



TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

Disfonia Psicogénica

Patrícia Simões Marta

FEVEREIRO'2017

U

LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

Disfonia Psicogénica

Patrícia Simões Marta

Orientado por:

Prof. Doutor Diogo Frasquilho Guerreiro

RESUMO

A disfonia psicogénica caracteriza-se por alterações vocais resultantes de distúrbios psicológicos e está muito associada ao stress crónico, que é cada vez mais prevalente na nossa sociedade.

Este trabalho tem como objectivo rever a informação presente na literatura acerca desta temática, através da pesquisa na base de dados PubMed de artigos publicados até Dezembro de 2016, usando os termos ‘psychogenic dysphonia’, ‘functional dysphonia’, ‘conversion dysphonia’, ‘conversion aphonia’ e ‘psychogenic aphonia’.

Os resultados apontam para a reacção de conversão como principal mecanismo envolvido na etiologia da disfonia psicogénica e uma associação com acontecimentos de vida negativos, particularmente conflitos interpessoais que condicionam problemas de assertividade e auto-expressão. Existe uma diversidade de apresentações clínicas na ausência de alterações orgânicas do aparelho vocal, o que vem complicar o diagnóstico. Verifica-se uma tendência para níveis elevados de ansiedade, depressão e sintomas somáticos nestes doentes, pelo que os factores psicológicos de base devem ser tidos em conta, não só no diagnóstico, como também no tratamento da disfonia psicogénica. Uma abordagem multidisciplinar com terapia vocal e psicoterapia é essencial para um bom prognóstico a longo prazo com redução da taxa de recidivas.

Estudos futuros poderiam focar-se na investigação das características psicológicas destes doentes comparativamente aos outros tipos de disfonia e na avaliação dos resultados do tratamento a longo prazo.

Palavras-chave: “Disfonia psicogénica”, “Disfonia funcional”, “Disfonia de conversão”, “Afonía de conversão”, “Afonía psicogénica”.

ABSTRACT

Psychogenic dysphonia is characterized by vocal changes resulting from psychological disturbances and is closely associated with chronic stress, which is increasing in our society.

This paper aims to review the information found in literature on this subject, by searching the PubMed database for papers published until December 2016, using the following terms ‘psychogenic dysphonia’, ‘functional dysphonia’, ‘conversion dysphonia’, ‘conversion aphonia’ and ‘psychogenic aphonia’.

The results point to the conversion reaction as the main mechanism involved in the etiology of psychogenic dysphonia and an association with negative life events, particularly interpersonal conflicts that lead to assertiveness and self-expression problems. There is a diversity of clinical presentations in the absence of organic lesions of the vocal apparatus, which makes it harder to diagnose. There is a tendency for high levels of anxiety, depression and somatic symptoms in these patients, so the underlying psychological factors should be taken into account, not only in diagnosis, but also in the treatment of psychogenic dysphonia. A multidisciplinary approach with vocal therapy and psychotherapy is essential for a good long term prognosis with a decrease of relapse rate.

Future studies could focus on investigating the psychological characteristics in these patients compared to other types of dysphonia and evaluating long term treatment outcomes.

Key words: “Psychogenic dysphonia”, “Functional dysphonia”, “Conversion dysphonia”, “Conversion aphonia”, “Psychogenic aphonia”.

INTRODUÇÃO

A voz humana é um fenómeno complexo que depende de características anatomofuncionais, traços psicológicos e aspectos sociais e profissionais.¹ Ela permite ao indivíduo comunicar-se com os seus semelhantes através da expressão de pensamentos e emoções.² A voz de uma pessoa revela muitas vezes a sua personalidade e estado emocional e é um componente major nas interacções sociais, pelo que não é surpreendente que problemas vocais acompanhem conflitos psicológicos.³ Muitos de nós já experienciámos alterações vocais no contexto de ansiedade, pânico ou desgosto, sendo esta uma disфонia temporária. No entanto, o estado psicológico de um indivíduo pode afectar consideravelmente a qualidade vocal, resultando numa disфонia persistente.⁴

O termo disфонia é utilizado para descrever qualquer distúrbio da voz. Segundo Aronson⁵, estamos perante uma disфонia quando a “qualidade, altura tonal, volume ou flexibilidade diferem das vozes de outros de idade, género ou grupo cultural semelhantes”.

As disfonias têm uma incidência de 3-9% na população^{1,6} e uma prevalência ao longo da vida de aproximadamente 30%⁷⁻¹¹.

A nomenclatura e classificação das perturbações da voz ainda permanecem controversas, existindo uma grande diversidade de terminologias usadas para as disfonias e em particular para as não-orgânicas. Esta falta de consenso levou Baker et al.¹² a desenvolverem em 2007 um sistema de classificação diagnóstica para as perturbações da voz e que foi usado no âmbito desta tese, uma vez que está de acordo com a classificação mais comum encontrada na literatura.

As disfonias podem ser classificadas etiologicamente em duas categorias vastas: os tipos orgânico e funcional. As disfonias orgânicas são aquelas causadas por alterações estruturais (como lesões de massa, inflamação das cordas vocais e malformações da laringe), alterações neurológicas (como paralisia das cordas vocais, doença de Parkinson e esclerose lateral amiotrófica) ou outros aspectos não relacionados com o uso da voz, tais como refluxo gastroesofágico/laringofaríngeo. Deste modo, quando não existe nenhuma causa estrutural ou neurológica, estamos perante uma disфонia não-orgânica, denominada de disфонia funcional.

A disфонia funcional é assim definida como uma afonia ou disфонia em que não existe qualquer patologia orgânica ou, se existe, esta ou é insuficiente para explicar a natureza e gravidade do problema vocal ou é considerada secundária ao problema funcional (ex: nódulos ou pólipos).¹²⁻¹⁸ Constitui um grupo amplo de etiologia multifactorial^{12,14,15}, podendo ser de origem psicogénica ou idiopática^{11,19}. Alguns autores

referem que a disfonia funcional é a perturbação mais comum da voz, sendo a mais frequente em todas as faixas etárias com excepção das crianças, cuja disfonia é principalmente devida a nódulos vocais.^{15,20} A ocorrência de disfonia funcional é descrita em 4,76% da população em geral.²¹ Na população disfónica, estimativas a nível mundial indicam que 10-40% dos casos de disfonia se devem a disfonia funcional.^{7,14,16} A disfonia funcional afecta mais frequentemente as mulheres do que os homens, em rácios desde 2:1 até 19:1.^{8,11,14,15,22,23}

Dentro da extensa categoria das disfonias funcionais, incluem-se os subgrupos da disfonia por tensão muscular e da disfonia psicogénica. Etiologicamente, pensa-se que, na disfonia por tensão muscular, os comportamentos vocais inadequados são predominantes, enquanto que na disfonia psicogénica os factores psicológicos são mais significativos.^{12,14,24} Por este motivo, os doentes com disfonia por tensão muscular respondem extremamente bem ao tratamento com terapia vocal isolada, contrariamente aos doentes com disfonia psicogénica.⁴

A disfonia por tensão muscular consiste numa “disfonia que se desenvolve gradualmente como resultado de padrões crónicos de disfunção da musculatura laríngea, o que torna difícil para o indivíduo cumprir as exigências vocais da sua profissão, performance e situações sociais ou interpessoais”.¹² Por outras palavras, é uma disfonia provocada pelo aumento da tensão muscular ao nível da laringe resultante de eventos fonotraumáticos crónicos, nomeadamente comportamentos abusivos (gritar, falar excessivamente, pigarrear, tossir ou fumar) e/ou uso incorrecto da voz (falar muito alto, muito agudo ou muito grave), técnica vocal fraca, desequilíbrio muscular ou controlo respiratório inconsistente, com ou sem envolvimento psicoemocional.^{1,11} É assim considerada uma condição multifactorial^{11,25}, em que a actividade muscular anormal pode ser atribuída a vários factores concomitantes. Os factores precipitantes incluem a laringite aguda que leva à formação de memória muscular, o trauma laríngeo, alergias, descanso vocal prolongado, tosse persistente e stress psicológico.¹¹ É comum afectar indivíduos que utilizam a voz profissionalmente e, com o passar do tempo, estes comportamentos vocais inadequados podem levar também ao desenvolvimento de alterações orgânicas secundárias, como nódulos nas cordas vocais, condicionando uma disfonia organo-funcional.^{4,12}

Já a disfonia psicogénica consiste numa “afonia ou disfonia que ocorre como resultado de processos psicológicos alterados em que ocorre uma perda súbita ou intermitente do controlo volitivo sobre o início e manutenção da fonação na ausência de patologia estrutural ou neurológica suficiente para explicar a disfonia”.¹² Embora possam ser observados padrões de tensão muscular na apresentação clínica da

disfonia psicogénica, estes são secundários aos processos psicológicos que operam, não sendo tão significativos etiologicamente.¹²

A disfonia psicogénica é um tema que raramente é abordado no contexto da Psiquiatria, mas tendo em conta que o diagnóstico e tratamento passam pela abordagem dos factores psicossociais envolvidos na etiologia e manutenção da mesma, é importante que os profissionais de saúde mental estejam informados de modo a trabalharem em conjunto com a ORL e terapia da fala.

OBJECTIVOS

Os objectivos desta tese são reunir e resumir as informações presentes na literatura sobre a disfonia psicogénica, de modo a facilitar o acesso a este tema por parte de todos os interessados.

MÉTODOS

Foi efectuada uma pesquisa da literatura até Dezembro de 2016, através da base de dados médica PubMed e utilizando as seguintes palavras-chave: “psychogenic dysphonia”, “functional dysphonia”, “conversion dysphonia”, “conversion aphonia” e “psychogenic aphonia”. A pesquisa resultou em 606 artigos, dos quais foram seleccionados os artigos mais relevantes e destes foram ainda extraídas referências secundárias. Os critérios de inclusão foram: 1) artigos relacionados com a disfonia psicogénica, mesmo que utilizada outra nomenclatura desde que a definição seja a mesma; 2) artigos sobre a classificação das disfonias; 3) artigos sobre a epidemiologia das disfonias; 4) artigos de revisão, investigação ou caso clínico; 5) artigos publicados a partir de 1980; 6) artigos escritos em português, inglês, espanhol ou francês; 7) artigos com texto integral disponível. Os critérios de exclusão foram: 1) artigos sobre disfonia psicogénica em que a definição da mesma seja diferente da utilizada no âmbito desta tese; 2) artigos publicados antes de 1980; 3) artigos em línguas que não sejam inglês, português, espanhol ou francês; 4) artigos sem texto integral disponível. Após a aplicação dos critérios, obteve-se um total de 30 artigos, que serviram de base para esta revisão.

A informação foi dividida em 13 temas: “Definição”, “Epidemiologia”, “Etiologia”, “Conversão”, “Acontecimentos de vida negativos”, “*Conflict over speaking out*”, “Apresentação Clínica”, “Laringoscopia”, “Diagnóstico”, “Tratamento”, “Prognóstico”, “Personalidade na disfonia psicogénica” e “Sintomas psiquiátricos”. Por fim, foi feita uma breve discussão acerca dos resultados obtidos com sugestões de investigações futuras que seriam importantes nesta temática.

RESULTADOS

1. Definição

Segundo Aronson²⁶, as disfonias psicogénicas são aquelas que se apresentam juntamente com stress emocional agudo ou crónico e que surgem como manifestação de um desequilíbrio psicológico como ansiedade, depressão, perturbação da personalidade ou reacção de conversão, ao ponto de o normal controlo volitivo da fonação ser perdido.

Para Le Huche²⁷, a disfonia psicogénica é a alteração de uma ou várias características acústicas da voz relacionada com um processo de inibição psicológica.

De forma simples, a disfonia psicogénica é uma disfonia causada por conflitos psicológicos ou emocionais.

As disfonias psicogénicas são caracterizadas por achados laringoscópicos normais²⁸ e podem dividir-se em três subtipos principais: a afonia, a disfonia, e a puberfonia ou falsete mutacional.

A disfonia *per se* ocorre quando existe uma alteração na voz, como rouquidão ou voz sussurrada.

Já a afonia corresponde a uma disfonia tão grave ao ponto de não ser emitido qualquer som e é assim definida como a perda total da voz.⁴ É o quadro mais comum de disfonia psicogénica.^{2,13,18,29,30}

A puberfonia ou falsete mutacional é encontrada primariamente em homens na pós-puberdade ou adultos e consiste na falha em mudar da voz mais aguda da pré-puberdade para a voz mais grave da idade adulta, na presença de estruturas laríngeas normais capazes de produzir uma voz grave normal.^{4,31}

2. Epidemiologia

A incidência da disfonia psicogénica varia consoante os estudos, mas a maioria dos autores refere uma incidência de 5% do total das disfonias funcionais^{27,32-34} e entre 1,7-3,8% de todos os casos de disfonia^{7,8,20,32,35}, sendo por isso considerada uma doença rara.

Afecta predominantemente o género feminino, sendo que cerca de 85% dos doentes são mulheres.^{27,32,36-38}

A maioria dos autores refere uma maior incidência entre os 20 e os 50 anos de idade.^{7,13,39} A disfonia psicogénica é rara nas crianças e, quando ocorre, está geralmente relacionada com o trauma de abuso sexual ou morte de um familiar próximo^{13,24} e por vezes pode revelar um transtorno psicótico de fundo³².

A maioria dos doentes pertence a uma classe socioeconómica baixa^{13,29,40}, refere dependência da voz para a sua ocupação/emprego^{36,40} e apresenta traços de personalidade ansiosos e obsessivo-compulsivos^{23,28,40-43}.

3. Etiologia

Pesquisas apontam o stress crónico, ansiedade, depressão, trauma psicológico, conflitos de relacionamento interpessoal e dificuldade em expressar sentimentos ou opiniões como factores etiológicos da disfonia psicogénica.^{2,4,28,44-47}

A puberfonia em particular pode ser causada pela má adaptação às mudanças psicológicas da puberdade.

Estes factores psicológicos podem desencadear uma reacção de conversão, sendo que a disfonia mais representativa de disfonia psicogénica é a disfonia de conversão.^{4,13,28,32,48}

Os casos de disfonia psicogénica que não resultam de uma reacção de conversão são provocados pelo aumento da tensão muscular laríngea secundária aos factores psicológicos que operam.⁴⁹

De um modo geral, a disfonia psicogénica pode ser assim interpretada como uma reacção somática a conflitos emocionais, embora os mecanismos patogénicos neurofisiológicos ainda não sejam bem conhecidos.²⁹ O stress psicossocial agudo ou crónico pode levar a uma variedade de reacções psicossomáticas e não se conhece o motivo pelo qual alguns doentes reagem especificamente com um distúrbio vocal.^{29,32}

Andersson e Schalén²⁹ especulam que possa existir um distúrbio das interacções recíprocas entre a consciência emocional, a percepção laríngea e o controlo motor central da fonação. Neste contexto, os autores sugerem que a laringe pode ser considerada como um órgão emocional no qual um número de sensações carregadas de emoção podem ser percebidas e transmitidas.

Baker⁵⁰ refere que uma parte do cérebro pode, sem conhecimento ou permissão conscientes, inibir e controlar outra parte do cérebro, nomeadamente a parte responsável pelo controlo voluntário da voz. Segundo a autora, pensa-se que o lobo frontal e sistema límbico, que são responsáveis pela personalidade e emoções, transmitem mensagens para o córtex motor inibindo a vocalização, mensagens estas que ocorrem apenas se o indivíduo sentir uma ameaça à vida, embora inconscientemente.

4. Conversão

As disfonias psicogénicas são maioritariamente causadas por reacções de conversão^{4,13,28,32,48}, estando incluídas no DSM-5 na secção “sintoma somático e perturbações relacionadas, perturbação de conversão (perturbação com sintoma neurológico funcional)”, correspondendo ao código F44.4 no ICD-10.⁵¹ A disfonia é um dos sintomas motores mais comuns da perturbação de conversão, com uma incidência anual estimada em 22 casos/100 000.^{40,43}

O aspecto comum a todas as perturbações somatoformes é a presença de sintomas físicos que sugerem uma patologia orgânica mas não são totalmente explicados por uma condição médica geral, outra perturbação mental ou efeitos directos de uma substância.²⁸ Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou perturbação a nível ocupacional, social ou outras áreas de funcionamento.²⁸

A reacção de conversão manifesta-se através de défices inexplicados das funções voluntárias motoras (com incapacidade de realizar certos movimentos musculares voluntários) ou sensoriais (por interrupção de um canal de feedback sensorial), que sugerem uma condição neurológica ou outra condição médica geral.^{4,28,31} É mais frequente no sexo feminino, com rácios que variam desde 2:1 até 10:1.²⁸

Os distúrbios de conversão ocorrem quando há uma somatização, ou seja, o mecanismo psicológico ou psíquico é expresso sob a forma de sintomas físicos, dentre os quais a laringe pode ser afetada.^{2,52} Assim, os transtornos psicoemocionais podem ser somatizados através da voz, sendo toda a carga afectiva transmitida às estruturas laríngeas e desencadeando o surgimento das disfonias psicogénicas relacionadas à conversão, das quais o quadro mais comum é a afonia de conversão.^{2,13,18,29,30,45-47,49}

O processo de conversão ocorre de forma inconsciente, ou seja, os sintomas vocais não são produzidos intencionalmente.^{4,32} O doente não está a simular a disfonia e acredita que o seu problema é orgânico, sendo comum negar ou rejeitar qualquer pergunta ou sugestão relativa a uma origem psicológica da disfonia.³²

Aronson²⁶ estabeleceu 4 critérios para os transtornos de conversão da voz:

1. Ocorrem na presença de uma estrutura e função normais das cordas vocais.
2. São causados por ansiedade, stress, depressão ou conflito interpessoal.
3. Têm um significado simbólico nesse conflito.
4. Permitem que o doente evite enfrentar directamente o problema, libertando-o da situação desagradável.

Assim, as disfonias de conversão acabam por ser tanto um mecanismo defensivo como um mecanismo de expressão para o indivíduo, fornecendo benefícios primários e benefícios secundários inconscientes.^{32,50} O doente, ao estar impossibilitado de falar, escapa aos seus problemas, pois evita uma situação emocionalmente difícil, consequências temidas e sentimentos negativos, libertando-se da ansiedade provocada pelo conflito inconsciente que padece (benefício primário).^{32,44,53} Para além disso, o doente pode notar um aumento da atenção para com a sua pessoa devido ao seu sintoma ou pode ainda obter outro tipo de benefício do seu ambiente social (benefício secundário).³² Este fenómeno reforça o sintoma e perpetua a sua existência.

Para Kinzl et al.⁴², as doentes usavam a afonia como um mecanismo de defesa contra a ansiedade. Os autores explicam que, frente a uma situação de stress crónico ou conflito psicodinâmico inconsciente, a doente vê ultrapassada a sua capacidade para manter a estabilidade psíquica e somatiza a perturbação no local de menor resistência física. Também Gerritsma²³ pensa que a reacção de conversão ocorre como uma resposta condicionada ante situações que geram grande ansiedade.

Não se conhece o motivo pelo qual em determinados doentes a função elegida para a manifestação do seu conflito de base seja a voz, enquanto que noutros sejam outras áreas somáticas.^{29,32}

5. Acontecimentos de vida negativos

A disfonia psicogénica é frequentemente associada a acontecimentos de vida negativos, situações de stress psicológico intenso, conflitos emocionais significativos e experiências traumáticas que precedem a disfonia.^{7,15,29,32,44,49,50,54-57}

Rubin e Greenberg⁴⁹ consideram que um acontecimento psicológico ou orgânico que ocorre na vida do doente é essencial para a compreensão do sintoma e tratamento. A disfonia psicogénica pode ser desencadeada por um acontecimento negativo significativo, como a morte de um familiar, divórcio, perda profunda, choque, um novo diagnóstico como neoplasia, exames finais, experiência traumática no passado como abuso físico ou sexual, entre outros.^{4,24,36,50,58}

No entanto, os factores psicológicos que precedem a instalação do distúrbio vocal não são necessariamente um acontecimento único e normalmente até são o resultado de acontecimentos stressantes crónicos, como por exemplo um ambiente de trabalho stressante.^{4,29,44,49} Estudos realizados em diferentes países mostram que o stress social relacionado com conflitos interpessoais na família, trabalho

e/ou outras actividades sociais são os factores precipitantes mais comuns da disфонia psicogénica.^{13,29,36,37,59-61}

Historicamente, já em princípios do século XX, autores descreveram a presença de stress psicológico imediatamente antes do início da disфонia e um exemplo são os casos de disфонia encontrados como reacção ao stress nas tropas durante ambas as Guerras Mundiais.^{57,62} Autores psicanalíticos relataram o aparecimento deste sintoma no contexto de dificuldades nas relações pessoais.^{57,63-67}

Em finais do século XX, Kinzl et al.⁴² analisaram a existência de situações stressantes nos 6 meses anteriores ao início da afonia e não observaram um aumento das mesmas, mas encontraram uma maior incidência de problemas de integração social que já vinham de anos atrás.

No estudo de Andersson e Schalén³⁷, até 54% das mulheres estudadas tinham experienciado dificuldades ou acontecimentos que envolviam conflito nos 12 meses anteriores ao início da disфонia. Num estudo posterior dos mesmos autores²⁹ sobre os acontecimentos de vida relacionados com a instalação da disфонia psicogénica, quase a totalidade dos doentes (97%) referiu uma variedade de acontecimentos de vida problemáticos na altura em que apareceu a disфонia, ocorrendo em diferentes combinações ou isoladamente, o que contrasta com o grupo de controlo em que nenhum doente referiu algum conflito ou problema em curso nas relações pessoais. Os acontecimentos mais frequentemente mencionados foram os relacionados com a família e trabalho. Outros problemas mencionados, apesar de muito menos frequentemente, foram os relacionados com eventos sociais, ansiedade com a saúde de outros e problemas com a saúde do próprio. Apenas em dois casos foi possível identificar situações específicas que aparentemente desencadearam a disфонia, o que significa que na maioria dos casos (93.3%) não foi possível identificar qualquer acontecimento de vida específico particularmente associado ao início do problema vocal. Em vez disso, foram identificadas constelações de padrões de longa duração de conflitos e frustrações latentes no seio da família e trabalho. Em doentes imigrantes, suspeitou-se de problemas socioculturais e de adaptação com a linguagem. Sudhir et al.⁴⁴ descreveram um caso de disфонia psicogénica associada a factores culturais e conflitos significativos relacionados com as diferentes expectativas do doente em relação à sociedade e família.

Mais recentemente, Reiter et al.³⁶ estudaram doentes com disфонia psicogénica e, na avaliação psicológica, detectaram problemas em todos eles, nas categorias de parceiro/família (42.5%), trabalho (42.5%), saúde (35%), problemas financeiros (20%) e tempos livres (5%).

6. Conflict over speaking out

Estes acontecimentos de vida negativos e situações de stress psicológico intenso geralmente levam os doentes a evitarem a expressão oral e a desenvolverem uma dificuldade em expressarem os seus pensamentos e emoções, conceito que foi denominado de “conflict over speaking out”.^{15,29,44,54-57}

House e Andrews⁵⁷ descrevem duas características que consideram essenciais na dimensão do “conflict over speaking out”:

1. na situação ou acontecimento considerado, o sujeito tem um compromisso forte e definitivo, por exemplo como cuidador, bom empregado/funcionário ou pessoa que mantém a família coesa;
2. surge um conflito em que o sujeito fica sob pressão para dizer algo como forma de continuar a lidar com esse compromisso e, no entanto, é constrangido a não o fazer pela forte possibilidade de que qualquer coisa que pode ser dita possa piorar a situação.

Perkins⁶⁴ sugeriu que a disfonia psicogénica era uma “defesa contra a expressão de sentimentos inaceitáveis”.

Kinzl et al.⁴² encontraram traços de alexitímia (marcante dificuldade para diferenciar emoções ou descrevê-las verbalmente) em doentes com afonia psicogénica.

No estudo realizado por Andersson e Schalén²⁹, vários doentes expressavam dificuldade em gerir a sua situação de vida e lidar com o stress social, e queixavam-se de uma incapacidade de se expressarem verbalmente, de formularem os seus sentimentos e necessidades de forma distinta e apropriada, de serem assertivos ou de se fazerem ouvir. Assim, os autores consideram que a disfonia psicogénica pode ser interpretada como uma perturbação específica da expressão emocional verbal.

Mais recentemente, também Rubin e Greenberg⁴⁹ reforçaram o facto de o indivíduo poder sentir-se “amordaçado/silenciado” por várias razões e sentir-se incapaz de se expressar.

O termo “conflict over speaking out” envolve aspectos simbólicos da voz como ferramenta para a comunicação humana e pode ser o motivo pelo qual estes doentes somatizam o stress através da voz.²⁹

A falta de assertividade pode contribuir para sentimentos de impotência e desamparo, os quais podem estar associados a distúrbios emocionais e condições de ansiedade e depressão.⁴¹

A presença de dificuldades interpessoais, conflitos de assertividade e auto-expressão são factores significativos de manutenção da disfonia e que devem ser tidos em conta no tratamento.⁵³

7. Apresentação Clínica

Apesar de inicialmente se pensar que as disfonias psicogénicas se apresentavam sempre e apenas como uma voz sussurrada, na verdade existe uma grande variedade de manifestações clínicas.⁵⁰

A apresentação mais comum de disfonia psicogénica é a afonia de conversão, em que ocorre a perda total da voz.^{2,13,18,29,30} Também é habitual o doente utilizar uma voz sussurrada, de muito baixa intensidade, apesar de ocasionalmente poder emitir algumas palavras num tom mais elevado ou quase normal.³² Infelizmente, a disfonia psicogénica não tem uma qualidade vocal particular que a distinga das outras, podendo ser soprosa, áspera, rouca, sussurrada, tensa ou fraca, com quebras de voz imprevisíveis e com tendência a alternar com períodos de voz normal ao longo do dia.⁴ Pode ainda existir um falsete contínuo ou flutuante com quebras de voz.^{50,26,68} Na puberfonia, a altura tonal pode variar no decorrer de uma única frase, com sons mais agudos e outros mais graves, fazendo lembrar a voz dos rapazes na adolescência.⁴ Geralmente, quando estamos a avaliar a voz do doente, esta ou não é sonora ou é de pior qualidade comparada a quando a entrevista se dirige a aspectos banais.³²

Na maioria dos casos, mais do que um parâmetro vocal (qualidade, intensidade, extensão, ressonância, frequência fundamental) está alterado, de forma contínua ou não.¹³ A fadiga vocal extrema está frequentemente associada.^{4,50}

Para além das alterações a nível da voz, pode ainda haver comprometimento do controlo respiratório; alterações no discurso, como diminuição da articulação por tensão nas estruturas orais, aumento da velocidade da fala e alterações na entoação; e tensão vocal/cervical, com sensação de aperto na garganta e por vezes dor, sensibilidade ou desconforto ao toque na mesma.^{4,13,17,30}

O doente consegue pigarrear (aclara a voz) normalmente e é comum a tosse, riso e choro estarem conservados, ou seja, a função vocal está afectada apenas em contextos comunicativos.^{4,7,32,36} Todos estes sinais indicam que a mobilidade das cordas vocais está conservada, pelo que se descarta a presença de uma alteração neurológica.³² Classicamente, considerou-se a presença de tosse sonora como patognomónica da disfonia de conversão.³² Maximov⁶⁹ apenas verificou a presença de tosse sonora em 25% dos seus 92 doentes, enquanto que nos restantes casos não existia sonoridade. Assim podemos concluir que, apesar da presença de tosse ser um critério diagnóstico evidente, a ausência de tosse sonora não descarta a hipótese de disfonia psicogénica.³²

O modo de início mais frequente é a instalação súbita e inesperada, podendo aparecer dentro de segundos, minutos ou horas.^{4,7,13,28,29,31,32,36} Outras vezes ocorre uma instalação gradual, em que o doente tem dificuldade em datar com precisão o início dos sintomas vocais, que foram progressivamente aumentando de gravidade.^{28,32} Os doentes podem apresentar inicialmente uma disfonia que, após um período de

latência, se transforma numa afonia ou podem apresentar primeiro uma afonia durante alguns dias seguida de uma voz sussurada e fraca.³² Para Brodnitz³⁸, a instalação brusca era mais frequente no passado, enquanto que na sociedade actual seria mais comum o início insidioso. No entanto, isto não se confirma em estudos mais recentes. Dos 28 doentes com disfonia psicogénica estudados por Martins et al.¹³, 16 reportaram um início súbito dos sintomas e 12 um início progressivo. Da mesma forma, 23 dos 40 doentes de Reiter et al.³⁶ desenvolveram sintomas vocais subitamente num só dia, com os restantes 17 doentes a referirem uma instalação gradual ao longo de uma semana.

A forma de evolução mais frequente é o curso intermitente dos sintomas, no qual períodos de voz normal alternam com períodos de afonia ou disfonia.^{13,16-18,29,36,54} Estas flutuações na emissão vocal são geralmente observadas nos primeiros minutos da consulta médica, orientando o médico para o diagnóstico.¹³ No estudo de Martins et al.¹³, o curso intermitente dos sintomas foi reportado por cerca de 54% dos doentes; já no de Reiter et al.³⁶, todos os doentes referiram um curso intermitente.

A duração depende da rapidez do diagnóstico e início de tratamento adequado, podendo variar desde dias até anos.³² Em 40 doentes, Reiter et al.³⁶ reportaram uma duração dos sintomas de apenas algumas horas num doente, vários dias em 20 doentes e várias semanas ou meses em 19 doentes. No estudo de Martins et al.¹³, a maioria dos doentes (75%) referiu uma duração dos sintomas superior a 3 meses. Maximov⁶⁹ cita um caso de afonia com 10 anos de duração.

As disfonias de conversão surgem muitas vezes após uma infecção respiratória alta viral.^{32,42,50,69,70} Os estudos mostram uma história de laringite aguda em até 55% dos doentes. Kinzl et al.⁴² descreveram um antecedente de infecção das vias respiratórias superiores em 55% dos casos no seu estudo de mulheres com afonia de conversão. Maximov⁶⁹ observou a presença de uma inflamação prévia da laringe em 37% dos doentes. Milutinović⁷⁰ encontrou este achado em 49% dos doentes estudados. Mais recentemente, Reiter et al.³⁶ relataram a história de laringite/rinite/bronquite aguda imediatamente antes do início da disfonia em 40% dos seus doentes com disfonia psicogénica.

Assim, é muito frequente que o doente refira um quadro gripal nos dias prévios ao início da disfonia, o que vai dificultar e atrasar o diagnóstico ao fazer-nos pensar numa laringite infecciosa. A disfonia psicogénica é muitas vezes incorrectamente diagnosticada e tratada como uma laringite aguda, até porque as apresentações destas duas entidades podem ser muito semelhantes.^{7,17,36,37,39} É comum serem prescritos medicamentos desnecessários, como antibióticos e anti-inflamatórios durante as primeiras consultas e, só quando estes tratamentos falham, é que se considera a hipótese de uma disfonia psicogénica.^{17,32,36,37,39} Kinzl et al.⁴² encontrou um atraso de 3 semanas a 3 meses (média de 6.7 semanas) entre o início do

quadro e o diagnóstico de disfonia psicogénica. Mais recentemente, Reiter et al.³⁶ verificaram um período de 2 a 48 meses (média de 22.7 meses) desde os primeiros sintomas até ao diagnóstico, com 30% dos doentes a serem medicados com antibióticos. Schalén e Andersson¹⁷ mencionam que mais de 10% dos doentes diagnosticados inicialmente com laringite aguda sofriam realmente de uma disfonia psicogénica. No seu estudo, tinham sido prescritos antibióticos em 40% dos casos e 37.5% dos doentes referiam episódios prévios semelhantes rotulados como asma/alergia. Ao compararem os dados acústicos dos doentes com disfonia psicogénica e um grupo de controlo de doentes com laringite infecciosa aguda, encontraram uma grande semelhança nos padrões de emissão vocal, o que confirma a dificuldade de diagnóstico inicial nestes casos e a necessidade de ter em consideração a história clínica e exame objectivo.^{17,32}

O antecedente de inflamação da mucosa laríngea torna mais fácil a somatização do conflito psicodinâmico pelo doente, que escolhe o local de menor resistência física para manifestar os seus sintomas.^{32,71}

O doente pode apresentar alguma discordância entre o grau de disfonia e o seu nível de preocupação com a mesma, podendo observar-se uma negação da natureza incapacitante da disfonia com a característica *belle indifference*.^{4,50}

É comum existir história de episódios prévios de disfonia.^{17,28,36}

Para além das queixas relacionadas com o aparelho vocal, a maioria dos doentes apresenta outros sintomas concomitantes, tais como náuseas, cefaleias, globus faríngeo, insónias e fadiga.^{4,29,36}

No estudo de Andersson e Schalén²⁹, 76.7% dos doentes apresentava outros sintomas crónicos aquando da instalação da disfonia. Metade dos doentes referiu queixas relacionadas com o aparelho respiratório, como asma, rinite alérgica, bronquite crónica ou infecções respiratórias recorrentes. Outros problemas crónicos mencionados estavam relacionados com o estômago e sistema digestivo inferior (26.7%), músculos e articulações (23.3%), nervosismo (16.7%) e problemas ginecológicos (10%).

Num estudo mais recente de Reiter et al.³⁶, 80% dos doentes referia sintomas psicossomáticos adicionais, nomeadamente dor crónica (80%; a dor mais frequente era musculoesquelética, seguida de cefaleias e depois dor abdominal difusa e toracalgia em igual número), globus faríngeo (30%), distúrbio do sono/burnout (25%), vertigens (20%) e dispneia (12.5%). O número de queixas variou entre 1 e 11 (média de 3.6).

8. Laringoscopia

A laringoscopia pode chamar a atenção durante a introdução do espelho laríngeo, em que se evidencia uma diminuição da sensibilidade na área faringo-laríngea.³² Por vezes o doente refere parestesias (formigueiro, sensação de queimadura, bolo, etc.) na dita região.^{32,37}

Depois, ao visualizarmos a laringe, esta encontra-se anatomicamente e neurologicamente normal, mas com a fonação podem surgir alterações funcionais.

Anatomicamente, na maioria dos casos, as cordas vocais conservam uma coloração normal e superfície lisa, sem sinais de inflamação.^{7,32,78} Num terço dos casos podem apresentar diversas lesões (nódulos, aspecto inflamatório, irregularidades, etc.), mas que não são suficientes para explicar o grau de disфонia presente.^{17,27,32}

Ao explorar a mobilidade das cordas vocais, é comum a presença de alterações funcionais durante a fonação, tais como a limitação da adução das cordas vocais relacionada com diferentes graus de tensão muscular^{4,7,13,36,78}, fonação ventricular com hipercontração e constrição^{4,13,32}, aperto supraglótico por activação do esfíncter supralaríngeo^{4,36}, fendas glóticas^{4,13}, tremores e movimentos paradoxais das cordas vocais¹³. Em alguns casos, ocorre a adução completa das bandas ventriculares (cordas vocais falsas) durante a fonação, impedindo a visualização das cordas vocais verdadeiras, fenómeno conhecido como *plicae ventricularis*.^{4,32} Reiter et al.³⁶ encontraram alterações funcionais durante a fonação em 62.5% dos casos. Contrariamente, durante a tosse ou riso, não se verificam estas alterações, visualizando-se um movimento normal e encerramento completo das cordas vocais.^{4,36,78} Podemos encontrar diversas imagens laringoscópicas, pelo que a videolaringoscopia nem sempre consegue distinguir a disфонia psicogénica de outras disfonias funcionais.¹³

9. Diagnóstico

O processo de diagnóstico da disфонia psicogénica compreende a exclusão de doença orgânica e a inclusão de uma avaliação psicológica para determinar se a disfunção deriva de uma perturbação mental ou emocional.^{4,53} É assim um diagnóstico de exclusão e um diagnóstico clínico, uma vez que não há alterações nas estruturas laríngeas.^{2,59}

Sapir⁷² estabeleceu os seguintes critérios para a disфонia psicogénica:

1. Psicogenicidade dos sintomas – a instalação do problema vocal foi associada a um estímulo psicológico, tal como um acontecimento de vida stressante ou um conflito interpessoal;
2. Incongruência dos sintomas;

3. Reversibilidade dos sintomas – com terapia vocal de curto prazo e/ou psicoterapia.

Para a disfonia psicogénica ser considerada uma disfonia de conversão, deve cumprir os critérios de Aronson²⁶ já mencionados anteriormente e os critérios psiquiátricos de perturbação de conversão⁵¹.

O caso clínico mais típico corresponde a um doente, geralmente do sexo feminino, de meia idade, que recorre à consulta com uma disfonia ou afonia de apresentação brusca, em que existe uma discordância entre a imagem laringoscópica que é normal e a emissão sonora que realiza, habitualmente com um certo grau de anestesia laríngea e com tosse sonora preservada.³²

No entanto, como já foi referido, os quadros clínicos podem ser variados e o diagnóstico continua a representar um desafio, sendo a disfonia psicogénica muitas vezes incorrectamente diagnosticada e tratada como uma laringite aguda.^{2,7,17,32,36,37,39,73} Os diagnósticos diferenciais incluem, não só as doenças infecciosas agudas, como também doenças neurológicas (paralisia das cordas vocais, disfonia espasmódica e patologias neuromusculares como a doença de Parkinson)^{13,17,29,36,54}, envelhecimento da voz/presbifonia^{36,37,74,75} (principalmente por atrofia vocal com encerramento glótico incompleto), disfonia por tensão muscular^{28,36,76} (primária ou secundária a doença orgânica de base) e refluxo gastroesofágico ou laringofaríngeo^{36,74,76,77}.

Quanto às dificuldades encontradas no diagnóstico, a existência de diferentes manifestações da disfonia psicogénica vem complicar a exclusão de outras doenças que podem ter sintomas vocais semelhantes.

Outra dificuldade no diagnóstico é a resistência inicial dos doentes à associação dos sintomas físicos e questões emocionais, com consequente evicção da discussão dos seus conflitos emocionais, mesmo quando questionados repetidamente.¹³

Tendo em conta que problemas vocais, independentemente da causa, podem precipitar uma resposta psicológica negativa, com stress psicológico e físico, pode também ser difícil distinguir entre essa resposta e uma disfonia psicogénica, ou seja, perceber se os sintomas psicológicos são causa ou consequência da disfonia.^{4,53}

Os factores psicológicos desempenham um papel importante e devem ser considerados no diagnóstico, bem como no processo terapêutico.^{2,28}

10. Tratamento

Os objectivos principais do tratamento para a disfonia psicogénica são a restauração da voz, o controlo voluntário da voz e a exploração de conflitos emocionais e psicológicos.^{44,50,54,55}

Na literatura existem diferentes abordagens de tratamento, com alguns autores a preferirem a terapia vocal^{2,48,70} e outros a psicoterapia cognitivo-comportamental^{7,57,78,79}. Contudo, a grande maioria dos autores defende a necessidade da combinação destas duas terapias para que ocorra um tratamento mais rápido e eficaz.^{4,13,29,32,36,44,47,50,53,59,80}

Relativamente à terapia vocal, embora alguns autores defendam que ela seja completamente ineficaz na disfonia psicogénica⁷, é praticamente unânime que esta é determinante para a rápida recuperação sintomática dos doentes. Utiliza-se uma terapia vocal psicodinâmica, que combina terapia directa da voz e terapia indirecta/aconselhamento.^{29,44,60} A estratégia directa é usada para facilitar o retorno da voz normal, ou seja, para produzir uma boa voz e o aconselhamento terapêutico é usado para consolidar e manter a boa qualidade vocal ao lidar com os aspectos psicológicos e sociais da emissão vocal.^{44,50}

A terapia directa da voz é a parte mais técnica do processo terapêutico e baseia-se em exercícios vocais. Os exercícios vocais incluem exercícios de fonação, como a iniciação da voz através da tosse ou do pigarro e a imitação de sons produzidos pelo terapeuta, exercícios de relaxamento muscular e exercícios respiratórios, como a respiração profunda diafragmática e a coordenação entre a respiração e fonação.^{4,29,36} Geralmente, o primeiro passo da terapia vocal é estabelecer a voz através de funções vegetativas, como tossir, pigarrear, trautejar, bocejar, suspirar e rir.^{4,29} O passo seguinte é a produção de vogais ou de consoantes nasais /m/, /n/ e fricativas /v/,/z/.^{4,29} Depois progride-se para as sílabas sem significado /bobom, momon, nonon/, de modo a evitar o bloqueio mental, seguindo-se as palavras monossilábicas com transição para palavras mais elaboradas.^{4,29} Em seguida passa-se para as frases, primeiro através da leitura e repetição das frases do terapeuta e posteriormente com o doente a construir as suas próprias frases.⁴ Por último, recorre-se a conversas e *role-playing*, durante o qual o terapeuta pode comentar o comportamento do doente para reforçar formas adequadas de comunicação.^{4,29} Durante o processo, o terapeuta pode usar um piano e cantar alto, o que corresponde a um truque já antigo e bem conhecido que vai promover o efeito de Lombard, ou seja, reduz o feedback auditório do doente e, conseqüentemente, diminui as inibições.^{3,80} Também pode recorrer ao *feedback* visual, mostrando ao doente as imagens de laringostroboscopia obtidas durante os exercícios vocais.^{36,78,80} Nos casos em que existe uma tensão muscular laríngea aumentada, pode-se recorrer à massagem circunlaríngea ou à terapia manual laríngea como técnicas de relaxamento muscular, a primeira com manipulação das áreas hioideia

e laríngea e a segunda envolvendo os músculos esternocleidomastoideus, supra-hioideus e membrana tiro-hioideia.⁴

A terapia vocal indirecta ou aconselhamento inclui insights psicoterapêuticos sobre o abuso vocal no contexto de problemas familiares, uma tentativa de lidar com o stress psicossocial, conselhos sobre higiene vocal e informação sobre os efeitos nocivos do uso incorrecto da voz.^{29,44} Esta parte da terapia inicia-se com a explicação da natureza das disfonias psicogénicas, para que o doente compreenda a relação entre a disfunção vocal e os factores psicossociais, seguida da exploração das possíveis circunstâncias ou problemas interpessoais que possam ter precipitado o sintoma vocal.^{29,50} Landeau⁸¹ não aconselhava falar do psiquismo com o doente e dava por terminado o tratamento uma vez recuperada a voz, como se tudo se tratasse de um problema puramente somático. No entanto, a grande maioria dos autores defende que fornecer insights psicoterapêuticos pode ser tão importante como as estratégias de terapia vocal directa na reabilitação vocal.⁴⁴ Segundo Rubin e Greenberg⁴⁹, a maioria dos doentes prefere a explicação física dos seus sintomas mesmo que estejam cientes dos componentes psicológicos. Contudo, eles consideram benéfico apresentar a explicação psicológica e também reforçar alterações nos hábitos vocais através da terapia vocal. Para Aronson⁵, o terapeuta da fala deve estar familiarizado com as técnicas de entrevista psicológica, uma vez que o stress psicológico e os conflitos interpessoais são cruciais para o tratamento e o doente poderá abordar o terapeuta em vez de um psiquiatra ou psicólogo. Os conselhos de higiene vocal incluem: a evicção do pigarro e tosse, que podem ser substituídos pela ingestão de água, tosse “silenciosa” (expiração silenciosa forte) ou comer rebuçados, mas evitando os rebuçados de mentol para a tosse que tendem a secar a mucosa; não sussurar, não falar muito alto nem gritar; não falar durante o exercício físico ou constipação/gripe/laringite; hidratação, exercício regular e alimentação equilibrada; evicção de medicamentos que possam causar secura da mucosa, como os anti-histamínicos descongestionantes.⁴

Durante a terapia da voz, a qualidade vocal vai-se alterando até à resolução da disфонia e é frequente tornar-se perceptualmente mais disfuncional que a voz inicial, mas é um padrão normal que precede o regresso da voz saudável e por isso deve ser antecipado e celebrado tanto pelo terapeuta como pelo doente.⁵⁰

Quanto à psicoterapia cognitivo-comportamental, o objectivo é restaurar a voz e melhorar a capacidade do doente para lidar com dificuldades emocionais, reduzindo o stress causal e evitando recidivas.^{44,82} De modo a facilitar o processo de iniciação do trabalho cognitivo-comportamental e apresentar uma compreensão de possíveis áreas de conflito e comunicação, o doente deve ser informado acerca dos sintomas e seu possível significado.⁴⁴ É importante que o doente estabeleça a relação entre os sintomas vocais e o stress emocional que precipitou a disфонia psicogénica, ganhando *insight* e aprendendo

estratégias de *coping* para lidar com as situações.⁴ Para que o sintoma vocal não reapareça, algo tem que ocupar o seu lugar, seja a capacidade psicológica do doente para resolver conflitos interpessoais que tem de ser reforçada ou a situação para a qual o doente irá regressar precisa de ser interpretada como menos ameaçadora.⁵⁰ O programa terapêutico inclui a análise dos conflitos nas relações, identificação e reestruturação de pensamentos disfuncionais, auto-monitorização, controlo emocional e treino de relaxamento, assertividade e das capacidades comunicativas.^{4,29,36,44,53}

O doente é ajudado a reconhecer e nomear as suas próprias emoções, bem como a prestar atenção aos pensamentos subjacentes a essas emoções em diferentes alturas, tais como quando a voz está melhor ou pior.^{4,29} Após a identificação de pensamentos irracionais que levam a sentimentos de impotência, como “Nunca ficarei melhor”, tenta-se transformar esses pensamentos em outros mais apropriados e racionais, como “Só porque neste momento a minha qualidade vocal é fraca, isso não significa que não possa melhorar no futuro”, levando a sentimentos de empoderamento e redução do stress.⁴

O treino de relaxamento ajuda o doente com a activação fisiológica relacionada com a raiva, ansiedade e consequentes distúrbios do sono.^{44,53} MacLeod⁸⁰ refere que a reacção de conversão é uma resposta somática frente à ansiedade, de forma que a recidiva ocorrerá cada vez que a ansiedade ultrapasse os níveis de autocontrolo do doente, pelo que o treino de relaxamento é importante para reduzir a ansiedade causal. As técnicas de relaxamento incluem exercícios de respiração diafragmática, alongamentos e abordagens mais holísticas, como calor húmido, massagem terapêutica ou meditação.⁴

Para além da psicoterapia através da fala, por vezes são usadas outras técnicas psicoterapêuticas para lidar com a disfonia psicogénica, nomeadamente hipnose^{4,88,89} e *biofeedback*^{4,44}. A hipnose consiste num estado de relaxamento profundo com diminuição do estado de consciência, podendo ser feita ao próprio (auto-hipnose) ou a outros.⁴ O *biofeedback* consiste no ensino de técnicas de relaxamento, quer para tensão laríngea quer para gestão geral de stress, acompanhado do feedback biológico transmitido através de várias medições fisiológicas, nomeadamente frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura periférica, resposta galvânica da pele e tensão muscular por electromiografia.⁴

Após a obtenção da voz modal do doente, a psicoterapia deve ser continuada durante mais algum tempo para garantir a manutenção da voz e evitar recidivas. Quando o doente tem alta da terapia, ele deve ter compreendido a função simbólica do sintoma e melhorado as suas capacidades emocionais e interpessoais para lidar mais directamente com a situação previamente ameaçadora.^{50,82}

A literatura insiste na necessidade de intervenções colaborativas multidisciplinares que incluem terapia vocal e psicológica, considerando o trabalho técnico e psicoterapêutico inseparáveis no tratamento das disfonias psicogénicas. Apesar disso, o tratamento pode focar-se mais numa área ou noutra, dependendo das necessidades específicas de cada doente e da maneira como respondem à terapia.^{29,50}

11. Prognóstico

O prognóstico da disfonia psicogénica varia desde reservado a bom.⁴

Os doentes que já não sofrem do stress ou acontecimento emocional mas ainda sofrem de disfonia psicogénica têm um prognóstico bastante melhor do que os doentes cuja crise precipitante ocorreu mais recentemente nas suas vidas.^{4,31}

Andersson e Schalén²⁹ realçam o facto de que, independentemente da estratégia terapêutica utilizada, vários doentes irão interromper a terapia logo que as suas vozes normalizem.

O tratamento pode ser complexo e os doentes podem não colaborar inicialmente⁴, mas o prognóstico a curto prazo é geralmente bom, com uma resolução sintomática rápida da disfonia. No entanto, o problema prende-se com as recidivas, sendo que a informação presente na literatura acerca do sucesso terapêutico a longo prazo é escassa.

No DSM-IV, está escrito que a recorrência é comum nas perturbações de conversão, afectando 20-25% dos indivíduos no intervalo de 1 ano e, após um episódio de recorrência, outros provavelmente se seguirão.⁸³

Segundo Reiter et al.³⁶, quando a terapia vocal é usada isoladamente, a taxa de sucesso é baixa (12.5%). Outros autores referem que modelos de tratamento que incluem apenas exercícios vocais e aconselhamento terapêutico têm um bom prognóstico a curto prazo^{21,29,36,84}, muitas vezes com recuperação da voz normal após 1 a 5 sessões, mas a taxa de recidiva é elevada^{29,36,59,84}, sendo estimada em cerca de 25-50%^{29,84}. Johnson et al.⁴ sublinham também a existência de uma alta taxa de recidivas, por vezes no intervalo de uma semana, perdendo-se subitamente todos os progressos obtidos na terapia vocal. No estudo de Willinger et al.²⁸, 92% dos doentes já tinham tido episódios prévios de disfonia psicogénica, com uma evolução episódica típica da doença, apenas tratada com terapia vocal. Reiter et al.³⁶ encontraram casos de disfonia prévia em 70% dos doentes: 3 doentes com um episódio prévio, 16 doentes com até 10 episódios prévios e 9 doentes com mais de 10 episódios prévios. Para estes doentes, é consensual que, se os factores psicológicos não forem abordados, a probabilidade de tratamento eficaz a longo prazo diminui consideravelmente, mesmo que seja obtido sucesso a curto prazo.^{4,85} Kollbrunner et al.⁷⁸ defendem que a terapia vocal isolada só é uma alternativa para os doentes que recusam a intervenção psicoterapêutica.

O aconselhamento terapêutico usado isoladamente apresenta taxas de recidiva de até 80%.^{36,37,84}

Geralmente, também a terapia cognitivo-comportamental isolada não é satisfatória na disфония psicogénica.^{29,70}

No entanto, quando o tratamento consiste numa abordagem multidisciplinar com terapia vocal e psicoterapia cognitivo-comportamental, as disfonias psicogénicas têm um melhor prognóstico a longo prazo, frequentemente com uma evolução terapêutica rápida e satisfatória sem recidivas.^{4,13,29,36,50}

Relativamente à recuperação da voz, a maioria dos casos tem uma resolução completa dos sintomas em apenas algumas sessões.⁵⁰

Contudo, a disфония psicogénica, especialmente com as reacções de conversão, pode por vezes ser extremamente difícil de tratar, demorando várias semanas ou mesmo meses a anos até se obter uma voz satisfatória ou se compreender os factores psicogénicos que precipitaram a instalação e/ou manutenção da disфония.⁵⁰ O tratamento é particularmente difícil nos doentes resistentes à psicoterapia.^{13,18,36} Reiter et al.³⁶ referem que é frequente os doentes não aceitarem a psicoterapia, sendo que apenas 37.5% dos seus doentes aceitaram e frequentaram a mesma. A terapia combinada foi eficaz em todos esses doentes, contrastando com o grupo que não aceitou qualquer tipo de psicoterapia em que nenhum se curou e apenas 1/8 melhorou, o que demonstra a importância do diagnóstico e tratamento do distúrbio psicológico de base.

O tratamento não deve ser interrompido logo que a voz normal regresse, de modo a evitar que os resultados sejam apenas temporários. No estudo de Martins et al.¹³, a duração da terapia variou entre 3 a 6 meses, havendo remissão da disфония a intervalos variados para cada doente e melhoria da estabilidade psico-emocional em todos os casos que receberam apoio psicoterapêutico.

Em relação às recidivas da disфония, os estudos disponíveis mostram que uma abordagem combinada é eficaz na prevenção da recorrência dos sintomas vocais.

Martins et al.¹³ utilizaram terapia vocal e psicoterapia para tratar os seus doentes com disфония psicogénica e não verificaram qualquer recidiva durante 4 a 6 meses após a alta.

No estudo de Andersson e Schalén²⁹, foi utilizado um modelo de tratamento que incluía exercícios vocais, aconselhamento e treino das capacidades comunicativas e emocionais, verificando-se que a grande maioria dos doentes (88%) não teve recidivas no período de follow-up de 1.9-8.4 anos após a terapia.

Reiter et al.³⁶ não observaram quaisquer recidivas no intervalo de 16 meses após o final da psicoterapia.

Assim, quando o tratamento é completo e multidisciplinar (ORL, terapia da fala, psicoterapia), é raro haver recidivas do problema vocal ou outros sintomas de conversão/psicossomáticos.^{13,29,50}

Contudo, são necessários mais estudos sobre o sucesso terapêutico a longo prazo.

12. Personalidade na Disfonia Psicogénica

No passado, associava-se a disfonia psicogénica à perturbação de personalidade histriónica.³² No entanto, Gerritsma²³ mostrou que as perturbações da personalidade são raras em doentes com disfonia psicogénica e, no seu estudo com 82 doentes, apenas verificou a presença de personalidade histriónica em 3% dos casos.

Assim, em vez das perturbações de personalidade, será melhor investigar a presença de traços de personalidade característicos.

As principais correlações da disfonia psicogénica com a personalidade encontradas na literatura são o neuroticismo/afectividade negativa e a introversão.

Kinzl et al.⁴², num estudo de 22 mulheres com afonia psicogénica, encontrou uma maior incidência de problemas de integração social que já vinham de anos atrás. Na análise da estrutura da personalidade predominavam os traços depressivos na maioria das doentes, embora tenha verificado uma grande heterogeneidade neste parâmetro.

No estudo de Gerritsma²³, os doentes com disfonia psicogénica eram mais introvertidos e apresentavam níveis mais elevados de neuroticismo, ansiedade-traço e somatização neurótica, bem como maior reactividade ao stress.

Os resultados de Andersson e Schalén²⁹ parecem indicar que o doente típico com disfonia psicogénica tem défice de auto-confiança.

Willinger e Aschauer⁴¹ estudaram um grupo de doentes com disfonia de conversão e concluíram que, comparados a um grupo de controlo saudável, estes doentes tendem a ser mais cautelosos, cuidadosos, tensos, temerosos, apreensivos, nervosos, tímidos, duvidosos, desanimados, passivos, inseguros, negativistas e pessimistas mesmo em situações que não preocupam outras pessoas. Os doentes com disfonia psicogénica mostraram uma tendência significativamente maior para responder intensamente a estímulos aversivos e evitar castigos, novidade e não-recompensa. Neste estudo, os autores encontraram ainda diferenças relativamente ao comportamento em situações sociais: os doentes com disfonia psicogénica consideravam-se como sendo introvertidos, reservados, reflectivos e sérios.

Não se sabe o porquê de certas pessoas terem pouca capacidade para lidar com o stress social ao ponto de desenvolverem uma disfonia como resposta a esse stress, mas assume-se e considera-se importante um tipo de personalidade predisponente que condiciona uma vulnerabilidade individual com mal-adaptação

para conflitos ou emoções fortes.^{29,57,61,65} Deste modo, os factores de personalidade podem predispor os doentes para a disfonia.^{3,41}

13. Sintomas Psiquiátricos

A tendência para somatizar conflitos psicológicos predispõe os doentes para a disfonia psicogénica.^{3,22,28}

A disfonia psicogénica é muitas vezes associada a afectos negativos, particularmente ansiedade e depressão.^{4,10,11,28,36,44,85,86}

No estudo de Willinger et al.²⁸, os doentes com disfonia psicogénica obtiveram *scores* significativamente mais elevados do que o grupo de controlo (indivíduos saudáveis) para sintomas depressivos, sintomas de ansiedade generalizada e inespecífica, sintomas de ansiedade específica com a saúde e queixas psicossomáticas. 39% dos doentes apresentavam sintomas depressivos clinicamente significativos em ambas as escalas de depressão utilizadas. Em relação à ansiedade, esta pode ser classificada em duas formas: traço e estado.⁴ A ansiedade-estado (*state anxiety*) está dependente de situações específicas, enquanto que a ansiedade-traço (*trait anxiety*) é inerente à personalidade da pessoa.⁴ Os doentes com disfonia psicogénica não diferiam do grupo de controlo no que diz respeito à ansiedade-estado, mas tinham níveis mais elevados de ansiedade-traço.

Relativamente a patologia psiquiátrica, para além do diagnóstico de perturbação de conversão, 57% dos doentes no estudo de Willinger et al.²⁸ preenchiam também os critérios de diagnóstico do DSM-IV para outra perturbação psiquiátrica: 33% tinham uma perturbação do humor (quatro com perturbação depressiva major, nove com perturbação distímica, e sete com perturbação depressiva sem outra especificação), 20% tinham uma perturbação de ansiedade (cinco com ansiedade social, três com perturbação de pânico, dois com uma fobia específica, um com perturbação de ansiedade generalizada e um com perturbação de stress pós-traumático) e 4% tinham uma perturbação de adaptação (um com transtorno de adaptação acompanhado de humor depressivo e dois com transtorno de adaptação acompanhado de ansiedade). Todos estes diagnósticos eram concomitantes com a disfonia psicogénica e estavam de acordo com os antecedentes pessoais do doente.

Os autores levantam ainda a hipótese de a gravidade dos sintomas de depressão e ansiedade poder estar relacionada com o curso da disfonia psicogénica, uma vez que os sintomas de depressão e ansiedade parecem agravar após mais de um episódio de disfonia, com excepção das preocupações com a saúde, que diminuem.

Num outro estudo de Willinger e Aschauer⁴¹, os autores voltaram a encontrar diferenças significativas na ansiedade específica em relação a doença, com os doentes com disfonia psicogénica a apresentarem *scores* significativamente mais elevados do que o grupo de controlo saudável nos parâmetros de medo de lesões físicas, medo de doença e medo de tratamento médico. Também verificaram níveis mais elevados de ansiedade para situações sociais nestes doentes.

Dos doentes de Reiter et al.³⁶, todos apresentavam um problema psicológico grave de base: 38% com sintomas somáticos, 33% com *burnout*, 10% com uma perturbação de ansiedade e 10% com depressão.

Em 2016, Andrea et al.¹¹ encontraram evidência de depressão ligeira nos doentes com disfonia psicogénica, o que vai de encontro aos resultados de Willinger et al.²⁸ No entanto, a ansiedade neste grupo foi classificada como estando dentro do espectro do normal. Os doentes com disfonia psicogénica apresentavam ainda um maior risco de suicídio comparativamente aos outros tipos de disfonia funcional.

Relativamente à psicose, segundo Baker³⁰ não existem casos conhecidos de distúrbios psicóticos em doentes com disfonia psicogénica. No entanto, Murphy e Hallahan⁴⁰ descreveram um caso de disfonia psicogénica num doente com perturbação esquizoafectiva e, na investigação de Andrea et al.¹¹, cerca de metade dos doentes estudados tinham tido sintomas psicóticos ao longo da vida, o que é significativo.

A detecção de sintomas depressivos e ansiosos na disfonia psicogénica e nas perturbações de conversão no geral é muito importante, uma vez que estes sintomas podem facilmente passar despercebidos devido às queixas físicas graves e, como tal, podem por vezes permanecer sem tratamento.⁸⁷

DISCUSSÃO

A principal dificuldade encontrada ao longo da pesquisa foi a inexistência de consenso de nomenclatura. É necessário estabelecer definições oficiais para a terminologia das disfonias e em particular das disfonias funcionais, que são aquelas que suscitam mais desentendimentos.

Para além disso, os resultados desta revisão revelam ainda que existem poucos estudos sobre a disfonia psicogénica no âmbito da Psiquiatria. São escassas as investigações acerca da personalidade e sintomas psicológicos dos doentes com disfonia psicogénica em particular, sendo que estes doentes são quase sempre integrados no grupo da disfonia funcional sem que seja feita qualquer distinção entre os resultados dos diferentes tipos de disfonia funcional. Seria importante realizar no futuro mais investigações sobre as

características dos doentes especificamente com disfonia psicogénica e compará-las aos diferentes tipos de disfonia e população saudável. Estes futuros estudos deveriam investigar também a incidência de psicose.

Uma vez que os sintomas de depressão e ansiedade podem ser causas ou consequências da disfonia, estudos longitudinais acerca desta temática seriam igualmente pertinentes. No entanto, quer sejam causas ou consequências, tanto os sintomas de depressão como os de ansiedade devem ser tidos em consideração no diagnóstico e tratamento dos doentes com disfonia psicogénica.

Há ainda necessidade de investigar os resultados a longo prazo das várias abordagens terapêuticas para optimizarmos o tratamento considerando as taxas de recidiva ao longo da vida.

CONCLUSÃO

A disfonia psicogénica caracteriza-se pela presença de factores psicológicos como causa das alterações vocais, pelo que estes devem ser tidos em conta, não só no diagnóstico, como também no tratamento da mesma. Este tipo de disfonia está muito associado a stress crónico, que é cada vez mais prevalente na sociedade actual. Os doentes mostram um maior grau de perturbação psiquiátrica ligeira com uma tendência para níveis elevados de ansiedade, depressão e sintomas somáticos. O ideal seria uma abordagem multidisciplinar incluindo um otorrinolaringologista, terapeuta da fala e psicólogo/psiquiatra, o que é dificultado pelo grande número de doentes que recusa a psicoterapia. Quando o distúrbio psicológico de base não é abordado, as recidivas futuras são prováveis.

Existe ainda um longo caminho a percorrer no que toca à definição de um consenso de nomenclatura, ao entendimento dos factores neurofisiopatológicos da reacção de conversão e em particular da disfonia psicogénica, à avaliação do prognóstico a longo prazo e das características psicológicas destes doentes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Prof. Doutor Diogo Guerreiro pelo tempo disponibilizado e todo o apoio e orientação ao longo do trabalho.

Agradeço também à minha família e amigos por estarem sempre presentes e pelo incentivo, compreensão, confiança e carinho.

BIBLIOGRAFIA

1. Behlau, M., Madazio, G., & Oliveira, G. (2015). Functional dysphonia: strategies to improve patient outcomes. *Patient Related Outcome Measures*. **6**: 243-253.
2. Guimarães, V.C., Siqueira, P.H., Castro, V.L.S., Barbosa, M.A., & Porto, C.C. (2010). Afonia com Etiologia Desconhecida: Relato de Caso. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*. **14**: 247-250.
3. Nichol, H., Morrison, M.D., & Rammage, L.A. (1993). Interdisciplinary approach to functional voice disorders: the psychiatrist's role. *Otolaryngol-Head-Neck-Surgery*. **108**: 643-647.
4. Johnson, G.W., Gonzalez, C.T., Chang, C.Y., Maines, S.L., Mainville, M.M., & Asbury, A.J. (2010). Psychogenic Voice Disorders. Em: O. Nemecek & V. Mares (Eds), *Laryngeal Diseases Symptoms, Diagnosis and Treatments* (pp. 1-34). Nova Science Publishers, Inc.
5. Aronson, A.E. (1985). *Clinical voice disorders: An interdisciplinary approach*. New York: Thieme Inc.
6. Schwartz, S.R., Cohen, S.M., Dailey, S.H., et al. (2009). Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia). *Otolaryngology – Head and Neck Surgery*. **141(3)**: S1-S31.
7. Reiter, R., Hoffmann, T.K., Pickhard, A., & Brosch, S. (2015). Hoarseness – Causes and Treatments. *Deutsches Ärzteblatt International*. **112**: 329-337.
8. Roy, N., Merrill, R.M., Gray, S.D., & Smith, E.M. (2005). Voice Disorders in the General Population: Prevalence, Risk Factors, and Occupational Impact. *The Laryngoscope*. **115**: 1988-1995.
9. Pernambuco, L., Espelt, A., Balata, P., et al. (2015). Prevalence of voice disorders in the elderly: a systematic review of population-based studies. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. **272**: 2601-2609.
10. Misono, S., Peterson, C., Meredith, L., et al. (2014). Psychosocial distress in patients presenting voice concerns. *Journal of Voice*. **28**: 753-761.
11. Andrea, M., Dias, Ó., Andrea, M., & Figueira, M.L. (2016). Functional Voice Disorders: The Importance of the Psychologist in Clinical Voice Assessment. *Journal of Voice*.
12. Baker, J., Bem-Tovim, D.I., Butcher, A., Esterman, A., & McLaughlin, K. (2007). Development of a modified diagnostic classification system for voice disorders with inter-rater reliability study. *Logopedics Phoniatrics Vocology*. **32**: 99-112.
13. Martins, R.H., Tavares, E.L., Ranalli, P.F., Branco, A., & Pessin, A.B. (2014). Psychogenic dysphonia: diversity of clinical and vocal manifestations in a case series. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. **80**: 497-502.

14. Baker, J., Oates, J.M., Leeson, E., Woodford, H., & Bond, M.J. (2014). Patterns of Emotional Expression and Responses to Health and Illness in Women With Functional Voice Disorders (MTVD) and a Comparison Group. *Journal of Voice*. **28(6)**: 762-769.
15. O'Hara, J., Miller, T., Carding, P., Wilson, J., & Deary, V. (2011). Relationship between Fatigue, Perfectionism, and Functional Dysphonia. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery*. **144(6)**: 921-926.
16. Roy, N. (2003). Functional dysphonia. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*. **11**: 144-148.
17. Schalén, L., Andersson, K., & Eliasson, I. (1992). Diagnosis of Psychogenic Dysphonia. *Acta Oto-Laryngologica*. **492**: 110-112.
18. Behlau, M., Azevedo, R., Pontes, P., & Brasil, O. (2001). Disfonias funcionais. Em: M.A. Behlau (Ed), *Voz: O livro do especialista* (pp. 247-294). Rio de Janeiro: Revinter.
19. Rosen, C., & Murry, T. (2000). Nomenclature of voice disorders and vocal pathology. *Otolaryngol Clin North Am*. **33**: 1035-1045.
20. Van Houtte, E., Van Lierde, K., D'Haeseleer, E., & Claeys, S. (2010). The prevalence of laryngeal pathology in a treatment-seeking population with dysphonia. *The Laryngoscope*. **120**: 306-312.
21. Menezes, L.N., Behlau, M., Gama, A.C.C., & Teixeira, L.C. (2011). Atendimento em voz no Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. *Ciência & Saúde Coletiva*. **16(7)**: 3119-3129.
22. Millar, A., Deary, I.J., Wilson, J.A., & MacKenzie, K. (1999). Is na organic/functional distinction psychologically meaningful in patients with dysphonia? *Journal of Psychosomatic Research*. **46**: 497– 505.
23. Gerritsma, E.J. (1991). An investigation into some personality characteristics of patients with psychogenic aphonia and dysphonia. *Folia Phoniatr*. **43**: 13-20.
24. Baker, J. (2003). Psychogenic voice disorders and traumatic stress experience: A discussion paper with two case reports. *Journal of Voice*. **17**: 308-318.
25. Altman, K.W., Atkinson, C., & Lazarus, C. (2005). Current and emerging concepts in muscle tension dysphonia: A 30-month review. *Journal of Voice*. **19**: 261-267.
26. Aronson, A.E. (1990). *Clinical voice disorders*. New York: Thieme Medical Publishers.
27. Le Huche, F. (1990). Aphonies et dysphonies par inhibition vocal. Em: *La voix*, Vol. 2 (pp. 165-176). Paris: Masson.
28. Willinger, U., Völkl-Kernstock, S., & Aschauer, H.N. (2005). Marked depression and anxiety in patients with functional dysphonia. *Psychiatry Research*. **134**: 85-91.

29. Andersson, K., & Schalén, L. (1998). Etiology and treatment of psychogenic voice disorder: Results of a follow-up study of thirty patients. *Journal of Voice*. **12**: 96-106.
30. Baker, J. (2008). The role of psychogenic and psychosocial factors in the development of functional voice disorder. *International Journal of Speech-Language Pathology*. **10(4)**: 210-230.
31. Deem, J., & Miller, L. (2000). *Manual of voice therapy*. (2nd ed). Austin (TX): PRO-ED.
32. Sarriegui, A.U., Madorrán, J.M.H., Torices, J.S., & Samitier, E.P. (1996). Disfonía Psicógena. *Anales otorrinolaringológicos ibero-americanos*. **4**: 401-414.
33. Fawcus, M. (1991). *Voice disorders and their management*. London: Chapman & Hall.
34. Garde, E.J. (1963). Les dysphonies psychiques de la voix parlée. *Annales Oto-laryngol*. **80**: 585-589.
35. Herrington-Hall, B.L., Lee, L., Stemple, J.C., Niemi, K.R., & McHone, M.M. (1988). Description of laryngeal pathologies by age, sex, and occupation in a treatment-seeking sample. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. **53**: 57-64.
36. Reiter, R., Rommel, D., & Brosch, S. (2013). Long term outcome of psychogenic voice disorders. *Auris Nasus Larynx*. **40**: 470-475.
37. Schalén, L., & Andersson, K. (1992). Differential diagnosis and treatment of psychogenic voice disorder. *Clinical Otolaryngology & Allied Sciences*. **17**: 225-230.
38. Brodnitz, F.S. (1969). Functional aphonia. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. **78(6)**: 1244-1253.
39. Bader, C.A., & Schick, B. (2013). Psychogenic aphonia. A challenging diagnosis? *HNO*. **61**: 678-682.
40. Murphy, R.A., & Hallahan, B. (2013). Case Report: Psychosis improved dysphonia. *BMJ Case Reports*.
41. Willinger, U., & Aschauer, H.N. (2005). Personality, anxiety and functional dysphonia. *Personality and Individual Differences*. **39**: 1441-1449.
42. Kinzl, J., Biebl, W., & Rauchegger, H. (1988). Functional aphonia: A conversion symptom as defensive mechanism against anxiety. *Psychotherapy and Psychosomatics*. **49(1)**: 31-36.
43. Stephansson, J.G., Messina, J.A., & Meyerowitz, S. (1976). Hysterical neurosis, conversion type: clinical and epidemiological considerations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. **53**: 119-138.
44. Sudhir, P.M., Chandra, P.S., Shivashankar, N., & Yamini, B.K. (2009). Comprehensive management of psychogenic dysphonia: A case illustration. *Journal of Communication Disorders*. **42**: 305-312.
45. Kuljia, B. (2004). Cognitive-behavioral therapy of conversion aphonia. *Vojnosanit Pregl*. **61**: 695-698.
46. Bhatia, M.S., & Vaid, L. (2000). Hysterical aphonia na analysis of 25 cases. *Indian J Med Sci*. **54**: 335-338.
47. Butcher, P. (1995). Psychological processes in psychogenic voice disorder. *European Journal of Disorders of Communication*. **30**: 467-474.

48. Van Harten, P.N., & Schutte, H.K. (1992). Psychogenic aphonia; an effective and rapidly treatable conversion. *Ned Tijdschr Geneesk.* **136**: 790-793.
49. Rubin, J.S., & Greenberg, M. (2002). Psychogenic Voice Disorders in Performers: A Psychodynamic Model. *Journal of Voice.* **16(4)**: 544-548.
50. Baker, J. (1998). Psychogenic Dysphonia: Peeling Back the Layers. *Journal of Voice.* **12**: 527-535.
51. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* (5th ed). Washington DC: Author.
52. Hurwitz, T.A. (2004). Somatization and conversion disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry.* **49(3)**: 172-178.
53. Butcher, P., Elias, A., & Cavalli, L. (2007). *Understanding and treating psychogenic voice disorder.* London: John Wiley & Sons.
54. Baker, J. (2002). Psychogenic voice disorders – heroes or hysterics? A brief overview with questions and discussion. *Logopedics Phoniatics Vocology.* **27**: 84-91.
55. Baker, J. (2002). Persistent dysphonia in two performers affecting the singing and projected speaking voice: A report on a collaborative approach to management. *Logopedics Phoniatics Vocology.* **27**: 179-186.
56. Matas, M. (1991). Psychogenic voice disorders: Literature review and case report. *Canadian Journal of Psychiatry.* **36**: 363-377.
57. House, A., & Andrews, H.B. (1988). Life events and difficulties preceding the onset of functional dysphonia. *Journal of Psychosomatic Research.* **32**: 311-319.
58. Baker, J. (2010). Women's voices: lost or mislaid, stolen or strayed? *International Journal of Speech-Language Pathology.* **12(2)**: 94-106.
59. Maniecka-Aleksandrowicz, B., Domeracka-Kołodziej, A., Rózak-Komorowska, A., & Szeptycka-Adamus, A. (2006). Management and therapy in functional aphonia: analysis of 500 cases. *Otolaryngologia Polska.* **60**: 191-197.
60. Butcher, P., Elias, A., & Raven, R. (1993). *Psychogenic voice disorders and cognitive behavior therapy.* San Diego: Singular Publishing Group.
61. Aronson, A.E., Peterson, H.W., & Litin, E.M. (1966) Psychiatric symptomatology in functional dysphonia and aphonia. *Journal of Speech and Hear Disorders.* **31**: 115-127.
62. Smurthwaite, H. (1919). War neuroses of the larynx and speech mechanisms. *Journal of Laryngology, Rhinology and Otology.* **XXXIV**: 13-20.
63. Barton, R.T. (1960). The whispering syndrome of hysteric dysphonia. *Ann Otol Rhinol Lar.* **69**: 156-164.

64. Perkins, W. (1957). The challenge of functional disorders of voice. Em: Le Travis (Ed), *Handbook of Speech Pathology* (pp. 832-877). New York: Appleton.
65. Wyatt, G.L. (1941). Voice disorders and personality conflicts. *Mental Hygiene*. **25**: 237-250.
66. Perepel, E. (1930). On the physiology of hysterical aphonia and mutism. *International Journal of Psychoanalysis*. **11**: 185-192.
67. Freud, S. (1905). *Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria*. (Standard Ed, Vol. 7). London: Hogarth Press.
68. Hammarberg, B. (1987). Pitch and quality characteristics of mutational voice disorders before and after therapy. *Folia Phoniatr*. **39**: 204-216.
69. Maximov, I. (1961). De la symptomatologie des dysphonies fonctionnelles. *Revue de Laryngol*. 896-905.
70. Milutinović, Z. (1990). Results of Vocal Therapy for Phononeurosis: Behavior Approach. *Folia Phoniatr*. **42**: 173-177.
71. Milutinović, Z. (1990). Inflammatory Changes as a Risk Factor in the Development of Phononeurosis. *Folia Phoniatr*. **45**: 36-39.
72. Sapir, S. (1995) Psychogenic spasmodic dysphonia: A case study with expert opinions. *Journal of Voice*. **9**: 270-281.
73. Aybek, S., Kanaan, R.A., & David, A.S. (2008). The neuropsychiatry of conversion disorder. *Current Opinion in Psychiatry*. **21**: 275-280.
74. Gregory, N.D., Chandran, S., Lurie, D., & Sataloff, R.T. (2012). Voice disorders in the elderly. *Journal of Voice*. **26**: 254-258.
75. Davids, T., Klein, A.M., & Johns, M.M. (2012). Current dysphonia trends in patients over the age of 65: is vocal atrophy becoming more prevalent? *The Laryngoscope*. **122**: 332-335.
76. Van Houtte, E., Van Lierde, K., & Claeys, S. (2011). Pathophysiology and treatment of muscle tension dysphonia: a review of the current knowledge. *Journal of Voice*. **25**: 202-207.
77. Ptok, M., & Ptok, A. (2012). Laryngopharyngeal reflux and larynx-related symptoms. *HNO*. **60**: 200-205.
78. Kollbrunner, J., Menet, A.D., & Seifert, E. (2010). Psychogenic aphonia: no fixation even after a lengthy period of aphonia. *Swiss Med Wkly*. **140**: 12-17.
79. Mans, E.J. (1993). Symptom-centered psychotherapy in patients with functional voice disorders. *Psychosomatic Medicine and Psychoanalysis*. **39**: 333-345.
80. MacLeod, C., & Hemsley, D. (1985). Visual feedback of vocal intensity in the treatment of hysterical aphonia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. **16(4)**: 347-353.
81. Landeau. (1988). Comment traiter une aphonie psychique. *Les cahiers d'O.R.L.* **XXIII**: 34-35.

82. Butcher, P., Elias, A., Raven, R., Yeatman, J., & Littlejohns, D. (1987). Psychogenic voice disorder unresponsive to speech therapy: Psychological characteristics and cognitive behaviour therapy. *British Journal of Disorders in Communication*. **22**: 81-92.
83. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed, text rev). Washington DC: Author.
84. Elias, A., Raven, R., Butcher, P., & Littlejohns, D.W. (1989). Speech therapy for psychogenic voice disorder: A survey of current practice and training. *British Journal of Disorders of Communication*. **24**: 61-76.
85. Dietrich, M., Verdolini, A.K., Gartner-Schmidt, J., & Rosen, C.A. (2008). The frequency of perceived stress, anxiety, and depression in patients with common pathologies affecting voice. *Journal of Voice*. **22(4)**: 472-488.
86. Deary, I.J., Wilson, J.A., Carding, P.N., & Mackenzie, K. (2003). The Dysphonic voice heard by you and me: Differential associations with personality and psychological distress. *Clinical Otolaryngology*. **28**: 374-378.
87. Binzer, M., & Esemann, M. (1998). Childhood experiences and personality traits in patients with motor conversion symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. **98**: 288-295.
88. McCue, E.C., & McCue, P.A. (1988). Hypnosis in the Elucidation of Hysterical Aphonia: A Case Report. *American Journal of Clinical Hypnosis*. **30(3)**: 178-182.
89. Giacalone, A.V. (1981). Hysterical Dysphonia: Hypnotic Treatment of a Ten-year-old Female. *American Journal of Clinical Hypnosis*. **23(4)**: 289-293.