

Indice

1	Introduzione.....	1
	Capitolo 1. La balbuzie.....	2
1.1	Nozioni generali.....	2
1.1.1	La balbuzie nella storia.....	2
1.1.2	Verso una definizione.....	5
1.1.3	Epidemiologia.....	8
1.1.4	Eziopatogenesi.....	11
1.2	Come l'ambiente può incidere sulla balbuzie.....	21
1.2.1	L'ambiente familiare.....	21
1.2.2	L'ambiente scolastico.....	26
1.3	La presa in carico del bambino con balbuzie in età scolare.....	27
1.3.1	Valutazione.....	29
1.3.2	Counseling.....	32
1.3.3	Trattamento riabilitativo.....	33
	Capitolo 2. SpeechCare – Centro Tratamento de Gaguez: un modello di organizzazione dei servizi per la balbuzie in Portogallo. Analisi della realtà italiana.....	39
2.1	Speechcare Centre – Centro de Tratamento de Gaguez: un approccio integrato per la presa in carico della balbuzie.....	39
2.1.1	Bambini in età prescolare.....	40
2.1.2	Bambini in età scolare.....	42
2.1.3	Adolescenti e adulti.....	43
2.2	Analisi della realtà italiana.....	45
2.3	Conclusioni.....	47
	Capitolo 3. Incidenza del fattore ambientale nell'attitudine comunicativa nel bambino con balbuzie.....	49
3.1	Introduzione al progetto.....	49
3.2	La presa in carico: trattamento diretto e indiretto.....	50
3.3	La scuola: modificazione dell'ambiente tramite intervento di desensibilizzazione rivolto a insegnanti e classe.....	58
3.4	Risultati e conclusioni: una proposta d'intervento in età scolare.....	63
	Allegati.....	65
	Bibliografia e Sitografia.....	79
	Ringraziamenti.....	81

1 Introduzione

Tra il settembre 2022 e il gennaio 2024 ho avuto la fortuna di partecipare al progetto *Erasmus + Traineeship* come tirocinante presso la clinica portoghese Speechcare, guidata dal Dott. Gonçalo Leal e specializzata in valutazione e trattamento dei disturbi di fluenza in età prescolare, scolare, adolescenziale ed adulta. Durante questi mesi ho maturato grandissimo interesse verso un mondo nuovo, pressoché marginale nella nostra realtà territoriale: la balbuzie.

In Italia, infatti, la presa in carico della persona con balbuzie è esclusivamente ad appannaggio delle poche realtà private specializzate nei disturbi di fluenza; ciò rende estremamente svantaggioso, difficile ed esclusivo intraprendere un percorso riabilitativo.

Il progetto, oltre ad essere stato immensa fonte di crescita personale e professionale, ha ispirato questa di tesi di laurea, il cui intento, è quello di analizzare come il fattore ambiente incida sull'attitudine comunicativa e sulla qualità di vita del bambino con balbuzie e di come l'intervento logopedico possa inficiare positivamente sulla qualità di vita tramite modificazioni ambientali di desensibilizzazione nel contesto familiare e scolastico. Il fine ultimo del progetto è quello di avanzare una proposta di intervento incentrata sulla modificazione dell'ambiente che circonda il bambino che balbetta in età scolare, coinvolgendo non solo genitori e famiglia, ma anche insegnanti e compagni di classe, volto a creare un ambiente inclusivo che promuova il pieno sviluppo personale e sociale della persona che balbetta.

Capitolo 1. La balbuzie

1.1 Nozioni generali

1.1.1 La balbuzie nella storia

L'origine della balbuzie è assai datata: la prima testimonianza risale al III millennio a.C., nel testo letterario *La storia del naufragio*, proveniente dall'Egitto, dove compare il vocabolo *njyt*, che sembrerebbe indicare il verbo *balbettare*; tuttavia, potrebbe non alludere propriamente alla disfluenza come intesa oggi giorno, poiché il geroglifico non figura nei numerosi testi di medicina risalenti allo stesso periodo. Una tavoletta d'argilla ritrovata in Mesopotamia e datata 2500 a.C. riporta, in alfabeto cuneiforme, una preghiera in cui viene chiesto di essere liberati dalla balbuzie. Di nuovo in Egitto, qualche tempo più tardi, la balbuzie viene definita come un parlato a scatti, assimilabile a quello di una persona triste. Viene descritta come impedimento anche in un poema cinese della dinastia di Han.

Nella città biblica di Beth Shemish è stata rinvenuta una tavoletta d'argilla con un appello che recita «O Dio, apri una fenditura nella spina dorsale della mia balbuzie. Rimuovi l'origine del mio impedimento». Dalla tradizione biblica, Mosè risulta essere la prima persona balbuziente di cui si ha traccia; nell'Esodo sono molteplici i riferimenti alla difficoltà («Mio Signore, io non sono un buon parlatore, non lo ero in passato e non lo sono neppure ora [...] sono lento di bocca e di lingua», «Sciogli il nodo della mia lingua, affinché essi comprendano il mio dire»). La tradizione rabbinica, invece, nel libro del Talmud racconta della balbuzie di Mosè come conseguente ad un evento traumatico, ma tale spiegazione sembra essere più mitica che basata su una realtà storica.

In ambito letterario è Omero che per primo utilizza il vocabolo riferendosi alla mancanza di linguaggio recepita come difetto e non come uno stato emozionale transitorio. Riprende questo concetto anche Erodoto, con i termini *isknophonos kai traulos*, traducibili in «voce forzata e balbettante». Una prima spiegazione fisio-anatomica della balbuzie viene data Aristotele: come riporta nella discussione sul linguaggio all'interno del suo trattato *La storia degli animali*, egli stesso ne era affetto. Per definire la sua balbuzie, egli aggiunse alle parole di Erodoto il termine *psellos*, parola onomatopeica che indica l'omissione di

una lettera o sillaba. Aristotele (384-322 a.C.) sosteneva che nel mondo animale l'uomo è il solo ad essere affetto da balbuzie, in quanto è il solo dotato di ragione: il disturbo, infatti, non sarebbe dipeso né dalle vene (*flebas*) né dalle arterie (*arterias*, tra le quali è compresa anche la trachea), ma esclusivamente dalla lingua, non in grado di compiere movimenti tanto svelti da equiparare la velocità della mente che elabora i pensieri, generando così la ripetizione di uno stesso suono. Ciò si verifica anche nei bambini, quando iniziano a parlare, negli ubriachi e a chi non riesce, con la lingua, a tener testa alla propria immaginazione. Il pensiero di Aristotele riscosse grande approvazione, tanto da influenzare a lungo la medicina in merito alle disfluenze.

Ippocrate (460 a.C.), considerato il padre della medicina, distaccandosi dalle credenze diffuse ai tempi che salute e malattia dipendessero dal volere degli dei, ideò la teoria degli umori, secondo la quale lo stato di malattia originava da uno squilibrio dei quattro umori del corpo: sangue, bile nera prodotta dalla milza, bile gialla prodotta dal fegato e flegma prodotta dal cervello e dai polmoni; nel *De Carnibus*, Ippocrate, fa dipendere la balbuzie a una secchezza della lingua e propone una cura con sostanze vescicanti che drenino la bile nera, responsabile di tale condizione. Galeno (129-216 d.C.), nonostante gli studi dell'influenza del cervello sulla produzione linguistica, seguì la corrente di pensiero di Ippocrate: la balbuzie dipendeva da un'anomalia della lingua, che in base al paziente poteva essere troppo corta o troppo lunga, troppo umida o troppo secca, e per contrastare il disturbo bisognava avvolgere la lingua in piccoli tovaglioli imbevuti in succo di lattuga. Celso (50 d.C.) nel trattato *De Medicina* raccomandava come terapia per la balbuzie di fare gargarismi con un miscuglio di menta, issopo e timo, di masticare senape, aglio e cipolla, di strofinare la lingua con il silfio, e di massaggiare testa, collo, bocca e menta, rilassando così gli organi articolatori; riteneva utili anche esercizi di respirazione e rafforzamento polmonare. Nei secoli a venire i disturbi del linguaggio venivano correlati al modo in cui il legamento sublinguale connetteva la lingua alla mascella, limitando la lingua nei suoi movimenti: si ricorreva dunque alla chirurgia, tramite la tecnica che prendeva il nome di «divisione del frenulo». Nonostante Celso avesse scelto la chirurgia come terapia d'elezione per la balbuzie, al tempo la maggior parte degli interventi continuava a far fede alla teoria dei quattro umori, che considerava la balbuzie non un disturbo di linguaggio, bensì «uno squilibrio umorale che affliggeva l'intero organismo»: il trattamento era volto a «seccare» il paziente attraverso purghe e gargarismi astringenti,

sostanza vescicanti e cauterizzazioni sul collo, ricoprendone la testa di gesso e strofinando la lingua con erbe.

La prima distinzione tra balbuzie fisiologica e balbuzie persistente si deve a Bernard de Gordon, docente di medicina dell'università di Montpellier del XIV secolo; interessandosi allo sviluppo del linguaggio, osservò che tra il secondo e il quarto anno di vita i bambini non erano in grado di dire ciò che volevano e a suo parere questo dipendeva dalla complessità che caratterizzava questo periodo, in cui si allargava il vocabolario e le strutture grammaticali diventavano più complesse.

Un'altra figura importante è il filosofo Francis Bacon, che nella sua *Sylva Sylvarum* (1626) sosteneva che la balbuzie interessava una grande varietà di persone e che queste non erano da considerare inferiori; poiché erano i primi suoni delle parole quelli a causare più problemi, Bacon consigliava di bere qualcosa e scaldare l'apparato vocale prima di parlare.

Tra il 1500 e il 1600 Andrew Boorde, Ben Jonson e Robert Boyle portarono avanti l'idea che la balbuzie fosse dovuta all'imitazione di adulti balbuzienti da parte dei bambini; tale idea venne successivamente ripresa da Johann Amman, medico svizzero del XVIII secolo, abitualmente considerato il primo a ritenere che la balbuzie fosse un comportamento appreso.

Nel XVII secolo il medico tedesco Hahn credeva che la balbuzie dipendesse dall'osso ioide: rimuovendolo, le difficoltà del linguaggio sarebbero scomparse. Nessuna supposizione fu mai così azzardata, considerando che l'osso ioide, sito alla base della lingua, era il punto di ancoraggio sia per i muscoli della lingua sia per quelli che si trovano nella parte superiore del collo. Un altro approccio chirurgico, adottato dal medico prussiano Diefenbach, prevedeva la recisione di alcuni nervi, ritenendo la balbuzie conseguente a spasmi neurologici della lingua; il tasso di mortalità era altissimo. Nel corso del XVIII secolo si diffusero su larga scala le «macchine correttrici», per potenziare l'apparato fonatorio; tra queste, Marc Itard, medico francese secondo cui la balbuzie dipendeva da una generale debolezza dei nervi deputati alla stimolazione dei movimenti laringei e linguali, ideò la forchetta sottolinguale, che posizionata sotto alla lingua fungeva da sostegno durante l'eloquio.

Tra i disturbi del linguaggio, la balbuzie appare essere il più riconosciuto dalla popolazione e allo stesso tempo il più incompreso. Spesso si pensa alla balbuzie come un disturbo minore, sebbene costituisca un grave impedimento alla capacità di espressione individuale e di comunicazione interpersonale, con ripercussioni talvolta devastanti. L'eloquio balbuziente è facilmente riconoscibile, anche per chi non possiede una professionalità specifica nel settore dei disturbi della comunicazione. Di contro, risultano ostiche valutazione e presa in carico terapeutica, che – nel campo della balbuzie – sono caratterizzate da una serie di peculiarità e criticità. L'alterazione udibile dell'eloquio rappresenta solo l'elemento più sommario di un fenomeno estremamente articolato. L'espressione della balbuzie, di fatti, è unica in ogni individuo, ed è influenzata dai vari domini di sviluppo (linguistico, motorio, cognitivo, affettivo, sociale) e dall'ambiente esterno. Ogni fattore ha un proprio peso specifico e la loro combinazione giustifica il motivo per cui la balbuzie può assumere forma diverse nei diversi soggetti che ne sono affetti.

1.1.2 Verso una definizione

Tra gli autori vi è unanimità nel ritenere difficile l'elaborazione di una definizione precisa di ciò che realmente costituisce la balbuzie. Difficile risulta anche fornire una definizione di «eloquio fluente», poiché anche nell'eloquio di persone che non balbettano compaiono disfluenze fisiologiche (esitazioni, ripetizioni di parole o frasi), che però non vengono percepite come balbuzie da parte di chi ascolta.

Numerosi autori si sono cimentati nel caratterizzare eloquio fluente e disfluente. Starkweather (1987), in merito alla fluenza verbale, si concentrò in particolare sugli aspetti temporali dell'eloquio, proponendo come parametro di valutazione soggettiva della fluenza verbale, la mancanza di sforzo nel parlare. Dello stesso avviso è Guitar (2004), secondo cui la capacità di parlare senza sforzi e tensioni è un presupposto di un eloquio fluente. Partendo da quanto elaborato da Starkweather, nel 2011 Yari e Seery delineano tre parametri per definire un eloquio fluente: opportuna velocità, sufficiente continuità e ridotto sforzo; per soddisfare tali caratteristiche è necessaria un'adeguata coordinazione dei sistemi respiratorio, fonatorio ed articolatorio. Delineano come disfluente un eloquio caratterizzato da presenza di suoni aggiuntivi (ripetizioni,

prolungamenti, interiezioni, revisioni), anomalie nella frequenza e posizione delle pause durante l'eloquio, anomalie nella voce e nell'intonazione, alterazioni nel ritmo e nella velocità dell'eloquio e alterazioni dell'eloquio fluente.

Da tale analisi risulta complesso valutare i parametri di un eloquio disfluente; a proposito, vi è un accordo unanime in letteratura in merito alla difficoltà nel riuscire a definire con certezza quali parametri dell'eloquio, quantitativamente e qualitativamente, debbano essere considerati nella balbuzie e in che modo debbano essere valutati. Difficile è anche stabilire quale sia il livello soglia delle varie anomalie, oltre il quale è possibile parlare di balbuzie (Jani, Huckvale e Howell, 2013; Karimi et al, 2014).

La balbuzie di fatto va oltre la semplice destrutturazione della fluenza verbale: può essere associata a sentimenti negativi e attitudine comunicativa negativa, che nel tempo possono rappresentare il problema principale del disturbo.

La maggior parte delle definizioni di balbuzie proposte nel tempo (Brutten & Shoemaker, 1967; Johnson, 1959, Manning, 2010; Nicolosi, Harryman, & Kresheck, 1996; Peters & Guitar, 1991; Shapiro, 1999; Van Riper, 1982; Wingate, 1964) presupponevano l'interruzione del segnale vocale come core deficit del disturbo. In particolare, quella di Wintage, considerata per anni la definizione standard, proponeva che «la balbuzie è un disordine nella fluenza di espressioni verbali, che è caratterizzato da ripetizioni o prolungamenti involontari, udibili o silenti nell'emissione di brevi elementi del parlato, vale a dire: suoni, sillabe e parole di una sillaba. Queste interruzioni occorrono frequentemente o sono ben definite e non sono facilmente controllabili dal soggetto. Talvolta le interruzioni sono accompagnate da attività accessorie come gesti collegati al parlato, caratteristiche verbali, spostamenti ausiliari del corpo. Inoltre, molto spesso vengono riferiti stati emozionali che vanno da una generale condizione di eccitamento o tensione a più specifiche emozioni di natura negativa come paura, imbarazzo, irritazione, frustrazione, vergogna, o simili. La manifestazione più visibile della balbuzie è rilevabile in qualche incoordinazione espressa nel meccanismo periferico relativo alla produzione verbale».

Tali definizioni, tuttavia, tralasciavano aspetti più difficili da osservare. A proposito, fondamentale è il contributo di Perkins, che nell'articolo *Cos'è la balbuzie?* (1990), adotta un nuovo punto di vista, proponendo una definizione incentrata sul parlante e non

sull'ascoltatore, soggettiva e non oggettiva: la balbuzie è «la temporanea perdita di controllo, latente o manifesta, dell'abilità di procedere con fluenza nell'esecuzione di un enunciato verbale». Tale definizione ha il vanto di non limitarsi a una descrizione di sintomi esterni, concentrandosi invece sul vissuto della persona. Inoltre, introducendo il fenomeno della perdita di controllo che sperimenta chi balbetta, anticipa la direzione delle teorie neuroscientifiche più recenti, secondo cui la balbuzie è da ricondurre alla perdita del controllo motorio nella produzione del linguaggio.

La mancanza di accordo sulla definizione di balbuzie sembra riflettere una mancanza di accordo sulle sue cause. La neurofisiologa Anne Smith (1999) paragonò lo studio della balbuzie a quello dei vulcani: studiare la balbuzie a partire dalla descrizione dei sintomi è come studiare l'attività vulcanica a partire dalla forma o dal fumo. Sosteneva, dunque, che fosse fondamentale cambiare il focus: dalle manifestazioni e conseguenze, alle cause. La balbuzie, infatti, poteva verificarsi anche in assenza di caratteristiche osservabili. In aggiunta, le persone con balbuzie sviluppano la capacità di anticipare quando certi suoni o parole saranno balbettati, pertanto saranno in grado di «interrompere» la produzione linguistica prima che compaia la balbuzie. Ne scaturiva che una definizione che considerasse solo manifestazioni e conseguenze, fosse piuttosto fuorviante, considerando che tali aspetti evidenti sono sempre associate alla balbuzie, a differenza della mancanza di integrazione dei processi sottostanti (neurologici, motori, linguistici, emotivi) necessari per parlare senza sforzo.

La definizione oggi più accreditata, nonostante essa sia incompleta, è quella dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per cui la balbuzie è un disordine nel ritmo della parola, nel quale il paziente sa con precisione ciò che vorrebbe dire, ma nello stesso tempo non è in grado di dirlo a causa di arresti, ripetizioni e/o prolungamenti di un suono che hanno carattere di involontarietà.

I maggiori sistemi di classificazione diagnostica internazionale delle malattie, vale a dire l'International Classification of Diseases e il Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, nonostante includano la balbuzie tra le varie patologie, a lungo hanno fornito criteri diagnostici piuttosto generici, relativi alla sola presenza o meno di alterazioni della fluency verbale. Prima della quinta stesura del manuale americano (DSM-5, APA, 2014), venivano forniti criteri di massima per la diagnosi di balbuzie, senza distinguere le forme

primarie da quelle secondarie in relazione all'età di insorgenza e alle possibili cause. Il DSM-5, invece, annovera la balbuzie evolutiva tra i disturbi del neurosviluppo, in particolar modo tra i disturbi della comunicazione, come *Disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia (balbuzie)*. Il DSM-5 designa come criteri diagnostici i seguenti:

- a) Alterazioni della normale fluenza e della cadenza dell'eloquio, che sono inappropriate per l'età dell'individuo e per le abilità linguistiche, persistono nel tempo e sono caratterizzate dal frequente e marcato verificarsi di uno o più dei seguenti elementi: ripetizioni di suoni e sillabe, prolungamenti dei suoni delle consonanti così come delle vocali, interruzioni di parole, blocchi udibili o silenti, circonlocuzioni, parole pronunciate con eccessiva tensione fisica, ripetizioni di intere parole monosillabiche;
- b) L'alterazione causa ansia nel parlare o limitazioni dell'efficacia comunicativa, della partecipazione sociale o del rendimento scolastico/lavorativo, individualmente o in qualsiasi combinazione
- c) L'esordio dei sintomi avviene nel periodo precoce dello sviluppo
- d) L'alterazione non è attribuibile a deficit motorio dell'eloquio o a deficit sensoriali, disfluenze associate a danno neurologico o ad altra condizione medica, e non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale.

1.1.3 Epidemiologia

Tra i primi studi in merito alle caratteristiche epidemiologiche della balbuzie va citato quello di Andrews e Harris (1964), che ha stimato un tasso di incidenza pari circa al 5% e un tasso di prevalenza pari all'1%. Recentemente tali stime sono state riconsiderate.

Più precisamente, in merito alla prevalenza, ossia il numero totale di casi affetti da una determinata patologia in un determinato arco temporale, la stima di una prevalenza dello 0,72% appare più attendibile allo stato attuale. Relativamente alla prevalenza rapportata al livello socioculturale, dai più recenti studi non sono emersi risultati univoci. Per quel che attiene alla distribuzione nelle differenti etnie, invece, uno studio che indagava la presenza di tutti i disturbi di sviluppo dell'età evolutiva su un campione di circa 120000 individui di età compresa tra i 3 e i 17 anni, ha messo in luce una differenza di

rappresentazione della balbuzie tra le varie etnie, riportando una prevalenza del 1,27% nel gruppo bianco non-ispanico, del 2,63% nel gruppo afroamericano e del 1,96 nel gruppo ispanico (Boyle e collaboratori, 2010, USA Center for Disease Control and Prevention). Altri studi hanno stimato una prevalenza dello 0,82% in Giappone (Toyoda et al, 1959) e dello 0,93% in Egitto (Okasha et al, 1974), a sostegno dell'ipotesi che la presenza della balbuzie in certe popolazioni sia correlata anche a fattori linguistici (Ujihira, 2011).

In merito all'incidenza, ossia la stima di quanti individui hanno presentato un determinato disturbo durante l'arco di vita, che permette di calcolare la probabilità che si manifestino nuovi casi di un disturbo nel corso di un determinato periodo, alcuni studi su popolazioni caucasiche hanno calcolato un'incidenza intorno all'8,4% (Dworzynsky et al., 2007); si tratta quindi di valori superiori rispetto a quelli considerati in passato (Yairi e Ambrose, 2013).

La differenza tra i due tassi è dovuta all'alta percentuale di remissione nei bambini balbuzienti borderline, diagnosticati quando si registrano più di 10 disfluenze ogni 100 parole, di cui almeno 3 ripetizioni di sillabe o fonemi e/o prolungamenti di fonemi; tale fenomeno riguarda 3 bambini su 4 e si riscontra di solito a distanza di 12-18 mesi dall'insorgenza (Yairi & Ambrose, 2004). Nel quarto bambino borderline, quello che non va in contro a remissione, le disfluenze diventeranno sempre più irregolari e variabili, ripetendo più di due volte lo stesso elemento, manifestando tensione muscolare e comportamenti di fuga e/o evitamento, sviluppando consapevolezza della difficoltà e sentimenti di frustrazione.

Numerosi gli autori che negli anni hanno cercato di individuare quali fossero gli indici di persistenza della balbuzie nel tempo, importanti soprattutto in età prescolare, per le conseguenze cliniche e terapeutiche che ne derivano. Guitar, nel 2014 proponeva come fattori di persistenza quelli riportati in *Tabella 1*:

Fattore:	Indice di persistenza della balbuzie se:
Familiarità	Presenza di consanguinei materni e/o paterni con balbuzie
Genere	Maschile
Età di insorgenza	Esordio tardivo
Severità e frequenza della balbuzie	Mancata diminuzione della gravità della balbuzie durante il primo anno successivo alla comparsa della sintomatologia
Durata dell'esordio	Mancata remissione della sintomatologia dopo i primi sei mesi da quando la balbuzie è insorta
Caratteristiche delle disfluenze prodotte	Presenza di più di una ripetizione di una determinata sillaba e di ripetizioni rapide e irregolari
Durata dei prolungamenti e dei blocchi	Mancata regressione durante il primo periodo di balbuzie
Livello delle competenze articolatorie e fonologiche	Livello più basso rispetto alla media al momento della comparsa della balbuzie (Spencer e Weber-Fox, 2014)
Concomitanti fisici	Presenza di movimenti involontari durante la balbuzie, quali movimenti degli occhi, del collo, delle braccia, della bocca, associati a eventuali espressioni facciali di tensione

Tabella 1

Ulteriori fattori che potrebbero individuare la persistenza della balbuzie sono: un rapporto tra il numero di disfluenze da balbuzie (ripetizioni di fonemi e sillabe e prolungamenti di fonemi) e disfluenze totali che supera il 70% (Pellowski & Conture, 2002); il fatto che i bambini balbuzienti tendono a balbettare sulle parole funzione, a causa di problemi relativi alla costruzione morfosintattica degli enunciati (Howell, Au-Yeung, Sackin, 1999; Natke, Sandrieser, van Ark, Pietrowsky, Kalveram, 2004).

Saper individuare tali fattori e sintomi in tempo è fondamentale, poiché le evidenze suggeriscono che la prognosi è tanto migliore quanto minore è il tempo intercorso tra l'insorgenza della balbuzie e il primo intervento terapeutico.

1.1.4 Eziopatogenesi

Nonostante l'importanza dello studio delle cause della balbuzie per un efficace piano di intervento, ancora oggi le più recenti ricerche non hanno portato a risultati esaustivi e unanimi che tenessero conto di tutti i molteplici fattori coinvolti nel disturbo. Per molto tempo, la balbuzie è stata trattata come un «pathognomonic monolith», ossia un disturbo in cui la sintomatologia è stata analizzata in maniera settoriale e non nella sua totalità e nelle sue ricadute sui vari livelli di funzionamento del soggetto. Ciò ha portato alla formulazione di ipotesi eziologiche che ponessero l'accento in maniera dicotomica o sui fattori organici o su quelli psicologici, offrendo una prospettiva solo parziale del fenomeno. La sezione seguente analizzerà brevemente studi di genetica, teorie di anomalo funzionamento del sistema nervoso centrale, teorie psicolinguistiche e fonetiche e teorie psicologiche, concentrandosi, invece, più in dettaglio in merito al modello multifattoriale della balbuzie.

Genetica – Numerosi studi confermano la presenza di una componente ereditaria nella genesi della balbuzie. Recentemente hanno preso campo studi di linkage, basati sull'analisi di materiale genetico prelevato da campioni biologici per individuare eventuali mutazioni genetiche come possibili cause di sviluppo della balbuzie. Uno studio genotipico dell'Illinois Stuttering Research Program, che analizzava un campione molto ampio, ha individuato 3 principali genotipi: mutazioni del cromosoma 2 e del cromosoma 7; mutazioni del cromosoma 7 e del cromosoma 12; mutazioni del cromosoma 7 e del cromosoma 18 (Yairi e Seery, 2011). Un'altra ricerca ha ipotizzato l'alterazione del cromosoma 9 sia presente in tutti i casi di balbuzie, mentre l'alterazione del cromosoma 15 si riscontri unicamente nelle forme persistenti di balbuzie (Cox et al., 2005). Interessante è anche la ricerca di Kang et al. (2010), secondo la quale i soggetti con balbuzie presentano mutazioni a carico dei geni GNPTAB, GNPTG, NAGPA, mappati sul braccio lungo del cromosoma 12 (cr12q). Inoltre, dallo studio di Lan et al. (2009), è emerso la presenza di un'anomalia a carico della regione rs6277 del gene dopaminergico,

mappato sul braccio lungo del cromosoma 11, in associazione alla balbuzie. Le ricerche genetiche basate sugli antecedenti familiari evidenziano che la balbuzie venga trasmessa per via genetica (il 75 % dei balbuzienti ha parenti che balbettano, e le probabilità di avere un figlio balbuziente sono più 5-6 volte più alte se almeno un genitore balbetta, cfr. Kloth, Janssen, Kraaimaat & Brutten, 1995). Nonostante il meccanismo di trasmissione sia sconosciuto, è noto che il tipo di legame parentale (probabilità maggiore di sviluppare la balbuzie se anche la madre ne è affetta) e il sesso (maggiori probabilità se il bambino è maschio) incidano nelle statistiche epidemiologiche finali (Yairi & Ambrose, 2004). Altre evidenze relative all'influenza genetica, studiata nei casi di gemellarità monozigote, hanno precisato che il 70% della suscettibilità alla balbuzie dipende da un effetto di tipo genetico, mentre il 30% è dovuta ad effetti ambientali del tipo più eterogeneo (Felsenfeld, 1997). Si può concludere che tali evidenze sostengono ampiamente l'impatto della componente ereditaria nell'eziopatogenesi della balbuzie. È importante, però, considerare che in taluni casi la balbuzie occorre in assenza di familiarità; ciò potrebbe essere indice di una trasmissione basata su meccanismi di tipo poligenico, con una possibile componente legata al sesso, anziché di un modello di trasmissione di tipo mendeliano. In conclusione, quindi, non si tratterebbe di «geni della balbuzie», bensì di varianti geniche all'interno di un normale corredo cromosomico, che interagendo tra loro e con l'ambiente, esiterebbero in balbuzie.

Teorie di anomalo funzionamento del sistema nervoso centrale – Diversi autori hanno concentrato i loro studi nelle possibili differenze strutturali e funzionali del sistema nervoso di persone con balbuzie rispetto a quello di individui normofluenti e il progresso della ricerca ha messo in luce alcune anomalie cerebrali nei primi. Il primo a sviluppare una teoria neurologica fu Gutzmann (1898), proponendo che la balbuzie dipendesse da un'anomalia non specificata di origine cerebrale e che gli aspetti psicologici fossero una conseguenza del disturbo, e non la causa. Ciò ebbe ripercussioni importantissime sul trattamento della balbuzie: gli interventi chirurgici invasivi, soprattutto alla lingua, a cui si ricorreva fino ad allora, furono soppiantati da interventi non-chirurgici, come il programma terapeutico dello stesso Gutzmann che prevedeva esercizi per la muscolatura respiratoria e fonatoria e per gli organi articolatori. L'ipotesi di Gutzmann fece da pioniere a numerose ricerche neurofisiologiche sviluppate negli anni a venire. In particolare, Orton e Travis (1929) studiando il sistema nervoso delle persone con balbuzie elaborarono la

teoria della dominanza cerebrale della balbuzie, per cui il disturbo dipende da un deficit della fisiologica dominanza dell'emisfero sinistro sul destro durante l'atto del parlare, che comporterebbe un'alterata funzionalità interemisferica e la conseguente alterazione dell'output motorio linguistico. Kent (1984) propone la *teoria di un deficit di sincronizzazione*, che descriveva la balbuzie come un disturbo di sincronizzazione (timing) delle aree cerebrali deputate all'eloquio, come esito di un'alterata lateralizzazione delle funzioni dell'atto del parlare, in accordo con l'ipotesi di Travis. Il deficit a carico dell'emisfero sinistro dirotterebbe le funzioni dell'eloquio sull'emisfero destro, compromettendo la creazione di determinati pattern di attivazione sincronizzata necessari per produrre un eloquio fluente. In aggiunta Kent ipotizza che, visto il maggiore coinvolgimento dell'emisfero destro rispetto al sinistro nei processi di regolazione affettiva, questo spieghi la correlazione che sussiste tra aspetti emotivi e balbuzie. In accordo con le precedenti teorie, Webster (1997) sviluppa il *modello dell'interferenza o dei due fattori*, secondo il quale nei soggetti con balbuzie vi sia una debolezza dei centri dell'emisfero sinistro designati alla corretta esecuzione dell'atto motorio del parlato, localizzati nella corteccia cingolata, implicata anche nella regolazione del corretto avvio dell'eloquio. Ne emerge una fragilità costituzionale, causa della vulnerabilità dei centri dell'eloquio alle interferenze derivanti dall'attività cerebrale dell'emisfero destro e dalle altre regioni omolaterali. In aggiunta alle teorie di un'anomala dominanza cerebrale, sono state avanzate alcune teorie che attribuivano la balbuzie a un disturbo connesso ad anomalie a carico dei gangli della base. In letteratura sono citati casi di comparsa di balbuzie in seguito a lesioni cerebrali a carico dei gangli della base (Ciabarra et al., 2000). Sono presenti anche riferimenti ad una possibile presenza di alterazioni metaboliche a carico del nucleo caudato (Wu et al., 1995) e ad una correlazione a livello neurofunzionale tra gravità della balbuzie e attivazione dei gangli della base (Giraud et al., 2008). Il ricercatore P. Alm (2004) ha ipotizzato che la balbuzie dipenda da un'alterazione a livello del circuito dei gangli della base-SMA, che consiste nella mancata produzione di corretti *timing cues*, che permettono il passaggio fluido e coordinato da un atto motorio all'altro durante la sequenza del parlato, dunque indispensabili per attivare correttamente i segmenti motori coinvolti nella produzione di un eloquio fluente. Wu e colleghi (1979), basandosi sull'evidenza di una riduzione della balbuzie conseguente alla somministrazione di farmaci antipsicotici D2-antagonisti, hanno sviluppato l'*ipotesi*

dopaminergica della balbuzie, secondo la quale un incremento di dopamina prodotta a livello della *substantia nigra*, ripercuotendosi sulla via nigro-striatale, causerebbe una disregolazione del controllo motorio. Infine, vanno citate le teorie connesse ad un'alterazione del processamento uditivo; per spiegare il miglioramento della fluenza verbale conseguente all'alterazione del feedback uditivo, diversi autori hanno avanzato le proprie ipotesi. Si è partiti da una motivazione a carattere «psicologico», supponendo la possibilità che l'individuo esposto ad un'alterazione del suo eloquio disfluente, avvertisse una sensazione di rilassamento e disinvoltura nel verbalizzare (Shane, 1955). Successivamente sono state sviluppate spiegazioni a carattere «motorio», secondo le quali a condizioni di alterato feedback uditivo si associ una fisiologica tendenza a rallentare il ritmo dell'eloquio, alterando il pattern articolatorio e prosodico, con successiva diminuzione delle disfluenze (Cherry e Sayers, 1956). Infine, vi è un'ipotesi che prevede una causa «percettiva» della balbuzie; in particolare, Harrington (1988) propone che la balbuzie dipenda da un problema di timing a carico del feedback uditivo, ossia un ritardo nella trasmissione delle informazioni uditive, che, ingannando il sistema di monitoraggio dell'eloquio, porterebbe ad un tentativo di correzione di errori in produzione inesistenti nella realtà.

Teorie psicolinguistiche e fonetiche della balbuzie – Molti studi in merito alla balbuzie si sono interessati alla fonetica e alla psicolinguistica, il cui oggetto di studio è il parlato, poiché tale disturbo è generata direttamente da un malfunzionamento del sistema del controllo motorio della produzione verbale. La *Covert Repair Hypothesis* (Postma e Kolk, 1993), propone che gli errori linguistici a livello fonologico commessi dai soggetti affetti da balbuzie dipendano da ritardi nel processo di selezione dei lessemi; gli errori, riscontrati dalla componente di controllo del concettualizzatore, nonostante vengano subito corretti tramite attesa e posposizione, risultano in prolungamenti e ripetizioni. La *NeuroPsychoLinguistic Hypothesis* (Perkins, Kent e Curlee, 1991) suggerisce che le informazioni segmentali e soprasedimentali di una stessa sillaba convergono in tempi diversi sullo stesso output, determinando sfasamenti temporali, che si presentano come disfluenze; dal momento che tali interruzioni della fluenza sono riscontrabili anche in soggetti normofluenti, per parlare di balbuzie vera e propria è necessario che il soggetto avverta un'autopercezione di un'elevata pressione temporale che lo induca a proseguire

anche durante una dissincronia, e che vi sia una sensazione di perdita del controllo sugli articolatori. Secondo la teoria *EXPLAN* (Howell e Au-Yeung, 2002), il processo verbalizzazione include due processi indipendenti e paralleli: il processo di pianificazione del discorso (PLAN), che comprende i livelli sintattico, lessicale e fonetico, e il processo di esecuzione del movimento (EX), che organizza il piano dell'output. La produzione sarà fluente se il tempo richiesto per l'esecuzione di una determinata unità è sufficientemente ampio da consentire il completamento della pianificazione della successiva. Sebbene la prima parte del processo sia solitamente veloce, quando un'unità lunga e complessa ne segue una breve, potrebbe verificarsi un ritardo nella consegna del piano: solamente la prima parte della parola è pronta per l'esecuzione e il soggetto può ritardare la produzione fino a che non sarà disponibile il resto del piano (disfluenza *stalling*) oppure può tentare l'esecuzione con il piano parziale disponibile (disfluenza *advancing*). Per concludere, lo Speech Motor Skill (Van Lieshout e Namasivayam, 2010) è un approccio teorico secondo il quale gli individui con balbuzie si collocano all'estremità inferiore di un continuum normale di abilità motorie del linguaggio, mentre gli individui normofluenti sono distribuiti nella parte superiore del continuum. La balbuzie corrisponde a una limitazione «innata» del sistema di controllo motorio verbale nel programmare ed eseguire compiti motori complessi in presenza di influenze destabilizzanti di tipo emotivo, motorio, cognitivo e linguistico e/o quando aumentano le richieste di accuratezza e rapidità di movimento, senza che il soggetto possa ricorrere a strategie alternative per il controllo motorio o ad eventuali compromessi tra accuratezza e rapidità.

Teorie psicologiche – Dal XX secolo iniziano a consolidarsi le teorie psicologiche della balbuzie, alle quali oggi fan riferimento la maggior parte degli interventi terapeutici esistenti. Si svilupparono principalmente le teorie psicodinamiche e le teorie comportamentali. Le prime risentono dell'influenza dell'approccio psicanalista di Freud: Brill (1929) descriveva la balbuzie come una nevrosi, mentre Coriat (1928) sosteneva che dipendesse da una fissazione allo stadio orale dello sviluppo interpsichico, esprimendo un conflitto inconscio tra il desiderio regressivo di allattamento e la spinta verso comportamenti più appropriati all'età. Fenichel (1945) attribuiva la balbuzie a una fissazione allo stadio di sviluppo sadico- anale, mentre Glauber (1958) associava la balbuzie a un sottostante disturbo di personalità. Le teorie comportamentali, invece,

riprendendo le ipotesi di Pavlov (1929) e Skinner (1953), ritengono che la balbuzie sia un comportamento appreso, e non una caratteristica costituzionale. Johnson (1942) descrive la balbuzie come una reazione di evitamento ipertonica, anticipatoria apprensiva, ipotizzando la *teoria diagnosogenica*, secondo la quale «la balbuzie non inizia nella bocca del bambino, bensì nelle orecchie del genitore» e la diagnosi di balbuzie rappresenti la prima causa della balbuzie: reazioni ambientali negative, come ad esempio un comportamento genitoriale apprensivo rispetto alla balbuzie, innescherebbero uno stato di apprensione anche nel parlante, che comporterebbe ansia, tensione e aumento di frequenza e intensità della balbuzie. Tale approccio si rifletteva su una terapia di tipo indiretto, volta alla gestione delle reazioni negative dei genitori del bambino con balbuzie; questo è il presupposto teorico del modello approccio terapeutico della PCI – *Parent-Child Interaction Therapy*. Successivamente, con l'applicazione dei principi di Skinner sul condizionamento operante, prese campo la *Teoria di Wischner* (1950), secondo la quale la balbuzie dipende da un rinforzo negativo, ossia la disapprovazione ambientale al manifestarsi delle fisiologiche disfluenze, che induce ansia e timore di balbettare; il bambino, capace di anticipare le sue reazioni negative interiori dovute grazie alle pregresse esperienze di verbalizzazione, attuerebbe comportamenti di evitamento, che causano un peggioramento della balbuzie e la sua strutturazione in una forma persistente. Tale teoria, a livello terapeutico, ha contribuito allo sviluppo di interventi basati sul rinforzo positivo sistematico dell'eloquio fluente da parte delle figure di riferimento, volte a diminuire la balbuzie.

Modelli multifattoriali (p 219-228) – Attualmente, la preponderanza dei ricercatori sostiene che la balbuzie sia un disturbo a genesi multifattoriale su base primariamente organica. I modelli esplicativi multifattoriali nascono dall'esigenza di accorpare in un'unica teoria unitaria le evidenze fino ad ora descritte, associandole alle manifestazioni della disfluenza ed alle relative implicazioni emotive. Tali modelli hanno consentito una visione a tutto campo del disturbo, che consideri la sua complessità e variabilità intra/inter-individuale; la balbuzie viene descritta come conseguenza di interazioni dinamiche, complesse e non unitarie, che interessano tanto i fattori costituzionali quanto quelli ambientali. Le diverse combinazioni dei fattori coinvolti in relazione al contesto determinano traiettorie evolutive uniche in ciascun individuo (Haley, Scott Trautman e Susca, 2004); ne consegue che l'intervento terapeutico sarà tarato sulle necessità e

caratteristiche del singolo cliente. Nonostante i modelli multifattoriali non delineino una spiegazione eziologica, la maggior parte degli autori concorda nell'importanza dell'adozione di un approccio multifattoriale alla balbuzie, soprattutto in rapporto alle implicazioni terapeutiche, poiché essi descrivono il meccanismo patogenetico che determina la manifestazione del quadro clinico, tramite un'attenta analisi dei vari fattori coinvolti. Ciò assume grande importanza perché permette di porre al centro del percorso di cura l'individuo piuttosto che il singolo. Segue un'analisi dei principali modelli esplicativi multifattoriali della balbuzie.

Il *modello multifattoriale di Zimmermann* ipotizzava che la balbuzie fosse associata ad una vulnerabilità motoria riscontrabile nel soggetto, vale a dire una più bassa soglia di perturbazione del sistema del controllo dell'eloquio; ipotizzava inoltre che tale vulnerabilità fosse diversa per ogni individuo e che dipendesse da fattori emotivi ed ambientali.

L'*Erasmus Model*, elaborato da Stouraras e colleghi (1980) descrive la balbuzie come una sindrome conseguente all'interazione di quattro dimensioni (*Figura 1*):

- verbale-motoria, intesa come disfluenze prodotte, respirazione, vocalizzazione, articolazione e concomitanti fisici associati alla balbuzie
- cognitiva, ossia i pensieri connessi alla balbuzie, le aspettative, le interpretazioni distorte del disturbo e dell'immagine di sé;
- emotiva, ossia i sentimenti di paura, tensione, vergogna e inadeguatezza che possono accompagnare le manifestazioni sintomatologiche della disfluenza
- sociale, ossia la qualità delle interazioni verbali e non verbali con il contesto.

La combinazione di tali componenti, con variabilità interindividuale, implica il manifestarsi di un circolo vizioso negativo che può investire i vari contesti di verbalizzazione (Bouwen, 2006).

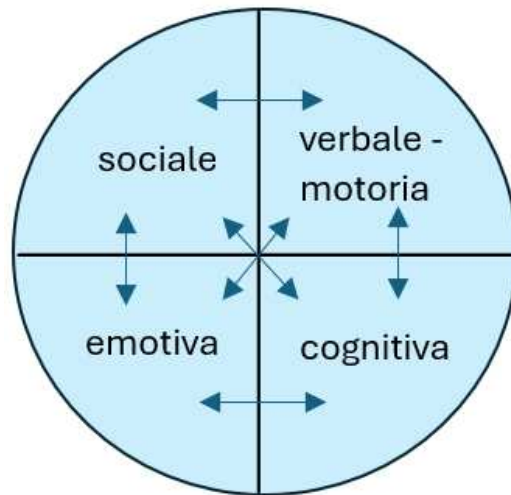


Figura 1

Il *Dynamic multifactorial model*, elaborato da Smith e Kelly (1997), parte dal presupposto che le disfluenze prodotte rappresenterebbero l'aspetto più superficiale di un quadro più complesso e che le manifestazioni osservabili sarebbero solo la risultanza di una serie di eventi antecedenti alle manifestazioni stesse; si ipotizza che il sistema di controllo dell'eloquio funzioni, in termini di stabilità, lungo un continuum, e che tale stabilità dipenda da vari fattori, tra cui i processi linguistici (lunghezza dell'enunciato, complessità dell'enunciato, ecc.), cognitivi ed emotivi. In conclusione, non è da ricercare *una* causa specifica della balbuzie, ma piuttosto è da individuare quali fattori concorrono alla sua manifestazione e come questi interagiscano tra loro nel delineare il grado di fluenza verbale di ogni individuo.

Nel *Neurophysiological model* di De Nil (1999) vengono descritte le relazioni tra i processi neurofisiologici centrali, i comportamenti manifesti a livello dell'eloquio e i livelli contestuali, associati alla componente ambientale. L'autore sostiene che le connessioni tra tali livelli non siano unidirezionali, poiché ogni fattore si relaziona reciprocamente con gli altri domini, compreso quello percettivo; inoltre ogni dominio concorre con un peso specifico in relazione alla modalità con cui viene elaborato dal singolo individuo.

Negli anni Settanta viene elaborato il *Modello multifattoriale di Riley e Riley*, che propone la presenza di tre fattori principali nella balbuzie, che interagiscono tra di loro e con le competenze linguistiche:

1. la componente fisica, che comprende le difficoltà dell'eloquio;
2. le reazioni ambientali alla balbuzie, come ad esempio reazioni negative dell'ascoltatore, atti di bullismo e derisioni subiti;
3. i fattori temperamentali, tipici di ogni individuo

Il *CALMS model* di Haley, Scott Trautman e Sucsa (2004), suppone che l'origine della balbuzie dipenda da aspetti cognitivi, affettivi, linguistici, motori e sociali, fattori che rappresenterebbero le «radici» del disturbo. Difatti, la balbuzie non deriva soltanto da un deficit motorio dell'eloquio, ma anche dal modo in cui l'individuo percepisce se stesso e la propria disfluenza; pensieri, emozioni, percezioni e attitudine relativi alla balbuzie influenzano il modo in cui il messaggio verbale viene pianificato e prodotto a livello neurofisiologico. Viceversa, il modo in cui viene prodotto l'eloquio impatta su come il soggetto si percepisce e sulle sue emozioni. Lo studio fa notare come la balbuzie non si limita a destrukture il solo linguaggio, coinvolgendo anche le abilità comunicative in senso lato, compresa la pragmatica, con possibili ripercussioni negative sul contesto sociale e attuazione di condotte di evitamento verbale. Tale modello ribadisce, inoltre, il ruolo fondamentale giocato dal pensiero, poiché una buona percezione di sé è un indice positivo di prognosi a livello terapeutico.

Il *Communication Emotional model* (Conture et al., 2006) e il *Dual Diathesis-stressor model* (Walden et al., 2012) propongono che l'origine della balbuzie dipenda principalmente dall'interazione tra fattori emotivi e aspetti connessi al processamento linguistico. Il primo modello suppone che i momenti di balbuzie siano influenzati da: fattori distali, variabili innate che possono predisporre l'individuo alla balbuzie; fattori prossimali, i processi sottostanti la pianificazione e la programmazione linguistica; fattori esacerbanti, come la regolazione e la reattività emotiva. I momenti di disfluenza sarebbero spiegati inizialmente dal solo esito delle difficoltà di programmazione linguistica; successivamente, la continua esposizione a esperienze negative di verbalizzazione, inficerebbe negativamente anche sulle capacità di regolazione emotiva del soggetto. Se i bambini con discrete capacità intrinseche di regolazione emotiva riuscirebbero a modulare la frustrazione dovuta ai tentativi comunicativi inefficaci, al contrario, i soggetti con minori capacità di regolazione emotiva, a causa delle emozioni negative relative alla verbalizzazione. Il secondo modello adotta gli stessi elementi del primo, organizzandoli però in base alla diathesis-stress theory, secondo la quale determinate condizioni di stress

possono scaturire una predisposizione individuale, fino al manifestarsi di una condizione francamente psicopatologica (Monroe e Simon, 1991). Per la balbuzie i fattori stressanti possono essere condizioni che influenzano negativamente la normale produzione dell'eloquio (carico linguistico, pressione temporale, ecc.) e condizioni di verbalizzazione che prevedono un forte carico emotivo (parlare in pubblico, in contesti extra-familiari, ecc.); le predisposizioni individuali, invece, possono essere un linguaggio e un temperamento caratterizzato da maggiore reattività e minore capacità di regolazione degli stati emotivi.

Packman e Attanasio Model (PeAmodel; 2004) parte dal presupposto che vi sia una differenza a carico del sistema nervoso nelle persone con balbuzie rispetto ai normofluenti e che però, tali anomali neurofisiologiche non siano sufficienti a spiegare il disturbo. Il modello delinea altri tre fattori eziologici della balbuzie: la presenza di un'alterazione a livello del processamento neurale, la presenza di triggers che destrutturano la fluenza verbale, producendo singoli episodi di balbuzie, e la presenza di modulatori che influenzano il grado di espressività dei primi due fattori.

Il modello multifattoriale MIDA-SP (Multidimensionale, Integrated, Differentiated, Art-mediated Stuttering Program, Tomaiuoli et al., 2012), è un modello clinico a orientamento multifattoriale che, partendo da una valutazione globale e multidimensionale di aspetti sintomatologici manifesti (fluenza verbale) e sindromici (vissuto della balbuzie), delinea quattro profili della persona con balbuzie, come da *Figura 2*. Il profilo A, con aspetti covert e overt lievi, comprende perlopiù bambini in età scolare e adolescenti che si rivolgono al clinico per decisione dei genitori e non per una loro esigenza di affrontare il disturbo; solitamente non adottano particolari meccanismi di evitamento verbale, e non appaiono limitati né dai sintomi né dalla sindrome. Il profilo B è caratterizzato da sintomo lieve e sindrome medio-alta, e riguarda i soggetti che convivono con la preoccupazione di balbettare o di essere giudicati negativamente, nonostante l'eloquio non sia particolarmente inficiato dalla balbuzie. Il profilo C comprende individui con un sintomo medio-severo e una sindrome lieve, che riescono ad affrontare la balbuzie senza che questa limiti significativamente le loro potenzialità comunicative. Il profilo D comprende soggetti con sintomo e sindrome medio-alta, con disfluenza medio-grave che limita e condiziona le loro interazioni sociali

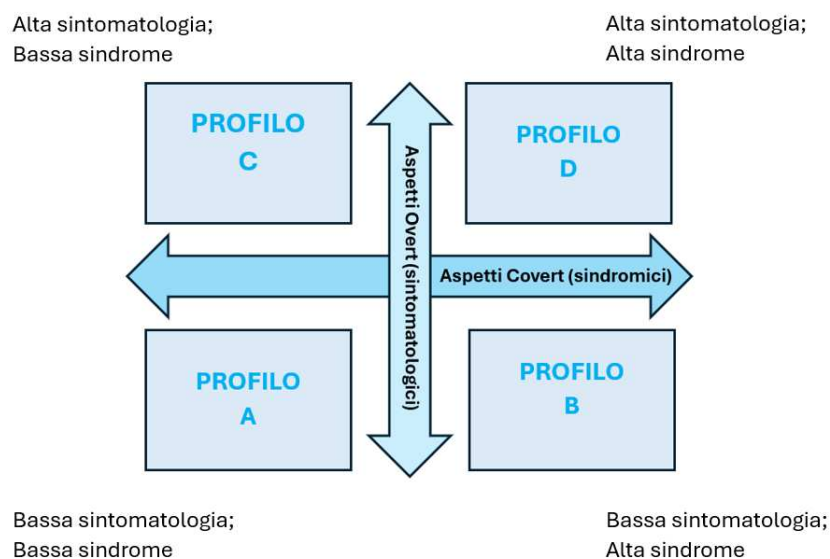


Figura 2

1.2 Come l'ambiente può incidere sulla balbuzie

Alla luce dei modelli multifattoriali analizzati nella sezione precedente, ai fini del progetto di tesi, occorre soffermarsi su un fattore, fino ad ora poco analizzato, che influenza l'insorgenza e lo sviluppo della balbuzie: l'ambiente, termine che vuole includere tutti i contesti in cui si svolge la vita del bambino, che nella nostra realtà socio-culturale risultano essere famiglia e scuola. Segue un'analisi dettagliata dei fattori ambientali che possono influenzare la balbuzie.

1.2.1 L'ambiente familiare

Come esposto in precedenza, nel 1942 Wendell Johnson sviluppò la teoria diagenetica della balbuzie, secondo la quale la causa della balbuzie risiedeva in un'erronea diagnosi da parte dei genitori di normali disfluenze come balbuzie; le reazioni dei genitori alla "balbuzie" facevano sì che il bambino cercasse di evitare queste disfluenze normali e, nel farlo, esitava e reagiva in modo tale che alla fine si sviluppasse una vera balbuzie. Tale teoria diede il via a numerosi studi sui genitori dei bambini con balbuzie: erano diversi dai genitori dei bambini normofludenti? Erano troppo critici? Adottavano uno stile comunicativo irragionevolmente elevato? Lo stesso Johnson per rispondere a queste domande suggeriva che i genitori dei bambini che balbettavano

sembravano essere più critici e perfezionisti e avevano standard di comportamento più elevati rispetto ai genitori dei bambini che non balbettavano. Raccolse i dati in merito alle tipologie di disfluenze segnalate dai genitori nel libro *The Onset of Stuttering: Research Findings and Implications* (Johnson & Associates, 1959) e dedusse che vi fosse una notevole somiglianza tra le disfluenze dei bambini con balbuzie e dei bambini normofluenti. Notò che le stesse tipologie di disfluenza considerate normali dai genitori dei bambini normofluenti, venivano segnalate dai genitori dei bambini con balbuzie come i primi segni del disturbo. Johnson utilizzò ciò come prova a sostegno dell'ipotesi diagnosogenica, secondo cui il problema non era nella bocca del bambino, ma nell'orecchio dei genitori. Ricercatori successivi non si sono trovati in accordo con quanto esposto dalla teoria diagnosogenica. McDearmon (1968), ad esempio, sosteneva che i risultati di Johnson in realtà mostravano che le disfluenze dei bambini normofluenti fossero di gran lunga diverse da quelle dei bambini con balbuzie. Infatti, le ripetizioni di sillabe, i prolungamenti di suoni e i blocchi venivano segnalati molto più frequentemente nei bambini con balbuzie, mentre le ripetizioni di frasi, le pause e le interiezioni venivano segnalate più frequentemente nel gruppo di controllo dei bambini normofluenti. Questa reinterpretazione dei dati di Johnson e le nuove scoperte sul campo della genetica in merito alla balbuzie hanno portato ad un abbandono quasi totale della visione diagnosogenica. Studi più recenti sui genitori dei bambini che balbettano e sui genitori dei bambini che parlano normalmente si sono concentrati sulle caratteristiche dei genitori piuttosto che sui tipi di disfluenza. Yairi (1997) ha ottenuto risultati eterogenei. Alcuni indicavano che i genitori di bambini con balbuzie erano più ansiosi o più critici, mentre altri non hanno trovato differenze. Nel complesso, Yairi suggerisce che è probabile che alcuni bambini con balbuzie siano cresciuti con genitori più esigenti o ansiosi della media: presumendo che avessero già una predisposizione costituzionale alla balbuzie, il linguaggio precoce di questi bambini potrebbe aver presentato disfluenze, che avrebbero allarmato i loro genitori; i bambini, percependo la preoccupazione dei genitori, potrebbero aver sviluppato un'autoconsapevolezza delle loro disfluenze minori e quindi involontariamente reagito con tensione e fatica, che si è poi trasformata in una balbuzie più evidente. Tuttavia, la solida conclusione è che i genitori non causano la balbuzie nei figli, nonostante potrebbero trasmettere geni che aumentano il rischio di balbuzie.

Molti ricercatori clinici hanno ipotizzato che gli ambienti di linguaggio e comunicazione possano essere una fonte potenziale di stress per i bambini che balbettano (si veda Gottwald, 2010; Richels & Conture, 2007; Shapiro, 1999; Starkweather, Gottwald, & Halfond, 1990; Zebrowski & Kelly, 2002). In merito al linguaggio e alla comunicazione dei genitori dei bambini con balbuzie e alla relativa influenza sul disturbo, le ricerche si sono concentrate principalmente su quattro domini: velocità del linguaggio, interruzioni del discorso dei bambini, frequenza delle domande rivolte ai bambini e complessità del linguaggio adottato dai genitori.

Velocità del linguaggio – Uno studio di Meyers e Freeman (1985) ha confrontato il linguaggio delle madri dei bambini con balbuzie con quello delle madri dei bambini che normofluenti. I risultati hanno riportato che le prime parlavano più rapidamente rispetto alle seconde. La criticità di tali risultati risiede nel fatto che una velocità del linguaggio materno più elevata potrebbe incoraggiare il bambino a cercare di parlare più velocemente rispetto al suo ritmo ottimale (Jaffe & Anderson, 1979). A sostegno di tale affermazione vi è la scoperta di Johnson e Rosen (1937), secondo la quale gli adulti con balbuzie avevano maggiori probabilità di balbettare quando parlavano più rapidamente rispetto ai loro ritmi abituali. I bambini con balbuzie potrebbero essere ancora più vulnerabili a disfluenze durante un eloquio rapido rispetto agli adulti con balbuzie, poiché il ritmo naturale del linguaggio dei bambini è più lento e la loro coordinazione a livello temporale è minore rispetto a quella degli adulti (Kent, 1981). Di contro, Kelly e Conture (1992) non hanno riscontrato differenze nelle velocità del linguaggio delle madri di questi due gruppi di bambini. In uno studio successivo, Kelly (1994) non ha trovato differenze nelle velocità dei padri dei due gruppi. Utilizzando un altro metodo per confrontare le velocità, Yaruss e Conture (1995) non hanno riscontrato differenze nelle velocità articolatorie tra le madri dei bambini con balbuzie e le madri dei bambini normofluenti. Tuttavia, i ricercatori hanno trovato una significativa correlazione tra la gravità della balbuzie nei bambini e le differenze tra genitori e figli nella velocità del linguaggio: maggiori differenze nella velocità di linguaggio tra genitori e figli sono state associate a una balbuzie più grave nei bambini. Uno studio condotto da Dehqan, Bakhtiar, Panahi e Ashayeri (2008) ha ottenuto risultati che sembrano sostenere le conclusioni di Yaruss e Conture (1995); valutando le velocità del linguaggio delle madri, dei loro figli e la gravità della balbuzie, hanno osservato che la balbuzie era più grave nei bambini le cui madri

parlavano più rapidamente. Come previsto, più grave era la balbuzie del bambino, più lenta era la sua velocità del linguaggio.

Frequenza delle interruzioni del discorso – Uno studio di Meyers e Freeman (1985) ha dimostrato che le madri sia dei bambini che balbettano che dei bambini che non balbettano interrompevano più frequentemente il discorso quando un bambino era disfluente. Tali interruzioni da parte dei genitori potrebbero provocare cambiamenti nel linguaggio del bambino: qualcuno potrebbe aumentare la tensione e la velocità, sviluppando comportamenti secondari di fuga ed evitamento della balbuzie; In uno studio successivo, Kelly e Conture (1992) non hanno riscontrato differenze significative nelle interruzioni delle madri dei bambini che balbettano e quelle delle madri dei bambini che non balbettano. Tuttavia, un'analisi più approfondita dei loro dati ha rivelato una correlazione tra la durata del *simultalk* (conversazione in simultanea ad un'altra) delle madri dei bambini che balbettano e la gravità della loro balbuzie. Pertanto, le madri dei bambini con balbuzie di grado più severo effettuavano più *simultalk* durante l'eloquio dei figli rispetto alle madri dei figli con balbuzie di livello meno severo. In uno studio successivo sui padri, Kelly (1994) non ha trovato differenze nelle interruzioni dei padri dei bambini che balbettano e quelle dei padri i cui figli non balbettano. Inoltre, la correlazione tra il *simultalk* di questi padri e la gravità della balbuzie non è stata significativa.

Frequenza con cui vengono poste domande – Meyers e Freeman (1985) non hanno riscontrato differenze significative nel numero di domande poste dalle madri dei bambini che balbettano rispetto alle madri dei bambini che non balbettano. Tuttavia, Langlois, Hanrahan e Inouye (1986) hanno osservato differenze significative in un confronto simile. Successivamente, Langlois e Long (1988) hanno condotto uno studio sperimentale su un bambino di 4 anni che balbettava, in cui alla madre, tra le altre modifiche, è stato insegnato a ridurre il numero di domande poste. Dopo 16 sessioni di trattamento in cui la madre aveva notevolmente ridotto il numero di domande e aveva dato al figlio più turni di comunicazione, il bambino non balbettava più. Lo studio faceva supporre che la balbuzie aumentasse di pari passo con il numero di domande poste al bambino durante il suo eloquio. Studi successivi, però, non si sono trovati in accordo Weiss e Zebrowski (1992) notarono che su otto bambini che balbettavano mentre parlavano i loro genitori, la

disfluenza diminuiva quando rispondevano a domande rispetto a quando facevano affermazioni; ciò sembrava dipendere dal fatto che le domande spesso venivano risposte con enunciati brevi, mentre le affermazioni dei bambini erano spesso enunciati più lunghi. Anche Wilkenfeld e Curlee (1997) notarono che la balbuzie non sembrava essere correlata al fatto che l'adulto facesse domande o commenti, ma era più probabile che si verificasse in entrambe le condizioni quando le espressioni del bambino erano più lunghe.

Complessità del linguaggio – La maggior parte degli studi sul linguaggio dei genitori si è concentrata sul confronto tra i genitori dei bambini che balbettano e i genitori dei bambini che non balbettano. Kloth et al. (1999) hanno adottato un approccio diverso, attraverso uno studio longitudinale sul linguaggio dei genitori i cui figli erano a rischio di balbuzie. Valutando la complessità del linguaggio delle madri, in termini di lunghezza media degli enunciati nelle conversazioni con il loro bambino, sia prima che subito dopo l'insorgenza della balbuzie, scoprirono che le madri i cui figli andavano incontro a cronicizzazione della balbuzie, adottavano un linguaggio significativamente più complesso rispetto a quello delle madri dei bambini che andavano incontro a remissione, sia quando misurato prima che i bambini iniziassero a balbettare, sia nuovamente dopo l'inizio della balbuzie. Un altro studio di Rommel, Hage, Kalehne e Johannsen (2000) ha confrontato la complessità del linguaggio di 71 madri prima e dopo la comparsa della disfluenza nell'eloquio del figlio. Lo studio è durato tre anni e ha riscontrato che quanto più complessa era la sintassi della madre (lunghezza media dell'enunciato), maggiore era il numero di vocaboli usati con il figlio, tanto più probabile era che il bambino non andasse incontro a remissione nei successivi tre anni. Miles e Ratner (2001) hanno valutato la complessità del linguaggio dei genitori di bambini che balbettavano, raccogliendo campioni d'eloquio delle interazioni madre-figlio di 12 coppie con bambini che balbettavano e 12 con bambini normofluenti. Il linguaggio materno è stato valutato in base alla complessità sintattica, alla varietà lessicale e alla frequenza d'uso ed è stata calcolata la lunghezza media dell'enunciato. Non sono state riscontrate differenze significative tra le madri dei bambini che balbettavano e le madri dei bambini normofluenti. Tali studi suggeriscono che i genitori dei bambini che balbettano potrebbero non utilizzare un linguaggio più complesso rispetto ai genitori dei bambini normofluenti, ma per i bambini a rischio di balbuzie o che balbettano, un linguaggio meno complesso è associato a una maggiore probabilità di remissione.

Anche alcuni eventi della vita possono influenzare negativamente la stabilità e la sicurezza di un bambino. Trasferirsi in una nuova casa, essere ricoverati per un intervento chirurgico o assistere al divorzio dei genitori è difficile per chiunque, ma lo è ancora di più per i bambini, alcuni dei quali potrebbero improvvisamente sviluppare la balbuzie o assistere ad un peggioramento della sintomatologia. Sebbene non ci siano molti studi pubblicati a supporto di questa idea, Van Riper (1982) segnala situazioni di stress emotivo che scatenano l'insorgenza della balbuzie. Molti bambini vivono esperienze stressanti e si adattano ad esse senza apparenti problemi; tuttavia, i bambini più sensibili spesso mostrano ripercussioni di tali eventi nel loro linguaggio. Lo stress ambientale, infatti, potrebbe interagire con i fattori di sviluppo e con una predisposizione del bambino, risultando in sviluppo della balbuzie o in un suo peggioramento. Starkweather (1987), ha osservato che durante i periodi di tensione i bambini parlano in modo più disfluente, così come quando si trasferiscono di casa o cambiano scuola, quando i loro genitori divorziano o dopo un lutto familiare, questo potrebbe comportare l'insorgenza della balbuzie o un aumento della balbuzie nei bambini vulnerabili a tali stress. Johnson e collaboratori (1959) hanno notato che tra le 16 situazioni in cui i genitori hanno notato per la prima volta la balbuzie dei loro figli c'erano cambiamenti nell'ambiente fisico del bambino (ad esempio, trasferimento in una nuova casa), malattia ed ospedalizzazione del bambino, consapevolezza di una gravidanza materna e nascita di nuovi fratelli. Molti clinici hanno suggerito che eventi di vita stressanti possano causare la balbuzie o aumentarne la gravità. Alcune ricerche suggeriscono che tra gli individui che balbettano senza familiarità per la balbuzie, ci sono più prove di traumi emotivi, malattie o lesioni associate all'insorgenza della balbuzie rispetto a quelli con una storia familiare di balbuzie. Ciò suggerisce che in alcuni casi, eventi di vita stressanti, piuttosto che un'ereditarietà genetica della balbuzie, possano causare la balbuzie.

1.2.2 L'ambiente scolastico

In età scolare, i bambini passano gran parte del loro tempo con gli insegnanti e i compagni di classe. Ne consegue quanto sia importante il contesto scolastico nell'influenzare la prognosi della balbuzie. Per marginare i fenomeni di bullismo e favorire il pieno sviluppo del bambino ed il suo inserimento all'interno della classe è importante che insegnanti e

figure sanitarie lavorino in sinergia, per diffondere la conoscenza del disturbo e incrementare la cooperazione tra gli alunni (Murphy, Yaruss e Quesal, 2007). Risulta necessario agire su due fronti: insegnanti e alunni.

In merito agli insegnanti, come osservato da Plexico, Plumb e Beacham (2013), emerge che questi siano in grado di riconoscere le caratteristiche della balbuzie, senza però saperne gestire la sintomatologia nel contesto classe. Il coinvolgimento di tali figure risulta essere essenziale nella presa in carico del bambino con balbuzie, per costruire una rete terapeutica multidimensionale e protettiva intorno al bambino.

Per quanto riguarda i compagni di classe, frequenti sono i casi di derisione o bullismo nei confronti di bambini con balbuzie da parte dei compagni di classe (Blood e Blood, 2004). È noto che l'essere vittima di bullismo può causare l'insorgenza di difficoltà emotive, accademiche e perfino fisiche: si assiste a livelli più bassi di autostima, stati ansiosi, sentimenti depressivi, di abbandono e insicurezza (Bolvin, Hymel, Bukowski, 1995; Rigby e Slee, 1999; Cook e Howell, 2014). In letteratura viene riportato che oltre il 60% di soggetto con balbuzie è stato vittima di bullismo durante la propria vita, in una percentuale nettamente maggiore rispetto a quanto non si rilevi nella popolazione generale; tali esperienze potrebbero far scaturire strategie di evitamento dei contatti sociali e degli scambi verbali (Langevin, 2000)

1.3 La presa in carico del bambino con balbuzie in età scolare

La balbuzie evolutiva, con esordio tipicamente tra i 2 e i 4 anni, necessita un intervento riabilitativo quanto più precoce possibile, che valuti oltre ai fattori di rischio prognostici negativi (sesso, età di insorgenza, familiarità), anche la presenza di comorbidità con eventuali altri disturbi, la reazione del bambino e della famiglia rispetto ai sintomi e le ripercussioni a livello sociale (Yairi e Ambrose).

Le linee guida olandesi¹ riportano che la terapia per la balbuzie debba essere fornita da Logopedisti e da Fluency Specialist, ossia logopedisti che, conclusa la formazione in logopedia, hanno conseguito un programma di formazione aggiuntivo approvato dalla

¹ Pertijs, M.A.J., Oonk, L.C., Beer, de J.J.A., Bunschoten, E.M., Bast, E.J.E.G., Ormondt, van J., Rosenbrand, C.J.G.M., Bezemer, M., Wijngaarden, van L.J., Kalter, E.J., Veenendaal, van H, NVLF, Woerden (2014)

NVST (Dutch Association for Stuttering Therapy) o che si sono specializzati nella terapia della balbuzie dopo il conseguimento di un determinato numero di corsi post-laurea (*Tabella 2*). Tali figure debbono soddisfare le richieste del Paramedical Quality Registry, che stabilisce gli standard di qualità per l'esperienza lavorativa e la promozione delle competenze.

Logopedista	Fluency specialist
<ul style="list-style-type: none"> ● Possiede conoscenze di base sulla balbuzie. ● È in grado di fornire molte informazioni «rilevanti» per il cliente. ● Si accorge dei primi segni, quando è appena stato acquisito il comportamento secondario. ● È spesso vicino al mondo del bambino, probabilmente conosce la scuola o il nido d'infanzia. ● Ha molte conoscenze rispetto all'integrità dello <i>speech</i> e lo sviluppo del linguaggio. ● È abituato a impiegare diversi aspetti dello sviluppo nella ricerca e nella terapia. ● Ha accesso a un numero crescente di informazioni recenti attraverso, in particolare, corsi post-professionali e revisioni della letteratura. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Possiede delle conoscenze sugli ultimi dati di ricerca riguardanti la balbuzie. ● Ha a disposizione un grande range di approcci terapeutici per ogni fase evolutiva. Quindi la terapia può essere scelta per ciascun cliente. ● È in grado di adattare l'approccio scelto sul cliente, lavorando in modo eclettico per fare sì che questo sia su misura. ● Avere più bambini che balbettano in terapia vuol dire poter utilizzare altri format di terapia, come: sessioni da un'ora (rispetto alle sessioni di mezz'ora dei logopedisti), terapia di gruppo, counseling logopedico mirato, rivolto sia ai genitori in gruppo, sia agli insegnanti. Questo permette forme differenti di apprendimento. ● Possiede un largo range di strumenti e servizi per la ricerca e il trattamento della balbuzie e sviluppa, se richiesto, nuove strategie e materiali. ● È consapevole delle relazioni reciproche tra balbuzie e altri disturbi. ● Offre l'opzione di una seconda opinione al cliente.

Tabella 2

L'approccio diagnostico-terapeutico prevede una prima fase di diagnosi logopedica, strutturata in 4 step: presa in carico/screening, case history, valutazione logopedica, analisi formulazione di diagnosi; nella seconda fase viene disegnato un piano di trattamento individuale, basato sulle necessità dell'individuo e sugli outcome della valutazione. L'equipe coinvolta nell'iter diagnostico e riabilitativo è multidisciplinare: oltre al logopedista, può coinvolgere il neuropsichiatra infantile, l'otorinolaringoiatra, lo psicologo, psicoterapeuta, e il terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva.

1.3.1 Valutazione

Una valutazione appropriata ed approfondita dei disturbi di fluenza risulta fondamentale per impostare un piano d'intervento e un percorso riabilitativo efficaci. È bene far presente che in età evolutiva, la valutazione multidimensionale della balbuzie dovrebbe essere affiancata da una valutazione del profilo di funzionamento globale del bambino che balbetta. Ai fini del progetto di tesi, si entrerà in dettaglio in merito alla valutazione logopedica, tralasciando le valutazioni psicodiagnostica e neuropsicomotoria.

La prima fase della valutazione logopedica del bambino in età scolare prevede un colloquio iniziale con i genitori, volto a instaurare l'alleanza terapeutica, raccogliere informazioni anamnestiche salienti; il colloquio viene svolto utilizzando abilità di counseling logopedico. Il logopedista, nella valutazione del cliente, deve indagare sia i sintomi della disfluenza, sia il comportamento comunicativo nella sua globalità. L'anamnesi dovrà ricavare informazioni circa la familiarità per il disturbo, lo sviluppo psicomotorio, lo sviluppo e il livello attuale delle abilità e competenze comunicative e comunicativo-linguistiche, la copresenza di altre problematiche evolutive, di salute, comportamentali, età e modalità di insorgenza del disturbo, evoluzione temporale, variabilità della sintomatologia, sintomatologia e fenomenologia del disturbo, consapevolezza da parte del bambino, attitudine comunicativa, reazione dei genitori alla disfluenza, rapporto bambino-genitori e socializzazione e relazione relative alla micro e macro società. Tali informazioni sono fondamentali per individuare i fattori di rischio di cronicizzazione di balbuzie nel bambino. La valutazione procede con un'osservazione diretta (in alternativa indiretta, tramite campioni videoregistrati) del bambino volta ad analizzare la prestazionalità generale, le competenze comunicative e comunicativo-linguistiche, fluenza, consapevolezza e attitudine comunicativa, modalità di relazione bambino-genitori, modalità di relazione con conoscenti ed estranei. L'osservazione avviene entro un setting terapeutico adeguato al bambino, prediligendo l'approccio ludico, proponendo attività diversificate e stimolanti, che permettano l'interazione verbale spontanea e quella guidata.

Sulla base dei tassi di incidenza (5%) e di prevalenza (1%) riportati in letteratura, emerge che un significativo numero di bambini con balbuzie (80%), ha una remissione spontanea, anche senza interventi riabilitativi – contro un tasso di persistenza del 20%. Questo però avviene nella maggior parte dei casi entro 36 mesi dalla comparsa dei primi sintomi. Il tempo trascorso dall'insorgenza del disturbo, infatti, risulta essere un fattore prognostico fondamentale per la possibilità di cronicizzazione del disturbo: se il problema persiste anche dopo 36 mesi, la percentuale di guarigione scende al 16% e dopo 48 mesi al 5%.

In merito alla fluenza, Bloodstein (1995) delineò cinque dimensioni misurabili della balbuzie: la frequenza della balbuzie, espressa dalla percentuale di parole o sillabe balbettate in un campione d'eloquio, ampiamente usata per determinare la gravità della balbuzie; la durata media della balbuzie; la frequenza di tipi di disfluenza specifica; la velocità d'eloquio, che calcola al percentuale di parole o sillabe pronunciate in un minuto, con tendenza a diminuire in presenza di balbuzie; la gravità, che tra tutte risulta essere la misura più soggettiva.

Lo *Stuttering Severity Instrument for children and adult* (SSI-4) è uno strumento standardizzato adottato a livello internazionale che valuta *frequenza* delle ripetizioni, dei prolungamenti di suoni e di sillabe e di blocchi, *durata* dei tre episodi più lunghi di balbuzie e *concomitanze* fisiche osservabili. In merito al parametro frequenza viene fatta una distinzione tra lettori e non lettori: in questi ultimi (abilità di lettura inferiore a quella richiesta in terza primaria) la misurazione avviene solo in base all'eloquio spontaneo; nei primi, invece, verrà valutata anche in prove di lettura. Vengono considerate come balbuzie le sillabe balbettate, i prolungamenti (inclusi quelli silenti), le ripetizioni di parti di parola e i blocchi; la ripetizione di parole monosillabiche viene considerata balbuzie solo se il suono prodotto è atipico, ossia abbreviato, prolungato, discontinuo, teso. Per calcolare la percentuale di sillabe balbettate è necessario raccogliere 2 o 3 campioni d'eloquio discorsivo, che contenga ognuno da 150 a 500 sillabe fluenti e dividere sillabe balbettate e non balbettate. La percentuale si ottiene con la formula $\text{sillabe balbettate} / \text{sillabe fluenti} \times 100$; per ottenere il punteggio di frequenza si sommano le percentuali ottenute dai vari campioni in analisi e si dividono per il numero delle prove. Il punteggio grezzo va poi convertito nella scala di «punteggi del compito», con un range tra 2 e 9 in età scolare. Invece, per determinare il punteggio circa la durata bisogna cronometrare i 3 momenti di disfluenza più lunghi di ciascun campione, poi si calcola la media delle tre durate di ogni campione e infine si calcola la media sommando gli ultimi risultati ottenuti e dividendoli per il numero di campioni. La durata media ottenuta viene convertita in punteggio di durata tramite la scala di riferimento, con un range tra 2 e 18 (da una durata inferiore a .05 secondi ad una superiore a 60 secondi). Infine, per valutare i fattori fisici concomitanti (udibili e visibili associati ad episodi di balbuzie) si fa riferimento al giudizio espresso dall'esaminatore in merito alla frequenza di comportamenti secondari osservati relativamente al campione d'eloquio spontaneo esaminato; si distinguono suoni distraenti, smorfie della faccia, movimenti della testa e movimenti delle estremità. Tali aree vengono valutate separatamente attribuendo un punteggio da 0 (nessuno) a 5 (grave e molto disturbante). La somma dei quattro punteggi determina il punteggio dei fattori fisici concomitanti, con un range 0 e 20. Per calcolare il punteggio globale complessivo bisogna sommare il punteggio dei parametri frequenza, durata e fattori fisici concomitanti; tramite tabelle di riferimento che considerano l'età del soggetto si ottiene il rango percentile e il livello di severità della balbuzie: molto lieve, lieve,

moderato, severo e molto severo. L'SSI-4, a differenza della precedente versione (SSI-3, 1994) prevede una scala di autovalutazione soggettiva della gravità della balbuzie, la cui importanza risiede nel riferire al clinico informazioni circa la percezione che il soggetto ha della propria disfluenza e della sua variabilità dei vari contesti comunicativi.

È fondamentale che il clinico includa nella valutazione l'attitudine comunicativa, ossia la percezione, positiva o negativa che sia, che il soggetto ha della propria competenza e capacità di espressione verbale. Infatti, la balbuzie non è soggetta solo all'influenza delle difficoltà motorie, ma anche a percezioni, pensieri, emozioni che possono anticipare la manifestazione del sintomo. Un'attitudine comunicativa positiva indica che il soggetto, nonostante le disfluenze, indica che l'individuo si considera in grado di comunicare con efficacia i propri pensieri all'interlocutore. Attualmente non è nota l'incidenza dell'attitudine comunicativa nel manifestarsi della balbuzie e nel mantenimento dei comportamenti secondari. Johnson (1942) per primo analizzò il rapporto di reciprocità tra episodi di balbuzie e attitudine comunicativa, descrivendo la balbuzie come un comportamento messo in atto per evitare le disfluenze che incorrono normalmente nella verbalizzazione. In seguito, Bloodstein (1995) indicò la balbuzie come comportamento di lotta anticipatoria; Starkweather (1987), invece, correlava lo sviluppo di un'attitudine comunicativa negativa ad elevate aspettative e richieste di fluenza della famiglia al bambino. Perkins (1986) sosteneva che un'attitudine comunicativa negativa non causava la balbuzie, ma ne era una sua conseguenza: il soggetto perde sicurezza a causa di ripetute interruzioni dell'eloquio e fallimenti comunicativi. Dagli studi di Quesal e Shank (1978) emerge che la fluenza verbale migliora solo quando l'attitudine comunicativa si orienta verso la positività; quindi, per un trattamento che soddisfi il cliente è bene che la riduzione della sintomatologia della disfluenza sia associata ad una normalizzazione dell'atteggiamento comunicativo (Menzies et al., 2008).

La batteria più utilizzata a livello internazionale è il BAB – Behavior Assessment Battery (Brutten e Vanryckeghem, 2003), batteria di autovalutazione con test standardizzati sia per adulti che per bambini con balbuzie, che indaga risposte emotive, cognitive e comportamentali del soggetto e costituisce una solida base di partenza nel processo di decision making terapeutico. Relativamente all'età evolutiva consta di:

- 1) *Speech Situation Checklist* – indaga gli Aspetti emotivi e comportamentali del vissuto del soggetto; è costituita da due scale:
 - a. *SSC-ER - Speech Situation Checklist Emotional Reaction*, in cui il cliente deve segnare in una scala di tipo Likert a 5 punti il livello di reazioni emotive negative che prevede di sperimentare in specifiche situazioni d'eloquio

- b. SSC-SD - *Speech Situation Checklist Speech Disruption*, in cui si chiede al cliente di segnare quanto frequentemente balbetta in determinate situazioni comunicative

Le ricerche di Bernardini et al. (2010) sulla popolazione italiana confermano quanto ottenuto a livello internazionale (Brutten e Janssen, 1981), ovvero che i punteggi ottenuti dai soggetti con balbuzie sono significativamente più alti rispetto a quelli dei normofluenti.

- 2) *Behavior Checklist* – questionario che indaga evitamenti comunicativi e comportamenti messi in atto per evitare l’incorrere della balbuzie o nel tentativo di interromperle, tramite 50 domande con risposta SI-NO. Gli studi di Bernardini, Zmarich e Cocco (2006) in merito alla versione italiana del questionario evidenziano che i bambini che balbettano usano un numero statisticamente maggiore di risposte comportamentali di coping, evitamenti e deleghe comunicative rispetto ai coetanei normofluenti.
- 3) *Communication Attitude Test* – questionario self-report rivolto ai bambini di almeno 6 anni e che frequentino la prima elementare. Consta di 35 item a cui il soggetto risponde VERO-FALSO in base a quanto l’affermazione rispecchia ciò che pensa in merito al proprio modo di parlare. Lo strumento è stato ampiamente utilizzato a livello internazionale per valutare l’attitudine comunicativa dei bambini che balbettano in età scolare. Dalle ricerche emerge che il CAT è uno strumento con adeguata coerenza interna, affidabilità degli item con il punteggio totale e affidabilità test-retest; inoltre ha buona validità di criterio e di contenuto ed è in grado di riscontrare gli esiti positivi del trattamento in relazione all’attitudine comunicativa dei bambini che balbettano. Gli studi di Bernardini, Zmarich e Cocco (2004) in merito alla versione italiana del questionario confermano i risultati ottenuti a livello internazionale, evidenziando che l’attitudine comunicativa dei bambini disfluenti è significativamente più negativa rispetto ai coetanei normofluenti.

1.3.2 Counseling

Nella presa in carico della persona che balbetta il counseling è una parte integrante del processo riabilitativo; esso, secondo l’*America Counseling Association* crea una relazione professionale che mette individui, famiglie e gruppi in condizione di raggiungere obiettivi di salute mentale, benessere, formazione e carriera (Kaplan, Tarvydas, Gladding, 2014). Rapportato alla balbuzie, il counseling crea una relazione d’aiuto tramite la quale si

esplorano le risposte emozionali del cliente e gli effetti sull'esperienza vissuta (Zebrowski, 2006). Il counselor guida il cliente a trovare le proprie risposte, assumere nuove prospettive, fiducia verso se stessi e riconoscere le proprie abilità. Tra gli ambiti di interesse del counseling rapportato alla balbuzie, vi sono il dominio emotivo-relazionale, incentrato sull'ansia da prestazione verbale, spettro emotivo tipico nella balbuzie (paura, rabbia, vergogna, frustrazione), competenze comunicative e abilità sociali, e il dominio cognitivo, incentrato sui pensieri disfunzionali.

1.3.3 Trattamento riabilitativo

È noto come la corretta ed efficace gestione di una patologia sia strettamente dipendente dalla comprensione delle sue cause; poiché la balbuzie è un disturbo estremamente complesso, in cui la combinazione di vari fattori determina lo sviluppo di un quadro clinico con variabilità interindividuale, ne consegue quanto sia difficile stabilire un collegamento univoco tra teorie eziologiche e modelli d'intervento.

Ad oggi tra gli esperti vi è un accordo condiviso nell'adottare un approccio multifattoriale alla gestione della balbuzie, che consideri la sua multifattorialità e i vari livelli di ripercussione nella vita della persona che balbetta: l'approccio integrato, che spesso prevede un lavoro sinergico tra terapia logopedica e terapia cognitivo-comportamentale.

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) viene applicata principalmente in ambito psicopatologico e si basa sull'idea che la sofferenza e il disagio psicologico siano caratterizzate da pensieri erranei, irrazionali e disfunzionali, i cui effetti sono costituiti da modalità inadeguate di risposta emotiva e comportamentale; l'obiettivo sarà modificare il sistema di pensiero e il sistema di credenze ad esso associato per ottenere un miglioramento nelle capacità adattive della persona. Numerosi studi hanno riportato che l'esposizione ripetuta a fallimenti comunicativi possa scaturire disturbi ansiosi generalizzati o disturbi d'ansia sociale (Iverach et al., 2011). Nei bambini con balbuzie sono stati rilevati segnali d'ansia notevolmente più alti rispetto ai coetanei normofluenti. Nonostante esistano dati preliminari dimostranti che la CBT possa ridurre la balbuzie a livello sociale ed emotivo già a partire dall'età evolutiva, è necessario che siano definiti protocolli d'intervento specifici: un intervento focale e precoce nei bambini può prevenire

il conseguente sviluppo di disturbi d'ansia conclamati associati alla balbuzie in età adulta. Nel trattamento della balbuzie è possibile adottare le *tecniche cognitivo-comportamentali*, che si basano sul presupposto che le relazioni emotive, i pensieri e i comportamenti sono connessi tra loro e risultano influenzati da come viene percepito il mondo e da come viene organizzata l'esperienza personal. Una di queste è la *ristrutturazione cognitiva* che, seguendo il modello A-B-C di Ellis (1957), si propone di modificare le convinzioni disfunzionali che l'individuo ha di sé, degli avvenimenti che lo riguardano e del mondo che lo circonda; vengono messe in discussione le cognizioni del soggetto rispetto alla sua balbuzie e ai contesti di verbalizzazione a cui è esposto, inducendolo a formulare nuove valutazioni degli eventi, meno negative e più aderenti alla realtà. Un'altra tecnica è quella degli *esperimenti comportamentali*, vere e proprie sperimentazioni comportamentali, progettate dal terapeuta in accordo con il paziente e volte a modificare le convinzioni e aspettative erronee del soggetto nei confronti di determinati contesti o situazioni di verbalizzazione. Il *training sull'attenzione*, invece ha lo scopo di ridurre l'eccessiva focalizzazione attentiva su eventuali stimoli o situazioni percepiti potenzialmente dannosi per contenere il conseguente arousal fisiologico.

L'American Speech Hearing Association delinea come obiettivi per la terapia del soggetto che balbetta i seguenti:

- Ridurre la frequenza degli episodi di disfluenza, senza aumentare l'utilizzo di comportamenti secondari non riconducibili al parlato normale;
- Ridurre severità e durata delle disfluenze, fino a farle diventare normali interruzioni del flusso verbale;
- Ridurre o eliminare comportamenti di evitamento e/o di difesa;
- Ridurre o eliminare gli atteggiamenti messi in atto dall'ambiente circostante che peggiorano o provocano disfluenze;
- Stimolare il soggetto a modificare la gestione delle situazioni di verbalizzazione e socializzazione della vita quotidiana;
- Aumentare la frequenza di attività di verbalizzazione
- Ridurre l'attitudine alla balbuzie, modificare le convinzioni negative che spesso impediscono il consolidamento dei risultati riabilitativi raggiunti
- Ridurre le reazioni emotive a specifici stimoli che interferiscono negativamente sulla balbuzie o che non ne facilitano il miglioramento

- Quando necessario, integrare il trattamento per aiutare e supportare il paziente nella risoluzione di altre difficoltà di natura logopedica, diverse dalla balbuzie.
- Fornire informazioni utili e indicazioni necessarie ai genitori sulla balbuzie, sul percorso riabilitativo e sulla prognosi del disturbo.

Segue una descrizione di alcuni tra i più rilevanti approcci integrati presenti in letteratura relativamente all'età evolutiva e in particolare ai bambini in età scolare.

Il PCIT – *Parent Child Interaction Therapy* è un intervento di tipo cognitivo-comportamentale destinato a bambini di età prescolare, ma adattabile anche a bambini di età scolare, elaborato presso il Michael Palin Centre di Londra, fondato su una visione multifattoriale della balbuzie, integrata a principi di orientamento cognitivo-comportamentale. L'approccio è di tipo indiretto: l'intervento agisce primariamente sui genitori, fornendo loro strategie efficaci per gestire la balbuzie del bambino. A partire da una valutazione globale, che indagherà in particolare competenze linguistiche, severità della balbuzie, consapevolezza del bambino rispetto al disturbo e il relativo impatto possibile su aspetti emotivi e sociali, si delinea un programma d'intervento individualizzato e personalizzato, diviso in fasi. La prima fase consiste nell'aiutare i genitori ad adottare delle più efficaci modalità di interazione con il figlio, diminuendo le richieste comunicative eccessive e fornendo un modello di comunicazione adeguato (mantenere il contatto oculare, aumentare le pause durante le conversazioni, parlare più lentamente, porre domande che non inducano pressione temporale sul bambino); i genitori acquisiscono consapevolezza dell'impatto emotivo che la balbuzie dei figli ha su di loro. Nella fase successiva il genitore è tenuto a creare specifiche situazioni di interazione, detti *special time*, ossia momenti di gioco di breve durata (tra le 3 e le 5 volte a settimana) in cui mettere in pratica autonomamente le strategie comunicative apprese, durante la vita quotidiana. L'obiettivo è quello di creare momenti elettivi in cui i genitori possano sperimentare un'interazione condotta secondo quanto concordato con il clinico. È importante che il genitore faccia presente al clinico miglioramenti dei comportamenti verbali del bambino per un confronto su progressi ed eventuali criticità. Segue la fase di consolidamento (sei settimane), nella quale il terapeuta, sulla base delle informazioni raccolte in riscontro ai comportamenti verbali del bambino nelle interazioni comunicative

in cui i genitori utilizzano le strategie consigliate, sceglie se intervenire nuovamente in casi di comportamenti disfunzionali nell'interazione genitori-figlio. La fase finale consta di una rivalutazione del bambino circa severità della disfluenza, abilità linguistiche, e miglioramenti in seguito al trattamento indiretto, e dei follow-up di controllo per monitorare i risultati nel tempo.

Tink smart, feel smart (Agius, 2009) è un programma che interviene sulla balbuzie in età evolutiva tramite le tecniche cognitivo-comportamentali volto a modificare il modo di percepirsi e pensare a se stessi e alle proprie emozioni dei bambini che balbettano, sentendosi più in grado di esprimersi e sviluppando gradualmente un'attitudine comunicative positiva. In dieci settimane il programma si propone di integrare strutturalmente tecniche come rilassamento, desensibilizzazione sistematica e modellamento cognitivo. L'intervento è strutturato in dieci sedute di gruppo di 90 minuti l'una, di cui: nei primi 15 minuti si effettuano esercizi di rilassamento basati sul modello di Edmund Jacobson ed esercizi di visualizzazione guidata verbalmente; i 45 minuti successivi prevedono esercizi di modellamento cognitivo basati sul *Cognitive Research Trust*, volto ad ampliare le capacità di pensiero generale, spirito critico, riflessività e creatività del soggetto; gli ultimi 30 minuti sono destinati ad esercizi di desensibilizzazione.

Il GILCU – *Gradual Increase in Length and Complexity of Utterance* è un programma di intervento rivolto a soggetti che balbettano di tutte le età; si basa sul principio del condizionamento operante (Skinner, 1953) è volto ad ottenere una graduale produzione priva di disfluenze, concentrandosi quindi solo sugli aspetti sintomatologici della balbuzie e tralasciando le componenti emotive e cognitive. Il clinico è tenuto ad interrompere il paziente ogni volta che si verifica una disfluenza, aspettando qualche secondo e chiedendo di riprendere a parlare correttamente. Le performance verbali fluenti vanno premiate tramite rinforzo positivo, congratulandosi con il soggetto. L'intervento si articola in 56 tappe, suddivise in acquisizione, trasferimento e mantenimento. Durante la fase dell'acquisizione l'obiettivo è quello di portare il soggetto a produrre almeno una singola parola al minuto senza balbettare, impostando un nuovo modello verbale, prima

in compiti di lettura, poi nel monologo e infine nella conversazione; l'obiettivo è raggiungere un eloquio fluente, caratterizzato da massimo 0,05 parole balbettate in 5 minuti di conversazione. Nella seconda fase si chiede al paziente di trasferire quanto appreso in terapia nella quotidianità. La fase di mantenimento consta di follow-up periodici volti a monitorare i risultati.

Il MIDA-SP (Tomaiuoli et al., 2012) è un programma riabilitativo multidimensionale individualizzato e arte-mediato per la riabilitazione della balbuzie in età scolare, adolescente e adulta. In età scolare il programma presuppone un lavoro sinergico con i genitori e la famiglia, dedicando loro tempo sufficiente per accogliere domande e rispondere alle loro preoccupazioni. Anche la scuola, essendo il contesto fuori dalla famiglia più significativo in cui il bambino trascorre il suo tempo ed il più richiestivo in merito alle situazioni di verbalizzazione, svolge un ruolo fondamentale: è necessario organizzare incontri con gli insegnanti per condividere le caratteristiche generali del disturbo e quelle specifiche del bambino, in modo da riuscire a comprendere meglio l'alunno, effettuare un miglior lavoro individuale in termini di comunicazione e valutazione delle prestazioni e creare un ambiente di inclusione all'interno della classe. È importante tenere in considerazione che spesso il bambino in età scolare spesso ha una bassa consapevolezza della propria disfluenza: può non riconoscere tutti i singoli episodi di balbuzie che produce, percepire in maniera ridotta la fatica nella produzione verbale, o avere difficoltà ad esprimere i suoi sentimenti correlati alla balbuzie, e dunque non avere un'intrinseca motivazione a modificare il proprio eloquio (Ramig e Dodge, 2009). Pertanto, sarà necessario strutturare attività ed esercizi che diano subito al bambino la sensazione di potere sfruttare le strategie fornite dal clinico per ottenere un eloquio più fluente, parlare con meno fatica ed essere più efficaci nella comunicazione. È importante mantenere alta la motivazione del bambino e passare dalla terapia individuale a quella di gruppo, per favorire l'automatizzazione e la generalizzazione delle tecniche di facilitazione verbale acquisite. Il programma è articolato in terapia logopedica, transfer activities e training arte-mediato e varia in base al profilo ottenuto in valutazione. La terapia logopedica prevede attività di impostazione e trasferimento delle tecniche di facilitazione verbale per il miglioramento della fluenza verbale e richiede un buon livello di propriocezione del soggetto rispetto alla balbuzie; in base all'età e alla capacità di

percepire il proprio corpo vengono proposti esercizi di rilassamento muscolare, di coordinazione pneumo-fonica e di articolazione e co-articolazione. Gli esercizi di rilassamento muscolare voglio far fare esperienza al bambino che balbetta di un corpo in condizioni di tensione e rilassamento, creando un modello di riferimento per sciogliere la tensione e gestire efficacemente la disfluenza. Con gli esercizi di respirazione e coordinazione pneumo-fonica si insegna al paziente la respirazione costo-diaframmatica, quale sia la quantità d'aria necessaria per un'adeguata gestione dell'emissione vocale, l'eliminazione della fase d'apnea tra inspirazione ed espirazione e il concetto di *easy voice*. In seguito, si lavora sulle tecniche di facilitazione verbale per la gestione delle disfluenze: l'*attacco dolce* e la *spinta di fiato* sono la base per le impostazioni di tecniche quali lo scivolamento, il sussurramento del suono o della sillaba iniziale, l'elisione del suono iniziale. In seguito, si fa sperimentare al soggetto che balbetta l'utilizzo di queste strategie in tre momenti diversi: *post-block correction (cancellation)*, *in-block correction (pull-out)* e *pre-block correction*. Per migliorare la propriocezione del soggetto nei confronti della balbuzie è possibile adottare la «pratica negativa» (Starke, 1999), che consiste nel produrre volontariamente un eloquio disfluente, il più possibile simile al proprio, acquisendo una maggiore percezione del sintomo e di conseguenza una maggiore facilità nel gestirlo. Le transfer activities sono attività esperienziali in cui il soggetto può mettere in atto le tecniche acquisite in un ambiente protetto per poi trasferirle nella sua quotidianità; sono volte a consolidare l'automatizzazione delle tecniche, indurre la generalizzazione dell'uso delle tecniche nelle diverse situazioni di verbalizzazione, allenarsi a verbalizzare in situazioni che si temono o si evitano. Esempi sono la conversazione con progressivo aumento delle difficoltà, training di telefono-terapia, simulazione di scena di vita quotidiana relative a situazioni di verbalizzazione, public speaking e role-playing nelle diverse situazioni della vita quotidiana. Il training arte-mediato prevede attività come la recita teatrale, il doppiaggio di film o favole interpretate, volte a favorire la generalizzazione delle tecniche di facilitazione verbale apprese.

Capitolo 2. SpeechCare – Centro Tratamento de Gaguez: un modello di organizzazione dei servizi per la balbuzie in Portogallo. Analisi della realtà italiana

Il seguente capitolo descrive quello che, durante il tirocinio Erasmus, ho avuto la possibilità di riscontrare presso la clinica portoghese SpeechCare – Centro de Tratamento de Gaguez in merito all'organizzazione dei servizi erogati in merito alla presa in carico dei disturbi di fluenza. In seguito, tramite i dati presenti in letteratura, viene analizzata l'organizzazione dei servizi per la balbuzie nella realtà italiana.

2.1 Speechcare Centre – Centro de Tratamento de Gaguez: un approccio integrato per la presa in carico della balbuzie

Speechcare Centre è una clinica portoghese privata situata a Lisbona, la cui equipe è composta da 30 professionisti specializzati nei diversi ambiti di studio della Logopedia e che, in 14 anni di esperienza vanta più di 5000 pazienti. Il Direttore Clinico è il Dott. Gonçalo Leal, membro fondatore della *Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala* e coordinatore della *Comissão Ética da Associação Portuguesa de Terapia da Fala*, Cofondatore di Speechcare, insieme alla Dott.ssa Rita Carneiro. La clinica offre servizi in età evolutiva, scolare e prescolare, adolescenziale ed adulta occupandosi di disturbi di linguaggio e comunicazione, disturbi di deglutizione e alimentazione, disturbi della motricità oro-facciale, disturbi specifici d'apprendimento, disturbi della voce e disturbi della fluenza.

La clinica, oltre alla riabilitazione, è pioniera nello sviluppo di progetti di sensibilizzazione, prevenzione e educazione nelle scuole; il progetto SpeechCare Schools nasce nel 2012 per fornire alle scuole nel suolo portoghese gli strumenti per favorire un sano sviluppo del linguaggio e della comunicazione nella comunità scolastica, essenziali per un apprendimento di successo da parte del bambino, tramite interventi di formazione per il personale scolastico, sensibilizzazione verso i principali fattori di rischio per lo sviluppo di disturbi di linguaggio e di apprendimento e screening gratuiti nei bambini di età scolare.

Un altro progetto della clinica è il Centro Tratamento Gaguez, che offre servizi specifici per la valutazione e la presa in carico dei disturbi della fluenza rivolti a bambini, adolescenti ed adulti; dispone di un team di professionisti specializzati, coordinato dal Dott. Gonçalo Leal e dalla Dott.ssa Catia Catita, che basandosi su un approccio integrato, cerca di promuovere una comunicazione funzionale dei clienti. In età evolutiva promuove un intervento precoce, sia diretto che indiretto, in cui risulta fondamentale la partecipazione dei genitori per il successo terapeutico. Nell'adolescente che balbetta, la disfluenza può costituire un grande ostacolo nelle relazioni sociali e nelle ambizioni e progetti di vita futuri; l'attenzione in questa fascia d'età viene posta non solo sui meri aspetti linguistici, ma anche su emozioni e atteggiamenti nei confronti della comunicazione. Nell'adulto invece, l'impatto della balbuzie può influenzare negativamente la qualità di vita, sia a livello personale che a livello lavorativo; lo scopo del trattamento è raggiungere una comunicazione priva di paure e preoccupazioni, che non influenzi le proprie scelte ed ambizioni. Dal 2017 è possibile usufruire del servizio di trattamento della balbuzie anche online – di cui ne è stata dimostrata l'efficacia – eliminando barriere spaziali e temporali, tramite consulenza effettuata da un logopedista iscritto all'albo previo link individuale fornito prima dell'incontro; Speechcare è registrata presso l'Autorità di regolamentazione sanitaria per la telemedicina per tutelare la privacy dei clienti. Sono disponibili anche progetti internazionali in lingua inglese e spagnola. A seguire verrà descritto l'approccio diagnostico-terapeutico adottato dal Centro de Tratamento de Gaguez della clinica Speechcare.

2.1.1 Bambini in età prescolare

Presso la clinica Speechcare la valutazione del bambino prescolare è affidata al coordinatore dell'area infantile del Centro de Tratamento de Gaguez e prevede un colloquio preliminare con i genitori, l'osservazione dell'interazione genitore-bambino, una visita con il neuropsichiatra dell'età evolutiva, una visita audiologica, una visita otorinolaringoiatrica e lo screening logopedico del linguaggio. Quest'ultimo è funzionale a distinguere una balbuzie vera e propria da una disfluenza tipica, stabilire la prognosi di persistenza o remissione spontanea della balbuzie e l'eventuale necessità di una presa in carico riabilitativa e le sue modalità: intervento diretto o indiretto. Il trattamento della

balbuzie in età prescolare solitamente si concentra nell'insegnare ai genitori metodi per modificare le interazioni nella vita quotidiana con i propri figli: rallentare la velocità del discorso, fare una pausa di 2 o 3 secondi dopo che il bambino ha finito di parlare e prima di cominciare a parlare, aggiungere pause nel proprio discorso, ascoltare attentamente ciò che il bambino dice, assicurarsi che tutti i membri della famiglia, compreso il bambino, rispettino i turni, ridurre domande che richiedono lunghe risposte, usare un lessico e una complessità frasale che si avvicinino al livello del bambino. Si consiglia di organizzare un momento, preferibilmente alla mattina, in cui un genitore dedichi 10-15 minuti di tempo al bambino e metta in pratica i modelli di interazione suggeriti in precedenza. Durante questo tempo, il genitore mostrarsi presente per il bambino, prestando attenzione a ciò che il bambino dice e fa. Si chiede alla famiglia di creare routine prevedibili per aumentare il senso di sicurezza nel bambino e di rallentare i ritmi degli impegni familiari. In *Figura 3* viene rappresentato come il clinico possa fungere da modello per una comunicazione facilitata e modellare l'interazione genitori-figlio.

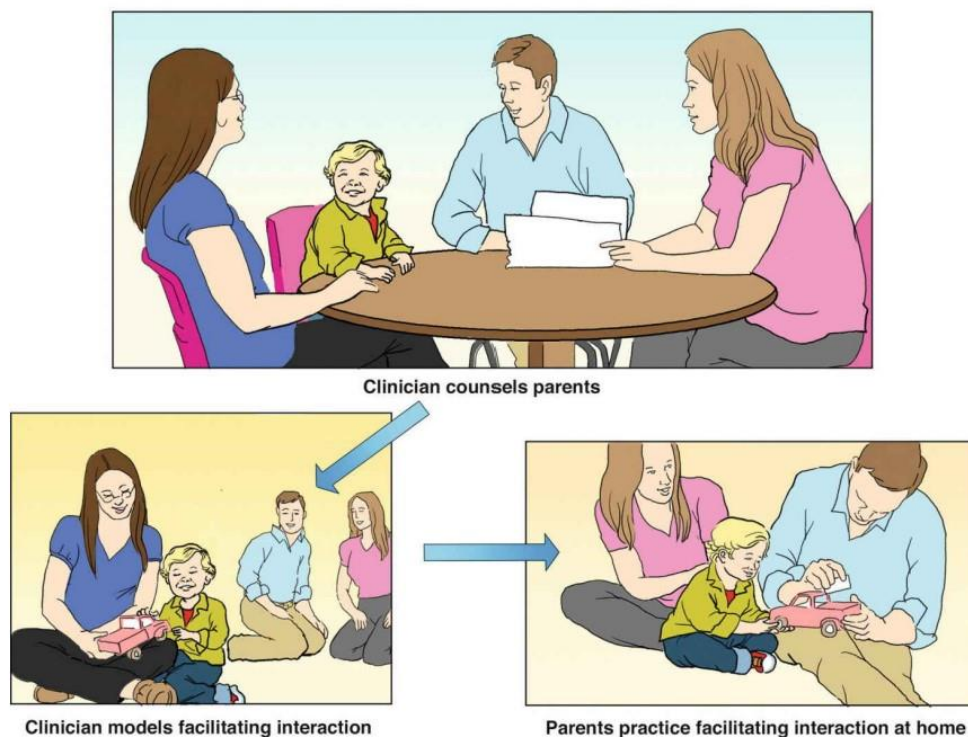


Figura 3

Se la balbuzie del bambino si riduce entro sei settimane, è necessario intraprendere un trattamento diretto. In questo approccio, per la balbuzie lieve e borderline nei bambini in

età prescolare, si insegna ai genitori a lodare occasionalmente la fluenza durante le sessioni individuali con il bambino. Quando la balbuzie è più grave in questa fascia d'età, si insegna al bambino a modificare la propria fluenza giocando con la balbuzie, balbettando volontariamente e rinforzando le balbuzie lente e facili nel suo discorso spontaneo.

2.1.2 Bambini in età scolare

Presso la clinica Speechcare, la valutazione del bambino in età scolare si articola in un iniziale colloquio del clinico con i genitori del bambino, seguito da un colloquio con gli insegnanti e da un colloquio con il bambino. In base a come la balbuzie influisce sul rendimento scolastico, quali sono gli atteggiamenti, pensieri ed emozioni del bambino nei confronti della disfluenza, il livello di motivazione del bambino e della famiglia nell'intraprendere un percorso riabilitativo e il livello di supporto da parte dei genitori e degli insegnanti, verrà pianificato un piano di trattamento individualizzato. In *Figura 4* vengono rappresentate le principali fasi del trattamento del bambino in età scolare

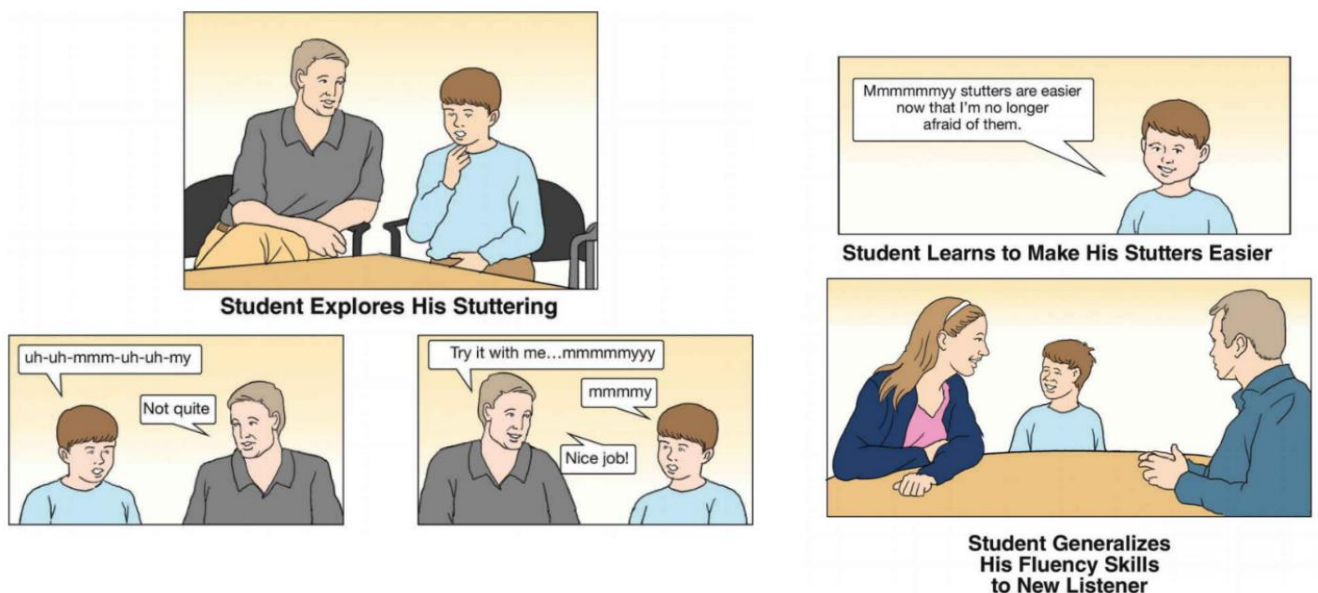


Figura 4

Poiché la maggior parte dei soggetti in età scolare sviluppano un'attitudine nei confronti della loro balbuzie, il trattamento parte da un'esplorazione del disturbo volta ridurre i

sentimenti e i pensieri negativi ad essa associati, la paura del verificarsi di una disfluenza e di conseguenza la tensione con cui essa si manifesta a livello fisico. Questo indurrà il bambino a riuscire a terminare la parola in cui si verifica la disfluenza e man mano che il bambino padroneggerà questa tecnica, sarà in grado di gestire sempre meglio la sua balbuzie. A tale proposito la clinica svolgeva attività di desensibilizzazione alla balbuzie, in cui al bambino si spiega come funziona la «macchina delle parole», ossia come viene prodotto l'eloquio grazie al cervello, all'apparato respiratorio e al vocal tract, si ragiona sui vari modi di parlare, si scopre insieme cos'è la balbuzie e si sfatano i falsi miti, si mette in pratica la *voluntary stuttering*, metodo che consiste nel balbettare di proposito, catturare il momento di disfluenza, determinare dove si verifica la tensione e trovare un modo per uscire dalla balbuzie in un modo più rilassato. In seguito, si svolgono le *transfer activities*.

Per la minoranza dei soggetti che, invece, ha una bassa tendenza a sviluppare emozioni negative è possibile insegnare la «superfluenza», un tipo di eloquio caratterizzato da un ritmo flessibile, pause frequenti, attacco dolce e propriocezione della disfluenza per migliorare la fluidità e gestire la balbuzie. Tale tecnica viene poi trasferita in una serie di situazioni del mondo reale.

2.1.3 Adolescenti e adulti

Presso la clinica Speechcare, la valutazione dell'adolescente o dell'adulto che balbetta, si articola in preliminare anamnesi, colloquio con il cliente, analisi dell'eloquio, conduzione di una terapia di prova e determinazione di un trattamento adeguato. È importante indagare il livello di motivazione del cliente, la severità della balbuzie in termini di comportamenti overt e covert e l'impatto della balbuzie nella vita della persona. In questa fascia d'età, la balbuzie è caratterizzata da ripetizioni, prolungamenti e blocchi, associate a tensione, sforzo fisico nella verbalizzazione, comportamenti di fuga e di evitamento; è frequente che il cliente abbia sviluppato, nel corso degli anni, atteggiamenti negativi pensieri disfunzionali in merito al proprio eloquio: il trattamento dovrà focalizzarsi nell'insegnare al cliente nuove strategie per affrontare la balbuzie a discapito dei modi che usava in precedenza, che tendevano ad incrementare la tensione fisica e i comportamenti di evitamento. In primo luogo, si cerca di far comprendere la propria balbuzie all'individuo in modo da diminuirne paura e vergogna; in secondo luogo, il

clinico fornisce al cliente strategie per una più facile gestione del disturbo, come ad esempio entrare direttamente nella balbuzie, soffermarsi prolungando il flusso d'aria emesso o la sua durata di interruzione, in modo da diminuire la paura e la tensione associate alla disfluenza e poter concludere la parola in modo rilassato. Quando questo avviene durante momenti di disfluenza vera e propria, si può parlare di «balbuzie di alta qualità». Il trattamento prevede che tali tecniche utilizzate in setting riabilitativo, vengano poi adottate anche nella vita quotidiana del cliente, prima con familiari e amici e poi con sconosciuti, aumentando i comportamenti d'approccio e parlando liberamente di balbuzie, imparando ad usare le parole in cui si è consapevoli di balbettare e partecipando alle situazioni sociali che in passato si evitavano per paura della balbuzie. L'obiettivo finale è che il cliente generalizzi quanto migliorato, ossia trasferisca la riduzione di sentimenti ed atteggiamenti negativi ed evitamenti e aumenti la fluenza in ogni situazione comunicativa e mantenga i risultati ottenuti anche dopo il termine del trattamento, diventando il clinico di se stessi e stabilendosi obiettivi a lungo termine in merito alla propria fluenza. In *Figura 5* vengono rappresentate le fasi del trattamento dell'adolescente e adulto che balbetta.

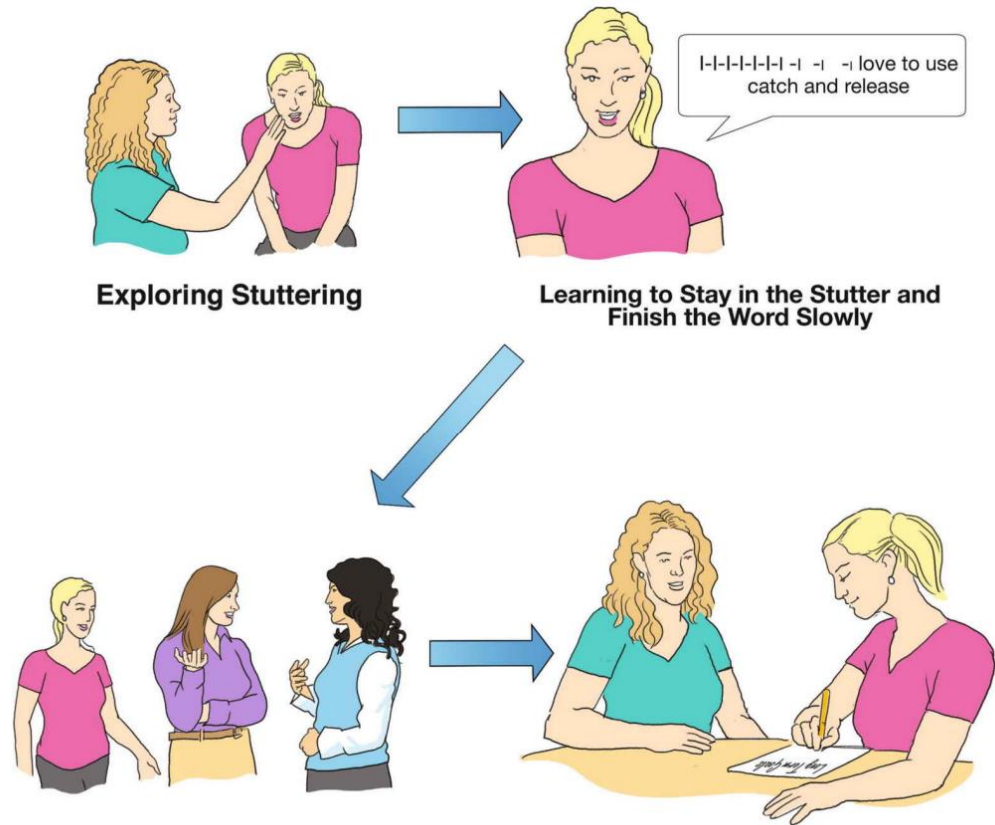


Figura 5

2.2 Analisi della realtà italiana

Dal 2014 al 2018 alcuni logopedisti dell'Università di Padova e il Professor Zmarich, ricercatore del CNR di Padova, hanno condotto un'analisi della realtà italiana in merito alla balbuzie, indagando l'organizzazione dei servizi nelle strutture pubbliche, gli approcci metodologici utilizzati dai logopedisti in Italia e la formazione degli studenti dei corsi di laurea in Logopedia in Italia. Poiché in Italia si riscontra disomogeneità circa in riferimento all'Evidence-Based Medicine, i dati raccolti sono stati confrontati con le linee guida logopediche dei Paesi Bassi sulla balbuzie. Sono stati utilizzati diversi questionari: un questionario consegnato ai direttori delle attività didattiche di 36 corsi di laurea di logopedia attivi in 17 regioni italiane durante l'anno accademico 2014/2015 ha analizzato qualità e formazione erogata, teorica e pratica, sui disturbi di fluenza verbale all'interno dei corsi di laurea triennali di Logopedia; un questionario inviato a Direttori o Coordinatori di Servizi di Logopedia di 299 strutture della sanità pubblica, sia ospedaliera sia territoriali, in 20 regioni italiane, ha indagato presenza e organizzazione di servizi per diagnosi e trattamento della balbuzie nelle strutture sanitarie pubbliche; un questionario inviato ai logopedisti italiani tramite la Federazione Logopedisti Italiani ha analizzato strumenti e approcci metodologici utilizzati dai logopedisti in Italia; un questionario inviato ai logopedisti italiani tramite la Federazione Logopedisti Italiani ha studiato l'attitudine dei logopedisti italiani nei confronti della balbuzie e delle persone che balbettano. Il confronto ha scaturito differenze notevoli. In primo luogo, è emerso che in Italia la presa in carico logopedica avviene per lo più in età scolare e solo in rari casi in età prescolare, con una media superiore ai 5-6 anni di età (Stella et al., 2016), mentre le linee guida olandesi raccomandano una presa in carico precoce del bambino disfluente. Risulta fondamentale uno screening precoce del disturbo, finalizzato a una presa in carico altrettanto precoce, volta ad analizzare i fattori prognostici del bambino e avviare un eventuale trattamento per aumentare le possibilità di remissione spontanea. Ne deriva la necessità di uno strumento adeguato per lo screening, accessibile a pediatri, insegnanti e genitori; tale coinvolgimento risulta decisivo per un'eventuale invio precoce al logopedista poiché queste figure sono i primi ad osservare cambiamenti nell'affluenza del bambino, l'effetto che essa produce sul suo comportamento e sulla sua attitudine e come si modificano nel tempo. In Italia è attualmente assente una procedura di screening sistematica, validata, standardizzata e tradotta in italiano, che indichi un monitoraggio o

un rinvio al logopedista, dunque appare necessario informare e sensibilizzare quanto prima i pediatri. A tale proposito è stato tradotto il protocollo *Physician's screening procedure for Children who may stutters* (Riley e Riley, 1989), rivolto a genitori, insegnanti, pediatri ed altri professionisti tg che tramite una facile e rapida compilazione permette di delineare le caratteristiche del bambino che potrebbe balbettare, indagare la necessità di un eventuale monitoraggio o di un rinvio al logopedista. In secondo luogo, in Italia, la diagnosi di balbuzie ha luogo nel 63,4% delle strutture della sanità pubblica e quasi tutte (90%) coprono l'età prescolare e scolare, mentre solo il 39,4% l'età adulta; ciò dà adito a una fuga dei pazienti dal settore pubblico al privato. La complessità della valutazione è dovuta anche alla scarsità di protocolli tradotti, validati e standardizzati in lingua italiana. Questo spesso costringe ad utilizzare protocolli stranieri, generalizzando virgola in maniera talvolta fuorviante limitante i risultati su pazienti di lingua italiana (Stella et al., 2016). Se ne deduce la necessità di ottimizzare le risorse volte alla ricerca nel campo delle fluenze, individuando la testistica che a livello internazionale e dalla letteratura scientifica viene considerata valida e affidabile, per poi standardizzarla in lingua italiana. In terzo luogo, gli studi hanno evidenziato che in Italia non esiste una preparazione omogenea ed approfondita su metodiche e approcci riabilitativi evidence based relativi alle disfluenza; ciò comporta una frequente tendenza all'utilizzo di una combinazione eclettica di metodologie diverse piuttosto che di uno specifico programma EBM. Dunque, è evidente quanto sia importante avere una formazione specifica ed evidence-based per la valutazione e il trattamento della balbuzie nelle varie fasce di età, con una presa in carico in un'ottica ICF e multidisciplinare individualizzata e che coinvolga genitori, caregiver e insegnanti attraverso il counseling logopedico. In quarto luogo l'analisi ha evidenziato che a differenza dei Paesi Bassi, In Italia non è ufficialmente riconosciuta una differenza tra logopedista e fluency specialist, dal momento che non esistono master o specializzazioni sul disturbo che possano conferire un titolo tale. Inoltre, i dati sulla formazione di base, post-base e corsi di aggiornamento post-laurea sono generalmente considerati scarsi a livello quali-quantitativo. In aggiunta, la formazione di base sui disturbi della fluenza fornita nei corsi di laurea triennale di logopedia in Italia risulta particolarmente deficitaria e necessiterebbe di un maggior numero di ore dedicate al disturbo, sia teoriche che pratiche: Stella e colleghi (2016) riportano che solo il 52,38% dei Corsi di Laurea offri un'educazione teorica circa i disturbi

di fluenza, all'interno di un corso che include altri disturbi, e in altri C.d.L. è solo un corso opzionale. Ne consegue che il livello di conoscenza e competenza in merito ai disturbi dell'affluenza come riportato nel Core competence e core curriculum del logopedista (FLI, 2010) nella maggior parte dei C.d.L. non è raggiunto. In ultimo luogo, dalle analisi relative ad un eventuale stereotipo negativo verso la balbuzie da parte degli stessi logopedisti italiani (Patrizi et al., 2019), emerge che sia piuttosto diffuso considerare la persona che balbetta come paurosa, reticente, inflessibile, ansiosa, sensibile, insicura, introversa: tali stereotipi negativi si ripercuotono nel trattamento della balbuzie e nel rapportarsi con la persona che balbetta; essi potrebbero essere dovuti a un maggior disagio da parte dei logopedisti trattare disturbi dell'affluenza piuttosto che altri disturbi della comunicazione forse come conseguenza della scarsa preparazione universitaria. Infine, spesso risulta che nemmeno gli insegnanti siano in grado di identificare e gestire correttamente il bambino che balbetta in classe. Per concludere, in Italia risulta necessario definire un iter diagnostico terapeutico della balbuzie evolutiva che faccia capo a EBM e EBP, secondo le raccomandazioni in letteratura.

2.3 Conclusioni

Alla luce di tale analisi, grazie alla possibilità di contare su metro di paragone con la realtà portoghese, sono suscitate in me diverse riflessioni. Come delineato dall'Organizzazione Mondiale di Sanità, la salute va considerata come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente come mera assenza di malattia e infermità; ne consegue che il benessere dell'individuo va garantito attraverso un processo di cura integrato, che poggi le sue fondamenta su un lavoro sinergico tra sistema sanitario, sistema sociale e, in merito all'età evolutiva, sistema educativo.

Il primo passo necessario per promuovere il cambiamento in Italia, parte sicuramente dalla formazione di personale qualificato, inserendo in tutti i corsi di laurea triennale in Logopedia un insegnamento specifico dedicato ai disturbi della fluenza, sia di teoria – attraverso lezioni frontali – che di pratica – sperimentando quanto studiato tramite tirocini formativi in strutture specializzate in tali disturbi. Necessario è anche stilare linee guida italiane unanime, che indirizzino l'azione dei clinici, oltre che tradurre, validare e standardizzare sulla popolazione italiana i principali strumenti diagnostici e valutativi.

Sarebbe opportuno inoltre fornire interventi di screening a partire dalla scuola dell'infanzia, per promuovere una presa in carico precoce, così come formare gli insegnanti in merito alle cause e alle manifestazioni disturbi di fluenza, il riconoscimento di fattori di rischio per lo sviluppo o la cronicizzazione, strategie educative da mettere in atto nel contesto classe per favorire una comunicazione efficace e la creazione di un ambiente positivo.

È nata, così, l'idea di una proposta d'intervento globale che coinvolgesse, oltre al bambino in età scolare, anche la famiglia, gli insegnanti e i compagni di classe, con l'intento di far crescere in chi legge la consapevolezza di quanto tale percorso sia importante e necessario per migliorare la qualità di vita e l'attitudine comunicativa del bambino che balbetta.

Capitolo 3. Incidenza del fattore ambientale nell'attitudine comunicativa nel bambino con balbuzie

3.1 Introduzione al progetto

Il progetto è stato avviato nel mese di novembre successivamente a reclutamento del paziente avvenuto tramite contatto diretto: B. è la bambina in questione, frequenta la seconda elementare ad Ancona e la richiesta di trattamento per disturbo della fluenza, con esordio a 3 anni e 6 mesi, proveniva dai genitori.

La strutturazione del progetto è stata così impostata: in primo luogo si è organizzato un colloquio conoscitivo rivolto ai genitori della bambina, avvenuto a inizio novembre 2023, in cui è stato condiviso il progetto, si è raccolta l'adesione della famiglia ed è stata effettuata una prima raccolta anamnestica relativa alla balbuzie; la settimana successiva è stata avviata la presa in carico al domicilio della bambina, e dopo un primo incontro conoscitivo si è passati al trattamento diretto, concordando sedute dalla durata di un'ora con cadenza settimanale. Il trattamento si è svolto dal 10 novembre 2023 all'8 marzo 2024, per un totale di 12 sedute. Tramite una riunione online con la dirigente della scuola primaria di primo grado Faiani dell'Istituto Comprensivo "Cittadella – Margherita Hack" di Ancona e i docenti della classe frequentata da B., si è esposto il progetto di tesi e se ne è raccolta l'adesione; in seguito, è stato programmato un incontro formativo online con gli insegnanti in cui sono state fornite conoscenze di base sulla balbuzie e strategie di gestione del disturbo nel contesto scolastico ed è stato esposto l'intervento in classe.

Gli obiettivi generali del progetto sono quelli elencati di seguito:

- creare un ambiente che faciliti la fluenza e lo sviluppo di un'attitudine comunicativa positiva, desensibilizzando, oltre al bambino che balbetta, anche la famiglia, gli insegnanti e i compagni di classe
- migliorare la qualità di vita del bambino, favorendone un pieno sviluppo personale e sociale

3.2 La presa in carico: trattamento diretto e indiretto

Nel novembre 2023 si è svolto il primo colloquio con i genitori in cui è stato spiegato nel dettaglio il progetto di tesi, gli obiettivi generali, le modalità e le tempistiche. In seguito all'adesione della famiglia a quest'ultimo, la laureanda ha svolto l'intervista anamnestica ai genitori, dalla quale è emerso quanto sotto riportato.

Al momento del colloquio B. ha un'età di 7 anni e 6 mesi; i genitori riferiscono che il parto è avvenuto a termine e senza complicazioni. L'allattamento è al seno materno e lo svezzamento avviene in epoca (6 mesi). A 11 mesi deambula autonomamente; a 12 mesi produce le prime parole e a 24 mesi le prime frasi. Lo stato di salute è buono e vista e udito sono apparentemente indenni. Il ritmo sonno-veglia è regolare. Relativamente all'alimentazione B. non è selettiva ma predilige alcuni cibi. B. è secondogenita di tre figli: il fratello L. ha 10 anni e frequenta la quinta elementare, mentre la sorella M.V. ha 3 anni e 4 mesi; va molto d'accordo con la sorellina più piccola, ma ha un rapporto di tipo conflittuale con il fratello maggiore. La mamma la descrive come una bambina vivace e molto socievole in famiglia e con le amichette più strette. Le piace disegnare, colorare e giocare con i trucchi e con i peluches. Pratica ginnastica ritmica due volte a settimana.

L'esordio della disfluenza è avvenuto in età precoce, durante il terzo anno di vita, con lo svilupparsi di abilità comunicative più mature. Durante il terzo anno della scuola dell'infanzia i genitori hanno deciso di intraprendere un percorso logopedico riabilitativo, che però è stato interrotto dallo stesso clinico poiché non sufficientemente formato per la presa in carico della balbuzie. Inoltre, venivano effettuati esercizi motori con elastici e caramelle, che prevedevano un coinvolgimento fisico; ciò ha sviluppato un'avversione per la logopedia nella bambina, che non ha più voluto proseguire il trattamento.

A detta dei genitori la disfluenza si manifesta principalmente con blocchi e sforzo fisico nel parlare; la mamma riferisce che B. impiega tanto tempo per raccontare un concetto semplice e che l'eloquio sembra disorganizzato. Da quando B. ha iniziato a balbettare, la balbuzie non è mai stata costante; ci sono stati periodi in cui migliorava, fino quasi a scomparire, che però erano seguiti da ricomparsa più o meno evidenti. La mamma riferisce che a partire dall'estate 2023, sembra che sia iniziato un miglioramento costante in termini di severità e frequenza. In generale, la balbuzie è più severa nei momenti in cui si sente sotto pressione, in ansia, o litiga con il fratello. In quest'ultima situazione la

bambina tende, a volte, a evitare di parlare. Quando B. balbetta, i genitori aspettano che finisca da sola la sua frase, dandole attenzione e i tempi che necessita. Il fratello più grande, invece, tende a sostituirla e a finire le frasi al posto suo.

Non è stata riscontrata familiarità per la balbuzie, né materna né paterna; i genitori però riferiscono che anche la figlia più piccola, che ha iniziato a parlare da qualche mese, sembra presenti le stesse disfluenze di B.

La mamma ritiene che B. sia consapevole della sua balbuzie, poiché accade che la bambina dica di non saper parlare; inoltre B. si dimostra infastidita dalle disfluenze della sorella, e allo stesso modo dice che nemmeno M.V. sa parlare. La mamma ritiene che B. ne sia consapevole perché, talvolta, capita che la bimba dica di non saper parlare. La mamma però è confusa perché anche Maria Vittoria, la sorella più piccola, mentre sta iniziando a parlare capita che balbetta, e B. a volte è infastidita e dice, allo stesso modo, che nemmeno la sorella sa parlare.

I genitori riferiscono che non sono presenti altri problemi di linguaggio e che le abilità linguistiche di B. sono nella norma per età.

In accordo con la famiglia, si avvia un trattamento della durata di un'ora a cadenza settimanale, a domicilio e con la supervisione della correlatrice della tesi di laurea, la Prof.ssa Maria Rosaria D'Antuono.

Nella prima seduta, tenutasi il 10 Novembre 2023, se è cercato di instaurare una buona relazione con B., attraverso giochi come *Dobble*, *Gattopiagliatutto* e *Dixit*. La mamma ha partecipato alle attività e la bambina si è mostrata vivace, estroversa e molto loquace. La bambina ha riferito che avrebbe voluto continuare a conoscere la laureanda e giocare insieme, quindi è stato possibile avviare definitivamente il progetto.

Nei primi incontri è stata condotta una valutazione qualitativa in merito all'eloquio di B.; dopo aver raccolto un campione d'eloquio spontaneo tramite videoregistrazione, in cui la bambina spiegava le istruzioni di due giochi da tavola, è stato possibile riscontrare che la balbuzie si manifesta per la presenza di disfluenze atipiche, ossia comportamenti primari quali i blocchi di parole, correlati a tensione dei muscoli facciali e della bocca; ad essi sono associati comportamenti secondari di evitamento, quali movimenti delle

sopracciglia e movimenti degli occhi, e comportamenti di fuga, quali l’inserzione del suono “eh” che precede la parola in cui B. prevede di balbettare. Le disfluenze occorrono con una frequenza del 5% e nel complesso non compromettono in modo grave l’eloquio; tuttavia, la tensione fisica associata alla disfluenza e la tendenza a modificare le frasi come comportamento secondario ed evitare la balbuzie, sono indice di una comunicazione faticosa da parte della bambina.

Per valutare l’attitudine comunicativa, in data 17/11/2023 è stato somministrato il *Communicative Attitude Test* dell’adattamento italiano della *Behavior Assessment Battery for school-age children who stutter* (Brutte, Vanryckeghem). Lo strumento è stato scelto perché permette di misurare obiettivamente, rapidamente e facilmente il sistema di convinzioni associate al parlato dei bambini con presunte difficoltà di fluenza (Converse e Presse, 1986).

Le risposte di B. sono riportate in *Figura 6*.

1. Non parlo bene	V	F
2. Non ho problemi a fare una domanda al mio insegnante in classe	V	F
3. A volte quando parlo le parole si inceppano nella mia bocca	V	F
4. La gente si preoccupa per il mio modo di parlare	V	F
5. Parlare davanti a tutta la classe è più difficile per me che per la maggior parte degli altri bambini/ragazzi	V	F
6. I miei compagni di classe non pensano che io parli in modo strano	V	F
7. Mi piace il mio modo di parlare	V	F
8. Le persone a volte mi finiscono le parole	V	F
9. Al mio genitore (ai miei genitori) piace il mio modo di parlare	V	F
10. Trovo sia facile parlare quasi con tutti	V	F
11. Per la maggior parte del tempo io parlo bene	V	F
12. È difficile, per me, parlare con la gente	V	F
13. Io non parlo come gli altri bambini/ragazzi	V	F
14. Non mi preoccupa per il mio modo di parlare	V	F
15. Non è facile per me parlare	V	F
16. Le mie parole escono facilmente	V	F
17. La mia parlata peggiora quando parlo con persone che non conosco	V	F

18. Gli altri bambini/ragazzi vorrebbero parlare come me	V	<input checked="" type="radio"/> F
19. I bambini/ragazzi mi prendono in giro per il mio modo di parlare	V	<input checked="" type="radio"/> F
20. Per me è facile parlare	V	<input checked="" type="radio"/> F
21. È difficile per me dire a qualcuno il mio nome	V	<input checked="" type="radio"/> F
22. Molte parole per me sono difficili da dire	<input checked="" type="radio"/> V	F
23. Spesso ho difficoltà a parlare	<input checked="" type="radio"/> V	F
24. Preferisco parlare piuttosto che scrivere	<input checked="" type="radio"/> V	F
25. Mi piace parlare	<input checked="" type="radio"/> V	F
26. Non sono un buon parlatore	<input checked="" type="radio"/> V	F
27. Le mie parole non escono facilmente	<input checked="" type="radio"/> V	F
28. A molte persone non piace il mio modo di parlare	<input checked="" type="radio"/> V	F
29. Lascio che gli altri parlino per me	V	<input checked="" type="radio"/> F
30. Per me è facile leggere in classe a voce alta	V	<input checked="" type="radio"/> F

Figura 6

Servendosi della Tabella per il calcolo del punteggio al CAT, riportata in *Appendice B* del manuale, risulta che il punteggio ottenuto da B. sia pari a 18; Per valutare se l'attitudine comunicativa fosse positiva o negativa, è stato confrontato il punteggio complessivo ottenuto al CAT con i dati del campione normativo, riportati in *Tabella 3*.

Test dell'Attitudine Comunicativa (CAT)

	Bambini che non balbettano	Bambini che balbettano
Media	3,49	18,83
Deviazione standard	2,56	5,19
Mediana	3,00	20,00
Moda	1	23
Min	0	9
Max	10	30

Tabella 3

Poiché il punteggio complessivo è maggiore di 9, che si trova a 2 DS al di sopra della media dei bambini non balbuziente, si evince che B. manifesta un'attitudine comunicativa negativa.

Come obiettivi generali del trattamento, dunque, sono stati delineati i seguenti:

- Sviluppare consapevolezza su cos'è la balbuzie, quali sono le cause, come si manifesta e sfatarne i falsi miti
- Sviluppare un'attitudine comunicativa positiva, riducendo sentimenti, pensieri, convinzioni e atteggiamenti negativi attraverso la modificazione dell'ambiente di vita di B.;

Per perseguire tali obiettivi è stato avviato un percorso di desensibilizzazione alla balbuzie.

Fondamentale, in primo luogo, è stato impostare una strutturazione degli incontri condivisa, in cui, tramite il supporto digitale PowerPoint, di volta in volta venivano scelte due attività a testa, per un totale di quattro per ogni incontro. In *Figura 7* è riportato un esempio.



Figura 7

Per trasmettere l'idea che sarebbe cominciato un percorso, quello del trattamento logopedico, è stato utilizzato un quaderno, in cui di volta in volta venivano raccolte le attività svolte. Le pagine del quaderno sono state riportate nella sezione finale "Allegati".

Un altro strumento utilizzato è stato il rinforzo con stickers al termine di ogni attività proposta dalla laureanda; in questo modo si è tenuta sempre alta la motivazione della bambina, anche in attività meno divertenti e che non fossero giochi.

La prima attività proposta (*Allegato 1*) consisteva nel creare insieme alla logopedista una rappresentazione a livello anatomico-fisiologico del processo linguistico: è stata costruita la «Macchina delle Parole», in cui si chiede alla bambina di identificare quali siano gli organi che partecipano al processo linguistico, spiegando alla logopedista come funzionano tra di loro. A fine seduta, è stato spiegato ai genitori quanto appreso: *Il cervello è quello che dirige tutto, prendiamo l'aria dal naso, arriva fino ai polmoni, poi passa nel collo dove ci sono le corde vocali, che si aprono e si chiudono, vibrano e alla fine le parole arrivano alla bocca per essere dette.*

Nella seconda attività proposta (*Allegato 2a; Allegato 2b*) sono stati delineati i vari modi di parlare: *a bassa voce, urlando, a rallentatore e super veloce*; a questi ne sono stati aggiunti altri tre essenziali per l'intervento logopedico nelle disfluenze, ovvero:

- *Saltellando*, termine che indica un eloquio in cui si manifestano in ripetizioni di suoni e sillabe, tipico della balbuzie. Viene utilizzata l'analogia della rana, per dare l'idea che ogni sillaba o suono ripetuto corrisponda ad un saltello della rana; per rafforzare il concetto è stato utilizzato il peluche di una rana come cue visivo.
- *Strisciando*, termine che indica un eloquio in cui si manifestano prolungamenti, tipico della balbuzie. Viene utilizzata l'analogia del serpente per dare l'idea di una parola che si allunga come il serpente mentre si muove; per rafforzare il concetto è stato utilizzato il peluche di un serpente come cue visivo.
- *Intrappolato*, termine che indica un eloquio in cui si manifestano i blocchi, tipico della balbuzie. Viene utilizzata l'analogia di Winnie the Pooh, facendo riferimento a un episodio del cartone animato in cui l'orsetto goloso, per andare in cerca del miele, era rimasto intrappolato con metà del corpo dentro ad una caverna e non era più in grado di uscire; per rafforzare il concetto è stato utilizzato il peluches di Winnie the Pooh come cue visivo.

Lo scopo dell'attività era far riflettere la bambina sul fatto che esistano tanti modi diversi per parlare e che tra questi non ce ne è uno giusto o sbagliato perché ognuno può esprimersi come vuole.

Il percorso di desensibilizzazione è proseguito tramite la lettura condivisa della storia *Il fiume*, che, accompagnata da immagini (*Allegato 3*), recita quanto segue:

Come ogni sabato, Anna e il nonno sono andati a fare una passeggiata in mezzo al bosco. I due adorano passare il tempo insieme, perché Anna è molto curiosa e suo nonno, molto saggio, risponde sempre con grande soddisfazione alle sue domande. Dopo aver parlato dei colori delle farfalle che volavano sopra alle piante, Anna corre verso la sponda del fiume, e dice: «Nonno, com'è bello questo fiume! Sembra vivo! Quanto mi piacerebbe che parlasse». «Il fiume parla, Anna. Solo che non utilizza le parole come noi!» risponde il nonno. «Cosa vuoi dire, nonno?» chiede Anna. «Non senti il rumore dell'acqua?» domanda il vecchio saggio. «Lo sento! Guarda, l'acqua colpisce quelle rocce, poi quel tronco e scende formando una piccola cascata» dice Anna meravigliata. «È vero, ci sono parti del fiume dove l'acqua scorre fluente e altre no». «Fluente? Che significa nonno?».

«Fluente è ciò che scorre senza interruzioni. Quando hai detto che ci sono parti del fiume dove l'acqua corre fluente è perché, in questa parte, non ci sono rocce o tronchi che ostacolano il suo percorso. Guarda quella parte del fiume, per esempio» risponde il nonno, indicando un po' più giù. Anna era felice perché aveva capito cosa intendesse il nonno: «Sì nonno! Ma per fortuna il nostro parlare è diverso dal parlare del fiume... Hai mai pensato come sarebbe se rocce e tronchi interrompessero le nostre parole?!» I due risero del paragone fatto dalla bambina. Ma subito il nonno approfittò dell'osservazione di Anna per insegnarle un'altra lezione: «Ma se tu pensi che le nostre parole siano totalmente fluenti, ti sbagli, cara Anna». «Non è così, nonno?». Allora il nonno comincia a spiegare: «Tutti noi inciampiamo nelle parole: ripetiamo dei pezzetti, li prolunghiamo, o facciamo delle pause mentre parliamo. È come se in mezzo alle parole a volte ci fossero rocce e tronchi, che non ci fanno parlare del tutto fluidamente». «È vero nonno! Molte volte, quando penso a cosa dire, dico "eeeh..."» riflette Anna. «Molto bene, Anna! Le disfluenze ci aiutano a costruire il discorso, e poi, ci sono altri momenti in cui non siamo fluenti: quando siamo nervosi o in ansia, o diciamo una parola difficile o quando un bambino piccolo sta imparando a parlare...». «È vero! Non ci avevo mai pensato...» ammirò la bambina. «È vero, Anna, e così come le rocce non impediscono all'acqua di scorrere, le disfluenze non ci impediscono di parlare. Fanno parte del nostro modo di parlare, così come le rocce e i tronchi fanno parte di questo fiume che hai detto che è

molto bello» insegnava il nonno. Un sorriso illuminava il viso di Anna. Aveva imparato una nuova lezione.

Paragonando il corso d'acqua non sempre totalmente fluente, all'eloquio delle persone, la storia si pone come obiettivo quello di normalizzare le disfluenze poiché, riprendendo le ultime righe del testo, *“così come le rocce non impediscono all'acqua di scorrere, le disfluenze non ci impediscono di parlare; fanno parte del nostro modo di parlare, così come le rocce e i tronchi fanno parte di questo fiume che hai detto che è molto bello”*.

Successivamente è stato introdotto il termine «balbuzie», che B. non conosceva. Per spiegarne le cause, con un linguaggio appropriato all'età scolare, ci si è serviti di un disegno (*Allegato 4*) in cui viene raffigurati il Cervello e la Bocca; il primo sfreccia su una macchina da corsa, mentre la seconda sta facendo una passeggiata: il primo dirige tutto ma elabora pensieri troppo velocemente, e la bocca, che deve eseguire gli ordini, non fa in tempo, e il risultato è che mentre parliamo, a volte può succedere che si verifichino delle ripetizioni, dei prolungamenti o delle ripetizioni di suoni o sillabe.

Invece, per spiegare le manifestazioni della balbuzie è stato adottato l'Iceberg di Sheehan (*Allegato 5*) che spiega come i sintomi visibili della balbuzie, ossia disfluenze dell'eloquio, rappresentano solo la punta di un iceberg nascosto, molto più grande, che comprende sentimenti negativi quali paura di parlare, vergogna, bassa autostima, tensione fisica associata a verbalizzazione e tendenza ad evitare parole e situazioni comunicative.

Per scoprire qualche informazione generale sulla balbuzie e sfatarne i falsi miti è stato proposto un quiz (*Allegato 6a; Allegato 6b; Allegato 6c*) in cui B. doveva rispondere VERO o FALSO.

Di pari passo al trattamento diretto con la bambina, ne è stato portato avanti uno indiretto, rivolto ai genitori e con duplice scopo:

- Rassicurare i genitori in merito a dubbi e paure relative alla balbuzie della figlia;
- Informare i genitori circa l'andamento del trattamento diretto, dedicando 10 minuti di tempo a fine di ogni seduta per uno scambio di informazioni;

- Favorire la creazione di un ambiente familiare che faciliti la comunicazione e promuova lo sviluppo di un'attitudine comunicativa positiva

In particolare, tramite una presentazione power point è stato spiegato cosa fosse la balbuzie, quali i sintomi e le cause, e nello specifico come si manifesta in B., servendosi del campione di eloquio spontaneo prelevato per la valutazione: è stata chiesta ai genitori di riconoscere quali comportamenti primari e secondari fossero presenti.

Inoltre, sono state consigliate alcune strategie per una comunicazione facilitata, tra cui:

1. Parlare con la bambina con calma e facendo pause frequenti
2. Non finire, completare o indovinare le parole dalla bambina
3. Rispettare i turni dello scambio comunicativo
4. Porre meno domande
5. Usare espressioni facciali e del corpo
6. Creare un momento apposito per la comunicazione con la bambina

3.3 La scuola: modificazione dell'ambiente tramite intervento di desensibilizzazione rivolto a insegnanti e classe

Il coinvolgimento della scuola è stato condotto su due fronti: da un lato ha interessato le insegnanti della classe seconda primaria di primo grado Faiani dell'Istituto Comprensivo "Cittadella – Margherita Hack", dall'altro ha coinvolto la classe frequentata da B. tramite attività impostate sul gioco e sulla condivisione di pensieri.

Più nello specifico, per quanto concerne gli insegnanti, dopo aver esposto il progetto alla Dirigente Scolastica ed averne ottenuto il permesso per l'attuazione, è stato organizzato un incontro online con le insegnanti della durata di un'ora, in cui in primo luogo è stata svolta un'intervista dalla quale emerso che B. è una bambina molto brava e precisa a livello didattico; se con i compagni si dimostra essere estroversa, vivace e loquace, con le insegnanti appare più timida e riservata, non interviene frequentemente alzando la mano durante le lezioni, restando un po' sulle sue. Ad ogni modo, rispetto allo scorso anno, in cui B. frequentava la prima elementare, a detta delle insegnanti è più partecipe a livello comunicativo. La bambina è bene inserita nel gruppo classe e non ha avuto

difficoltà nel fare amicizia. Le maestre riferiscono l'assenza di fenomeni di bullismo o derisione o prese in giro di B. correlate alla sua balbuzie.

A seguire, tramite la presentazione Power Point *La balbuzie: come affrontarla nel contesto scolastico (Allegato 7a; Allegato 7b)* è stata fornita la definizione di balbuzie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (1977) e ne sono stati spiegati il modello multifattoriale, le manifestazioni – comportamenti primari e secondari, facendo riferimento anche alla manifestazione specifica in B. – l'Iceberg di Sheehan, le strategie comunicative da adottare in classe e lo stile di insegnamento da adottare con B.

In particolare, è stato consigliato alle insegnanti di parlare senza fretta, in modo rilassato usando pause; aspettare che b. termini la frase, darle il tempo per completarla; aspettare, ascoltare e sorridere quando B. parla; concentrarsi sul contenuto e non sulla forma; fare meno domande e più affermazioni; sostenere lo sguardo, mantenere un atteggiamento neutro; farle capire chi è tutto il tempo necessario per organizzare il discorso; complimentarsi con lei per il suo discorso in termini di contenuto e chiarezza.

Il progetto in classe, invece, si prefigge di migliorare la qualità di vita di B., promuovendo un contesto classe più inclusivo e solidale, sviluppando nei compagni atteggiamenti di:

- Consapevolezza: conoscere la balbuzie aiuta a comprendere meglio tale condizione e ad abbattere gli stereotipi e le false credenze ad essa associate. Aiuta ad evitare il giudizio e a creare un ambiente di comprensione e sostegno.
- Sensibilità linguistica: conoscere la balbuzie e le sfide che comporta può aiutare a sviluppare una maggiore sensibilità e attenzione verso il linguaggio verbale, favorendo una comunicazione più efficace
- Inclusione: la conoscenza della balbuzie permette di creare ambienti di inclusione in cui i bambini con balbuzie si sentano accettati e supportati; promuovere un'atmosfera di accoglienza e comprensione aiuta a sentirsi a proprio agio nel parlare liberamente e partecipare pienamente nelle attività sociali.
- Supporto adeguato: essere consapevoli delle strategie di comunicazione efficaci e delle risorse disponibili per comunicare con chi balbetta, può favorire una migliore gestione della balbuzie da parte del bambino e un processo di trattamento più efficace.

L'intervento in classe è stato progettato con la supervisione della correlatrice Prof.ssa D'Antuono ed è stato effettuato in data 28 febbraio 2024, in presenza dell'insegnante di italiano. Tutti gli alunni erano presenti e B. si è dimostrata entusiasta della presenza della laureanda. Dopo una breve presentazione, è stato proposto un gioco in cui gli alunni sono stati divisi in quattro gruppi, ognuno dei quali doveva creare un quadro plastico che rappresentasse un luogo tra parco giochi, supermercato, piazza e spiaggia; ogni alunno, senza mettersi d'accordo con i compagni e senza rivelare cosa avrebbe rappresentato, sceglieva una posizione per imitare un particolare della cartolina attribuita al suo gruppo. Quando la cartolina era stata completata gli alunni spiegavano il loro ruolo. Al termine del gioco è stato chiesto alla classe se fosse stato facile o difficile; in seguito ad una riflessione guidata dalla laureanda, si è giunti al concetto di *comunicazione*: il gioco era stato difficile perché gli alunni non potevano comunicare tra loro per raggiungere un obiettivo comune. In seguito, (*Figura 8*) è stato chiesto ai bambini di provare a fornire una definizione di comunicazione, scrivendo quello che per loro significava e come si sentivano nel farlo. I post-it in cui erano stati raccolti i pensieri anonimi sono stati attaccati in un cartellone e sono stati condivisi



Figura 8

Successivamente la laureanda ha chiesto agli alunni quali, secondo loro, potessero essere situazioni in cui comunicare è difficile. È stata così avviata una riflessione su svariate

situazioni: comunicare è difficile per un bambino che viene da un altro paese e non conosce la nostra lingua; comunicare è difficile per un bambino sordo muto; comunicare è difficile per un bambino che balbetta; comunicare è difficile quando l'ambiente intorno a noi è molto rumoroso; comunicare è difficile quando siamo agitati. In seguito, è stato chiesto ad ogni bambino di rappresentare, su un cartoncino e nella modalità da loro preferita, una situazione in cui fosse difficile comunicare. I disegni emersi sono stati molto interessanti e sono riportati in *Figura 9*.

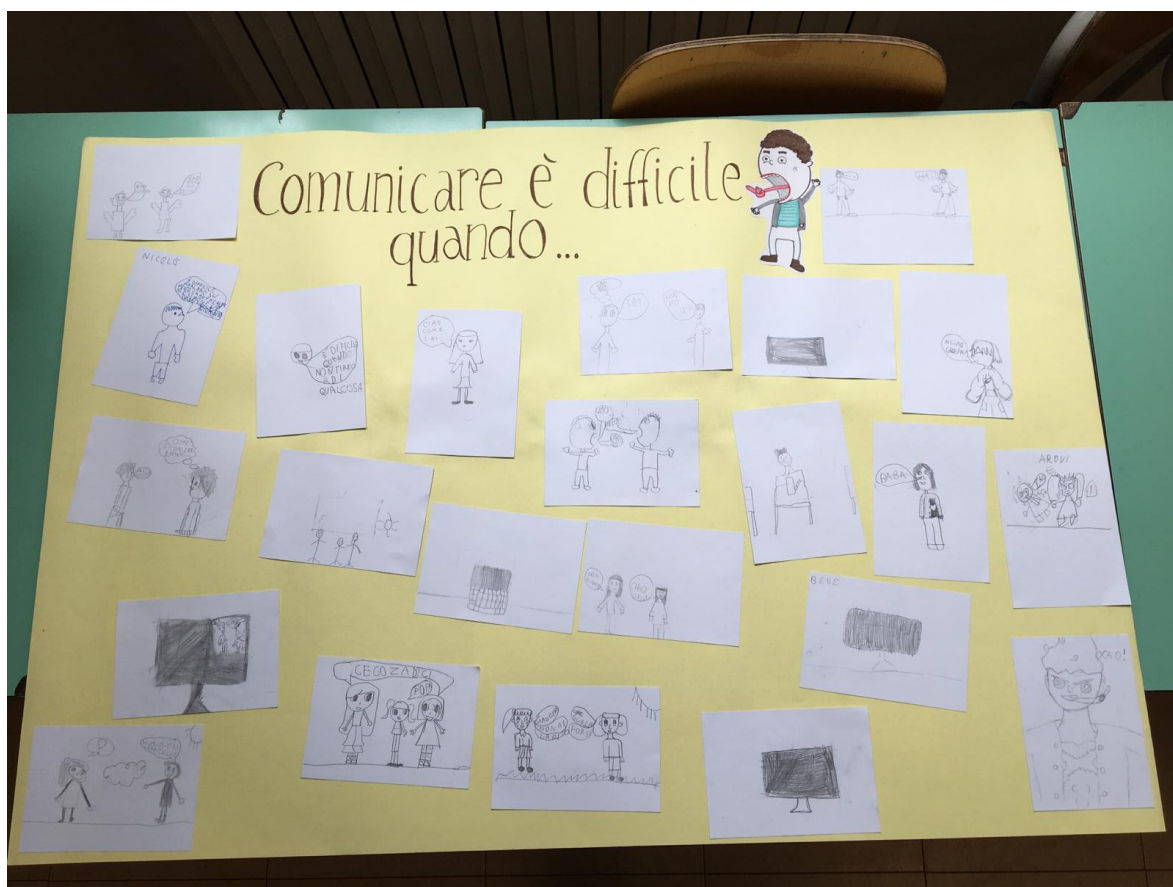


Figura 9

Per concludere l'attività è stata stilata una lista di regole per una buona comunicazione: gli alunni, per alzata di mano, proponevano delle regole che, se condivise dalla classe, venivano scritte in un cartellone. Infine, tutti gli alunni, la maestra e la laureanda hanno firmato il cartellone delle regole, come impegno a rispettarle. Il risultato è riportato in *Figura 10*.

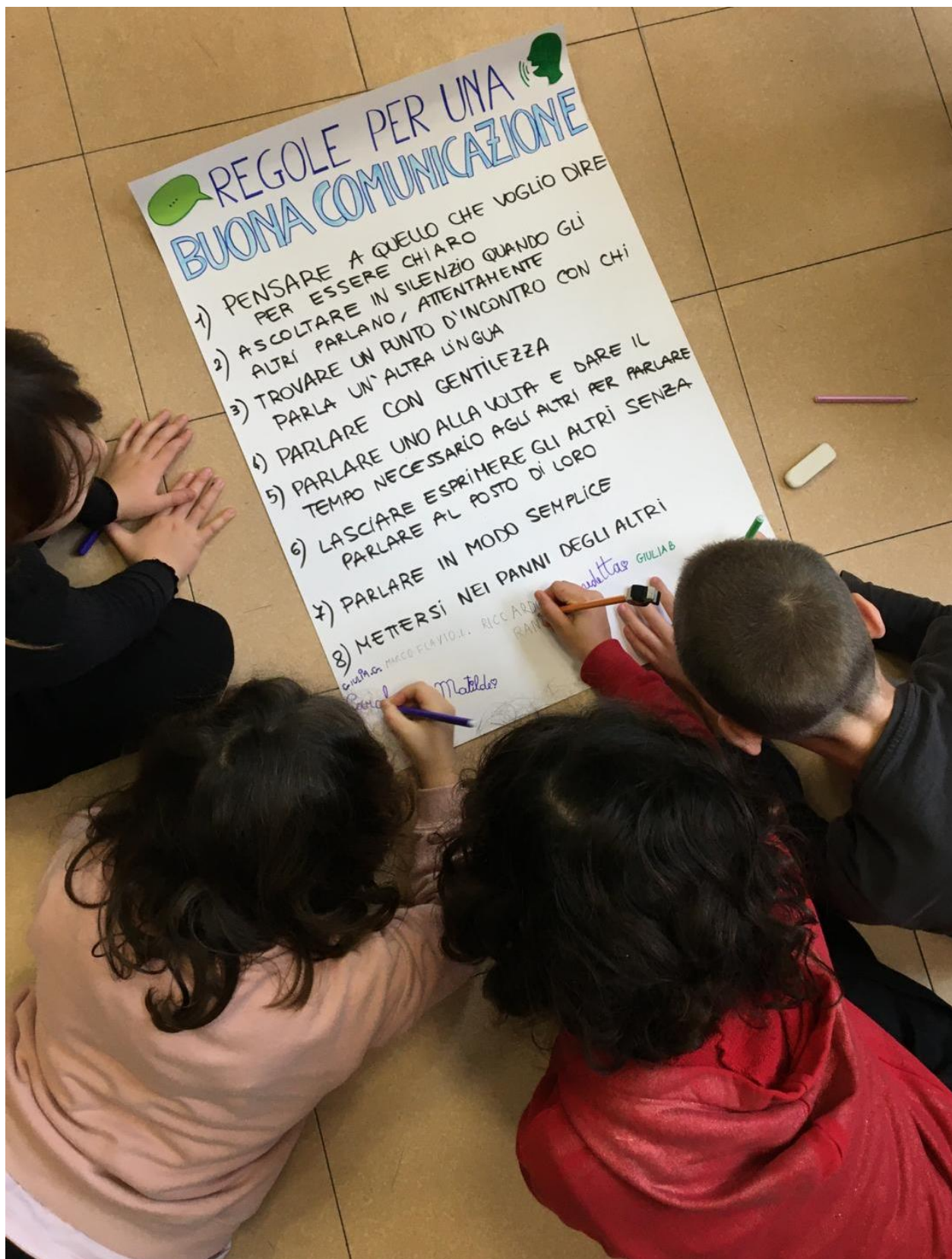


Figura 10

3.4 Risultati e conclusioni: una proposta d'intervento in età scolare

Dal re-test del questionario CAT, effettuato in data 8 Marzo 2024, è emerso che la bambina, in seguito all'intervento in classe e con la famiglia ha un'attitudine comunicativa meno negativa rispetto al mese di novembre. In *figura 11* sono state riportate le risposte della prima somministrazione e, laddove sono risultate differenze nel retest, queste sono state evidenziate in rosso.

1. Non parlo bene	V	F
2. Non ho problemi a fare una domanda al mio insegnante in classe	V	F
3. A volte quando parlo le parole si inceppano nella mia bocca	V	F
4. La gente si preoccupa per il mio modo di parlare	V	F
5. Parlare davanti a tutta la classe è più difficile per me che per la maggior parte degli altri bambini/ragazzi	V	F
6. I miei compagni di classe non pensano che io parli in modo strano	V	F
7. Mi piace il mio modo di parlare	V	F
8. Le persone a volte mi finiscono le parole	V	F
9. Al mio genitore (ai miei genitori) piace il mio modo di parlare	V	F
10. Trovo sia facile parlare quasi con tutti	V	F
11. Per la maggior parte del tempo io parlo bene	V	F
12. È difficile, per me, parlare con la gente	V	F
13. Io non parlo come gli altri bambini/ragazzi	V	F
14. Non mi preoccupa per il mio modo di parlare	V	F
15. Non è facile per me parlare	V	F
16. Le mie parole escono facilmente	V	F
17. La mia parlata peggiora quando parlo con persone che non conosco	V	F
18. Gli altri bambini/ragazzi vorrebbero parlare come me	V	F
19. I bambini/ragazzi mi prendono in giro per il mio modo di parlare	V	F
20. Per me è facile parlare	V	F
21. È difficile per me dire a qualcuno il mio nome	V	F
22. Molte parole per me sono difficili da dire	V	F
23. Spesso ho difficoltà a parlare	V	F
24. Preferisco parlare piuttosto che scrivere	V	F
25. Mi piace parlare	V	F
26. Non sono un buon parlatore	V	F
27. Le mie parole non escono facilmente	V	F
28. A molte persone non piace il mio modo di parlare	V	F
29. Lascio che gli altri parlino per me	V	F
30. Per me è facile leggere in classe a voce alta	V	F

Figura 11

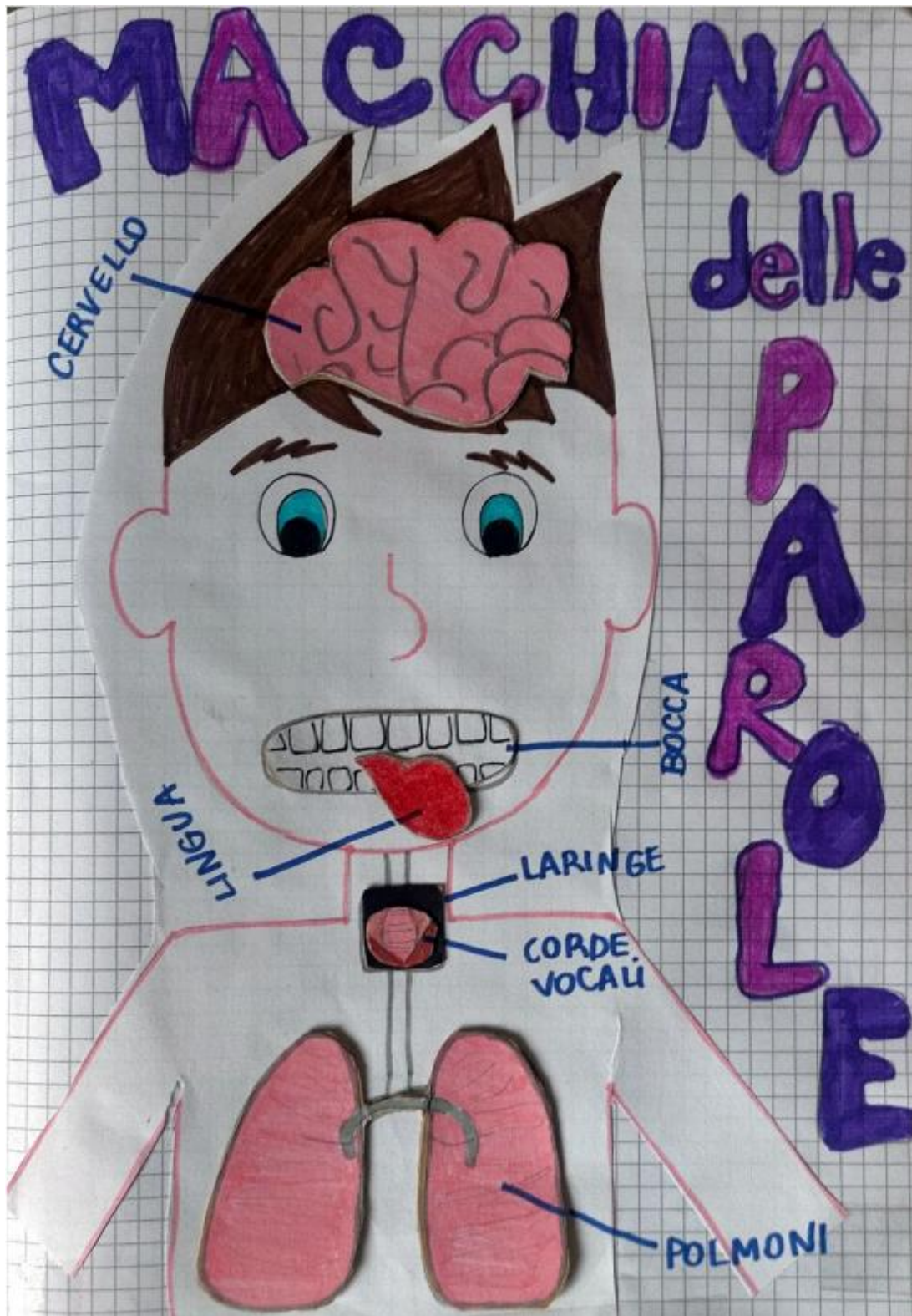
Il punteggio complessivo della prima somministrazione era pari a 18, mentre al retest esso è risultato pari a 14. Considerando che nel progetto in questione non è stato condotto un trattamento di modificazione della balbuzie, ma solo di desensibilizzazione della bambina, è possibile affermare che il solo intervento del logopedista di modificazione ambientale in contesto familiare e scolastico, sia riuscito ad portare variazioni in termini di riduzione della negatività dell'attitudine comunicativa del bambino che balbetta in età scolare.

Si ritiene utile, dunque, proporre il percorso sperimentato come possibile modello di intervento per il miglioramento dell'attitudine comunicativa del bambino che balbetta in età scolare, coinvolgendo, oltre a quest'ultimo, la famiglia, gli insegnanti e i compagni di classe. Ci si auspica che i materiali forniti nella sezione «Allegati» possano essere da guida per i clinici che terranno in considerazione tale proposta per la strutturazione di un progetto simile in ambito familiare e scolastico.

Per il coinvolgimento del Pediatra, si è pensato ad una locandina (*Allegato 8*), in cui vengono fornite informazioni circa la balbuzie e viene sottolineata la rilevanza di tale figura nel percorso diagnostico-terapeutico, in quanto una precoce indicazione a valutazione logopedica permette l'avvio precoce dell'intervento e si è visto in precedenza come questo, in età evolutiva, possa migliorare la prognosi del disturbo.

Allegati

Allegato 1



QUANTI MODI CI SONO PER PARLARE?

① A BASSA VOCE



②



URLANDO

③



A
RALLENTATORE

④ SUPER
VELOCE

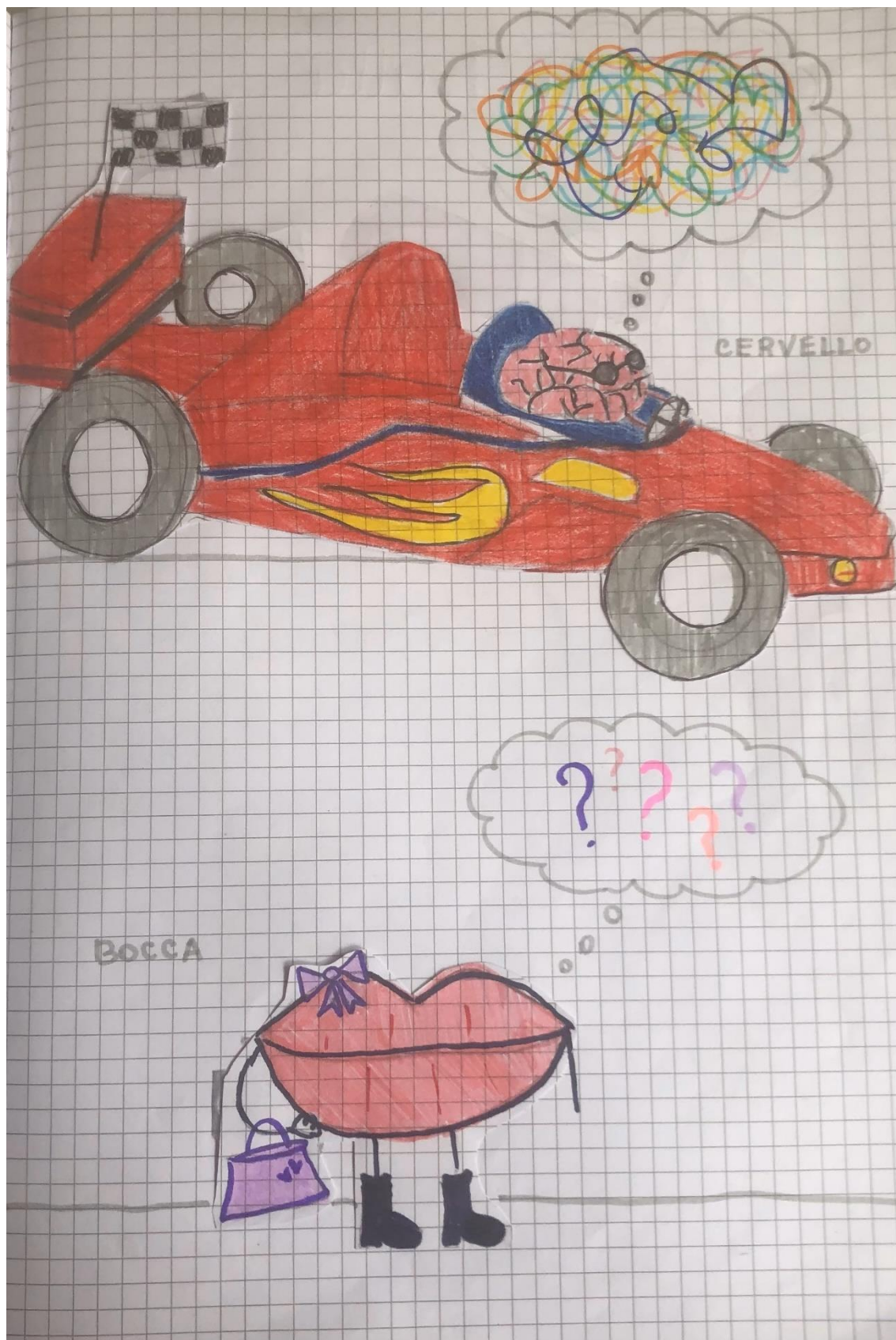


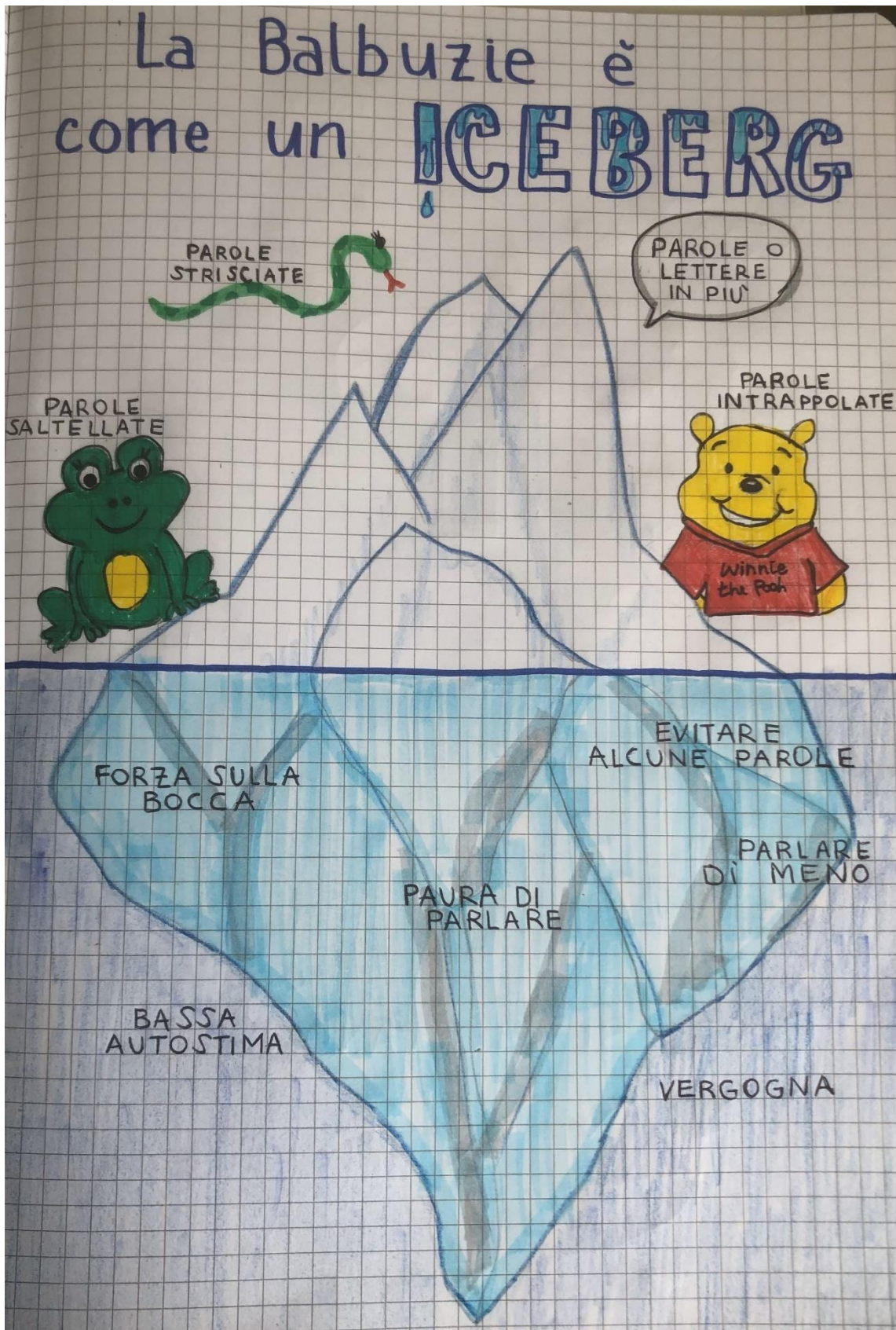


Allegato 3



Allegato 4







QUANE COSE SAI SULLA...



BALBUZIE


???



La balbuzie è contagiosa


VERO  FALSO






FALSO 

La balbuzie non viene per imitazione!
Non è un'influenza e non si può attaccare agli altri.














La balbuzie di una persona è uguale tutti i giorni

VERO  FALSO



FALSO 

La balbuzie è come il mare, a volte è molto mosso, altre volte è calmo come una tavola.
Un giorno può essere più forte degli altri, può scomparire per mesi oppure per sempre.

<p>Una persona con balbuzie non può essere famosa</p> <p>VERO  FALSO</p>  	<p>FALSO</p> <p>Ci sono tantissimi personaggi famosi che balbettano: cantanti, attori, politici...</p>  
<p>Ci sono più maschi che femmine che balbettano</p> <p>VERO  FALSO</p>  	<p>VERO </p> <p>In Italia ci sono 1 milione di persone con balbuzie, nel mondo sono 80 milioni.</p> <p>In totale, i maschi con balbuzie sono il triplo delle femmine!</p>
<p>Tutte le persone balbettano nello stesso modo</p> <p>VERO  FALSO</p>  	<p>FALSO </p> <p>Siamo tutti diversi e ognuno parla a modo suo. Qualcuno parla italiano, qualcuno inglese, qualcuno francese, qualcuno saltellando, qualcuno strisciando e qualcuno intrappolato. Tutti i modi di parlare sono giusti e vanno tutti bene!</p>

Le persone con balbuzie sono meno intelligenti

VERO



FALSO



FALSO



Non esiste nessun collegamento tra balbuzie e intelligenza, anzi: tra le persone che balbettano, ci sono personaggi di spicco in tutti gli ambiti.

I bambini che balbettano possono fare amicizia

VERO



FALSO



VERO



Il modo in cui parliamo non dice chi siamo!

Possiamo essere amici di chiunque.

La balbuzie è causata da timidezza o nervosismo

VERO



FALSO



FALSO



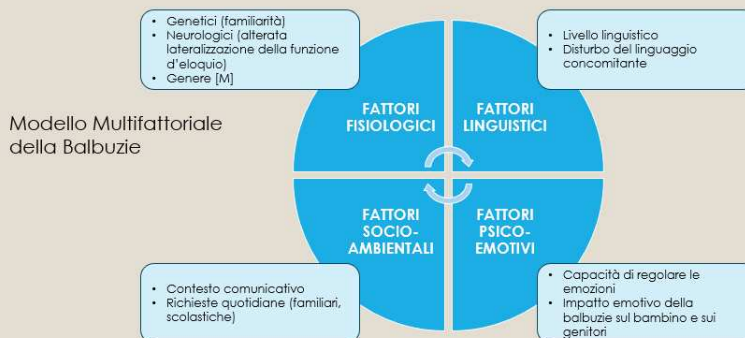
È una falsa timidezza!

Chi balbetta può evitare di dire quello che pensa, ma non si tratta di una caratteristica della personalità. È piuttosto un comportamento di autodifesa.



Cos'è la Balbuzie?

È un **disturbo nel ritmo della parola** per cui il paziente sa cosa vorrebbe dire, ma nello stesso tempo non è in grado di dirlo a causa di **arresti, ripetizioni e/o prolungamenti** di un suono che hanno carattere di involontarietà (OMS, 1977)



Come si manifesta?

COMPORAMENTI PRIMARI



RIPETIZIONI

Parole saltellate



PROLUNGAMENTI

Parole strisciate



BLOCCHI

Parole intrappolate

COMPORAMENTI SECONDARI

DI FUGA

- Strizzare gli occhi
- Muovere le sopracciglia
- Movimenti con la testa
- Evitare il contatto visivo

DI EVITAMENTO

- Interiezione di suoni extra come *ehm*, *e*, *tipo* prima della parola in cui ci si aspetta di balbettare

! Associati a **tensione muscolare** della bocca



Caratteristiche OVERT: il sintomo

Caratteristiche COVERT: il vissuto

SENTIMENTI NEGATIVI

Ansia, paura, frustrazione, tristezza

REAZIONI EMOTIVE NEGATIVE

Scoppi di pianto, rabbia ingiustificata

USO STRATEGIE COGNITIVE PREDITTIVE

Cerca altri termini, si ferma, riformula spesso il discorso

ATTEGGIAMENTI DI FUGA

Evita contatto visivo, evita certe situazioni, certe parole o suoni



SI CONSIGLIA DI	SI SCONSIGLIA DI
Parlare senza fretta, in modo rilassato, usando pause	Parlare in modo frettoloso e rapido
Aspettare che il bambino termini la frase, dargli il tempo per completarla	Completare la frase al posto suo, interromperlo
Aspettare, ascoltare, sorridere	Dire «rallenta», «stai calmo», «respira»
Concentrarsi sul contenuto e non sulla forma	Dare consigli sul come parlare
Fare meno domande e più affermazioni	Incalzare con domande frequenti e dirette
Sostenere lo sguardo, sorridere, mantenere un atteggiamento neutro	Abbassare lo sguardo o guardare altrove quando balbetta
Fargli capire che ha tutto il suo tempo per organizzare il discorso	Mettergli fretta (con espressioni, atteggiamenti, espressioni)
Complimentarsi per il suo discorso (contenuto, chiarezza)	Dimostrarsi preoccupati o infastiditi per la balbuzie

**INFORMAZIONI
PER I PEDIATRI**



IL BAMBINO CHE BALBETTA

Introduzione

Spesso i pediatri sono i professionisti a cui i genitori si rivolgono per chiedere consigli in merito alle disfluenze che compaiono nel bambino durante lo sviluppo. al fine di prevenire la persistenza della balbuzie, è essenziale che il pediatra sappia identificare precocemente un bambino a rischio di sviluppare la balbuzie e che sappia indirizzarlo verso un appropriato iter diagnostico-terapeutico, per aumentare la possibilità di remissione del quadro clinico e migliorarne la prognosi.

Eziologia

In letteratura ci sono forti evidenze che la balbuzie sia il risultato di una moltitudine di fattori costituzionali e ambientali. La predisposizione alla balbuzie persistente può essere ereditata geneticamente, ed è comune che persone balbettino nella stessa famiglia. Si riscontrano differenze a livello strutturale e funzionale dei bambini che balbettano rispetto a quelli normofluenti, soprattutto nelle aree legate al linguaggio. Se esiste una predisposizione alla balbuzie, periodi sensibili dello sviluppo linguistico, interagendo con le richieste ambientali e le caratteristiche individuali, possono contribuire alla comparsa di disfluenze, transitorie o persistenti.

Fattori di rischio

Alcuni fattori aumentano il rischio che un bambino sviluppi una balbuzie persistente; è importante che il Pediatra ne verifichi la presenza in un bambino con disfluenza.

1. Familiarità per la balbuzie: presenza di uno o più membri della famiglia che attualmente balbettano
2. Età di esordio: esordio successivo ai 3 anni e 6 mesi di età
3. Tempo trascorso dall'esordio: superiore a 6 mesi
4. Sesso: maschile
5. Competenze linguistiche: livello linguistico superiore alla media per età; disturbi di linguaggio associati.

Diagnosi differenziale

Le disfluenze dello sviluppo e i primi segni di balbuzie possono essere difficili da distinguere; in tabella sono riportate le principali differenze.

	Disfluenza tipica dello sviluppo	Balbuzie
Comportamenti	<p>Ripetizioni occasionali e brevi (non più di una frase su 10), senza tensione corporea associata;</p> <p>Pause, esitazioni e interiezioni occasionali;</p> <p>La presenza è maggiormente evidente quando il bambino è stanco, emozionato o parla di nuovi argomenti</p>	<p>Ripetizioni, prolungamenti e/o blocchi frequenti e di durata superiore a 1 secondo;</p> <p>Pause anomale durante il discorso;</p> <p>Potrebbero esserci comportamenti associati (sbattere le palpebre, battere il piede, alzare la voce);</p> <p>È presente nella maggior parte delle situazioni linguistiche</p>
Reazioni del bambino	Apparentemente nessuno	Può essere variabile; alcuni bambini mostrano una preoccupazione ridotta, altri provano frustrazione, imbarazzo, paura
Indicazioni	Rivolgersi al logopedista quando i genitori mostrano preoccupazione e/o dubbi	Rivolgersi al logopedista

Indicazioni

Quando il bambino mostra segni di balbuzie (ripetizioni, prolungamenti, blocchi) e/o fattori di rischio, si raccomanda di sottoporlo a una valutazione logopedica di approfondimento.

Bibliografia e Sitografia

BIBLIOGRAFIA

Alm P.A. (2004), Stuttering and the basal ganglia circuits: a critical review of possible relations, «Journal of Communication Disorders», vol. 37, pp. 325-369

Anna Accornero, Dario Strangis, Francesca Del Gado e Donatella Tomaiuoli, Evidence-Based Medicine e balbuzie: la buona pratica clinica in logopedia nella letteratura e nella realtà italiana, Edizioni Centro Studi Erickson, Trento, 2020 — Logopedia e comunicazione Vol. 16, n. 1, gennaio 2020

Aravind Kumar Namasivayam e Pascal Van Lieshout, Speech compensation in persons who stutter: Acoustic and perceptual data, University of Toronto, Canadian Acoustic, 2011

Barry Guitar, Stuttering. An Integrated Approach to Its Nature and Treatment. Baltimore: Wolters Kluwer, University of Vermont, 2019

Claudio Zmarich, Epidemiologia ed eziologia della balbuzie: breve excursus sullo stato dell'arte della ricerca, I Care, 2005

Donatella Tomaiuoli e il gruppo di ricerca del CRC Balbuzie, Insegnanti efficaci. Gestire in classe allievi con balbuzie e altri disturbi dello sviluppo, ESSETRE ROMA

Donatella Tomaiuoli, Balbuzie. Fondamenti, valutazione e trattamento. Dall'infanzia all'età adulta, Erickson, Fano (PU), 2020

Jan Bouwen, The Erasmus models for the diagnosis and treatment of stuttering. Research, treatment, and self-help in fluency disorders: New Horizons. Dublin: International Fluency Association, 2006

Lottie Stipdonk, Personality Influences in stuttering. The influence of extraversion on type of dysfluency and communication attitude, Master Thesis, Clinical Language, Speech, and Hearing Sciences, Universiteit Utrecht, 2011, Prof. DR. F.N.K. Wijnen.

N. Reardon-Reeves, J. Scott Yaruss, School-Age Stuttering Therapy: A practical Guide, Stuttering Therapy Resource, 2013

Pertijs, M.A.J., Oonk, L.C., Beer, de J.J.A., Bunschoten, E.M., Bast, E.J.E.G., Ormondt, van J., Rosenbrand, C.J.G.M., Bezemer, M., Wijngaarden, van L.J., Kalter, E.J., Veenendaal, van H, NVLF, Woerden, Clinical Guideline Stuttering in Children, Adolescents and Adults, 2014

SITOGRAFIA

Balbuzie: verso una definizione? – Vivavoce centro medico

Il modello CALMS per la valutazione e il trattamento della balbuzie in età scolare – Training cognitivo

La balbuzie: percorsi clinici integrati - Medicitalia

MIDA-SP – Centro Ricerca Cura, Roma

Speechcare Center, Lisbona (www.speechcare.pt)

What is stuttering: Revisited – Minnesota State University, Mankato

Ringraziamenti

I primi ringraziamenti vanno a Mamma e Papà, che hanno saputo indirizzarmi sulla strada giusta per me, supportandomi costantemente durante tutto il percorso. Mi avete dato tanto coraggio e questo mio traguardo lo dedico a voi, che con un pizzico di follia mi avete regalato una vita così bella da vivere. Grazie.

A mio fratello Diego. Per scoprirti ogni giorno così simile a me, per la tua purezza e spontaneità, per ogni momento nostro. Sei la colonna sonora della mia vita. Grazie.

A nonno Alfredo, quanto lo abbiamo aspettato questo giorno! Finalmente è arrivato e ci siamo arrivati insieme. Ogni tuo piccolo pensiero mi riempie il cuore. Grazie.

Alle mie migliori amiche, Chiara, Elisa, Letizia e Silvia. Siete donne intelligenti, empatiche, tremendamente forti ed ammirevoli. Sapete capirmi come nessun altro, ed avervi al mio fianco da tutti questi anni è un privilegio. Alla vita trascorsa, e a tutta quella che ancora ci aspetta. Non potrei desiderare di meglio. Grazie.

A Marco. Per l'amore, la tranquillità e la forza che solo tu sai trasmettermi; per credere così tanto in me; per ogni sguardo complice e sincero, per ogni sorriso spensierato e incoraggiante, per ogni momento nostro. Mi fai sentire così fortunata. Grazie.

A tutti i compagni di studio. Avete reso il viaggio più leggero ed ogni giornata più piacevole. Grazie.

Allo scoutismo. Per avermi resa la persona che sono, per essere tutti giorni una fonte di crescita, per avermi regalato ricordi indelebili e amici fantastici con cui camminare lungo il sentiero. Per darmi la forza nel credere che se un cambiamento è possibile, può partire anche da me. Grazie.

Per la realizzazione del progetto ringrazio le Professoressa Alice Agostini e Maria Rosaria D'Antuono, per aver accolto le mie idee ed averci creduto tanto quanto me. Un sentito grazie anche a B. e alla sua famiglia, per la fiducia riposta in me e la possibilità concessami di intraprendere questo fantastico percorso. Infine, mi preme ringraziare la clinica Speechcare per la professionalità con cui sono stata accolta e l'accuratezza con cui sono stata seguita. Grazie a Gonçalo Leal, Catia Catita, Susana Belo, Sara Mendes, Carlos Brandão, Catarina Mateus e Carlota Leitão.