



#55 La CIAT incontra l'afasia infantile

Studio originale: [Spencer, P. G. \(2020\). ISKA – Intensives Sprachtraining für Kinder mit Aphasie in Anlehnung an CIAT: Besonderheiten in Therapiesetting und Diagnostik sowie Ergebnisse zur Wirksamkeit. Sprache · Stimme · Gehör, 44\(4\), 199-204. DOI: 10.1055/a-1207-3520.](#)

Ogni anno sono circa 3000 i bambini e gli adolescenti colpiti da afasia, e di questi molti casi non vengono riconosciuti (Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V., 2024). L'afasia infantile è un disturbo del linguaggio acquisito in seguito a lesione cerebrale. Secondo Spencer (2020) sono da considerare i seguenti criteri:

1. Il disturbo compare dopo l'inizio dell'acquisizione della prima lingua a livello di parola e prima del suo completamento nella lingua parlata e scritta. Da un punto di vista temporale corrisponde tra i 2 e gli 11-12 anni di vita.
2. Può interessare tutte le modalità linguistiche.
3. Ha un alto rischio di impattare sullo sviluppo psicosociale e linguistico successivo, soprattutto nell'area del linguaggio scritto.

Quest'ultimo punto è essenziale, in quanto permette una diagnosi differenziale tra afasia infantile e afasia adulta. Il più delle volte il linguaggio spontaneo viene recuperato velocemente dai bambini. La lesione cerebrale, tuttavia, può portare a una ridotta capacità di apprendimento. Anche dopo una riabilitazione di successo, possono presentarsi conseguenze a lungo termine (Taylor & Alden, 1997), che interessano in particolare il linguaggio scritto e/o la capacità di scrivere testi (Hofmann-Stocker, 1996). Inoltre, tipicamente le prestazioni linguistiche presentano delle fluttuazioni tali da comportare difficoltà nel contesto scolastico (Möhrle & Spencer, 2007). La terapia ISKA, il cui acronimo sta per *Intensives Sprachtraining für Kinder mit Aphasie*, in italiano tradotto come training linguistico intensivo per bambini con afasia, si propone come obiettivo principale quello di rafforzare la consapevolezza delle proprie capacità linguistiche e mitigare i problemi emotivi e psicosociali.

Tutto sommato, da un punto di vista sintomatologico l'afasia infantile appare simile a quella adulta. I sintomi sono influenzati dal tipo di lesione cerebrale e dal livello linguistico prima della malattia (Spencer, 2006). La causa più frequente dell'afasia infantile è il trauma cranio-encefalico, che tipicamente provoca afasia non fluente (Spencer, 2020).

La CIAT è una terapia di gruppo intensiva per adulti con afasia e sta per *Constraint-Induced Aphasia Therapy* (Pulvermüller et al., 2001). L'approccio è ormai noto ed è uno dei pochi la cui efficacia è stata ripetutamente dimostrata in studi controllati (Zhang et al., 2017).

Le caratteristiche di base della CIAT sono esercizi intensivi, interattivi e ripetitivi. L'obiettivo è il miglioramento della produzione orale attraverso un allenamento intensivo di gruppo. Il contatto di sguardo dei partecipanti viene impedito tramite pannello divisorio, affinché siano costretti a comunicare informazioni attraverso il canale verbale. Il linguaggio non verbale quali gesti o altre modalità comunicative vengono evitate sempre tramite il divisore.



Oltre alle competenze linguistiche espressive e ricettive vengono allenate nella CIAT anche competenze cognitive, come la memoria, la pianificazione e la pragmatica (regolazione nei confronti dell'interlocutore).

Meinzer, che nella sua versione rielaborata 'CIATneu' ha introdotto per la prima volta carte scritte, ha potuto mostrare che la CIAT può essere utilizzata con successo anche con adolescenti. Più fattori sono stati decisivi al riguardo:

- La terapia di gruppo agisce come un forte motivatore grazie all'apprendimento con altri coetanei, all'elevato grado di rilevanza per la vita quotidiana e alla promozione di abilità pragmatiche.
- La terapia intensiva porta a successi rapidi e chiaramente visibili e quindi ad una riduzione dell'ansia da linguaggio e ad una maggiore attività nelle conversazioni quotidiane.
- I miglioramenti sono significativi, anche se meno netti in un ventenne medio che in un ultrasettantenne.
- I successi non dipendono da età, sesso, eziologia, durata e tipo di afasia, ma dalla gravità iniziale dell'afasia e dalla frequenza del trattamento terapeutico.

Questo efficace approccio è stato poi successivamente implementato presso l'*Hegau-Jugendwerk Gailingen* e da allora viene portato avanti da una a cinque volte l'anno con adolescenti e giovani adulti.

La terapia ISKA deriva da quella CIAT e propone similmente una terapia di gruppo intensiva per bambini con afasia. L'approccio è stato sviluppato nel 2007 nel centro riabilitativo *Hegau-Jugendwerk Gailingen*, centro di riabilitazione e ospedale neurologico per bambini, giovani e giovani adulti in Germania. Pete Guy Spencer è un linguistico clinico del centro ed ha valutato l'efficacia dell'approccio intensivo ISKA dopo 13 anni di osservazione.

Per l'approccio ISKA è stato modificato il setting di terapia. Le caratteristiche principali sono le seguenti:

- Il training si svolge per un'ora due volte al giorno;
- Il gruppo è composto da 4 bambini;
- Le terapie si svolgono principalmente nel setting CIAT, ma vengono proposti anche giochi senza divisorio, come per esempio tabù, mimo oppure quartetto;
- Ogni bambino riceve una singola terapia per 30 minuti al giorno, affinché la scrittura e il lavoro sul testo possa essere integrato nella terapia.

Tra i test utilizzati per la valutazione pre e post- trattamento sono stati utilizzati i seguenti test standardizzati:

- WWT 6-10 forma breve (Glück, 2007) per testare le abilità di comprensione e produzione lessicale;
- TROG-DE (Fox, 2007) per testare la comprensione del linguaggio uditivo a livello di parole e frasi;
- ELFE 1-6 (Lenhard & Schneider, 2006) o ELFE II (Lenhard & Schneider, 2018) per testare la comprensione del testo scritto a livello di parola, frase e testo breve;



- Il linguaggio spontaneo è stato valutato con un'intervista semi-standardizzata e con la narrazione di una storia illustrata.

Nel corso degli anni l'approccio ISKA è stato eseguito più volte. Per mostrare l'efficacia del metodo non è stato utilizzato uno studio di gruppo programmato, ma una valutazione dei dati raccolti dal 2007 al 2020. A favore della frequenza del training si è rinunciato ad una implementazione standardizzata dello studio. Difatti, hanno preso parte al training anche bambini bilingue e bambini con disturbi neuropsicologici e neuropsichiatrici. Inoltre, il contenuto della singola terapia e la parte di giochi con e senza separazione non è stata definita in maniera precisa. L'analisi del linguaggio spontaneo è stata condotta solo per tre partecipanti, senza giustificare il motivo.

Dal 2007 al 2020 sono stati condotti nel centro Hegau-Jugendwerk 8 training con in totale 29 partecipanti. 5 training sono stati effettuati con gruppi di 4 partecipanti, gli altri 3 con gruppi di 3. Sono stati valutati i dati di 24 partecipanti, poiché per 5 bambini i dati non erano completi.

Degli originari 29 partecipanti c'erano 19 ragazzi e 10 ragazze. L'età media dei bambini al momento della lesione cerebrale era di 9 anni e 10 mesi. Il bambino più piccolo aveva 1 anno e 3 mesi, mentre quello più grande 15 anni e 5 mesi. La differenza di età al momento dell'evento cerebrale è piuttosto ampia. Questo si riflette anche nell'elevato range di durata dell'afasia all'inizio del training, che andava dai 2 mesi agli 11 anni. In media la durata dell'afasia risultava di 3 anni e 2 mesi dall'inizio del trattamento. Rimane poco chiaro quanto l'ampia differenza della durata dell'afasia sia stata presa in considerazione nella composizione dei gruppi.

L'età media dei bambini dall'inizio della terapia era in media di 11 anni e 11 mesi: erano presenti bambini che avevano dagli 8 ai 16 anni.

Per 20 bambini la causa dell'afasia è stata un trauma cranio-encefalico. Le restanti cause erano infarto, encefalite ed altre malattie.

Il processo valutativo non è stato condotto per tutti i bambini come programmato. Quando i test erano troppo difficili o troppo facili, ne sono stati utilizzati di differenti.

Nella valutazione pre e post-trattamento si riscontravano miglioramenti significativi in quasi tutti i test somministrati. Solo la prova di comprensione del testo scritto a livello di brano non è stata significativa: questo risultato si può spiegare con le conseguenze a lungo termine che l'afasia infantile presenta in prestazioni scolastiche come la scrittura di testi (Hofmann-Stocker, 1996).

I risultati della comprensione del testo orale e scritto erano significativi, sebbene ampiamente diversificati. Questo è di per sé poco sorprendente, se si prende in considerazione l'ampio range di durata dell'afasia dall'avvio del training. Come tendenza positiva l'autore riporta che nonostante le forti fluttuazioni giornaliere, sono stati comunque riscontrati chiari miglioramenti a livello di parole e frasi, sia in comprensione che in produzione.

Risultati positivi sono stati individuati anche dall'osservazione diretta dei bambini e dai loro feedback, così come dal loro contesto sociale. Difatti, sono stati riscontrati miglioramenti nell'umore legato al parlare, nell'iniziativa comunicativa e nell'utilizzo di strategie compensative. Anche la comprensione delle situazioni sociali è migliorata.

In generale, i partecipanti hanno riportato una migliore fiducia nelle proprie capacità linguistiche.

Come già riportato, l'analisi dei dati ha delle limitazioni a causa del ristretto campione, nonché dalla mancata presa in considerazione delle caratteristiche diversificate del campione stesso: differente eziologia del disturbo, differenti età e durata dell'afasia, bilinguismo vs monolinguismo.

Dai risultati può emergere, tuttavia, che ci sono stati chiari miglioramenti nelle prestazioni linguistiche a livello sistemico e che l'approccio ISKA ha migliorato la fiducia nelle proprie capacità linguistiche.

Per i logopedisti e le logopediste è importante individuare quali problemi i bambini con afasia presentano anche dopo anni di riabilitazione. Per l'afasia infantile è particolarmente importante non lasciarsi ingannare dall'eloquio spontaneo, ma piuttosto approfondire le capacità linguistiche da un punto di vista diagnostico, come suggerisce Spencer. In conclusione, emerge la necessità di una maggiore chiarezza e di una diagnosi differenziale più accurata nell'ambito dell'afasia infantile.

Studio riassunto da von Lea Junak, terapeuta accademica del linguaggio a Berlino. Traduzione di Rossella Grasso.

Commento di Daniela Zampieri, Logopedista presso l'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù, sede Santa Marinella, da sempre attiva nell'ambito della neuroriabilitazione pediatrica.

Questo studio del 2020 di Spencer, un linguistico clinico tedesco del centro riabilitativo Hegau-Jugendwerk Gailingen, un centro di riabilitazione e ospedale neurologico per bambini, giovani e adulti in Germania, è molto interessante.

Spencer parte dalla tecnica riabilitativa di gruppo CIAT, utilizzata nell'afasia adulta e modificandola, dà origine alla terapia ISKA, un approccio intensivo di gruppo che osserverà per 13 anni dal 2007 al 2020. Analizziamo in primis i punti di forza:

- Si differenzia dalla terapia CIAT, per alcuni fattori: primo fra tutti prevede alcune attività senza separare, prende in considerazione oltre il linguaggio anche gli apprendimenti dei ragazzi e soprattutto l'aspetto emotivo.
- La terapia ISKA prevede una valutazione pre e post-intervento per valutare: la comprensione e produzione lessicale; la comprensione uditiva di parole e frasi; la comprensione del testo scritto di parole, frasi e testo breve; il linguaggio spontaneo valutato con un'intervista semi strutturata e una storia illustrata.

Analizziamo ora i punti di criticità:

- Alla valutazione manca qualcosa, avrei aggiunto un test di ripetizione frasi per completare la valutazione del linguaggio, inoltre valuterei le funzioni esecutive, la memoria a breve termine e la parte della scrittura.

- Nella ricerca non hanno potuto utilizzare un gruppo programmato, vi hanno preso parte bambini bilingue, con disturbi neurologici e neuropsichiatrici. Hanno avuto un totale di 29 partecipanti suddivisi in 19 bambini e 10 bambine; 20 con afasia dovuta da trauma cranio encefalico, i restanti 9 da infarto, encefaliti e altre malattie.

Analizziamo ora come avviene il training:

- Si svolge 2 volte al giorno, il gruppo è composto da 4 bambini e come per la CIAT ci sono i separè per il trattamento.
- Le terapie con i giochi invece avvengono senza, hanno utilizzato giochi come tabù, pantomime e quartetto.
- Inoltre, ogni bambino esegue un training individuale di 30 minuti per la scrittura e per lavorare sul testo.

La terapia ISKA così impostata mi piace molto e trovo molto utile il training individuale. Spencer nella ricerca è riuscito ad eseguire 8 training. 5 training in gruppi da 4 e 3 training in gruppi da 3 bambini. Sono stati valutati 24 bambini, 5 risultano incompleti, nella valutazione pre e post trattamento. Dai risultati dei test di valutazione post trattamento emerge che i 24 bambini sono migliorati in tutti i test, tranne che nella comprensione del brano, come del resto ci si aspetta nei danni a lungo termine dell'afasia.

In conclusione, il risultato più interessante per gli autori è sicuramente aver ottenuto dei miglioramenti nei gruppi dei partecipanti in tutti i test, a mio avviso il risultato più bello è stato il riscontro positivo dei ragazzi e il buon umore che ne hanno ricevuto e che hanno dichiarato loro stessi a seguito della terapia.

Voce di Carolina Zanchi ed editing a cura di Beatrice Franchi.

Ulteriori fonti:

Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V., Verfügbar unter <https://aphasiker.de/kinder> (letzter Abruf 28.03.2024)

Hofmann-Stocker, E. (1996). Aphasische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In: Huber, W.,

Hofmann-Stocker, E., Kotten, A., Lutz, L. (1996). Aphasie. Band 240. 5. Aufl. Düsseldorf: Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, 37–50.

Glück, C. W. (2007). Wortschatz- und Wortfindungstest für 6- bis 10-Jährige. WWT 6-10. Elsevier.



Fox, A. V. (2007). TROG-D. Test zur Überprüfung des Grammatikverständnisses. 2. Aufl. Schulz-Kirchner.

Lenhard, W. & Schneider, W. (2006). ELFE 1-6. Ein Leseverständnistest für Erst- bis Sechstklässler. Hogrefe.

Lenhard, W., Lenhard, A. & Schneider, W. (2018). ELFE II. Ein Leseverständnistest für Erst- bis Siebtklässler.

Möhrle, C. & Spencer, P. G. (2007). Kinder und Jugendliche mit Aphasie. Forum Logopädie(6). 6–12.

Pulvermüller, F., Neininger, B., Elbert, T. et al. (2001). Constraint-Induced Therapy of Chronic Aphasia After Stroke. Stroke(32), 1621–1626. doi: 10.1161/01.str.32.7.1621

Spencer, P. G. (2006). Kindliche Aphasie - Hintergründe und Praxis. Not 3, 24–26.

Taylor, H. G. & Alden, J. (1997). Age-related differences in outcomes following childhood brain insults: an introduction and overview. Journal of the International Neuropsychological Society(3), 555–567. doi: 10.1017/S1355617797005559.

Zhang J, Yu J, Bao Y et al. Constraint-induced aphasia therapy in post-stroke aphasia rehabilitation: A systematic re-view and meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS ONE 2017. doi: 10.1371/journal.pone.0183349

Ulteriori informazioni:

Hofmann, J. (2018). Kindliche Aphasie – Therapeutische und pädagogische Herausforderungen im Langzeitverlauf. Sprachtherapie aktuell: Forschung - Wissen - Transfer, e2018-II; doi: 10.14620/stadbs181211

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.