

Afasia: inquadramento comunicativo e trattamento logopedico

CORSO TEORICO-PRATICO
al XLI CONGRESSO NAZIONALE SIFEL

M. Iengo* e P. Villari* - L. Del Vecchio - M. Tedeschi*****

* Dipartimento di Otorinolaringoiatria- Università di Napoli Federico II

** Dipartimento di Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile, Audiofoniatria e Dermatovenereologia
- Seconda Università di Napoli

*** Dipartimento di Scienze Neurologiche- Università di Napoli Federico II

PREMESSE

Fino a soli pochi anni addietro la scienza medica, la diagnostica e la terapia erano affidate ai risultati delle esperienze e delle sperimentazioni pubblicati su riviste scientifiche e raccolte da esperti su testi e trattati. Ai medici e ai terapisti spettava il compito di applicare nella loro attività assistenziale le conoscenze derivanti dalle suddette esperienze, maturando così progressivamente la propria formazione professionale; in essa si fondevano così la cultura realizzata con lo studio e quella proveniente dall'attività sanitaria che quotidianamente veniva svolta.

Oggi l'attività professionale si fa certamente più complessa poiché deve tenere conto di tutte le conoscenze derivanti da quanto suddetto, ma anche di quanto contenuto nelle Linee Guida stese da esperti, o quelle promulgate da Organi Amministrativi (come per es. le Regioni) sia, ancora, della complessità di alcune patologie per le quali non si è giunti a visioni univoche circa la patogenesi ed il trattamento, e per le quali si hanno rapide evoluzioni di pensiero in rapporto con il progredire delle conoscenze.

Tutto ciò riguarda a nostro avviso anche l'afasia per le specifiche e particolari problematiche che comporta per i logopedisti che si occupano del suo trattamento.

La riabilitazione dell'afasia intesa come valutazione, terapia e recupero del disturbo afasico, è ormai considerata "l'unico strumento attualmente disponibile per modificare un'afasia, in mancanza di alcuna terapia medica" (Miceli, 2005).

Tale disciplina è stata largamente influenzata nel tempo da scienze di derivazione medica, pedagogica, linguistica e psicosociale, ognuna delle quali ha contribuito a formare un corpus di conoscenze necessarie allo sviluppo di quella che viene oggi definita "afasiologia". Questo è verosimilmente il motivo per il quale sono stati descritti diversi approcci riabilitativi a seconda degli A.A che le proponevano; di essi citiamo quello basato sulla stimolazione, (Wepman, 1951; Schuell, Jenkins, Jimenez-Pabon, 1964), quello pragmatico (Davis e Wilcox, 1981, 1985), e, infine, quello neurolinguistico (Jakobson, 1964). Altri AA. hanno suggerito modelli riabilitativi per la rieducazione complessiva di tutti gli aspetti linguistico-verbali compromessi (Basso, 1979; Segre, 1983; Pizzamiglio, 1984; DeFilippis Cippone, 1985; Doucarne de Ribaucourt, 1988;), ovvero protocolli tendenti al trattamento di specifici problemi linguistici, come ad esempio per la correzione dei deficit aprassici (Huskin, 1984), per quelli fonologici e soprasegmentali (Sparkse Holland, 1976), per l'agrammatismo (Jones, 10

86), per i deficit della lettura (Godwin, 1984; Neglia e Zadini, 1988), per i disturbi di analisi acustica (Gielewski, 1984; Piras e coll., 1988), per la scrittura (Casadio e coll., 1990) ecc.

Quanto detto, mentre da un lato documenta l'estrema complessità della materia, dall'altro dimostra come gruppi di ricercatori portavano avanti la loro personale "teoria della riabilitazione" cui ogni logopedista, individualmente o come scuola di provenienza, poteva fare riferimento nella propria pratica clinica.

Verso la fine degli anni '80 la Neuropsicologia cognitiva ha apportato nuovi contributi allo studio dell'afasia individuando le componenti di un sistema cognitivo complesso, quale quello del linguaggio orale e scritto, e definendone con particolare precisione il funzionamento (Caramazza, 1988; Chenery, Ingram e Murdoch, 1990; Chin Li e Williams, 1990). Come immediata e implicita derivazione da ciò ci si aspettava un rilevante e specifico contributo nella definizione di una "Teoria dell'intervento terapeutico" che descrivesse le modalità attraverso le quali un sistema cognitivo danneggiato potesse essere modificato in seguito ad una particolare forma di stimolazione. Ma a tutt'oggi non sembra che l'afasiologia abbia potuto raggiungere certezze su una univoca tipologia di trattamento valida in tutti i casi con una specifica sintomatologia.

Negli stessi anni la trasformazione del SSN e la creazione delle Aziende Sanitarie Locali hanno introdotto concetti di economia aziendale in campo sanitario tra i quali quello di efficienza e qualità; questi ultimi sono progressivamente diventati un riferimento in campo sanitario poiché considerati obiettivi necessariamente da conseguire e da documentare con comprovate misure di esito clinico. Il tema dominante è quindi oggi, la ricerca dell'equilibrio tra il diritto alla salute ed i costi che questo comporta, cioè tra il livello qualitativo delle prestazioni sanitarie e la quantità di risorse economiche impiegate per far fronte a tali necessità.

Le revisioni sistematiche della letteratura riguardo le procedure organizzative, riabilitative e l'analisi critica dei risultati, cioè di "qualsiasi variazione dello stato di salute di un individuo o di un gruppo di individui attribuibile ad un processo assistenziale-riabilitativo" (Donebedian, 1985), sembrano diventare gli unici strumenti in grado di fornire certezze inequivocabili e conclusioni condivisibili sugli argomenti più pressanti della sanità moderna quali "l'efficacia delle cure e l'efficienza delle organizzazioni sanitarie".

Le risposte ottenute dalla Evidence Based Medicine (EBM) sono state tradotte in raccomandazioni di vario grado e riassunte nella compilazione di Linee Guida; queste ultime riguardano da una parte le procedure riabilitative più idonee a conseguire i risultati che ogni Azienda deve ottenere, dall'altra l'organizzazione della rete dei servizi di riabilitazione in relazione alle esigenze e alle risorse del territorio.

Tutto ciò ha necessariamente finito per interessare e riguardare anche l'afasiologia.

Le più recenti Revisioni e Linee Guida sulla riabilitazione del paziente afasico (Clinical practice guideline, 1997; Revisione Cochrane 1999; Revisione dell'American Congress of Rehabilitation Medicine, 2000; Revisione dell'European Federation of neurological societies, 2003; Spread 2003; Aphasie Suisse, 2005; Linee

Guide e Medicina Basata sull'evidenza in Riabilitazione, 2005) offrono la possibilità di rintracciare alcuni argomenti per i quali vi è un accordo unanime:

- l'efficacia del trattamento logopedico riabilitativo (salvo a stabilire quale tra i tanti descritti!);
- la necessità di impiegare personale specializzato e non volontari come suggerito da alcuni AA nel passato;
- l'irrinunciabile esigenza di una accurata valutazione comunicativo-linguistica che orienti il programma terapeutico nel suo percorso e consenta di pianificare la dimissione;
- la tempestività dell'intervento riabilitativo;
- l'impiego di programmi tecnici mirati a precisi disturbi afasici.

Le incertezze relative alla specifica efficacia di uno o di un altro trattamento logopedico in campo afasiologico derivano dalle innegabili difficoltà nell'attuare una rigorosa ricerca scientifica in campo riabilitativo: quelle principali sono la scelta del campione e la metodologia di ricerca propriamente detta, e quindi la difficoltà di confrontare differenti tecniche in casistiche effettivamente assimilabili.

Infatti, in materia di afasiologia, la validità delle varie metodiche viene definita in base ad un presupposto di "utilità" o di "giustificazione razionale" non legittimata da studi svolti con rigida metodologia di ricerca, in quanto non applicabile alla materia.

I fattori che non consentono lo studio di una metodologia scientificamente valida sono molti, di essi ne segnaliamo i principali:

a) **non omogeneità del campione** (Miceli, 2005): è molto complesso trovare un numero di soggetti afasici omogenei, cioè colpiti dalla stessa lesione funzionale, e sufficientemente alto da permettere le grandi casistiche richieste dall'EBM; ciò perchè i disturbi sono spesso eterogenei anche all'interno di ciascun livello di organizzazione del linguaggio sintattico, semantico, lessicale e morfologico.

b) **difficoltà nella realizzazione di uno studio caso/controllo**: in passato, quando la distribuzione dell'intervento riabilitativo sul territorio nazionale non era così capillare, era possibile analizzare gruppi di afasici che non avessero effettuato alcuna terapia riabilitativa; oggi questa evenienza non si verifica più e pertanto non è possibile confrontare un gruppo di pazienti sottoposti a trattamento riabilitativo con un gruppo analogo che non ha ricevuto tale tipo di supporto. L'etica della medicina, inoltre, non permette, specialmente in una patologia così grave, di creare un gruppo di controllo che sia rimasto privo della terapia.

c) **impossibilità ad organizzare studi in doppio cieco**.

In definitiva tutto quanto premesso rende evidente il contrasto tra i principi delle Evidence Based Medicine (EBM) applicata alla pratica riabilitativa e l'attuale orientamento espresso da Miceli (2005) per il quale "la raccolta di casi singoli permetterà, nel tempo, di accumulare sempre maggiori prove dell'efficacia dell'approccio cognitivo, di stabilire la validità di metodiche logopediche per il recupero di specifici disturbi e di comprendere i meccanismi neurali alla base del recupero funzionale".

Nonostante le suddette problematiche, le Regioni promulgano le Linee Guida per la Riabilitazione (per es. Bollettino Ufficiale Regione Campania n°22, 3/5/2003),

individuando le procedure che vanno impiegate dai primi istanti alla successiva presa in carico estensiva e ambulatoriale, e, infine alla conclusione del trattamento; in buona sostanza si fondono in tali linee guida direttive organizzative, sanitarie e amministrative.

Nelle Linee Guida Regionali la presa in carico è globale e prevede una équipe interdisciplinare. Viene stilato per ogni paziente un progetto riabilitativo costituito da un insieme di programmi riabilitativi specifici che devono avere come obbiettivo finale il migliore reinserimento sociale possibile per quel soggetto. Nell'iter vanno coinvolti anche i familiari, i caregivers e i servizi sociali, e per ogni paziente devono essere individuati obbiettivi riabilitativi strettamente individuali.

Tali documenti indicano chiaramente i percorsi assistenziali da rivolgere ai pazienti nelle diverse fasi cliniche, da quella acuta fino a quella in cui il disturbo si è cronicizzato. Le direttive cui si è fatto riferimento non sempre rispondono alle principali problematiche che il logopedista normalmente incontra nella pratica riabilitativa, quali per esempio: come interpretare l'estrema variabilità e individualità dei quadri sintomatologici, come modulare l'intervento riabilitativo, come agire quando la presa in carico del paziente non avviene a breve distanza dall'evento ischemico.

L'analisi della nostra casistica raccolta in circa 15 anni, e l'esperienza che da essa è derivata, confermano quanto detto in letteratura sulla difficoltà di stabilire protocolli e sulla necessità di studiare il caso singolo; tuttavia riteniamo che sia utile esporre e discutere:

- gli aspetti da noi ritenuti più rilevanti per il corretto inquadramento del paziente;
- una serie di proposte per individuare gli obiettivi riabilitativi a seconda del quadro clinico iniziale;
- alcuni casi paradigmatici per strutturare la terapia logopedica dell'afasico, anche tenendo conto delle varie tecniche proposte in letteratura;

| LA NOSTRA CASISTICA

Intendiamo portare il contributo della nostra esperienza riferendoci a una casistica di 79 soggetti afasici che sono stati seguiti in riabilitazione logopedica sul territorio della Regione Campania nel corso degli anni e più precisamente dal 1990 a tutt'oggi.

La scelta di illustrare i dati derivanti da un ampio campione di soggetti è sicuramente in controtendenza in campo afasiologico in quanto, generalmente, viene riferita la pratica clinica relativamente al singolo caso; tuttavia l'interpretazione dei risultati numerici provenienti da una casistica permette di effettuare alcune riflessioni soprattutto sulle procedure organizzative del territorio, sul versante prognostico e sui risultati dell'intervento logopedico. Gli elementi principali rilevabili dalla casistica vengono riportati in grafici in modo da rendere sintetici ed evidenti i risultati.

L'analisi della casistica permette, anzitutto, di rilevare le caratteristiche e gli aspetti clinici ricorrenti nei pazienti afasici presenti sul nostro territorio, in modo da poter

delineare l' "identikit" di un paziente afasico tipo e suggerire i possibili comportamenti terapeutici.

Il soggetto afasico della nostra Regione ha un'età media di 60 anni, ed è prevalentemente di sesso maschile. Il livello scolastico è medio-alto ed il supporto familiare appare, nella maggior parte dei casi, buono.

La principale causa di afasia è legata a patologie di natura vascolare e più specificamente l'etiologia è determinata da patologia ischemica.

L'afasia non fluente è quella che si manifesta con la maggiore incidenza e con una gravità valutabile di tipo medio.

I deficit che caratterizzano primariamente la patologia sono i disturbi di comprensione ed espressione, l'agrammatismo, le anomalie, l'anosognosia e il gergo verbale.

Il paziente afasico giunge, alla prima valutazione logopedica, mediamente nei 6 mesi seguenti l'evento morboso e quindi inizia il trattamento riabilitativo. Esso viene attuato con una frequenza trisettimanale, con una durata media di quarantacinque minuti, e, in genere con tecniche derivanti dalle teorie della neuropsicologia cognitiva.

Circa i miglioramenti conseguiti e i deficit che permangono nonostante il trattamento, possiamo segnalare che:

- si osserva un recupero quantitativo di tutti i versanti linguistici mentre la tipologia del disturbo rimane sostanzialmente invariata; ciò significa che nella maggioranza dei casi un paziente anomico, attraverso l'acquisizione di varie strategie, migliora la sua efficacia comunicativa pur persistendo il disturbo in questione;
- il deficit della comprensione verbale anche se marcatamente ridotto, si accompagna sempre ad altri sintomi linguistici (per es. anomalie, parafrasie fonemiche.);
- l'anomia è il disturbo che maggiormente persiste e condiziona le capacità comunicative del paziente;
- l'agrammatismo e il gergo verbale permangono spesso, anche se in misura minore rispetto a quanto rilevato prima del trattamento.

Anche la nostra casistica conferma che numerosi sono i fattori in grado di influenzare risposte favorevoli o modeste al trattamento riabilitativo e specificamente si tratta della iniziale gravità dell'afasia, dell'eziologia, della sede e dell'estensione della lesione encefalica, del tipo di afasia, della frequenza del trattamento riabilitativo, della tempestività della riabilitazione. Diversamente una minore influenza sull'esito della terapia sembrano avere la tecnica adottata, il supporto familiare, il livello scolastico, l'età.

Una analisi critica dei nostri pazienti permette di suggerire quelli che, a nostro avviso, sono gli indirizzi da seguire per una migliore gestione del paziente afasico:

- il trattamento riabilitativo logopedico, perché possa risultare efficace, deve essere intenso e protratto per un periodo superiore ai 9 mesi;
- la terapia deve avere frequenza almeno trisettimanale, cui si deve aggiungere l'esercizio a casa per almeno altre due ore giornaliere ad opera di familiari e/o volontari adeguatamente addestrati dal logopedista;

- il trattamento riabilitativo logopedico può esser effettuato facendo riferimento a tecniche differenti; quella tradizionale, che si rifà alle teorie della neuropsicologia cognitiva, può essere utilizzata nella stragrande maggioranza dei casi soprattutto quando il disturbo è di grado medio o lieve, mentre nei casi di afasia globale è più opportuno optare per la tecnica P.A.C.E., cioè per un intervento pragmatico-comunicativo. Quest'ultimo può essere anche proposto in associazione con la tecnica tradizionale in modo da sollecitare i versanti comunicativi e quelli strettamente linguistico-formali.
- Le dimissioni del paziente dovrebbero essere prese in considerazione quando non si registrano più progressi e i risultati del ciclo terapeutico sono sovrapponibili a quelli del ciclo precedente.

INQUADRAMENTO COMUNICATIVO DEL PAZIENTE AFASICO

L'inquadramento comunicativo del paziente afasico è una procedura complessa che implica la valutazione di una serie di aspetti: alcuni sono di ordine generale e riguardano la fase clinica in cui si trova il soggetto, altri considerano le caratteristiche dell'interazione comunicativa e del linguaggio. Quando possibile il percorso di valutazione ai fini riabilitativi ha caratteristiche differenti a seconda delle condizioni e delle esigenze dei pazienti che sono ovviamente correlate alla fase clinica e all'epoca in cui avviene la richiesta della presa in carico.

La condizione ideale per l'inquadramento comunicativo si verifica quando, esaurite le emergenze e con situazione clinica stabilizzata, il soggetto è in grado di fornire risposte attendibili per delineare il suo stato comunicativo: ciò avviene in media circa 20-30 giorni dall'evento lesivo.

Diversamente nel caso in cui il paziente venga osservato a breve distanza dell'evento ischemico, cioè in fase acuta, vanno primariamente considerate le condizioni generali, il grado di partecipazione allo scambio comunicativo e solo sommariamente le caratteristiche di quest'ultimo; è evidente che in questo momento non è possibile richiedere al paziente prestazioni di particolare impegno.

Nella fase successiva, quando il quadro clinico è stabilizzato e le condizioni generali lo consentono, è necessario prendere in considerazione le disabilità e le abilità residue del paziente; è questo il momento in cui i deficit sono maggiormente modificabili e risentono favorevolmente della stimolazione terapeutica che amplifica il recupero spontaneo. In questo tempo, definito fase post-acuta, è indispensabile individuare approfonditamente tutte le disabilità del soggetto, e quindi porre in essere le condizioni affinché vi sia un recupero ottimale.

Nel caso, non infrequente, in cui il paziente venga tardivamente alla osservazione, e cioè a particolare distanza temporale dall'evento lesivo e con esiti sufficientemente stabilizzati, vanno attentamente vagliate le effettive possibilità di recupero, anche tenendo conto dei compensi funzionali già acquisiti ovvero indotti da pregressi trattamenti riabilitativi.

Per quanto riguarda il modo di effettuare la valutazione comunicativa del paziente, abbiamo assistito nel tempo a sostanziali modifiche: circa 15 anni fa sembrava

assolutamente necessario indagare con minuziosa precisione ogni singola funzione e sotto-funzione linguistica per un corretto inquadramento del paziente, ciò verosimilmente veniva sentito come esigenza per superare l'empirismo che appariva caratterizzare la riabilitazione dell'afasico. Oggi sembra essersi verificato un cambiamento sostanziale per il quale gli obiettivi terapeutici non riguardano solo la singola funzione o componente linguistica, bensì danno specifico rilievo alla capacità conversazionale globale, quindi alla possibilità di reinserimento sociale o di minore svantaggio.

Oggi, quindi, risulta necessario stilare un iniziale bilancio standardizzato del paziente candidato all'assistenza riabilitativa che tenga conto dell'epoca di insorgenza del disturbo rispetto al momento dell'osservazione, dello stato generale, di quello cognitivo, delle condizioni psichiche, dello stato comunicativo-linguistico, delle caratteristiche del supporto familiare, dell'autonomia nelle attività quotidiane.

La valutazione delle abilità cognitive ed esecutive generali in un soggetto afasico ha particolare rilievo nel bilancio riabilitativo considerando, appunto, che il processo di recupero consiste nell'apprendimento di strategie che certamente risentono dello stato generale del paziente. Per la progettazione terapeutica è indispensabile infatti conoscere la funzionalità delle strutture cerebrali residue, in quanto non è raro riscontrare un rallentamento globale nell'elaborazione delle informazioni e un corredo di alterazioni in specifiche funzioni (orientamento spaziale, attenzione, memoria, prassie etc.).

Diversi sono i sottocapitoli identificabili e differenti sono i test attualmente in uso per una loro valutazione (Stringer, 1998).

La valutazione cognitiva nel paziente afasico deve essere condotta con strumenti che siano interamente non verbali; generalmente vengono impiegate le Matrici Colorate Progressive di Raven (Raven, 1954). Si tratta di strumenti in grado di calcolare il QI e l'obiettivo è quello di avere una stima delle abilità intellettive generali, in quanto capaci di influenzare in modo significativo il recupero delle performances verbali.

Bisogna ricordare che valori significativamente bassi, possono indurre il sospetto di altri quadri nosologici quali il deterioramento cognitivo lieve o la demenza.

L'attenzione visiva sostenuta, le capacità di scanning e di discriminazione visiva, e le capacità di inibizione vengono analizzate con la somministrazione del Test delle Matrici Attenzionali (Spinner e Tognoni, 1987)

La valutazione della memoria è indispensabile in quanto investiga una funzione essenziale per l'apprendimento; e, a tale proposito, per valutare:

- la memoria a breve termine spaziale, si utilizza il test di Corsi (Orsini, Grossi, 1987) e nel caso di soggetti con ripetizione conservata, si può impiegare lo span per parole bisillabiche (Spinner e Tognoni, 1987);
- la memoria a lungo termine e quindi la capacità di apprendimento, si applicano le prove del test di Corsi (De Renzi, 1977) e la copia differita della figura complessa di Rey (Osterrieth, 1944), utilizzata nello studio delle abilità visuo-spaziali.

Quando possibile si esegue il test delle 15 parole di Rey (Saffran e Marin, 1972).

La valutazione delle abilità costruttive visuo-spaziali prevede il test di copia di figure geometriche (Arrigoni, De Renzi, 1964) e la riproduzione immediata della figura

complessa di Rey (Osterrieth, 1944).

Le prove cliniche per verificare la presenza di Aprassia Ideomotoria_ (De Renzi, Faglioni, 1996) e linguo-bucco-facciale (De Renzi et al 1966), devono essere proposte su imitazione e non su indicazione orale, per evitare che la cattiva esecuzione rifletta un deficit di comprensione. Tale verifica costituisce un momento indispensabile nella analisi del paziente afasico: infatti nel caso di lesioni anteriori, la presenza di un quadro aprassico influenza in modo sostanziale le capacità comunicative verbali orali del paziente.

Al fine di inquadrare adeguatamente il caso clinico e progettare in modo consequenziale il piano di trattamento riabilitativo è bene distinguere i deficit della competenza linguistica (fonologica, semantico-lessicale e grammaticale), da quelli relativi alla progettazione del movimento (aprassia) o alla sua esecuzione (disartria).

Le abilità/disabilità nell'ambito della vita quotidiana vanno anche esse opportunamente valutate e uno strumento ampiamente impiegato è il C.A.D.L (Communicative Abilities in Daily Living) proposto da Holland (1980) adattato all'italiano da Pizzamiglio et al. (1984). Il test si propone di analizzare le risposte date dal paziente in situazioni di vita quotidiana di role-playing ed esamina infine la conoscenza del linguaggio simbolico e metaforico.

La valutazione della competenza pragmatica ha uguale rilevanza in campo afasiologico considerando che tale competenza supporta, integra e, a volte, sostituisce quella linguistica e può sopperire nelle difficoltà verbali. Essa è intesa come abilità generale di comunicare, si articola su più livelli ed è il risultato dell'integrazione di più competenze, prima fra tutte quella cognitiva.

La partecipazione all'interazione comunicativa e la sua efficacia vanno analizzate ponendo il paziente in una situazione di conversazione naturale nel corso della quale viene segnalato l'uso spontaneo di tutti i canali espressivi anche non-verbali.

L'inventario di Holland (1980), come successivamente modificato da Carlomagno (1989), si presta a delineare un primo sommario profilo pragmatico di pazienti afasici di diverso tipo e di diversa compromissione, mentre il suo uso appare più limitato sia in fase di programmazione del trattamento che nei controlli sulla sua efficacia.

La "Griglia" proposta da Carlomagno (1989) rileva i dati cruciali del comportamento comunicativo del paziente e del suo interlocutore in un contesto di reale comunicazione, permettendo di individuare contemporaneamente sia l'efficacia referenziale del paziente e le modalità da lui messe in atto a tal fine, sia il numero e la tipologia di interventi effettuati dal logopedista nel guidare lo scambio, nello stimolare e modellare l'abilità referenziale del soggetto stesso.

Oltre quello ora citato esistono numerosi altri protocolli valutativi, tra i quali ricordiamo il protocollo di valutazione delle abilità pragmatiche (Prutting e Kirchner, 1987) e quello di valutazione del linguaggio pragmatico (Mazzucchi, 1998).

La valutazione linguistico-verbale assume ovviamente una rilevanza particolare, tenuto conto che il recupero di tali aspetti rappresenta il principale obiettivo da perseguire.

Nella nostra esperienza in merito abbiamo integrato i risultati derivanti da subtest specifici provenienti da diverse batterie di valutazione, per meglio definire le caratteristiche funzionali del linguaggio del soggetto.

Nella pratica clinica quotidiana l'Esame del Linguaggio II di Basso, Ciurli, Marangolo (1990) è di rapida somministrazione ed è sufficientemente completo da permettere una descrizione alquanto dettagliata del comportamento del paziente nelle principali modalità linguistiche. Sulla base dei risultati è possibile classificare i pazienti all'interno di una delle sindromi classiche basandosi sull'analisi dell'eloquio spontaneo e sull'osservazione della maggiore o minore compromissione dei vari comportamenti verbali. Il test è poco adatto per pazienti che presentano afasia lieve, poiché le prove sono tutte relativamente semplici; esso tuttavia è di facile applicabilità ed interpretazione, rivelandosi molto utile in una struttura clinica e riabilitativa e inoltre richiede tempi relativamente brevi per la somministrazione e per la correzione.

La batteria per l'analisi dei deficit afasici (BADA) elaborata da Miceli, Laudanna e Burani (1991) si differenzia nettamente da quella di Basso e coll. per la sua impostazione teorica; i criteri che ne hanno ispirato la preparazione si basano sulle teorie relative alla organizzazione e al funzionamento del linguaggio sviluppate dalla neuropsicologia cognitiva e sono indipendenti dagli aspetti neurologici del danno cerebrale. La lettura dei risultati delle diverse prove permette di formulare delle ipotesi riguardo ai deficit del paziente confrontandolo con il modello di funzionamento normale del linguaggio.

Questo test non può essere somministrato a soggetti con scolarità inferiore a 5 anni, nè in pazienti con gravi disturbi che otterrebbero punteggi nulli.

Il tempo di somministrazione deve necessariamente essere contenuto tra le 3 e le 4 ore.

Il test di fluenza (Novelli et coll., 1986) permette una rapida ed efficiente valutazione delle capacità di evocazione di parole ed è utile anche per monitorare l'evoluzione del disturbo afasico.

Il test dei gettoni (De Renzi e Vignolo, 1962), probabilmente il più noto dei test usati in afasiologia per accertare e quantificare i deficit di comprensione, presenta numerosi vantaggi: facile applicabilità, breve tempo per la somministrazione, gli ordini proposti non sono ridondanti, utile per verificare il recupero. Esso non può essere impiegato per discriminare tra forme cliniche qualitativamente diverse e non consente di analizzare quali aspetti dei processi fonologici, semantici e sintattici sono deficitari.

Molte batterie di test in uso si basano sul vecchio modello classificativo di Wernicke (1874), Lichtheim (1885), successivamente modificato da Howes & Geschwind (1964) e da Goodglass et coll. (1964): sono definibili ad orientamento anatomico-strutturale in quanto si propongono di inquadrare il paziente in una delle forme standard di afasia misurando la compromissione del linguaggio.

Vanno segnalati al solo scopo di completezza: Boston Diagnostic Aphasia Examination (B.D.A.E.) di Goodglass e Kaplan (1972) il più noto e usato negli USA, ha come obiettivo primario la classificazione dei pazienti all'interno di una delle

sindromi afasiche tradizionali; Aachenr Aphasia Test (A.A.T.) di Huber (1983) e De Bleser(1996); anche questo test si ispira al modello Wernicke-Lichtheim, Western Aphasia Battery (W.A.B.) di Kertesz,(1982), Multilingual Aphasia Examination (M.A.E) di Benton (1967), Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia (M.T.D.D.A.) di Shuell (1983), Psycholinguistic Assessments of Language Processing in Aphasia (P.A.L.P.A.) di Kay (1992), Test di Eisenson (1983), Test pour l'examen de l'aphasie di Doucarne (1976), Language modalities test for aphasia di Wepman e Jones (1983).

Infine nell'analisi di un paziente afasico non si può non considerare la possibile coesistenza di una patologia depressiva che, ovviamente, inficia i risultati del trattamento riabilitativo e che va affrontata con una specifica terapia farmacologia.

LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE NELLE DIVERSE FASI DELLA RIABILITAZIONE

La presa in carico del soggetto afasico è un momento delicato e complesso nell'ambito del progetto riabilitativo per la molteplicità di problematiche legate alla definizione del concetto di "afasia", tenuto conto che si tratta di un disturbo dinamico, così come definito da Huber, Springer e Willmas (1993), suscettibile di modifiche che avvengono in vari modi e con tempi più o meno rapidi in relazione con molteplici fattori, ognuno dei quali contiene elementi utili alla formulazione della prognosi, degli obiettivi terapeutici e delle modalità riabilitative. Il primo parametro da considerare è la relazione tra il "sintomo" afasia e la causa che lo ha determinato: l'afasia come frequentemente arriva alla nostra osservazione, è secondaria ad eventi traumatici o ischemici con evolutività positiva o negativa legata soprattutto alla sede e all'entità della lesione che l'ha prodotta, ma che può anche essere il segno di patologie neoplastiche o degenerative con progressiva evoluzione sfavorevole.

La dinamicità del quadro afasico iniziale è data inoltre dagli adattamenti individuali, dalle interferenze ambientali e dalle sollecitazioni terapeutiche che il soggetto riceve; ciò rende necessario un continuo adeguamento delle metodiche, del setting e del materiale impiegato durante il trattamento riabilitativo; ciò anche tenendo conto che oggi la stessa malattia viene più correttamente definita "sindrome afasica" per l'associazione di vari sintomi non sempre inquadrabili in categorie predefinite.

In definitiva quindi la componente dinamica e quella sindromica della malattia interferiscono fortemente con il tentativo di offrire un rigido schema alla riabilitazione logopedica delle varie forme di afasia, nonché di fornirle una veste scientifica a causa della limitatezza dei dati clinici generalizzabili; nonostante ciò, il logopedista si confronta quotidianamente con questa patologia e con le problematiche che essa porta con sé, e deve necessariamente procedere alla presa in carico dei pazienti, alla loro valutazione-riabilitazione, ed in ultimo ricorrere eventualmente al coinvolgimento dei servizi sociali.

Quanto segue costituisce un indirizzo schematico di riferimento della presa in carico del soggetto con afasia secondaria a stroke, nelle diverse fasi cliniche (considerando

anche le Linee Guida Regionali), e, più precisamente, nella fase acuta, in quella post-acuta o differenziata e infine in quella di stabilizzazione.

A) *Nella fase acuta.* La fase acuta post stroke è compresa generalmente entro i primi 20-30 giorni dopo l'evento: si tratta di un momento in cui le condizioni generali del paziente e il disorientamento dei familiari rappresentano il primo ostacolo e le prime difficoltà da affrontare.

La breve distanza dall'episodio acuto rende il quadro sintomatologico del paziente estremamente variabile, così come il suo stato generale; la vigilanza e/o la capacità di interazione possono essere anche molto compromesse.

Nella realtà assistenziale la presa in carico del paziente in questa fase prevede una serie di procedure che richiedono il coinvolgimento dei familiari e dei caregivers come parte integrante del programma riabilitativo; essi, opportunamente sostenuti e guidati dal logopedista, dovranno imparare a interpretare le necessità del paziente nonostante il danno comunicativo e a fornire una costante stimolazione.

Nello specifico il logopedista deve dare una serie di indicazioni :

- Tener vivo nonostante le difficoltà del paziente a comunicare il desiderio di comunicare;
- Ricordarsi che non sempre al disturbo comunicativo è associato un deterioramento cognitivo, quindi la persona afasica non va trattata né come uno sciocco né come un bambino;
- Mantenere il contatto oculare e incoraggiare con movimenti del capo i tentativi di comunicazione del paziente;
- Prestare attenzione non solo alle sue parole, ma a tutti i segnali comunicativi, anche per mostrare empatia nei suoi confronti;
- Assumere una postura aperta ed avvicinata al paziente ed esprimere l'incoraggiamento adatto nelle situazioni di pausa dell'eloquio concedendo più tempo ed attendendo pazientemente;
- Rispettare il silenzio dimostrando di adattarsi ai ritmi del paziente e alle sue modalità comunicative; le pause possono infatti essere "piene di significato";
- Incoraggiare tutte le modalità comunicative (parola, scrittura, gesti, espressioni del volto, disegno) scegliendo di comune accordo col logopedista quelle più comode ed efficaci per il cliente;
- Personalizzare i compiti e le informazioni in base alle residue capacità del paziente, per evitare richieste non eseguibili (sovraccarico);
- Non interrompere il soggetto mentre sta tentando di comunicare e parlare;
- Non parlare al posto della persona afasica e incoraggiare il paziente a "prendere la parola";
- Non insistere perché le parole o le frasi vengano ripetute correttamente quando si ha già colto il senso di queste;
- Favorire gradualmente i contatti sociali.

Una adeguata attività di counselling che informi i familiari circa la patologia della comunicazione, le possibilità del recupero e i tempi della riabilitazione, consente di instaurare un'importante alleanza terapeutica; essa contribuisce non poco al raggiungimento delle finalità riabilitative e facilita l'adattamento del paziente e dei familiari alla loro nuova condizione.

Compatibilmente con lo stato generale del soggetto può essere realizzata una prima valutazione delle competenze comunicative e linguistiche residue, e in particolare modo della comprensione verbale, effettuando una breve intervista alla presenza dei familiari; inoltre vanno adeguatamente evidenziati i segni di ripresa funzionale che rendono il paziente disponibile alla riabilitazione. In proposito può essere utile un rapido esame al letto del paziente per ottenere un primo quadro dei deficit presentati dal soggetto, utilizzando lo Screening Test of Aphasia di Emerick e Coyne, formalizzato da Schindler (1983).

L'aprassia verbale e la dissociazione automatico-volontaria vanno sommariamente rilevate e anche vanno analizzati i comportamenti di partecipazione alla comunicazione indipendentemente dalla presenza di deficit verbali, quali per esempio il contatto oculare sostenuto, l'attenzione ed il rispetto delle prime fondamentali regole della conversazione naturale (intenzione comunicativa e la capacità di attenersi all'alternanza dei ruoli tra gli interlocutori). È importante segnalare la possibilità di fare ricorso a mezzi di comunicazione extraverbali che siano referenti al contesto (gesti, indicazione, tentativi di scrittura).

I primi generici tentativi di riattivazione verbale vanno iniziati quando il soggetto manifesti sufficienti capacità di interazione e il miglioramento della comprensione costituisce un obiettivo prioritario da perseguire impiegando tutte le modalità utili al paziente; al tempo stesso è necessario ripristinare l'abitudine a fornire una risposta ad uno stimolo ricevuto attraverso un pressante condizionamento.

La riduzione degli interventi del logopedista nel guidare lo scambio comunicativo e i miglioramenti delle abilità del soggetto indicano un'evoluzione favorevole.

Il materiale con cui realizzare la stimolazione terapeutica è costituito da oggetti e figure ad alta frequenza d'uso, che abbiano un particolare interesse per il paziente; i compiti di identificazione, denominazione e ripetizione degli items impiegati devono essere ripetuti dai familiari nel corso della giornata, tenendo conto della facile stancabilità del soggetto.

È frequente che il logopedista debba continuamente aggiornare gli obiettivi riabilitativi in considerazione dell'evoluzione clinica.

B) Nella fase post acuta o differenziata. La fase post-acuta coincide con la riduzione delle emergenze cliniche e la stabilizzazione delle condizioni generali del paziente; generalmente ha inizio a distanza di circa un mese dall'evento lesivo.

Le migliorate capacità attentive e lo stato certamente vigile consentono una definizione del profilo comunicativo del paziente, della tipologia di afasia e della sua ricaduta sulle personali autonomie.

Il programma riabilitativo include pertanto una iniziale e approfondita valutazione dello stato cognitivo, comunicativo e linguistico al fine di redigere un “quadro afasiologico” quanto più completo possibile.

Sulla base delle informazioni ottenute da tale valutazione vengono, quindi, stabilite le priorità logiche e cronologiche del trattamento; si procede, dunque, all’individuazione “dell’approccio ritenuto più appropriato in base alle caratteristiche del paziente ed al modello teorico di riferimento” (Spread 2005) e/o delle tecniche più idonee agli specifici disturbi presentati.

Nella pratica clinica, infatti, in fase post-acuta è possibile trovarsi di fronte a differenti quadri sintomatologici, che possono essere il risultato dell’evoluzione favorevole del disturbo verificatosi durante la fase acuta ovvero rappresentare sintomi stabili e più o meno gravi in relazione al tipo e all’entità della lesione.

Nei casi di afasia globale, è utile inizialmente condizionare il paziente al setting riabilitativo logopedico, stimolando capacità attentive sufficienti e favorendo una interazione comunicativa anche minima mediante il ricorso a strategie alternative a quella verbale. Il recupero, anche parziale della comprensione è condizione necessaria per il successivo e possibile ripristino delle competenze comunicative.

Nelle afasie fluenti la consapevolezza dei propri deficit linguistici rappresenta il primo step affinché possa realizzarsi una modifica dei comportamenti tali da indurre il paziente all’uso di una comunicazione intenzionale più efficace.

Nei soggetti con afasia non fluente è invece prioritaria una stimolazione linguistico-verbale attraverso l’apprendimento di strategie utili all’evocazione lessicale e al ripristino della programmazione motorio-articolatoria.

Il recupero comunicativo non è tuttavia solo correlato alla gravità del quadro afasico iniziale ma ad una serie di fattori non sempre individuabili preventivamente; l’evoluzione favorevole dei sintomi, la loro più o meno rapida modificabilità e il raggiungimento dei primi obiettivi riabilitativi costituiscono indicatori prognostici favorevoli.

In tema di prognosi l’analisi della nostra casistica fa ritenere che raramente è possibile il recupero totale della funzione linguistica; nei casi più gravi è prevedibile un sufficiente recupero comunicativo globale, pur in presenza di deficit linguistico-verbali di rilievo e i disturbi maggiormente resistenti al trattamento sono senza dubbio quelli di tipo anomico e di organizzazione morfo sintattica.

Proprio tenuto conto di ciò pensiamo che la finalità principale da perseguire è il ripristino del linguaggio nei suoi aspetti formali e funzionali, ma il recupero di questi ultimi è strettamente correlato con la possibilità di utilizzare vari mezzi espressivi per realizzare una comunicazione efficiente e, quindi, soddisfare l’intenzione comunicativa del paziente stesso.

C) *Nella fase di stabilizzazione.* In questa fase le abilità comunicative del paziente sono ormai stabilizzate; generalmente si tratta di un momento in cui sono stati raggiunti i principali obiettivi comunicativi, si provvede dunque alla riorganizzazione degli aspetti sociali e, se possibile, di quelli lavorativi del paziente. Questi ultimi, in realtà, sono spesso conseguibili solo parzialmente e ciò determina

una delusione nelle aspettative del paziente e dei familiari, ed anche la riduzione nelle motivazioni a proseguire il percorso riabilitativo globale e logopedico.

La disabilità motoria, le difficoltà e la riduzione delle attività sociali e professionali, ed inoltre la modifica del « ruolo sociale» in cui incorrono i pazienti afasici incidono senza dubbio in modo negativo, talvolta pregiudicando l'andamento e la prosecuzione di tutto l'iter riabilitativo.

Tenuto conto di ciò diversi A.A. hanno suggerito di inserire nel contesto globale del trattamento dell'afasia alcuni specifici interventi che propongono una netta diversificazione delle attività e del setting terapeutico rispetto alla terapia logopedica classicamente intesa; si tratta specificamente di:

- attività di counselling familiare (Boone, 1967; Steni, 2005) con l'obiettivo di fornire un importante sostegno ai familiari ed al paziente stesso nell'adozione di tutti gli ausili comunicativi e sulle possibili facilitazioni ambientali che possono ridurre la dipendenza e migliorare la personale autonomia;
- terapia di gruppo descritta in letteratura con caratteristiche e modalità estremamente variabili, con tecniche diverse in relazione all'orientamento culturale e agli obiettivi di chi la propone, mette i pazienti in una condizione comunicativa simile a quella sociale (Fraunfelder-Zeuli, 1976; Fawcus, 1984; Neglia e Zadini, 1988; Pachalaska, 1988, 1991; Cervelli e Villari, 1992; Chade, 1992; Favretti e coll., 1993; Del Vecchio e coll., 1994),. In merito tutti gli A.A. sono concordi nel conferire a tale tipo di terapie un importante ruolo terapeutico al fine di arginare gli effetti emotivi negativi che la disabilità esercita sulla famiglia ed anche di contribuire al recupero sociale e comunicativo del paziente attraverso un intervento che si differenzia da quello classico. Questo tipo di attività può quindi rappresentare una fase tecnico-riabilitativa di particolare rilevanza da inserire nel piano terapeutico del paziente afasico e che può anche porsi come momento logico di passaggio tra la terapia logopedica individuale e le situazioni comunicative sociali.

L'intervento riabilitativo da noi citato è proiettato nelle tre fasi individuate dalle Linee Guida emanate dalla Regione Campania ed è effettivamente quello che andrebbe progressivamente realizzato dal momento che un paziente viene colpito dallo stroke; ciò è quello che nel tempo sicuramente avverrà nel momento in cui l'assistenza si atterrà strettamente alle direttive. Queste ultime promulgate dalle amministrazioni Regionali, e in particolare quelle della Campania, non tengono conto di una serie di fatti che hanno specifica rilevanza sanitaria: la precocità dell'intervento riabilitativo nell'afasia e la sua ricaduta sulle reali possibilità di recupero sono a tutt'oggi ancora oggetto di discussione tra gli studiosi (Basso, 1979, 2005; Robbey, 1998; Capasso, 2005; Alberini, 2005; Miceli, 2005).

I dati della nostra casistica fanno ritenere che l'efficacia della terapia logopedica nei soggetti afasici è in stretta correlazione con la precocità dell'intervento rieducativo, ma non si può negare che sono osservabili miglioramenti significativi in soggetti la cui presa in carico era avvenuta tardivamente: infatti, in una significativa percentuale di casi, un idoneo trattamento mirato alla risoluzione di specifici problemi, attraverso la stimolazione dell'apprendimento di strategie compensatorie, produce risultati

soddisfacenti anche se effettuato a distanza dall'evento lesivo, mentre l'individuazione degli obiettivi riabilitativi è particolarmente complessa quando il paziente giunge alla osservazione troppo precocemente, o anche tardivamente quando gli esiti sono più che stabilizzati e i compensi funzionali già acquisiti. In queste evenienze risulta difficile, pur se necessario, definire chiaramente come intervenire, con quali procedure e quale prognosi può realmente essere formulata. Nella realtà assistenziale un soggetto che manifesti un grave disturbo comunicativo in fase acuta ha sicuramente più possibilità di perseguire risultati migliori rispetto ad un paziente che, a distanza di tempo, presenti i medesimi deficit. Tuttavia non si può non ammettere che i pazienti che giungono tardivamente alla riabilitazione possono comunque conseguire miglioramenti nelle performance comunicative in relazione alla sollecitazione terapeutica e all'apprendimento di nuove strategie comunicative. Inoltre non si può accettare dal punto di vista etico che un paziente rinunci a priori a possibili miglioramenti a distanza dall'inizio della malattia solo perchè la sua specifica condizione non rientra in un rigido schema medico-amministrativo.

LA RIABILITAZIONE LOGOPEDICA - PRINCIPI GENERALI

Abbiamo già citato le molteplici metodologie riabilitative che nel corso degli ultimi trent'anni hanno costituito il tessuto culturale dell'afasiologia ed anche i diversi protocolli terapeutici raccomandati nel caso di specifici problemi linguistici.

Le varie Scuole hanno lasciato diverse indicazioni sul materiale da impiegare, sulle modalità di somministrazione, sull'organizzazione del setting terapeutico, sulle diverse facilitazioni da offrire al paziente che non riesce a portare a termine il compito richiesto e sulle metodiche alternative da impiegare nei casi in cui non sia possibile ottenere risultati linguistici soddisfacenti.

Le più recenti Linee Guida fanno sempre riferimento a casi singoli, con specifici disturbi linguistici, e ad interventi di ispirazione cognitivista nell'ambito di protocolli sperimentali in cui si ha la necessità di dimostrare l'efficacia dell'intervento di riabilitazione. L'esperienza, ci induce però a ritenere utile l'integrazione di diversi approcci riabilitativi, ovvero l'impiego di tecniche rivolte a specifici disturbi del linguaggio in considerazione di una visione funzionale della riabilitazione logopedica del soggetto afasico. Quest'ultima deve infatti avere come obbiettivo principale quello di rendere il paziente un "comunicatore competente" la cui produzione risponda a requisiti di fluidità, coerenza ed efficienza comunicativa. Si tratta di una finalità che non può essere sempre e comunque mediata da capacità linguistico verbali, ma talvolta può rendersi necessario stimolare il ricorso a strategie alternative capaci di soddisfare le esigenze di "socialità" del paziente.

Tenuto conto di quanto suddetto pensiamo che i seguenti concetti possono essere accettati come universalmente validi:

1. Ogni metodica ha le sue indicazioni e controindicazioni, e pertanto si rende necessaria la conoscenza dei vari approcci e di varie tecniche riabilitative da applicare caso per caso e nei diversi momenti della terapia logopedica. In molti casi può essere utile combinare tecniche di derivazione neuropsicologiche con

quelle di derivazione pragmatica per indurre nel paziente afasico cronico la consapevolezza della scelta di mezzi comunicativi realmente efficaci.

2. Il logopedista dispone di alcuni strumenti riabilitativi, meno codificati, ma non per questo meno validi, che vanno impiegati opportunamente e in maniera consapevole: la terapia riabilitativa è sostanzialmente una interazione comunicativa tra due soggetti in cui il comportamento dell'uno influisce direttamente su quello dell'altro; dunque è importante che il logopedista sia in grado di regolare questa interazione, assumendo ruoli più o meno direttivi all'interno del setting terapeutico. L'impiego di attività di 'modeling', cioè di interventi che indirizzano e guidano la produzione del paziente afasico, e l'uso adeguato di "facilitazioni" che modellano la codifica, rendendola più comprensibile all'interlocutore, devono essere costantemente modificate allorché si determinano variazioni nella qualità della risposta ottenuta.
3. L'attenta selezione degli items con cui realizzare la stimolazione terapeutica costituisce un importantissimo momento di riabilitazione; le caratteristiche qualitative e la quantità del materiale da impiegare durante le sedute riabilitative consentono di indirizzare il programma terapeutico verso gli obiettivi che, di volta in volta, ci si propone di conseguire. È fondamentale che la scelta degli items, siano essi visivi o uditivi, costituiti da immagini, serie di immagini, o materiale verbale, siano opportunamente selezionati in base a criteri di maggiore o minore complessità lessicale, fonologica e morfosintattica, ridondanza visiva, e grado di differenziazione.

In definitiva si può affermare che la combinazione delle varie metodiche riabilitative, le eventuali modifiche del setting terapeutico, l'attenta scelta del materiale riabilitativo e infine, l'uso adeguato dei feed-back e di facilitazioni terapeutiche, consentono di meglio strutturare l'intervento rieducativo rappresentando, a nostro avviso, gli strumenti propri della riabilitazione.

L'argomento della pratica della riabilitazione logopedica dell'afasico è stato da noi affrontato mettendoci nella prospettiva di un terapeuta che accoglie il paziente affetto da afasia e deve, in prima istanza, formulare degli interventi che gli consentano di raggiungere gli obiettivi riabilitativi possibili per quel soggetto. L'aspetto sindromico e la variabilità di tale patologia può rendere molto complesso il tentativo di schematizzazione dei quadri clinici e dei relativi interventi riabilitativi e per tale motivo abbiamo voluto fare riferimento alle più ricorrenti tipologie di afasia e per ognuna di esse abbiamo riportato: l'inquadramento cognitivo, comunicativo e linguistico come viene effettuato presso il Servizio di Neuropsicologia del DAS di Scienze Neurologiche dalla nostra Facoltà di Medicina e Chirurgia, gli obiettivi prioritari della terapia logopedica, la selezione del materiale da impiegare, le tecniche riabilitative suggerite in letteratura e le modalità terapeutiche per quello specifico caso clinico.

Tenuto conto che nel corso del trattamento di ogni paziente si verifica una continua evoluzione, la nostra schematizzazione consente di segnalare gli obiettivi che oggi vengono definiti “a breve termine” per ogni peculiare tipologia di afasia ed anche quelli a “medio e lungo termine” se consideriamo la possibile e probabile progressione del disturbo da grave a medio, e quindi a lieve, come accade nella maggioranza dei casi.

CASI TIPICI DI AFASIA: INQUADRAMENTO E TERAPIA

AFASIA GLOBALE

Il paziente con afasia globale è genericamente definito come un soggetto che “non parla e non capisce”, proprio per questo si rende sempre necessaria un’ attenta valutazione dello stato cognitivo generale per attuare una diagnosi differenziale con il disturbo del linguaggio secondario a grave deterioramento cognitivo generalizzato (per es. malattie psichiatriche, demenze degenerative nelle fasi più avanzate, coma vigile ecc.).

La produzione verbale è solitamente limitata a stereotipie verbali e/o a gergo neologistico, e le serie automatiche possono essere variamente compromesse. L’esecuzione delle prassie bucco-linguo-facciali ed ideomotorie è spesso alterata, documentando, così, la difficoltà nella produzione volontaria e intenzionale di movimenti, anche non linguistici.

La dissociazione automatica volontaria è, dunque, un aspetto di rilievo da tenere nella giusta considerazione nelle prime fasi della riabilitazione.

La comprensione verbale è molto compromessa in tutti i suoi livelli. Si riscontra una generale difficoltà nel rispetto delle regole pragmatiche della comunicazione.

In prima fase vanno impiegate tecniche cognitivo-linguistiche e terapie indirizzate al miglioramento degli aspetti pragmatici della comunicazione.

Per questa tipologia di pazienti sono stati consigliati interventi cognitivi per specifici disturbi del linguaggio (VAT, Visual Action Therapy, Helm-Estabrooks e coll.,1982; TAP, Treatment of Aphasic Perseveration, Helm-Estabrooks e coll., 1987, VCIU, Voluntary Control of Involuntary Utterances, Helm-Estabrooks e Albert, 1994).

CASO N.1 AFASIA GLOBALE P. T. a 74 - scol. 13 a – Destrimane - Ampia Lesione della Corteccia Perisilviana sn - Assenza di deficit del campo visivo e uditivo centrale.

Valutazione cognitiva.

Prove di Memoria Immediata: Span Spaziale Corsi: 4 - Prove di Memoria a Lungo Termine: Apprendimento Spaziale: criterio raggiunto al 9° tentativo - Matrici Progressive Colorate di Raven: 34/36 - Matrici Attenzionali: 36/60 - Aprassia Costruttiva: 8/14 - Aprassia Ideomotoria: 12/20- Aprassia bucco-facciale: 6/20.

Competenza linguistica.

Linguaggio spontaneo: non fluente, ecolalico, gravemente ridotto, presenza di stereotipie verbali: (... tapperona... tapperona ... ta ... ta ... tapperona) - Denominazione: assente. Comprensione verbale: gravemente compromessa e limitata

ad alcune situazioni di vita quotidiana - Token Test: 6/36 - Ripetizione: assente - Lettura/Scrittura: assenti

Competenza comunicativa.

Intenzione comunicativa: discontinua - Efficacia comunicativa extraverbale: caratterizzata da uso di gesti, ma non sempre efficaci - Comportamento: depresso, a volte agitato

La Terapia Logopedica.

Obiettivi prioritari della terapia riabilitativa sono essenzialmente il condizionamento al setting riabilitativo logopedico attraverso il condizionamento stimolo/risposta, ripristinando (per quanto possibile) la risposta intenzionale ad uno stimolo, il potenziamento delle capacità concettuali non verbali, lo sviluppo della competenza comunicativa mediante la stimolazione e il potenziamento dei comportamenti di partecipazione alla conversazione, lo sviluppo della comunicazione plurimodale, il potenziamento della comprensione verbale.

Selezione del materiale.

Il materiale idoneo a tale stimolazione deve rispondere a particolari requisiti di concretezza, frequenza d'uso e scarsa ridondanza, considerando le limitate capacità di attenzione e di orientamento visuo-spaziale del soggetto; è quindi utile in questa fase il ricorso a strumenti facilitanti quali per es. fotografie inerenti la vita familiare e lavorativa che sollecitino quindi fortemente la partecipazione emotiva sia nei compiti di comprensione che in quelli di espressione verbale, oggetti e/o immagini rappresentanti oggetti ad alta frequenza d'uso che possano essere espressi con più modalità comunicative.

Tecniche suggerite.

Le tecniche riabilitative impiegate in questo caso sono di estrazione neurolinguistica e pragmatica. Pur ritenendo che il ruolo del logopedista debba essere nelle prime fasi di tipo direttivo, consideriamo utile l'impiego della metodica P.A.C.E. per sollecitare comportamenti comunicativi immediati che forniscano al paziente la possibilità di comprendere anche attraverso modalità non verbali e di esprimersi nonostante l'handicap strettamente linguistico per non rimanere in isolamento sociale.

Nella nostra esperienza l'utilizzo di questa metodica ha permesso, in taluni casi, di "sbloccare" il deficit verbale utilizzando una situazione più simile a quella di conversazione naturale quindi più consona per quei pazienti in cui era maggiormente presente una dissociazione automatico-volontaria. La terapia neurocognitiva, d'altra parte, ha consentito il ripristino di una corretta modalità linguistico-verbale mediante una stimolazione cognitiva e prassica più diretta al singolo disturbo verbale. L'impiego di feed-back chiusi, così come suggerito dalla metodica PACE, facilita nel guidare il soggetto alla comprensione e, dove possibile, alla produzione di un messaggio più referente al contesto.

Modalità terapeutiche.

Le modalità terapeutiche impiegate nell'approccio all'afasia globale possono essere pertanto così riassunte: compiti di classificazione, associazione, seriazione, inclusione ed esclusione dalle relative categorie semantiche, che non richiedono prestazioni verbali specifiche, ma che consentono al paziente di cominciare ad orientarsi nel

sistema semantico; compiti di identificazione, anche mediante l'uso del condizionamento alla sola risposta SI/NO. È importante il ripristino della programmazione linguo-bucco-facciale attraverso l'impiego ed il rinforzo delle competenze residue automatizzate ed il controllo volontario delle capacità prassiche compromesse. E inoltre l'impiego della carta doppia in comprensione ed espressione raffiguranti posture del corpo e oggetti facilmente riproducibili anche in assenza di linguaggio verbale e l'impiego dei feed-back, inizialmente chiusi e progressivamente aperti, consentono di adeguare la risposta del paziente agli items proposti.

AFASIA NON FLUENTE.

Il soggetto con afasia non fluente manifesta una generale difficoltà nella produzione verbale. Nei casi più gravi è necessaria una diagnosi differenziale con l'inerzia verbale e con forme di grave aprassia verbale che possono presentare una sintomatologia linguistica simile. Si tratta in queste ultime evenienze di manifestazioni patologiche per le quali sono riportate in letteratura diversi trattamenti riabilitativi (Basso, 1979; Huskins, 1984; Luzzatti, 1999).

Solitamente l'esecuzione delle prassie bucco-linguo-facciali ed ideomotorie è variamente compromessa. La produzione verbale è costituita essenzialmente da parole-contenuto e le serie automatiche sono variamente conservate a seconda della gravità del disturbo. La dissociazione automatico-volontaria è presente e la sua consapevolezza influisce negativamente sul comportamento del paziente.

La comprensione verbale è mediamente deficitaria; il token test è variabile, ma può raggiungere punteggi soddisfacenti nei casi più lievi. Le regole pragmatiche della comunicazione sono variamente conservate.

La riabilitazione di questa sindrome deve procedere avendo come obiettivo prioritario il potenziamento del linguaggio verbale; nel caso in cui ciò sia particolarmente difficile, e cioè in pazienti affetti da un disturbo cronico è necessaria la sollecitazione all'uso di strategie non verbali utili ai fini comunicativi. Possono essere individuati tre diversi gradi di disturbo:

A) Afasia non fluente grave

Il quadro clinico si configura come quello dell'afasia globale, ma con disturbi di comprensione meno accentuati. L'efficienza comunicativa è molto compromessa. L'impiego di tecniche pragmatiche e di quelle di derivazione neuropsicologica cognitiva sono utilizzate con specifici interventi sul versante della comprensione e dell'espressione verbale.

CASO N.2 AFASIA NON FLUENTE GRAVE - A. D. M. a 67 scol 8 a – Destrimane - Lesione Fronto - Temporo - Parietale sn

Valutazione cognitiva.

Prove di Memoria Immediata: Span Spaziale Corsi: 5 - Prove di Memoria a Lungo Termine: Apprendimento Spaziale: criterio raggiunto al 8° tentativo - Matrici Progressive Colorate di Raven: 34/36 – Matrici Attenzionali: 46/60 - Aprassia Costruttiva: 10/14 - Aprassia Ideomotoria: 15/20 - Aprassia bucco-facciale: 6/20
Competenza linguistica.

Linguaggio spontaneo: non fluente, esitante, telegrafico, scarsamente comunicativo, uso della parola frase, aprassia verbale, dissociazione automatico-volontaria: ... è ... dura ... io ... (si tocca la fronte) male, male, male ... è terribile ... non ... mannaccia....posso...parlare.... lava ... lav lavo - Denominazione: molto ridotta

Comprensione verbale: conservata per parole singole, parzialmente conservata per ordini semplici, deficitaria per materiale complesso - Token Test 8/36 Ripetizione: non conservata - Lettura/Scrittura: non conservata – deficitaria.

Competenza comunicativa.

Intenzione comunicativa: scarsa - Efficacia comunicativa extraverbale: discreta - Comportamento: frustrato, depresso, ma appropriato

La Terapia Logopedica.

Gli obiettivi prioritari della terapia logopedica prevedono: il potenziamento della comprensione lessicale-semantiche e morfosintattica, una maggiore attenzione alla stimolazione linguistico-verbale attraverso l' apprendimento di strategie utili all'evocazione ed al ripristino della programmazione motorio-articolatoria, lo sviluppo di possibili strategie comunicative, sia verbali che extraverbali.

Selezione del materiale.

Il materiale selezionato, anche in questo caso, concreto, ad alta frequenza d'uso e poco ridondante, è costituito da immagini di oggetti o persone isolate e che compiono azioni tali da sollecitare il ripristino delle competenze di comprensione e di espressione sia a livello lessicale che sintattico; è importante, almeno nelle prime fasi, che il materiale sia semanticamente e sintatticamente ben differenziato, per facilitare la decodifica da parte del paziente. Per il recupero del controllo volontario sulla programmazione motoria articolatoria possono essere usate facilitazioni visive che rappresentano le fasi di realizzazione del movimento richiesto: si tratta di diagrammi articolatori che unitamente ai rinforzi sensoriali propriocettivi e visivi, forniscono al soggetto le coordinate motorie per recuperare la precisione e l'automatizzazione di stringhe fonologiche progressivamente più complesse.

Tecniche suggerite.

Anche in questo caso riteniamo utile l'abbinamento di tecniche pragmatiche e neurocognitive. In particolare la tecnica P.A.C.E. consente una migliore codifica e decodifica dell'argomento oggetto della conversazione mediante l' apprendimento o la semplice presa di coscienza di meccanismi conversazionali quali la riformulazione del messaggio qualora esso non venga compreso dall'interlocutore, l'impiego della plurimodalità comunicativa e di segni non linguistici convenzionali, che servono a mantenere vivo lo scambio comunicativo (gesti regolatori, emblemi ecc.), pur in presenza di difficoltà verbali.

Le tecniche di derivazione cognitiva consentono, invece, di sollecitare l'adeguatezza della produzione e della comprensione verbale, ampliando e potenziando le capacità lessicali, morfo-sintattiche ed articolatorie.

Modalità terapeutiche.

Nell'ambito della metodica P.A.C.E., è utile impiegare la carta doppia in comprensione ed espressione per indirizzare il soggetto afasico verso il recupero di modalità più adatte allo scambio comunicativo; questo esercizio, infatti, consente di

guidare il paziente nella ricerca dell'aspetto più informativo da esprimere, nonché di utilizzare sistemi di comunicazione extraverbali, per superare la sua grave difficoltà di evocazione. E' possibile, inoltre, impiegare la carta singola in comprensione, per verificare la effettiva decodifica del messaggio senza l'ausilio del contesto comune e per fornire al paziente un esempio di modello comunicativo da utilizzare in una situazione dove non vi siano evidenti e visibili informazioni condivise con l'interlocutore. Per il ripristino della programmazione fonetico-articolatoria, cioè del controllo cinetico orale, è consigliabile servirsi dei 'diagrammi articolatori', anche questi proposti con un progressivo ordine di difficoltà in base a caratteristiche visive, di diversità articolatoria e ai tratti distintivi. I compiti di denominazione di figure e di evocazione lessicale devono essere svolti pianificando una progressione di difficoltà in base a parametri quali la frequenza d'uso, il grado di concretezza, la categoria semantica di appartenenza ecc.

B) Afasia non fluente di grado medio

Rispetto alla condizione precedente i deficit linguistici sono meno accentuati e l'efficienza comunicativa può essere parzialmente conservata; il trattamento è quindi rivolto alla risoluzione degli specifici disturbi linguistico-verbali attraverso modalità terapeutiche di ispirazione cognitivista. In questo tipo di paziente l'uso combinato con la metodica P.A.C.E. può sollecitare il paziente alla produzione di messaggi sempre più dettagliati e quindi più efficaci sul piano comunicativo. E' possibile infatti definire un numero minimo di temi che il soggetto deve necessariamente comunicare mentre l'uso dei feed-back aperti e chiusi permette al terapeuta di svolgere l'attività di 'modeling' ovvero di intervenire con attività linguistiche direttive per rendere il messaggio prodotto dal paziente sempre più informativo.

Si segnala, inoltre, la possibilità di impiegare tecniche neurolinguistiche specifiche rivolte ai disturbi morfo sintattici e per la risoluzione dell'agrammatismo così come segnalato da vari A.A. (Mapping therapy, Jones 1986; REST, Reduced Syntax Therapy, Springer e coll, 2000; HELPSS, Helm Elicited Program for Syntax Stimulation, Helm-Estabrooks e Ramsberger, 1986) ed anche la MIT, Melodic Intonation Therapy, proposta da Sparks e Holland 1976, per i disturbi fonologici soprasegmentali.

CASO N.3 AFASIA NON FLUENTE DI GRADO MEDIO - G. C. a 42 scol 13 a –
Destrimane - Lesione Sostanza Bianca Capsulostriale e Frontale Paraventricolare
Valutazione cognitiva

Prove di Memoria Immediata: Span Spaziale Corsi: 5 - Prove di Memoria a Lungo Termine: Apprendimento Spaziale: criterio raggiunto al 7° tentativo - Matrici Progressive Colorate di Raven: 34/36 - Matrici Attenzionali: 49/60 - Aprassia Costruttiva: 13/14 - Aprassia Ideomotora: 18/20 - Aprassia bucco-facciale: 14/20
Competenza linguistica.

Linguaggio spontaneo: non fluente, mediamente comunicativo, telegrafico, agrammatico: Andare...compra...copra...comprare frutta...io molta mangiare frutta...bambini...sempre...poi io preparo la..la..le...come posso dire preparare le bucce no..no..tagli..tagli...tagliare la buccia no togliere e mangiare...scuola
Denominazione: ridotta, caratterizzata da anomalie e parafrasie semantiche

Comprensione verbale: buona per parole e ordini semplici, difficoltosa per ordini complessi - Token Test: 13/36 - Ripetizione: buona - Lettura: parzialmente conservata con tendenza ad omettere funtori - Scrittura: limitata a poche parole contenuto, presenza di paragrafie.

Competenza comunicativa.

Intenzione comunicativa: scarsa, necessita di sollecitazione - Efficacia comunicativa extraverbale: buona - Comportamento: tendenzialmente depresso

La Terapia Logopedica.

I principali obiettivi riabilitativi sono la sollecitazione dell'interazione comunicativa, il potenziamento delle abilità di comprensione lessicale-semantiche e di strutture sintattiche complesse, la stimolazione della referenza verbale attraverso l'uso di materiale specificamente strutturato in relazione alle necessità del paziente, la promozione di strategie comunicative compensatorie adeguate al contesto.

Selezione del materiale.

Il materiale selezionato diventa, in questo caso, progressivamente più ridondante per potenziare livelli di decodifica e di codifica sempre più elevati; pertanto è, essenziale utilizzare serie di immagini di oggetti semanticamente affini o di persone che compiono azioni simili in modo da sollecitare l'individuazione e l'evocazione delle relative specificità. Il materiale verbale e visivo deve essere accuratamente selezionato tenendo conto della complessità sintattica degli enunciati e della loro lunghezza; è importante, quindi, che il materiale sia progressivamente meno differenziato.

Possono essere impiegate immagini di oggetti simili con caratteristiche diverse (colore, forma, grandezza, posizione nello spazio etc.) rappresentazioni di una stessa persona che compie azioni diverse, o di persone diverse che compiono la stessa azione, sequenze di figure in ordine logico-temporale, immagini riferibili ad enunciati semplici e reversibili; e inoltre liste di parole con significati contrapposti, liste di verbi in opposta direzione, serie di immagini con distrattori sintattici e morfologici, ed infine serie di immagini preparate per la strutturazione drastica.

Tecniche suggerite.

L'applicazione combinata di tecniche differenti consente di rispondere alla necessità di miglioramento delle performance comunicative del soggetto ed insieme fornire strategie di recupero linguistico-verbale; in particolare l'impiego del materiale e del setting P.A.C.E. permette di "modellare" le competenze comunicative; al tempo stesso l'utilizzo di tecniche neurolinguistiche altamente strutturate consente di fornire al paziente strumenti linguistici adeguati al raggiungimento degli obiettivi proposti.

Modalità terapeutiche.

Per questo tipo di paziente è possibile utilizzare la modalità della carta doppia in comprensione ed espressione: in questo contesto si richiede come si è detto l'impiego di particolari serie di carte e l'uso di feedback per lo più aperti. L'impiego della carta singola in comprensione ed espressione consente, in mancanza del contesto comune di riferimento, di stimolare la strutturazione frastica in modo sempre più completo. Inoltre viene eseguita la discriminazione tra strutture linguistiche simili per sintassi e

morfologia, il mapping del ruolo di agente e tema di frasi semplici e reversibili, esercizi di concordanza grammaticale, di composizione sintattica, descrizione di immagini, in sequenza cronologica e con relazioni di causa-effetto.

C) Afasia non fluente di grado lieve

Il quadro clinico è caratterizzato per lo più da anomalie, nonché da deficit di completezza morfo-sintattica. Queste rappresentano il sintomo più evidente del disturbo afasico e quello maggiormente persistente. In questo caso trovano indicazione tecniche rivolte alla risoluzione di specifici disturbi linguistici

CASO N. 4 AFASIA NON FLUENTE LIEVE - A. C. a 69 scol 18 a Destrimane.

Lesione: Convessità frontale dorso-laterale

Valutazione cognitiva

Prove di Memoria Immediata: Span Spaziale Corsi: 5 - Prove di Memoria a Lungo

Termine: Apprendimento Spaziale: criterio raggiunto al 3° tentativo - Matrici

Progressive Colorate di Raven: 36/36 Matrici Attenzionali: 58/60 Aprassia

Costruttiva: 14/14 Aprassia Ideomotrice: 20/20 Aprassia bucco-facciale: 20/20

Competenza linguistica.

Linguaggio spontaneo: rallentato dalla presenza di numerose anomalie e circonlocuzioni, comunicativamente efficace: Prenda la pe..pa..padella per l'olio poi metto i... come di chiama ...quelli rossi...la scatola di... vabè..poi tutto cuoce l..la pentola con acqua.. il pepe...no..il...sale. Quando ..bl..bl..bl..bl.. la pasta.. E poi tutto insieme - Denominazione: numerose anomalie

Comprensione verbale: rari errori per materiale complesso - Token Test 26,5/36 -

Ripetizione: buona - Lettura: buona - Scrittura: presenza di anomalie e paragrafie.

Competenza comunicativa.

Intenzione comunicativa: buona - Efficacia comunicativa extraverbale: buona -

Comportamento: angosciato

La terapia Logopedica.

Gli obiettivi prioritari di questo quadro clinico possono essere così sintetizzati: incrementare le abilità di analisi, sintesi e critica linguistica, migliorare l'evocazione lessicale, potenziare la strutturazione frastica, fornire al paziente. strategie linguistico-verbali alternative.

Selezione del materiale.

Il materiale selezionato deve fornire elementi semantici, contestuali e argomentativi sufficientemente complessi per potenziare livelli di decodifica e di codifica sempre più elevati; si tratta in sintesi di immagini raffiguranti oggetti o parti di essi, scene complesse per le quali sia possibile formulare delle ipotesi, di immagini riferibili ad enunciati complessi e reversibili e a liste di parole e verbi con significati contrapposti, serie di immagini per la strutturazione frastica e l'elaborazione del racconto.

Tecniche suggerite.

L'impiego di tecniche di derivazione neurolinguistica sono sicuramente da preferire nel caso in cui si debbano affrontare deficit linguistici così specifici.

Modalità terapeutiche.

Trattandosi di fini disturbi della funzione verbale è opportuno migliorare la “flessibilità” linguistica e le capacità di reversibilità del pensiero astratto; va anche considerato che, nel caso in cui il disturbo anomico sia persistente, è utile promuovere l’uso di circonlocuzioni per sopperire alle difficoltà verbali. Per il trattamento di questo caso sono stati effettuati esercizi di evocazione lessicale per categorie grammaticali (di parole, di funzioni, di attributi, di parti), evocazione di sinonimi e di antinomi lessicali o di situazione, completamento di frasi, spiegazione di proverbi, mapping del ruolo di agente e tema di frasi complesse e reversibili, esercizi di composizione sintattica, ordinamento e descrizione di serie di immagini - in sequenza cronologica -con relazioni di causa-effetto.

AFASIA FLUENTE

Il paziente fluente si caratterizza per la presenza di anosognosia (disturbo cognitivo della consapevolezza della propria produzione) e per i deficit della comprensione verbale. È necessaria un’ attenta valutazione dello stato cognitivo generale per attuare una diagnosi differenziale con disturbi psichiatrici (confabulazione, nevrosi etc.) La produzione verbale è eccessivamente ridondante, talvolta può essere presente la cosiddetta “insalata di parole”, di scarsa o nulla efficacia comunicativa; è rilevante la presenza di parafasie semantiche, verbali e fonologiche e di un marcato paragrammatismo; le serie automatiche sono diversamente compromesse in ragione dell’entità del disturbo afasico.

La comprensione verbale è molto danneggiata in tutti i suoi livelli; il punteggio equivalente del token test è quasi sempre deficitario .

Si riscontra una marcata difficoltà nel rispetto delle regole pragmatiche della comunicazione, in particolare del rispetto dell’alternanza dei ruoli e di aderenza al contesto comunicativo.

Nella prima fase sono consigliabili terapie cognitive linguistiche e in proposito può giovare l’impiego della tecnica T.W.A, Treatment Wernicke Aphasia proposta da Helm-Estabrooks e Albert. (1994).

Le tecniche indirizzate al miglioramento degli aspetti pragmatici della comunicazione possono essere impiegate solo quando il paziente diviene consapevole del proprio deficit linguistico; nella nostra esperienza, abbiamo osservato l’utilità di impiegare il setting terapeutico della metodica P.A.C.E., proponendo al soggetto il materiale solo attraverso il canale verbale, orale e scritto, e richiedendo di esprimersi unicamente attraverso tale modalità.

La riabilitazione di questa sindrome deve procedere avendo come obiettivo prioritario la consapevolezza della propria produzione.

Possono essere individuate due forme principali di afasia fluente: grave e medio-lieve.

D) Afasia fluente grave.

Il disturbo della consapevolezza rappresenta sicuramente il più grave handicap nella riabilitazione del paziente afasico fluente. La sua produzione verbale non è utile ai fini comunicativi, poichè il gergo verbale non consente il riconoscimento delle reali intenzioni linguistiche del soggetto. In realtà tale disturbo diminuisce con il

miglioramento della comprensione verbale mediante l'impiego di esercizi che coinvolgono i livelli maggiormente compromessi .

CASO N. 5 AFASIA FLUENTE GRAVE - C.S. a 59 scol. 5 a destrimane - Lesione Circonvoluzione Temporale Superiore sn

Valutazione cognitiva

Prove di Memoria Immediata: Span Spaziale Corsi: 3 - Prove di Memoria a Lungo Termine: Apprendimento Spaziale: criterio non raggiunto - Matrici Progressive Colorate di Raven: 28/36 - Matrici Attenzionali: 32/60 - Aprassia Costruttiva: 14/14 - Aprassia Ideomotora: 15/20 - Aprassia bucco-facciale: 18/20

Competenza linguistica

Linguaggio spontaneo: fluente, gergo verbale, comunicativamente non efficace, anosognosico, errori di tipo fonemico e semantico, presenza di paragrammatismo: Ecco, io, secondo me, le macchine quando poi vanno bene, non è possibile andare ma il guidante è lui. Io, credo che la macchina deve fare io. Se il dottore non sa...non so cioè non vuole, allora se per il fatto del piede usando questa tecnica è guasto. Comprensione verbale: compromessa sia per materiale semplice che complesso - Token Test 8/36 - Denominazione: compromessa - Ripetizione: compromessa - Lettura: compromessa, ma la comprensione della lettura è migliore - Scrittura: ben formata (non è presente deficit dell'arto superiore dx) ma con numerose paragrafie tali da renderla incomprensibile.

Competenza comunicativa.

Intenzione comunicativa: buona, ma inappropriata - Efficacia comunicativa extraverbale: non adeguata - Comportamento: inconsapevole dei deficit, è inappropriatamente allegro, talvolta adirato.

La Terapia Logopedica.

Gli obiettivi principali della terapia logopedica sono l'acquisizione della consapevolezza del proprio disturbo linguistico, l'inibizione del gergo verbale, il recupero delle regole pragmatiche della comunicazione, il miglioramento delle abilità di comprensione verbale e la graduale riorganizzazione della rete associativa concettuale delle diverse componenti lessicali.

Selezione del materiale.

Il materiale selezionato, anche in questo caso, concreto, ad alta frequenza d'uso e poco ridondante, è costituito da immagini di oggetti o persone che compiono azioni, in modo da sollecitare il ripristino della comprensione e dell'espressione sia a livello lessicale che sintattico; è importante, almeno nelle prime fasi, che il materiale sia semanticamente e sintatticamente ben differenziato, per facilitare i compiti di decodifica. È utile, inoltre, il ricorso all'associazione tra materiale iconografico e la relativa forma scritta, per consentire la possibilità di migliorare la comprensione verbale attraverso modalità differenti da quella uditiva, notoriamente compromessa in questa tipologia di afasia. Nel contempo è necessario anche un allenamento specifico sui particolari deficit fonologici di input che solitamente caratterizzano questa forma di disturbo afasico

Vengono impiegate serie di immagini scarse di particolari, serie di figure semanticamente e fonologicamente correlate, immagini con incongruenze semantiche e liste di non parole e parole fonologicamente correlate.

Tecniche suggerite.

Per queste tipologie di afasia si è ritenuto utile l'uso di tecniche neurolinguistiche, in associazione a quelle di derivazione pragmatica; l'impiego limitato di queste ultime ha permesso di intervenire sul recupero delle regole della comunicazione, quali il rispetto dell'alternanza dei ruoli tra i locutori, il contenimento della ridondanza di informazioni, l'aderenza al contesto comunicativo.

Modalità terapeutiche.

Le modalità terapeutiche impiegate per questo quadro clinico sono: esercizi di decisione lessicale, sempre attraverso l'uso di materiale orale e scritto, inclusione ed esclusione dalle relative categorie semantiche, identificazione tra immagini semanticamente correlate o di incongruenze semantiche, esercizi di classificazione e seriazione di immagini, esercizi di discriminazione acustica, identificazione (classe chiusa) e riconoscimento (classe aperta). L'impiego della carta doppia in comprensione ed espressione, quindi di modalità terapeutiche di derivazione P.A.C.E., è stato realizzato utilizzando solo materiale verbale, scritto e orale.

Gli esercizi, come sempre in riabilitazione, vengono progressivamente ampliati sulla base delle acquisizioni del soggetto.

E) Afasia fluente medio-lieve.

L'espressione verbale di questi soggetti si caratterizza per la presenza di parafasie semantiche, verbali e fonologiche, segno inequivocabile di un interessamento del sistema lessicale-semantic. In questo caso sono impiegate tecniche di derivazione neurocognitivo-linguistiche.

Tecniche di derivazione pragmatica non sono consigliabili in prima istanza per questi pazienti.

CASO N. 6 AFASIA FLUENTE MEDIO- LIEVE - P.C. a 70 scol 18 a destrimane - Lesione: area ipodensa in corrispondenza della porzione posteriore del lobo temporale sn

Valutazione cognitiva.

Prove di Memoria Immediata: span spaziale Corsi 5 - Prove di Memoria a Lungo Termine: Apprendimento Spaziale: criterio raggiunto al 9° tentativo - Matrici Progressive Colorate di Raven: 28/36 - Matrici Attenzionali: 51/60 - Aprassia Costruttiva: 14/14 - Aprassia Ideomotora: 20/20 - Aprassia bucco-facciale: 20/20

Competenza linguistica.

Linguaggio spontaneo: fluente, discretamente efficace dal punto di vista comunicativo; caratterizzato da numerose parafasie verbali, semantiche, fonologiche e conduites d'approche: Mi sbe..sbi..sv..sveglio alla 8, 8 e mizza, collezione, poi andr..andiamo sabbia e fac..fic..fa...faccio doccia no..no..bagno alle 7 no..8...no..no 12 cena...no pranzo e a volte esco dopo ... no aspetta torniamo al.. Alle .. Al casa per dormire

Comprensione verbale: buona per parole ed ordini semplici, difficoltosa per ordini complessi - Token Test 21/36 - Denominazione: quantitativamente buona, ma

parafasica - Ripetizione: compromessa dagli stessi errori della denominazione - Lettura: relativamente conservata - Scrittura: ben formata (non è presente deficit dell'arto superiore dx), ma con numerose paragrafie tali da renderla incomprensibile Competenza comunicativa.

Intenzione comunicativa: buona - Efficacia comunicativa extraverbale: discreta - Comportamento: adeguato.

La Terapia Logopedica.

Gli obiettivi riabilitativi prevedono il contenimento ed il progressivo adeguamento delle abilità linguistiche del paziente mediante la correzione delle parafasie semantiche e verbali, attraverso la correzione delle parafasie fonologiche e il miglioramento della comprensione verbale, specialmente di quella morfo-sintattica.

Selezione del materiale.

Il materiale, con cui realizzare la sollecitazione terapeutica, deve essere opportunamente selezionato per i compiti di evocazione e denominazione in pazienti che presentano tipologie di errore molto particolari. Si tratta, infatti, di materiale verbale in grado di guidare il soggetto alla produzione dello specifico item selezionato nell'ambito di categorie semantiche specifiche. Anche in questo caso è importante che il paziente sia primariamente consapevole dell'errore prodotto e qualora ciò non avvenga bisogna tornare ad esercizi di comprensione, così come descritti precedentemente.

Per la risoluzione dei disturbi fonologici è necessario impiegare liste orali e scritte, costituite da sillabe, parole e non parole con progressione di difficoltà accuratamente programmata in base a criteri di complessità e lunghezza fonologica.

Gli aspetti propriamente morfo-sintattici vanno stimolati con materiale verbale ed iconografico che segue progressivamente i criteri di complessità morfo-sintattica. Si tratta di immagini riferibili ad enunciati complessi irreversibili, reversibili, attivi, passivi e negativi.

Tecniche suggerite.

L' utilizzo esclusivo della tecnica neurolinguistica ha consentito di intervenire sulle alterazioni linguistico-verbali del paziente.

Modalità terapeutiche.

Le modalità terapeutiche possono essere pertanto così riassunte: evocazione all'interno di specifiche categorie semantiche; evocazione di similitudini e differenze; manipolazione fonologica; esercizi di spelling; decisione e completamento fonologico; riconoscimento di parole in stringhe fonetiche; parole crociate facilitate; individuazione di incongruenze logiche e cronologiche di brevi storie.

BIBLIOGRAFIA

- Albertini N.: Metodiche riabilitative nell'afasia,nell'ambito di Linee Guida e Medicina basata sull'evidenza in Riabilitazione. Roma 5-6/12/2005
- Arrigoni C., De Renzi E.: Constructional apraxia and hemispheric locus of lesion. Cortex 1:170-197; 1964
- Basso A., Ciurli, Marangolo.: Esame del Linguaggio II. Ed. OS,1990
- Basso A., Vignolo L.A., Capitani E.: Influence of rehabilitation of language skills in aphasic patient: a controlled study. Arch Neurol 1979, 36:190-196
- Basso A.:Conoscere e rieducare l'afasia. Il Pensiero Scientifico Ed. 2005
- Benton : M.A.E. "Multilingual Aphasia Examination": Problems of tests construction in the field of aphasia.Cortex, 3: 32-58, 1967.
- Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. 22, 03/05/2003. Linee Guida nella riabilitazione nella Regione Campania
- Boone D. R.: A plan for rehabilitation of aphasic patients, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. Aug. 1967 Nuovi orientamenti di fisiopatologia della comunicazione, VI convegno internazionale. 1986.
- Capasso R.: Indicazioni e controindicazioni nel trattamento dell'afasia. Nell'ambito di Linee Guida e Medicina basata sull'evidenza in Riabilitazione, Roma 5-6/12/2005
- Caramazza A.: Some aspects of Language Processing Revealed Through The analysis of acquired Aphasia: The lexical system. Ann.Rev. Neurol,11:395-421,1988
- Carlomagno S., Montella G., Buongiorno C. :Valutazione delle attitudini comunicative e rieducazione gestuale di pazienti afasici mediante la P.A.C.E. Acta Phoniatria latina Vol 11, Fasc 2,1989.
- Carlomagno S.: Pragmatica della comunicazione e terapia dell'afasia . Ed. Masson, 1989
- Casadio P., Emanuelli S., Razzano C., Colombo A., Carlomagno S.: La riabilitazione della scrittura del paziente afasico. Sezione Ricerca I Quaderni, Roma, 1990
- Cervelli G. e Villari P.: La terapia di gruppo nell'afasia. Atti del XXVI Congresso della Società Italiana di Foniatria e Logópedia, Palermo, 1992.

- Chade J.J.: Prospettiva e terapia di gruppo in pazienti afasici.1 Care, anno 17, N' 3, 74-77, 1992.
- Chenery H. J., Ingram J.C. L. e Murdoch B.E.: Automatic and volitional semantic processing in Aphasia. Brain and language 38,215-232,1990
- Chin Li E. e Williams S.E.: The effects of grammatic class and cue type on cueing responsiveness in Aphasia. Brain and language 38,48-60, 1990
- Davis G.A. e Wilcox M.J.: Incorporating parameters of natural conversation in aphasic treatment, in: Language intervention strategies in adult aphasia. Chahey R. Ed. Baltimore, Williams e Wilkins, 1981.
- Davis G.A. e Wilcox M.J.: Adult aphasia rehabilitation: applied pragmatics. San Diego, C.A. College Hill Press, 1985.
- De Bleser, Denes, Luzzatti, Mazzucchi, Poeck, Spinnler, Willmes: L'Achener Aphasia Test (A.A.T.).Problemi e soluzioni per una versione italiana del test. Arch. Psicol. Neurolog. Psichiatria: 47: 209-237, 1986.
- De Filippis Cippone A.: Manuale di logopedia. Masson Italia Editori, Milano 1985
- De Renzi E., Vignolo L.A.: The Token Test : A sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics. Brain, 85: 665-678, 1962.
- De Renzi E., Pieczuro A., Vignolo L.A.: Oral apraxia and aphasia. Cortex 2:50-73; 1966
- De Renzi E., Faglioni C.: Apraxia. In Manuale di Neuropsicologia a cura di Denes G.,Pizzamiglio L.,Ed. Zanichelli,Bologna 1996.
- Del Vecchio L., Tedeschi M., Villari P., Magri V.: Osservazioni sulla terapia di gruppo nei pazienti afasici. Atti del XXVIII Congresso della Società Italiana di Foniatria e Logopedia, Montesilvano Terme, Aprile 1994.
- Donabedian A.: Explorations in quality assessment and monitoring the methods and findings or quality assessment and monitoring an illustrated analysis. Ann Arbor, Healt Administration Press.

- Doucarne de Ribaucourt B. : Rèéducation sèmiologique de l'aphasie. Masson, Paris, 1988.
- Doucarne de Ribaucourt B. : Test pour l'examen de l'aphasia. Ed Centre Psychologie appliquee, Paris, 1976
- Eisenson L.:Test di Eisenson, Test per l'afasia. Da Schindler O.:Breviario di patologia della comunicazione .Vol.II parte 1.Ed. Omega Torino 1983
- Emerick e Coyne: Screening test of Aplasia. Da Schindler O.:Breviario di patologia della comunicazione. Vol. II parte 1.Ed. Omega ,Torino 1983.
- Favretti L. et coll.: La seduta di gruppo per pazienti afasici: una proposta riabilitativa. Riabilitazione Oggi, anno X, n°1, 10-11, 1993.
- Fawcus M.:La terapia di gruppo: una terapia da apprendere. In Code C. e Muller D.J.: La terapia dell'afasia. Marrapese Editore, 1984.
- Fraunfelder-Zeuli E.: Il lavoro di gruppo. Ed. Le Monnier, Firenze, 1976.
- Gielewski E. J.: Analisi acustica e rieducazione auditiva nella riabilitazione dell'afasia sensoriale. In Code C. e Muller D.: La terapia dell'afasia. Ed. Marrapese, Roma, 1984.
- Godwin R.:Il trattamento dell'alessia pura.In Code C. e Muller D.: La terapia dell'afasia. Marrapese Editore, Roma, 1984.
- Goodglass, Kaplan: B.D.A.E. Boston Diagnostic Aphasia Examination: Assestment of aphasia and related disorders. Philadelphia: Lea and Febiger, 1972 (ed. riv. 1983).
- Helm-Estabrooks N., Emery P., Albert M.: Treatment of Aphasic Perseveration (TAP). program Arch. Neurol. 1987; 44:1253-1255
- Helm Estabrook N., Fitzpatrick P., Barresi B.:Visual Action Terapy for Global Aphasia. Journal of Speech and Hearing Disorders, 47,385-389, 1981
- Helm-Estabrooks N., Albert Martin L.:Manual de terapia de la afasia. Editorial Mèdica Panamericana, Madrid 1994
- Helm-Estabrooks N.A. e Ramsberger: Treatment of agrammatism in longterm Broca's aphasia. British Journal of Disorders of Communication, 21:39-45, 1986
- Holland: C.A.D.L. Communicative Abilities in Daily Life. Baltimora: University Park Press, 1980.

- Huber W., Springer L., Willmes K.: Approaches to Aphasia Therapy in Aachen. In Holland A.L., Forbes M.M.: Aphasia treatment: World perspectives. San Diego C.A. Singular Publishing Group INC 55-86, 1993
- Huber, Willmes: Der Aachen Aphasia Test (A.A.T.). Göttingen Hogrefe Verlag, 1983.
- Huskins S.: Trattamento dell' aprassia articolatoria in pazienti afasici. In Code C. e Muller D.: La terapia dell' afasia. Ed. Marrapese, Roma, 1984.
- Jakobson R.: Towards a linguistic typology of aphasic impairments. In: de Reuck AVS, O' Connor M (a cura di). Ciba Foundation Symposium on Disorders of language. Londra: Churchill Livingstone 1964: 21-42
- Jones E.: Building the foundations for sentence production in a non-fluent aphasic. British Journal of Disorders of Communication, 21:63-82, 1986
- Kay S., Lesser R., Coltheart M. : Psycholinguistic Assessments of Language Processing in Aphasia (P.A.L.P.A.). Erlbaum, 1992
- Kertesz A.: Western Aphasia Battery (W.A.B.). New York : Grune & Stratton, 1982
- Lichteim L. : On aphasia. in Brain, 7: 433-484, 1885. cit. in Neuropsicologia a cura di Ladavas E. , Berti A. Ed Il Mulino, Bologna 2007
- Linee Guida sulla riabilitazione del paziente afasico:
 1. Clinical Practice Guideline, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care, Policy and Research AHCPR, Clinical Practice Guideline, Traduzione italiana: Riabilitazione post-stroke, Ages Arti Grafiche, Torino, 1997
 2. Revisione Cochrane, 1999; Greener, Enderby and Whurr, Cochrane Review, 1999
 3. Revisione dell' American Congress of rehabilitation Medicine, 2000; Cicerone K.D., Dahlberg C., Kalmar K., Langenbahn D.M., Mallc J.F., Begquist T.F. et al., Evidence-based cognitive rehabilitation recommendations for clinical practice, Arch Phys Med Rehabil 2000
 4. Revisione dell' European Federation of neurological societies, 2003; Cappa S.F., Benke T., Clarke S., Rossi B., Stemmer B., Van Heugten C.M., European Federation of Neurological Societies, Guidelines on cognitive rehabilitation: report of an EFNS task force, EU 2003
 5. Spread, 2005, Spread, Stroke Prevention and Educational awareness diffusion, Trattamento riabilitativo e continuità dell' assistenza, 2005
 6. Aphasia Suisse, "Linee Guida: il trattamento delle Afasie", 2005

7. Linee Guida e Medicina basata sull'evidenza in Riabilitazione, Roma 5-6/12/2005 Luzzatti C. :Trattamento dei deficit fonologici e dell'articolazione. In Mazzucchi A.: La Riabilitazione Neuropsicologica Ed.Masson 1999
- Mazzucchi A.: La riabilitazione neuropsicologica nei traumatizzati cranici. Masson, Milano, 1998
 - Mc Dermon J. R. e Potter R. E.: The use of representational prompts in aphasia therapy. Journal of communication disorders, 8, 199-206; 1975
 - Miceli G.: Linee Guida ed EBM nel trattamento delle afasie. Nell'ambito di Linee Guida e Medicina basata sull'evidenza in Riabilitazione, Roma 5-6/12/2005
 - Miceli G., Laudanna A., Burani C.: Batteria per l'analisi dei deficit afasici. (BADA). Serv. Neuropsicologia Università Cattolica Roma, 1991. (CNR Ist. Di Psicologia).
 - Neglia M., Zadini M.:La comprensione del brano in un gruppo di soggetti afasici. Atti del III Congresso Internaz. sull'Afasia, Firenze, 1988.
 - Novelli, Papagano, Capitani, Laiacono, Vallar, Cappa: Test di fluenza : Tre test clinici di ricerca e produzione lessicale: Taratura su soggetti normali. Arch. Psicol. Neurolog. Psichiatria: 47: 477-506, 1986.
 - Orsini A., Grossi D.: Verbal and spatial immediate memory span. Italian Journal of Neurological Sciences, 8:539-548, 1987
 - Osterrieth P.A.: Le test de copie d' une figure complete. Achives de Psychologie, 30:206/356,1944
 - Pachalska M.: La terapia non linguistica di gruppo. Atti del III Congresso Internaz. sull'Afasia, Firenze, 1988.
 - Pachalska M.: Group therapy for aphasia patients. Aphasiology, vol.5, n°6,541-554,1991.
 - Pachalska M.: Group therapy: a way of integrating patients with aphasia. Aphasiology, vol.5, n°6, 573-577, 1991.
 - Pizzamiglio L.:I disturbi del linguaggio: manuale di diagnosi e terapia. ETAS LIBRI, Milano 1984

- Pizzamiglio L et al.: Capacità comunicative di pazienti afasici in situazioni di vita quotidiana:adattamento italiano.In Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria, 45(2), pp. 187-210, 1984.
- Piras M.R., Capula M.G., Rosati G., Ortu R., D’Onofrio M.: Agnosia uditiva-verbale: un approccio riabilitativo. in “Afasia Oggi”, 1988.
- Prins R., Snow C., Wagenaar E.: Recovery from aphasia: spontaneous speech versus language comprehension. Brain and Language 6, 192-211, 1978
- Prutting C.,Kirchner A.: A clinical appraisal of the pragmatic aspect of language. Journal of Speech and Hearing Disorder, 52:105-119,1987
- Raven J.C.: Standard Progressive Matrices. H.K. Lewis (London); 1954
- Robbey R.R.: A meta-analysis of clinical outcomes in the treatment of aphasia. J Speech Lang Hear Re 1998; 41:172-187
- Saffran & Marin: TEST di REY: Immediate memory for word lists in a patient with deficient short- term memory. Brain & Language, 1972, 2, 420-433.
- Schindler O.: Breviario di Patologia della Comunicazione.Ed. Omega, Torino 1983
- Schuell H., Jenkins JJ., Jimenez-Pabon E.: Aphasia in adults. New York: Harper & Row 1964
- Schuell H.: Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aplasia 1965. Da Schindler O.:breviario di patologia della comunicazione. vol II parte 1.Ed Omega, Torino 1983.
- Schwartz M.F., Saffran E.M., Fink R.B. Myers J.L. and Martin N.: Mapping therapy: a treatment programme for agrammatism. Aphasiology,8: 19-54, 1994
- Segre R.:La comunicazione orale normale e patologica. Edizioni Medico Scientifiche, Torino 1983
- Sparks e Holland: Melodic Intonation Therapy. Journal of Speech and Hearing Disorder, 41,287, 1976
- Spinner H. e Tognoni G.: Standardizzazione e taratura Italiana di test Neuropsicologici. Suppl.8/ ton.6; 1987

- Springer I., Huber W., Schlenck K.J., Schlenck C.: Agrammatism: deficit or compensation?Consequences for aphasia therapy. Neuropsychol Reha 2000; 10:279-309, Citato in: Basso A.: Conoscere e rieducare l'afasia. Il Pensiero Scientifico Editore Roma 2005
- Steni P.: Il counselling logopedico nell'afasia. Rel. Uff. XXXIX Congr.Naz. S.I.F.E.L. Acta Phoniatria Lat, 27,318-329, 2005
- Stringer A.Y.:Guida alla diagnosi neuropsicologica dell'adulto. Ed. Edra Roma 1998
- Wepman JM.: Recovery from aphasia. New York: Ronald Press 1951.
- Wepman e Jones: Language modalities test for aphasia 1961. Da Schindler O.: Breviario di patologia della comunicazione.Vol.II parte 1.Ed. Omega,Torino,1983.
- Wernicke C.: Der aphasische Symptomenkomplex. Breslau, Cohn und Weigert, Cit. in Ladavas E. , Berti A.:Neuropsicologia. Ed Il Mulino, Bologna 2007