



#44 Pronto? È il Programma Camperdown per la balbuzie

Studio originale: [Carey, B., O'Brian, S., Onslow, M., Block, S., Jones, M. & Packman, A. \(2010\). Randomized controlled non-inferiority trial of a telehealth treatment for chronic stuttering: the Camperdown Program. International Journal of Language and Communication Disorders, 45\(1\), 108-120](#)

La balbuzie è un disturbo della fluency verbale a esordio prevalente nella prima infanzia e spesso persiste per tutta la vita. Esistono diversi approcci terapeutici per il trattamento della balbuzie, ad esempio approcci di modificazione o di *fluency shaping*, detto anche *speech restructuring*. Gli approcci di *speech restructuring* si pongono l'obiettivo di modificare aspetti quali la respirazione, la fonazione e l'articolazione, in modo da alleviare la sintomatologia *overt* della balbuzie (Goldiamond 1965, Ingham 1984). Sono stati pubblicati diversi studi clinici sui trattamenti di *speech restructuring* per adulti, molti dei quali includono un follow-up di almeno 3 mesi, con osservazioni indipendenti dell'eloquio derivate da registrazioni di conversazioni al di fuori della clinica. Una revisione di questi studi dimostra che è possibile alleviare la balbuzie negli adulti per un minimo di 6 mesi.

Tuttavia, uno dei problemi del trattamento logopedico è l'accesso e la disponibilità di posti per la terapia. Soprattutto in Australia, questo aspetto costituisce una delle maggiori difficoltà per l'avvio di un percorso terapeutico, poiché le persone che balbettano (PWS) che vivono in zone rurali spesso non hanno possibilità di accesso ad un trattamento logopedico. La teleriabilitazione potrebbe essere una soluzione a questo problema. La fattibilità della teleriabilitazione come alternativa alla terapia in presenza si è rivelata efficace in diverse discipline mediche e sanitarie, tra cui anche in logopedia. Da questa riflessione è nato il Programma Camperdown di Mark Onslow e del suo team di Melbourne, in Australia. Uno studio iniziale condotto con dieci persone adulte (O'Brian et al, 2008) ha indicato che la teleriabilitazione potrebbe essere una valida modalità per l'erogazione del trattamento di *speech restructuring*. Nello studio dell'episodio di oggi, la stessa équipe ha analizzato se dopo nove mesi dalla randomizzazione, i partecipanti del gruppo sperimentale (teleriabilitazione) presentassero una frequenza più bassa di % di sillabe balbettate rispetto al gruppo di controllo.

Quaranta persone adulte che si erano presentate alla clinica di Melbourne per il trattamento della balbuzie hanno partecipato allo studio. In modo randomizzato, venti persone sono state assegnate al gruppo sperimentale, che ha ricevuto il trattamento in teleriabilitazione, mentre le altre venti hanno partecipato al percorso in presenza. Sono state escluse le persone di età inferiore ai 18 anni e quelle con una frequenza di balbuzie inferiore alle due sillabe balbettate durante una conversazione di dieci minuti. Inoltre, la conoscenza limitata dell'inglese o il fatto di aver già partecipato ad un trattamento di *speech restructuring* negli ultimi dodici anni hanno costituito ulteriori criteri di esclusione.

Il trattamento in presenza è stato condotto basandosi sul manuale del Camperdown Program, disponibile sul sito web dell'[Australian Stuttering Research Centre](#). Il trattamento comprendeva quattro componenti:

- sedute individuali
- giornate di allenamento in gruppo



- sessioni individuali di *problem solving* e
- la generalizzazione nella quotidianità.

Per le persone partecipanti alla teleriabilitazione è stato strutturato un programma leggermente modificato adattato all'erogazione a distanza, anche se gli aspetti salienti dell'approccio originale sono stati mantenuti. L'adattamento prevedeva questi aspetti: l'intero trattamento è stato condotto per telefono e alcuni esercizi sono stati svolti utilizzando dei file audio che sono stati inviati per mail ai partecipanti e alle partecipanti. Inoltre, è stata istituita una speciale segreteria telefonica che è stata utilizzata per registrare le prove d'eloquio. Infine, la giornata di allenamento in gruppo è stata sostituita da esercizi da svolgere a casa.

La variabile di outcome primaria era la frequenza della balbuzie misurata in numero di sillabe balbettate (%SS) nove mesi dopo la randomizzazione. Questa è stata misurata in cinque momenti diversi: una settimana prima dell'inizio del trattamento, subito dopo la fine del trattamento, nove mesi dopo la randomizzazione, così come sei e dodici mesi dopo il trattamento. Per ogni rilevazione di outcome, sono stati registrati tre audio di dieci minuti in cui la persona partecipante parlava per telefono con la/il logopedista e con due estranei.

Le variabili di outcome secondarie sono state invece la naturalezza dell'eloquio, la gravità della balbuzie percepita e la soddisfazione per il trattamento. La naturalezza dell'eloquio è stata misurata utilizzando una scala a nove punti (Martin et al., 1984). L'analisi è stata condotta dopo la terapia, confrontando campioni di eloquio di 15 secondi con campioni simili di parlanti di controllo (che non balbettano), con una corrispondenza di età e sesso. La gravità della balbuzie percepita è stata misurata utilizzando una scala di valutazione della gravità a nove punti (O'Brian et al. 2004). Nella settimana precedente a ognuna delle 5 valutazioni, i partecipanti hanno riferito la loro gravità media in cinque situazioni rappresentative della loro vita quotidiana e hanno riportato la gravità media giornaliera (più la migliore e la peggiore) per ogni giorno nel corso di una settimana. Infine, la soddisfazione per il trattamento è stata misurata tramite un apposito questionario somministrato 2 settimane dopo la fine della terapia.

Lo studio ha rilevato che i risultati raggiunti dal gruppo sperimentale e dal gruppo di controllo per il parametro della frequenza della balbuzie sono comparabili. Gli effetti del trattamento sono rimasti stabili in entrambi i gruppi nei dodici mesi successivi alla fine del percorso. Inoltre, non si è riscontrata nessuna differenza significativa nei punteggi di naturalezza dell'eloquio tra il gruppo sperimentale e di controllo, ed entrambi i gruppi hanno registrato riduzioni simili nei punteggi medi di autovalutazione della gravità della balbuzie a 9 mesi dalla randomizzazione.

Tuttavia, la teleriabilitazione è risultata significativamente più efficace a livello clinico e statistico in termini di tempo necessario. I risultati mostrano infatti che le logopediste e i logopedisti possono risparmiare in media oltre due ore di trattamento per paziente grazie alla teleterapiabilitazione. Naturalmente, questo risparmio di tempo è legittimo solo se non incide sulla soddisfazione delle persone in trattamento, come è stato per questo studio. La tendenza osservata nel primo studio del 2008 (O'Brian et al, 2008) di perdita degli effetti del trattamento nel tempo, non si è verificata in questo studio. Inoltre, i risultati del questionario e dell'autovalutazione della gravità della balbuzie hanno confermato i vantaggi della telemedicina.

La realizzazione telefonica del Programma Camperdown è risultata quindi essere efficiente, efficace e comoda ed è quindi una valida alternativa al programma di persona. Secondo il team di autrici e autori, si tratta di un risultato importante, soprattutto per le PWS che, a causa della zona isolata in cui abitano, hanno difficoltà ad accedere al trattamento logopedico.

Tuttavia, va ricordato che la telemedicina può coprire un ampio spettro di applicazioni e tecnologie. In questo studio sono stati utilizzati solo mezzi di comunicazione normalmente disponibili, come telefoni e cellulari. Sistemi di telemedicina ad alta tecnologia, che richiedono un'infrastruttura più articolata e costosa, possono essere meno accessibili e di conseguenza meno favorevoli anche in termini di comfort.

Si può però concludere che la conduzione di programmi terapeutici *best-practice* in telemedicina a bassa soglia tecnologica offrono, secondo le autrici e gli autori, il massimo potenziale per rispondere a problemi di accesso e di disuguaglianza.

Studio riassunto da Alicia Kluth, terapeuta accademica del linguaggio in Oberbayern. Traduzione di Carolina Zanchi.

Commento di Diletta Vedovelli, Logopedista e Certified European Stuttering Specialist presso il Centro Ricerca e Cura di Roma.

Sicuramente la pandemia da Covid-19 che ci ha colpiti nel 2020 ha rappresentato uno spartiacque rispetto all'utilizzo e allo sviluppo di nuove tecnologie in campo riabilitativo. Tra gli strumenti di cui è aumentato l'utilizzo vi è la teleriabilitazione.

Durante il periodo di lockdown ci si è infatti trovati nella necessità di dover rimodulare i progetti riabilitativi e adattarli così a questa, per noi in Italia non consueta, modalità di erogazione. Studi come quello oggetto di questo episodio ci hanno aiutato in questa rimodulazione.

Sicuramente è innegabile che la teleriabilitazione abbia dei vantaggi:

- rende più facile l'accesso a trattamenti erogati da specialisti del settore (se si pensa per esempio a utenti che vivono in zone rurali con scarso accesso a trattamenti *evidence-based*)
- comporta un risparmio nei tempi di viaggio e di attesa
- consente un abbattimento delle barriere geografiche

Per quanto riguarda la terapia della balbuzie svolta in teleriabilitazione, la letteratura riporta diverse esperienze.

Lo studio oggetto dell'articolo preso in esame si pone come obiettivo di valutare l'efficacia del "Camperdown Program" erogato tramite teleriabilitazione e paragonare gli esiti ottenuti con quelli dello stesso trattamento erogato in forma tradizionale, ossia in presenza. Dallo studio, come abbiamo visto, emerge che non vi è una differenza statisticamente significativa tra i risultati ottenuti in presenza e quelli ottenuti in teleriabilitazione. Quando si parla di balbuzie però va sempre tenuto a mente che ciò che si osserva, il comportamento che la persona mette in atto quando balbetta, rappresenta solo la superficie di un iceberg talvolta molto più profondo.



L'esperienza di chi balbetta non si riduce ai comportamenti messi in atto, udibili e osservabili, ma si estende a come la persona vive l'atto comunicativo. Possono infatti celarsi sotto la superficie dell'iceberg reazioni cognitive ed emotive che possono condurre la persona che balbetta a vere e proprie condotte di evitamento, andando quindi ad interferire con la sua qualità della vita. Il compito del logopedista è quello di prendersi cura sia degli aspetti overt che covert. Risulta di fondamentale importanza chiedersi quali outcome prendere in considerazione quando si valuta l'efficacia di un trattamento. Come specificato precedentemente, il "Camperdown Program" mira a ridurre la frequenza di sillabe balbettate attraverso l'acquisizione di un nuovo speech pattern. Possiamo dire dunque che gli outcome presi in considerazione si riferiscono agli aspetti overt della balbuzie e per questi parametri non viene rilevata alcuna differenza tra la modalità di erogazione in presenza o da remoto. Unito ai vantaggi sopra descritti, la teleriabilitazione sembra un'alternativa ugualmente valida per coloro che per motivi logistici non possono usufruire del trattamento in presenza.

Come direzione futura sarebbe interessante indagare se i benefici ottenuti si estendono anche agli aspetti covert, o se più in generale la teleriabilitazione nel trattamento della balbuzie può essere una valida alternativa anche per programmi di trattamento o approcci che perseguono l'obiettivo di modificare il vissuto della persona che balbetta e non solo la frequenza delle sue disfluenze. Mi domando, per esempio, qualora si scegliesse di perseguire l'obiettivo della desensibilizzazione verso le disfluenze, per il raggiungimento del quale risulta importante il contatto oculare come forma di controcondizionamento, come la teleriabilitazione possa rendere questo possibile, visto che i mezzi ad oggi a nostra disposizione non consentono un contatto oculare diretto. Inoltre, a fronte dei numerosi vantaggi della teleriabilitazione, essa comporta l'impossibilità di esporre la persona a circostanze comunicative vicine a situazioni di vita quotidiana, come per esempio fare un'ordinazione al bar, chiedere indicazioni ecc., la letteratura riconosce l'importanza di esporre la persona che balbetta a circostanze diverse, soprattutto a quelle temute, con l'obiettivo di desensibilizzarla verso le stesse.

In conclusione, questo studio rappresenta un buon punto di partenza per indagare l'efficacia di una modalità di erogazione che, se efficace, comporta diversi vantaggi, specialmente per utenti che non hanno facile accesso a trattamenti con specialisti, tuttavia è necessario indagare più approfonditamente gli esiti rispetto agli aspetti covert della balbuzie.

Voce di Giorgio Benedetti ed editing a cura di Beatrice Franchi.

Ulteriori fonti:

Goldiamond, I. (1965). Stuttering and fluency as manipulatable operant response classes. In L. Krasner and L. Ullmann (eds), *Research in Behavior Modification* (New York, NY: Holt, Rinehart & Winston), pp. 106–156.

Ingham, R. J. (1984). *Stuttering and Behavior Therapy: Current Status and Experimental Foundations* (San Diego, CA: College-Hill Press).



Martin, R.R., Haroldson, S.K. & Triden K.A. (1984.) Stuttering and speech naturalness. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 49, 53–58.

O'Brian, S., Packman, A. & Onslow, M. (2004). Self-rating of stuttering severity as a clinical tool. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 15, 219–226.

O'Brian, S., Packman, A. & Onslow, M. (2008). Telehealth delivery of the Camperdown Program for adults who stutter. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 51, 184–195.

Il manuale del Programma Camperdown:
<https://www.uts.edu.au/research/australian-stuttering-research-centre/resources/camperdown-program>

Questo testo è disponibile anche per essere ascoltato come podcast sulle più comuni piattaforme di streaming (Spotify, Apple Podcast, Google Podcast e Amazon Podcast) e sul sito www.lingo-lab.de/podcastit. A questo indirizzo è possibile trovare anche altri studi riassunti sia in versione podcast che come PDF da scaricare.