

Studio e gestione del bambino con ritardo del linguaggio.

Jamiu O. Busari, Nielske M Weggelaar

BMJ 2004; 328:272-6

I bambini con ritardo del linguaggio spesso costituiscono un dilemma per i clinici: bisogna condurre ulteriori indagini o soltanto attendere ed osservare se il problema si risolve come nella maggioranza dei bambini sotto i 3 anni? Due pediatri olandesi ci propongono una linea guida su questo argomento.

Il ritardo nello sviluppo del linguaggio è il più comune disordine di sviluppo nei bambini dai 3 ai 16 anni. La prevalenza di questo problema varia dal 1% al 32%¹ nella popolazione normale, ed è influenzata da numerosi fattori, tra cui l'età del bambino e il metodo di indagine utilizzato per la diagnosi. È noto che vi è un alto grado di comorbidità tra disturbi psichiatrici come l'autismo e i disordini di sviluppo della parola e del linguaggio. Nonostante ciò, il 60% dei casi tende a risolversi spontaneamente nei bambini con meno di 3 anni. I bambini lenti a parlare formano una particolare categoria tra i pazienti con disturbi di sviluppo del linguaggio e pongono ai medici il dilemma se intervenire o attendere e osservare. Questo perché un ritardo nel parlare può

essere sia un normale e transitorio stadio nello sviluppo del bambino, o il sintomo iniziale di un problema psichiatrico, neurologico o comportamentale. Di conseguenza la tempestiva diagnosi, la scelta del trattamento e l'approccio individualizzato al bambino diventano imperativi allo scopo di prevenire successivi problemi psicologici o psichiatrici.

Viene qui fornito un aggiornamento della letteratura attuale sullo sviluppo della parola e del linguaggio nel bambino. Utilizzando un caso reale viene illustrato come un bambino con ritardo del linguaggio viene presentato al clinico. Viene proposta inoltre una linea guida che potrebbe essere utilizzata per studiare e gestire questi bambini.

Fonti e criteri di selezione

È stato creato utilizzato un database di ricerca su Meline (National Library of medicine) utilizzando le seguenti parole chiave: "speech and language disorders", "children (0-18 years)", "screening methods", "diagnostics", e "interventions". Sono state scelte rilevanti ricerche e revisioni pubblicate sull'argomento dopo il 1990 in quanto interessati ai più recenti sviluppi nel campo.

¹ Un così ampio grado di variabilità nel calcolare la prevalenza del problema è chiaro indicatore di quanto imprecisa sia la definizione di ritardo del linguaggio, e di quanto siano imprecisi gli strumenti di valutazione. (N.d.T.)

Sono stati usati 10 articoli per preparare questa relazione, scelti sulla base dell'originalità del contenuto e pertinenza all'argomento. Sono stati usati due manuali di neurologia pediatrica come fonte supplementare di informazione. Un medico di medicina generale, un pediatra generalista, un neurologo pediatra ed un logopedista hanno commentato questo articolo.

Definizioni

Esistono numerose definizioni per descrivere lo sviluppo ritardato del linguaggio nei bambini, riflettenti i metodi diagnostici e di screening utilizzati da diverse istituzioni.

Tuttavia ogni definizione dovrebbe includere almeno una delle due affermazioni seguenti, cioè che un ritardo di sviluppo nella parola o nel linguaggio è: (a) un ritardo in paragone con soggetti di controllo confrontati per età, sesso, retroterra culturale e intelligenza, o (b) una discrepanza tra la potenziale abilità di parlare di un bambino e la performance osservata nella realtà.

Sviluppo del linguaggio

È necessaria una esauriente conoscenza dello sviluppo del linguaggio nella popolazione dei bambini normali per studiare il ritardo di sviluppo in questo campo. Secondo Fenson e altri autori, l'ordine dei processi di apprendimento del linguaggio è stabile, ma con grandi

variazioni cronologiche. Ciò rende difficile distinguere tra un normale (ma ritardato) sviluppo del linguaggio da un autentico disturbo. Nel normale processo di apprendimento i bambini iniziano a vocalizzare a 6-10 mesi, e, nella media, dicono la loro prima parola intorno al primo compleanno. Intorno ai 14-24 mesi la maggior parte dei bambini inizia a produrre frasi di due parole, e a 3 anni un bambino dovrebbe riuscire a comporre combinazioni di tre parole. All'età di 4 anni una chiara sintassi è parte dell'eloquio della gran parte dei bambini.

Organizzazione dello sviluppo del linguaggio.

Allo scopo di analizzare e definire i disturbi del linguaggio molti linguisti dividono il linguaggio in quattro rami:

1. fonologico
2. grammatico
3. semantico,
4. pragmatico

La *Fonologia* riguarda la capacità di produrre e discriminare i suoni specifici di un determinato linguaggio. La ricettività fonologica a diversi linguaggi è ottimale alla nascita, ma inizia a declinare intorno all'età di 10 mesi, giungendo alla incapacità abbastanza generale di acquisire la fonologia nativa nella preadolescenza.

La *Grammatica* riguarda le regole sottintese che organizzano ogni specifico linguaggio. I bambini iniziano ad imparare la grammatica quando iniziano a discorrere riguardo oggetti, persone e azioni.

La *Semantica*, lo studio del significato, comprende lo studio del vocabolario e del numero di parole che un bambino conosce. La misura del vocabolario del bambino è ritenuta essere il miglior predittore di successo scolastico.

La *Pragmatica* riguarda l'abilità del bambino di usare il suo linguaggio nell'interazione con gli altri. Comprendere e produrre linguaggio è un processo complesso che coinvolge differenti sistemi. Chevrie-Muller e Rigoard descrissero questi sistemi nel loro modello neuro-psico-linguistico come le complesse interazioni tra il cervello (la corteccia cerebrale), la semantica, la pragmatica, la fonologia, la grammatica e la produzione del linguaggio. Essi mostrarono come questi sistemi sono intercorrelati, e come un disturbo di ciascuno dei livelli può condurre ad un disturbo del linguaggio.

Una classificazione universale dei disordini del linguaggio è difficile da formulare, poiché ci sono diversi modi per condurre un approccio al problema. Gli autori suggeriscono una classificazione dei disturbi dello sviluppo della parola e

del linguaggio (recettivo, espressivo o misto) basato sui sistemi coinvolti nello sviluppo del linguaggio e se il disturbo è secondario a una sottostante disfunzione organica, ad un disturbo cognitivo o ad entrambe.

Box A: Classification of speech or language development disorder

Receptive disorders

Neurological—Speech or language delay secondary to cognitive impairment (language comprehension)

Anatomical—Speech or language delay secondary to hearing or visual impairment (sensory)

Miscellaneous—Speech or language delay due to adverse environmental factors (no input)

Expressive disorders (sound and speech production disorders)

Voice disorders—For example, abnormal sound, pitch, or quality (resulting from vocal abuse, allergies, neurogenic (such as recurrent laryngeal palsy))

Disorders secondary to oro-facial structural abnormalities (congenital or acquired)—For example, facial clefts, vocal cord papilloma, trauma

Cranial nerve damage or central motor defects—For example, dysarthrias

Fluency disorders—Stuttering

Combined expressive and receptive disorders

Psychiatric disorders, including autism, selective mutism, and behaviour problems

Mental retardation or encephalopathy due to different causes (metabolic diseases,

infections, asphyxia, congenital disorders)

Emotional neglect

Chronic disease

Identificazione e gestione del bambino lento a parlare.

I genitori di bambini con segni di ritardo dello sviluppo della parola e del linguaggio, di solito contattano un medico quando il bambino ha dai 18 ai 36 mesi. In tali casi ogni preoccupazione riguardo la possibilità che il bambino abbia qualcosa che non va, dovrebbe essere

presa sul serio, infatti le osservazioni dei genitori sul comportamento anomalo dei bambini di questa età sono piuttosto accurate. In bambini di età maggiore, comunque, osservazioni scolastiche o prescolastiche possono fornire al medico utili informazioni.

Non esiste nessun approccio chiaro e netto su come comportarsi con questi bambini, poiché le variabili sono enormi. Gli autori propongono una linea guida che può essere utile nello studio e nella gestione di questi bambini.

Viene inoltre presentato un caso clinico come esempio.

Caso clinico:

Presentazione: Ty Bi, un bambino di 3 anni e mezzo, venne riscontrato avere un ritardo di linguaggio durante una visita di routine alla clinica pediatrica. La sua abilità intellettuale venne valutata con il SON-IQ test. I suoi punteggi al test furono bassi, ma i punteggi di altri test cognitivi furono adeguati all'età. La psicologa infantile riferì che durante la valutazione il bambino improvvisamente coprì entrambi gli occhi con le mani e non rispose alle istruzioni per un paio di minuti. La psicologa era allarmata da questo comportamento inusuale, e il bambino venne inviato ad un neurologo pediatrico per valutare se il bambino avesse condizioni neurologiche da studiare con una diagnostica per immagini del sistema nervoso centrale.

Retroterra: i genitori del bambino erano del Suriname, e vivevano in Olanda. Entrambi parlavano olandese, e questa era la lingua parlata a casa. La gravidanza ed il periodo postnatale erano trascorsi senza eventi. Il bambino aveva percorso normalmente tutte le tappe fondamentali dello sviluppo, incluse quelle del linguaggio. All'età di 18 mesi comunque vi fu un arresto temporaneo nello sviluppo del linguaggio. La madre non poté dare una spiegazione a questo arresto, ma riferì che l'intervento del logopedista in questo ultimo periodo è stato molto utile. L'esame obiettivo mostrò un bambino sano e obeso, senza anomalie morfologiche che potessero suggerire una sindrome. Tutti i test

delle funzioni neurologiche risultarono normali.

Conclusioni: il notevole miglioramento nell'eloquio del bambino dopo l'intervento logopedico rese inverosimile un disturbo neurologico. I punteggi del test QI erano inattendibili e probabilmente la scarsa collaborazione del bambino favorì la sottovalutazione. In retrospettiva, il comportamento inusuale osservato durante l'esame era da ritenere intenzionale, il che rende inverosimile il disturbo epilettico. In questo caso la causa più probabile del ritardo di sviluppo del linguaggio del bambino era la scarsa stimolazione del linguaggio relativamente alle sue necessità. I genitori del bambino furono sollevati nel sentire che la causa non era neurologica. Essi furono incoraggiati a proseguire la logoterapia con l'aiuto di un logopedista. Non fu necessario acquisire nessuna diagnostica per immagini, vennero invece programmate visite di follow up. Circa 4 mesi dopo i genitori riferirono un apprezzabile miglioramento del suo linguaggio.

Stabilire lo schema del ritardo di linguaggio

Caratterizzare lo schema di un ritardo di linguaggio in isolato, globale o correlato a disturbo psichiatrico può essere utile a identificarne la causa.

Un disturbo isolato si ha quando il disordine è limitato alla produzione o espressione del linguaggio- ad esempio il balbettare o i disordini articolatori.

Un disturbo globale si ha quando il disturbo costituisce una parte di un ritardo generale dello sviluppo – ad esempio sindromi o disordini secondari ad una grave malattia sottostante.

Nel disturbo correlato a problema psichiatrico, il ritardo è correlato a disturbi come il “disturbo da deficit di attenzione ed iperattività” o ai “disturbi pervasivi dello sviluppo”.

I disturbi globali nei bambini sono più verosimilmente correlati a risultati più scadenti in confronto a quelli isolati, e perciò richiedono un approccio terapeutico più aggressivo. Inoltre poiché lo schema iniziale del disturbo del linguaggio spesso cambia con il tempo, la distinzione tra disturbo isolato e globale può divenire più difficile man mano che il bambino diviene più grande.

Box B: Severity of delay in speech or language development

Mild delay

Child aged < 1 year who fails initial early language milestone screening test

Child aged < 2 years with a 3-6 month delay in language development

Mild stuttering—that is, repetitions by a child unaware of any difficulty

Moderate

Child aged > 3 years who is difficult to understand

Child 1-3 year who fails initial and repeat early language milestone screening test

Moderate stuttering—that is, prolongations and blockades, but no verbal inhibition

Severe delay

Child > 5 years with delayed or abnormal language development

Severe stuttering associated with fear and avoidance of speaking

Associated global impairment—for example, learning difficulties or neurological disease

Identificare l'eziologia del ritardo del linguaggio

Il primo passo nell'identificare la causa del ritardo del linguaggio, prevede l'acquisizione della storia completa della gravidanza e del parto, delle tappe evolutive e la storia della famiglia. La storia di qualsiasi trauma, prematurità, asfissia, o infezioni congenite intrauterine che possono danneggiare il sistema nervoso centrale dovrebbe mettere il

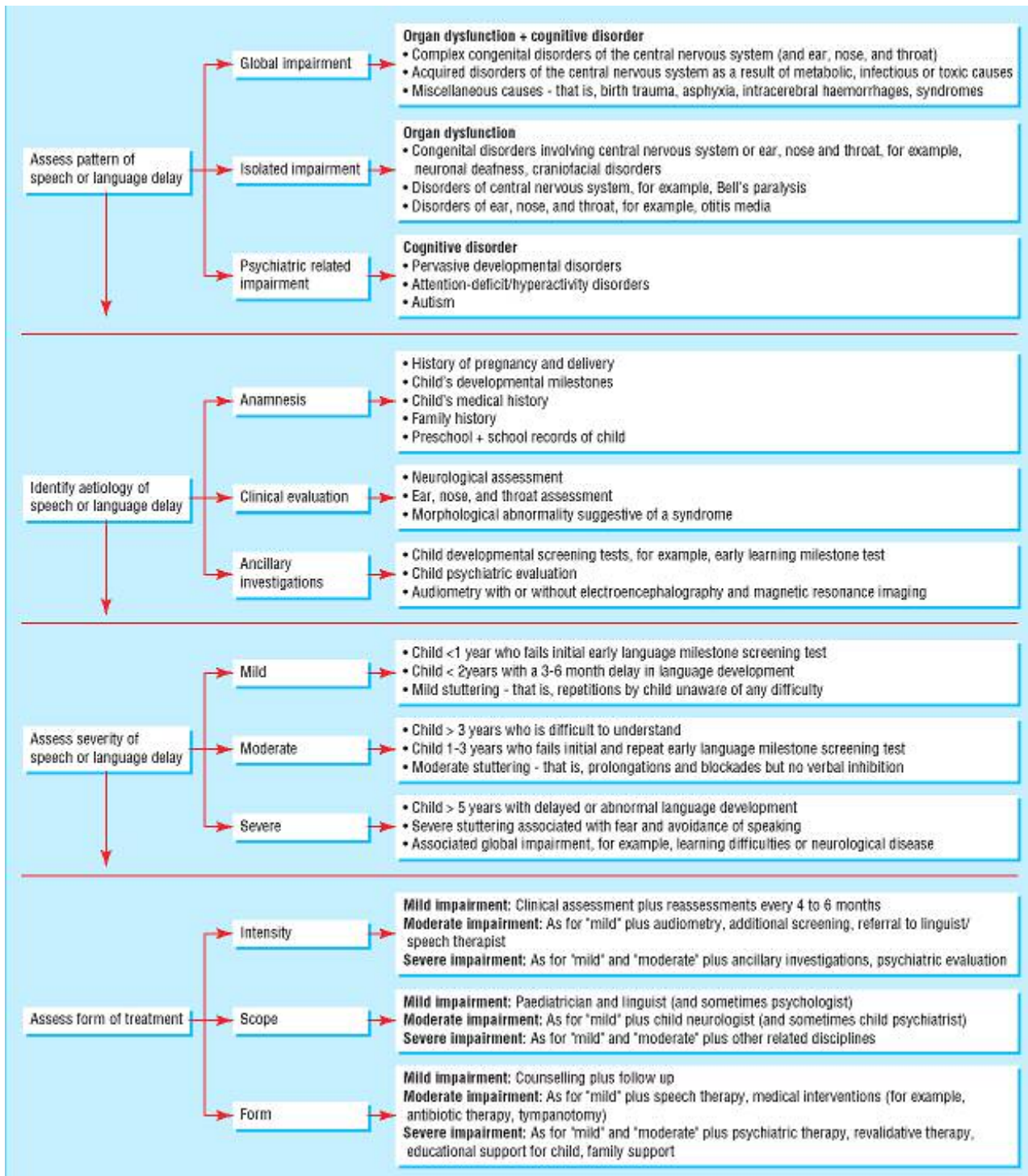
medico in all'erta. I bambini con una storia familiare di sordità o che hanno avuto una meningite batterica o una ricorrente o persistente otite media sono a rischio di sviluppare un ritardo della parola e del linguaggio. Un disturbo espressivo del linguaggio è stato riportato in bambini con otite media ricorrente.

Come risultato la prevalenza della sordità nell'infanzia che ammonta a circa il 2-3% alla nascita, raddoppia quando si includono le perdite di udito acquisite.

Una buona valutazione clinica incluso uno studio meticoloso del sistema nervoso centrale e delle strutture dell'orecchio del naso e della gola sono obbligatorie. Si devono raccogliere indizi delle abilità uditive degli infanti attraverso l'osservazione dei loro comportamenti.

Comportamenti prelinguistici insoddisfacenti, come una scarsa risposta visiva e la mancata risposta a test elementari sono segni che dovrebbero mettere in guardia il medico su un potenziale ritardo del linguaggio.

In tutti i casi di sospetto ritardo, una audiometria o i potenziali evocati del



tronco cerebrale sono d'obbligo. Strumenti di screening per la valutazione delle abilità cognitive possono essere d'aiuto a decidere se ulteriori indagini siano necessarie, come ad esempio la pietra miliare dei test del linguaggio, il "Woodcock reading mastery test".

Con i bambini bilingui, comunque, il clinico deve valutare l'appropriatezza culturale e linguistica del test di screening, perché i bambini bilingui costituiscono una categoria distinta di bambini che possono mostrare un ritardo del linguaggio ad una certa epoca senza

avere reali deficit. Inoltre in tali casi la valutazione dovrebbe essere svolta nel linguaggio primario o materno del bambino.

Sebbene indagini eziologiche siano giustificabili quando sono presenti specifici indizi clinici, una diagnostica neurologica per immagini, o indagini per rari disordini metabolici o studi cromosomici, saranno verosimilmente infruttuose. Nel caso una palese regressione o variazione nella gravità del linguaggio, una elettroencefalografia durante il sonno può essere utile a riconoscere una epilessia sub-clinica o sindromi come quella di Landau-Kleffner.

Infine il clinico dovrebbe cercare altri problemi, oltre quelli che determinano il ritardo del linguaggio, che necessitano di intervento, come i disturbi di Asse I (ad esempio il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività ADHD), le preoccupazioni sull'autostima, o le credenze parentali o le colpevolizzazioni che disturbano lo sviluppo del bambino. Dovrebbero essere valutate inoltre le cause ambientali per gli scarsi risultati scolastici, come le abitazioni disorganizzate, la violenza o l'abbandono di minore.

Valutare la gravità del ritardo

Questa valutazione può essere d'aiuto nel modellare l'intensità, lo scopo e le modalità del trattamento.

Trattamento

L'individuazione ed il trattamento dovrebbero essere multidisciplinari, coinvolgendo i genitori, gli insegnanti i pediatri, i neuropsichiatri infantili, gli otorinolaringoiatri, gli psicologi dell'età evolutiva, i logopedisti ed linguisti. Specifici deficit cognitivi e del linguaggio del bambino dovrebbero essere presi in considerazione nel fornire un trattamento, e dovrebbero focalizzarsi sull'interrelazione tra la voce, la parola, il linguaggio e la cognitivtà. L'eziologia, lo schema e la gravità del ritardo di linguaggio dovrebbero determinare la scelta del trattamento in termini di intensità (estensione d'indagine), obiettivi (figure professionali coinvolte nel trattamento), e modalità (tipo di trattamento offerto). L'obiettivo del trattamento dovrebbe includere il minimizzare la disabilità e massimizzare il potenziale del bambino.

Box C:

Treatment for minimising disability and maximising child's potential

Psychotherapy, cognitive behaviour therapy, or other psychosocial interventions

Medication therapy—in cases of psychiatric comorbidity

Referral to appropriate support groups (for both child and parent)

Education of parents and other caregivers about speech or language developmental disorders

Helping to establish realistic academic goals for the child

Conclusion

La valutazione dei bambini con disturbi della parola o del linguaggio richiede la comprensione di definizioni e processi di base coinvolti nello sviluppo del linguaggio. I clinici dovrebbero essere consapevoli degli interventi appropriati allo scopo di essere dei referenti efficienti, e monitorare efficacemente i progressi. Nella valutazione e nella gestione dei bambini "lenti a parlare" viene raccomandata fortemente una buona raccolta della storia medica del bambino, il suo sviluppo, e le sue performances, come una attenta analisi delle capacità e delle debolezze cognitive del bambino, con un test di screening delle funzioni cognitive validato.

Summary points

Speech and language development delay (SLDD) in children can be defined as **"a delay in speech- and or language development compared to controls matched for age, sex, cultural background, and intelligence"**

The timely diagnosis, choice of therapy and an individualized approach to the child with SLDD is crucial as early intervention may prevent subsequent psychological or psychiatric problems later in life

In the evaluation of the child with SLDD, a careful analysis of the child's cognitive strengths and weaknesses should be performed, that takes into account the history and context in which the child is developing, the observed performance of the child and the results of a validated test of cognitive function

In all cases of suspected SLDD, audiometry and a good clinical evaluation of the central nervous system and ENT are mandatory

The management of children with SLDD should be multidisciplinary involving the child's parent (or caregiver), schoolteacher, pediatrician, pediatric neurologist, ENT-specialist, child psychiatrist, child psychologist, linguist and speech pathologist

The treatment of children with SLDD should focus on the interrelation among voice, speech, language and cognition. It should aim at minimizing disability and maximizing the child's potential.