχου παρουσίασαν μια αυξημένη εσωτερική κατηγορία, φαινόμενο που υποδηλώνει μια άμεση επιθετική τάση εναντίον του εαυτού τους και ταυτόχρονα μια εμμονή στην άμεση αναζήτηση μιας πιθανής λύσης. Επιπλέον, οι άντρες εμφάνισαν μια

αυξημένη τάση αποφυγής της επιθετικότητας και μια λανθάνουσα ετεροκατηγορία, ενώ οι ευθύνες δεν εξωτερικεύονταν, αλλά εσωτερικεύονταν με κατεύθυνση προς τον ίδιο τους τον εαυτό. Οι γυναίκες της ομάδας έδειξαν μια ήπια αντίδραση κυρίαρχου εμποδίου, δηλαδή ένα συνεχές κόμπιασμα που τις εμπόδιζε να ολοκληρώσουν τη φράση τους, λόγω της σύγχυσης. Έτσι, και στις δύο ομάδες η αντιμετώπιση των καταστάσεων, σε συνάρτηση με το θυμό και την επιθετικότητα, μπορεί να ανιχνευθεί ως εξής: ο θυμός και η επιθετικότητα είναι, ως επί το πλείστον, σε μειωμένα επίπεδα ή κατευθύνεται προς το ίδιο το άτομο. Το πιο αξιοσημείωτο εύρημα σε αμφότερες τις ομάδες είναι η εμμονή άμεσης αναζήτησης μιας λύσης, κάτι που παίρνει μια μορφή καταναγκασμού. Αντί, δηλαδή, να αναγνωρίσουν πως τα αίτια της σύγκρουσης οφείλονται σε αδυναμία στην κοινωνική αλληλεπίδραση με τον συνομιλητή, αποδέχονται τη σύγχυση και την απογοήτευση σαν μια αναπόφευκτη κατάσταση. Η προσέγγιση, βέβαια, αυτή μπορεί μερικές φορές να είναι μια χρήσιμη πρακτική για την επίλυση των συγκρούσεων, αν και συχνά παίρνει μια διαφορετική τροπή και οδηγεί στην αποφυγή συγκρούσεων πριν, όμως, να γίνει κατανοητή η γένεση τους. Το θεραπευτικό πλάνο θα πρέπει να περιλαμβάνει στοχοθεσία αναγνώρισης και κατανόησης των λόγων που οδηγούν τα άτομα αυτά να σε τέτοια μοτίβα αντιδράσεων, ενώπιων κοινωνικών συγκρούσεων, και στην υιοθέτηση εναλλακτικών συμπεριφοριστικών μοτίβων (Seifert & Kollbrunner, 2006).

Διαφορική διάγνωση.

Η βασική διαφορική διάγνωση μεταξύ οργανικών και λειτουργικών διαταραχών φώνησης εμπίπτει στον αποκλεισμό της παρουσίας οργανικής αιτιολογίας, που να οδηγεί σε παθογένεια της φωνής. Για να κατανοήσουμε, ωστόσο, την ανάπτυξη των λειτουργικών διαταραχών φώνησης είναι σημαντικό να εστιάσουμε όχι τόσο στην ακουστική αντίληψη της φωνής του ασθενή και στα άμεσα ευρήματα της εξέτασης του λάρυγγα, αλλά να εξετάσουμε παράλληλα και τους ψυχοσυναισθηματικούς παράγοντες που υφέρπουν. Εάν οι παράγοντες

αυτοί δεν ληφθούν υπόψη, τότε η διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση εισέρχεται σε έναν φαύλο κύκλο, ο οποίος έχει περιγραφεί από τον Aronson (1990) ως εξής: «Αν δεν αναρωτηθούμε για τον ψυχολογικό παράγοντα δεν θα τον ακούσουμε, αν δεν τον ακούσουμε δεν θα τον πιστέψουμε, αν δεν τον πιστέψουμε δεν θα αναρωτηθούμε ποτέ για αυτόν» (Aronson, 1990, σελ. 287-289). Φυσικά, δεν θα πρέπει να αγνοηθούν και οι λοιπές πιθανές αιτίες, προς όφελος της διαφορικής διάγνωσης.

Η διαφορική διάγνωση μεταξύ των λειτουργικών διαταραχών φώνησης μπορεί να πραγματοποιηθεί από τα υποκείμενα χαρακτηριστικά τους, κάτι που, όμως, δεν διαλευκάνει το αιτιολογικό τους υπόβαθρο. Σε επιστημονικές προσπάθειες διαχωρισμού των λειτουργικών διαταραχών φώνησης, βάσει αιτιότητας, προτάθηκε από τους ειδικούς ο διαχωρισμός των υποτύπων, ως προς τους εξής παράγοντες: *ψυχογενείς, ψυχοσωματικούς και παράγοντες διαταραχών σωματοποίησης*. Ωστόσο, το φάσμα της συμπτωματολογίας που καλύπτει ο καθένας από αυτούς τους ορισμούς δεν είναι ακόμη πλήρως ξεκάθαρο. Για το λόγο αυτό, φάνηκε χρήσιμο να ενταχθούν όλες η μη οργανικές διαταραχές της φωνής σε μια κλίμακα, όπου η κορυφή της θα περιλαμβάνει τη *ψυχογενή αφωνία* (ο ρόλος του ψυχοκοινωνικού παράγοντα είναι καίριος), το μέσον θα περιλαμβάνει τη *ψυχογενή δυσφωνία* και το τέλος αυτής την *επαγγελματική δυσφωνία* (η κατάχρηση της φωνής δεν αποτελεί την κύρια αιτία εμφάνισης αυτού του τύπου λειτουργικής δυσφωνίας, αλλά οι δυσμενείς επαγγελματικές και προσωπικές συνθήκες ψυχοσυναισθηματικής ισορροπίας)(Seifert & Kollbrunner, 2005).

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΦΩΝΗΣΗΣ, ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ
ΚΑΙ ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Η επίδραση των συναισθημάτων στη φωνητική παραγωγή.

Τις δύο τελευταίες δεκαετίες, οι κλινικοί ερευνητές κατάφεραν να προσδιορίσουν τη σημαντική σχέση των ακουστικών παραμέτρων της ομιλίας με την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του ανθρώπου. Σε ένα θεωρητικό επίπεδο οι προβλέψεις των ακουστικών εκφάνσεων των συναισθημάτων υπάρχουν, βάσει των υποθέσεων σχετικά με τις αναμενόμενες τυπικές αντιδράσεις του. Ωστόσο, στην προσπάθεια ταύτισης προβλέψεων και δεδομένων προέκυψαν και αρκετές διαφορές, οι οποίες θα μπορούσαν να έχουν τις ρίζες τους σε οποιοδήποτε επίπεδο γνωστικής διεργασίας που σχετίζεται με τα συναισθήματα, ξεκινώντας από τις τυπικές αντιδράσεις που αναμένονται για τις διάφορες συναισθηματικές καταστάσεις και φτάνοντας μέχρι τα φωνητικά χαρακτηριστικά της ομιλίας. Σύμφωνα με τον Scherer (2003), ερευνητικά δεδομένα μέσα από την ανάλυση των γλωττιδικών χαρακτηριστικών και ακουστικής κυματομορφής, για την ερμηνεία της ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης, κατέδειξαν τη χαμηλότερη γλωττιδική και ακουστική συχνότητα σε καταστάσεις οκνηρίας και θλίψης, ενώ την υψηλότερη σε καταστάσεις χαράς ή άγχους. Επιπλέον, συνδέει την αυξημένη μυϊκή τάση του λάρυγγα με την υψηλή διέγερση των συναισθημάτων. Το υψηλό εύρος συχνότητας για την αγχώδη ομιλία μπορεί να αντανακλά μια γενικότερη υπερένταση στο μυϊκό σύστημα του λάρυγγα, η οποία περιορίζει την προσαρμογή της έντασης των φωνητικών χορδών και της θέσης του λάρυγγα, ενώ το ταχύ κλείσιμο της γλωττίδας λειτουργεί σαν σημάδι αυξημένης προσπάθειας φωνητικής παραγωγής (Scherer, 2003).

Η συμβολή της προσωπικότητας και της ψυχοσυναισθηματικής δυναμικής στη φωνητική παραγωγή.

Η συμβολή της προσωπικότητας και της συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου στη φωνητική παραγωγή είναι σημαντική, με την ίδια βαρύτητα που η φωνή αντανακλάται ως πτυχή της προσωπικότητας και ως μέσο έκφρασης συναισθημάτων, λειτουργώντας σαν μια αμφίδρομη διαδικασία. Για την κατανόηση, όμως, της θεμελιώδους σύνδεσης της φωνητικής παραγωγής με την προσωπικότητα του ανθρώπου, θα πρέπει πρωταρχικά να γίνει σαφής η ίδια η έννοια της προσωπικότητας και η δύναμη της επιρροής της στην επικοινωνιακή ταυτότητα του ατόμου, η οποία είναι τόσο μοναδική, όσο και η ίδια η προσωπικότητα του. Ο Moses (1954) ήταν ο πρώτος που συνέδεσε την προσωπικότητα με τη φωνή και τη συναισθηματική δυναμική, με έναν παραλληλισμό χρησιμοποιώντας τον λατινογενή όρο «persona». Η persona αναδύεται από τον ήχο της φωνής, που έβγαινε από το στόμα της μάσκας, την οποία έφεραν οι ηθοποιοί του θεάτρου. Ο Moses όρισε τη μάσκα ως άτομο. Αυτό έγινε για να συνδεθεί κάθε μάσκα με μια προσωπικότητα. Ωστόσο, η λέξη εξελίχθηκε, με την πάροδο του χρόνου και βρέθηκε να εκπροσωπεί κάθε πρόσωπο και τελικά την ίδια την έννοια της προσωπικότητας. Βεβαίως, στην επικοινωνιακή ταυτότητα του ανθρώπου καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει, παράλληλα με την προσωπικότητα του, και η φωνή ως μέσο έκφρασης μηνυμάτων και συναισθημάτων. Με λίγα λόγια, το λεκτικό μήνυμα αφενός διαμορφώνεται και μεταδίδεται με γνώμονα την προσωπικότητα του ομιλητή, το επικοινωνιακό πλαίσιο, τα κίνητρα, τις επιθυμίες, τις προθέσεις, το συναισθηματικό υπόβαθρο της εκάστοτε αλληλεπίδρασης και αφετέρου αυτοί είναι οι ίδιοι παράγοντες που καθορίζουν κατά συνέπεια την ποιότητα, τη χροιά και την ένταση της φωνής. Αν και σημειώνεται ελάχιστη πρόοδος ως προς την κατανόηση της σχέσης προσωπικότητα-φωνή-διαταραχή φωνής, οι κλινικοί εξακολουθούν να συμφωνούν στη βαθύτερη σύνδεση ψυχολογίας και φώνησης, αποδίδοντας πολλές παθογένειες της τελευταίας σε συναισθηματικούς παράγοντες, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη τον τύπο της προσωπικότητας του ασθενή (Aronson, 1990). Πρώιμες ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις χαρακτηρίζουν τη βραχνάδα της λειτουργικής δυσφωνίας ως ένα σύμπτωμα μετατρεπτικής διαταραχής, γεγονός που ενισχύει τη σύνδεση των λειτουργικών

διαταραχών φώνησης με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Ωστόσο, το ότι δεν είναι ακόμη ξεκάθαρο πότε η προσωπικότητα και η συναισθηματική προσαρμοστικότητα αποτελούν πρωταρχικά αίτια των διαταραχών φώνησης, είτε δημιουργούνται από αυτές ή πότε τα ψυχολογικά προβλήματα είναι αποτέλεσμα της καθεαυτό προσωπικότητας, κάνουν δυσχερή τη διάγνωση, την παρέμβαση και τη λειτουργικότητα του ασθενή στη θεραπευτική διαδικασία (Cooper, 1973).

Χαρακτηριστικά προσωπικότητας και ψυχολογικοί παράγοντες στην παθολογία της φωνής.

Προδιάθεση για εμφάνιση διαταραχών φώνησης

Η πεποίθηση ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μπορούν ενίοτε να οδηγήσουν στην εμφάνιση κάποιας παθολογίας, ακόμη και να καθορίσουν την συμπτωματολογία, την έκβαση της διαταραχής, αλλά και την συνολική προσωπική εμπειρία του ατόμου έχει ήδη κεντρίσει το ενδιαφέρον των κλινικών. Μέσα από μελέτες φαίνεται πως συγκεκριμένοι τύποι προσωπικότητας έχουν την τάση να εμφανίζουν συγκεκριμένες παθολογίες (Nemiah, 1961). Από τα δεδομένα αυτά έγινε ένας διαχωρισμός δύο κατηγοριών.

Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει μια σειρά από παράγοντες προδιάθεσης, όπου τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είτε προκαλούν άμεσα την ανάπτυξη διαταραχών, είτε τροποποιούν έμμεσα την έκβαση της διαταραχής. Η δεύτερη κατηγορία υποστηρίζει ότι ορισμένες διαταραχές επηρεάζουν την προσωπικότητα, δηλαδή ότι είναι η ίδια η εμπειρία της διαταραχής, που προκαλεί αλλαγές στην προσωπικότητα του ανθρώπου. Αυτές οι αλλαγές μπορεί να αντιπροσωπεύουν είτε άλυτα υπολειμματικά συμπτώματα της διαταραχής, είτε μια μετατροπή και προσαρμογή του χαρακτήρα στην μετά το επεισόδιο πραγματικότητα. Οι κατηγορίες αυτές που αφορούν στην αλληλεπίδραση της προσωπικότητας με την ασθένεια, παρέχουν ένα χρήσιμο έδαφος για την διερεύνηση της σχέσης της προσωπικότητας και των

ψυχολογικών διεργασιών σε συγκεκριμένες παθολογίες της φωνής (Roy & Bless, 2000).

Αποτελέσματα του ψυχομετρικού εργαλείου PFT έδειξαν ότι πίσω από τους ασθενείς με ψυχογενείς διαταραχές φώνησης σκιαγραφείται μια προσωπικότητα με τάσεις εκπλήρωσης επιθυμιών (ανάγκη επιμονής) και ταυτόχρονα αυτά τα άτομα διακατέχονται από έντονη προσδοκία να πληρούν οι γύρω τους τις υποκειμενικές προδιαγραφές που έχουν σχηματίσει οι ίδιοι για τον περίγυρό τους. Εμφανίζουν χαμηλό επίπεδο επιθετικότητας και αποφεύγουν τις συγκρούσεις στις κοινωνικές τους συναναστροφές, ώστε να επικρατεί ισορροπία, ενώ προσπαθούν να ελέγχουν τον εκνευρισμό τους. Αναγνωρίζουν τις απογοητεύσεις τους και εναποθέτουν, ασυνείδητα και παράλληλα συνειδητά, τις ελπίδες τους σε έναν από μηχανής θεό, για να επιλύσει τα προβλήματά τους. Το γεγονός αυτό τους κάνει να βιώνουν πιο έντονα την εκάστοτε δυσχερή κατάσταση. Ωστόσο, οι αιτίες των συγκρούσεων αυτών δεν πηγάζουν από ψυχοπαθολογικές διεργασίες, αλλά κυρίως από τα καθημερινά άγχη, τις αποτυχίες, τις απογοητεύσεις, τα αισθήματα ανεπάρκειας και ματαίωσης και από την έλλειψη αυτοπεποίθησης. Πάντως, η ερμηνεία για τις δυσκολίες δεν εστιάζει στην αδυναμία διαχείρισης της κοινωνικής αλληλεπίδρασης από μεριάς τους, οπότε η απογοήτευση είναι μια κατάσταση αποδεκτή σαν κάτι αναπόφευκτο (Butcher, 1995).

Επιπλέον, παρατηρούνται σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Οι γυναίκες με ψυχογενείς διαταραχές φώνησης φαίνονται να είναι περισσότερο αγχώδεις, οργανωτικές και κοινωνικές από τους άντρες, ενώ εστιάζουν έντονα στο να δείχνουν περιποιημένες. Έχουν την πεποίθηση ότι ο περίγυρος τους τις θεωρεί ισχυρές και έχουν την τάση να εξωτερικεύουν την επιθετικότητα τους μέσω της επίρριψης ευθυνών ενός προβλήματος σε μια άλλη κατάσταση – ετεροκατηγορία-. Οι άντρες, αντιθέτως, αποφεύγουν την επιθετικότητα όσο αυτό είναι δυνατόν. Κατά την αξιολόγηση των γεγονότων που προηγήθηκαν της έναρξης της φωνητικής διαταραχής, οι House & Andrews (1998) διαπίστωσαν πως στο 54% των γυναικών ένα χρόνο πριν από την έναρξη σημειώθηκε μια σύγκρουση, κατά την οποία βίωσαν έντονη πίεση για να δώσουν απάντηση σε

ένα ζήτημα, στο οποίο δεν ήταν υποχρεωμένες να το κάνουν. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με άλλους ανασταλτικούς παράγοντες, πυροδότησε την εμφάνιση της δυσφωνίας, ενώ μόνο στο 16% θεωρήθηκε η κατάσταση αυτή αμιγώς η αιτία εμφάνισης της. Στην πραγματικότητα, οι δυσφωνικές γυναίκες βλέπουν τον εαυτό τους σε ένα κοινωνικό δίκτυο, στο οποίο αισθάνονται πολλά βάρη και νιώθουν ανίκανες να τα διαχειριστούν, ενώ παράλληλα δυσκολεύονται να εξωτερικεύουν τα συναισθήματά τους και να πραγματοποιήσουν αλλαγές. Ο Butcher (1995) συνδέει το άγχος με την μυϊκή ένταση από την πρώιμη παιδική ηλικία.

Πάντως, επιστημονικά δεδομένα των τελευταίων δεκαετιών συνιστούν ψυχοσωματική προσέγγιση για τη διάγνωση και θεραπεία της λειτουργικής φωνητικής διαταραχής, εστιασμένη, όμως, όχι μόνο στην τρέχουσα κατάσταση, αλλά σε ολόκληρο το αναπτυξιακό ιστορικό του ασθενή. Επιπλέον, η θεραπευτική υποστήριξη θα πρέπει να είναι προσανατολισμένη είτε σε παράλληλο χρόνο, είτε διαδοχικά και στη φωνοθεραπεία και στη ψυχολογική και ψυχαναλυτική υποστήριξη. Αυτό που πρέπει να ληφθεί υπόψη, ωστόσο, είναι το γεγονός ότι αν γίνει παραπομπή σε ψυχολόγο από πολύ νωρίς ίσως ο ασθενής εκφράσει άρνηση ή επιφανειακή αποδοχή, διότι μπορεί να αισθανθεί φόβο, ενώ εάν η θεραπεία της φωνής εστιάζει στην πρώιμη συνταγογράφηση δεν θα γίνουν ξεκάθαρα τα ψυχοσωματικά συμπτώματα από μεριάς του ασθενή (Seifert & Kollbrunner, 2006).

Όπως έχει αναφερθεί, οι αμφιλεγόμενες απόψεις σχετικά με την ορολογία των λειτουργικών διαταραχών φώνησης στηρίζονται στο γεγονός ότι ο όρος «λειτουργικές» καλύπτει ένα ευρύ φάσμα ανεξήγητων ιατρικών φωνητικών διαταραχών, παρόλο που είναι συνώνυμος με την *υστερική, ψυχογενή, μετατρεπτική, ψυχοσωματική, υπερλειτουργική δυσφωνία* που χαρακτηρίζεται από έντονη μυϊκή ένταση. Για κάθε διαφορετική ορολογία υπάρχει και μια διαφορετική προσέγγιση από θεωρητικούς και κλινικούς. Η λειτουργική δυσφωνία μερικές φορές σχετίζεται με την αφωνία ως προς τη σοβαρότητα και συχνά θεωρείται, ότι βασίζονται σε κοινή αιτιολογία (Aronson, 1990). Αν και στην αφωνία υπάρχει ολική απώλεια της φωνής, στη δυσφωνία η φωνητική

παραγωγή αλλοιώνεται ως προς την ποιότητα, την ένταση, τη δύναμη και το εύρος (Boone & McFarlane, 1988). Πολλές έρευνες επικεντρώθηκαν στις ψυχολογικές διεργασίες και στους τύπους προσωπικότητας των ασθενών και με τους δύο τύπους λειτουργικών διαταραχών της φωνής, προκειμένου να ανακαλύψουν το αιτιολογικό υπόβαθρο των ψυχογενών διαταραχών φώνησης, αν και πολλοί επιστήμονες θεωρούν υπερτιμημένο τον ψυχοσυναισθηματικό παράγοντα στις δυσφωνίες (Roy & Bless, 2000).

Οι ψυχολογικοί μηχανισμοί και οι διεργασίες τους στις λειτουργικές διαταραχές φώνησης.

Η κυρίαρχη ψυχολογική προσέγγιση για την απώλεια ή την αλλοίωση της φωνής βασίζεται στη θεωρία της *μετατρεπτικής διαταραχής*, που αναπτύχθηκε από τον Freud. Η μετατρεπτική διαταραχή περιλαμβάνει ένα φάσμα ανεξήγητων φυσικών συμπτωμάτων, τα οποία επηρεάζουν την κινητική και αισθητηριακή λειτουργία και παραπέμπουν σε νευρολογικά ή άλλα ιατρογενή αίτια. Πρόκειται, όμως, στην ουσία για μια προσομοίωση ασθένειας που εμποδίζει τη συνειδητοποίηση των συναισθηματικών συγκρούσεων ή του στρες εκτοπίζοντας τη ψυχική σύγκρουση και τη μείωση του άγχους. Όταν, λοιπόν, εμπλέκεται σε αυτούς τους μηχανισμούς το λαρυγγικό σύστημα προκύπτει ψυχογενής δυσφωνία. Κατά τον Butcher (1995), τα δύο μοντέλα που μπορούν να περιγράψουν τη θεωρία της μετατρεπτικής διαταραχής είναι α) το ψυχοδυναμικό και β) το γνωσιακό - συμπεριφορικό. Παρά τις διαφορετικές τους προσεγγίσεις, τα δύο μοντέλα αυτά εστιάζουν στις ανασταλτικές επιδράσεις της μυοσκελετικής έντασης του λάρυγγα στην παραγωγή της φωνής.

Πολλοί μελετητές υποστηρίζουν ότι τα συμπτώματα της μυϊκής έντασης πηγάζουν από υπερδραστηριότητα του αυτόνομου και κεντρικού νευρικού συστήματος από προσωπικότητες που διακατέχονται από έντονο άγχος, το οποίο δημιουργεί υπερτονικότητα των μυών του λάρυγγα. Το γεγονός αυτό οδηγεί στη βαθύτερη σύνδεση της μυϊκής έντασης των διαταραχών φώνησης με τις αγχώδεις διαταραχές ή με διαταραχές προσωπικότητας. Επιπλέον, κάποιοι υποστηρίζουν ότι η διάγνωση μιας ήπιας οργανικής διαταραχής, όπως κάποια λαρυγγική λοίμωξη μπορεί να πυροδοτήσει ένταση στους μύς, εξαιτίας του

αυξημένου άγχους του ασθενή, αναφορικά με το πρόβλημα της υγείας του. Αξίζει, όμως, να σημειωθεί πως τα προβλήματα της φωνής μπορεί να συνδέονται με κόπωση των φωνητικών χορδών ή λοιμώξεις, με ταυτόχρονη την έκπτωση στην ποιότητα της ζωής του ασθενή, όπως απώλεια της αυτοεκτίμησης, της κοινωνικής υποστήριξης και γενικότερου αισθήματος ματαίωσης. Δεν είναι παράλογο να θεωρηθεί πως μια χρόνια κατάσταση φωνητικής διαταραχής μπορεί να επιφέρει αλλαγές στην προσωπικότητα του ατόμου, όπως κοινωνική απόσυρση, κατάθλιψη, άγχος και ένταση. Πολλοί μελετητές το ψυχολογικό αυτό φαινόμενο το αποδίδουν στην έκβαση μιας χρόνιας κατάστασης, παρά σαν ένα αιτιώδη παράγοντα. Ο Roy και οι συνεργάτες του διαπίστωσαν ότι η σύγκριση των κλινικών ευρημάτων είναι περιορισμένη λόγω μεθοδολογικών διαφορών, όπως η συχνότητα και ο βαθμός των χαρακτηριστικών της υστερικής προσωπικότητας, της μετατρεπτικής αντίδρασης και των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων. Οι έρευνες έχουν εντοπίσει κάποια αύξηση των επιπέδων άγχους, των σωματικών ενοχλήσεων και της εσωστρέφειας. Ωστόσο, δεν έχει ενσωματωθεί μια συνεκτική θεωρία χαρακτηριστικών προσωπικότητας, που να σχετίζεται με λειτουργικές διαταραχές φώνησης. Σε μια μελέτη του Roy et al (1997), κατά τον γενικό έλεγχο στα εξωτερικά ιατρεία της Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), επτά από τις δέκα κλινικές προσπάθησαν να συγκεντρώσουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας γυναικών με λειτουργική φωνητική διαταραχή, τα όποια είχαν σαν κοινό παρονομαστή τον χαμηλό βαθμό συναισθηματικής προσαρμογής, που περιγράφηκε ως άγχος ή κατάθλιψη με σωματοποίηση της συμπτωματολογίας. Παρά τη βελτίωση της φωνής μετά από εντατική φωνοθεραπεία, η συναισθηματική προσαρμογή εξακολούθησε να βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα. Με εξαίρεση την κατάθλιψη, οι υπόλοιπες κλινικές καταστάσεις αντιστοιχούν σε συνιστώσες της προσωπικότητας των ασθενών και όχι της διάθεσης. Ως εκ τούτου, οι κλινικοί ερμηνεύουν τα στοιχεία αυτά σαν προδιαθεσικούς παράγοντες, ακόμη και τα παθολογικά ευρήματα του λάρυγγα (Roy & Bless, 2000).

Φωνητικά Οζίδια

Τα φωνητικά οζίδια, όπως αναφέρεται νωρίτερα στην εργασία, είναι καλοήθεις όγκοι σε σχήμα κάλλου και αποτελούν μια κοινή εκδήλωση φωνητικής υπερλειτουργίας, από κατάχρηση ή κακή χρήση, λόγω υπερβολικής μυώδους έντασης των μυών του λάρυγγα. Στους ενήλικες τα φωνητικά οζίδια εμφανίζονται κατά τα 2/3 σε γυναίκες. Η συνηθισμένη μέθοδος θεραπείας είναι η χειρουργική ωστόσο, μια πιο συντηρητική συμπεριφορική θεραπεία που εστιάζει στην αιτία και όχι στο ίδιο το οζίδιο θεωρείται εξίσου σημαντική. Παρά την ευνοϊκή πορεία και των δύο θεραπευτικών προσεγγίσεων, τα φωνητικά οζίδια, κάποιες φορές, έχουν την τάση να επανεμφανίζονται μακροπρόθεσμα ή να είναι ανθεκτικά ακόμη και μετά τη χειρουργική επέμβαση με εντατική φωνοθεραπεία. Οι συγγραφείς έχουν κάνει προσπάθεια διαχωρισμού των φωνητικών οζιδίων από άλλες φωνητικές διαταραχές, αν και κάποιοι επιμένουν ότι εμφανίζονται σε έδαφος λειτουργικών διαταραχών φώνησης και θέτουν τους προδιαθεσικούς παράγοντες προσωπικότητας και τις ψυχοσυναισθηματικές προεκτάσεις ως πρόδρομο της καλοήθειας. Μια κοινή άποψη που επικρατεί είναι πως ασθενείς με φωνητικά οζίδια είναι ομιλητικοί, με επιθετικές τάσεις, αυξημένα επίπεδα άγχους, συναισθηματική αντιδραστικότητα, αδυναμία προσαρμογής και υψηλά επίπεδα εξωστρέφειας (Roy & Bless, 2000).

Σπασμωδική δυσφωνία

Η σπασμωδική δυσφωνία είναι μια ελάχιστα κατανοητή φωνητική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από φάσεις διαλείπουσας φωνής και φάσεις ζορισμένης σαν στριγκλιά φωνής που οφείλεται σε στένωση του αεραγωγού. Η προσπάθεια παραγωγής που παίρνει τη μορφή σπασμών κυμαίνεται σε σοβαρότητα και μπορεί να διαρκεί για ώρες ή μέρες κάθε φορά. Η συχνότητα εμφάνισης σε άντρες και γυναίκες κυμαίνεται από 1:1 έως 1:4. Η συμπτωματολογία της διαταραχής και τα ιστορικά της δεδομένα οδήγησαν πολλούς κλινικούς να θεωρήσουν ψυχογενούς προέλευσης αυτή την αινιγματική διαταραχή. Αυτή η άποψη επικρατούσε καθολικά στον κλινικό χώρο, τόσο που σε μια επανεξέταση της βιβλιογραφία ο Arnold (1959) έγραψε πως «όλοι οι συγγραφείς

συμφώνησαν πως η σπασμωδική δυσφωνία αντιπροσωπεύει μια ψυχονευρωτική διαταραχή που επηρεάζει την αλληλεπίδραση του πνευμονικού και του φωνητικού συστήματος. Στην ψυχαναλυτική παράδοση, πολλοί κλινικοί βλέπουν τα συμπτώματα αυτής της διαταραχής, ως συμπτώματα υστερικής μετατρεπτικής αντίδρασης, εν μέσω μιας ενδοψυχικής σύγκρουσης, όπου υποσυνείδητα μετατρέπεται σε διαταραχή φώνησης. Σε έρευνα του Brodnitz (1976) το 41% των ασθενών που αντιμετωπίζουν σπασμωδική δυσφωνία βρέθηκε να έχουν σοβαρό συναισθηματικό τραύμα, ενώ το 22% παρουσίασε συμπτώματα βαριάς νεύρωσης, άγχους, κατάθλιψης και τάσεων σωματοποίησης. Υπάρχουν, επίσης, ευρήματα λαρυγγικής δυστονίας, η οποία προκαλείται από έντονη μυϊκή ένταση του λάρυγγα που συσχετίζεται με αυξημένες ψυχοσυναισθηματικές συγκρούσεις ή περιβαλλοντικό άγχος. Η ψυχιατρική βιβλιογραφία δεν περιλαμβάνει επαρκή δεδομένα, παρά έξι έρευνες, προκειμένου να γίνει μια προσπάθεια αιτιολογικής ερμηνείας των ψυχοσυναισθηματικών και περιβαλλοντικών παραγόντων στην σπασμωδική δυσφωνία. Οι έρευνες παρουσιάζονται ως εξής:

Έρευνα 1: Aronson, Brown, Litin & Pearson (1968)

Ο Aronson και οι συνεργάτες του μοίρασαν το ψυχομετρικό τεστ MMPI (Πολυφασικό Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας της Μιννεσότα MMPI-2, 1989) χρησιμοποιώντας ψυχιατρικές συνεντεύξεις. Τα χαρακτηριστικά που καταγράφηκαν στους ασθενείς με σπασμωδική δυσφωνία περιλάμβαναν καταπίεση θυμού, παρορμητικότητα και εσωτερίκευση των απόψεων και των σκέψεών τους. Παράλληλα, έγινε αξιολόγηση της κατάθλιψης και της κοινωνικής εσωστρέφειας που παρατηρήθηκαν, όμως τα αποτελέσματα του MMPI απέτυχαν στο να διακρίνουν τους ασθενείς με σπασμωδική δυσφωνία από το γενικό ιατρικό πληθυσμό με διαταραχές φωνής.

Έρευνα 2: Izdebski, Dedo & Boles (1984)

Ανέλυσαν διακόσιους ασθενείς με σπασμωδική δυσφωνία που υποβλήθηκαν σε νευρολαρυγγική εξέταση. Παρά την αναγνώριση πολυάριθμων σωματικών

συμπτωμάτων των ασθενών με σπασμωδική δυσφωνία, όταν έγινε σύγκριση με τυπική ομάδα ελέγχου δεν υπήρξε κάποιος ιδιαίτερος συσχετισμός των ψυχοσυναισθηματικών παραγόντων και κατέληξαν ότι απέτυχαν να προσδώσουν ψυχολογική ερμηνεία για τη διαταραχή αυτή.

Έρευνα 3: Cannito (1991)

Εξέταση τα συναισθηματικά χαρακτηριστικά δεκαοκτώ ασθενών με σπασμωδική δυσφωνία και τα συνέκρινε με τυπική ομάδα ελέγχου, με κοινή αναλογία του φύλου και της ηλικίας των ομάδων. Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές εκτιμήσεις για την ομάδα των δυσφωνικών ασθενών, η οποία παρουσίαζε μεγαλύτερο σκορ στις κλίμακες αξιολόγησης της κατάθλιψης, του άγχους και της τάσης για σωματοποίηση. Σύμφωνα με τον Cannito, τα δεδομένα αυτά θέτουν τις βάσεις για περαιτέρω ερευνητική ανάπτυξη της συναισθηματικής φύσης της σπασμωδικής δυσφωνίας.

Έρευνα 4: Kiese – Himmel & Zwirner (1996)

Οι δύο ερευνητές μοίρασαν ένα σταθμισμένο ψυχομετρικό τεστ σε δεκαοκτώ ασθενείς με σπασμωδική δυσφωνία, ωστόσο, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στη συναισθηματική αστάθεια, την υποχονδρίαση, την τάση για σωματοποίηση και την κατάθλιψη, όταν συγκρίθηκαν με γενικά δημοσιευμένες νόρμες. Παρόλα αυτά, υποστηρίζεται πως η δομή της προσωπικότητας σχεδόν των μισών ασθενών έδειξε μια αυξημένη τάση προς άγχος και τελειομανία. Πολλοί από τους ασθενείς, βίωσαν ήπια προς μέσα επίπεδα ψυχολογικού στρες κατά την περίοδο των δύο τελευταίων ετών, όπου σημειώθηκε και η έναρξη των συμπτωμάτων. Έτσι, κατέληξαν πως η σπασμωδική δυσφωνία είναι αποτέλεσμα ενός συνδυασμού άγνωστων νευρολογικών και ψυχολογικών παραγόντων.

Έρευνα 5: Murry, Cannito & Woodson (1994)

Μέτρησαν τις αλλαγές που λάμβαναν χώρα κατά την αξιολόγηση της κατάθλιψης και του άγχους, για τη θεραπεία της σπασμωδικής δυσφωνίας, μέσω ενέσιμης χορήγησης αλλαντικής τοξίνης (botulinum toxin). Οι ερευνητές

ανέφεραν μειωμένα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους μια εβδομάδα μετά την επίδραση της τοξίνης, βελτιώσεις οι οποίες διατηρήθηκαν έως και δύο μήνες μετά το πέρας της ενέσιμης χορήγησης της τοξίνης.

Έρευνα 6: Liu et al. (1998)

Ο Liu και οι συνεργάτες του κατέγραψαν δεδομένα αυξημένων επιπέδων άγχους, κατάθλιψης και τάσεων σωματοποίησης στην ομάδα των ασθενών με σπασμωδική δυσφωνία, όταν συγκρίθηκαν με υγιή πληθυσμό. Ένα μήνα μετά την ενέσιμη χορήγηση της αλλαντικής τοξίνης, σημειώθηκαν σημαντικές βελτιώσεις στην προσαρμοστικότητα και την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Όλοι οι ερευνητές κατέληξαν ότι τα αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης θα πρέπει να θεωρούνται ως εξαρτώμενα χαρακτηριστικά της δομής της προσωπικότητας του κάθε ασθενή ξεχωριστά, που όμως δεν αποτελούν ξεκάθαρα την πρωταρχική αιτία ή απλώς δευτερογενή χαρακτηριστικά της σπασμωδικής δυσφωνίας. Πάντως, η εμφάνιση και ο χαρακτήρας των ψυχοσυναισθηματικών διεργασιών σε συνδυασμό με τους παράγοντες της δομής της προσωπικότητας στη σπασμωδική δυσφωνία δεν είναι πλήρως κατανοητοί, για το λόγο αυτό θα πρέπει να πραγματοποιηθούν πειραματικές επανεκτιμήσεις, προκειμένου να αποσαφηνιστεί η ανάμιξη του ψυχολογικού παράγοντα στη σπασμωδική δυσφωνία (Roy & Bless, 2000).

Η προσωπικότητα ως βάση για τις λειτουργικές διαταραχές φώνησης και τα φωνητικά οζίδια

Έχει αποδειχθεί ότι τα αίτια κάποιων κοινών διαταραχών φώνησης, όπως οι λειτουργικές δυσφωνίες, τα φωνητικά οζίδια και η σπασμωδική δυσφωνία δεν έχουν κατανοηθεί επαρκώς και για τη μελέτη τους θα πρέπει να συνεκτιμηθούν οργανικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες. Ένα μείζον εμπόδιο αυτής της διαδικασίας, ιδίως στον τομέα της λογοπαθολογίας, είναι η δυσκολία στην ερμηνεία των ψυχολογικών διεργασιών και των χαρακτηριστικών προσωπικότητας που συμβάλλουν στην ανάπτυξη και διατήρηση κάποιων διαταραχών φώνησης. Οι Roy & Bless (2000) πρότειναν μια θεωρία ταυτοποίησης των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που θεωρήθηκαν

σημαντικοί παράγοντες για την εμφάνιση και διατήρηση διαταραχών, όπως λειτουργικές δυσφωνίες και φωνητικά οζίδια. Ο Newman και οι συνεργάτες του (1993) συνέδεσαν τη βιολογική θεωρία προσωπικότητας του Eysenck (1967) με το νευροψυχολογικό μοντέλο του Gray (1975). Οι Roy & Bless (2000), βασισμένοι στη διαφορετικότητα των προσωπικοτήτων, μέσα από τη θεωρία αυτή, υπογραμμίζουν τη μοναδικότητα και την αντίθεση των ασθενών με λειτουργική δυσφωνία και φωνητικά οζίδια, ως προς την ευαισθησία στα διάφορα ερεθίσματα και την υποκειμενική, απαντητική, συμπεριφορική τους αντίδραση. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά προσωπικότητας προδιαθέτουν την ανάπτυξη της διαταραχής, την εξέλιξη της συμπτωματολογίας και, φυσικά, το είδος της δυσφωνίας (Roy & Bless, 2000).

Η προσωπικότητα και η ιεραρχική της δομή

Οι πλειονότητα των ορισμών για την προσωπικότητα συντελούν στο ότι διέπεται από έναν εσωτερικό, οργανωμένο και συνεχή στο χρόνο και τις καταστάσεις χαρακτήρα και σχετίζεται με τον τρόπο που ένα άτομο λειτουργεί στον εξωτερικό κόσμο. Ο όρος «προσωπικότητα» φανερώνει έναν πολύπλοκο οργανισμό με πολλαπλές πτυχές που αλληλεπιδρούν και αλληλεπικαλύπτονται. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας εμφανίζονται στα εξωτερικά ερεθίσματα απαντητικές συμπεριφορικές αντιδράσεις, οι οποίες αντανακλούν τη μοναδικότητα κάθε προσωπικότητας. Γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συμβάλλουν στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, οι οποίοι ποικίλλουν ως προς την ηλικία και το φύλο. Οι οπτικές του χαρακτήρα είναι ιεραρχικά ταξινομημένες, όπου τα ατομικά χαρακτηριστικά (ορισμένα ως ψυχολογική συμπεριφορά, όπως οι πράξεις, σκέψεις και συναισθήματα) βρίσκονται στα κατώτερα επίπεδα της ιεραρχίας, ενώ τα ευρέως αποδεκτά χαρακτηριστικά σε συλλογικό επίπεδο στα ανώτατα. Στα ανώτατα επίπεδα της ιεραρχίας των χαρακτηριστικών προσωπικότητας βρίσκονται τρεις σταθερές, εγγενείς και κοινές διαστάσεις, οι οποίες συνιστούν ένα παγκόσμιο μέσο ταξινόμησης της προσωπικότητας. Αυτές οι τρεις διαστάσεις συνήθως αναφέρονται ως:

1. Εξωστρέφεια εναντίον Εσωστρέφειας.

2. Νευρωτισμός εναντίον Σταθερότητας.
3. Αναστολή εναντίον Άρσης Αναστολής.

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να αναφερθεί πως ο όρος «Νευρωτισμός» δεν λαμβάνεται συνώνυμος με την παραδοσιακή φροϋδική ερμηνεία του (δηλαδή ένα άτομο με κλινική νεύρωση). Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για να περιγράψει άτομα που εμφάνισαν σκορ πάνω από το μέσο ως προς την ευαισθησία στη νευρικότητα. Αυτές οι τρεις διαστάσεις προσωπικότητας έχουν προκύψει με τη χρήση τεχνικών ανάλυσης παραγόντων, οι οποίοι δεν είναι απαραίτητα συνδεδεμένοι με τις ψυχολογικές διεργασίες. Ωστόσο, οι θεωρίες προσωπικότητας που έχουν συνδέσει τις διαστάσεις αυτές με συγκεκριμένες ψυχοφυσιολογικές διεργασίες με τα νευροβιολογικά υποστρώματα είναι ποικίλες, όπως του Eysenck και του Gray. Οι διαστάσεις 1 (Εξωστρέφεια εναντίον Εσωστρέφειας) και 2 (Νευρωτισμός εναντίον Σταθερότητας) κατέχουν σημαντικό ρόλο στη θεωρία των Roy & Bless (2000), οι οποίοι συνέδεσαν τις βιολογικές θεωρίες του Eysenck και Gray, με σκοπό να μελετήσουν τα κυριότερα αίτια της ανάπτυξης λειτουργικών διαταραχών φώνησης και φωνητικών οζιδίων (Roy & Bless, 2000).

Σύστημα Προσωπικότητας του Eysenck

Ο Hans J. Eysenck δημιούργησε το 1967 μια βιοψυχοκοινωνική θεωρία προσωπικότητας, η οποία βασίζεται στις πρώτες δύο διαστάσεις προσωπικότητας: Εξωστρέφεια και Νευρωτισμός. Η Εξωστρέφεια αντιπροσωπεύει την επιθυμία για εμπλοκή και αντιμετώπιση ζητημάτων του στενού και ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος. Οι εξωστρεφείς τείνουν να είναι κυριαρχικοί, κοινωνικοί και ενεργοί, ενώ αντίθετα οι εσωστρεφείς ήσυχτοι, με μικρότερη κοινωνικότητα, παθητικοί και με θέσεις άμυνας προς το περιβάλλον. Ο Νευρωτισμός, η δεύτερη διάσταση, μπορεί να συνδεθεί με το συναισθηματισμό και σχετίζεται με έντονα αγχώδη καταθλιπτικά και συναισθηματικά χαρακτηριστικά. Οι νευρωτικές προσωπικότητες τείνουν να είναι άτομα συναισθηματικά, ασταθή, ανήσυχα ή έντονα αντιδραστικά με τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Ο Eysenck θεώρησε το μεταϊχμιακό σύστημα που περιλαμβάνει τον ιππόκαμπο, τον υποθάλαμο και τα αμύγδαλα, ως βασική

πηγή της συμπεριφοράς των νευρωτικών. Ο νευρωτισμός ενισχύεται από τις απαντητικές συμπεριφορικές αντιδράσεις της εσωστρέφειας ή της εξωστρέφειας, αντίστοιχα. Οι νευρωτικά εξωστρεφείς τείνουν να είναι περισσότερο εξωστρεφείς, ενώ οι νευρωτικά εσωστρεφείς περισσότερο εσωστρεφείς (Roy & Bless, 2000).

Θεωρία Προσωπικότητας και Λειτουργίας του Νευρικού Συστήματος του Gray

Η βιοψυχολογική θεωρία προσωπικότητας, όπως προτάθηκε από τον Jeffrey Alan Gray το 1970, περιλαμβάνει δύο συστήματα ελέγχου της ανθρώπινης συμπεριφοράς, το σύστημα αναστολής της συμπεριφοράς (BIS) και το σύστημα ενεργοποίησης της συμπεριφοράς (BAS). Το σύστημα BIS σχετίζεται με την ευαισθησία στην τιμωρία και με τα κίνητρα αποφυγής, ενώ το σύστημα BAS με την ευαισθησία στην επιβράβευση και την προσέγγιση των κινήτρων. Ο Gray επικεντρώθηκε στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η ανταμοιβή ή η τιμωρία σχετίζονται με τα επίπεδα του άγχους και της παρορμητικότητας, έτσι μέσω της έρευνάς του διαπίστωσε πως η ανταμοιβή και η τιμωρία βρίσκονται υπό τον έλεγχο δύο χωριστών συστημάτων και διαφέρουν ως προς τα κίνητρα και τις φυσιολογικές τους αντιδράσεις. Το σύστημα BIS ενεργοποιείται σε περιόδους τιμωρίας, ανιαρών πραγμάτων ή αρνητικών γεγονότων, όπου απαντώντας στα ερεθίσματα που αφορούν την τιμωρία και την απογοήτευση, οδηγεί τελικά στην αποφυγή των δυσάρεστων γεγονότων, για να αποφευχθούν αρνητικές εμπειρίες όπως ο φόβος ή το άγχος. Το σύστημα BAS βασίζεται στην προσέγγιση των κινήτρων και τη διάθεση ενός ατόμου να επιτύχει στόχους και ενεργοποιείται σε ενέργειες που δεν έχουν σχέση με την τιμωρία. Επιπλέον, παρουσιάζει ευαισθησία στα ελκυστικά ερεθίσματα και συνδέεται με την παρορμητικότητα. Η ανάπτυξη ψυχολογικών τεστ βασισμένων στην υπόθεση του Gray μπορούν να καθορίσουν εάν ένα άτομο έχει περισσότερο αρνητικές ή θετικές διαθέσεις. Οι κλίμακες αυτές έδειξαν πως η νεύρωση σχετίζεται θετικά με το σύστημα BIS και αρνητικά με το σύστημα BAS (Gray, 1975).

Ο παράγοντας της εξωστρέφειας και του νευρωτισμού στις λειτουργικές διαταραχές φώνησης και τα φωνητικά οζίδια

Ο Newman και οι συνεργάτες του πρότειναν μια σύζευξη των δύο θεωρητικών μοντέλων του Eysenck και Gray, για να καταγράψουν την αναστολή συμπεριφορών αυτορύθμισης του παρορμητικότητας που παρατηρείται σε παιδιά και ενήλικες. Εν συντομία, τα τρία δομικά στοιχεία του μοντέλου του Gray χαρτογραφούνται στο σύστημα των διαστάσεων της προσωπικότητας του Eysenck, ως προς την εξωστρέφεια και το νευρωτισμό. Η τάση προς εξωστρέφεια αντικατοπτρίζει κάποιες δυνατότητες στο σύστημα συμπεριφοράς του Gray, για παράδειγμα οι εξωστρεφείς προσωπικότητες παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές BAS και μικρότερες BIS, σε αντίθεση με τις εσωστρεφείς προσωπικότητες που παρουσιάζουν αντίστροφη αναλογία. Ο νευρωτισμός αυξάνει την τάση αντίδρασης, η οποία σχετίζεται με τα δύο συστήματα συμπεριφοράς. Έτσι, όσο ο νευρωτισμός αυξάνεται οι νευρωτικά εξωστρεφείς τείνουν να αντιδρούν με περισσότερη εξωστρέφεια και οι νευρωτικά εσωστρεφείς με πιο εσωτερική κατεύθυνση της συμπεριφοράς. Στο μοντέλο των Roy & Bless (2000), η ένωση του νευρωτισμού με την εξωστρέφεια προκαλεί παρορμητικότητα -άρση αναστολών-, ενώ η ένωση του με την εσωστρέφεια προκαλεί άγχος και ταραχή -αναστολές-. Οι νευρωτικά εξωστρεφείς προσωπικότητες έχουν έντονες αντιδράσεις ειδικά σε συγκεκριμένες επιβραβεύσεις και καταφεύγουν απευθείας στην έναρξη κάποιου στόχου. Από την άλλη, οι νευρωτικά εσωστρεφείς προσωπικότητες έχουν έντονες αντιδράσεις στα απειλητικά και απρόσμενα ερεθίσματα και είναι επιρρεπείς στο να ενεργοποιούν BIS σύμφωνα με τον Gray (αποφεύγουν παθητικά) (Roy & Bless, 2000).

Εφαρμόζοντας τη θεωρία στις λειτουργικές διαταραχές φώνησης και στα φωνητικά οζίδια

Οι Roy & Bless (2000) κατέληξαν σε δύο συμπεράσματα: πρώτον πως ο αυξημένος νευρωτισμός και η χαμηλή εξωστρέφεια είναι χαρακτηριστικό των λειτουργικών διαταραχών φώνησης, καθώς αυτές συσχετίζονται με το άγχος, το οποίο αναστέλλει την λαρυγγική κινητική συμπεριφορά, αυξάνοντας παράλληλα τα επίπεδα της λαρυγγικής έντασης. Δεύτερον, η δημιουργία φωνητικών οζιδίων

είναι αποτέλεσμα της παρορμητικής συμπεριφοράς των νευρωτικά εξωστρεφών και αυτό γιατί οι ασθενείς με φωνητικά οζίδια εμφανίζουν αδυναμία στη διαμόρφωση της απαραίτητης απαντητικής συμπεριφοράς. Οι ασθενείς αυτοί σκοράρουν υψηλά στις ενδείξεις εξωστρέφειας και νευρωτισμού και χαμηλά στον έλεγχο της παρορμητικότητας, ενώ εμφανίζουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις. Ο νευρωτισμός εξυπηρετεί στην ισχυροποίηση της ευαισθησίας στα ερεθίσματα σχηματίζοντας μια λανθασμένη απαντητική συμπεριφορά σε αυτά. Σε γενικές γραμμές, η θεωρία που ανέπτυξαν οι Roy & Bless (2000) βασίστηκε στην εφαρμογή των χαρακτηριστικών των ατόμων με λειτουργική δυσφωνία και φωνητικά οζίδια στα δύο συστήματα προσωπικότητας του Eysenck και του Gray, βάσει των διαφορετικών απαντητικών αντιδράσεων στα ερεθίσματα. Προσωπικότητες που ενεργοποιούν το σύστημα BIS τείνουν να εμφανίζουν λειτουργική δυσφωνία, ενώ αυτές που ενεργοποιούν το σύστημα BAS εμφανίζουν φωνητικά οζίδια. (Roy & Bless, 2000).

Οι ψυχογενείς διαταραχές της φώνησης.

Μια ανθρώπινη φωνή αντανακλά την κατάσταση του ατόμου, κατά τη στιγμή που αυτό μιλάει. Η φωνητική παραγωγή είναι με λίγα λόγια, λοιπόν, προϊόν της ανατομίας, της φυσιολογίας, της νευρολογίας, της ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης, της υγείας και του πολιτιστικού υποβάθρου του ομιλητή. Η συνέργεια των στοιχείων αυτών επηρεάζει τη δομή και λειτουργία του φωνητικού καναλιού και ειδικότερα του λάρυγγα και των φωνητικών χορδών. Νέα δεδομένα ερευνών καθιστούν την ψυχογενή δυσφωνία ως μια λειτουργική φωνητική διαταραχή, καθώς δεν υπάρχουν δομικές βλάβες του λάρυγγα ή νευρολογικές αλλαγές που να σχετίζονται άμεσα με τη συμπτωματολογία. Σύμφωνα με έρευνα των Martins et al., (2014), οι ψυχογενείς διαταραχές φώνησης είναι εξαιρετικά κυρίαρχες στις γυναίκες με ποσοστό επιπολασμού 26:2. Ιδιαίτερα στις σύγχρονες κοινωνίες, με τη σημαντική συνεισφορά της στους προϋπολογισμούς των νοικοκυριών και τα καθημερινά άγχη τόσο των οικογενειακών, όσο και των επαγγελματικών καθηκόντων, η γυναίκα μπορεί να αισθανθεί έντονα τα βάρη των ευθυνών και αυξημένη την ψυχολογική ένταση,

λόγω επαγγελματικής υπερφόρτωσης. Οι κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες συνοψίζονται ως εξής: ψυχοσυναισθηματικές και ψυχοκοινωνικές διαταραχές παρουσία άγχους, αγωνίας, κατάθλιψης, μετατρεπτικής διαταραχής, διαταραχής προσωπικότητας και διαπροσωπικές συγκρούσεις σε οικογενειακό και επαγγελματικό επίπεδο. Η μέση ηλικία εμφάνισης ψυχογενούς δυσφωνίας είναι τα 30 – 50 έτη ζωής, ενώ εμφανίζεται σπάνια στα παιδιά και όταν αυτό συμβαίνει, σχετίζεται με τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης ή θανάτου ενός στενού οικογενειακού προσώπου. Βιντεολαρυγγοσκοπικά δεν εντοπίζονται οργανικές βλάβες. Ωστόσο, λειτουργικές διαταραχές είναι συνήθως παρούσες κατά τη διάρκεια της φώνησης, όπως τρόμος, έντονη προσαγωγή των φωνητικών χορδών, ατελές γλωττιδικό κλείσιμο και παράδοξες κινήσεις των φωνητικών χορδών. Έτσι, η βιντεολαρυγγοσκοπική ή στροβοσκοπική αξιολόγηση δεν είναι πάντα σε θέση να κάνει τη διαφορική διάγνωση μεταξύ ψυχογενών δυσφωνιών από άλλες λειτουργικές δυσφωνίες. Ωστόσο, όλο και περισσότερο εντοπίζονται ποικίλες ψυχοπαθολογικές διεργασίες που μπορεί να είναι ενεργές στη διαμόρφωση των συμπτωμάτων που αφορούν στη φωνή. Συχνά αιτιολογικοί παράγοντες που παράγουν μια δυσφωνία περιλαμβάνουν ένα πολύπλοκο μίγμα οργανικών και ψυχογενών διεργασιών (Rammage et al., 1987, σελ. 21). Το αποτέλεσμα μιας διαταραγμένης φωνής –δυσφωνία- ή η πλήρης απώλεια αυτής –αφωνία-, αποτελεί συνήθως πολύ μεγαλύτερο πρόβλημα, όταν εκτός από την ακουστική απόδοση του προφορικού μηνύματος επηρεάζονται και τα γλωσσολογικά χαρακτηριστικά, όπως η ένταση, το εύρος, η ποιότητα και η ευελιξία, τα οποία μεταφέρει η φωνή και ενισχύουν το λεκτικό μήνυμα. Όταν οι ομιλητές δεν έχουν στη διάθεσή τους το πλήρες φάσμα αυτών των φωνητικών χαρακτηριστικών και αποχρώσεων που αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της αλληλεπίδρασης, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη μεταφορά των λεπτών αποχρώσεων της συνομιλίας, αλλά και στην αντίληψη για την αυτοεικόνα τους στην κοινωνική συνδιαλλαγή. Οι κλινικοί γνωρίζουν ότι πέρα από τις ορολογίες της «λειτουργικής δυσφωνίας», «λειτουργικής αφωνίας» ή «μετατρεπτικής διαταραχής» οι ψυχολογικές πτυχές που υφέρπουν είναι δεσπόζουσας σημασίας σε μια ποικιλία διαταραχών της φωνής, ως δευτερογενή αιτία.

Στην προσπάθειά τους να κατανοήσουν, να ερμηνεύσουν και να κατατάξουν σε συστήματα ταξινόμησης τις ψυχογενείς διαταραχές φώνησης οι Butcher, Elias & Cavalli (2007) διαπίστωσαν πως πρόκειται για μια δυσφωνία ή αφωνία, όπου οι αιτιολογικοί παράγοντες οφείλονται σε μεγάλο βαθμό σε ψυχολογικές ή συναισθηματικές συγκρούσεις. Μια διαταραχή στη φωνή μπορεί να εκδηλωθεί με μυοσκελετική ένταση και υπερκινητική συμπεριφορά ως προπομποί λαρυγγικής παθολογίας, κάτι που ερμηνεύεται ως σύμπτωμα μετατρεπτικής διαταραχής. Το κρίσιμο σημείο είναι πως η διάγνωση επιτυγχάνεται μόνο μέσω της ενδεδειγμένης ψυχολογικής εκτίμησης. Είναι φυσικά απαραίτητο να έχει αποσαφηνιστεί η φύση οποιασδήποτε οργανικής παθολογίας μέσα από λεπτομερή λαρυγγοσκόπηση και κυρίως στροβοσκόπηση. Ωστόσο, η παρουσία αρνητικών ευρημάτων δεν συνεπάγεται εξ ορισμού ψυχογενή αίτια. Εφόσον η μυοσκελετική ένταση αποτελεί ένα κοινό σύμπτωμα για τις διαταραχές αυτές η αποσαφήνιση στο αν οφείλεται σε υπερκινητικά ή υπερλειτουργικά αίτια παρά σε ψυχογενή αίτια είναι περισσότερο θέμα του βαθμού, κατά τον οποίο οι υποκείμενες συναισθηματικές αντιδράσεις συμβάλλουν στη διαταραχή της φωνής και του βαθμού επιρροής που έχουν αυτές στην επιδείνωση της λαρυγγικής έντασης (Butcher et al., 2007).

Συστήματα ταξινόμησης των ψυχογενών διαταραχών φώνησης.

Η πρώτη ταξινόμηση των ψυχογενών διαταραχών φώνησης βασίστηκε στη θεωρία της μετατρεπτικής διαταραχής που αναπτύχθηκε από τον Freud, ότι δηλαδή μια ψυχολογική σύγκρουση μετατρέπεται σε ένα φυσικό σύμπτωμα. Η θεωρία αυτή έχει επαναδιατυπωθεί, ώστε να ληφθούν υπόψη τα κοινά αιτιολογικά χαρακτηριστικά που εντοπίστηκαν σε διαφορετικές ομάδες ελέγχου. Κατά τον Anderson (1990), οι δυσφωνικοί ασθενείς αντιμετωπίζουν μια ψυχολογική σύγχυση, ενώ παράλληλα οι μύες του λάρυγγα υπερλειτουργούν απαντώντας στο υποκείμενο συναισθηματικό στρες και η προσωπικότητα ή οι συναισθηματικοί παράγοντες αποτελούν την κινητήρια δύναμη του προβλήματος (Butcher et al., 2007).

Οι δύο τύποι της μετατρεπτικής διαταραχής

Η ταξινόμηση αυτή απευθύνεται κυρίως σε κλινικούς γιατρούς, ώστε να δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στις ψυχολογικές διεργασίες που μπορεί να υφέρπουν σε μια δυσφωνία. Στον κλινικό τομέα επικρατεί όλο και περισσότερο η άποψη ότι οι μετατρεπτικές διαταραχές δεν χρειάζεται να συνεπάγονται με την πλήρη άνθηση των παραδοσιακών φροϋδικών ψυχολογικών διεργασιών της υστερικής μετατροπής. Το μοντέλο αυτό υποστηρίζεται από τα τρέχοντα ψυχιατρικά κριτήρια του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου DSM-IV-TR (APA, 2000), το οποίο απαιτεί η έναρξη ή η επιδείνωση των συμπτωμάτων να προηγείται των ψυχολογικών συγκρούσεων ή άλλων στρεσογόνων παραγόντων. Επιπλέον, δεν αποτελεί πλέον ανάγκη τα συμπτώματα να αντιπροσωπεύουν μια συμβολική επίλυση των ασυνείδητων ψυχολογικών συγκρούσεων. Έτσι, η σύγχρονη άποψη για την ορολογία της μετατρεπτικής διαταραχής είναι πως αντιπροσωπεύει μια ευρεία κατηγορία και πως η υστερική μετατροπή αποτελεί μια υποκατηγορία αυτής. Παράλληλα, έχει απομακρυνθεί από την άποψη του αρχικού μοντέλου του Freud, κατά το οποίο η προέλευση της μετατροπής προέρχεται από την καταστολή μη αποδεκτών σεξουαλικών ή επιθετικών παρορμήσεων, κάτι που έρχεται σε αντιπαράθεση με τη σύγχρονη ψυχανάλυση (Butcher et al., 2007).

Τα διαγνωστικά κριτήρια για τη διαταραχή της μετατροπής σύμφωνα με το DSM-IV-TR περιλαμβάνουν τους ακόλουθους παράγοντες:

- A) Το κύριο χαρακτηριστικό είναι η απουσία των συμπτωμάτων που επηρεάζουν την εκούσια κινητική ή αισθητική λειτουργία και υποδηλώνουν μια νευρολογική ή άλλη γενική ιατρική κατάσταση.
- B) Οι συγκρούσεις ή άλλα στρεσογόνα γεγονότα προηγούνται των συμπτωμάτων.
- Γ) Το σύμπτωμα δεν παράγεται εκ προθέσεως ή προσποιητά μετά από τις κατάλληλες εξετάσεις και δεν μπορεί να εξηγηθεί πλήρως από μια γενική ιατρική κατάσταση.
- Δ) Το σύμπτωμα επιφέρει κοινωνικά σημαντικό άγχος ή έχει κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλο λειτουργικό αντίκτυπο.

Σύμφωνα με τα ψυχιατρικά διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV γίνεται διάκριση μεταξύ δύο τύπων μετατροπής:

Τύπος 1: Κλασική υστερική μετατροπή

Ο Freud το 1895 τοποθετήθηκε με μεγάλη έμφαση στον τρόπο με τον οποίο προέκυπτε η μετατροπή από ασυνείδητες σεξουαλικές ή επιθετικές συγκρούσεις του ατόμου και το πώς αυτές καταστέλλονταν για την θετική ενίσχυση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης από υποσυνείδητα δευτερογενή οφέλη. Βασισμένος στις παραδοσιακές φροϋδικές αρχές, ο Von Uexkull (2003) χαρακτήρισε το φαινόμενο της κλασικής υστερικής μετατροπής σαν «νόσο της έκφρασης» (Ausdruckskrankheiten), όπου ο ασθενής εκφράζει το πρόβλημά του μέσω μιας γλώσσας του σώματος. Στο ICD - 10 (Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας) το φαινόμενο αυτό συναντάται ως «αποδιοργάνωση» και είναι ο πιο σημαντικός μηχανισμός άμυνας για τα φαινόμενα μετατροπής (Elzer & Gerlach, 2014). Η κλασική υστερική μετατροπή ισχύει για τις περιπτώσεις σοβαρής ψυχοπαθολογίας σε συνδυασμό με επίμονη ή παρατεταμένη αφωνία. Η συμπεριφορά του ασθενή χαρακτηρίζεται από παθητική αποδοχή της ιατρικής του κατάστασης και κακή προσαρμογή στις θεραπευτικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται από το κλινικό πλαίσιο. Παρατηρείται, επίσης, έντονα η ύπαρξη σημαντικών πρωτογενών και δευτερογενών ενισχυτών για τον ασθενή. Ο τύπος αυτός έχει τη σπανιότερη συχνότητα εμφάνισης (4 - 5%) και παρουσιάζει συνήθως αφωνία, ασθενείς με ψυχο-γονιδιακή δυσφωνία και ηβιφωνία, οι οποίοι είναι εξαιρετικά ανθεκτικοί στη θεραπεία, εξαιτίας του συνδυασμού της καταστολής και της άρνησης της νόσου, με ακόλουθα τα πρωτογενή και δευτερογενή οφέλη. Η απόδειξη αυτή καθιστά τον όρο υστερική μετατροπική διαταραχή ακατάλληλο για την ταξινόμηση των ψυχογενών διαταραχών φωνήσης, αλλά θα πρέπει αυτός να δανείζεται μόνον όταν οι ψυχικές διεργασίες ή τα διαγνωστικά κριτήρια της παραδοσιακής φροϋδικής μετατροπής είναι παρόντα. Ως θεραπεία για την επίλυση της ασυνείδητης σύγκρουσης συνιστάται η ψυχανάλυση, όμως ακόμα και σε αυτή την περίπτωση η πρόγνωση είναι φτωχή (Butcher et al., 2007).

Ο τύπος αυτός, της κλασικής υστερικής μετατροπής:

A) Ανταποκρίνεται στα κριτήρια του DSM-IV για την μετατροπή του ψυχολογικού στρες σε ένα φυσιολογικό σύμπτωμα.

B) Συμπτώματα όπως η συνειδητή πρόσβαση σε απαγορευτικά συναισθήματα προμηνύουν την καταστολή της πνευματικής σύγκρουσης.

Γ) Το κύριο όφελος είναι ότι η καταστολή απομακρύνει τη δυσάρεστη σύγκρουση ή τα συναισθήματα από τη συνείδηση.

Δ) Ορισμένα δευτερογενή οφέλη όπως η αυξημένη προβολή και ανησυχία από τους άλλους είναι ένα πιθανό ενισχυτικό της αντίδρασης της μετατροπής.

Τύπος 2: Γνωσιακή συμπεριφοριστική μετατροπή

Το ποσοστό των ασθενών που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία, αγγίζει το 95% των κλινικών περιπτώσεων ψυχογενών διαταραχών φώνησης, οι οποίοι υποφέρουν από μυοσκελετική ένταση και άγχος, εξαιτίας της ποιότητας της ζωής τους και της δυσκολίας που αντιμετωπίζουν στο να επικοινωνήσουν, με τον ευρύτερο κοινωνικό τους περίγυρο, τα συναισθήματα και τις απογοητεύσεις τους. Το συσσωρευμένο άγχος μετατρέπεται, έτσι, σε μια φυσική απώλεια της φωνής. Οι ασθενείς του τύπου 2 ταιριάζουν περισσότερο στο σύγχρονο μοντέλο ταξινόμησης, παρά στο κλασικό φροϋδικό και παρόλο που περιλαμβάνει και δυσφωνίες και αφωνίες, οι περισσότεροι επανέρχονται στη φυσική τους κατάσταση με έναν έμπειρο λογοθεραπευτή (Butcher et al., 2007). Τα δευτερογενή οφέλη είναι αμελητέα σε σύγκριση με τον τύπο 1 της κλασικής υστερικής μετατροπής, αλλά και στις δύο περιπτώσεις πρέπει το άτομο να κατανοήσει και να καταστείλει τα πρόωρα τραύματα που προδιαθέτουν για εσωτερικές συγκρούσεις, έτσι μια ψυχοδυναμική θεραπεία θα μπορούσε να ωφελήσει και θεραπευόμενους του τύπου 2 (Butcher et al., 2007).

Ο τύπος αυτός, της γνωσιακής συμπεριφοριστικής μετατροπής:

A) Ανταποκρίνεται στα κριτήρια του DSM-IV για την μετατροπή του ψυχολογικού στρες σε ένα φυσιολογικό σύμπτωμα.

B) Η μετατροπή του ψυχολογικού στρες σε έναν φυσικό σύμπτωμα γίνεται στην προσπάθεια να κατασταλεί το άγχος που σχετίζεται με τη συναισθηματική σύγκρουση.

Γ) Το κύριο όφελος είναι η αποφυγή των φοβικών συνεπειών της πραγματοποίησης των απαγορευτικών συναισθημάτων.

Δ) Είναι πιθανό να υπάρχουν κάποια αντισταθμιστικά δευτερογενή οφέλη, όπως η αυξημένη προβολή και ανησυχία από τους άλλους.

(Butcher et al., 2007).

Μια επιπλέον σύγκριση των δύο τύπων μετατροπής γίνεται στο παράρτημα, πίνακας 1.

Φυσιολογικά και αντιληπτικά χαρακτηριστικά των ψυχογενών διαταραχών φώνησης.

Παρόλο που υπάρχει μια επικάλυψη των φωνητικών και λαρυγγικών συμπτωμάτων μεταξύ των υπερλειτουργικών και ψυχογενών δυσφωνιών, διακρίνονται συχνά ορισμένα χαρακτηριστικά, που συνδέονται άμεσα με τις ψυχογενείς διαταραχές φώνησης και που είναι χρήσιμα για τη διάγνωση των διαταραχών αυτών. Αυτά παραθέτονται από τους Butcher et al. (2007) ως εξής:

Φωνητικά σημεία και συμπτώματα

- ◇ Ασυνέπεια των κλινικών ευρημάτων: διαταραχή φωνής με απουσία ή ήπιας μορφής λαρυγγική παθολογία.
- ◇ Μεταβλητή φωνή: φυσιολογική φώνηση κατά το γέλιο ή το κλάμα, αλλά διαταραγμένη κατά την ομιλία με επιδείνωση σε συναισθηματικό πλαίσιο ομιλίας.
- ◇ Επεισοδιακή δυσφωνία.

Ποικιλία στην εκδήλωση των φυσιολογικών χαρακτηριστικών

- ◇ Φυσιολογικός λάρυγγας: δεν εντοπίζεται καμία παθολογία ή νευροπαθολογία του λάρυγγα.
- ◇ Φυσιολογική λαρυγγική λειτουργία κατά το βήχα, το γέλιο και το κράτημα της αναπνοής.

- ◇ Ελλιπής προσαγωγή των φωνητικών χορδών.
- ◇ Υπερβολικά έντονη σύγκλειση των φωνητικών χορδών.
- ◇ Κύρτωση των φωνητικών χορδών.
- ◇ Υπεργλωττιδική συστολή.
- ◇ Λαρυγγική παθολογία, όπως οζίδια.

Προφίλ φώνησης

- ◇ Αιφνίδια διακοπή της φωνής.
- ◇ Αιφνίδια διακοπή της έντασης της φωνής κατά την ομιλία.
- ◇ Απώλεια της φωνής και αιφνίδια έναρξη.
- ◇ Συχνά και αυξανόμενα επεισόδια αφωνίας.
- ◇ Συχνή εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς.
- ◇ Λαχάνιασμα και αδυναμία φώνησης.
- ◇ Ψιθυριστή ή βραχνή φωνή.
- ◇ Περιστασιακό τρίξιμο της φωνής.
- ◇ Φυσιολογική προσαγωγή των φωνητικών χορδών κατά το βήχα.

Τύποι παθογένειας.

Παρακάτω παρατίθενται τα κύρια είδη των παθογενειών, σύμφωνα με τους Rammage et al., (1987), τα οποία θέτοντας την ψυχολογική βάση, αποτελούν την απαρχή των σωματικών σημείων και συμπτωμάτων που μπορούν να οδηγήσουν σε ψυχογενείς διαταραχές φώνησης.

A) Συμπτώματα έντασης, τα οποία προκύπτουν από την υπερδραστηριότητα του αυτόνομου και εθελοντικού νευρικού συστήματος σε άτομα που έχουν αδικαιολόγητη διέγερση και αισθάνονται ανήσυχτοι. Αυτό οδηγεί σε εθελοντική κατάχρηση μυών, λόγω της γενικευμένης μυϊκής υπερτονικότητας. Τα συμπτώματα αυτά συχνά συνδέονται με την ψυχιατρικές παθήσεις, όπως διαταραχές προσαρμογής, αγχώδεις διαταραχές ή διαταραχές της

προσωπικότητας. Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με διαταραχές φωνής που έχουν ψυχογενή βάση.

Β) Συμβολικά συμπτώματα εμφανίζονται σε μια ασυνείδητη υποκατάσταση ενός σωματικού συμπτώματος με την εμπλοκή του αισθητηριακού ή κινητικού νευρικού συστήματος, σε μια ψυχολογική σύγκρουση. Έτσι, προκύπτει δυσφωνία, όταν οι μύες που επηρεάζονται από αυτή την κιναισθητική διέγερση είναι εκείνοι της φώνησης. Αυτή είναι η διαταραχή μετατροπής και συναντάται συχνά στην ψυχιατρική βιβλιογραφία και συνήθως επισημαίνεται σε περιπτώσεις υστερικής αφωνίας.

Γ) Υποχονδριακά συμπτώματα ή η αυτοεκπληρούμενη αναμονή της διαταραγμένης φωνής, συμβαίνει σε εκείνους που έχουν αδικαιολόγητη επίγνωση ή ανταποκρίνονται αφύσικα στις αισθήσεις που προκύπτουν από ένα συγκεκριμένο τμήμα της ανατομίας τους. Στην περίπτωση των ατόμων με δυσφωνία, αφορά συνήθως στο στόμα, το λαιμό και το αναπνευστικό σύστημα. Αυτές οι περιπτώσεις συνδέονται με ψυχιατρικές διαγνώσεις και είναι συχνά γνώρισμα μιας διαταραχής προσωπικότητας, που αφορά στον ψυχαναγκασμό και τον υποχονδρισμό.

Δ) Τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να προκύψουν σε εκείνα τα άτομα που δεν διαμαρτύρονται ανοικτά για καταθλιπτική συμπτωματολογία, αλλά καταστέλλουν την τάση να κλαίνε ή να εκφράσουν την οργή προφορικά. Πρόκειται για δυσθυμικές και συναισθηματικές διαταραχές της κατάθλιψης που βρέθηκαν σε αυτές τις περιπτώσεις.

Ε) Η επόμενη παθογένεια, ψυχογενούς προέλευσης, συχνά αποκαλύπτεται κατά τη λήψη του ιστορικού από τον ασθενή. Ο ίδιος ασθενής μπορεί να παρουσιάσει σε κάθε δεδομένη στιγμή συμπτώματα έντασης ή συμβολικής και υποχονδριακής προέλευσης συμπτώματα. Με λίγα λόγια, ο ένας τύπος παθογένειας μπορεί να ενισχύσει έναν άλλο κατά τη διάρκεια της ανίχνευσής του, για παράδειγμα, μπορεί να υπάρχει σαν σύμπτωμα μια υπερβολή υποχονδριακών συμπτωμάτων της έντασης. Είναι σημαντικό να σημειωθούν

αυτοί οι διαφορετικοί τύποι παθογένειας, δεδομένου ότι η θεραπεία του ατόμου εστιασμένη στα συμπτώματα μπορεί να χρειαστεί να είναι διαφοροποιημένη κάθε φορά.

Στην κλινική πράξη εντοπίζεται συχνά ένας συνδυασμός οργανικών και ψυχογενών διαδικασιών που απαιτεί διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, καθώς οι παράγοντες που συμβάλλουν σε μια δυσφωνία, είναι συχνά ένα πολύπλοκο μίγμα οργανικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων, ο καθένας από τους οποίους μπορεί να τη προδιαθέτει, να την επιδεινώσει ή να την διαιωνίσει. Μια σχετικά μικρή βιολογική αλλαγή, όπως ένα οίδημα, μια λοίμωξη ή μια νεοπλασία μπορεί προκαλέσει λειτουργικά κακή χρήση του φωνητικού καναλιού, ιδιαίτερα αν το άτομο έχει αναπτύξει μια έντονη ανησυχία για τη φωνή ή την υγεία του, έτσι ώστε το μεγαλύτερο μέρος του προβλήματος της φωνής να είναι ψυχολογικής αιτιολογίας. Αυτό είναι ιδιαίτερα πιθανό να συμβεί, εάν υπάρχει μια οργανική προδιαθεσική κατάσταση, όπως οισοφαγίτιδα από παλινδρόμηση ή οξεία λαρυγγίτιδα. Η βραχνάδα που συνδέεται με πρώιμο καρκίνο των φωνητικών χορδών μπορεί να οφείλεται τόσο στη γενικευμένη υπερτονικότητα των μυών του λάρυγγα, όσο και στην ίδια την κακοήθεια. Είναι ενδιαφέρον ότι, όταν το καρκίνωμα έχει επιλυθεί μετά από ακτινοθεραπεία, η δυσφωνία ψυχολογικής αιτιολογίας μπορεί, επίσης, να βελτιωθεί ή αντίθετα μπορεί να παραμείνει και να οδηγήσει σε μια συνεχή ανησυχία για την επιμονή του όγκου, η οποία στη συνέχεια θα απαιτήσει ψυχοθεραπεία για την επίλυσή της. Από την άλλη μεριά, ψυχολογικά και κοινωνικά αίτια που επιφέρουν μια κακή χρήση της φωνής, είναι πιθανό να οδηγήσουν σε ένα δευτερεύον οργανικό πρόβλημα του λάρυγγα, όπως την εμφάνιση πολύποδα (Rammage et al., 1987).

Κοινοί αιτιολογικοί παράγοντες.

Απώλεια διάθεσης ή ελαφρώς ευμετάβλητη διάθεση ή κατάθλιψη

Τα στρεσογόνα γεγονότα και το άγχος εντοπίζονται ως κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες των ψυχογενών διαταραχών φώνησης είτε είναι οξείας, είτε είναι χρόνιας φύσης. Το άγχος και η σωματική ένταση είναι ιδιαίτερα κοινά συμπτώματα, με συχνότερη εμφάνιση προς το γυναικείο φύλο, με επιπολασμό

8:1. Τα οικογενειακά ζητήματα και τα προβλήματα των διαπροσωπικών σχέσεων αποτελούν μια πραγματικότητα για το άτομο. Η αδυναμία έκφρασης των σκέψεων και των συναισθημάτων, η καταστολή του θυμού και εσωτερίκευση των απογοητεύσεων βρίσκονται στην πρώτη γραμμή για τη συσσώρευση της έντασης, η οποία με τη σειρά της πυροδοτεί συγκρούσεις και αντιδράσεις, καθώς και έλλειψη αυτοπεποίθησης (Aronson, 1990). Οι υπερβολικές ευθύνες και τα βάρη των κοινωνικών δικτύων, σε συνδυασμό με τη χαμηλή αυτοπεποίθηση δημιουργούν την εντύπωση στα άτομα αυτά, τα οποία είναι ευάλωτα στο άγχος και έχουν μια τάση σωματοποίησης του, πως είναι ανίσχυρα για την επίλυση τους. Κάποια κοινά συμπτώματα είναι τάση για κλάμα, χαμηλή ή κακή διάθεση, τάση για αρνητικές σκέψεις, αισθήματα ματαιώσης και αβοηθησίας. Πολλοί κλινικοί ερευνητές υποστηρίζουν πως ασθενείς με κατάθλιψη, η οποία συνοδεύεται από ψυχογενείς διαταραχές φώνησης εμφανίζουν ένα υψηλό ποσοστό νευρωτικού άγχους ή νευρωτικής κατάθλιψης. Σύμφωνα με έρευνα των House & Andrews (1987), ένα 16% των δυσφωνικών ασθενών από την ομάδα έλεγχου τους εμφάνιζαν κατάθλιψη, ενώ σε μια μικρότερη έρευνα των Kinzl et al. (1997) το ποσοστό των ασθενών που εμφάνισε σύνδρομο νευρασθενικής κατάθλιψης άγγιζε το 50%. Σε πρόσφατη έρευνα των Deary et al. (1997) διαπιστώθηκε ότι δυσφωνικές γυναίκες εμφανίζουν περισσότερο άγχος και κατάθλιψη και από την υγιή και από τη γενική ομάδα ελέγχου. Το 1999 οι Millar et al. παρατήρησαν πως δυσφωνικές γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης από τα σκορ των κλιμάκων κατάθλιψης HADS (Hospital Anxiety & Depression Scale). Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις η κακή διάθεση ή η κατάθλιψη αποτελούν δευτερογενή αίτια για τις διαταραχές φώνησης. Το άτομο αισθάνεται συναισθηματική πτώση, εξαιτίας των ανεπίλυτων εσωτερικών συγκρούσεων, η οποία σε συνδυασμό με την πρόσφατη διάγνωση της φωνητικής διαταραχής δημιουργεί μια αρνητική στάση αντιμετώπισης προσωπικών, επαγγελματικών και κοινωνικών ζητημάτων και εγκλωβίζονται σε ένα συναισθηματικό αδιέξοδο. Στις περισσότερες περιπτώσεις θρηνούν για την απώλεια της φωνής και βιώνουν αισθήματα αβοηθησίας. Παρόλα αυτά, δεν μπορούν να συσχετιστούν άμεσα οι ψυχογενείς διαταραχές φώνησης με την κατάθλιψη, καθώς δεν είναι πλήρως κατανοητό το κατά πόσο οι διαταραχές της διάθεσης δημιουργούν μια

ψυχογενή δυσφωνία ή ακολουθούν αυτής. Όπως προαναφέρθηκε, όμως, σε πολλές περιπτώσεις η κακή διάθεση ή η κατάθλιψη αποτελούν δευτερογενή συμπτώματα της δυσφωνίας (Butcher et al., 2007).

Άγχος

Πολλοί άνθρωποι υποφέρουν από άγχος, μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται και ως φοβία, η οποία προκαλεί εκνευρισμό και επηρεάζει τη λειτουργικότητα του ατόμου, αλλά και τις μυοσκελετικές, νευρολογικές και αναπνευστικές δομές του ανθρώπινου σώματος. Ο συναισθηματικός πυρήνας του άγχους είναι ο φόβος. Η σχέση ανάμεσα σε σώμα και μυαλό οφείλεται στη βιολογική λειτουργία των συναισθημάτων που είναι αναγκαία για την επιβίωση. Προκειμένου να επιβιώσει σε επικίνδυνες καταστάσεις το σώμα, προβαίνει σε κάποιες φυσιολογικές αντιδράσεις φόβου, όπως: συγκέντρωση επιπέδων του αίματος στην καρδιά και στον εγκέφαλο και μυϊκή ένταση, ώστε να προστατέψει τα ζωτικά όργανα. Οι αντιδράσεις αυτές επηρεάζουν τα φυσικά επίπεδα του σώματος. Δυστυχώς, τα συμπτώματα αυτά αυξάνουν το άγχος που από αυτό τρέφεται ο φόβος, ο οποίος οδηγεί στην καθοδική πορεία της αυτοκαταστροφής. Το άγχος διακρίνεται από τη σταθερή και την προοδευτική μορφή. Η προοδευτική μορφή είναι συμφυής με την προσωπικότητα του ατόμου και η σταθερή εξαρτάται από συγκεκριμένες καταστάσεις. Αυτές οι μορφές αλληλεπιδρούν με τους εξωτερικούς -περιβάλλον- και εσωτερικούς -σκέψεις, συναισθήματα, προσωπικότητα- παράγοντες. Χωρίς την εισπνοή οι φωνητικές χορδές δεν λειτουργούν και δεν παράγουν ένταση. Το σύνολο των αναπνοών απαιτεί κατάλληλη πίεση αέρα που παράγεται από το λάρυγγα και το φωνητικό κανάλι. Όταν ο αεραγωγός δυσλειτουργεί, επηρεάζεται η ποιότητα της φωνής, όπως και η συντονισμένη λειτουργία των λαρυγγικών μυών. Επιπλέον, το άγχος αυξάνει την ένταση των μυών, το οποίο όταν συσχετίζεται με τη γνάθο, τη γλώσσα και τους εξωτερικούς λαρυγγικούς μύες δημιουργείται δυσφωνία και όταν συσχετίζεται με την κοιλιακή χώρα επηρεάζει την ευελιξία για τη διαχείριση της αναπνοής (Johnson et al., 2010).

Μετατραυματική εμπειρία

Το άγχος επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τις γνωστικές, πνευματικές και συναισθηματικές διεργασίες. Ως εκ τούτου, η παραγωγή της φωνής επηρεάζεται από πιθανές προηγούμενες ή παροντικές εμπειρίες σεξουαλικής, σωματικής ή ψυχολογικής κακοποίησης. Τα ζητήματα αυτά είναι θεμελιώδη για τη διάγνωση και θεραπεία της φωνητικής διαταραχής, όπως και για τη διαδικασία δημιουργίας της θεραπευτικής συνθήκης, ειδικά σε ό,τι στην εκπαίδευση της σωστής αναπνοής και στις ασκήσεις χαλάρωσης. Αρκετές φωνητικές διαταραχές έχουν τη βάση τους σε μετατραυματικές εμπειρίες, οι οποίες επηρεάζουν την μνήμη των μυών, ακόμα και όταν πρόκειται για μια παλαιότερη φωνητική διαταραχή ή μετατραυματική εμπειρία. Τα συμπτώματα της φωνητικής παραγωγής και η επίδραση μετατραυματικών εμπειριών συσχετίζονται άμεσα. Η αντιφατική συμπεριφορά του ατόμου μπορεί με κάποιο τρόπο να είναι μμητική της διχοτόμησης της φωνητικής διαταραχής, ως προς τη ψυχολογικές και φυσιολογικές εκφάνσεις και μπορεί να φέρει σύγχυση στη θεραπευτική σχέση του ασθενή και του κλινικού. Μάλιστα, η αντιληπτή εισβολή των οπτικών ινών του ενδοσκοπίου της στροβοσκόπησης μπορεί να πυροδοτήσει την εμπειρία του τραύματος. Παθολογίες, όπως παράδοξες φωνητικές διαταραχές, μη οργανική λαρυγγίτιδα και παράλυση των φωνητικών χορδών συνδέουν τις ψυχογενείς φωνητικές διαταραχές με την εμπειρία του τραύματος, όπως επίσης και δύο νευρολογικές παθήσεις την ψευδοεπιληψία – σωματόμορφη διαταραχή- και αλλαγές στον ιππόκαμπο –ψυχοσωματική κατάσταση-. Οι ψυχογενείς διαταραχές φώνησης μετά από τραυματική εμπειρία περιλαμβάνουν μετατραυματική αγχώδη διαταραχή και μεταβάλλουν τη διάσταση του συναισθήματος και της αποφυγής, ενώ επηρεάζουν τη φυσιολογική, πνευματική και κοινωνική λειτουργία (Johnson et al., 2010).

Λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος

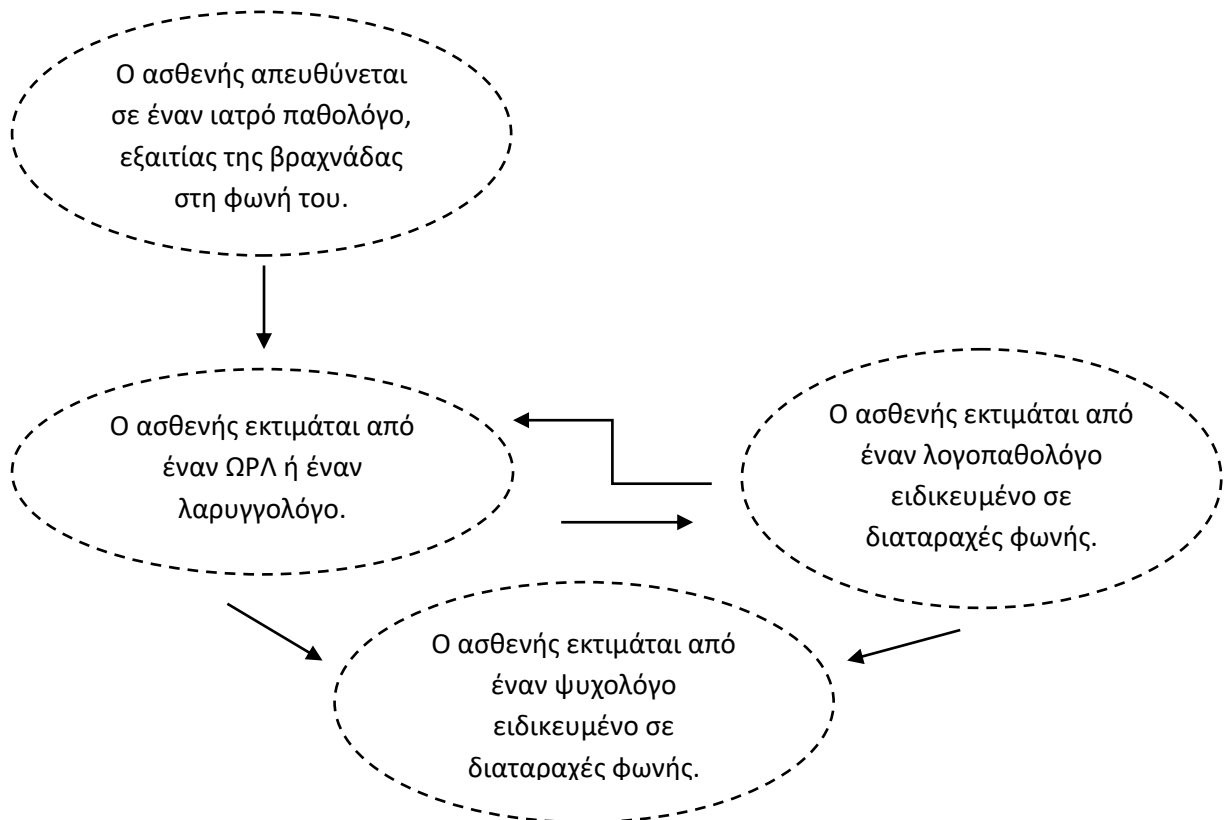
Παρά το γεγονός ότι οι ψυχογενείς διαταραχές φώνησης χαρακτηρίζονται από φυσιολογικά λαρυγγοσκοπικά ευρήματα, συχνά παρατηρείται πως μια λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος προηγείται της έναρξης της φωνητικής διαταραχής. Μία άποψη που επικρατεί μεταξύ κάποιων ερευνητών

είναι πως μια ψυχοδυναμική σύγκρουση, εάν ήδη υπάρχει, τότε έχει την τάση να σωματοποιείται σε μια εξασθένηση του οργανισμού. Εάν ο ασθενής υπερφορτωθεί από χρόνιο άγχος, τα συμπτώματα της λοίμωξης επιδεινώνονται σε έδαφος μιας προϋπάρχουσας αδυναμίας του οργανισμού. Επιπλέον, οι λοιμώξεις επιδεινώνονται και κατά τη διάρκεια στρεσογόνων καταστάσεων και οι ψυχολογικοί μηχανισμοί έχουν μεγάλη επιρροή στην ανοσοκαταλληλότητα του ανθρώπινου οργανισμού. Πιστεύεται, επίσης, ότι οι λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος λειτουργούν μόνον σαν ανασταλτικός παράγοντας προς τη φωνητική διαταραχή, διεγείροντας απλώς τους αμυντικούς μηχανισμούς του λάρυγγα. Παρόλα αυτά, δεν υπάρχει μια άμεση αιτιώδης συνάφεια μεταξύ της λοίμωξης του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος και των ψυχογενών διαταραχών φώνησης (Butcher et al., 2007).

Διεπιστημονική ομάδα φώνησης.

Σε γενικές γραμμές, η διεπιστημονική ομάδα φώνησης απαρτίζεται εξατομικευμένα από ιατρό ΩΡΛ ή λαρυγγολόγο, λογοπαθολόγο ειδικευμένο σε διαταραχές φώνησης και ψυχολόγο ειδικευμένο σε διαταραχές φώνησης. Η συνεργασία των ειδικοτήτων, ειδικά όταν πρόκειται για μια δυσφωνία ψυχογενούς προέλευσης, απαιτεί μια συνεχή, ομοιογενή επικοινωνία για μια εξατομικευμένη, λειτουργική διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση, αλλά και βελτιστοποίηση των τρεχόντων θεραπευτικών διαδικασιών. Το άτομο που αντιμετωπίζει δυσφωνία, αρχικά, θα έρθει σε επαφή με έναν ιατρό παθολόγο, ο οποίος θα κάνει παραπομπή σε ΩΡΛ ή λαρυγγολόγο. Ο ΩΡΛ θα γνωστοποιήσει ή θα αποκλείσει οποιοδήποτε οργανικό αίτιο και θα παραπέμψει στον λογοπαθολόγο ειδικευμένο σε διαταραχές φωνής ή σπανίως στον ψυχολόγο. Η απόφαση αυτή εξαρτάται από τη συμπτωματολογία της διαταραχής και εάν αυτή σηματοδοτεί κάποια ψυχολογική ή συμπεριφοριστική βάση για την ίδια την διαταραχή ή τη συνεργασία του ασθενή. Συνήθως, η παραπομπή γίνεται απευθείας στον λογοπαθολόγο, ο οποίος θα παραπέμψει με τη σειρά του στον ψυχολόγο, βάσει των ψυχοκοινωνικών και επικοινωνιακών πτυχών που θα καταγράψει (Johnson et al., 2010, σελ. 2).

Σειρά κλινικών παραπομπών στις ψυχογενείς διαταραχές φώνησης (Johnson et al., 2010):



Διαγνωστική εκτίμηση.

Η σωματοποίηση ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών ή διαταραχών προσωπικότητας, που αφορά στη φώνηση, ονομάζεται ψυχογενής διαταραχή φώνησης και είναι γνωστή εδώ και δεκαετίες. Η διάγνωση δεν είναι πάντα εφικτή, κατά τη διάρκεια της πρώτης επαφής με τον ασθενή, λόγω της ποικιλομορφίας στην εμφάνιση αυτού του είδους της φωνητικής διαταραχής. Επιπλέον, οι ασθενείς τείνουν να αποφεύγουν συζητήσεις για τις συναισθηματικές τους συγκρούσεις, ακόμη και αν ερωτηθούν για αυτές κατ' επανάληψη, γεγονός που επιβεβαιώνει την έντονη άρνηση συσχετισμού των σωματικών συμπτωμάτων με τα ψυχοσυναισθηματικά ζητήματα. Ένα ακόμη γεγονός που αναστέλλει την ορθή διάγνωση είναι η ανάγκη να αποκλειστούν άλλες παθογένειες που μπορεί να εκδηλώσουν παρόμοια φωνητικά

συμπτώματα, όπως οξεία λοιμώδη νοσήματα, παράλυση φωνητικών χορδών, σπασμωδική δυσφωνία και νευρομυϊκές ασθένειες.

Ιατρική εκτίμηση

Η διάγνωση ξεκινά με τον αποκλεισμό της ύπαρξης οποιασδήποτε οργανικής λαρυγγικής παθολογίας. Ένας ασθενής με διαταραχή φώνησης απευθύνεται, αρχικά, σε έναν ΩΡΛ και αν είναι εφικτό σε έναν φωνίατρο. Κατά την αρχική επίσκεψη, είναι απαραίτητη η λήψη ενός πλήρους ιατρικού και κοινωνικού ιστορικού. Ο ασθενής μπορεί να αναφέρει συμπτώματα φωνητικής κόπωσης, παρατεταμένης βραχνάδας από στένωση του αεραγωγού, αίσθημα σφιξίματος στο λαιμό, μειωμένη φωνητική παραγωγή ή/και απώλεια φωνής και μείωση του εύρους της έντασης της φωνής του. Η ποιότητα της φωνής μπορεί να είναι έμπνοη, τραχιά, βραχνή ή αδύναμη με αιφνίδιες διακοπές της έντασης και σημείων της φυσιολογικής φώνησης. Πέρα από τη συλλογή πληροφοριών, σχετικά με την ποιότητα της φωνής, πρέπει να διευκρινιστούν και οι καθημερινές φωνητικές απαιτήσεις και συνήθειες του ατόμου, οι συνθήκες που προκύπτει η δυσφωνία, η διάρκεια της βραχνάδας, η ενδεχόμενη ύπαρξη πόνου και η ποιότητα της φωνής κατά τη διάρκεια της ημέρας, εάν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη κατάσταση που πυροδοτεί τη συμπτωματολογία, ενώ εάν υπάρχουν στρεσογόνοι, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως διαζύγιο, θάνατος οικογενειακού προσώπου, στρεσογόνες εργασιακές συνθήκες ή αρνητικά αποτελέσματα εξετάσεων, πρέπει να δοθεί από τον κλινικό μεγάλη βαρύτητα, ως προς τη συνεκτίμηση των αιτιολογικών παραγόντων της δυσφωνίας. Άλλα συμπτώματα που πρέπει να διευκρινιστούν είναι η ενδεχόμενη ύπαρξη ναυτίας, πονοκεφάλων, κόπωσης ή προβλημάτων ύπνου. Πριν να οριστεί από τον ιατρό η διάγνωση της λειτουργικής διαταραχής φώνησης πρέπει να καταστεί σαφές ότι δεν εμφανίζεται καμία βασική γλωττιδική ανεπάρκεια, όπως πάρεση των φωνητικών χορδών, καθώς μια λάθος αρχική εκτίμηση θα μπορούσε να αποδιοργανώσει τη διαγνωστική και κατ' επέκταση τη θεραπευτική διαδικασία και να οδηγήσει σε έναν τύπο υπερλειτουργικής υπεργλωττιδικής συμπίεσης, όπου ο τόνος και η μάζα των φωνητικών χορδών είναι μειωμένος, κάτι που εμφανίζεται συχνά και στις οργανικές διαταραχές

φώνησης με μυϊκή ένταση. Ωστόσο, ο αποκλεισμός μια οργανικής φωνητικής διαταραχής δεν είναι αρκετός για τη διάγνωση μιας ψυχογενούς διαταραχής φώνησης. Ο θεραπευτής θα πρέπει να περάσει στην αναζήτηση της συμπεριφορικής κατάστασης του ασθενή και εάν αυτή συσχετίζεται με τη δυσφωνία, λόγω συναισθηματικών συγκρούσεων ή σε κάποιας μορφής ψυχοπαθολογία. Μετά την διαγνωστική εκτίμηση του ΩΡΛ ή του λαρυγγολόγου, ο ασθενής παραπέμπεται σε έναν εξειδικευμένο στη φωνή λογοπαθολόγο, για την άμεση έναρξη φωνοθεραπείας και εάν ανιχνευθεί ότι η φύση της δυσφωνίας είναι ψυχογενούς προέλευσης, ο λογοθεραπευτής παραπέμπει τον ασθενή σε ψυχολόγο, μετά από σχετική συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό. Μόλις πραγματοποιηθεί η διάγνωση της ψυχογενούς δυσφωνίας, γίνεται προσπάθεια υποκατηγοριοποίησης, η οποία εξαρτάται από τη σοβαρότητα και την ποιότητα της δυσφωνίας. Αν η ψυχογενής διαταραχή φώνησης είναι τόσο σοβαρή, σε σημείο που δεν ακούγεται η φωνή ονομάζεται *ψυχογενής αφωνία*. Ο ασθενής, συχνά, ψιθυρίζει ή κάνει μόνον στοματικές κινήσεις, όμως σημειώνεται κάποια προσπάθεια. Μια άλλη μορφή της ψυχογενούς αφωνίας είναι η *μετατρεπτική αφωνία*, κατά την οποία δεν σημειώνεται καμία προσπάθεια από μεριάς του ασθενή για την παραγωγή φώνησης. Ένας άλλος τύπος περιλαμβάνει την *ηβιφωνία*, η οποία συναντάται σε μετεφηβικούς και ενήλικες άντρες. Πρόκειται για μια αποτυχημένη προσπάθεια να αντικαταστήσουν την υψηλής έντασης φωνή της προεφηβικής ηλικίας με την χαμηλότερη ένταση της μετεφηβικής, παρόλο που οι λαρυγγικές δομές για την παραγωγή της χαμηλής έντασης φωνής είναι φυσιολογικές. Η φωνή είναι βραχνή, αναπνευστική, αδύναμη ή μονότονη.

Σαν σύνολο, οι ψυχογενείς διαταραχές φώνησης εμφανίζονται κάτω από άγχος, στρες, κατάθλιψη, ψυχολογικό τραύμα ή διαπροσωπικές και εσωτερικές συγκρούσεις, οι οποίες μετατρέπονται σαν απάντηση σε υπερλειτουργική ή υπολειτουργική κίνηση των μυών του λάρυγγα. Οι Butcher et al., (2007) τονίζουν πως αν μια διαταραχή φώνησης είναι υπερκινητική ή υπερλειτουργική, παρά ψυχογενής, εξαρτάται από το επίπεδο της επιρροής του συναισθηματικού στρες, το οποίο οδηγεί σε δυσφωνία και από το βαθμό που το στρες διαιωνίζει την υπερβολική λαρυγγική ένταση (Johnson et al., 2010).

Λογοθεραπευτική εκτίμηση

Μόλις αξιολογηθεί η φωνητική κατάσταση του ασθενή από τον ΩΡΛ είτε πρόκειται για οργανική, λειτουργική ή ψυχογενή δυσφωνία, γίνεται παραπομπή από τον τελευταίο σε έναν λογοπαθολόγο ειδικευμένο σε διαταραχές φώνησης, έτσι ώστε να επεκτείνει την κλινική εκτίμηση και να ορίσει την κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση. Πρωταρχικό βήμα του λογοπαθολόγου αποτελεί ο έλεγχος της αναφοράς και του DVD της στροβοσκόπησης του ΩΡΛ. Ακολουθεί η λήψη ενός πλήρους λογοθεραπευτικού ιστορικού, το οποίο περιλαμβάνει πληροφορίες βιογραφικού περιεχομένου του ασθενή, ιστορικό φωνής, καθώς επίσης και πληροφορίες ιατρικού ιστορικού και ψυχοκοινωνικού ιστορικού. Ο θεραπευτής θα πρέπει να λάβει υπόψη ότι το στρες είναι ένας καθοριστικός παράγοντας για την πυροδότηση της δυσφωνίας. Κρίνεται σημαντική, λοιπόν, η χρήση μιας κλίμακας από το 1 έως το 10, για την εκτίμηση των μηχανισμών αντιμετώπισης των καθημερινών αγχογόνων καταστάσεων, όπου το 1 θα αντιπροσωπεύει αισθήματα χαλάρωσης και ηρεμίας και το 10 τη μέγιστη κατάσταση άγχους. Σύμφωνα με τους Johnson et al. (2010), σε κάθε δυσφωνικό ασθενή που αντιμετωπίζει είτε λειτουργική είτε ψυχογενή διαταραχή φώνησης, τα αρχικά ευρήματα αναφορικά με την έναρξη της φωνοθεραπείας είναι κοινά και περιλαμβάνουν:

- ◇ Ελλιπή υποστήριξη της αναπνοής.
- ◇ Ακατάλληλη ένταση της φωνής (82%).
- ◇ Ορατή μυϊκή ένταση στο λαιμό (70%).
- ◇ Ορατή ένταση στη γνάθο.
- ◇ Ακατάλληλη διάρκεια έντασης.
- ◇ Γρήγορη ομιλία.
- ◇ Έντονη γλωττιδική σύγκλειση.

Το πρωτόκολλο διαγνωστικής εκτίμησης του λογοθεραπευτή περιλαμβάνει τις εξής δοκιμασίες (Νησιώτη, 2007):

1. Αξιολόγηση αναπνευστικής ικανότητας κατά τη φώνηση

Το είδος της αναπνευστικής μεθόδου που χρησιμοποιεί ο ασθενής εντοπίζεται από τον λογοθεραπευτή, κατά τη διάρκεια μιας βαθιάς εισπνοής, ενώ ο ασθενής παραμένει όρθιος. Εάν ανασηκώνονται οι ώμοι, τότε η αναπνοή είναι κλειδική, αν εκτείνεται ο θώρακας προς τα έξω η αναπνοή είναι θωρακική, ενώ εάν διογκώνονται οι πνεύμονες και το διάφραγμα, τότε η αναπνοή είναι διαφραγματική. Στις δοκιμασίες που ακολουθούν ο θεραπευτής παρατηρεί, αν οι εισπνοές και εκπνοές του πελάτη γίνονται ακουστικά αντιληπτές, καθώς η θορυβώδης αναπνοή παραπέμπει σε άσθμα, παράλυση των φωνητικών χορδών κ.α . Η σωστή ή λάθος χρήση του αναπνευστικού συστήματος αποσαφηνίζεται από τις εξής δοκιμασίες:

Επιμήκυνση Παραγωγής Φωνήεντος

Μετράται και καταγράφεται η μέγιστη διάρκεια φώνησης του ασθενή με μια μόνο αναπνοή και μέσα από τρεις επαναλήψεις καταγράφεται το μεγαλύτερης διάρκειας φωνήεν. Οι φυσιολογικές τιμές για τη μέγιστη διατήρηση της φώνησης είναι στα 15 - 20 δευτερόλεπτα και η μειωμένη παραγωγή του αποτελεί ένδειξη για ελλιπή υποστήριξη της αναπνοής και ελλιπές γλωττιδικό κλείσιμο.

Επιμήκυνση Παραγωγής Φωνημάτων /s/ /z/

Μετράται και καταγράφεται η μέγιστη διάρκεια παραγωγής του /s/ και του /z/ με μια μόνο αναπνοή από τον ασθενή. Φυσιολογικές είναι οι τιμές όπου το πηλίκο των μετρήσεων του s/z είναι 1.0. Όταν σημειωθεί μεγάλη διαφορά ανάμεσα στη διάρκεια παραγωγής του /s/ και του /z/, τότε αυτό αποτελεί ένδειξη κακού λαρυγγικού ελέγχου και όχι τόσο δυσκολία του αναπνευστικού συστήματος.

2. Διατήρηση μυϊκής αντοχής

Ο θεραπευτής ζητά από τον ασθενή να μετρήσει γρήγορα ως το 200 και παρατηρεί τυχόν αλλοιώσεις στη φώνηση, το υπερωιοφαρυγγικό κλείσιμο και την άρθρωση.

3. Αξιολόγηση γλωττιδικού κλεισίματος

Ο θεραπευτής ζητά από τον ασθενή να βήξει ή να παράγει ένα γλωττιδικό φωνήεν (αιφνίδιο άνοιγμα των κλειστών φωνητικών χορδών με ταυτόχρονη την παραγωγή φωνήεντος). Όταν σημειωθεί αδυναμία στο βήχα και στην παραγωγή του γλωττιδικού φωνήεντος, τότε αυτό αποτελεί ένδειξη νευρομυϊκής αδυναμίας.

4. Αξιολόγηση φωνητικής συχνότητας

Πρόκειται για την εκτίμηση της συχνότητας της φωνής του ασθενή και περιλαμβάνει τη χρήση ενός μαγνητοφώνου.

Αξιολόγηση της Κλίμακας

Ο θεραπευτής ζητά από τον ασθενή να τραγουδήσει μία μία τις νότες από το μέσον της κλίμακας του μέχρι τη χαμηλότερη, χωρίς να χαθεί η φώνηση, με τρεις επαναλήψεις για την ακριβέστερη καταγραφή της χαμηλότερης δυνατής συχνότητάς του. Στη συνέχεια, να τραγουδήσει τις νότες μία μία μέχρι την ψηλότερη, χωρίς να χαθεί η φώνηση, με τρεις επαναλήψεις για την ακριβέστερη καταγραφή της υψηλότερης δυνατής συχνότητάς του.

Αξιολόγηση Ιδανικής Συχνότητας

Πρόκειται για τη συχνότητα, κατά την οποία η φωνή παράγεται με άνεση, χωρίς κάποια λαρυγγική ένταση ή φυσική προσπάθεια. Η ιδανική συχνότητα καθορίζεται από τα φυσιολογικά και ανατομικά χαρακτηριστικά του λάρυγγα και είναι μοναδική για κάθε άνθρωπο. Ο θεραπευτής ζητά από τον ασθενή να πει /ah – hah/, όπως όταν συμφωνεί σε μια δήλωση και να χασμουρηθεί ή να αναστενάξει.

Αξιολόγηση Συνηθισμένης Συχνότητας

Πρόκειται για τη συχνότητα, την οποία χρησιμοποιεί ως επί το πλείστον ο ασθενής. Η συνηθισμένη συχνότητα δεν θα πρέπει να διαφέρει από την ιδανική περισσότερο από δύο ή περισσότερους τόνους.

5. Αξιολόγηση έντασης φωνής

Η αξιολόγηση της έντασης της φωνής του ασθενή από τον θεραπευτή πραγματοποιείται σε θορυβώδες περιβάλλον και σε μεταβαλλόμενη απόσταση μεταξύ τους, εφόσον έχει πραγματοποιηθεί τονικός ακοολογικός έλεγχος από τον ΩΡΛ για τον αποκλεισμό βαρηκοΐας ή κώφωσης.

6. Εντοπισμός περιοχών φωνητικής υπερλειτουργίας

Η υπερλειτουργία των λαρυγγικών μυών αποτελεί πρωτογενή ή δευτερογενή αιτία της δυσφωνίας και κυρίως της ψυχογενούς. Αντιληπτικά περιγράφεται μια ζορισμένη φωνή, με έντονα γλωττιδικά φωνήεντα και πόνο στη λαρυγγική περιοχή. Ο λογοπαθολόγος θα πρέπει να ψηλαφίσει τους εξωτερικούς μύες του λάρυγγα και την περιοχή του θυρεοειδούς χόνδρου σε όλο το μήκος τους και να τους χαλαρώσει, εάν είναι τεταμένοι (Νησιώτη, 2007).

Ψυχολογική Εκτίμηση

Μεγάλος αριθμός ερευνών των τελευταίων δεκαετιών καταδεικνύει τη βαθύτερη σύνδεση του άγχους με το ανθρώπινο αμυντικό σύστημα, η οποία μεταβάλλεται και αναπτύσσει ποικίλες ψυχολογικές καταστάσεις. Έτσι, οι ψυχολογικές παρεμβάσεις άρχισαν να επικεντρώνεται σε παθολογίες, οι οποίες ανήκαν αποκλειστικά στον ιατρικό κλάδο, όπως η αυξημένη πίεση του αίματος, καρδιαγγειακά προβλήματα και καρκίνος. Βέβαια, από πολύ παλιά οι ψυχολόγοι και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας γνώριζαν για τη σύνδεση σώματος και ψυχής. Όροι όπως «ψυχοσωματικό» ή «ψυχογενές» χρησιμοποιούνταν, για να περιγράψουν την ύπαρξη φυσικών συμπτωμάτων χωρίς κάποια βιολογική παθολογία. Στο σύνολό τους οι ψυχογενείς διαταραχές, όπως και οι ψυχογενείς διαταραχές φώνησης, σε εξατομικευμένο επίπεδο, παρουσιάζουν μια

ποικιλομορφία, ως προς την αιτιολογία, την εμφάνιση, την εξέλιξη της διαταραχής και την θεραπευτική αντιμετώπιση. Κάποιοι ασθενείς με ψυχογενή δυσφωνία αντιμετωπίζουν κατάθλιψη, άγχος και στρες, ενώ κάποιοι άλλοι δεν έχουν συναίσθηση του καθημερινού τους άγχους και εκφράζουν έκπληξη, όταν τους γνωστοποιηθεί η ψυχογενής προέλευση της διαταραχής τους. Κάποιοι ασθενείς είναι σε τέτοιο βαθμό αγχώδεις που δεν εκπλήσσονται, όταν παραπεμφθούν σε ψυχολόγο. Άτομα που βίωσαν τραυματική εμπειρία σε κάποιο στάδιο της ζωής τους, η οποία προκάλεσε τα συμπτώματα της δυσφωνίας, το αν διστάσουν ή όχι να συσχετίσουν τη συμπτωματολογία τους με το στρες, εξαρτάται από τους μηχανισμούς άμυνας που αφορούν στον καθεαυτό συμβιβασμό με την ίδια την τραυματική εμπειρία. Πολλές έφηβες κοπέλες παραπέμπονται σε ψυχολόγο από τις μητέρες τους, λόγω της υψηλής έντασης της φωνής τους. Σε πολλές από αυτές τις περιπτώσεις διαπιστώθηκαν υψηλά επίπεδα άγχους ως προς την αναπτυξιακή διαδικασία και το πέρασμα στην ενηλικίωση και μια δυσκολία αποχωρισμού από τη μητέρα τους. Ακόμη, παρατηρήθηκε πως πρόκειται για προσωπικότητες με τάσεις εξάρτησης και τελειομανίας, τα οποία δεν έχουν συναίσθηση του προβλήματος που αντιμετωπίζουν. Οι έφηβες αυτές αντιμετωπίζουν ηβιφωνία και εμφανίζουν δυσκολία στον έλεγχο της έντασης της φωνής τους. Το στρες που βιώνουν συνδέεται με λανθάνουσες ψυχοκοινωνικές προεκτάσεις, δηλαδή με την έντονη εξαρτητική τους συμπεριφορά (Johnson et al., 2010).

Τα είδη των ψυχογενών διαταραχών φώνησης.

Ηβιφωνία

Η επίμονη παρουσία της εφηβικής φωνής, ακόμη και μετά την εφηβεία, με απουσία κάποιας οργανικής ή νευρολογικής αιτιολογίας είναι γνωστή ως ηβιφωνία. Η ηβιφωνία χαρακτηρίζεται από φωνητική αστάθεια με μεγάλη ταλάντευση συχνότητας. Σύμφωνα με τα τροποποιημένα συστήματα διαγνωστικής ταξινόμησης, η ηβιφωνία κατατάσσεται στις λειτουργικές διαταραχές φωνής και πιο συγκεκριμένα ως ψυχογενής διαταραχή φώνησης,

τύπου 4. Η κατάσταση αυτή τείνει να εμφανίζεται συνήθως στους άντρες και είναι σχεδόν σπάνια για τις γυναίκες, καθώς η ξαφνική έκρηξη ανάπτυξης του λάρυγγα παρουσιάζεται κατά βάση στο αρσενικό φύλο. Στις περιπτώσεις που η ηβιφωνία κάνει την εμφάνισή της σε γυναικείο πληθυσμό είναι γνωστή ως «φωνή μικρού κοριτσιού». Οι βιολογικές αιτίες είναι σπάνιες και συχνά αντιστοιχεί σε καταστάσεις ψυχοσυναισθηματικής σύγκρουσης. Το ψυχολογικό άγχος και ψυχολογικές συγκρούσεις συχνά θεωρείται ότι προκαλούν ή επιδεινώνουν τα συμπτώματα της ασθένειας αυτής. Ο αντίκτυπος της φωνητικής διαταραχής ποικίλλει σημαντικά από πρόσωπο με πρόσωπο. Το επάγγελμα, το περιβάλλον, τα μέλη της οικογένειας και τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας αποτελούν μεταβλητές για την ανάπτυξη και έκβαση της ηβιφωνίας. Συνήθως, τα άτομα με ηβιφωνία τείνουν να αντιμετωπίζουν προβλήματα που περιλαμβάνουν ψυχολογική, συναισθηματική, κοινωνική και επαγγελματική δυσχέρεια (Thiagarajan, 2015).

Η λάρυγγοτραχειακή άτρακτος που βρίσκεται σε υψηλότερο επίπεδο στα βρέφη, κατεβαίνει σταδιακά, σε συνάρτηση με την ηλικία. Στην εφηβεία, η κάθοδος αυτή είναι γρήγορη και παρουσιάζεται μια ξαφνική έκρηξη ανάπτυξης του λάρυγγα, εξαιτίας της απότομης αύξησης στα επίπεδα της τεστοστερόνης. Αυτό μεταφράζεται τεχνικά σαν μια πτώση στη θεμελιώδη συχνότητα της φωνής του αγοριού. Η φωνή ενός τυπικού ενήλικου αρσενικού έχει εύρος συχνοτήτων 85-180Hz, στην ηβιφωνία όμως συνεχίζει να χρησιμοποιεί ένα υψηλότερο τόνο που κλονίζει το μυϊκό σύστημα του λάρυγγα (Thiagarajan, 2015).

Αιτιολογία

Όταν ο έφηβος δεν είναι σε θέση να προσαρμοστεί στο νέο, χαμηλότερο τόνο φωνής που αναπτύσσεται κατά την εφηβεία, μετά την ταχεία κάθοδο του λάρυγγα, το πρόβλημα της μεταλλάξεως της φωνής σε πιο φάλτσα και αδέξια εκδηλώνεται. Δεδομένου ότι ο εγκέφαλος είναι πιο εξοικειωμένος με το υψηλότερο τόνο φωνής του βρέφους, αρνείται να δεχτεί το βήμα μείωσης που λαμβάνει χώρα με φυσικό τρόπο. Ο υψηλός τόνος της φωνής, χαρακτηριστικό της ηβιφωνίας, προκαλείται από αυξημένη ένταση και συστολή των μυών του

λάρυγγα, με αποτέλεσμα την ανύψωσή του. Το αξιοσημείωτο αυτής της φωνητικής διαταραχής είναι ότι η ικανότητα του λάρυγγα για να παράγει φυσιολογικά χαμηλή φωνή είναι παρούσα. Για το λόγο αυτό, η προέλευση του προβλήματος θεωρείται κυρίως ψυχογενής και συμπεριφοριστική. Το συναισθηματικό στρες, η αποτυχία του εφήβου αρσενικού να δεχτεί ενήλικο ρόλο του, η έντονη επιθυμία να διατηρηθεί η σοπράνο φωνή, η προσπάθεια ελέγχου των ασταθών ποιοτικών φωνητικών χαρακτηριστικών, η ταύτιση του αρσενικού παιδιού με τη μητέρα του, η κοινωνική ανωριμότητα, οι αλλαγές της ορμονικής ανάπτυξης ή η καθυστερημένη ανάπτυξη των δευτερογενών σεξουαλικών χαρακτήρων αποτελούν κάποιους από τους αιτιολογικούς παράγοντες της ηβιφωνίας. Μεταξύ αυτών παρατηρούνται και οργανικής αιτιολογίας παράγοντες όπως η έλλειψη μυϊκού συντονισμού ή μυϊκή δυσλειτουργία, η ελλιπής σύντηξη τμημάτων του θυρεοειδούς χόνδρου, η ασυμμετρία, πάρεση ή η έλλειψη συντονισμού των φωνητικών χορδών, οι συγγενείς ανωμαλίες του λάρυγγα και η ακοολογική βλάβη (Thiagarajan, 2015).

Αξιολόγηση

Η αξιολόγηση των ασθενών αυτών θα πρέπει να περιλαμβάνει: πλήρη ιατρικό έλεγχο συμπεριλαμβανομένης και της εξέτασης των γεννητικών οργάνων, καθώς θα πρέπει να αξιολογηθεί ο δευτερογενής σεξουαλικός χαρακτήρας του ατόμου, ενώ θα πρέπει να αποκλειστεί ο υπογοναδισμός. Ένα πλήρες ψυχολογικό προφίλ για τον ασθενή θα πρέπει να δημιουργηθεί, ώστε να αποκλειστεί η οποιαδήποτε ψυχολογική αιτιολογία για την εμφάνιση της ηβιφωνίας (Thiagarajan, 2015).

Αντιληπτικά φωνητικά χαρακτηριστικά

- ◇ Ασυνήθιστα υψηλός τόνος φωνής με επίμονη παρουσία ακόμα και μετά το πέρας της εφηβείας.
- ◇ Βραχνάδα φωνής.
- ◇ Λαχανιασμένη φωνή.
- ◇ Αδύναμη φώνηση.
- ◇ Φωνητική κόπωση.

- ◇ Φτωχός φωνητικός έλεγχος.
- ◇ Φωνητική αστάθεια.
- ◇ Πόνος στην υπεργλωττιδική περιοχή, λόγω της ασυνήθιστα υψηλής θέσης του λάρυγγα.

Θεραπευτικές τεχνικές

Οι θεραπευτικές τεχνικές περιλαμβάνουν λογοθεραπεία, λαρυγγικό μασάζ και χειρουργική επέμβαση, ενώ οι βραχυπρόθεσμοι στόχοι περιλαμβάνουν την εκπαίδευση του ασθενή σε μια χαμηλής έντασης φωνητική παραγωγή και την εκπαίδευση του ασθενή στην πλήρη αξιοποίηση των φωνητικών και αναπνευστικών μυών.

Σύμφωνα με τον Thiagarajan (2015), οι λογοθεραπευτικές τεχνικές για την αντιμετώπιση της ηβιφωνίας περιλαμβάνουν την εκπαίδευση στο αντανακλαστικό του βήχα και στον καθαρισμό του λαιμού, την καθοδική τοποθέτηση του λάρυγγα στην κατάλληλη θέση, ασκήσεις ανώδυνου γλωττιδικού κλεισίματος για τα φωνήεντα, χαλάρωση του λαρυγγικού μυϊκού συστήματος και βιοανάδραση (βλ. «Θεραπευτικές προσεγγίσεις»).

Μετατρεπτική αφωνία

Η ψυχογενής αφωνία, η οποία συναντάται και ως λειτουργική αφωνία ή μετατρεπτική αφωνία ή υστερική αφωνία, είναι μια αινιγματική και αμφιλεγόμενη φωνητική διαταραχή, κυρίως λόγω της απουσίας κάποιας διαρθρωτικής ή νευρολογικής λαρυγγικής παθολογίας. Οι συγγραφείς συμφωνούν ότι πρόκειται για μια ασθένεια που εμφανίζεται εξ ορισμού στις γυναίκες, ενώ δεν παίζει κάποιο σημαντικό ρόλο ο ηλικιακός παράγοντας, αν και το μεγαλύτερο μέρος των περιπτώσεων παρουσίασε συμπτώματα αφωνίας στη μέση ηλικία. Συνήθως ακολουθούν συμπτώματα λοίμωξης του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, τα οποία είναι συχνά παροδικά και ποικίλλει η ανοχή τους στη θεραπεία. Οι ψυχοσυναισθηματικές και οι ψυχοκοινωνικές συγκρούσεις -συμπεριλαμβανομένης της ανησυχίας, της δυσφορίας, της

κατάθλιψης και της μετατρεπτικής αντίδρασης- αποτελούν κοινό παράγοντα εμφάνισης της ασθένειας.

Η κακώς οργανωμένη δραστηριότητα των ενδογενών και εξωγενών μυών του λάρυγγα αναφέρεται ως το πιο κοινό αίτιο της ψυχογενούς δυσφωνίας, αν και η προέλευση αυτής της λαρυγγικής μυϊκής δραστηριότητας δεν έχει διευκρινιστεί πλήρως. Πολλές αιτίες έχουν αναφερθεί ως συμβολή σε αυτή την μυϊκή ένταση ωστόσο, τα τελευταία δεδομένα ερευνών έχουν επισημάνει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ως σημαντική συμβολή στην ανάπτυξη και τη συντήρηση του της ασθένειας αυτής.

Κατά κανόνα, η έναρξη της αφωνίας είναι ξαφνική. Κάποιοι ασθενείς αναφέρουν πως «έχασαν» τη φωνή τους από τη μια μέρα στην άλλη, με ένα τρόπο ξαφνικό και εντελώς απροσδόκητο, όπου δεν ήταν σε θέση να παράγουν ηχηρή φωνή παρά έναν ψίθυρο. Πρέπει να επισημανθεί ότι η κλασική εικόνα της ψυχογενούς αφωνίας δεν είναι πάντα ξεκάθαρη. Παρατηρείται μια εναλλαγή στα μοτίβα της πλήρους αφωνίας και ενός πολύ αδύναμου είδους υπολειμματικής ή υποκινητικής φωνής. Στην αφωνία οι ασθενείς μιλούν ψιθυριστά, ενώ στη δυσφωνία η φώνηση διατηρείται, αλλά είναι διαταραγμένη ως προς την ποιότητα και την ένταση. Η ψυχογενής δυσφωνία και αφωνία θεωρούνται συχνά διαταραχές με μια συνέχεια της σοβαρότητας και θεωρείται από πολλούς κλινικούς ότι μοιράζονται μια κοινή αιτία. Σε κάθε περίπτωση, η ψυχογενής αφωνία μπορεί να αποκτήσει την έννοια μιας συνεχούς δυσφωνίας που μεταβαίνει από την υπερλειτουργική φάση προς την υπολειτουργική (Brodnitz, 1970).

Ψυχοδυναμική της αφωνίας

Οι συγγραφείς που έχουν μελετήσει τη φύση της λειτουργικής αφωνίας συμφωνούν ότι πρόκειται για μια καθαρά ψυχογενή διαταραχή και ένα είδος της υστερίας μετατροπής. Ο ασθενής με υστερία μετατροπής «θεσπίζει το ρόλο ενός ατόμου με οργανική ασθένεια». Στη ψυχογενή αφωνία, το αποτέλεσμα είναι σχεδόν η πλήρης διακοπή της επικοινωνίας και, μέσω αυτής, μια κοινωνική απόσυρση. Ενίοτε, δηλαδή, η αφωνία αντιπροσωπεύει μια διαφυγή από

συναισθηματικά αδιέξοδα. Η συμπεριφορά του ασθενή χαρακτηρίζεται από παθητική αποδοχή της ιατρικής του κατάστασης και κακή προσαρμογή στις θεραπευτικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται από το κλινικό πλαίσιο. Η εξήγηση αυτού του φαινομένου φαίνεται να είναι το γεγονός ότι η αφωνία συχνά παρέχει στον ασθενή με αυτό που οι ψυχίατροι αποκαλούν «δευτερογενή οφέλη», δηλαδή την επιθυμία του ατόμου να στρέφει την προσοχή και την ανησυχία των άλλων προς την υποκείμενη παθολογική κατάσταση της υγείας του.

(Brodnitz,1970).

Διαχείριση και θεραπευτικές τεχνικές

Όταν η αφωνία διαγνωστεί, οι κλινικοί έρχονται αντιμέτωποι με το τυπικό δίλημμα που παρουσιάζει κάθε μορφή ψυχοσωματικής ασθένειας: θα πρέπει να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα ή τον υποκείμενο ψυχολογικό μηχανισμό. Στις ψυχοσωματικές διαταραχές της επικοινωνίας η λύση των θεραπευτικών προβλημάτων δεν είναι ποτέ απλή, διότι πρώτα απ' όλα, ο ασθενής ο οποίος αντιμετωπίζει απώλεια φωνής ή η επικοινωνία του βασίζεται κατά κύριο λόγο στον ψίθυρο, αποτελεί μια φτωχή συνεργασία στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία, η οποία απαιτεί συνεχή επικοινωνία μεταξύ του ασθενή και του θεραπευτή. Δεύτερον, κατά κανόνα, οι ασθενείς με αφωνία δεν έχουν μια ξεκάθαρη εικόνα για την ψυχοσωματική δυναμική της ασθένειάς τους, καθώς είναι πεπεισμένοι ότι πρόκειται για μια οργανική διαταραχή, η οποία εμποδίζει τη φυσιολογική παραγωγή της φωνής τους. Έτσι, η αποκατάσταση της λειτουργικότητας της φωνής έχει την μεγαλύτερη προτεραιότητα. Πριν την αντιμετώπιση του συναισθηματικού υπόβαθρου της νόσου, θα πρέπει πρώτα να γνωστοποιηθεί στον ασθενή ότι φωνητικές χορδές του είναι απόλυτα σε θέση να παράγουν ήχο. Παρά τη σημαντική διαμάχη γύρω από τους αιτιώδεις μηχανισμούς, η βιβλιογραφία είναι γεμάτη με στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η συμπτωματική θεραπεία της φωνής μπορεί συχνά να οδηγήσει σε ταχεία και δραματική βελτίωση φωνής, όσον αφορά τις λειτουργικές διαταραχές φωνής. Επί του παρόντος, οι ασθενείς με ψυχογενής αφωνία αντιμετωπίζονται με λογοθεραπεία και ψυχοθεραπεία (Brodnitz, 1970).

Σύμφωνα με τον Roy (2003), οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται στην ψυχογενή αφωνία ή δυσφωνία είναι οι εξής: ασκήσεις χασμουρητού – στεναγμού για την εκπαίδευση του ασθενή σε μια χαμηλής έντασης φωνητική παραγωγή, ασκήσεις αντήχησης, ασκήσεις προοδευτικής μυϊκής χαλάρωσης και αναπνοής, βιοανάδραση και λαρυγγικό μασάζ, προκειμένου να μειωθεί ή να αποκατασταθεί η ισορροπία της έντασης των λαρυγγικών μυών (βλ. «Θεραπευτικές προσεγγίσεις»).

Θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Ο λογοθεραπευτής

Η αρχική λογοθεραπευτική συνεδρία ξεκινά με την αξιολόγηση της δυσφορίας ή του πόνου και των επιπέδων του άγχους που βιώνει ο ασθενής εκείνη τη στιγμή. Ένας ασθενής που διαγνώστηκε με δυσφωνία αυξημένης μυϊκής έντασης και παρουσιάζει κατ' εξακολούθηση υψηλά επίπεδα άγχους, τότε για μια πιο αξιόπιστη θεραπεία θα πρέπει η δυσφωνία του να λαμβάνεται ως ψυχογενής. Οι θεραπευτικές τεχνικές θα πρέπει να είναι κατά βάση λειτουργικές. Παραδείγματα τέτοιων τεχνικών περιλαμβάνουν: την παραγωγή προτάσεων μέσα από διάλογο με τον λογοθεραπευτή, την παραγωγή λόγου μέσα από σύνθετες περιγραφές ή ακόμη μικρές αυθόρμητες παραγωγές λόγου από τον ασθενή. Η μαγνητοφώνηση και η αναπαραγωγή της ομιλίας του ασθενή του επιτρέπει να έχει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα και ενδεχομένως μια καλύτερη αποδοχή και κατανόηση της φωνητικής διαταραχής του. Το πρόγραμμα KayPentax Vishi – Pitch παρέχει οπτικοακουστική ανατροφοδότηση και μπορεί να είναι χρήσιμο εργαλείο τόσο για τον λογοθεραπευτή, όσο και για τον ίδιο τον ασθενή. Για όσους εμφανίζουν αδυναμία στο να πετύχουν τους στόχους της θεραπείας χρησιμοποιώντας μια λειτουργική παραγωγή λόγου και για όσους απαιτούν καθοδήγηση σε κάποιες φωνητικές παραγωγές, μια συμπτωματική προσέγγιση είναι αρκετά χρήσιμη, ώστε να στοχοποιηθούν ένα ή περισσότερα συμπτώματα της δυσφωνίας. Συστηματικές λογοθεραπευτικές τεχνικές για τη δυσφωνία αυξημένης μυϊκής έντασης περιλαμβάνουν: α) ένα κατάλληλο

πρόγραμμα φωνητικής υγιεινής, ώστε να περιοριστεί η φωνοτραυματική συμπεριφορά, β) την μείωση της έντασης των εξωτερικών και εσωτερικών λαρυγγικών μυών, των ανώτερων θωρακικών μυών, των ώμων ή/και του τραχήλου και των στοματικών δομών, γ) τη μείωση της λαρυγγικής φωνητικής ποιότητας ενθαρρύνοντας μια πιο εμπρόσθια παραγωγή φωνής και δ) αναπνευστικές ασκήσεις για τους ασθενείς με μειωμένη ή λανθασμένη γενική υποστήριξη της αναπνοής κατά την ομιλία. Ανεξάρτητα από τη φωνητική διαταραχή ένα πρόγραμμα φωνητικής υγιεινής κρίνεται απαραίτητο. Ο λογοθεραπευτής μαζί με τον ασθενή θα πρέπει να μελετήσουν από κοινού τη φυσιολογική ανατομία του φωνητικού καναλιού, τονίζοντας τη σημασία της εντατικής φροντίδας των φωνητικών χορδών, οι οποίες αποτελούνται από μύες και βλεννογόνο ιστό. Οι συμβουλές που θα πρέπει να ακολουθηθούν είναι οι εξής (Johnson et al., 2010):

A) Να αποφεύγουν να καθαρίζουν το λαιμό τους ή να βήχουν. Αντ' αυτού να προτιμούν την τακτική κατανάλωση νερού και σκληρών καραμελών με μέντα που δροσίζουν τις φωνητικές χορδές, για την αποφυγή του βήχα, και να κάνουν χρήση ενός «αθόρυβου» βήχα.

B) Να αποφεύγουν να μιλούν ή να γελούν δυνατά και να ουρλιάζουν. Αντ' αυτού να χρησιμοποιούν χειρονομίες ή άλλες εναλλακτικές ενίσχυσης της επικοινωνίας και να μειώνουν την απόσταση από το συνομιλητή.

Γ) Να αποφεύγουν να μιλούν με υψηλής έντασης φωνή. Αντ' αυτού να δίνεται βάση από τον ασθενή στη μείωση των θορύβων του περιβάλλοντος, να επιλέγονται ήσυχια επικοινωνιακά μέρη και παράλληλα να ενισχυθεί η χειλεοανάγνωση.

Δ) Να αποφεύγουν τα επιβλαβή φωνητικά πρότυπα που περιλαμβάνουν απότομο γλωττιδικό κλείσιμο, μη φυσιολογική ένταση φωνής, ομιλία χωρίς την απαραίτητη υποστήριξη της αναπνοής, το σφίξιμο των λαρυγγικών μυών, των μυών των ώμων, του λαιμού ή των ανώτερων θωρακικών μυών ή να μιλούν

κατά τη διάρκεια φυσικής άσκησης. Αντ' αυτού να προτιμάται η εύκολη παραγωγή ομιλίας κατά την έναρξη της φώνησης, δηλαδή εκείνη που παράγεται αβίαστα, να εξασφαλίζεται η απαραίτητη αναπνευστική υποστήριξη κατά τη διάρκεια της φώνησης και να περιοριστεί η εκτεταμένη ένταση των λαρυγγικών μυών και των μυών του ανώτερου σώματος.

Ε) Να αποφεύγουν ανθυγιεινές φωνητικές συμπεριφορές. Αντ' αυτού να διατηρείται η απαραίτητη ενυδάτωση, η συχνή σωματικά άσκηση και η ισορροπημένη διατροφή. Να περιορίζεται η χρήση αλκοόλ που προκαλεί αφυδάτωση και τα αποσυμφορητικά αντισταμινικά που προκαλούν στέγνωση των φωνητικών χορδών. Για τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση προτείνεται η τροποποίηση του τρέχοντος μοντέλου ζωής και της φαρμακευτικής αγωγής που ακολουθεί, σε συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό του. Συνιστάται να αποφεύγεται το ψιθύρισμα, το οποίο προκαλεί ένταση και να προτιμάται η ανάπαυση της φωνής ή η μείωση της έντασης της.

ΣΤ) Να αποφεύγουν επιβλαβή περιβάλλοντα, δηλαδή να μιλούν σε στεγνά, σκονισμένα, γεμάτα καπνό περιβάλλοντα που μπορεί να προκληθεί βήχας ή καθάρισμα του λαιμού και στέγνωση των φωνητικών χορδών. Αντ' αυτού να προτιμάται το φιλτράρισμα του αέρα με τον κατάλληλο εξοπλισμό (μάσκα, εξαερισμός).

Για τους ασθενείς με ψυχογενή δυσφωνία, μία κοινή αντίδραση στη συναισθηματική πίεση είναι η υπερβολική συστολή των λαρυγγικών μυών κατά τη φώνηση. Οι ασθενείς αναφέρουν πόνο, ευαισθησία και δυσφορία, όταν αγγίζουν το λαιμό τους και μια συνεχή αίσθηση ξένου σώματος στο λαιμό, εξαιτίας της αυξημένης έντασης των μυών. Ένα κατάλληλο όργανο για την καταμέτρηση της έντασης αυτής είναι ο ηλεκτρομυογράφος (EMG), ο οποίος λειτουργεί βιοανατροφοδοτικά, για την κατανόηση και τροποποίηση, από τον ίδιο τον ασθενή, των λανθασμένων φωνητικών προτύπων. Η χαλάρωση και το τέντωμα του αυχένα και των ώμων είναι ένα βασικό βήμα, καθώς μειώνουν της

ένταση σε όλες τις ομάδες των λαρυγγικών μυών, προωθώντας μια πιο χαλαρή λαρυγγική κίνηση κατά τη φώνηση. Ο φυσικοθεραπευτής μπορεί να δημιουργήσει ένα κατάλληλο και εξατομικευμένο πρόγραμμα για το τέντωμα με πιο ολιστικές προσεγγίσεις, όπως διαλογισμό, μασάζ και χρήση υγρής θερμότητας. Οι ασθενείς με δυσφωνία αυξημένης μυϊκής έντασης τείνουν να εμφανίζουν παράλληλα ένταση και στις στοματικές δομές. Τα χείλη, η γλώσσα και η γνάθος επηρεάζονται και υπάρχει δυσκολία στην κίνηση. Η ένταση αυτή μειώνεται εφαρμόζοντας ασκήσεις τεντώματος και ενός κινητικού προγράμματος για τους στοματοπροσωπικούς μύες. Στο σημείο αυτό παρατίθενται, σύμφωνα με τους Johnson et al. (2010) οι πιο παραδοσιακές τεχνικές που μειώνουν την ένταση των μυών της φώνησης:

Μέθοδος Accent (Smith)

Τα περισσότερα προγράμματα φωνοθεραπείας στοχεύουν σε δύο κύριους στόχους: συμβουλές για την υγιεινή της φωνής και διόρθωση της λανθασμένης χρήσης της φωνής. Η μέθοδος Accent (AM) αντιμετωπίζει τους δύο αυτούς στόχους με ολιστικό τρόπο όσον αφορά τη φωνητική λειτουργία, καθώς και την επικοινωνιακή συμπεριφορά. Στηρίζεται σε τρεις βασικές αρχές: 1) βέλτιστη κοιλιοπλαστική-διαφραγματική υποστήριξη της αναπνοής, 2) ρυθμική ενέργεια με την παραγωγή χαλαρών γλωττιδικών φωνηέντων με την προοδευτική μεταφορά τους στην ομιλία, 3) δυναμικές ρυθμικές κινήσεις του σώματος και του βραχίονα. Οι τεχνικές της μεθόδου μπορούν να χωριστούν στις εξής ομάδες: ασκήσεις του αναπνευστικού, του φωνητικού και του αρθρωτικού συστήματος και πραγματοποιούνται σε μια ιεραρχία της κλιμακούμενης δυσκολίας (Fex & Kotby, 2009).

Λειτουργικές ασκήσεις φώνησης (Stemple)

Πρόκειται για ένα τριών σταδίων πρόγραμμα, το οποίο περιλαμβάνει ασκήσεις α) προθέρμανσης, β) μετατόπισης της έντασης από υψηλή προς χαμηλή και από χαμηλή προς υψηλή, αντίστοιχα, και γ) παρατεταμένης φώνησης ενός φωνήεντος σε επιλεγμένα επίπεδα έντασης. Οι ασκήσεις αυτές εκτελούνται επαναληπτικά ως προς ένα συγκεκριμένο αριθμό κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Στόχος τους είναι οι απαραίτητες φωνητικές απαιτήσεις να παραχθούν με μια ηχηρή φωνή που δεν απαιτεί υπερβολική προσπάθεια από το άτομο. Η τεχνική βασίζεται στην υπόθεση ότι η συστηματική πρακτική της θα αυξήσει τον όγκο και τη δύναμη των θυρεοαρυταινοειδών μυών -το σώμα των φωνητικών χορδών- και θα βελτιώσει το συντονισμό των μυών του λάρυγγα, ο οποίος συν-ενεργοποιείται για ομιλία (Johnson et al., 2010).

Confidential voice therapy

Η μέθοδος λειτουργεί ως ένα προσωρινό είδος φωνητικής παραγωγής, το οποίο διευκολύνει στην ανάρρωση του λαρυγγικού βλεννογόνου. Συχνά, χρησιμοποιείται μετεγχειρητικά σε οξείες διαταραχές φώνησης. Είναι μέρος ενός τροποποιημένου προγράμματος για την ανάπαυση της φωνής και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως το μόνο είδος παραγωγής της φωνής για μία έως δύο εβδομάδες, ή ως μέρος ενός μακροπρόθεσμου προγράμματος που εναλλάσσει περιόδους ανάπαυσης της φωνής με περιόδους πιο απαιτητικής χρήσης της φωνής. Πρόκειται για μια ελαφριά, απαλή και χαμηλής ροής αέρα φωνή, εύκολη στην παραγωγή, η οποία λειτουργεί για πολλές επικοινωνιακές ανάγκες. Παρόλο που παράγεται μαλακά δεν πρόκειται για αναπνευστικό ψίθυρο, ενώ δεν απαιτεί μεγάλη προσπάθεια για την παραγωγή της. Είναι σημαντικό να διατηρείται ο κανονικός τόνος της φωνής, ακόμη και σε μια ελαφρώς αυξημένη ένταση, όπου με την παραγωγή ενός ήπιου τραγουδιού ενθαρρύνεται να μην ακουστεί «μονότονο» (Johnson et al., 2010).

Ασκήσεις αντήχησης (Verdolini)

Αυτή η προσέγγιση επικεντρώνεται στην περιοχή των φωνητικών χορδών και των μυών αμέσως πάνω από τις φωνητικές χορδές -επιγλωττιδική περιοχή-. Πραγματοποιείται μέσα από την εκπαίδευση του ασθενούς στο να αισθανθεί τις δονήσεις στο πρόσωπο, κατά την παραγωγή του «buzz» (αίσθηση βουητού). Η μέθοδος έχει ως στόχο να αυξήσει τη δύναμη και την ευκρίνεια της φωνής, μειώνοντας παράλληλα τις δονητικές δυνάμεις που μπορούν να επηρεάσουν το τραύμα του βλεννογόνου. Στόχος είναι να δημιουργηθεί η βέλτιστη ισορροπία μεταξύ της πίεσης του πνεύμονα κάτω από τις φωνητικές χορδές, της πίεσης του αέρα στην φωνητική οδό πάνω από την γλωττίδα και της αντίστασης των

φωνητικών χορδών στην ροή του αέρα. Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται συνήθως σε περιπτώσεις δυσφωνίας αυξημένης μυϊκής έντασης. Ο συντονισμός της φωνητικής παραγωγής μπορεί να μειώσει τις υπερβολικές ή μη συντονισμένες συσπάσεις των μυών, ενώ επιτρέπει στις φωνητικές χορδές να πάλλονται πιο ελεύθερα και ως εκ τούτου βελτιώνει την επαφή των φωνητικών χορδών, αλλά και την ποιότητα της φωνής (Johnson et al., 2010).

Λαρυγγικό μασάζ

Στόχος αυτής της τεχνικής είναι να μειωθεί η υπερβολική συστολή των μυών του λάρυγγα. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της πίεσης σε επιλεγμένες περιοχές του λαιμού -εστιακή ψηλάφηση-, κρικολαρυγγικό μασάζ, επανατοποθέτηση του λάρυγγα με το χέρι. Χρησιμοποιώντας τον αντίχειρα και το δείκτη, με μέτρια πίεση γίνεται κυκλικό μασάζ από εμπρός προς τα πίσω, στοχεύοντας επιλεγμένες περιοχές του λάρυγγα και του λαιμού. Συχνά, η υπερβολική συστολή των μυών προκαλεί την τοποθέτηση του λάρυγγα πολύ ψηλά στον λαιμό. Μιλώντας σε αυτή τη θέση για μεγάλα χρονικά διαστήματα μπορεί να προκαλέσει δυσφορία στην περιοχή αυτή, ακόμη και εστιακό πόνο ή ευαισθησία. Ως εκ τούτου, το λαρυγγικό μασάζ επικεντρώνεται, αρχικά, στον θυρεοειδή χώρο -η περιοχή μεταξύ του λάρυγγα και του υοειδούς οστού-, για να απελευθερωθεί η υπερβολική συστολή και αφήνει το λάρυγγα να κατέβει. Η απαλή χειροκίνητη επανατοποθέτηση του λάρυγγα, κατά τη διάρκεια της φώνησης μπορεί μερικές φορές να αποτρέψει από τα συνηθισμένα πρότυπα υπερβολικής λαρυγγικής συστολής. Οι φωνητικές ασκήσεις ενσωματώνονται κατά τη διάρκεια του μασάζ, προκειμένου να διευκολυνθεί η σαφής και εύκολη παραγωγή φωνής, χωρίς υπερβολική σύσπαση των μυών. Ο ασθενής, στη συνέχεια, ενθαρρύνεται να εστιάσει την προσοχή του σε ακουστικές ή απτικές δονήσεις, ώστε να ενθαρρυνθεί της διατήρησης της φωνητικής παραγωγής (Johnson et al., 2010).

Εάν η χρήση των παραδοσιακών τεχνικών δεν καλύψει όλους τους στόχους του θεραπευτικού πλάνου, διαφορετικές τεχνικές απαιτούνται να ενταχθούν στο εξατομικευμένο πρόγραμμα φωνοθεραπείας που ακολουθείται. Οι τεχνικές αυτές τροποποιούν τη φωνητική παραγωγή των ασθενών στοχεύοντας σε συγκεκριμένα πρότυπα φωνητικής παραγωγής. Οι ασκήσεις διαφραγματικής

αναπνοής μπορούν να βοηθήσουν στον έλεγχο της κατανάλωσης του αέρα, την βελτίωση της αναπνοής και την χαλάρωση της λαρυγγικής περιοχής κατά τη φώνηση. Η αρχική εξάσκηση πάνω σε αυτές τις τεχνικές έχει ως αποτέλεσμα την εκπαίδευση του ασθενή στο να αποφεύγει το έντονο γλωττιδικό κλείσιμο. Παράγοντας το φώνημα /x/ το ρεύμα του αέρα ξεκινά πριν από την έναρξη της φώνησης και αν ο ασθενής διατηρήσει συνεχόμενη τη ροή του αέρα σε όλη την παραγωγή, χωρίς να ψιθυρίσει ή να έχει αναπνευστική χροιά θα αποφεύγει επιτυχώς το έντονο γλωττιδικό κλείσιμο. Οι ασκήσεις για τη ρύθμιση της έντασης με τη χρήση μιας ήρεμης φωνητικής παραγωγής βοηθούν στην απόκτηση ελέγχου των μυών της φώνησης και στα υψηλότερα και στα χαμηλότερα επίπεδα του σώματος (Johnson et al., 2010).

Λογοθεραπευτικές προσεγγίσεις για τις ψυχογενείς διαταραχές φώνησης

Βήμα 1ο: Φυσικές δραστηριότητες

Βήχας, καθαρισμός λαιμού, χασμουρητό, γέλιο και φώνηση κατά την εισπνοή.

Στόχος: Η δημιουργία ενός άνετου τόνου φωνής.

Βήμα 2ο: Παραγωγή φωνηέντων

Χρήση του τόνου της φωνής που αποκτήθηκε από τις φυσικές ασκήσεις για τη διαμόρφωση φωνηέντων.

Στόχος: Η σταδιακή εξάλειψη της λειτουργίας των φυσικών ασκήσεων, με σκοπό την τυπική παραγωγή των φωνηέντων.

Βήμα 3ο: Παραγωγή μιας συλλαβής και μεταφορά της σε λέξεις

Ξεκίνημα από μικρές συλλαβές που δεν έχουν κάποιο νόημα. Αν δεν επιτευχθούν τα βήματα μέχρι αυτό το σημείο, ο λογοθεραπευτής ξεκινά πάλι από τις φυσικές ασκήσεις.

Στόχος: Η μεταφορά της συλλαβής μέσα σε οποιαδήποτε λέξη.

Βήμα 4ο: Φράσεις και προτάσεις

Ο ασθενής διαβάζει λειτουργικές φράσεις, χαιρετισμούς, καθημερινές ερωτήσεις και προτάσεις.

Στόχος: Η σταδιακή δημιουργία προτάσεων από τον ίδιο τον ασθενή.

Βήμα 5ο: Δραστηριότητες διαλόγου

Ο ασθενής ξεκινά διάλογο με κάποιο οικείο του πρόσωπο.

Στόχος: Η γενικευμένη επικοινωνία του ασθενή με οποιοδήποτε πρόσωπο.

Ανεξάρτητα από την προσέγγιση που χρησιμοποιείται, οι ασθενείς με δυσφωνία αυξημένης μυϊκής έντασης εμφανίζουν μια ποικιλομορφία στη συχνότητα βελτίωσης. Μετά από την καθοδήγηση και την ολοκλήρωση των τεχνικών, ο ασθενής μπορεί να εξασκείται στο σπίτι, όπου και σε αυτό το στάδιο σημειώνεται βελτίωση. Αρχικά, μπορεί να επιτευχθούν απλά βήματα, όπως η τακτική ενυδάτωση ή η μείωση της έντασης και του έντονου γλωττιδικού κλεισίματος κατά την έναρξη προτάσεων. Ένα στοιχείο για την ψυχολογική ποικιλομορφία των δυσφωνιών αυξημένης μυϊκής έντασης είναι η ένταση που αντιλαμβάνεται ο θεραπευτής, όταν ο ασθενής είναι απρόθυμος να ακούσει ή να προσπαθήσει να εκτελέσει τις δραστηριότητες. Παρά την βελτίωση, συναντάται συχνά παλινδρόμηση μετά από μια εβδομάδα φωνοθεραπείας. Αυτό συμβαίνει στους ασθενείς που δεν αναφέρουν όλους τους ψυχολογικούς παράγοντες, όπου η παλινδρόμηση στη λειτουργία της μακρόχρονης φωνοθεραπείας, ανεξάρτητα από τη μέθοδο που ακολουθείται, συμβαίνει ακόμη και αν επιτευχθούν βραχυπρόθεσμες βελτιώσεις. Αφού γνωστοποιηθούν οι ψυχολογικές πτυχές, ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να παραπέμψει τον ασθενή σε ένα ψυχολόγο, προκειμένου να ανιχνευθούν τα αίτια της ψυχογενούς δυσφωνίας. Όταν οι ασθενείς δεν αντιμετωπίζουν κάποια συναισθηματική πίεση, εξαιτίας κάποιου γεγονότος, αλλά εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν ψυχογενή δυσφωνία, έχουν καλύτερη πρόγνωση από εκείνους που βίωσαν πρόσφατα κρίση στη ζωή τους (Johnson et al., 2010).

Ο ψυχοθεραπευτής

Κατά τη θεραπεία των ψυχογενών διαταραχών φώνησης, οι ψυχολογικοί παράγοντες συμβάλλουν στην καταγραφή των συμπτωμάτων. Ανεξάρτητα από τη φύση των παραγόντων πίεσης υπάρχουν κάποια φυσιολογικά αίτια, τα οποία αφορούν την ένταση των μυών. Έτσι, κατευθύνουν σε μια άμεση προσέγγιση που συνήθως εφαρμόζεται ταυτόχρονα με άλλες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές, οι οποίες σχετίζονται με τη φύση και την πηγή στρεσογόνων καταστάσεων. Οι τεχνικές αυτές περιλαμβάνουν την ύπνωση, την κατευθυνόμενη φαντασίωση και τη διαλεκτική θεραπεία. Η προοδευτική χαλάρωση των μυών και η διαφραγματική αναπνοή χρησιμοποιούνται για μια γενική χαλάρωση (Johnson et al., 2010).

Υπνωση

Πρόκειται για μια ψυχολογική κατάσταση αλλοίωσης της συνείδησης, κατά την οποία κάποιος βρίσκεται υπό τον έλεγχο και την επιρροή κάποιου άλλου. Είναι ουσιαστικά μια βαθιά κατάσταση χαλάρωσης, όπου η συνείδηση γίνεται λιγότερο ενεργή σε συμπεριφορές και το ασυνείδητο πιο ενεργό για το άτομο που υποβάλλεται σε ύπνωση. Ένα σύνηθες παράδειγμα αλλοίωσης της συνείδησης είναι μια οικεία διαδρομή που πραγματοποιεί κάποιος, κατά τη διάρκεια της οποίας το άτομο αποσπάται από τις σκέψεις του, χωρίς να επικεντρώνεται στο χώρο και μόλις επανέλθει να μη θυμάται πως έφτασε στον προορισμό του. Η κατάσταση της ύπνωσης μπορεί να πραγματοποιηθεί από άλλους ή ακόμη και από εμάς τους ίδιους, το οποίο ονομάζεται αυτό-ύπνωση. Οι περισσότεροι ψυχοθεραπευτές διδάσκουν στους ασθενείς την τεχνική για συνέχιση της πρακτικής εξάσκησης στον προσωπικό χώρο του ασθενή, ώστε να εφαρμόζονται σε παράλληλο χρόνο με τις συνεδρίες, προκειμένου να επιτυγχάνεται βαθύτερη χαλάρωση με πιο υποσυνείδητη κατεύθυνση. Στόχος της τεχνικής είναι η χαλάρωση του ασθενή από το λόγο και τη φαντασία του ψυχοθεραπευτή, ο οποίος επικεντρώνεται σε συγκεκριμένα ελλείμματα, μέσα από τη χρήση μεταφορών και παροτρύνσεων. Η φαντασία αποτελεί ένα μέσο που σκοπός του είναι η απόκτηση των απαραίτητων απαντήσεων.

Ένα παράδειγμα άσκησης χαλάρωσης για ψυχογενή διαταραχή φώνησης είναι το εξής:

«Κάθισε σε μια άνετη στάση με τα πόδια σου να ακουμπάνε καλά στο πάτωμα και με τις παλάμες σου στους μηρούς. Χαλάρωσε και νιώσε άνετα. Κλείσε τα μάτια. Προσπάθησε να επικεντρωθείς στο σώμα σου και συγκεκριμένα σε όποιο μέλος σου είναι το πιο χαλαρωμένο. Αφού το βρεις, μπορείς να αφήσεις αυτή την αίσθηση χαλάρωσης να εξαπλωθεί σε όλο σου το σώμα. Προσπάθησε να πας από το πιο χαλαρωμένο σου σημείο σε αυτό που νιώθεις τη μεγαλύτερη ένταση, επιτρέποντας το πιο τεταμένο σημείο να νιώσει, όπως ακριβώς το πιο χαλαρωμένο. Έτσι, εάν οι πατούσες είναι το πιο χαλαρωμένο μέλος του σώματος εξάπλωσε τη χαλάρωση στην υπόλοιπη περιοχή των ποδιών, τον κορμό του σώματός σου, τα χέρια, το θώρακα, το λαιμό και το πρόσωπο. Κάθε στιγμή να βιώνεις την ίδια αίσθηση, όπως αυτή στις πατούσες και να τη μεταφέρεις σε όλο σου το σώμα. Έπειτα, φαντάσου τον εαυτό σου σε ένα χαλαρωτικό μέρος, σε μια παραλία, ένα βουνό ή μια λίμνη και προσπάθησε να δεις τον εαυτό σου εκεί. Φαντάσου χρώματα, πως νιώθεις τον αέρα και αισθήσεις κρύου ή ζέστης, και ενώ χαλαρώνεις βαθιά μπες μέσα στον εαυτό σου. Αφού χαλαρώσεις βαθιά –το οποίο χρειάζεται 15 με 20 λεπτά- μπορείς να επικεντρωθείς ξανά στο λαιμό. Φαντάσου τον χαλαρό και ευέλικτο. Τώρα δεξ μια άλλη εικόνα που να σου δημιουργεί την αίσθηση της θερμότητας ή κάποιο τρυφερό και απαλό αίσθημα, σαν ρυάκι ή σαν αυτό που φαντάζεσαι εσύ, το οποίο σου μεταφέρει την αίσθηση της ηρεμίας, της γαλήνης και της χαλάρωσης στην περιοχή του λαιμού. Έχεις κάποια λεπτά για να απολαύσεις την εμπειρία. Μέτρα μέχρι το πέντε και άνοιξε αργά τα μάτια σου».

Κάποιοι χαλαρωτικοί ήχοι, όπως ο ήχος της βροχής, μπορεί να είναι εξαιρετικά βοηθητικοί. Ο ψυχοθεραπευτής πρέπει να βεβαιωθεί ότι έχει στην διάθεσή του 45 λεπτά με μια ώρα για όλη την πρακτική. Η ύπνωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί, ώστε να βελτιωθούν οι βαθύτεροι αιτιολογικοί ψυχολογικοί παράγοντες, όπως το τραύμα (Johnson et al., 2010).

Βιοανάδραση

Πρόκειται για μια ψυχολογική τεχνική που χρησιμοποιείται για τη μείωση της έντασης των μυών. Δίνεται στον ασθενή βιολογική ανατροφοδότηση σε διάφορες ψυχολογικές μετρήσεις που θεωρούνται ακούσιου ελέγχου, όπως οι

χτύποι της καρδιάς –χαμηλοί κατά τη χαλάρωση- ή με τη θερμότητα –οι ζεστές παλάμες σχετίζονται με μεγαλύτερο βαθμό χαλάρωσης- ή η καταμέτρηση κάποιων μυών αναφορικά με την ένταση και την χαλάρωση, με τη χρήση ηλεκτρομυογράφου (EMG). Ηλεκτρόδια τοποθετούνται και καταγράφουν τη φάση της χαλάρωσης του ασθενή. Το πλεονέκτημα του EMG πως λαμβάνει πληροφορίες μέσα από γραφήματα και ήχους. Ο δυνατός ή συχνός ήχος ενεργοποιείται καθώς οι μύες χαλαρώνουν. Στόχος της τεχνικής είναι η μείωση της συστολής των μυών, που στις ψυχογενείς διαταραχές φώνησης πρόκειται για τους μύες του λαιμού. Επιπλέον, η θερμοκρασία για παράδειγμα των χεριών είναι μια διδαχή για μια γενικότερη διαχείριση της χαλάρωσης από τον ασθενή (Johnson et al., 2010).

Κατευθυνόμενη φαντασίωση

Ο ψυχοθεραπευτής χρησιμοποιεί τη φαντασίωση, ώστε να δημιουργήσει μια κατάσταση χαλάρωσης στον ασθενή. Στις περιπτώσεις της ψυχογενούς δυσφωνίας, γίνεται προσπάθεια να χρησιμοποιηθούν φαντασιώσεις που θα βοηθήσουν τους ασθενείς να εστιάσουν τη χαλάρωση στους λαρυγγικούς μύες. Κάποιες φαντασιώσεις είναι γενικές και μεταφορικές. Η τεχνική αυτή μοιάζει με την ύπνωση, παρόλα αυτά σκοπός της δεν είναι να υποβάλλει τον ασθενή σε υπνωτική κατάσταση, παρόλο που συχνά και ακούσια οι ασθενείς μπαίνουν σε υπνώδη φάση. Συνήθως δεν δίνονται κατευθυντήριες γραμμές, αλλά τα αποτελέσματα αυτής της τεχνικής μπορούν να γίνουν εξαιρετικά ωφέλιμα, εξαιτίας της υποσυνείδητης ίασης που προκαλούν. Ο ασθενής καθοδηγείται στο να ακούει ημερησίως μια ηχογράφιση που δίνεται από τον ψυχοθεραπευτή ή φτιάχνεται από τον ίδιο τον ασθενή, ώστε να δέχεται πολυαισθητηριακά τη φαντασίωση. Μέσω της φαντασίωσης καταγράφονται οι φυσιολογικές αντιδράσεις, τις οποίες ο ασθενής δεν αντιλαμβάνεται ότι πραγματοποιεί. Μια γνωστή άσκηση φαντασίωσης είναι η παρότρυνση του ασθενή να φανταστεί το πρόβλημά του. Ζητείται από τον ασθενή να χαλαρώσει και να φέρει στη μνήμη του μια εικόνα του προβλήματός του, επιτρέποντας οποιαδήποτε συνειρμική σκέψη περάσει από το μυαλό του. Αφού ενημερώσει για τις ανατομικές και ιατρικές διαδικασίες που είναι απαραίτητες για τη βελτίωση, ο ψυχοθεραπευτής ζητά από τον ασθενή να βρει μια εικόνα για την επίλυση του προβλήματος του.

Για παράδειγμα, στις ψυχογενείς δυσφωνίες, θα μπορούσε να φανταστεί το πρόβλημα του σαν ένα παλιό αυτοκίνητο που δεν μπορεί να τρέξει. Η επίλυση θα μπορούσε να περιλαμβάνει έναν ειδικό μηχανικό που μελετά και επισκευάζει το αυτοκίνητο, ώστε να λειτουργεί κανονικά. Οι πιο δυνατές εικόνες είναι προσωπικές και έχουν μεγάλη σημασία για το άτομο. Επομένως, ο κάθε ασθενής αναπτύσσει τις δικές του φαντασίες σε καταστάσεις χαλάρωσης στην προσπάθειά του να οπτικοποιήσει το πρόβλημα και την επίλυσή του (Johnson et al., 2010).

Talk therapy

Η τεχνική αυτή εμπεριέχει την διαισθητική και γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία. Συνήθως, χρησιμοποιείται συνδυαστικά με τις προηγούμενες τεχνικές. Περιλαμβάνει γνωσιακές συμπεριφοριστικές τεχνικές και στόχος της είναι το άτομο να αποκτήσει επίγνωση των σκέψεων και των συναισθημάτων του σε διαφορετικές καταστάσεις, όπως το πότε η φωνή του βελτιώνεται ή επιδεινώνεται, αντίστοιχα. Ο ασθενής εκπαιδεύεται στο να παρατηρεί τις σκέψεις του. Έτσι, όταν η φωνή του παρουσιάζει κάποια επιδείνωση, σκέφτεται ότι δεν θα επανέλθει και βιώνει συναισθήματα αδυναμίας και αβοηθησίας. Στο σημείο αυτό, ζητείται από τον ασθενή να συγκρίνει τις σκέψεις του με μια λίστα από άσχετες ή μη λογικές σκέψεις, να καθορίσει το είδος των λαθών των μη λογικών κρίσεων που η λίστα περιλαμβάνει και να τις μετατρέψει σε λογικές. Έτσι, η μη λογική απολυτότητα μπορεί να μετατραπεί σε πιο θετική σκέψη, ενισχύοντας κρίσεις, οι οποίες μειώνουν το άγχος. Ταυτόχρονα χρησιμοποιούνται και κάποιες συμπεριφοριστικές τεχνικές όπως συναισθηματική ρύθμιση ή διαχείριση του θυμού που συμβάλλουν στη μείωση του στρες και την επίλυση των συναισθηματικών συγκρούσεων που δημιουργούν οι ψυχογενείς δυσφωνίες (Johnson et al., 2010).

Τεχνικές διαισθητικής ψυχοθεραπείας

Για την τεχνική αυτή είναι σημαντικό ο ασθενής να μπορεί να κατανοήσει τη σύνδεση μεταξύ των συμπτωμάτων της διαταραχής του και της συναισθηματικής του έντασης. Στόχο αποτελεί η αύξηση της αντίληψης των

στρεσογόνων καταστάσεων ή των γεγονότων που πιθανώς συνέβαλαν στη δημιουργία της ψυχογενούς δυσφωνίας. Κατανοώντας τη σύνδεση αυτή ο ασθενής μαθαίνει να επιλύει τις συναισθηματικές προκλήσεις που σχετίζονται με τα συμπτώματα. Ο χαρακτήρας της εκπαίδευσης στους τρόπους αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων είναι συμβουλευτικός, χωρίς να δημιουργείται εσωτερίκευση της έντασης. Βασική είναι η τροποποίηση της αντίληψης του ασθενή για το περιβάλλον. Αρχικά, ο ασθενής μαθαίνει να αναγνωρίζει τις αδυναμίες του στον τρόπο αντίληψης και διαχείρισης του άγχους και είναι σε θέση να αντιληφθεί πως οι αδυναμίες αυτές οδήγησαν στη φωνητική διαταραχή του και έπειτα περνά σε στρατηγικές αντιμετώπισης των αγχογόνων καταστάσεων (Johnson et al., 2010).

Προοδευτική μυϊκή χαλάρωση και αναπνοή

Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται για τη μείωση του γενικότερου στρες στις ψυχογενείς δυσφωνίες και δεν στοχεύει στα συμπτώματα. Μια άσκηση εξελίσσεται ως εξής:

« Κάθισε ή ξάπλωσε αναπαυτικά και άρχισε να δίνεις ένταση σε κάποιο μυ για μερικά δευτερόλεπτα και σταδιακά χαλάρωσε τον, παρατηρώντας τη διαφορά έντασης και χαλάρωσης του μυ. Μπορείς να ξεκινήσεις με τα μπράτσα, τις παλάμες, τους ώμους, το πρόσωπο, τα μάτια, το κεφάλι, τους μηρούς, τα πόδια και τις πατούσες. Για να αισθανθείς τη διαφορά έντασης – χαλάρωσης στα χέρια, τέντωσε τα χέρια με τις παλάμες ψηλά σαν να θέλεις να πιάσεις τον τοίχο. Για να την αισθανθείς στο πρόσωπο χαμογέλασε, ώστε οι προσωπικοί μύες να συσταλούν και χαλάρωσέ τους ή σφίξε τα μάτια και μετά χαλάρωσε τα μαζί με το μέτωπο, έως ότου να νιώσεις το σώμα σου χαλαρωμένο».

Αναπνευστικές ασκήσεις χαλάρωσης

Βασικό βήμα είναι η εκπαίδευση του ασθενή στη διαφραγματική αναπνοή. Οι οδηγίες είναι οι εξής:

«Κάθισε κάτω ή ξάπλωσε και τοποθέτησε τα χέρια γύρω από το διάφραγμα – κάτω από τον θώρακα- και πάρε μια βαθιά ανάσα, καθώς σπρώχνεις το στομάχι σου προς τα έξω. Πάρε βαθιά ανάσα, πρόσεξε οι ώμοι να μην κουνιούνται, κράτησέ την και μέτρησε μέχρι το δέκα, έκπνευσε αργά από το στόμα μετρώντας μέχρι το πέντε -μετά από επανάληψη της άσκησης κατά τρεις ή τέσσερις φορές ο ασθενής αισθάνεται χαλαρός-. Πρόσεξε την ένταση των μυών. Παρατήρησε πόσο χαλαροί είναι όταν εκπνέεις. Παρατήρησε τους ώμους και πως αυτοί κατεβαίνουν, καθώς το σώμα σου γίνεται πιο χαλαρό».

Εν συντομία, με τη μέθοδο αυτή ο ψυχοθεραπευτής παρεμβαίνει βοηθητικά για τα άτομα με λειτουργική δυσφωνία, όταν οι ψυχολογικοί παράγοντες εμπεριέχονται στην αιτιολογία (Johnson et al., 2010).

Σύνοψη.

Η λειτουργική δυσφωνία, μια διαταραχή της φωνής κατά την οποία σημειώνεται απουσία διαρθρωτικών ή νευρολογικών λαρυγγικών παθολογιών, είναι μια αινιγματική και αμφιλεγόμενη διαταραχή και συναντάται συχνά στις διεπιστημονικές κλινικές. Πρόσφατα, σε ορισμένους κλινικούς κύκλους, ο όρος «λειτουργική» έχει αντικατασταθεί από τη διαγνωστική ετικέτα «δυσφωνία αυξημένης μυϊκής έντασης», η οποία χρησιμεύει για να τονίσει την περίσσεια ή μη ισορροπημένη δραστηριότητα των μυών του λάρυγγα. Αν και έχουν αναφερθεί αρκετές πηγές ως αιτιολογικοί παράγοντες για αυτή τη μυϊκή ένταση, έχουν αναγνωριστεί συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας και ιδιαίτεροι ψυχοσυναισθηματικοί μηχανισμοί ως παράμετροι για την ανάπτυξη και τη διατήρηση αυτής της διαταραχής. Πράγματι, οι ασθενείς με ψυχογενή δυσφωνία εμφανίζουν δυσφωνία αυξημένης μυϊκής έντασης, ωστόσο, δεν αντιμετωπίζουν ψυχογενή δυσφωνία όλοι οι ασθενείς με δυσφωνία αυξημένης μυϊκής έντασης. Καθώς οι ψυχογενείς δυσφωνίες δεν έχουν προκαθορισμένα ποιοτικά χαρακτηριστικά φώνησης, η διάγνωση είναι μια διαδικασία αποκλεισμού ή αναφοράς ψυχοσυναισθηματικών αιτιολογικών παραγόντων. Ο σχεδιασμός ενός κατάλληλου προγράμματος για τη θεραπεία της φωνής από

έναν έμπειρο λογοθεραπευτή παραμένει αποτελεσματικός, όμως με κάποια βραχυπρόθεσμη διάρκεια, αν και λίγα είναι γνωστά σχετικά με την μακροπρόθεσμη εικόνα μιας τέτοιας θεραπείας. Είναι σημαντικό να τονιστεί πως η περαιτέρω έρευνα για την καλύτερη κατανόηση της παθογένειας των ψυχογενών διαταραχών φώνησης κρίνεται απαραίτητη, καθώς και για τους παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχή διαχείριση τους. Τέλος, μιας και οι ενδείξεις των ψυχογενών δυσφωνιών είναι πολυδιάστατες η διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση απαιτεί την πλήρη διεπιστημονική συνεργασία της κλινικής ομάδας φώνησης.

Βιβλιογραφία.

Ξένη βιβλιογραφία

- Arnold, G. A. (1959). Changing interpretations of a persistent affliction. *Logos*, **2**, 3-14.
- Aronson, A. E. (1990). *Clinical Voice Disorders* (3rd ed.). Stuttgart, New York. Georg Thieme Verlag.
- Baker, J. (2002). Psychogenic voice disorders-heroes or hysterics? A brief overview with questions and discussion. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, **27**, 84-91.
- Baker, J. (2003). Psychogenic voice disorders and traumatic stress experience: a discussion paper with two case reports. *Journal of Voice*. **17**, 308-318.
- Boone, D. R., & McFarlane, S. (1988). *The voice and voice therapy* (4th ed.). Englewood Cliffs, New Jersey. Prentice-Hall.
- Brodnitz, F. (1970). Functional Aphonia. *Symposium of Oral- Otorhinolaryngology*. 1245-1253.
- Butcher, P. (1995). Psychological processes in psychogenic voice disorder. *European Journal Disorder of Communication*, **30**, 467-474.
- Butcher, P., Elias, A., Cavalli, L. (2007). *Understanding and Treating Psychogenic Voice Disorders: A CBT Framework*. England. John Wiley & Sons.
- Cooper, M. (1973). *Modern techniques of vocal rehabilitation*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- Elzer, M. & Gerlach, A. (2014). *Psychoanalytic Psychotherapy: A Handbook*. London. Karnac Books.
- Eysenck, H. J. (1967). *Biological basis of personality*. Springfield, Illinois. Thomas.
- Gray, J. A. (1975). *Elements of a two process theory of learning*. London. Academic Press.
- Higgins, K. P & Smith, A. B. (2012). Prevalence and Characteristics of Voice Disorders in a Sample of University Teaching Faculty. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, **39**, 69-75.
- House, A. O. & Andrews, H. B. (1988). Life events and difficulties preceding the onset of functional dysphonia. *Journal of Psychosomatic Research*, **32**, 311-319.
- Jacobson, B. H., Johnson, A., Grywalski, C. (1997). The Voice Handicap Index (VHI): Development and validation. *American Journal of Speech – Language Pathology*, **6**, 66-70.

- Johnson, G.W., Gonzales, C. T., Chang, C. Y., Maines, S. L., Mainville, M. M., Asbury, A. J. (2010). *Psychogenic voice disorders*. in: O. Nemecek, V. Mares (Eds.) *Laryngeal Diseases, Symptoms, Diagnosis and Treatments*. Nova Science Publishers. Hauppauge, New York. 1-28.
- Scherer, K. R. (2003). Vocal communication of emotion: A review of research paradigms. *Speech Communication*, **40**, 227-256
- Morrison, M. D., Rammage, L. A., Belisle, G. M., Nichol, H., Pullen, B. (1983). Muscular tension dysphonia. *Journal of Otolaryngology*, **12** (5), 302-306.
- Moses, P. J. (1954). *The voice of neurosis*. New York. Grune & Stratton.
- Murry, T., Cannito, M., Woodson, E. (1994). Spasmodic dysphonia. *Archives of Otolaryngology – Head and Neck Surgery*, **120**, 310-316.
- Nemiah, J. C. (1961). *Psychological complications of physical illness*. In *Foundations of psychopathology*. New York. Oxford University Press.
- Ramig, L. O. & Verdolini, K. (1998). Treatment efficacy: voice disorders. *Journal of Speech Language Hearing and Research*, **41**, 101-116.
- Rammage, L. A., Nichol, H., Morrison, M. D. (1987). The psychopathology of voice disorders. *Human Communications Canada*, **11**, 21-25.
- Roy, N. (2003). Functional dysphonia. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, **11**, 144-148.
- Roy, N. & Bless, D. M. (2000). Personality traits and psychological factors in voice pathology: a foundation for future research. *Journal of Speech Language Hearing and Research*, **43**, 737-748.
- Roy, N., Bless, D. M., Heisey, D. (2000). Personality and Voice Disorders: A Multitrait - Multidisorder Analysis. *Journal of Voice*, **4**, 521-548.
- Roy, N., Bless, D. M., Heisey, D. (2000). Personality and Voice Disorders: A Superfactor Trait Analysis. *Journal of Speech Language Hearing and Research*, **43**, 749-768.
- Sapir, S. (1995). Psychogenic Spasmodic Dysphonia: A Case Study with Expert Opinions. *Journal of Voice*, **9** (3), 270-281.
- Seifert, E., & Kollbrunner, J. (2005). Stress and distress in non-organic voice disorders. *Swiss Medical Weekly*, **135**, 387-397.
- Seifert, E., & Kollbrunner, J. (2006). An update in thinking about nonorganic voice disorders. *Archives of Otolaryngology – Head and Neck Surgery*, **132**, 1128-1132.
- Smith, G. A. (1977). Voice analysis for the measurement of anxiety. *British Journal of Medical Psychology*, **50**, 367-373.

Stemple J. C., Glaze L. E., Klaben B. G. (2000). *Clinical Voice Pathology: Theory and Management* (3rd ed.). Clifton Park, New York. Delmar Cengage Learning.

Stemple, J. (2000). *Voice therapy: Clinical studies* (2nd ed.). San Diego, CA. Singular.

Thiagarajan, B. (2015). Puberphonia Conservative approach: A review. *Otolaryngology online journal*, 5.

Ελληνική βιβλιογραφία

Ζιάβρα, Ν. & Σκεύας, Α. (2009). *Ωτορινολαρυγγολογία: Στοιχεία Ανατομίας, Φυσιολογίας και Παθολογίας*. Θεσσαλονίκη. University Studio Press.

Καμπανάρου, Μ. (2007). *Διαγνωστικά θέματα λογοθεραπείας*. Αθήνα. Ίων.

Νησιώτη, Μ. (2007). Αξιολόγηση διαταραχών φωνής, σελ. 360 -275 στο βιβλίο *Διαγνωστικά θέματα λογοθεραπείας*. Αθήνα. Ίων.

Ladeforged, P. (2006). Εισαγωγή στη Φωνητική (4^η έκδ.). (Μτφρ. Μπαλτατζάνη, Μ.), Αθήνα. Πατάκης.

Πηγή μέσω διαδικτύου

American Speech-Language-Hearing Association. Incidence and Prevalence. Διαθέσιμο:http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589942600§ion=Incidence_and_Prevalence.

Παράρτημα.

Πίνακας 1: Ψυχογενείς μετατρεπτικές διαταραχές φώνησης: Σύγκριση των χαρακτηριστικών των ασθενών που ανήκουν στους δύο κύριους τύπους (Butcher et al., 2007).

Τύπος 1: Κλασική Υστερική Μετατροπή <i>(Παραδοσιακό φροϋδικό μοντέλο, αντιπροσωπεύει το 5%)</i>	Τύπος 2: Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Μετατροπή <i>(Ψυχοκοινωνικό/γνωσιακό συμπεριφοριστικό μοντέλο, αντιπροσωπεύει το 95%)</i>
<ul style="list-style-type: none"> ◇ Προδιάθεση για προβλήματα τύπου προσωπικότητας, εμπειριών ζωής, τραυματικών εμπειριών, κοινωνικών ταμπού σχετικά με την έκφραση επιθετικών και σεξουαλικών παρορμήσεων. Δυσκολία στην αντιμετώπιση της παρουσίας των απαγορευτικών συναισθημάτων. ◇ Έκθεση σε αρνητικά γεγονότα ή συγκρούσεις σχετικά με την έκφραση σκέψεων σεξουαλικότητας και επιθετικότητας. ◇ Προσωπικότητα: καταπίεση και άρνηση ως μηχανισμοί αντιμετώπισης. ◇ Η καταπίεση εξαλείφει την ευαισθητοποίηση της σύγκρουσης και του άγχους. Η θεραπεία καθίσταται δύσκολη, καθώς η αιτία δεν είναι προσιτή ούτε για τον θεραπευτή, ούτε για τον θεραπευόμενο. ◇ Η υποσυνείδητη σύγκρουση μετατρέπεται σε φυσικό σύμπτωμα, το οποίο συμβολίζει τη φύση της σύγκρουσης. ◇ Η κατάσταση παρέχει πρωτογενή οφέλη (αποφυγή συγκρούσεων, άγχους και των συνεπειών της πραγματοποίησης σεξουαλικών και επιθετικών παρορμήσεων) και 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Προδιάθεση για προβλήματα τύπου προσωπικότητας, εμπειριών ζωής, τραυματικών εμπειριών, κοινωνικών ταμπού σχετικά με την αυτοπεποίθηση ή την έκφραση συναισθημάτων και σκέψεων που οδηγούν σε αισθήματα αβοηθησίας. ◇ Έκθεση σε αρνητικά γεγονότα ή συγκρούσεις σχετικά με την έκφραση σκέψεων και συναισθημάτων. ◇ Προσωπικότητα: καταστολή ή περισσότερο συνειδητή αποφυγή. ◇ Η καταστολή δεν εξαλείφει τις συγκρούσεις, οπότε το άτομο συνεχίζει να μην εκφράζεται. Εφόσον οι συγκρούσεις είναι επιφανειακές είναι εύκολα προσιτές και για τον θεραπευτή και για τον θεραπευόμενο. ◇ Το άγχος και η καταστολή διοχετεύονται ή μετατρέπονται σε μυοσκελετική ένταση που το μεγαλύτερο μέρος αυτής συγκεντρώνεται στο έδαφος των συγκρούσεων. ◇ Μερικά πρωτογενή οφέλη (αποφυγή φόβου στην έκφραση των συναισθημάτων, αλλά όχι πλήρως του φόβου του άγχους (εκτός εάν γίνει συνειδητή αποφυγή των

<p>δευτερογενή οφέλη (προσοχή από τους γύρω) που διατηρούν την κατάσταση.</p> <p>◊ Χαμηλά κίνητρα για αλλαγή της κατάστασης, διότι τα πρωτογενή και τα δευτερογενή οφέλη παρέχουν της επαρκή ενίσχυση για τη διατήρηση της καθιερωμένης κατάστασης.</p>	<p>συγκρούσεων). Η μετατροπή δημιουργεί επιπλέον άγχος.</p> <p>◊ Υψηλά κίνητρα για αλλαγή της κατάστασης, διότι η καταστολή, η αποφυγή και η μετατροπή δεν λύνουν ούτε τη σύγκρουση, ούτε το άγχος, ούτε παρέχουν δευτερογενή οφέλη.</p>
---	--