

#05 TFM nell'aprassia verbale - Socrate porge i suoi saluti

Studio originale: Bislick, L. (2020). A Phonomotor Approach to Apraxia of Speech Treatment. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29. 2109–2130.

https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00116

L'aprassia verbale acquisita si presenta solitamente dopo un ictus dell'emisfero sinistro, spesso in combinazione con l'afasia. Quando si parla di aprassia verbale ci si riferisce ad un disturbo della fase di pianificazione motoria della produzione orale, ovvero il momento in cui le rappresentazioni linguistiche astratte vengono trasformate in comandi motori del linguaggio. È caratterizzata da una produzione affaticata con suoni distorti, sostituiti e prolungati, un rallentamento della velocità di eloquio e dall'alterazione della prosodia. L'aprassia verbale ha un forte impatto sull'intelligibilità. Nei casi più gravi, risulta impossibile esprimersi oralmente.

Diversi approcci terapeutici per le aprassie verbali sfruttano elementi articolatori cinematici, ritmici o di supporto. Tutti gli approcci sottolineano l'importanza di un'attenta selezione degli stimoli. C'è una sequenza gerarchica di esercizi e bisogna allenarsi in modo intensivo e sistematico. In particolare, i metodi articolatori-cinematici sono stati i più studiati in passato. L'obiettivo principale di questo tipo di trattamento è migliorare l'articolazione di determinati suoni in parole, periodi e infine frasi. Questi approcci si basano sulla ripetizione frequente, includendo anche input sensoriali esterni, come stimoli uditivi, visivi o tattili.

La Terapia Fonomotoria (TFM) di Kendall e del suo team (2018) rientra in questa tipologia di approcci: combina produzione orale ed esercizi percettivi. In questo trattamento, l'attenzione è rivolta alla ripetizione, al modellamento, suggerimenti verbali, stimoli visivi ed un allenamento ad alta frequenza. La TFM fornisce anche input sensoriali sotto forma di movimenti del labiale, così come aiuti scritti, verbali e tattili-cinestetici per promuovere il posizionamento corretto degli organi articolatori in funzione della produzione orale. Una particolarità di questo metodo è la tecnica delle domande socratiche, che prevede che i/le pazienti stessi/e debbano decidere in autonomia se la loro reazione è stata corretta o in caso contrario, analizzarne il motivo. Si tratta di una componente essenziale per tutte le fasi dell'attività. Il trattamento è strutturato seguendo una rigida gerarchia. Il protocollo TFM originale (Silkes et al., 2017) può essere consultato gratuitamente sul sito web dell'Università di Washington (*University of Washington*).

Lauren Bislick della *University of Central Florida* ha valutato nel 2014 una versione modificata del TFM per l'aprassia verbale in un *case study*. La versione modificata del TFM coincide in modo significativo con il protocollo TFM originale. Tuttavia, l'attenzione in questo caso è posta principalmente sull'attuazione motoria piuttosto che sul richiamo lessicale. L'obiettivo era infatti quello di valutare la TFM in soggetti con aprassia verbale e afasia al fine di perfezionare la metodologia di trattamento.

Due uomini con aprassia verbale cronica e afasia a seguito di ictus nell'emisfero sinistro sono stati reclutati per partecipare a questo studio. Gli stimoli sono stati selezionati individualmente e in base all'accuratezza della produzione. L'obiettivo del trattamento era la produzione corretta di singoli suoni o combinazioni di suoni specifici: questi sono stati scelti in una seduta diagnostica in cui è stato chiesto ai partecipanti di ripetere 685 parole monosillabiche e polisillabiche. I suoni che sono stati prodotti con un'accuratezza inferiore del 60% sono stati scelti come stimoli. I suoni sono stati allenati prima singolarmente e poi principalmente all'interno di non parole, mentre gli effetti di generalizzazione sono stati misurati utilizzando parole reali.

Gli stimoli sono stati suddivisi in due gruppi ed è stata condotta una *baseline* separata per ciascun gruppo. Dopodiché, gli items di entrambi i gruppi sono stati utilizzati per il



trattamento prima uno e poi l'altro. Inoltre, 8-10 settimane dopo il termine del trattamento è stato effettuata una rilevazione di *follow-up*. Le rilevazioni consistevano in esercizi di ripetizione e sono stati utilizzati per valutare l'acquisizione, la generalizzazione ed il mantenimento delle abilità allenate.

La versione modificata della TFM qui utilizzata differisce dall'originale in quanto è stata prestata particolare attenzione alla produzione dei fonemi problematici e non corretti. La versione originale, invece, si concentra su tutti i fonemi, al fine di allenare il richiamo lessicale. Inoltre, il protocollo TFM qui presentato si concentra di più sulla produzione che sulla percezione. I partecipanti hanno ricevuto un' ora di trattamento con un/una logopedista per tre volte alla settimana. La durata totale dell'intervento è stata differente a seconda delle esigenze individuali. La terapia di un suono *target* veniva considerata riuscita quando risultava possibile articolarlo correttamente con un'accuratezza dell'80%.

Complessivamente, questo studio ha mostrato che l'approccio TFM modificato ha potuto migliorare l'accuratezza della produzione verbale per i suoni allenati. Inoltre, è stato possibile osservare una generalizzazione negli *items* non trattati ma correlati con i *target*, così come il mantenimento degli effetti del trattamento per entrambi i soggetti. Il soggetto 1 ha inoltre riscontrato che dopo il trattamento aveva maggiore fiducia in sé nel parlare e, sia la sua partner che il/la logopedista del gruppo di auto-aiuto che frequentava, hanno riferito di aver notato cambiamenti positivi dell'eloquio. La sua percezione del suo modo di parlare è cambiata però leggermente in negativo, probabilmente perché grazie al trattamento è diventato più consapevole dei propri errori. Il partecipante 1 era una persona socievole che ha continuato a frequentare il suo gruppo di sostegno anche durante e dopo il periodo di trattamento e ha partecipato ad incontri via Skype con amici. Anche questo aspetto potrebbe averlo portato a poter mettere in pratica le abilità apprese in occasione di conversazioni, facilitando così la generalizzazione nella quotidianità. Inoltre, la sua afasia ed alessia erano piuttosto lievi rispetto all'aprassia verbale e potrebbero anche aver influenzato il successo del trattamento. I punti di forza del paziente nella lettura e nell'elaborazione del linguaggio sono sicuramente stati utili per la comprensione dei numerosi stimoli scritti e uditivi, giovano quindi alla riuscita del trattamento.

Il soggetto 2 ha mostrato un leggero miglioramento dell'accuratezza della produzione dei suoni per le non parole trattate. È interessante notare, tuttavia, che c'è stato un miglioramento fortemente significativo nell'accuratezza dei suoni trattati in non-parole non allenate e in parole reali. La generalizzazione ha quindi avuto più successo in questo caso rispetto agli effetti che sono stati registrati sul materiale allenato. Questo potrebbe essere legato al fatto che le non-parole sono spesso percepite come più difficili in quanto non hanno un contesto linguistico. Le rilevazioni di *follow-up* hanno mostrato un mantenimento degli effetti del trattamento solo per il primo *set* di stimoli. Tuttavia, complessivamente i risultati non sono stati così buoni rispetto al soggetto 1. In primo luogo probabilmente perché il trattamento ha dovuto essere interrotto prima a causa di un conflitto personale imprevisto. Il trattamento è terminato per ogni serie di stimoli prima che venisse raggiunto il criterio dell'80%. Se questo obiettivo non viene raggiunto, ciò può riflettersi anche sugli effetti della terapia. Allo stesso tempo, il soggetto 2 presentava anche una grave afasia, mentre l'aprassia verbale era piuttosto lieve. Inoltre, non era così impegnato socialmente come la persona 1.

Anche se si trattava di un *case study*, i risultati sono stati descritti in modo molto dettagliato e sono stati identificati diversi punti che possono favorire il successo del trattamento con il programma TFM.

Questo studio mostra che un intervento TFM modificato può contribuire al miglioramento e mantenimento dell'accuratezza della produzione dei fonemi in persone con aprassia verbale. Sono necessarie ulteriori ricerche per determinare quali fattori personali abbiano un' influenza sui risultati.

Studio riassunto da Alicia Kluth della Ludwig-Maximilians-Universität di Monaco di Baviera e tradotto in italiano da Carolina Zanchi.

Una descrizione dettagliata della terapia fonomotoria si trova nel materiale aggiuntivo/supplemento di questo episodio sul sito www.lingo-lab.de/podcastit (icona della cartella con il simbolo +).

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

Ulteriori Fonti:

Bislick, L. P., Oelke, M., & Kendall, D. (2014). Phonomotor rehabilitation of apraxia of speech. *Journal of Medical Speech- Language Pathology*, 21(1), 15–31.

Kendall, D., Oelke, M., Brookshire, C.E., Nadeau, S.E. (2015). The influence of phonomotor treatment on word retrieval abilities in 26 individuals with chronic aphasia: An open trial. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 58(3): 798-812.

Silkes, J. P., Oelke, M., Allen, W. M., & Kendall, D. L. (2017). Phonomotor treatment: Principles and methods. <https://canvas.uw.edu/courses/1166215>

Links:

Un manuale dettagliato del trattamento TFM con esercizi e quiz di apprendimento può essere consultato sul sito della University of Washington a questo link:

<https://canvas.uw.edu/courses/1166215>

Il Paper tuttavia non è ancora stato *peer-reviewed*.

Liste di materiale in lingua inglese, immagini della bocca e modelli per la TFM si possono inoltre trovare qui:

<https://sphsc.washington.edu/research-labs/aphasia-research-lab/professionals>