

UN CASO COMPLESSO DI AFASIA CON FLUENTE ASSOCIATA AD ALTRI

DISORDINI COGNITIVI

I testi che trattano il tema della rieducazione dell'afasia fanno in genere riferimento ad un trattamento finalizzato quasi esclusivamente al recupero della funzione linguistica. In realtà l'Art.4 del Codice Deontologico del Profilo Professionale del Logopedista recita: “[...] *Nel caso di un disturbo comunicativo e/o cognitivo linguistico e/o delle funzioni orali e loro eventuali esiti, l'obiettivo sarà il superamento del disagio ad esso conseguente, mediante il recupero delle abilità e delle competenze finalizzate alla comunicazione attraverso l'acquisizione ed il consolidamento di metodiche alternative utili alla comunicazione ed all'inserimento sociale [...]*”, sottolineando la necessità di riabilitare tutte le competenze comunicative, verbali, non verbali e pragmatiche.

La realtà clinica è ancora più complessa perché l'evento cerebrolesivo può causare, associati all'afasia, altri disordini cognitivo-comportamentali, di cui è necessario tener conto sia durante la fase di valutazione che di rieducazione.

L'afasia è un disturbo comunicativo-linguistico acquisito, conseguente a lesione cerebrale delle aree deputate alla produzione e alla comprensione del linguaggio. L'afasia è un evento che può pregiudicare la normale vita di relazione e lavorativa ed è causa di inevitabili cambiamenti di ruolo sociale e familiare oltre che causa di isolamento sociale dovuto all'impossibilità di interagire in maniera efficace (Gallo, 2012). L'afasia non è quindi da considerarsi solo come un deficit cognitivo riguardante la funzione strumentale del linguaggio, ma va compresa nell'ambito di una disfunzionalità più vasta coinvolgente la persona in tutte le sue dimensioni. Infatti frequentemente l'afasico presenta una sofferenza psicologica sia legata alla difficoltà di adattamento alla nuova situazione che all'insorgere di depressione post stroke.

La peculiarità di questo disturbo sta nel fatto che non coinvolge esclusivamente il linguaggio nei suoi diversi elementi strutturali (fonetico-fonologico, semantico-lessicale, morfosintattico) ma è sovente associato ad altri deficit cognitivi (disturbi prassici, attentivi, mnesici, ecc.) oltre che ad altri deficit neurologici (emiparesi destra, emianopsia).

La comunicazione stessa non può esprimersi in un concetto unitario, ma rappresenta la sintesi di sofisticati processi multidimensionali e intercorrelati in cui, oltre ad un adeguato uso dello “strumento” linguaggio e indipendentemente dalle capacità di comprensione/codifica strettamente letterale delle espressioni verbali, devono integrarsi molteplici abilità individuali, ampiamente influenzate non solo dal substrato biologico o da meccanismi neurofisiologici e biochimici dell’organismo, ma anche da fattori di ordine educativo, culturale, etnico e professionale, classificabili in tre ordini funzionali (Cattelani e Corsini, 2012; come citato in Cattelani e Corsini, 2012; Beukelman e Yorkston, 1991; Stemmer, 1999; Martin e McDonald, 2003; Bara, 2005):

1. capacità e competenze cognitive, soprattutto di tipo pragmatico, esecutivo e attentivo-mnesico.
2. competenze emotive e comportamentali che si esprimono attraverso i canali di comunicazione non verbale e gli aspetti paralinguistici.
3. competenze e “sensibilità” psicosociali quali la comprensione empatica e l’insight.

Le competenze linguistiche rappresentano quindi solo una componente nell’ambito delle più vaste competenze comunicative e metacomunicative, di cui è necessaria un’attenta valutazione ai fini della definizione di un progetto riabilitativo personalizzato.

Nell’ambito della comunicazione non verbale, appare particolarmente rilevante osservare l’interazione oculare, la mimica facciale, la gestualità, la prossemica e la postura. Per quanto riguarda gli aspetti paralinguistici occorre valutare l’intensità ed intonazione vocale e il ritmo prosodico. Per quanto riguarda le competenze metacomunicative o pragmatiche, cioè le capacità di utilizzare e modulare il linguaggio in funzione di differenti interlocutori e in rapporto al contesto sociale, è necessario valutare l’iniziativa comunicativa, lo stile comunicativo, la quantità e la qualità della fluency verbale, le modalità di interazione parlante-ascoltatore, la gestione del feedback, come avviene il processo di automonitoraggio nella conversazione e la programmazione del discorso (introduzione, mantenimento e conclusione dell’argomento esposto) (McDonald e Pearce, 1996; Turkstra et al., 1996; Bara et al., 2001).

È opportuno quindi effettuare una presa in carico olistica come raccomandato dalla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) (Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS, 2001), in cui si sottolinea che la salute è uno stato di benessere completo, fisico, mentale e sociale e che oltre ai deficit di funzionamento della persona, si deve tenere conto anche delle eventuali restrizioni del repertorio comportamentale, ovvero dei problemi che l'individuo può incontrare nel coinvolgimento in situazioni di vita reale, tenendo conto anche dell'impatto di eventuali barriere o, per contro, di condizioni ambientali facilitanti.

Durante il periodo di tirocinio da me svolto presso la Medicina Riabilitativa di Parma, ho avuto modo di osservare come per effettuare una presa in carico logopedica appropriata sia necessario un valido programma di intervento che si organizza all'interno dell'equipe interprofessionale, che include tutti i professionisti della riabilitazione (logopedista, fisioterapista, terapeuta occupazionale) insieme con il personale dell'assistenza, lo psicologo, l'assistente sociale. Anche e soprattutto il paziente e la sua famiglia sono parte integrante dell'equipe che costruisce insieme ad esso un progetto riabilitativo personalizzato e condiviso per obiettivi a breve-medio-lungo termine.

Oltre ovviamente ad una competenza specifica del processo di valutazione e trattamento dei disordini afasici, occorre anche un inquadramento neuropsicologico che consente di monitorare il recupero funzionale del paziente in termini di problemi residui (“debolezze”) e capacità reintegrate o conservate (“punti di forza”).

Per queste ragioni ho scelto di presentare come oggetto di tesi, un caso “complesso”: un giovane uomo, D.N., già portatore di disturbi visivi congeniti, con grave afasia e disordini cognitivi insorti in ESA (emorragia sub aracnoidea) da rottura di aneurisma cerebrale dell'arteria comunicante anteriore complicata da un successivo vasospasmo e una conseguente lesione ischemica parietale sinistra.

Attraverso una valutazione specialistica che ha permesso la definizione degli obiettivi di trattamento a breve-medio-lungo termine, abbiamo potuto osservare come le aree critiche oggetto della rieducazione abbiano registrato cambiamenti significativi nella direzione del miglioramento

La tesi illustra sia la fase di valutazione che la pianificazione e l'attuazione del progetto personalizzato di riabilitazione, articolato in terapie individuali e di gruppo. In allegato le Schede adattate ai disturbi visivi rappresentano una modalità di “costruzione di materiale ad hoc” per le specifiche esigenze del paziente.