



A cura di Francesco Mininni \*

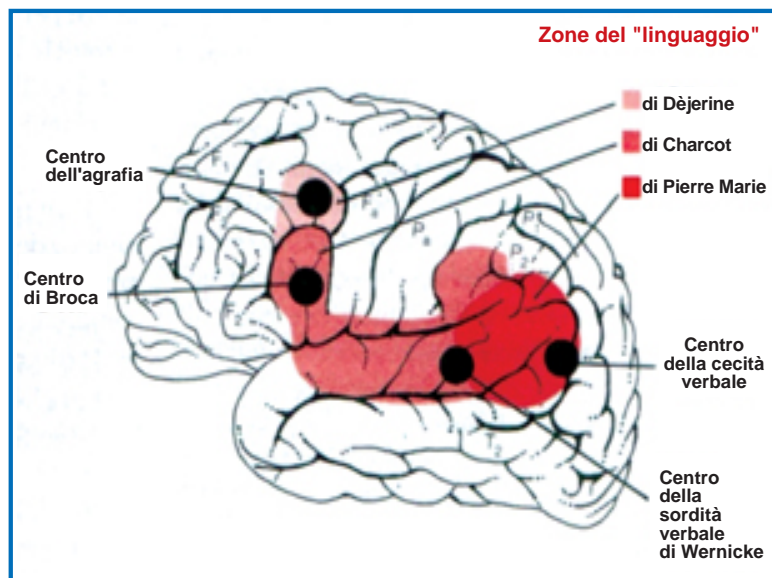


# I disturbi del linguaggio nel bambino e nell'adulto

**E** semplificare un fenomeno complesso come il linguaggio è una operazione sicuramente difficile che rischia di trascurare segmenti importanti, e comunque funzionali alle caratteristiche proprie della comunicazione, che va intesa nella maniera più globale possibile, comprendendo tutte le abilità necessarie, verbali e non. In realtà, proprio per questo, oggi si preferisce utilizzare il termine di comunicopatia, per intendere un qualsiasi stop dell'evoluzione sensoriale o motoria della comunicazione. Il discorso diventa ancora più difficile, quando si cerca di delineare le competenze di discipline che sono affini, ma specifiche: otorinolaringoiatria, audiologia, foniatra, neuropsichiatria infantile, neurologia, logopedia che devono necessariamente integrarsi in un approccio globale, senza ingenerare conflitti che gravano irrimediabilmente sul soggetto, pregiudicandone il risultato terapeutico.

## Disturbi del linguaggio nel bambino

Se i genitori riscontrano un ritardo del linguaggio nel bambino si rivolgono in prima istanza al pediatra che deve



## Possiamo distinguere su un piano foniatrico

**disfonia** = alterazioni della voce;

**dislalie meccaniche periferiche** = difetti di pronuncia, in seguito ad alterazioni morfofunzionali del naso, dei seni paranasali e dell'orofaringe (cavità di risonanza), della bocca e dei denti (malocclusioni dentarie, disgnazie) e del complesso del massiccio facciale in generale;

**turbe del flusso verbale** = balbuzie.

possedere notevole competenza in merito all'evoluzione psiconeurolinguistica. La prima cosa da escludere è la sordità, in quanto, se l'intervento è precoce, è possibile risolvere non solo il deficit uditivo, ma anche quello verbale tramite la protesizzazione acustica e la logopedia (rieducazione labio-acustica). Semplicemente un individuo può essere muto perché sordo (*surdus, deinde mutus*), tanto più muto, quanto più sordo.

Molte patologie, però, possono essere confuse con la sordità e così il contrario: accade ancora abbastanza frequentemente che individui con deficit intellettivo di grado marcato o autistici vengano scambiati per sordi e viceversa.

D'altronde si assiste non di rado a diagnosi che esprimono solo un sintomo, tipo "ritardo psicomotorio, turbe evolutive, disortografia, discalculia, etc." e che, pertanto, non sono ben definite su un piano nosologico.

Nell'infanzia gli handicap associati complicano la problematica, rendendo più indagosa la diagnosi differenziale: tratti autistici, in realtà, sono spesso presenti nei sordi profondi che hanno bisogno di un approccio multivariato e multidisciplinare.

## Schema etiopatogenetico della balbuzie

### • Fattori predisponenti endogeni

- Predisposizione genetica e familiarità
- Turbe di maturazione del SNC
- Alterazioni del SNC e dei neurotrasmettitori

Disfluenze primarie

Reazione affettiva

Balbuzie

Manifestazioni secondarie

Meccanismi di autoalimentazione

Disfluenze

### • Fattori scatenanti ed aggravanti esogeni

- Traumi emotivi acuti
- Condizioni generali di salute

## Balbuzie

La balbuzie è un problema molto sentito dai genitori; secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità è un disordine del ritmo della parola e rappresenta un vero e proprio handicap per chi ne è affetto, che compromette la normale vita di relazione. Può essere motivo di grande sofferenza, quando c'è un indice puntato sul soggetto balbuziente che è sin troppo intelligente e, soprattutto, sensibile.

Il balbuziente sa bene ciò che vuole esprimere, ma non è in grado di farlo, a causa di involontari arresti. Eziologicamente pare sia legata a problemi genetici ed è determinata da scarse connessioni tra due aree della regione sinistra del cervello.

Interessa tre fattori ben definiti: ripetizione di parti o di parole intere, prolungamento di suoni, pause prolungate (disturbo della fluency del linguaggio o disfemia) – valutazione di indesiderabilità, anormalità e inaccettabilità (reazione degli ascoltatori) – soggetto che balbetta, riconoscendosi balbuziente (reazione del soggetto) che concorrono a ridurre drasticamente la qualità della vita. Eppure Demostene, oratore per eccellenza, è rimasto leggendario per la sua balbuzie. Anche Cicerone ne era affetto e persino, nei tempi moderni, Lenin.

Da questo si evince come il **problema più grosso per il balbuziente sia di natura squisitamente emozionale**.

A parte va considerato il ritardo semplice del linguaggio che può essere solo una condizione di devianza dallo standard medio: ad esempio un bambino che comincia ad acquisire fonemi a 5 anni anziché a 2.

Si può parlare di ritardo del linguaggio fino a 5-6 anni o anche fino a 8 anni. Il bambino confonde i fonemi (ad esempio *sa* per *ta*) e può tranquillamente recuperare nel tempo.

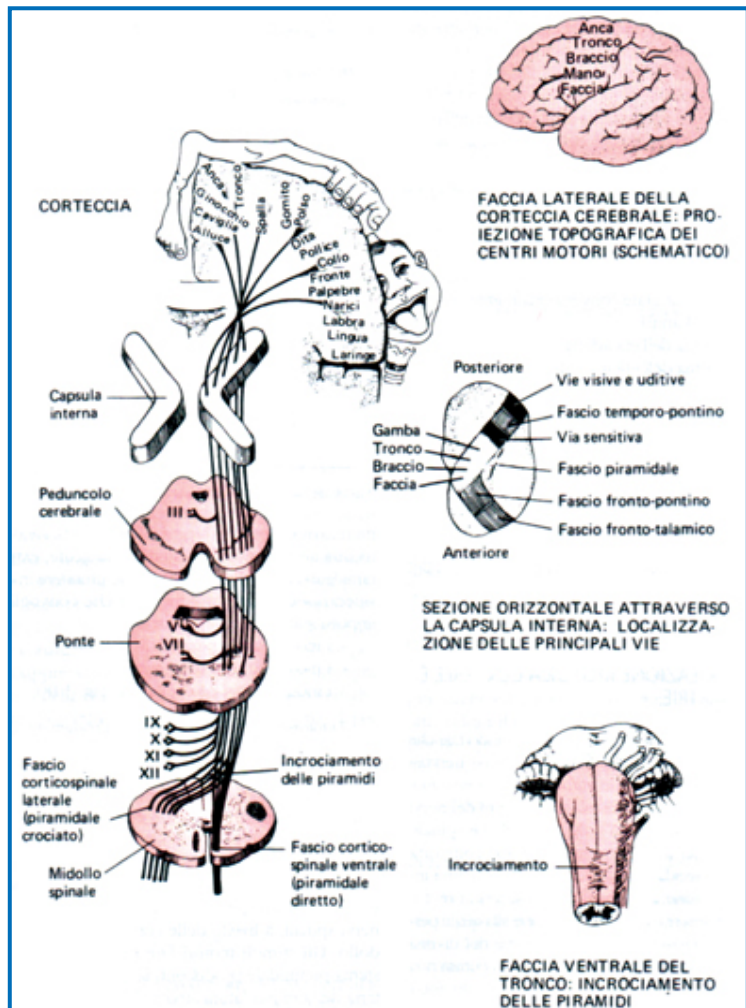
## I disturbi del linguaggio nell'adulto

### Afasia

Uno dei disturbi più frequenti nell'adulto è l'afasia, classicamente divisa nelle due sindromi principali a seconda delle aree corticali interessate (Broca o motoria, Wernicke o sensitiva). L'afasia *motoria* è caratterizzata da buona comprensione, ma con eloquio spontaneo non fluente, in presenza di emiplegia destra e paralisi facciali. Quella *sensitiva* è invece caratterizzata da cattiva comprensione con eloquio spontaneo fluente, ma con errori fino alla totale incomprendibilità, in assenza di paralisi. Entrambe comprendono il 40% delle forme afasiche secondo la classificazione di Vignolo (1977). In generale per afasia s'intende la perdita parziale o

totale di una o più abilità comunicative già strutturate di tipo linguistico o non linguistico a seguito di una lesione organica delle strutture cerebrali, ad eziologia vascolare, degenerativa, traumatica o neoplastica.

È frequente che una ischemia cerebrale possa dare, oltre all'afasia, la *disfagia* che ha per risultato un alterato controllo



della deglutizione, e quindi, una probabile broncopolmonite *ab ingestis*, difficilmente controllabile sul piano terapeutico (frequente causa di decesso in questi casi).

### *Disartria*

Per disartria s'intende la compromissione dell'espressione verbale e fonatoria dovuta a lesione del 1° motoneurone del sistema piramidale e/o extrapiramidale e/o cerebellare.

Tralasciando i fattori eziologici e clinici della disartria infantile, quelli che riguardano l'adulto sono caratterizzati eziologicamente da malattie degenerative e vascolari del sistema nervoso centrale, traumi cranio-encefalici, neoplasie encefaliche, malattie del sistema extrapiramidale (Parkinson), malattie dismetaboliche e infettive, clinicamente da forme spastiche, atassiche, ipocinetiche, ipercinetiche.

La sintomatologia fonoarticolatoria è legata alle modificazioni patologiche determinate dalla malattia di base. Nella **disartria spastica** la voce è rauca, l'articolazione dei fonemi è rallentata e imprecisa e la risonanza nasale è aumentata. Nella **disartria atassica** la voce è rauca e monotona, l'articolazione è rallentata e imprecisa e l'intensità della voce è irregolare. Nella **disartria ipocinetica** la voce è rauca, soffiata con possibili tremori e presenza di insufficienza glottica, l'articolazione è rallentata, con improvvisa accelerazione. Nella **disartria ipercinetica** la voce è strozzata e rauca, l'articolazione è imprecisa e intermittente.

### *Conclusioni*

*Da questo breve excursus emerge abbastanza chiaramente che il linguaggio è una manifestazione nobile e peculiare del genere umano, indispensabile alla comunicazione, tanto da caratterizzarla nella sua peculiarità. Diceva Bertrand Russel: "la lingua è un mezzo per esternare e rendere pubbliche le nostre esperienze. Un cane non può riferire la propria autobiografia. Indipendentemente da quanto eloquentemente sappia abbaiare, non può dirvi che i suoi genitori erano poveri ma onesti". Proprio qui risiede la differenza tra capacità linguistica e capacità comunicativa. Essendo quindi essenziale alla nostra specie l'abilità comunicativa proveniente dal pensiero, da questo si comprende come è delicatissima la sfera del linguaggio, ovviamente inteso nel senso del λόγος greco, e pertanto in linea indispensabile alla vita di relazione, fortemente compromessa, se sussiste un grave deficit o ritardo del linguaggio.*

*Da questo punto di vista si auspica che otorinolaringoiatra, foniatra, audiologo, neurologo e neuropsichiatra collaborino per l'inserimento del soggetto con deficit comunicativo nella società. Un ruolo di raccordo preminente nell'infanzia lo deve avere il pediatra, nell'età adulta il medico generalista.*

\* Dirigente Audiologia Professionale  
U.O. Medicina del Lavoro Az. Policlinico Bari  
Presidente AIERRE (Associazione Internazionale Ricerca e Recupero  
Disordini della Comunicazione Umana)

A cura di Ada Del Conte \*

## La rieducazione dei disturbi del linguaggio

*I ruoli fondamentali della famiglia, della scuola e del mondo del lavoro.*

**N**

ella rieducazione dei disturbi della comunicazione bisogna tener conto di svariati fattori, in apparenza di poco conto, ma indispensabili per il recupero soddisfacente del paziente. Un primo luogo comune da sfatare è quello che la rieducazione del linguaggio sia compito di una sola figura professionale (logopedista), mentre l'esperienza insegna che solo un intervento di tipo multidisciplinare esteso a tutti gli ambiti propri del soggetto da trattare (famiglia, scuola, lavoro) è capace di garantire i migliori risultati. Dopo la diagnosi circostanziata preventiva, infatti, le tecniche logopediche devono essere adeguate al singolo caso e non possono prescindere da:

- un'osservazione prolungata dei dati clinico-specialistici di partenza;
- età del soggetto ed epoca d'insorgenza del disturbo;
- fattori ambientali;
- inserimento nella scuola;
- eventuali deficit associati.

Premesso che la persona è un'unità *integrata corpo/mente*, l'approccio educativo/rieducativo logopedico nei ritardi del linguaggio non può che essere **globale** ed incentrato, specialmente nel bambino, sull'**attività psicomotoria di gruppo** e sull'**arricchimento del vocabolario**, che devono sempre precedere ogni tentativo di correzione del disturbo articolatorio, per il rischio di un danno psicologico permanente.

Dopo questa fase preliminare si passa agli esercizi specifici per la singola patologia (balbuzie, ritardi del linguaggio, afasia, ecc.): rilassamento; impostazione corretta della respirazione; ginnastica della muscolatura delle labbra, della lingua, delle guance, del velo; impostazione corretta dei fonemi; ecc.

In particolare per la balbuzie sono state proposte varie tecniche, ma ciò che conta nella rieducazione è la rottura del **circolo inibitorio** (fig. a) ed il risultato finale (fig. b).

Anche la riabilitazione dell'afasico non può prescindere dalla personalità e dalle potenzialità del paziente, per cui ogni regola preconstituita limita l'iniziativa ed il dinamismo



Esercizi di ritmo corporeo con il metronomo.



Allenamento acustico ed identificazione del suono dei vari strumenti.



Differenza tra un suono lungo ("s") ed uno breve ("pa").



Impostazione della vocale "o"

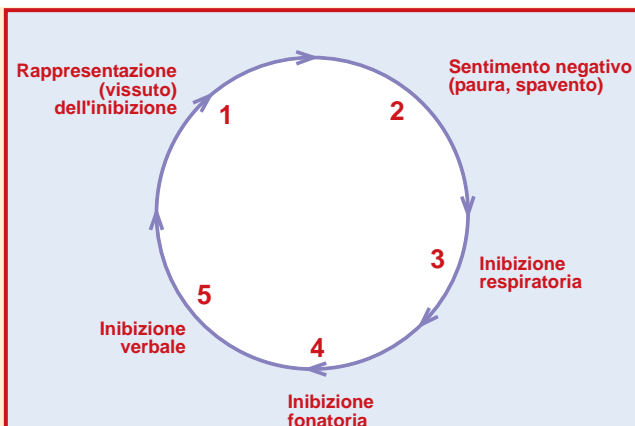


Figura A

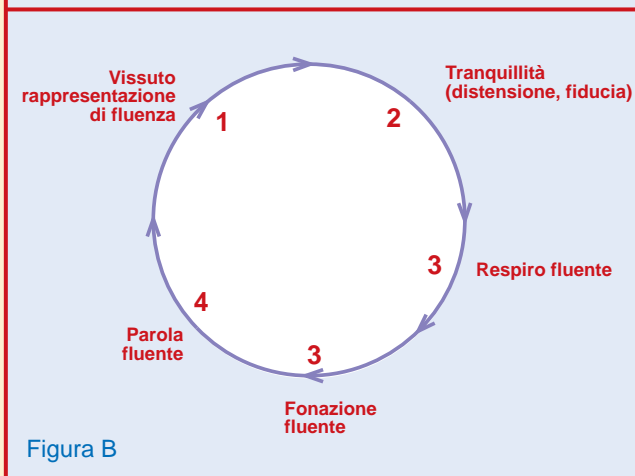


Figura B

personale. L'approccio terapeutico sarà pertanto diversificato a seconda del tipo e della gravità dell'afasia e richiede:

- l'utilizzo di qualsiasi canale comunicativo;
- l'azione congiunta sul paziente e sulle sue capacità comunicative;
- l'eventuale pronta modifica della strategia comunicativa adottata, in rapporto all'evoluzione del disturbo comunicativo;
- l'allenamento alla deglutizione, in caso di disfagia post-ischemica cerebrale.

La riabilitazione degli afasici, che presentano difficoltà all'inizio dell'eloquio spesso associati a disturbi della letto-scrittura, si fonda sulle **tecniche di facilitazione** (liste di numeri progressivi; giorni della settimana; mesi; ecc.) e di **trasferimento della manualità all'altro lato**, (ad es. quando è colpito l'arto superiore destro).

La frequenza e la durata di un trattamento logopedico dipendono dalla diagnosi e dalla prognosi del disturbo valutato in équipe (2-3 sedute settimanali della durata media di 45 minuti); per i casi più severi è necessaria una terapia di richiamo/mantenimento (1-2 volte al mese) protratta anche per alcuni anni.

\* Logopedista - AUSL TA/I