

Silvia Magnani

La bocca del bambino

Fisiopatologia delle
abilità orali in età evolutiva

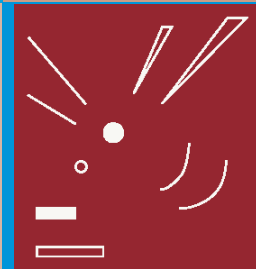


Favorire la comunicazione/Strumenti

Quaderni FAD

Guide per genitori ed educatori

FrancoAngeli



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con **Adobe Acrobat Reader**



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile **con Adobe Digital Editions**.

Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.

Il Progetto FAD. Formazione a distanza

Nuova Artec, la società di formazione professionale che promuove la collana dei Quaderni FAD, offre la possibilità di intraprendere, per chi lo desideri, un percorso articolato di aggiornamento che vede quale tappa iniziale lo studio del testo in esame e la verifica dell'apprendimento, per procedere poi eventualmente, attraverso gradini successivi, a una conoscenza più approfondita dell'argomento.

Nuova Artec eroga infatti un servizio di verifica della conoscenza appresa attraverso il testo in esame e fornisce anche la possibilità di accedere a corsi e percorsi di approfondimento delle tematiche affrontate nel testo, accessibili attraverso la scuola stessa.

Al lettore è lasciata la facoltà di costruire un proprio percorso di conoscenza dell'argomento commisurato al proprio interesse.

L'approfondimento costituisce un'offerta ulteriore che Nuova Artec offre agli utenti che abbiano esigenze specifiche di formazione permanente. Ci si rivolge in modo particolare agli operatori tenuti a compiere uno studio continuo: operatori della sanità che si occupano di diagnosi, terapia, riabilitazione dei disturbi della comunicazione e a tutti coloro che fanno della comunicazione uno strumento di lavoro o a chi, insegnante o genitore, desidera educare alla "buona comunicazione".

Chi desiderasse approfondire l'argomento e ricevere informazioni sulle modalità di valutazione del percorso formativo e procedere alla verifica del proprio apprendimento, può compilare in ogni sua parte la scheda di iscrizione all'approfondimento FAD e inviarla a Nuova Artec.

La scheda di iscrizione all'approfondimento FAD del volume si trova alla fine del volume.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: *www.francoangeli.it* e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Silvia Magnani

La bocca del bambino

Fisiopatologia delle
abilità orali in età evolutiva

FrancoAngeli

Foto di copertina: Michal Jarmoluk.

Progetto grafico di copertina: Elena Pellegrini.

Copyright © 2017 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Presentazione	Pag.	11
1. Prassia e <i>disprassia</i>	»	13
1. Cosa intendiamo per prassia	»	13
2. Una parola da analizzare meglio: progetto	»	14
3. Cosa si intende per disprassia orale	»	15
4. Proposta di classificazione delle disprassie	»	16
5. La C.A.S.	»	19
2. Aspetti clinici della disprassia orale	»	22
1. Età di comparsa	»	22
2. Espressività clinica della disprassia orale	»	23
2.1. La primissima infanzia	»	23
2.2. Dalle prime parole alla socializzazione coi coetanei	»	26
2.3. L'età prescolare	»	28
2.3.1. Criteri di normalità	»	28
2.3.2. Quadri clinici di disprassia in età prescolare	»	30
3. La deglutizione	»	33
1. La deglutizione a sigillo anteriore	»	33
2. La deglutizione nel piccolo bambino	»	36
2.1. La stabilizzazione mandibolare e il passaggio alla deglutizione a pressione positiva	»	37
2.2. Principi di counselling per lo svezzamento	»	40
3. L'esplorazione orale sistematica	»	42
4. La deglutizione nella prima infanzia	»	44

4.1. L'evoluzione del morso	»	44
4.2. La gestione del bolo	»	44
4.3. La riduzione del coinvolgimento del VII paio di nervi cranici	»	45
4.4. La posteriorizzazione del sigillo	»	45
5. Qualche notizia in più sulla mandibola		46
5.1. Fisiologia evolutiva		46
4. L'oralità del bambino e l'educazione familiare	»	49
1. Le abilità della bocca: cosa aspettarsi e a che età	»	49
2. Elementi di counselling	»	51
5. Correlazioni tra alterazioni della deglutizione, disprassia orale e problematiche ortognatiche	»	53
1. Segni di immaturità deglutitoria	»	53
2. Il morso aperto	»	55
2.1. Conseguenze funzionali del morso aperto	»	56
3. La collaborazione tra professionisti	»	57
3.1. Quale ortodonzia?	»	58
3.2. Quando e per quanto tempo	»	59
6. Il bambino vorace	»	61
1. Perché la voracità	»	61
2. Elementi di counselling	»	63
7. Le cosiddette abitudini viziate	»	64
1. Interpretare le abitudini orali del bambino	»	64
2. Il bambino succhiatore	»	65
2.1. La suzione e il piacere orale	»	65
2.2. Quale ciuccio?	»	67
2.3. Succhiare, per quanto tempo?	»	68
2.4. Cosa rischia il succhiatore accanito	»	69
8. Fare diagnosi di disprassia	»	71
1. Osservazione informale	»	71
1.1. Cosa osservare?	»	71
2. Osservazione formale	»	72
3. La visita formale	»	76

4. Valutazione delle prassie orali non fonoarticolatorie	»	77
4.1. Valutazione delle abilità prassiche settoriali	»	78
5. Valutazione dello stile deglutitorio	»	89
9. Criteri di presa in carico	»	92
1. Percorsi di presa in carico	»	92
2. Abilitazione prassica mediata dall'esperienza alimentare	»	93
2.1. Conoscere le abitudini	»	93
2.2. Elementi di counselling alimentare del bambino disprassico orale	»	95
2.3. Attività nello studio logopedico	»	96
3. Abilitazione specifica con eserciziario formale logopedico	»	97
Riflessioni conclusive	»	102
1. La difficoltà della diagnosi differenziale	»	102
1.1. In tema di deglutizione	»	102
1.2. In tema di DSL	»	103
1.3 In tema di C.A.S.	»	103
1.3. In tema di problematiche ORL	»	104
2. Come agire per migliorare la presa in carico	»	105
Per approfondire	»	109
Ringraziamenti	»	

*alle mie giovani allieve
che sono diventate mamme
in questi anni*

*a Ilaria che condivide con me
il tempo dedicato ai piccoli pazienti*


*ai miei figli e ai bambini
che sono stati*

Presentazione

Questo testo è dedicato ai logopedisti che si trovano ad affrontare la presa in carico di bambini che presentano inabilità della bocca. Esso vuole essere un breviario di semplice utilizzo che non sostituisce ma facilita l'approccio ai testi formali della letteratura presenti sull'argomento. Nella medesima ottica le indicazioni per il trattamento sono da intendersi come suggerimenti di immediata applicabilità da integrare allo studio delle metodiche note di approccio terapeutico quali la Terapia Miofunzionale e la Oral Motor Therapy.

La lettura è facilitata dalla presenza di icone:

Connessione:

 riflessioni su aspetti solo apparentemente distanti della fisiologia e della clinica ma in realtà profondamente interrelati.



Definizione:

vocabolario suggerito.



Riepilogo:

riassunto dei concetti principali esposti.

La freccia  segnala argomenti meritevoli di riflessione.

1. Prassia e disprassia

1. Cosa intendiamo per prassia

Derivato dal greco *praxis*: azione / attività, il termine indica l'atto dell'agire. In senso letterale prassia è l'esecuzione di un progetto motorio. Per abilità prassica, in senso clinico, si intende la capacità di "portare a buon fine" tale progetto¹.

Secondo la storica definizione di Ayres (1985)² prassia è "la generazione di *volitional movement patterns* per la riuscita di una specifica azione, in modo particolare l'abilità di selezionare, pianificare, organizzare e iniziare la sequenza motoria che è il fondamento della prassia stessa." In questa definizione i confini tra progetto-esecuzione-risultato sfumano.

Nella pratica infatti la prassia rappresenta il *continuum* esistente tra l'ideazione di un'azione e la sua ricaduta sull'ambiente o sul soggetto stesso.

La **disprassia** è l'incapacità di portare a buon fine un progetto motorio in assenza di problemi del movimento di origine neurologica, di deficit di tono muscolare o di alterazioni dell'apparato muscolo-scheletrico.

¹ Nel pensiero greco antico la *prâxis* è differenziata dalla *poiésis*, che indica l'atto del plasmare un oggetto. La *poiésis* implica dunque come risultato dell'agire un "prodotto" tangibile, mentre la *prâxis* indica l'attività in sé (Aristotele, Etica a Nicomaco).

² Ayres, A. (1985). *Developmental dyspraxia and adult-onset apraxia*. Torrance, CA: Sensory Integration International.

Dal quadro disprassico (o aprassico, quando l'incapacità esecutiva è completa e il progetto non viene realizzato nemmeno in modo distorto) vanno differenziate forme di alterazione della capacità esecutiva solo apparentemente simili ma di genesi e gravità differente (spesso esiti di danni neurologici centrali) quali la **aprassia ideomotoria**, caratterizzata dalla completa incapacità di compiere un gesto complesso su richiesta o per necessità, salvo poi il saperlo compiere in modo automatico, e le **aprassie procedurali**, nelle quali il problema è porre in successione azioni, creando sequenze corrette e finalizzate a un risultato (come ad esempio prepararsi una tazza di tè).

2. Una parola da analizzare meglio: progetto

Progetto indica la capacità di proiettare un'idea nel futuro, cioè di "gettarla avanti", oltre il presente agito. Un progetto prassico non è altro che il prepararsi a un "fare per il futuro" utilizzando la motricità. Esso si fonda sulla capacità di immaginare l'esito di un'azione, mentre se ne considera contemporaneamente la fattibilità pratica. Un "progetto motorio" è alla base di ogni prassia ma per poter arrivare ad attuarlo in una modalità corretta occorrono diverse operazioni mentali.

1. Identificazione di un obiettivo (ad esempio portare il cibo alla bocca).
2. Identificazione di un'azione motoria adatta ad ottenerlo.
3. Capitalizzazione di pregresse esperienze maturate nello stesso campo dell'agire e loro valutazione (in relazione a costo-efficacia-fattibilità di esecuzione).
4. Scelta, tra le tante possibili, della modalità che si ritiene più adeguata al raggiungimento dello scopo
5. Sperimentazione della modalità prescelta (anche in relazione a successi e insuccessi maturati) con verifica dell'esito, suo eventuale miglioramento o abbandono (in questo caso con ritorno al punto 2).
6. Memorizzazione e automatizzazione della sequenza motoria, in caso di successo, al fine di renderla ripetibile nelle occasioni future.

Alcuni progetti hanno bisogno di un “programma innato”, cioè di un *software* (tutti i mammiferi succhiano, solo gli umani parlano); per altri è sufficiente l’esposizione a un modello (come accade imparando una lingua straniera); per altri ancora è possibile procedere solo per tentativi ed errori (come tutti noi abbiamo fatto per imparare a schettinare o ad andare in bicicletta). Tutti i progetti hanno bisogno di un *hardware*, cioè di un sistema fisico che li attui (vie sensoriali, connessioni, vie motrici, apparato muscolo-scheletrico) e di capacità mnesiche (memoria operativa e memoria a lungo termine).

3. Cosa si intende per disprassia orale

In alcuni casi l’inabilità prassica coinvolge in modo specifico l’oralità, dando luogo a un quadro patologico caratteristico che si evidenzia in età molto precoce: la disprassia orale.

Esso è caratterizzato dalla incompetenza nel portare a buon fine un progetto motorio che riguardi l’oralità, sia questa intesa come capacità di gestire il cibo e di attuare una propulsione del bolo in direzione dell’esofago, sia come abilità nel produrre gli atteggiamenti fonarticolatori a dare i fonemi della lingua.

I due aspetti della disprassia orale abitualmente si manifestano associati, anche se a espressività sintomatica diversa.

Non raramente alle incapacità menzionate si aggiunge una caratteristica “difficoltà nel sentirsi agire”, una riduzione della autopercezione, coinvolgente sia la propriocezione profonda (il bimbo non riconosce il movimento che sta compiendo³), sia la sensibilità superficiale (tipicamente con noncuranza della scialorrea o dello scolo di secrezioni dal nasino).

Probabilmente per questa difficoltà ad interpretare le sensazioni in ingresso, il piccolo è spesso intollerante a ogni manipolazione che riguardi il viso o la bocca e reagisce al contatto come reagirebbe a

³ Da qui la difficoltà a correggerlo, memorizzarlo, riprodurlo e la necessità, in terapia logopedica, di ricorrere a stimolazioni multimodali, nelle quali vengono sfruttati contemporaneamente più ingressi sensoriali.

uno stimolo doloroso. Di questo occorre tenere conto sia in sede di diagnosi che di terapia.

La carenza di autopercezione può essere anche alla base della difficoltà di riproduzione di un movimento che viene suggerito con la manipolazione diretta del viso e la scarsa memorizzazione di quanto man mano si sta apprendendo.

Nel caso il bimbo presenti invece un disturbo isolato della sfera linguistica con incapacità nella produzione dei fonemi in presenza di abilità deglutitorie adeguate all'età anagrafica, al quadro viene dato nome di **disprassia verbale** o, nei paesi di cultura anglofona, di **C.A.S.** (Childhood Apraxia of Speech).

È evidente da quanto detto che esistono situazioni sfumate nelle quali la diagnosi differenziale tra disprassia orale e alterazioni della deglutizione in età evolutiva è complessa. Allo stesso modo non è semplice differenziare un disturbo fonologico da un'alterazione della produzione consonantica correlata a una incapacità di programmazione del movimento.

Occorre sempre tenere presente che i quadri patologici (sia quelli inerenti alla sfera alimentare che quelli inerenti alla sfera linguistica) si possono trovare in associazione. Un bambino disprassico può presentare in associazione un disturbo fonologico.

È sempre bene, al momento della diagnosi, procedere alla valutazione separata dell'aspetto prassico, motorio e linguistico.

4. Proposta di classificazione delle disprassie

La classificazione dei quadri patologici disprassici orali si giova di un criterio eziologico più che di un criterio clinico (forme diverse hanno infatti la stessa espressività sintomatica ma non per questo la stessa origine).

Le forme correlate a problemi di *hardware* sono etichettabili come **disprassie organiche**. A questa categoria fanno capo le incapacità di portare a buon fine il progetto motorio dovute a un'alterazione congenita o acquisita dell'apparato orale (labiopalatoschisi, edentulia,

malformazioni della bocca, esiti di traumi, esiti chirurgici, ecc.)⁴, cui consegue un adattamento delle prassie che subiscono una devianza compensatoria. Tale adattamento può portare a un ulteriore aggravamento della situazione anatomica di partenza (come accade in caso di morso aperto scheletrico il quale viene ulteriormente ampliato dalla inevitabile interposizione della lingua in deglutizione).

✎ Col nome di **dislalie meccaniche periferiche** si intendeva un tempo un quadro patologico caratterizzato da alterazioni della produzione fonoarticolatoria secondario a problemi di *hardware* a sede periferica, soprattutto dentaria. Tale termine appare oggi del tutto inadeguato poiché accentua il ruolo eziologico dell'alterazione meccanica, sottovalutando la presenza dell'imaturità prassica che vi si associa e la possibilità (o la certezza) che a un danno anatomico si risponda con un adattamento funzionale alterato⁵.

Disprassie correlate a problemi di *software* sono quelle forme nelle quali non è rintracciabile un'eziologia organica e l'incapacità prassica rimane l'unica disfunzionalità presentata dal soggetto. La definizione di **disprassia primaria** è in questi casi la più calzante.

Accanto a queste forme si devono porre altri due quadri disprassici, entrambi non organici ma secondari, che potremmo chiamare **disprassie da deprivazione**. Il primo riunisce i casi di disprassia orale dovuti alla mancanza di esposizione a modelli adeguati o all'esposizione a modelli scorretti. Il secondo le forme secondarie alla mancanza di esperienza maturata nella sfera oro-alimentare.

Al primo quadro afferiscono le situazioni nelle quali il piccolo non ha potuto apprendere abilità della bocca adeguate per deficit della cura parentale o deprivazione socio-ambientale. È questo il caso di bambini allevati in istituti, nei quali la relazione carente per l'affollamento, il disagio economico e la mancanza di personale motivato, produce disprassia orale, sia a espressione fonoarticolatoria

⁴ Le forme secondarie a una patologia che coinvolge il sistema nervoso o il muscolo (esiti anossici, encefalopatie, miastenia, ecc.) sono inquadrabili all'interno dei quadri disartrici.

⁵ Come avviene nel caso di morso aperto, ove l'alterazione scheletrica obbliga la lingua a una devianza prassica, impedendole l'acquisizione di abilità deglutitorie e, soprattutto, fonoarticolatorie.

(deprivazione comunicativa, assenza di modellamento linguistico), sia alimentare (alimentazione prolungata con liquidi e semiliquidi, proposti in biberon, al fine di alleggerire il *maternage*).

Al secondo quadro afferiscono i casi di deprivazione di esperienze orali che caratterizzano bambini sottoposti a nutrizione assistita per periodi prolungati, ospedalizzati, che hanno subito interventi dolorosi alla bocca e necessitanti di igiene orale accurata e prolungata.

È necessario sottolineare che, mentre i bimbi affetti da disprassia primaria rispondono lentamente alla terapia logopedica, quelli che presentano disprassia da deprivazione sono più reattivi e ottengono buoni risultati in tempi più brevi. Ciò è con ogni probabilità dovuto all'essere questi bimbi stati sottratti alle esperienze orali in un momento delicato della propria evoluzione ma non incapaci di elaborare le informazioni percettive provenienti dal distretto e di incanalarle verso risultati prassici apprezzabili, una volta che la stimolazione venga condotta correttamente, come se le potenzialità fossero presenti in questi secondi e molto scarse o assenti nei primi.

Un'ulteriore variante di disprassia orale, quadro minore nella espressività sintomatica e interpretabile come situazione parafisiologica, sono le forme di inabilità orale dovute a **iperprotezione**. È questo il caso di bambini allattati per periodi prolungati, sottoposti a svezzamento tardivo e facilitato, bambini ai quali non sono state permesse esperienze orali di esplorazione degli oggetti per timore di contaminazione.

Anche bambini disappetenti possono incorrere in questa forma di deprivazione. Per costoro spesso il latte con i biscotti, proposto nel biberon, è il cibo più gradito e i genitori possono non sentirsi in grado di proporre alternative sino ad età molto avanzata.

Occorre ricordare che possediamo un calendario biologico che condiziona le nostre capacità di apprendere. Ciò che viene perso in termini di esperienza orale nei primi 24 mesi di vita produce ritardi nello sviluppo prassico e necessita di cammini esperienziali alternativi e tardivi che spesso solo il logopedista può mettere in atto.

Per concludere è doveroso ricordare che un grado variabile di disprassia orale può associarsi al ritardo cognitivo. Essa è particolarmente presente nel soggetto Down ed è aggravata sia dalla sproporzione dimensionale tra cavità orale e corpo linguale, sia dall'abitudine all'autosollecitazione (succhiamento della lingua, leccamento del mento) che questi bimbi sviluppano, secondaria proprio all'impossibilità della lingua di permanere a lungo all'interno della bocca.

I bambini con deficit cognitivo non sempre colgono il significato delle esperienze, non estraggono, apprendono con fatica, non elaborano strategie alternative, non ricordano (la successione, i nessi di causa ed effetto). In questo senso possono non essere in grado di elaborare progetti che seguano procedure codificate

5. La C.A.S.

Nonostante questa sindrome non sia l'argomento di questo testo è opportuno riservare ad essa qualche commento.

La CAS è un disordine motorio del linguaggio in assenza di alterazioni morfologiche, di paralisi o di debolezza dei muscoli fonoarticolatori. I bambini che ne sono portatori presentano difficoltà nel pronunciare vocali, sillabe, parole e nel rispettare la resa degli accenti e la prosodia della frase.

Questa alterazione nella resa sia dei tratti segmentari che sovra-segmentari del linguaggio è lo specifico della sindrome.

Tre le tipologie: forme secondarie ad alterazioni neurologiche precoci, forme genetiche e forme idiopatiche.

Alla diagnosi di disprassia verbale si arriva spesso per esclusione, quando la terapia abitualmente praticata per l'abilitazione orale e per il disturbo fonologico non sembra sortire nessun effetto che si mantenga a lungo termine. Non esistono sintomi senza i quali non è possibile porre diagnosi e, al contrario, in presenza dei quali la diagnosi è certa.

Le aree coinvolte dal disturbo sono le seguenti.

- ✓ La coordinazione spazio-temporale, con lentezza nelle transizioni tra i fonemi, eloquio lento, presenza di pause inappropriate sia tra le sillabe che tra le singole parole, prolungamenti vocalici.
- ✓ La produzione di sequenze motorie con inadeguata fonoarticolazione, coinvolgente sia le consonanti che (sintomo tipico) le vocali, con alterazioni nelle transizioni e presenza di transizioni anomale, assimilazioni e, anch'esso sintomo specifico, inserimenti di consonante o vocale al fine di facilitare la transizione stessa.
- ✓ Alterazioni della risonanza con rinolalia, intubazione, scurimento timbrico. Frequente è la stomatolalia chiusa per le alterazioni nella resa delle consonanti con retroposizione della lingua e secondaria riduzione dello spazio endorale.
- ✓ Alterazioni della coordinazione senso-motoria con inadeguato feedback percettivo delle sequenze articolatorie.

Le conseguenze sono rappresentate da alterazioni della prosodia (che appare lenta, aritmica, con durata del segmento non adeguata al contenuto linguistico), intelligibilità ridotta, non fluidità. Frequente è la comparsa di alterazioni fonoarticolatorie atipiche, di metatesi, di armonie, di episodi sporadici di inserimento di intere sillabe.

Il bambino portatore di C.A.S. presenta inoltre estrema difficoltà nella memorizzazione delle sequenze motorie, difficoltà nel riprodurre un ritmo, nel ricordare una rima. Anche il ballo può risultare impacciato e spesso impossibile il canto melodico.

Peculiare è infine la **iperestesia orale**, con intolleranza alla manipolazione della bocca associata, al contrario di quanto ci si potrebbe aspettare, a deficit di autopercezione orale.

La testistica rivela difficoltà di ripetizione di parole crescente col numero di sillabe, maggior difficoltà nella ripetizione di non parole, incostanza degli errori presentati. La coarticolazione tra i fonemi è maggiormente alterata della loro produzione isolata.

Nel bambino più grande è evidente la dissociazione tra livello di comprensione del linguaggio e livello produttivo.

Può presentarsi il fenomeno dell'evitamento, spesso accompagnato da pause inappropriate nell'eloquio.