

DISTURBI DEL LINGUAGGIO

Con il termine **“disturbi del linguaggio”** si intendono tutte quelle alterazioni della comunicazione verbale caratterizzate da una compromissione più o meno significativa del linguaggio verbale ed espressivo.



Le **“Dislalie”** sono caratterizzate da un difetto dell’articolazione della parola, cioè da un disturbo a livello della produzione dei singoli **“fonemi”** da parte delle strutture del cosiddetto **“Vocal Tract”** (labbra, lingua, velo palatino, palato duro e regione dento-alveolare).

Esse vengono distinte in base al fonema alterato (**R**= rotacismo; **S**= sigmatismo ecc...) e al punto di articolazione del fonema stesso, riconoscendo pertanto differenti cause etiologiche:

- **Dislalie Labiali:** da difetti congeniti (labiopalatoschisi), paralisi del VII nervo cranico (nervo facciale), esiti cicatriziali;

- **Dislalie Linguali:** da frenulo linguale corto, lesioni del corpo linguale (traumatiche o chirurgiche), paresi o paralisi del nervo ipoglosso;
- **Dislalie Dento-Alveolari:** da malocclusioni dentarie o malformazioni e/o lesioni scheletriche;
- **Dislalie Palato-Velari:** da palatoschisi o da paralisi del velo palatino (rinolalia aperta), di natura congenita, post-infettiva o chirurgica.



L'inquadramento diagnostico delle *dislalie* prevede una accurata valutazione obiettiva delle vie aeree superiori (*cavo orofaringeo, rinofaringeo, ipofaringeo e laringe*) che lo specialista otorinolaringoiatra effettua avvalendosi di esami strumentali come la ***Fibrorinoscopia*** e la ***Fibrolaringoscopia*** (vedi articoli dedicati) e, al bisogno, di strumenti specifici come lo ***Spettrografo, il Manofono, l'Elettropalatografo***.

Gli ***Esami Audiometrico ed Impedenzometrico*** sono esami fondamentali al fine di escludere deficit uditivi in grado di alterare la corretta comprensione dei fonemi.

La **terapia** è prevalentemente “**logopedica**”, integrata eventualmente, a seconda dei casi, dall'opera dell'ortodontista, del neurologo, dello psicologo e del chirurgo maxillo-facciale.

Le “**Disartrie**” sono disturbi del linguaggio articolato nei quali il deficit è a livello motorio, con alterazioni più o meno gravi della programmazione motoria e del controllo dell'attività muscolare finalizzata alla parola.

Si tratta perlopiù di disturbi legati a ***patologie del Sistema Nervoso, Centrale o Periferico*** (Paralisi bulbare e Pseudobulbare, Morbo di Parkinson, patologie del cervelletto, Sclerosi Laterale Amiotrofica, patologie cerebrali ecc.....) e che

richiedono quindi, oltre all'imprescindibile **trattamento logopedico**, un trattamento spesso multidisciplinare, specifico della patologia alla base del disturbo.

Il **“Ritardo semplice di parola o di linguaggio”** è l'assenza o il ritardo di acquisizione della verbalità espressiva in termini globali o in uno degli aspetti parziali (*fonematici, lessicali e/o morfosintattici*) mentre tutte le altre abilità comunicative e non comunicative non risultano compromesse.



Solitamente si ha risoluzione spontanea entro i 5 anni di età.

Se il ritardo persiste oltre i 5 anni è necessario escludere cause più gravi, che in genere risultano associate ad altri disturbi della sfera comunicativa, come **dislessia** (difficoltà a leggere) o **disgrafia** (difficoltà a scrivere), sempre ricorrendo ad un corretto **inquadramento neuropsichiatrico** del piccolo paziente.

Il bambino apprende il linguaggio attraverso tappe fondamentali che possono essere schematicamente riassunte come segue:

- **a 6 mesi** inizia la fase della lallazione; il bambino pronuncia semplici sillabe prive di senso, spesso ripetendo la stessa sillaba (lla-lla; bba-bba; mma-mma; aa-aa ecc...)
- **dai 7 ai 9 mesi** il bambino scopre gli oggetti, impara a raggiungerli e capisce che l'adulto è un "oggetto" tutto speciale a cui può chiedere le cose emettendo vocalizzi particolari o tendendo la mano verso l' oggetto desiderato quando l' adulto lo guarda.

Il riconoscimento degli oggetti e del loro funzionamento diviene, nel bambino, "conoscenza" ed è produttore di pensiero, che è la materia prima del linguaggio.

- **Verso i 18 mesi** il bambino è in grado di produrre le prime combinazioni di due parole oppure di una parola e un gesto di indicazione; ad esempio dice "Mamma" e indica la pappa che vuole.

Questo cammino che il bambino percorre nella relazione con l'adulto alla scoperta degli oggetti farà decollare il linguaggio sotto forma di parole.

- **dai 2 ai 3 anni** le combinazioni di parole diventano più lunghe e più complesse e, al momento dell'ingresso alla scuola materna, a 3 anni - 3 anni e mezzo, il bambino possiede praticamente tutte le strutture sintattiche fondamentali della sua lingua; nel contempo il vocabolario aumenta notevolmente, passando dalle poche parole usate a 1 anno alle 8/9000 parole usate a 3 anni, con un ritmo di acquisizione che, fino a 6 anni, sarà di circa 300 parole ogni sei mesi.

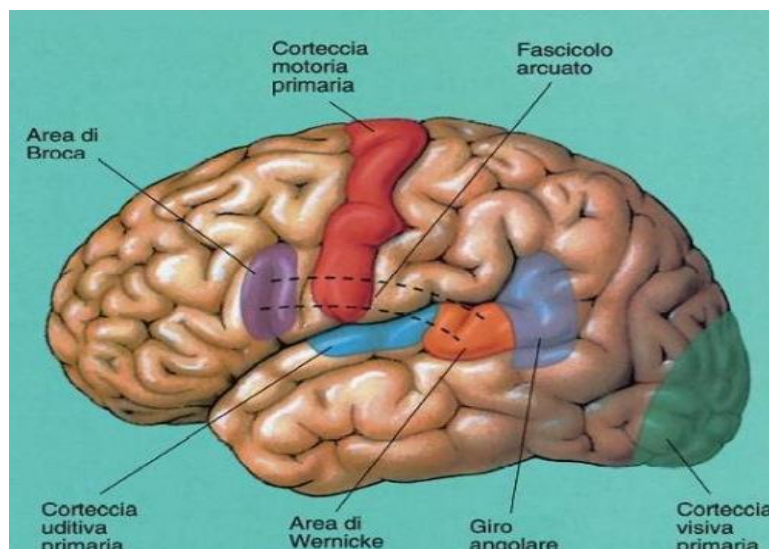
Va sottolineato che questo breve e sommario excursus non deve spostare l'attenzione dal fatto che l'apprendimento del linguaggio da parte del bambino avviene all'interno di un percorso fatto di molte tappe successive a cui non tutti arrivano nello stesso momento e che il bambino svolge insieme all'adulto, in uno scambio continuo di relazioni affettive e comunicative.

*Il **“ritardo semplice”** si realizza sulla base di una predisposizione ereditaria, in bambini con personalità irrequiete o viceversa apatiche, e in condizioni ambientali svantaggiose (ambiente familiare poco stimolante o disattento).*

Si deve sempre distinguere il **“ritardo semplice”** dal **“ritardo da cause audiologiche”** (sordità congenite o acquisite).

Lo specialista otorinolaringoiatra, attraverso gli opportuni esami strumentali (*videoOtosopia, otomicroscopia, fibrorinoscopia ecc...*) e funzionali (*esame audiometrico e impedenzometrico, ERA, ecc...*) è in grado di dirimere con certezza tale dubbio al fine di mettere in atto il corretto protocollo terapeutico.

Le **“Afasie”** sono disturbi acquisiti della produzione linguistica, dovuti in genere a lesioni dell'emisfero cerebrale sinistro (nei destrimani) spesso reliquati di ictus o sintomi di cerebro-vasculopatie degenerative croniche o di demenza senile (Morbo di Alzheimer).



In questi casi la **rieducazione logopedica**, *spesso prolungata e difficoltosa*, si deve affiancare al **supporto psicologico**, per la frequente depressione psichica che consegue al disturbo.

La **“Balbuzie”**, conosciuta fin dall’antichità (*sembra che Mosè e Aristotele ne fossero affetti*) si inquadra nel gruppo delle cosiddette “disfluenze”, disturbi del linguaggio nei quali la comunicazione verbale è disturbata nel suo armonico fluire.



Secondo l’OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) si tratta di un “*disordine del ritmo della parola, nel quale il paziente sa con precisione ciò che vorrebbe dire, ma al contempo non è in grado di dirlo a causa di involontari arresti, ripetizioni e/o prolungamenti dei fonemi*”.

Dai tempi di Ippocrate (450-375 a.C.), che la interpretava come uno squilibrio tra i quattro “umori” fondamentali del corpo umano, le teorie sulla causa della balbuzie si sono susseguite nei secoli, numerose e diverse secondo l’evoluzione del pensiero scientifico.

A tutt’oggi non siamo ancora in grado di spiegare compiutamente ed in modo univoco i vari aspetti di questa complessa malattia.

La tendenza attuale è quella di definire la “balbuzie” una patologia multifattoriale, in cui su un terreno di predisposizione genetica, agiscono in varia combinazione altri fattori patogeni sia di ordine organico (teoria organicista) che psicologico (teoria psicogenetica).

La sintomatologia comprende inoltre un *disturbo dell’attività respiratoria durante l’eloquio*, sempre nel senso di un accorciamento della fase fonatoria (*espirazione*), con tachipnea (*aumento del ritmo respiratorio*).

Si vengono in sintesi a produrre degli *spasmi muscolari di tipo tonico-clonico* (contrazioni e rilasciamenti muscolari in rapida successione) che tendono classicamente ad interessare la produzione di alcuni fonemi o gruppi sillabici, con notevole costanza nel singolo paziente, ma con grande variabilità tra un paziente e l'altro.

Per evitare di pronunciare tali fonemi “*critici*” il paziente mette in atto una serie di reazioni di evitamento con *sostituzioni di parole, circumlocuzioni, embolofrasie (suoni privi di significato)*.

Spesso, in concomitanza con il blocco spastico dell'articolazione della parola, la tensione diventa visibile sotto forma di *rossore, pallore, sudorazione, deglutizione o inspirazione forzata, movimenti degli arti e della muscolatura mimica del volto*.

La balbuzie, anche grave, tende a ridursi e a scomparire durante il canto e la recitazione.

La terapia della balbuzie è tanto più efficace quanto più la diagnosi è precoce, e varia da paziente a paziente, in quanto deve tenere conto dei molteplici fattori che giocano nel contesto della malattia (familiari, anagrafici, lavorativi, grado di istruzione, malattie concomitanti, struttura psicologica, grado di collaborazione, ecc...) che fanno del balbuziente un paziente unico, che va adeguatamente inquadrato al fine di procedere con un idoneo trattamento.

Il programma terapeutico si basa su *terapie comportamentali*, sia soggettive che di tipo ambientale (*familiare, scolastico, lavorativo ecc...*), *terapie fonologopediche* (individuali, di gruppo o miste), *terapie psicologiche mirate*, finalizzate al recupero della “*fluenza fonatoria*” ed al superamento delle difficoltà psico-sociali legate al disturbo.