

rivista di neuroscienze
psicologia e scienze cognitive



<http://genisteim.files.wordpress.com/2009/03/brain.jpg>

L'afasia come alterazione del gesto verbale: valutazione e riabilitazione. Approccio antropologico-fenomenologico.

Lidia Gomato

Logopedista coordinatrice

U.O di Neuropsicologia

Ospedale di Neuroriabilitazione San Giovanni Battista S.M.O.M di Roma

Introduzione

Il neurofenomenologo Lamberto Longhi, ex primario dell'Ospedale di Neuroriabilitazione San Giovanni Battista S.M.O.M di Roma, ha svolto negli anni 80, con i suoi collaboratori, dei lavori di ricerca di indirizzo antropo-fenomenologico in ambito neuropsicologico. Lo studio del vissuto afasico, già a partire dalla percezione spaziale, è stato uno dei temi centrali delle ricerche neuropsicologiche di L. Longhi; egli ha cercato di impostare una nuova classificazione dell'afasia, che fosse in grado di cogliere nel malato afasico i momenti di sviluppo ancora possibili del gesto comunicativo verbale e non verbale.

1. Interpretazione antropo-fenomenologica dell'afasia

L'approccio antropo-fenomenologico allo studio dell'afasia cerca di superare il parallelismo psicofisico che ha permesso alla clinica dell'afasia sia di separare il gesto verbale dal significato, il fatto neurologico dal fatto psichico, che di ipotizzare il rapporto tra i due come legato ad una convenzione.

Per superare la suddetta dicotomia l'ottica antropo-fenomenologica considera essenziale recuperare l'uomo originariamente iscritto nel mondo e sostituire alla convenzione, considerata un rapporto arbitrario, il soggetto che parla e comprende. Un soggetto che vive, padrone di un corpo dotato di una propria intenzionalità all'agire, diverso dal corpo cosa alle dipendenze di un cervello, che costituisce attraverso la sua corporeità delle temporo-spazialità corrispondenti al modo in cui si trova ad essere nel mondo. Un soggetto con un corpo disponibile a molti usi, che da una totale disponibilità a molte funzioni è in grado di reclutare di volta in volta quella che gli è utile. Anche il linguaggio è considerato da un tale punto di vista "uno degli usi possibili del nostro corpo" (M. Merleau Ponty 1951), un atto di comunicazione che si compie attraverso l'uso del corpo.

Lo studio antropo-fenomenologico del linguaggio mira a cogliere i momenti del suo sviluppo, tralasciando i contenuti già stabilizzati e codificati; in altre parole cerca di studiare i momenti dello sviluppo del gesto articolatorio-fonetico più che la sua struttura definitiva. Da un tale punto di vista non è il significato a muovere il gesto ma è piuttosto il gesto a generare il significato.

Per L. Longhi (2) il linguaggio è la manifestazione di una gestualità specifica per cui il rapporto fra gesto verbale e la parola del codice lessicale appare piuttosto sotto l'aspetto di un rapporto d'uso e non sotto quello di un apprendimento per imitazione.

La parola del lessico quindi recupererebbe solo nel gesto che la realizza la sua efficacia di messaggio.

Il problema dell'afasia di conseguenza è quello di un possesso di una motricità strutturata in senso articolatorio-fonemico come condizione fondamentale dell'espressione verbale. L'afasico avrebbe perso i mezzi gestuali per attuare il valore nozionale del simbolo verbale, sia per esprimerlo che per comprenderlo. Non si tratterebbe della perdita del valore simbolico come tale, ma del gesto simbolico che lo produce e lo rinnova continuamente (Longhi 1985).

Questa diversa interpretazione dell'afasia cerca di fondere la prospettiva neurologica con la prospettiva linguistica, in particolare per ciò che riguarda le modalità di apprendimento dell'uso del significato, di come si struttura il patrimonio linguistico individuale e per ciò che riguarda tutta la problematica della comunicazione.

1a. *Premesse alla classificazione longhiana dell'afasia*

- il rapporto semantico tra segno e significato è un rapporto intrinseco al gesto articolatorio-fonemico;
- il gesto è quindi inteso come significante, come struttura senso-motoria la cui possibilità a strutturarsi rappresenta l'habitat del significato;
- non parliamo per parole ma per proposizioni per cui la frase diventa il riferimento costituente il significato del fonema e della parola ed è il momento cardine sul quale prendono corpo linguistico il concetto e la logica; concetto e logica che non appartengono all'area del linguaggio tanto che il disturbo afasico non è mai stato considerato un disturbo concettuale.

1b. *Parametri fondamentali presi in considerazione*

- la corporeità disponibile
- l'usabilità
- la temporo-spazialità prospettica o agibile

Per **corporeità disponibile** s'intende la disponibilità generica del nostro corpo fenomenico¹ a intenzionare un gesto. Può essere considerata anche come una disponibilità al muoversi che è contemporaneamente intenzione e approntamento al gesto volontario, un ordinarsi dell'organismo all'ambiente e al compito in modo prospettico.

Per **usabilità** s'intende il momento dello sviluppo da una corporeità generica ad una corporeità specifica che realizza il significato.

Per **spazio-temporalità prospettica** s'intende la durata e lo spazio d'azione propri del gesto d'uso, tempo e spazio nei quali il gesto si progetta e si consuma, da non confondere con il tempo e lo spazio fisici.

L.Longhi (1985) ipotizza una distinzione tra:

- a) una senso-motricità con le caratteristiche strutturali proprie della **corporeità disposta-a** (esperienza di utensilità specifica).
- b) una senso-motricità con le caratteristiche di una creazione gestuale su modello standard (dell'attuazione della senso-motricità articolatorio-fonemica).

¹ Il corpo fenomenico è un'istanza originariamente mondana: il mio fattuale essere nel mondo. Per esso io sono d'emblée in relazione con qualcos'altro da me, sia questo qualcos'altro si riferisca a persone della società o cose dell'ambiente con cui mi articolo, sia a qualcosa che ritrovo in me stesso nell'auto esperirmi e che diventa allora il termine del mio progetto. Il corpo fenomenico è contemporaneamente il corpo-che-sono e il corpo-che-ho, un corpo propriamente umano che si esprime e si esperisce, non assimilabile a qualsiasi altro oggetto della natura (D. Cargnello, 1969).

c) una senso-motricità articolatorio-fonemica con le caratteristiche strutturali di una **creatività gestuale** intesa come indicazione tematica, più o meno complessa, in un panorama di significati (della assunzione, nel gesto verbale delle caratteristiche proprie della senso-motricità articolatorio-fonemica e di quelle del modello standard o linguaggio codificato).

e definisce due classi teoriche del disturbo afasico:

- 1) **sofferenza dello sviluppo della corporeità disponibile nella gestualità articolatorio-fonemica (disturbo della disponibilità articolatorio-fonetica).**
- 2) **sofferenza del modularsi della gestualità suddetta sui modelli del repertorio verbale codificato (disturbo della disponibilità d'uso del gesto articolatorio-fonemico e verbale).**

In base alla distinzione sopra ipotizzata L.Longhi riconosce nell'atto linguistico tre livelli o momenti funzionali, visti in una sincronia longitudinale, sui quali imposta una possibile semiologia delle alterazioni del linguaggio:

- 1) momento della gestualità fonetica
- 2) momento della gestualità verbale
- 3) momento della gestualità frasale

Il momento della **gestualità fonemica** sarebbe il primo livello funzionale del gesto frasale: momento della presenza nel soggetto dell'esperienza di un possibile uso del patrimonio mio-articolare dell'apparato bucco-linguo-facciale in strutture articolatorio-fonemiche.

Il momento della **gestualità verbale** sarebbe il secondo livello del dispiegarsi funzionale della frase: momento del possesso della strutturalità articolatorio-fonemica, sia motoria che percettiva. Il fonema, nell'unità strutturale della parola, partecipa alla tematizzazione del gesto frasale.

Il momento della **gestualità frasale** sarebbe il momento della strutturalità della frase e della sua tematizzazione, in cui la parola acquista il ruolo di significante attuale e partecipa al tema della frase.

L'alterazione del primo momento funzionale darebbe un disturbo "**anartrico**", l'alterazione del secondo e terzo momento invece il disturbo "**afasico**".

Il nucleo del disturbo afasico comunque si troverebbe, secondo Longhi, nell'alterazione della gestualità frasale (terzo livello funzionale).

2. Valutazione del disturbo afasico

Il recupero funzionale è visto nell'ottica longhiana come una capacità funzionale residua e l'autonomia dei "centri" funzionali come una raffinata modulazione degli schemi funzionali fondamentali. Modulazione che sottende a sua volta un più fine adattamento della performance alla situazione ambientale contingente, mantenendo però lo "sfondo" di unità funzionale organistica per cui la specificità del fine raggiunto non esce dall'armonia funzionale dell'attività globale dell'organismo (Longhi, 1982).

Longhi ha ipotizzato uno “sfondo” di equidisponibilità di tutte le direzioni attorno alla corporeità disponibile come equidisponibilità di tutti i “volgersi-a”, propri della presenza affaccendata. In tal senso ogni gesto è un muoversi in una struttura orientata e con delle proprie direzioni e ciò nel senso di uno schema direzionale d’azione. Pertanto tale equidisponibilità di gradienti direzionali costituisce lo “sfondo” non solo del gesto o della gesticolazione in senso stretto, bensì anche del gesto o della gesticolazione del disegnare o del parlare. La senso-motricità articolatorio-fonetica nel suo organizzarsi nel gesto verbale è vista come condeterminata da gradienti propri della corporeità e da gradienti propri del modello del simbolo verbale (repertorio linguistico codificato).

Longhi quindi, fa un’ipotesi unitaria del linguaggio senza una definibilità anatomica ma, piuttosto con una definibilità strutturale che non può prescindere, anche se al più alto livello, da un’attività ordinatrice che è il carattere fondamentale del fatto biologico.

Il linguaggio è visto sul piano dell’agire simbolico nei momenti fondamentali dell’atto linguistico, in quanto gesto volontario finalizzato la cui traccia sonora: fonema, parola, frase, non può essere presa in considerazione senza riferimento all’atto stesso, vale a dire alla sua struttura gestuale (senza gesto non ci sarebbe ovviamente, struttura sonora).

La valutazione del disturbo afasico ha pertanto un’impostazione “olistica”, non ha cioè come scopo di fare un bilancio dei singoli deficit funzionali, ma piuttosto di cogliere i modi strutturali o di ambientamento ancora possibili del gesto volontario finalizzato, nel suo sviluppo dalla corporeità disponibile alla tematizzazione² (usabilità) su due livelli:

- 1) quello fondamentale dell’orientamento direttivo o spazialità agibile³
- 2) quello verbale.

L’indagine semeiologica del disturbo afasico qui suggerita, prende in considerazione due dimensioni fondamentali:

- quella di “**finalità**”
- quella di “**direzionalità**”

ciò vuol dire che essa è orientata al gesto verbale, in quanto gesto finalizzato ad una oggettività che lo trascende, ad un gesto cioè, non più definito come spostamento articolato dei segmenti corporei, ma definibile secondo il suo aspetto finalistico, vale a dire come gesto che incarna un’azione nella realizzazione di un tema (significato). Il gesto verbale così trova una sua dimensione nel rapporto col mondo, sia come parametri di spazio e di tempo oggettualizzati, sia come contenuti concettuali categoriali.

Per tale indagine ci avvaliamo del “**Profilo dell’afasico**” (L.Longhi,1985), un test che ci permette di cogliere il grado di prospettività strutturale del gesto verbale e prassico ancora possibile nell’afasico. Esso adotta un parametro probabilistico ritenuto da Longhi più idoneo della logica di valutazione dell’errore, nell’ipotesi di lavoro nel campo delle attività finalistiche a mediazione simbolica.

² L’attività neurologica nella quale la caratteristica anti-entropica dell’accadimento biologico raggiunge il più alto livello è rappresentata dall’attività simbolica ed in particolare dal linguaggio. Compare qui la questione se un tale “ordinare” diventa significativo solo ad un certo livello dell’organizzazione strutturale, quasi come un epifenomeno, oppure se il “significare” è inerente all’ “ordine” in quanto tale; quindi un valore intrinseco alla struttura ordinata, capace di manifestarsi solo ad un certo livello di strutturazione, ma tuttavia presente anche nei livelli più bassi, nei quali può essere cercata (L.Longhi, 1985)

³ Dal 1980 al 1985, presso l’Ospedale San Giovanni Battista di Roma (Acismom), Longhi e coll. Hanno esaminato nei certebrolesi in generale e nei soggetti afasici in particolare, ciò che è stato indicato come gestione delle “direzioni prospettive” o “spazialità agibile” (Longhi,L., Puccetti G., Pisarri F. 1980).

Nel 1990 Longhi sulla base delle precedenti ricerche conduceva una nuova indagine mirata a una possibile semeiotica neuropsicologica della “spazialità agibile”, vale a dire delle spazialità che ambientano il gesto; gli ambiti spaziali indagati erano tre: direzionale, direzionale-figurativo e tematico (L. Longhi, L. Gomato, F. Pisarri, 1990).

Il “**Profilo dell’afasico**” è orientato alla valutazione del successo raggiunto dal soggetto in esame, in relazione a prove proposte in ordine di complessità strutturale crescente, sia verbali che figurative.

La valutazione dell’errore, generalmente applicata ai tests dell’afasia, è considerata da un tale punto di vista, valida soltanto nel linguaggio del normale, a livello di un rapporto semantico codificato e non idonea quindi alla valutazione del disturbo afasico.

Il **profilo dell’afasico** è composto di tre parti, la prima parte svolge un’indagine sui momenti funzionali ancora possibili del gesto linguistico: fonetico, verbale, e frasale, visti come residue possibilità di strutturazione e comunicazione del messaggio.

Tale indagine mira a stabilire in primo luogo se il malato è in possesso del gesto articolatorio-fonemico, se possiede cioè, la gestione funzionale del patrimonio senso-motorio nella struttura articolatorio-fonemica, senza la quale egli non avrebbe la possibilità di comunicare. In secondo luogo se il malato che è in possesso di una certa disponibilità articolatorio-fonemica, possiede una disponibilità d’uso verbale cioè, la possibilità di gestire un repertorio di gesti verbali nell’unità predicativa della frase.

Nell’ottica antropo-fenomenologica, l’atto di comunicazione non può essere suddiviso, se non artificiosamente, in espressione e in comprensione del messaggio; il disporsi alla comunicazione è un disporsi unico ed in una gesticolazione nella quale percezione e movimento stanno in un’implicazione reciproca nell’ambito di un’intenzione significativa (funzionante).

Nella valutazione pertanto la comprensione è vista come il parametro simmetrico dell’espressione in cui possiamo distinguere tre livelli:

- 1) produzione e comprensione dell’”essenza fonetico-articolatoria”⁴
- 2) produzione e comprensione della parola isolata
- 3) produzione e comprensione del messaggio

La seconda parte valuta le possibilità della gestualità mimica e della prassia digitale della mano “sana”.

La terza parte del **profilo dell’afasico** invece, attraverso i tests di orientamento direttivo o spazialità agibile, cerca di valutare la capacità del malato ad assumere e mantenere, con la mano “sana”, un orientamento in ambito direzionale, direzionale-figurativo, e tematico. Essi colgono un danno del disporsi orientato del corpo nei suoi segmenti verso il fine mirato.

Il **profilo del linguaggio** dell’afasico comprende otto prove per l’espressione e quattro per la comprensione (fig. 1). Tali prove sono distinte, in entrambi i versanti di espressione e comprensione, in **non-dialogiche** e **dialogiche**.

Le prove **non-dialogiche** conducono un’indagine semeiologica articolata sui primi due momenti funzionali da Longhi ipotizzati nell’atto verbale:

- a) quello della gestualità articolatorio-fonemica
- b) quello della gestualità della parola isolata

Alla gestualità del primo livello strutturale non appartiene la possibilità di una “assunzione del significato”, pertanto l’indagine sarà orientata a valutare solo l’agibilità del gesto articolatorio-fonetico, la sua possibilità a strutturarsi nel fonema.

⁴ Per “essenza fonetico-articolatoria” s’intende la disponibilità a gestire le varie possibili combinazioni degli elementi mio-articolari-fonemici dell’apparato laringo-bucco-linguo-facciale in strutture articolatorio-fonemiche (L. Longhi, 1985).

2.a *Prove idonee alla valutazione della gestualità articolatorio-fonemica*

- ripetizione immediata di parole senza senso mono-bi-tri e polisillabiche
- ripetizione immediata di parole significative mono-bi-tri e polisillabiche
- modulazione fonetica delle parole mono-bi-tri e polisillabiche con o senza senso che il malato è in grado di ripetere.

Alla gestualità del secondo livello strutturale (strutturazione del monema) è possibile in ipotesi una certa “assunzione di significato” in relazione ad un modello, di un significato generico al di fuori cioè dell’intenzione comunicativa specifica del messaggio.

L’indagine a questo livello sarà orientata a valutare sia l’agibilità del gesto articolatorio-fonemico sia la sua possibilità d’uso in relazione a modelli o spazialità strutturali predisposte.

2b. *Prove idonee alla valutazione della gestualità della parola*

- parola letta
- parola da immagine
- serie numerale normale
- serie numerale rovesciata
- coniugazione
- indicazione di figure su denominazione orale e scritta
- esecuzione di ordini su richiesta orale e scritta

Le prove **dialogiche** invece, conducono un’indagine semeiologica del terzo momento funzionale ipotizzato:

c) quello della gestualità frasale.

Alla gestualità di questo livello strutturale sarebbe possibile l’“assunzione di un significato specifico” per un determinato messaggio. L’indagine quindi è orientata a comprendere se il gesto verbale (o della parola) dell’afasico ha la possibilità di strutturarsi nella frase e di comunicare quindi, un messaggio.

2c. *Prove idonee a valutare la gestualità frasale*

- il linguaggio spontaneo
- il raccontino.

Nella pratica col malato afasico è molto frequente constatare una maggior difficoltà del gesto verbale volontario in confronto a quello, in un certo senso definito da una struttura predisposta, nel senso di una spazialità predisposta, come avviene ad esempio nella ripetizione e nelle serie verbali; nella parola volontaria, quella del messaggio invece, il malato non può usufruire di tali modelli e necessita di un “modello revisionale” della gesticolazione che porterà alla realizzazione del tema o scopo. Longhi sottolinea la distinzione fra una gestione del gesto articolatorio-fonemico e la gestione del gesto già strutturato ed ipotizza un rapporto tra l’agibilità del gesto verbale e una struttura spazio-temporale. Le prove dialogiche valutano il primo tipo di gestione, quelle non-dialogiche il secondo.

Prove non-dialogiche

Parola ripetuta

La ripetizione è ritenuta da Longhi un test utile per la valutazione della motricità articolatorio-fonemica, da non confondere con il test per la valutazione della disartria.

Con questa prova si vuole esaminare l'impostazione del gesto della parola nella sua totalità di struttura gestuale complessa impostata d'ambliè. Essa ci informa se il malato è in possesso della possibilità di una senso-motricità specifica e se questa è capace di offrire delle temporo-spazialità strutturalmente idonee ad assumere un significato.

La conservazione della disponibilità articolatorio-fonemica permette la ripetizione della parola, ciò significa che il gesto verbale può essere influenzato dal tema.

La ripetizione non è qui vista come semplice imitazione di un modello acustico, ma piuttosto come modello ripreso dalla corporeità disponibile e dalla stessa manifestato, è pertanto considerata un gesto autentico anche se non comunicativo; ciò può essere ritenuto valido per tutte le prove che implicano un riferimento ad un modello.

Tale prova comprende:

a) la ripetizione immediata di parole senza senso mono-bi-tri-quadri e polisillabiche ci permette di valutare la motricità articolatorio-fonemica del malato in relazione ad un modello atematico, vista come capacità di poter dire una qualsiasi parola (ad esempio come la ripetizione dei suoni propri di una lingua straniera per noi nuovi).

b) La ripetizione immediata di parole significative bi-tri e polisillabiche; che ci permette di valutare la motricità articolatorio-fonemica in relazione ad un modello tematico e di osservare se il gesto articolatorio-fonemico è facilitato dal significato rispetto alla prova precedente.

c) La modulazione fonemica⁵ delle parole senza senso e delle parole significative mono-bi-tri-quadri e polisillabiche che il malato è in grado di ripetere, essa avviene cambiando sistematicamente una o più vocali della parola presa in considerazione, come ad esempio: pappagallo – peppagalli – pippogallo – pappugollo – puppaghelli ecc.

La prova di modulazione fonetica ci indica la possibilità del malato di strutturare il gesto fonetico nel gesto del fonema.

Parola letta

Consiste nel far leggere al malato una serie di parole significative bi-tri-quadri e polisillabiche; con questa prova possiamo osservare se il significato grafico facilita il gesto della parola.

Parola da immagine

Consiste nel far denominare al malato una serie di figure di oggetti di uso comune; con questa prova possiamo osservare se il significato iconico facilita il gesto verbale.

Serie numerale normale

Da 1 a 10, ci permette di vedere se il gesto verbale è facilitato da una spazialità strutturale predisposta che propone l'assunzione di un tema generico come quello dei numeri.

Serie numerale rovesciata

⁵ Il criterio della "sostituzione fonetica" e del correlato mutare del significato per la definizione del fonema come unità significante, indica una possibile ed elementare partecipazione del gesto verbale come vero gesto capace di significare (L. Longhi 1985).

Da 10 a 1, ci permette di cogliere nel malato la possibilità di una gestione un po' più volontaria del gesto articolatorio-fonemico, rispetto alla serie numerale normale.

Coniugazione

Consiste nel far coniugare al malato al tempo presente, un verbo di un'azione quotidiana, come ad esempio: mangiare, bere, lavare, camminare ecc.

Questa prova ci permette di vedere se l'afasico è in grado di modulare il gesto articolatorio-fonemico nell'ambito di una spazialità predisposta predicativa, cioè più vicina a quella della frase; essa può essere vista come una modulazione che può fruire di una certa inerenza di significato.

Indicazione di figure di oggetti su denominazione orale e scritta

Consiste nel chiedere al malato di indicare una serie di figure di oggetti di uso comune.

Esecuzione di ordine su richiesta orale e scritta

Consiste nel dare degli ordini semplici, a portata dell'afasico, come ad esempio: mi dia la mano, si tocchi la fronte, prenda una penna, apra il libro ecc.

Queste ultime due prove ci permettono di vedere se il significato iconico, verbale e grafico è in grado di facilitare nel paziente la strutturazione del gesto verbale in ascolto.

La parola da immagine, la parola letta, l'indicazione di figure, l'esecuzione di ordini, sono prove di facilitazione del gesto verbale attraverso il significato iconico e verbale-grafico, esse ci forniscono un parametro differenziale fra l'ambito del disturbo afasico vero e proprio e quello dei disturbi del linguaggio definiti nell'ipotesi longhiana para-afasici, cioè di quei disturbi che riguardano maggiormente la gestualità della manifestazione verbale.

Prove dialogiche

Linguaggio spontaneo

Questa prova ci permette di valutare le possibilità del gesto a strutturarsi nella frase e quindi di comunicare un messaggio in relazione ad una situazione concreta, attuale.

Si tratta di un primo approccio al dialogo su temi strettamente attinenti alla situazione personale del malato attraverso i più semplici e comuni messaggi, del tipo: "Come si chiama?", "Come sta?", "E' sposato?" "Che cosa le è successo?" ...continuando sui temi più semplici della sua vita personale e familiare.

Tale approccio ci permette un primo apprezzamento del livello strutturale ancora presente della gestualità verbale: nei suoi livelli da quello fonetico a quello fonetico, monemico fino a quello frasale ed analoghi livelli della gestualità d'ascolto.

Raccontino

Questa prova è idonea a valutare la possibilità di strutturazione e comunicazione del messaggio in relazione ad una situazione descrittiva, cioè con delle caratteristiche di un gesto più costruito rispetto al linguaggio spontaneo; essa consiste nel far ripetere al malato una breve favola o un aneddoto, che non superino tre frasi complessivamente, come ad esempio: "una nonna, due nipotine ed un cane di nome Tom, andarono in campagna a fare una passeggiata".

Se l'esposizione del raccontino non è in parte o totalmente comprensibile ricorriamo a delle domande inerenti al racconto (così come avviene per la valutazione del linguaggio spontaneo), dalle quali possiamo apprezzare l'adeguatezza delle risposte, anche soltanto attraverso l'espressione mimica del malato. Ciò ci permette di comprendere meglio il livello strutturale del gesto verbale ancora possibile per il paziente.

Se vogliamo approfondire l'indagine sulle possibilità del linguaggio a livello descrittivo e non ci sembra sufficiente il raccontino, possiamo proporre alla persona in terapia le prove di descrizione ed indicazione di scenette. Tali prove ci consentono di vedere se il malato è facilitato nell'espressione e nella comprensione del messaggio dalla mediazione del significato iconico; un'asimmetria tra la gestualità d'espressione e la gestualità d'ascolto nelle prove dialogiche, così come una certa sensibilità alla facilitazione iconica, starebbe a testimoniare la conservazione di una certa disponibilità d'uso del gesto verbale.

La seconda parte del **profilo dell'afasico** valuta la gestualità prassica: mimica e digitale della mano "sana" e la gestualità iconografica con tre sub-tests. Tali sub-tests propongono una scala di difficoltà nella gestione delle direzioni agibili dal gesto: dalle direzioni inerenti la corporeità (orizzontale, verticale, ed oblique) alle direzioni strutturali proprie della spazialità iconica; essi sono idonei a rilevare un'insufficienza nella gestione della spazialità somatica e dell'ambiente circostante, un'alterazione del gesto nel suo progettarsi allo scopo.

2d. Prove idonee a valutare il gesto prassico

Prassia mimica

La prova di prassia mimica consiste nel far eseguire al malato i più semplici e comuni gesti mimici come ad esempio : tirare fuori la lingua, gonfiare le guance, soffiare, un colpo di tosse ecc. sia su ordine che su imitazione (modello).

Prassia digitale della mano "sana"

Consiste nel chiedere al malato di riprodurre alcune strutture gestuali, ognuna delle quali è formata da quattro gesti sequenziali di opposizione delle dita differentemente ordinati, secondo un ritmo di un tempo ciascuno, ad esempio: pollice-indice, pollice-medio, pollice-anulare, pollice-mignolo, oppure pollice-indice, pollice-mignolo, pollice-indice, pollice indice, o pollice-indice, pollice-indice, pollice-mignolo, pollice-indice e così via. L'esaminatore, nel mostrare la sequenza gestuale accompagna secondo un ritmo i quattro gesti di opposizione delle dita che la compongono, contando ad alta voce da uno fino a quattro. Il ritmo offre al malato un modello di struttura spazio-temporale che gli permette di ordinare più facilmente i suoi gesti.

3d. Tests idonei alla valutazione del gesto iconografico nel suo "farsi"

- a) il test dei bastoncini⁶**
- b) il test di disegno figurativo-geometrico**
- c) il test di disegno figurativo-tematico spontaneo e su copia.**

Test dei bastoncini

Il soggetto deve disporre sul tavolo in progressione, uno, due, tre bastoncini secondo le direzioni dei segmenti e secondo delle figure geometriche disegnate su dei cartoncini rotondi, per un totale di 19 configurazioni (v. fig.2 A-D).

⁶ L. Longhi e coll. (1980,'82) hanno rilevato possibili correlazioni fra la sindrome dell'afasia e l'andamento delle performance ottenute al test dei bastoncini dai soggetti afasici ed inoltre un miglioramento clinico durante la terapia riabilitativa del linguaggio

Tale test valuta nel malato l'agibilità dei gradienti direzionali (verticale,orizzontale ed oblique) e la possibilità di poterli gestire nella riproduzione di figure geometriche (angolo, triangolo, quadrato ecc).

Il test propone dei livelli di ordinamento direzionale in ordine crescente di difficoltà:

- la riproduzione con *un bastoncino* delle direzioni inerenti la corporeità (orizzontale, verticale ed oblique)
- la riproduzione con *due bastoncini* della figura di un angolo, di un angolo diversamente orientato, di una figura di due bastoncini distanziati che
- richiamano la figura di un angolo, di un angolo diversamente orientato e la riproduzione della direzione di due bastoncini disegnati in ordine sparso
- la riproduzione con *tre bastoncini* di un triangolo, di un triangolo diversamente orientato, della figura di tre bastoncini distanziati tra loro che richiamano un triangolo, un triangolo diversamente orientato e la riproduzione della direzione di tre bastoncini disegnati in ordine sparso
- la riproduzione con *quattro bastoncini* della figura di un quadrato, di un quadrato diversamente orientato, della figura di quattro bastoncini disegnati in ordine sparso.

Il test dei bastoncini sonda la capacità del paziente di ordinare ai minimi livelli attraverso l'imitazione di un modello, tale prova non è da ritenersi come semplice copia passiva ma come incorporamento ed excorporamento, riproduzione del modello. Esso sonda l'agibilità dei gradienti direzionali.

Test di disegno figurativo-geometrico

Il soggetto deve copiare 12 disegni costituiti da segmenti di retta formati da una unità strutturale a tema ritmico e a complessità crescente, la complessità è tradotta come numero di vertici nella stessa unità strutturale (fig. 3).

Al soggetto si richiede di gestire un numero sempre maggiore di direzioni nell'ambito figurale-geometrico.

Il test di disegno geometrico propone la riproduzione ripetuta di angoli, triangoli, rettangoli e trapezi, la ripetitività è essenziale perché il malato non deve eseguire soltanto un disegno, ma deve essere in grado di assimilare e riprodurre dei nuclei di significatività che si ripropongono.

Questo secondo test mira a cogliere il rapporto fra una gestualità posseduta e un modello da inserire nel gesto, che il soggetto deve introiettare per poi poterlo esprimere con la propria gestualità.

Test di disegno figurativo-tematico

Il soggetto deve disegnare una casa, un volto e un fiore, prima spontaneamente e poi su copia (v. fig. 4); questa prova valuta la capacità del malato di gestire le direzioni in un ambito tematico.

Questo test coglie la possibilità di un'attività di ordinamento in un ambito più complesso rispetto ai primi due test.

I tests che sondano l'orientamento direttivo o spazialità agibile del gesto prassico ci permettono di vedere se il disordine verbale poggia o meno su un disturbo della capacità di organizzare una gestualità più semplice di quella verbale, in tal caso il recupero del gesto verbale sarà più difficile.

PROFILO DELL'AFASICO

DATA _____

E _____

NOME _____ ETÀ _____ SCOLARITÀ _____

INIZIO MALATTIA _____ DIAGNOSI _____

		0	1	2	3
ESPRESSIONE	Linguaggio spontaneo				
	Parole ripetute				
	Parole lette				
	Parole di immagine				
	Serie numerali normali				
	Serie numerali rovesciate				
	Coniugazione				
	Raccontino				
COMPRESIONE	Linguaggio spontaneo				
	Esecuzione ordini				
	Indicazioni				
	Raccontino				
PRASSIA	Prassia mimica				
	Prassia della mano				

Fig. 1.

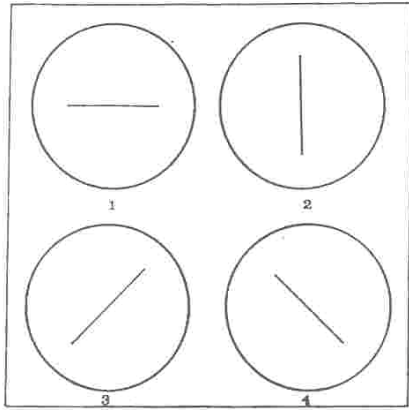


Fig. 2A.

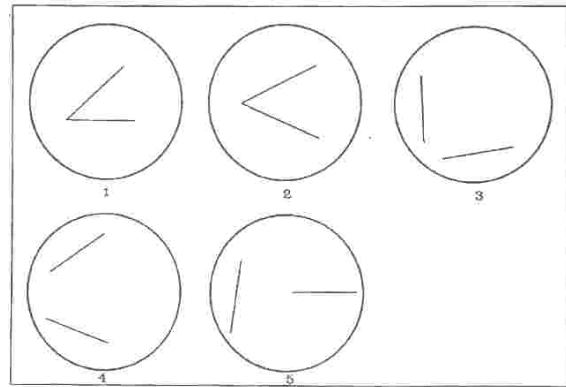


Fig. 2B.

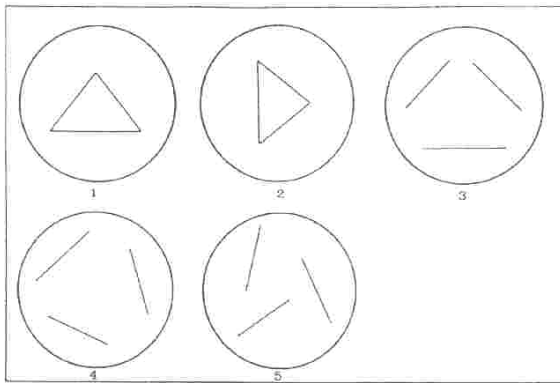


Fig. 2C.

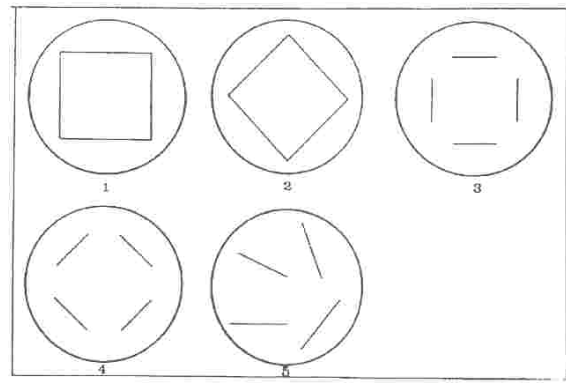


Fig. 2D.

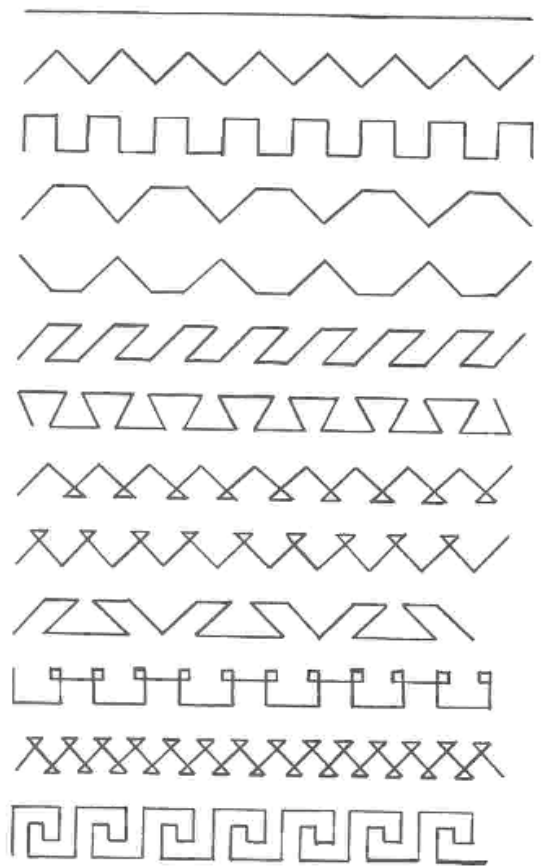


Fig. 3.

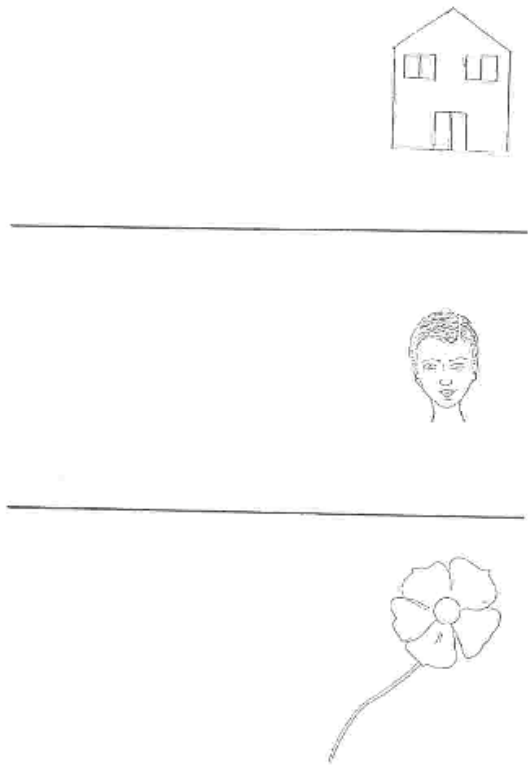


Fig. 4.

QUADRO SINOTTICO

Delle alterazioni della gestualità verbale nei tre livelli funzionali ipotizzati (L.Longhi 1985).

I° livello funzionale: gestualità articolatorio-fonetica

Espressione spontanea: abolito ogni eloquio o ridotto a poche emissioni fonetiche a tipo di stereotipi inarticolati.

Espressione sollecitata: abolite estremamente ridotte le modulazioni vocaliche.
Abolite: parola ripetuta, serie verbali, coniugazione, parola su immagini e su lettura.
Abolite: parole e frasi spontanee, comprese le interiezioni, esclamazioni, ecc.

Comprensione: conservata per ordini semplici e no; nel dialogo (con risposte mimiche appropriate).

Test dei bastoncini: bene.

Test geometrico: bene.

II° livello funzionale: gestualità articolatorio-fonemica

Espressione spontanea: presenti interiezioni, esclamazioni; assente o molto ridotto il messaggio.

Espressione sollecitata: possibili, anche se con qualche difficoltà le serie verbali (numeri, giorni della settimana, mesi dell'anno); nettamente più difficili se in ordine inverso. Possibile la parola ripetuta, eventuale differenza con mediazione del significato scritto (lettura) o iconico (figure). Possibile la parola nel completamento della frase e indicazione del posto della frase.

Comprensione: ridotta, irregolare, incostante; limitata agli ordini semplici ed alle piccole frasi con riferimento immediato e concreto alla situazione contingente e alla situazione personale. Indicazione di oggetti e figure nominati, a voce e per iscritto: più o meno compromessa. A livello di messaggio: difficile, ridotta con facili intossicazioni e ripetizioni, scrittura con disturbi paralleli.

Test dei bastoncini: più o meno compromesso.

Test di disegno: più o meno compromesso.

III° livello funzionale: gestualità frasale

Espressione spontanea: parola fluente, gergofasia; interiezioni, esclamazioni: bene

Espressione sollecitata: parola ripetuta bene o quasi bene, serie verbali bene o quasi bene anche in ordine inverso, con mediazione del significato iconico (visione di oggetti e la loro immagine) o grafico (lettura): scarsa o mancante, numerose parafasie.

Espressione a livello del messaggio: più o meno gravemente compromessa.

Comprensione di ordini elementari: più o meno difficile, incostante.

Comprensione su indicazione di oggetti e figure nominate o scritte: sufficientemente conservata.

Comprensione a livello del messaggio: più o meno compromessa.

Test dei bastoncini: bene o quasi:

Test del disegno geometrico: bene o quasi.

3. Riabilitazione dell'afasico

L'interpretazione longhiana dei disturbi afasici non fa della "parola" una fisiologia e una fisiopatologia a parte, diversa da quella del gesto volontario, quindi la logoterapia è vista all'interno di un progetto riabilitativo unico di recupero del gesto motorio, da quello segmentale a quello prussico e verbale; gesto che nella sua fondamentale unità è in grado di raccogliere in un solo momento l'intenzione, l'approntamento, l'esecuzione e lo scopo.

La struttura essenziale della logopedia è da un tale punto di vista, il recupero dei modelli di approntamento del gesto parola, sia nel suo farsi gesto articolatorio-fonemico, sia nel suo modularsi come possibilità significativa, contingente sui modelli del repertorio verbale codificato. Essa consiste fondamentalmente nell'offrire al malato l'opportunità di contattare con il suo gesto articolatorio-fonemico un modello verbale adeguato alle sue possibilità e di cercare di alimentare progressivamente tale rapporto.

Longhi ritiene che in ogni terapia che miri a sollecitare un recupero funzionale neurologico sia necessaria una conoscenza delle strutture e sub-strutture funzionali che sottendono normalmente la funzione interessata, il loro ruolo e la loro compromissione nel malato in terapia; egli ipotizza, come riportato nel momento della valutazione del disturbo afasico, una funzione fondamentale di orientamento direttivo nella quale riconosce tre sub-strutture o modalità di ambientamento del gesto: direzionale, figurativo-geometrica e figurativo-tematica, che è da supporto alla funzione del linguaggio suddivisa a sua volta in tre sub-strutture o modalità gestuali: struttura fonemica, monemica (o della parola) e frasale.

Per l'impostazione del programma dell'intervento riabilitativo il logopedista, tramite il "**Profilo dell'afasico**", rileva a livello della funzione di orientamento direttivo e a livello della funzione del linguaggio:

- la sub-struttura o modalità più compromessa;
- la sub-struttura o modalità meno compromessa

e di conseguenza è orientato su:

- quale sub-struttura o modalità va presa in maggior considerazione;
- quale sub-struttura o modalità può rappresentare una via possibile di facilitazione per il recupero funzionale.

Il "**Profilo dell'afasico**" permette alla logopedista di:

- fare una prognosi sulle possibilità di recupero
- definire l'obiettivo terapeutico
- scegliere la strategia riabilitativa più idonea al conseguimento dell'obiettivo.

Descriverò ad esempio tre strategie riabilitative del linguaggio, corrispondenti ai tre tipi di alterazioni della gestualità verbale esposti nel quadro sinottico; di fatto però, nella pratica riabilitativa, il logopedista può trovarsi di fronte a diverse modulazioni dei disturbi del linguaggio descritti. È importante quindi, attenersi ai principi fondamentali dell'ipotesi longhiana del disturbo afasico e cercare di capire se nel totale il malato manifesta dei segni più nel senso di un disturbo

della *tematizzazione* del gesto articolatorio-fonemico e della parola, cioè del momento delle sue *possibilità d'uso* o più nel senso di un disturbo dell'agibilità del gesto articolatorio-fonemico, cioè riguardante maggiormente la corporeità e le sue possibilità di modulazione del gesto (corporeità disponibile), anche se la realizzazione tematica apparirà ovviamente distorta ed impostare conseguentemente il programma di intervento terapeutico.

3.a *Programma di intervento logoterapico nell'alterazione della gestualità articolatorio-fonetica*

Obiettivo terapeutico

Il recupero dell'agibilità del gesto articolatorio-fonetico nella struttura del fonema, si tratta del recupero della pura articolarietà fonemica al di fuori di ogni possibile tematizzazione.

Strategia riabilitativa

Si basa fundamentalmente su due esercizi:

- la ripetizione di parole mono-bi-tri-quadri e polisillabiche significative e senza senso
- la modulazione fonemica delle parole mono-bi-tri-quadri e polisillabiche significative e senza senso ripetute dal malato.

L'esercizio di ripetizione di parole facilita nel malato il gesto articolatorio-fonemico in quanto offre un modello sonoro, quindi svolge un ruolo di un esercizio su copia.

L'esercizio di modulazione fonemica chiede al malato una gestione un po' più volontaria del gesto articolatorio-fonemico rispetto alla semplice ripetizione, esso ha lo scopo di favorire il passaggio dai gesti monosillabici a quelli plurisillabici.

Descrizione degli esercizi

A questo livello il linguaggio spontaneo del malato è limitato a poche emissioni fonetiche a tipo di stereotipi inarticolati, nell'espressione non è possibile alcuna inerenza tematica mentre è possibile che essa sia conservata nel momento della comprensione e dell'espressione attraverso la parola scritta.

Per cominciare possiamo proporre al paziente la ripetizione di quelle sillabe che sono più accessibili al suo gesto articolatorio-fonetico; se la ripetizione di alcune sillabe e la loro modulazione fonemica è possibile in modo sufficientemente stabile si può proporre al paziente la ripetizione di parole bisillabiche.

Per facilitare il gesto bisillabico si può proporre, in un primo momento, la ripetizione di parole bisillabiche significative e senza senso che il malato può ottenere ripetendo due volte di seguito la stessa sillaba, ad esempio: se il malato ha come unica possibilità di espressione un gesto come "ta...ta...ta.." possiamo vedere se egli è in grado di modularlo e proponiamo la ripetizione con modulazione vocalica: "to" "tu" "ti" "te". Se la modulazione monosillabica è discretamente possibile proviamo a chiedere al malato un gesto bisillabico a partire dai fonemi più possibili, proponendo ad esempio di ripetere la parola "tata", da modulare in "tato", "tito", "toto" ecc; se

vediamo che il paziente è agevolato nella ripetizione dall'inferenza del significato o tema, si può proporre la modulazione di parole significative come: "tetto", "tatto", "tutto" ecc. Allo stesso modo se osserviamo che il malato ha conservato una certa possibilità di un significato grafico possiamo facilitare la ripetizione e la modulazione di parole mono e bisillabiche attraverso la lettura delle stesse.

Se il paziente man mano riesce a ripetere e a modulare altre sillabe come ad esempio "no" o "la" ecc., possiamo proporgli la ripetizione di quelle parole bisillabiche che gli permettano di poter combinare variamente i gesti monosillabici a lui possibili come: "tana", "tane", "tino", "tono" o al contrario: "nota", "note", "nato" o "tela", "lana", "lino", "luna" ecc ; più sono i gesti articolatori-fonemici possibili più avremo un numero elevato di possibili combinazioni con un ampliamento progressivo del patrimonio articolatorio-fonemico.

Nel primo approccio terapeutico dobbiamo in tutti i modi cercare di far contattare al malato con il suo gesto articolatorio-fonetico, estremamente limitato, un qualsiasi modello articolatorio-fonemico, la partecipazione del logopedista è in questo caso necessaria perché egli può di volta in volta scegliere le parole da ripetere più idonee alla gestualità articolatorio-fonemica del soggetto in terapia. In una seconda fase della terapia invece, quando il paziente mostrerà di essere in grado di ripetere e modulare una quantità sufficiente di parole mono e bisillabiche, possiamo farlo esercitare nella ripetizione e modulazione di parole al registratore; egli dovrà in tal modo, adeguare il suo gesto articolatorio-fonetico ad un modello articolatorio-fonemico standard senza l'aiuto del terapeuta.

Il logopedista registrerà quattro nastri: il primo di parole bisillabiche, il secondo di parole trisillabiche, il terzo di parole quadrisillabiche ed il quarto di parole polisillabiche; ogni nastro sarà composto da diverse serie di parole, cinque per ciascuna serie, in modo tale da comprendere una varietà sufficiente di combinazioni fonemiche. La prima parola di ogni serie sarà significativa, per dare al paziente una maggiore possibilità di accedere al modello, le altre quattro parole della serie saranno date invece, dalla modulazione fonemica della parola iniziale (sostituzione di una o più vocali che compongono la parola). Questo esercizio è per gli afasici molto impegnativo e abbiamo potuto constatare che una modulazione fonemica della parola iniziale, che si protrae per una serie superiore a quattro o cinque parole, è per loro molto difficile da gestire.

Il malato potrà usare il tasto di pausa ogni volta che sentirà il bisogno di riposarsi; sarà il logopedista invece, ad interrompere l'ascolto se egli produrrà delle perseverazioni o delle stereotipie.

3b. Programma di intervento logoterapico nell'alterazione della gestualità articolatorio-fonemica

Obiettivo terapeutico

Il recupero della gestione tematica del gesto articolatorio-fonemico nella struttura della parola (monema).

Strategia riabilitativa

In un primo momento la terapia consisterà nel chiedere all'afasico una gestione del suo gesto articolatorio-fonemico in relazione ad un tema o modello generico del linguaggio, come ad esempio le serie verbali, in un secondo momento invece, quando il malato avrà recuperato una discreta gestione del gesto articolatorio-fonemico in relazione ad un tema generico, potrà essere impegnato in compiti che richiedono una gestione tematica specifica del gesto articolatorio-fonemico, in relazione a modelli tematici specifici del linguaggio.

Alcuni degli esercizi da proporre in ordine progressivo di difficoltà, secondo modelli tematici generici sono:

- la pronuncia delle serie verbali in ordine normale (numeri, giorni, mesi, dita della mano)
- la pronuncia delle serie verbali in ordine inverso (dieci, nove, otto o domenica, sabato, venerdì o dicembre, novembre, ottobre ecc.)
- la pronuncia delle serie verbali alternate in ordine normale (uno, tre, cinque o lunedì, mercoledì, venerdì o gennaio, marzo, maggio ecc.)
- la pronuncia delle serie numerali in ordine sparso (tre, cinque, sette o martedì, venerdì o febbraio, aprile ecc.)
- la coniugazione dei tempi verbali in ordine normale (io mangio, tu mangi ecc.)
- la coniugazione dei tempi verbali in ordine inverso (essi mangiano, voi mangiate, noi mangiamo ecc.)
- la coniugazione dei tempi verbali in ordine alternato (io mangio, egli mangia, voi mangiate ecc.)

Un primo esercizio da proporre all'afasico, secondo modelli tematici specifici, è il completamento di frasi, utilizzando anche le facilitazioni visive: figure e scrittura. Nel dispiegarsi del gesto verso la propria definizione tematica, cioè il contenuto, Longhi ipotizza, come già detto, un primo momento di **disponibilità generica-a** e un secondo momento di **disponibilità specifica per uno scopo**.

La **disponibilità generica** del malato al gesto-articolatorio-fonemico può farlo deviare verso contenuti diversi da quello intenzionato per cui in un primo approccio terapeutico dei compiti che richiedono un disporsi specifico a una determinata parola non sarebbero, da questo punto di vista, adeguati. L'impossibilità del malato a un determinato gesto verbale non gli permetterebbe l'esecuzione di un altro gesto, gli esercizi su modelli tematici generici offrirebbero all'afasico una tale opportunità ad esempio, nel dire le serie verbali egli potrà saltare alla pronuncia di un'altra parola, ma non di una parola che non sia nella serie. Quando il malato mostrerà di aver recuperato una certa agibilità del gesto verbale in relazione a modelli tematici generici, potrà incominciare ad esercitarsi in compiti che propongono una modulazione del gesto verbale in relazione a modelli tematici specifici. Scopo di una tale strategia terapeutica, è quello di portare l'afasico ad un recupero graduale della gestualità articolatorio-fonemica specifica che gli permetterà infine, di dire "la parola" mirata e non più "una parola" generica.

Descrizione degli esercizi

Serie verbali

Il logopedista per cominciare, proporrà all'afasico la pronuncia delle serie verbali in ordine normale, quando egli riuscirà in questo compito potrà provare a dire le serie verbali in ordine inverso. Una facilitazione che il terapeuta potrà offrire al paziente è quella di riprendere la serie dal punto in cui egli si interrompe o sbaglia per permettergli di rimpostare correttamente il suo gesto articolatorio-fonemico in relazione alla serie numerale restante.

Quando l'afasico riuscirà a dire correttamente la serie numerale da uno fino a dieci ad esempio, in ordine normale e rovesciata, potrà continuare ad esercitarsi con la serie numerale in ordine sparso; egli dovrà pronunciare immediatamente il numero che il terapeuta di volta in volta gli mostrerà con le dita: due...dieci... tre... ecc.

Un altro esercizio da proporre all'afasico in questa fase della logopedia, ad un livello di maggior complessità, potrebbe essere la pronuncia delle serie verbali in modo alternato, ad esempio: uno, tre,

cinque oppure lunedì, mercoledì, venerdì o gennaio, marzo, maggio...., anche per più serie consecutive come: lunedì, mercoledì, venerdì, domenica, martedì, giovedì e così via.

Possiamo osservare nel soggetto afasico l'impossibilità di dire delle parole isolate in confronto alle parole pronunciate all'interno di un contesto seriale come le serie verbali, questa difficoltà aumenta se si tratta di due o più parole; Longhi attribuisce ciò ad un gesto che rimane irrigidito su un modello unico, che il malato non riesce a rimuovere dalla sua articolazione. Il logopedista quindi, non si trova di fronte ad un gesto articolatorio-fonemico ricco di possibilità, tanto da poter chiedere al paziente di fornire un repertorio di moduli articolatorio-fonemici ai quali poter mettere l'etichetta della parola ma, deve fare in modo che l'afasico riesca il più possibile ad accedere ad altri modelli di gestualità articolatorio-fonemica.

Coniugazione

Per un passo ulteriore verso un gesto articolatorio-fonemico specifico il logopedista potrà proporre all'afasico la coniugazione dei tempi verbali a partire dal tempo presente, dei verbi che evocano maggiormente le azioni più concrete della vita quotidiana (mangiare, lavare, correre, guidare, cucinare ecc.)

La coniugazione, così come le serie verbali, offre al malato una spazialità predisposta nella quale si inserisce però, una predicazione e pertanto più vicina alla spazialità della frase; essa richiede al paziente una modulazione del gesto articolatorio-fonemico tale da poter fruire di una certa inerza di significato. Il logopedista potrà aiutare l'afasico, se ne avrà bisogno, suggerendo di volta in volta il pronome della coniugazione, ad esempio egli inizierà la coniugazione del verbo "dormire" dicendo: "io.....", l'afasico in questo modo sarà facilitato nella pronuncia della parola "dormo" dalla spazialità predicativa predisposta dal terapeuta, che attende di essere colmata. Quando il soggetto in terapia mostrerà di essere in grado di coniugare il tempo presente dei verbi proposti senza l'aiuto del terapeuta, potrà iniziare la coniugazione di altri tempi verbali (futuro, passato prossimo, passato remoto ecc.), aumentando così sempre più l'agibilità del gesto verbale.

In questa fase un'altra modalità di intervento riabilitativo sulla modulazione della gestualità articolatorio-fonemica, a livello predicativo, potrebbe essere quella di proporre all'afasico di iniziare la coniugazione di un verbo alla rovescia, partendo dal pronome "essi.....". Un ulteriore passaggio, per acquisire una maggiore agibilità del gesto articolatorio-fonemico potrebbe essere quello di completare la predicazione di un verbo in ordine sparso: la logopedista pronuncia un pronome a caso, ad esempio del verbo "mangiare" dicendo: "noi.....", "tu.....", "essi" e l'afasico deve completare prontamente la predicazione: "noi mangiamo", "tu mangi", "essi mangiano" ecc.

Se l'alterazione della gestualità articolatorio-fonemica è accompagnata da una alterazione della gestualità di "orientamento direttivo" o "motricità di approntamento", un intervento riabilitativo orientato esclusivamente al recupero del linguaggio non sarebbe da un tale punto di vista adeguato. In tal caso il terapeuta farà fare all'afasico quella che possiamo chiamare una "aprassoterapia"; egli rileverà dai tests di orientamento direttivo sopraindicati, il livello di disorganizzazione della gestualità direzionale e direzionale-figurativa (o direzionalità tematica) e proporrà alcuni dei compiti qui elencati, in ordine progressivo di difficoltà strutturale:

- disegni su copia: di semplici segmenti di retta diversamente orientati e successivamente riuniti in un contesto secondo angoli acuti, retti e ottusi, alternati.
- Puzzles e disegni su copia di contesti figurativi geometrici
- puzzles e disegni su copia di contesti figurativi tematici
- puzzles e disegni di contesti figurativi tematici da eseguire spontaneamente.

Il logopedista prepara il suo materiale didattico e ritaglia i puzzles secondo un criterio di complessità strutturale crescente, gli elementi da prendere in considerazione, che determinano la

complessità dei puzzles, sono: la quantità dei pezzi che compongono i puzzles e la quantità dei lati obliqui per ogni pezzo.

Da uno studio fatto da Longhi e coll. (1982) su un campione di 50 pazienti afasici si è rilevata una maggior difficoltà nella gestione delle direzioni oblique in confronto alla gestione delle figure geometriche come: l'angolo, il triangolo, il quadrato e il rombo quindi, più i puzzles saranno composti da pezzi con forme geometriche inusuali, con prevalenza di lati obliqui, più la loro organizzazione risulterà difficile per il malato.

3c. Programma di intervento logopedico nell'alterazione della gestualità frasale

Obiettivo terapeutico

Il recupero della gestione tematica del gesto verbale nella struttura della frase.

Strategia riabilitativa

Si baserà fundamentalmente su compiti che impegnano l'afasico in una gestione tematica specifica del gesto verbale. Essi sono:

- l'indicazione del posto della parola nella frase
- composizione di frasi
- completamento di frasi

Descrizione degli esercizi

Dal disporsi **generico-a** un contesto seriale elementare il paziente dovrà passare ad un disporsi **specifico-verso** una determinata parola, nella struttura predicativa della frase. In questo stadio della logopedia il terapeuta proporrà all'afasico il completamento di frasi; tale esercizio ha lo scopo di facilitare attraverso sollecitazioni tematiche la pronuncia di una parola (gesto verbale) che sia coerente con il contesto frasale proposto: "io bevo del.....", "io vado a....." ecc. Per ottenere una maggior produzione di parole adeguate al contesto, il logopedista può avvalersi di facilitazioni visive usando delle figure o delle foto; l'afasico non è obbligato a dire la parola specifica relativa a quella figura, è sufficiente in questa fase che dica soltanto una parola adeguata al contesto della frase; ad esempio per la frase: "io bevo del....." possiamo accettare che il paziente dica "caffè" anche se la figura che funge da facilitazione è quella del "vino". L'aspetto più importante dell'esercizio è quello di non uscire fuori dalla gamma di significati possibili intorno a quella parola, si chiede all'afasico di usare adeguatamente il gesto parola in quel contesto specifico. Possiamo immaginare un tiro a segno dove il centro sta ad indicare la parola bersaglio corrispondente alla figura, il paziente con il suo gesto verbale può non cogliere precisamente il centro, cioè il bersaglio, ma può arrivarci più o meno vicino rimanendo sempre nell'ambito d'uso possibile di quella parola. Quando il gesto parola esce fuori dallo spazio del tiro a segno vuol dire che l'afasico non è riuscito più a gestirlo, ad usarlo in modo intenzionale, possiamo dire che non è riuscito ad "incarnare un tema", a questo punto la sua frase ci apparirà incoerente.

Indicazione del posto della parola nella frase

Il logopedista dirà al malato ad esempio: "io corro alla stazione" e nel pronunciare la frase fa corrispondere ogni parola ad un dito della propria mano in successione: io-pollice, corro-indice, alla-medio, stazione-anulare e inviterà l'afasico a fare altrettanto. Il passo successivo sarà quello di

chiedere al paziente di indicare di volta in volta il dito corrispondente alla parola detta dal terapeuta, secondo un ordine sparso, ad esempio egli dirà: “ mi può indicare sulla sua mano, a quale dito corrisponde la parola “corro”? E la parola “alla”? E la parola “io”? e così via.

Il malato per indicare il dito giusto sarà obbligato ogni volta riorganizzare la frase, a ordinare o programmare uno spazio frasale.

Composizione di frasi

L'afasico dovrà comporre per iscritto progressivamente, frasi di quattro, cinque, sei parole ecc. Il logopedista disporrà sul tavolo casualmente dei pezzi di carta su ognuno dei quali sarà scritta una delle parole che compongono la frase, il malato dovrà ordinarli in una sequenza significativa e leggerla ad alta voce.

Completamento di frasi

Il logopedista pronuncerà o scriverà delle frasi lasciando vuoto lo spazio corrispondente, di volta in volta, o al complemento oggetto o al soggetto o al predicato e chiederà all'afasico di colmarlo completando così la frase. Questo compito ha lo scopo di ridurre il comportamento afasico invitando il paziente a gestire le parole entro una spazialità predicativa predisposta.

Quando il malato sarà in grado di completare verbalmente, con una certa immediatezza, frasi semplici come ad esempio: “io taglio della..... carne”, potrà completare frasi strutturalmente più complesse come ad esempio: “ io taglio della carne con.....il coltello” oppure potrà completare la stessa frase con più complementi o più predicati o più soggetti, come ad esempio: “io lavo dei.....panni”, “ io lavo dei..... piatti”, “io lavo deibicchieri” oppure “noi.....la frutta” che può essere completata nei vari modi: “noi compriamo la frutta” o “noi sbucciamo la frutta” o “noi mangiamo la frutta” ecc.

3d. Programma di intervento logopedico nell'alterazione della gestualità discorsiva

Il malato cerebroleso che possiede una gestualità frasale non è considerato, nell'ottica longhiana, come già accennato, un “vero afasico”, per cui non viene descritto nel quadro sinottico, ma in riabilitazione un programma di intervento terapeutico per questo tipo di pazienti, definiti agrammatici, che hanno generalmente una prognosi buona potrà essere così impostato:

Obiettivo terapeutico

Il recupero della gestione tematica del gesto frasale nella struttura o gestualità discorsiva.

Strategia terapeutica

I compiti da proporre in questa fase della terapia mirano ad ottenere dal paziente una modulazione del gesto verbale nell'ambito di una struttura discorsiva già predisposta (modello), e successivamente una modulazione spontanea.

Gli esercizi da eseguire su modello sono:

- lettura di brevi racconti
- lettura di brevi racconti secondo regole che portano il soggetto ad una costante modificazione o modulazione del racconto stesso

Gli esercizi da eseguire spontaneamente sono:

- descrizione di brani scelti
- descrizione di esperienze vissute ed altri argomenti specifici.

Descrizione degli esercizi

Quando il paziente sarà in grado di leggere dei racconti con una certa fluidità, potrà passare alla lettura di racconti ai quali dovrà apportare una modifica rispettando il cambiamento di una regola grammaticale, di volta in volta suggerita dal logopedista. Un esempio potrebbe essere quello di modificare il soggetto del racconto passando dal singolare al plurale:” Un uomo che si trovava in una barca sul mare lasciò scivolare per sbaglio nell’acqua una perla di gran valore.....” dovrà essere trasformato, mantenendo in mente la nuova regola in: “Degli uomini che si trovavano in una barca sul mare lasciarono scivolare per sbaglio nell’acqua una perla di gran valore....” continuando così per tutta la lunghezza del racconto oppure quello di modificare il tempo dei predicati ecc.

Lo scopo di tale esercizio, come già accennato, non è quello di far ri-apprendere al malato delle regole grammaticali, ma piuttosto quello di ottenere una modulazione del gesto verbale che produce il racconto, la grammatica pertanto è qui considerata come una modalità gestuale, che è convenzionale. Quando il paziente sarà in grado di modulare la lettura di racconti gli si chiederà di descriverli.

Riassunto

L’A. descrive un approccio antro-po-fenomenologico alla valutazione e riabilitazione del disturbo afasico facendo riferimento alla semeiotica dell’afasia ipotizzata dal neurofenomenologo Lamberto Longhi.

Il linguaggio nell’ottica antro-po-fenomenologica non è concepito come un’acquisizione definitiva dell’uomo, ma è un’esperienza del soggetto continuamente rinnovabile; è un comportamento comunicativo, uno dei gesti possibili del nostro corpo, anche se il più complesso. Il gesto verbale ha come “sfondo” un corpo che si muove intenzionalmente verso il Mondo, verso uno scopo, e nel movimento esperisce la sua qualità spaziale, spazialità di situazione.

L.Longhi ha cercato di studiare negli afasici i momenti di sviluppo di una struttura fondamentale spazio- temporale inerente all’orientamento corporeo e i momenti di sviluppo del gesto frasale ed ha ipotizzato tre livelli di strutturazione e simbolizzazione del gesto iconografico e del gesto frasale sui quali articola una nuova classificazione del disturbo afasico.

Compito della logopedia secondo l’approccio longhiano, sarebbe quello di far ri-costruire, ri-esperire, ri-apprendere al malato afasico le tappe di sviluppo del gesto iconografico e verbale a partire dal livello compromesso.

Parole chiave

Gesto verbale, spazialità prospettica o agibile, corporeità disponibile, usabilità.

BIBLIOGRAFIA

Afasia, L.Longhi, Trattato di Neurologia Riabilitativa M.M.Formica - Ed. Marrapese Roma 1985

La parola come gesto: la sua spazialità

L.Longhi, L.Gomato, O.Manzetti, D.Parenti, L.Pigazzi, K.Pimpinella – Ermes Medica 1981

Sulla aprassia costruttiva

L.Longhi, L.Gomato, O.Manzetti, D.Parenti, L.Pigazzi, K.Pimpinella - Ermes Medica 1981

Neuropsicologia dell'Emiplegia: possibile versione antropologico-fenomenologica, L.Longhi

Atti del II Meeting di Neuroriabilitazione – Quaderni di Acta Neurologica XLIII 1981

Le spazialità prospettiche: il gradiente di verticalità nelle indicazioni prospettiche, L.Longhi

Rivista di Neurobiologia Vol. XXVI – 1980

La “distanza” nell'approntamento del gesto volontario, L.Longhi, M.M.Formica, G.Pessia

Rivista Sistema Nervoso e Riabilitazione anno1 n.0 1992

La spazialità del movimento L.Longhi, M.M.Formica

Rivista di Neurologia e Scienze Umane – “ Il Pensiero Scientifico” Ed. Vol II n° 3 1982

Introduzione ad una Neurologia Fenomenologia, L.Longhi - Società Editrice Universo 1969

Il concetto di “presentificazione” nell’ambito neurologico, L.Longhi

Rivista Sistema Nervoso Vol. XXIII – 1971

Appunti sulla fenomenologia del movimento volontario, L.Longhi

Rivista di Neurobiologia Vol. XXVI – 1980

Le spazialità prospettiche: gradienti direzionali. “gradiente di orizzontalità”.

Spazialità di manipolazione e di afferramento. Prospettiva fenomenologia

L.Longhi, F.Pisari, G.Puccetti, I. Zani - Rivista di Neurobiologia Vol. XXVI – 1980

Il gesto e la parola, Leroi-Gouran – Einaudi 1977

La neuroriabilitazione, approccio neuropsicologico e versione antropologica, L.Longhi,

L. Gomato, F.M. Pisari - Riabilitazione e Apprendimento -anno 10,n.1 Liviana Editrice 1990

La neuroriabilitazione, approccio neuropsicologico versione antropologica,

L.Longhi, L. Gomato, F.M. Pisari – Riabilitazione e Apprendimento -anno 10,n.2 –

Liviana Editrice 1990

Un contributo al metodo in riabilitazione, L.Gomato

Sistema Nervoso e Riabilitazione – Volume VIII, fascicolo 3 – Cuzzolin Editore 2004

Approccio antropo-fenomenologico alla riabilitazione dell'emiplegico, L.Gomato

Sistema Nervoso e Riabilitazione – Volume VIII, fascicolo 2 - Cuzzolin Editore 2005

L'idea della fenomenologia, Husserl – Il Saggiatore 1981

Fenomenologia della percezione, M. Merleau -Ponty – Bompiani 2009

La struttura del comportamento, M. Merleau-Ponty – Bompiani 1970

Segni, M.Merleau-Ponty – Il Saggiatore 1967

Il problema della corporeità, D. Cargnello – Riv. “Il lavoro neuropsichiatrico” XLIV 1291 – 1312

Il corpo non mente, Luciano Marchino – Frassinelli 2004

Come pubblicare su Neuroscienze.net

Neuroscienze è una rivista on-line di informazione scientifica che tratta tematiche di Neuroscienze, Psicologia e Scienze Cognitive.

Chi può collaborare?

Se sei un medico, un neurologo, uno psichiatra, uno psicologo, o se hai conoscenze specifiche di neuroscienze, psicologia o scienze cognitive in genere, **Neuroscienze** ti offre la possibilità di collaborare inviando i tuoi lavori.

Che percorso farà il tuo articolo?

Gli articoli ricevuti verranno considerati per la pubblicazione dall'[Editorial Board](#) e successivamente inviati ai referee per la valutazione.

Come devono essere gli articoli?

Per poter essere pubblicato su **Neuroscienze**, il tuo lavoro deve rispettare le prescrizioni contenute nella pagina "[LINEE GUIDA PER GLI AUTORI](#)".

Come inviare il tuo articolo?

Per inviare il tuo articolo a **Neuroscienze** devi essere registrato al portale ed aver effettuato l'accesso con username e password forniti al momento dell'iscrizione. A quel punto potrai accedere direttamente alla zona riservata ed inserire autonomamente il tuo articolo.

Linee Guida per gli Autori

Tutti i manoscritti sono soggetti a revisione redazionale. La presentazione di un articolo per la pubblicazione NON implica il trasferimento del diritto d'autore da parte dell'autore all'editore. Tutti i documenti sono pubblicati sotto [Licenza Creative Commons](#). E' responsabilità dell'autore ottenere il permesso di riprodurre immagini, tabelle, ecc da altre pubblicazioni.

Requisiti

Titolo, Autore e sottotitolo: titolo, nome dell'autore e un sottotitolo sono necessari.

Parole chiave (keywords): per motivi di indicizzazione, un elenco di 3-10 parole chiave è essenziale.

Abstract: Ogni articolo deve essere accompagnato da un Abstract di un massimo di 10 righe.

Note: Evitare le note a piè di pagina. Quando necessario, numerarle consecutivamente e riportare le diciture appropriate a piè di pagina.

Bibliografia: nel testo segnalare i riferimenti degli autori (cognomi ed anno di pubblicazione) tra parentesi. L'elenco dei riferimenti deve essere in ordine alfabetico secondo il cognome del primo autore di ogni riferimento. Il cognome di ogni autore è seguito dalle iniziali del nome. Si prega di citare tutti gli autori: 'et al.' non è sufficiente. A questi devono seguire: l'anno tra parentesi, titolo, rivista, volume e numero delle pagine.

Esempi:

Articoli pubblicati su Giornale: Gillberg, C. (1990). Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 99–119.

Libri: Atkinson, J. (2000). *The developing visual brain*. Oxford: Oxford University Press Oxford Psychology Series.

Contributi a Libri: Rojahn, J, e Sisson, L. A. (1990). Stereotyped behavior. In J. L. Matson (Ed.), *Handbook of behavior modification with the mentally retarded* (2nd ed.). New York: Plenum Press.

Pubblica un Articolo

Dopo esserti registrato al portale, invia il tuo articolo dalla pagina:

http://www.neuroscienze.net/?page_id=1054