

# Rieducazione cognitiva e del linguaggio nell'adulto

J.-M. Mazaux, M.-F. Delair

*La rieducazione cognitiva e del linguaggio si rivolge a pazienti che presentano un'afasia, un'eminegligenza e dei disturbi della memoria, dell'attenzione o delle funzioni esecutive nei postumi di accidenti vascolari cerebrali e di traumi cranici, nelle affezioni neurodegenerative, in alcune encefaliti e in tumori operati. Le tecniche centrate sui deficit mirano a migliorare i disturbi stessi. Gli approcci funzionali, centrati sulle limitazioni delle attività, mirano a sviluppare delle strategie di adattamento e delle supplenze, in vista dell'autonomia della vita quotidiana e sociale. La rieducazione può essere effettuata in istituzione o in day hospital, con il vantaggio di essere multidisciplinare, oppure in logoterapia privatamente. Non esiste un programma tipo; occorre privilegiare le azioni direttamente utili per la vita quotidiana. La prescrizione e il progetto terapeutico si stabiliscono in funzione delle esigenze del paziente, della coscienza che egli ha dei suoi disturbi e della sua evoluzione psicologica, che condizionano la sua partecipazione attiva, e delle reazioni delle persone vicine. È la valutazione obiettiva dei risultati funzionali rispetto alla situazione iniziale che determina la prosecuzione o meno della terapia.*

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

**Parole chiave:** Rieducazione cognitiva; Ortofonia; Afasia; Eminegligenza; Memoria; Funzioni esecutive

## Struttura dell'articolo

|   |   |
|---|---|
| ■ Introduzione                                      | 1 |
| ■ A quali pazienti si rivolge questa rieducazione?  | 1 |
| ■ Bilanci e tecniche di rieducazione                | 2 |
| ■ Approcci centrati sui deficit                     | 2 |
| Afasia  | 2 |
| Eminegligenza                                       | 2 |
| Aprassia, agnosia                                   | 3 |
| Disturbi di memoria                                 | 3 |
| Disturbi dell'attenzione e delle funzioni esecutive | 3 |
| Rieducazione e demenza                              | 3 |
| ■ Approcci centrati sulle limitazioni di attività   | 4 |
| ■ Prescrizione in pratica                           | 4 |
| ■ Conclusioni                                       | 4 |

## ■ Introduzione

I disturbi cognitivi e del linguaggio costituiscono una causa principale di disabilità e di sentimenti di isolamento, di incomprendimento, di devalorizzazione e di incapacità ad agire sul mondo esterno nelle persone cerebrolese. Essi sono responsabili di modificazioni del comportamento mal vissute dalle persone vicine, a volte pericolose per il soggetto, e di difficoltà di inserimento sociale.

La rieducazione proposta per questi disturbi si è evoluta in funzione dei progressi delle conoscenze e della comprensione del funzionamento dei sistemi cognitivi. Essa mira a ridurre i disturbi, a sviluppare l'autonomia e a favorire l'adattamento alla disabilità sociale<sup>[1]</sup>. Noi ci limitiamo, in questo articolo, alle sue applicazioni nell'adulto.

## ■ A quali pazienti si rivolge questa rieducazione?

Le indicazioni dipendono dalla natura e dalla sede della lesione cerebrale.

Nei casi di lesione focale, gli accidenti vascolari cerebrali (AVC) costituiscono la principale eziologia, ma la rieducazione può essere proposta anche in altri casi: tumore operato (meningioma, metastasi unica), encefalite e trauma cranico a lesione focale (ferita craniocerebrale, contusione, ematoma)<sup>[2]</sup>. Le lesioni dell'emisfero sinistro provocano soprattutto dei disturbi del linguaggio di natura afasica, le lesioni destre sono responsabili soprattutto di eminegligenza spaziale e/o corporale e le lesioni frontali (meningiomi, rotture di aneurismi dell'arteria cerebrale anteriore o della comunicante anteriore, traumi cranici) di sindromi disesecutive.

Nei casi di lesioni cerebrali diffuse, prevalgono i disturbi dell'attenzione, della memoria e delle funzioni esecutive. Si tratta soprattutto di traumi cranici a lesioni assinali diffuse, di patologie metaboliche, anossiche o neurodegenerative come la

malattia di Parkinson e la sclerosi multipla o di conseguenze tardive dell'epilessia o di idrocefali dell'infanzia. Infine, benché si ammetta che la rieducazione cognitiva non ha un impatto su una demenza costituita, esistono alcune possibilità in forme lievi e/o iniziali.

## ■ Bilanci e tecniche di rieducazione

Il progetto terapeutico e la scelta delle tecniche sono stabiliti a partire dai risultati di un bilancio dettagliato delle funzioni cognitive, precisando i campi alterati, ma anche le funzioni preservate, sulle quali ci si baserà. Si utilizzano dei test standardizzati: versioni francesi del Boston Diagnostic Aphasia Examination o della scala di memoria MEM III, Scala di comunicazione verbale di Bordeaux, Figura complessa di Rey, test di Grober e Buschke, valutazioni ecologiche delle funzioni esecutive e così via. Questo bilancio può richiedere un po' di tempo, ma è, in sé, terapeutico; non è una perdita di tempo che ritarderebbe la rieducazione!

In riferimento alla Classificazione internazionale della funzione, della salute e della disabilità dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si possono, poi, distinguere tre tipi di approcci.

Le rieducazioni centrate sui deficit mirano a migliorare direttamente la funzione compromessa, quando il disturbo è sufficientemente puro e isolato, con ancora buone capacità di recupero postlesionale. Gli approcci funzionali, o ecologici, sono centrati sulle limitazioni delle attività. Essi mirano a migliorare l'autonomia della vita quotidiana, domestica e sociale, sviluppando dei comportamenti utili per il quotidiano, delle supplenze o dei mezzi di compenso. Gli approcci globali, od olistici, integrano e completano i precedenti, insistendo sulla globalità biopsicosociale della persona, sulla sua evoluzione psicologica e sulle restrizioni di partecipazione che essa subisce<sup>[3]</sup>. Infine, le tecniche di rieducazione in «realtà virtuale» che si sviluppano attualmente rappresentano una via futura molto incoraggiante.

## ■ Approcci centrati sui deficit

### Afasia

L'afasia è una patologia molto frequente, che compare in circa un terzo dei casi di AVC.

La logopedia rappresenta l'essenziale della gestione. Si distinguono degli approcci cognitivi e degli approcci osservazionali<sup>[4]</sup>.

Negli approcci cognitivi, la costruzione del progetto terapeutico passa per il reperimento dei livelli di trattamento psicolinguistico compromessi e per la formulazione di un'ipotesi sul meccanismo del disturbo, in riferimento ai modelli del linguaggio del soggetto sano.

Si scelgono, in seguito, dei compiti di rieducazione specifici del livello o dei livelli di rappresentazione alterati. Per esempio, nei disturbi di livello semantico, si propongono dei compiti di classificazione o di definizione di parole e, nei disturbi di livello lessicale (mancanza della parola), degli esercizi di denominazione di immagini o con l'utilizzo. In caso di disturbi fonologici, si utilizzano dei compiti di designazione di immagini e di rime, di segmentazione e individuazione del numero di sillabe, di ripetizione e di lettura ad alta voce. Nei disturbi di livello fonetico (disturbi di articolazione), si propone un lavoro orofacciale analitico, suono per suono, o la «terapia melodica e ritmata», che consiste nell'accompagnare l'emissione di frasi con un contorno melodico semplice che si rimuove progressivamente (Fig. 1). L'automazione delle acquisizioni avviene attraverso la conversazione, i dialoghi e la recitazione. La rieducazione della lettura passa per un'analisi della lesione rispettiva della via di indirizzamento e della via di assemblaggio e per la proposta di esercizi volti a ristabilire una di queste appoggiandosi sull'altra.

A complemento di questo approccio cognitivo, l'approccio pragmatico e l'approccio psicosociale conoscono un grande sviluppo. L'obiettivo è di aiutare la persona afasica a comunicare meglio con i suoi simili e a ritrovare un suo posto nella famiglia



Figura 1. Rieducazione dell'afasia. Terapia melodica e ritmata.



Figura 2. Rieducazione dell'afasia. Tecnica Promoting Aphasia Communication Effectiveness (PACE).

e nella società. La Promoting Aphasia Communication Effectiveness (PACE) di Davis e Wilcox consiste nel portare il paziente a comunicare con tutti i mezzi: parola, disegno, mimi, onomatopee e così via, per scambiare con il terapeuta delle informazioni su delle fotografie nascoste al suo sguardo (Fig. 2). L'alternanza dei ruoli permette al paziente di essere, di volta in volta, nella situazione di fornitore di informazioni e di recettore. In funzione del contesto e dello stadio evolutivo, i logopedisti utilizzano anche delle tecniche di gioco di ruolo (il commerciante e il cliente), di messa in una situazione concreta, di lavoro di gruppo e di conversazioni tra più soggetti. L'educazione terapeutica delle persone vicine completa queste tecniche pragmatiche. Quando il disturbo rimane massivo, si dispone di classificatori di comunicazione su CD, personalizzati in funzione dei bisogni e costituiti da foto proprie ad ogni paziente<sup>[5]</sup>.

Il medico curante trova anche dei passaggi preziosi presso dei laboratori organizzati dalle antenne locali della Federazione nazionale degli afasici di Francia.

Degli studi suggeriscono che il piracetam, la bromocriptina, l'amantadina e il donepezil sarebbero in grado di favorire il recupero cerebrale dell'afasia, in sinergia con la rieducazione ortofonica, ma essi richiedono ulteriori conferme. La stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rTMS) precoce potrebbe anche avere un effetto favorevole sul recupero.

### Eminegligenza

L'eminegligenza o negligenza spaziale unilaterale (NSU) è un disturbo dell'attenzione spaziale rivolto a una parte del campo

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465078>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465078>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)