

# I DISTURBI DEL LINGUAGGIO

Evoluzione del concetto di  
afasia

Correlati anatomici

Valutazione

Trattamento

[www.fisiokinesiterapia.biz](http://www.fisiokinesiterapia.biz)

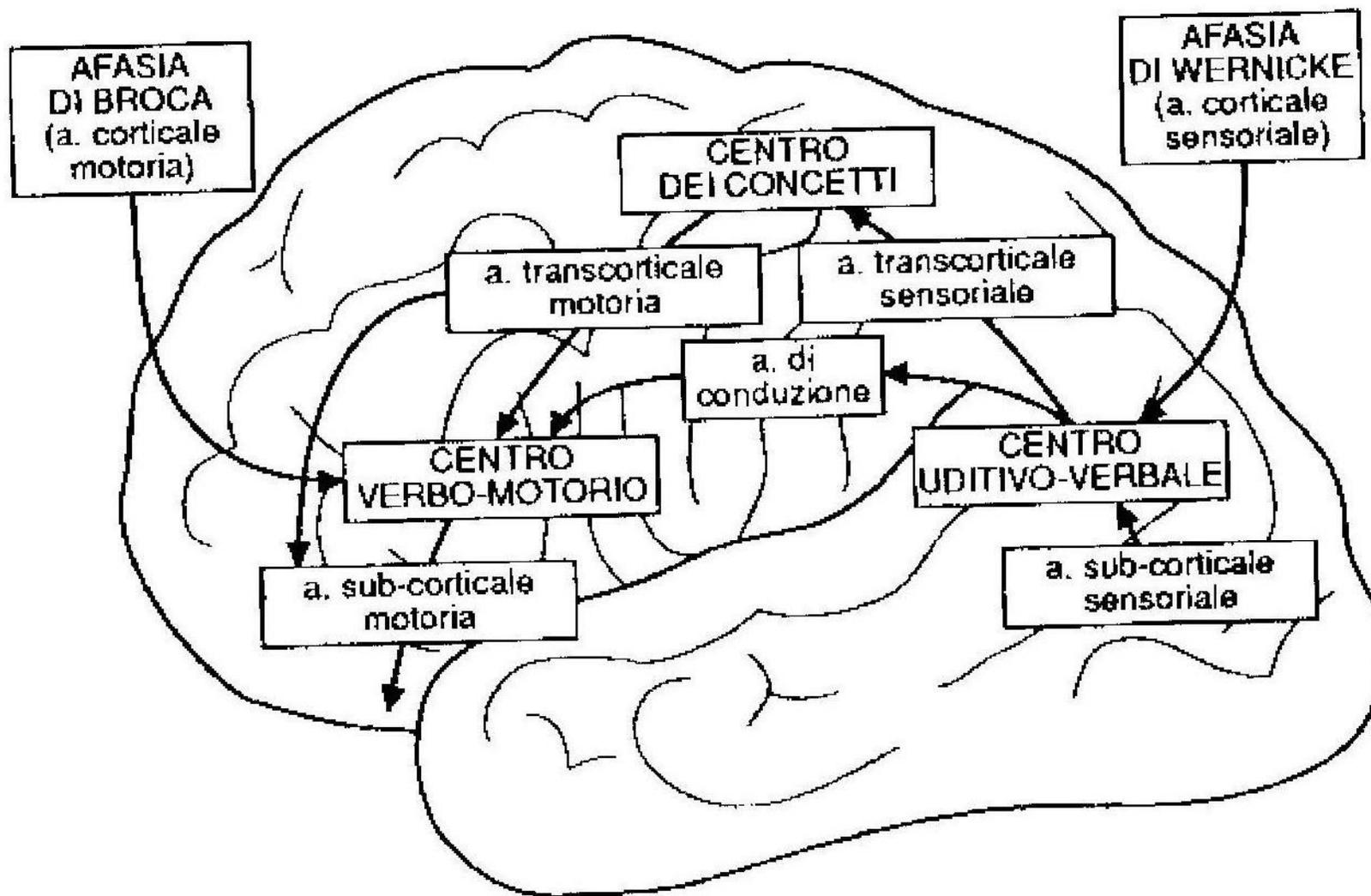
# Cosa si intende per linguaggio...

Sistema grammaticale formale  
distinto da altre forme di  
comunicazione comuni con altre  
specie biologiche, è una facoltà  
innata, specie-specifica, per cui ogni  
essere umano nasce provvisto delle  
capacità di apprendere e usare il  
linguaggio materno. Tale capacità è  
sostenuta dall'attività di aree  
cerebrali specializzate  
nell'elaborazione delle differenti  
funzioni linguistiche.

(N. Chomsky '86)

# Cosa si intende per afasia....

Disturbo **acquisito** del  
linguaggio, conseguente a  
lesione di strutture cerebrali  
primariamente implicate  
nell'elaborazione di aspetti  
diversi delle capacità  
linguistiche.



# Diverse interpretazioni della natura del disturbo afasico

- **Approccio classico:** afasia come disturbo unico in cui le conoscenze sono inaccessibili, ma non perse, variabili solo per gravità; approccio basato sulla stimolazione uditiva e ripetuta
- **Approccio pragmatico:** centrato sugli aspetti comunicativi e non formali del linguaggio
- **Approccio neurolinguistico:** basato sulla classificazione neurolinguistica dei disturbi di linguaggio, permette di confrontare pazienti afasici diversi, ma non costituisce un modello interpretativo
- **Approccio cognitivo:** basato sul ripristino delle funzionalità di specifici aspetti di competenza linguistica

# Neuropsicologia cognitiva

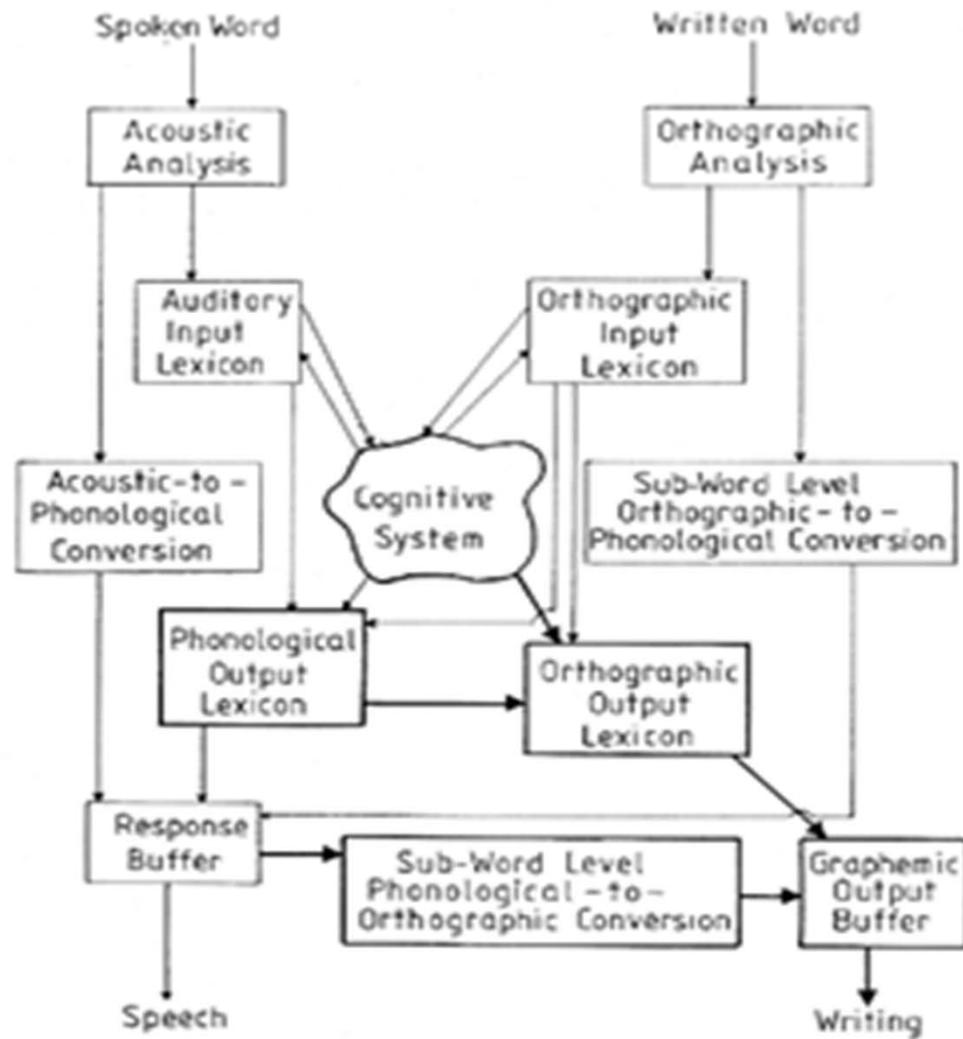
studio dell'architettura funzionale dei processi cognitivi

- **Modularità:** una funzione cognitiva complessa è il risultato del funzionamento di una serie di sottocomponenti funzionalmente indipendenti che possono essere compromesse isolatamente da un danno cerebrale
- **Universalità:** la struttura della funzione cognitiva è universale, vs. variazioni individuali della struttura funzionale
- **Trasparenza:** quando una o più componenti di un processo cognitivo sono compromesse, le altre componenti continuano ad operare normalmente se l'input a queste è integro

**Un approccio cognitivo permette una descrizione dei disturbi afasici molto più accurata e rende conto della variabilità sintomatologica.**

Ogni comportamento verbale è analizzato nelle diverse componenti linguistiche in entrata e in uscita:

- **Livello fonologico:** elaborazione dei suoni linguistici (fonemi)
- **Livello lessicale-semantico:** elaborazione degli aspetti formali (lessicali) e concettuali (semantici) delle parole
- **Livello morfo-sintattico:** elaborazione delle "parole grammaticali" e della struttura della frase



# Vantaggi dell'approccio cognitivo

- Metodologia scientifica applicata allo studio dei processi linguistici
- Identificazione più precisa dell'oggetto del trattamento e quindi trattamenti individualizzati e mirati al "ripristino" della componente funzionale danneggiata
- Decisioni non soggettive sul trattamento (se e come proseguire, quando interrompere)

# Svantaggi dell'approccio cognitivo

- Metodologia di lavoro dispendiosa (diagnosi e trattamenti accurati richiedono tempi lunghi)
- Possibilità di lavorare in modo sperimentale solo sulle funzioni cognitive di cui esistono modelli espliciti
- Approccio non praticabile con pz. gravi
- Necessità di capacità cognitive integre (per es. capacità di memoria)

# Momenti diagnostici

- **Fase acuta/sub-acuta:**
  - esame clinico
  - monitoraggio evoluzione del quadro clinico
  - counselling ai familiari
- **Fase post-acuta (> 20 giorni):**
  - valutazione formale mediante test standardizzati
  - progetto riabilitativo

# La valutazione del soggetto afasico può essere **sindromica o funzionale**

- **Valutazione sindromica:**  
somministrazione di batterie standardizzate (BDAE, AAT, WAB) per identificare i deficit nei comportamenti verbali e classificare il tipo di afasia (diagnosi clinica).
- **Valutazione funzionale:**  
somministrazione di prove mirate alla valutazione di componenti specifiche (BADA) secondo l'approccio cognitivo (diagnosi funzionale). Il trattamento è quindi mirato al danno funzionale.

# Aachen Aphasia Test (AAT)

Huber et al.1983; Luzzatti et al. 1994

- Batteria standardizzata su ampia casistica
- Permette una classificazione dell'afasia secondo le principali sindromi standard e non standard
- Sensibile a disordini di gravità molto variabile
- Permette un confronto tra sottoprove e tra diverse somministrazioni

Tempo di somministrazione: circa 1.30 h

ORGANIZAZIONE

ORGANIZAZIONE

# AAT

## Aachener Aphasie Test

Versione Italiana  
di C. LAROFF, S. WILSON, R. De Renzi

PROTOCOLLO D'ESAME

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

N. del paziente \_\_\_\_\_ Esame \_\_\_\_\_

Data inserimento \_\_\_\_\_ Data esame \_\_\_\_\_



**Achener Aphasia Test  
(AAT) Versione Italiana**

Esaminatore \_\_\_\_\_  
Sede \_\_\_\_\_

Prov. N° \_\_\_\_\_ Pa. N° \_\_\_\_\_ Es. \_\_\_\_\_ Nato N° \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_ Post. Es. \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Nat. a \_\_\_\_\_ (Prov. ...) Residenza \_\_\_\_\_ (Prov. ...)  
 Indirizzo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 Scuola \_\_\_\_\_ Lavoro (professione) \_\_\_\_\_

	anno	mese	giorno		anno	mese	giorno
Data Test				Data Test			
Data nascita				Decorrenza			
Età				Durata			

Recheti	Range	Punteggi	RP	PT	Capacità complessive	Capacità analisi lingua
Linguaggio spontaneo	0 - 5					
Test del Gatto (scritta)	50 - 0					
Ripetizione	0 - 150					
Linguaggio scritto	0 - 90					
Denominazione	0 - 120					
Comprensione	0 - 120					

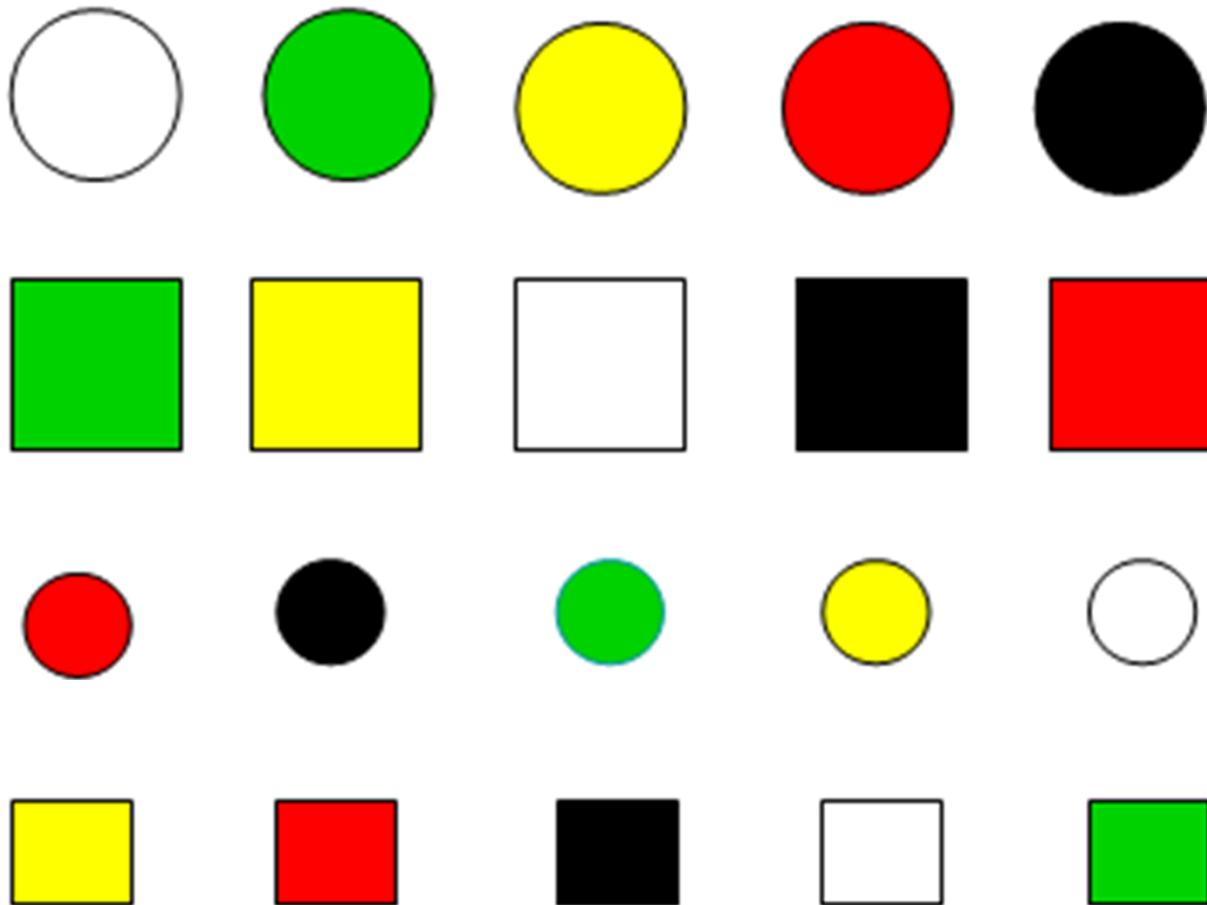
Diagnostici:

# Token Test

(E. De Renzi, L.A. Vignolo '62; E. De Renzi, Faglioni '78)

- Evidenzia disturbi di comprensione anche molto lievi
- Discrimina tra pz. afasici e non afasici
- Facile e veloce somministrazione

**Soggetto**



**Esaminatore**

# FLUENZA VERBALE

prove a tempo

richiedono il rispetto di determinate regole

- Per categoria fonemica: evocazione di parole che iniziano con una determinata lettera (F, P, L)
- Per categoria semantica: evocazione di parole appartenenti a una determinata categoria semantica (colori, frutti, animali, città)

# Batteria per l'Analisi dei Deficit Afasici (B.A.D.A.) Miceli et al. 1995

- Modello psicolinguistico cognitivo
- Analizza le principali componenti e sub-componenti del linguaggio in entrata e in uscita e nelle varie modalità

Tempo di somministrazione: circa 4 h

**RIEPILOGO**

<b>FONOLOGIA</b>	<b>DISCRIMINAZIONE</b>	Uditiva	/60	%
		Ud.-Vis.	/60	%
		Ripetizione	/36	%
		Lettura	/45	%
	<b>TRANSCODIFICAZIONE</b>	Scrittura	/25	%
		Copia	/6	%
<b>LESSICO</b>		Uditiva	/80	%
	<b>DECISIONE LESSICALE</b>	Visiva	/80	%
		Ripetizione	/45	%
		Lettura	/92	%
	<b>TRANSCODIFICAZIONE</b>	Scrittura	/46	%
		Copia	/10	%
		Uditiva	/40	%
	<b>COMPR. OGGETTI</b>	Visiva	/40	%
		Uditiva	/20	%
	<b>COMPR. AZIONI</b>	Visiva	/20	%
		Orale	/30	%
	<b>DENOM. OGGETTI</b>	Scritta	/22	%
		Orale	/28	%
	<b>DENOM. AZIONI</b>	Scritta	/22	%
<b>DENOM. OGG. DESCRITTI</b>	Orale	/16	%	
<b>GRAMMATICA</b>		Uditivi	/48	%
	<b>GIUDIZI DI GRAMM.</b>	Visivi	/24	%
		Ripetizione	/20	%
	<b>TRANSCODIFICAZIONE</b>	Lettura	/6	%
		Uditiva	/60	%
	<b>COMPRESIONE</b>	Visiva	/45	%

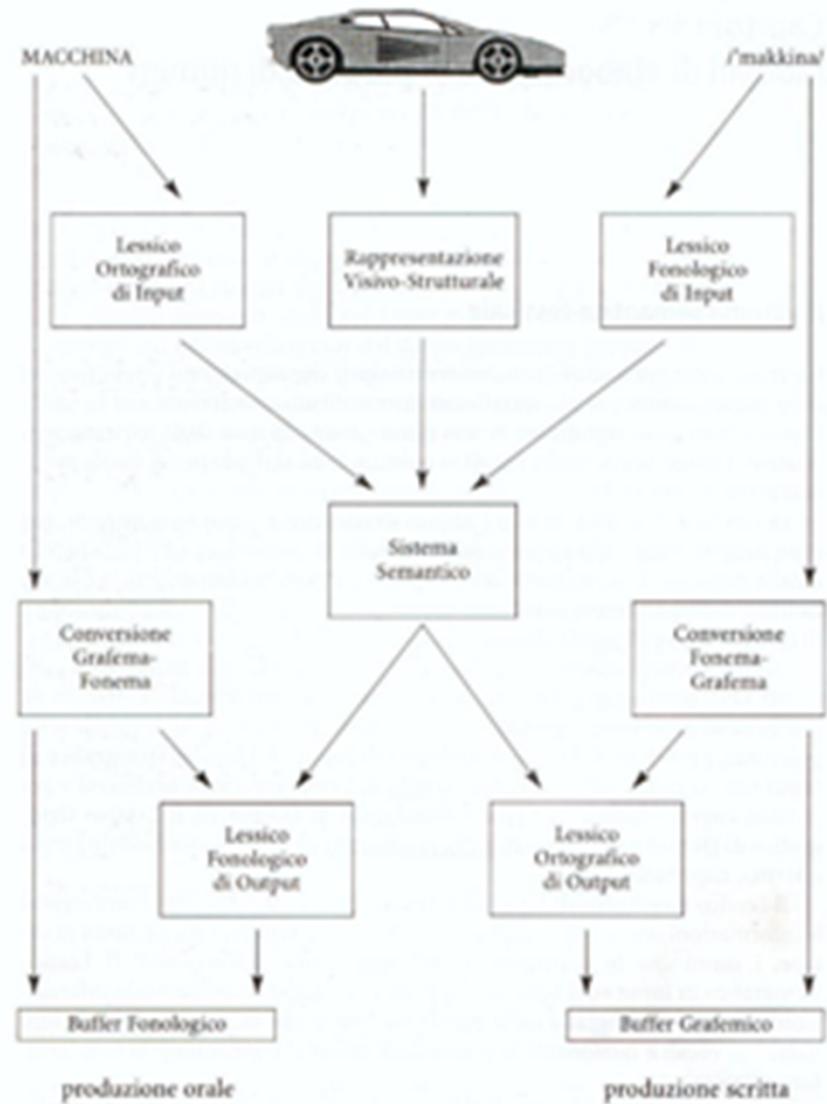


Figura 1.1. Sistema semantico-lessicale e meccanismi sublessicali

## Fenomeni qualitativi di tipo afasico

- Livello articolatorio (diagnosi differenziale tra disartria e disturbo articolatorio o anartria o aprassia dell'articolazione)
- Prosodia (in produzione e in comprensione)
- Livello fonemico o fonologico
- Livello semantico-lessicale
- Livello morfo-sintattico

# Deficit articolazione

## ■ **DISARTRIA**

- Il danno è di natura paretica o del controllo del tono o della coordinazione motoria
- Le lesioni sono solitamente bilaterali, a livello muscolare, dei nervi, del tronco cerebrale, delle vie cortico-bulbari o del cervelletto
- Il deficit si associa di regola ad un danno complessivo della motilità bucco-faringo-laringea con disturbi anche della motilità riflessa ed automatica (deglutizione, masticazione)

## ■ **ANARTRIA** (aprassia dell'articolazione)

- non dipende da paresi
- è un deficit della programmazione articolatoria che consegue a lesione del solo emisfero sinistro
- si accompagna ad afasia di Broca, ma può comparire anche in modo isolato (anartria pura)
- risparmia i movimenti non articolatori

# Fenomeni qualitativi nei deficit articolatori

## ■ DISARTRIA

- ridotta intellegibilità
- eloquio impastato con prevalenti assimilazioni di suoni (ipoarticolazione per ipostenia del dorso della lingua)
- disfonia
- Nasalità(deficit paretico del velo)
- anomalie del ritmo e del volume
- alterazioni costanti
- No dissociazione automatico-volontaria

## ■ ANARTRIA

- eloquio scandito
- disprosodia
- assordamento
- alterazioni variabili (trasformazioni presenti in modo non uniforme) in base al contesto (frequenza d'uso, linguaggio automatico)
- Dissociazione automatico-volontaria

# Disturbi della prosodia

La prosodia fornisce informazioni sia di tipo:

- paralinguistico (informazioni emozionali-affettive)
- "linguistico" (tono, accentazione ed intonazione)

I disturbi possono manifestarsi in:

- produzione (alterazioni prosodiche)
- comprensione (difficoltà a riconoscere frasi interrogative, esclamative)

# Fenomeni qualitativi a livello fonologico

- **In comprensione:** difficoltà a discriminare e/o identificare fonemi
- **In produzione :** difficoltà nella pianificazione dei fonemi
  - scansioni, inceppi
  - parafasie fonemiche (omissioni, sostituzioni, aggiunte, trasposizioni) es. "tevolo" per "tavolo"
  - conduites d'approche es. "al.., alvevero, albebero, albero"
  - parafasie formali es. "tavolo" per "cavolo"
  - neologismi fonemici "bintimo" per "bambino"
  - gergo fonemico "mudo falo beino ...."

EFFETTI: - complessità strutt. fonemica e lunghezza parola  
- frequenza  
- caratteristiche semantiche e sintattiche

si  
si/no  
no

# Fenomeni qualitativi a livello semantico-lessicale

- **In comprensione:** difficoltà ad attribuire il significato a una parola
- **In produzione:** difficoltà di recupero del lessico:
  - latenze anomiche e anomalie
  - circonlocuzioni es. "quella cosa per mangiare la minestra" al posto di "cucchiaino"
  - parafasia verbale es. "vaso"
  - parafasia semantica es. "forchetta", "posata", "piatto"
  - gergo semantico es. "ho visto il sole con il gatto sordo"

Effetti: frequenza d'uso

Dissociazioni per categoria semantica o sintattica

# Fenomeni qualitativi a livello morfo-sintattico

- In comprensione: difficoltà a comprendere frasi (in particolare frasi complesse, passive, reversibili)
- In produzione:
  - **agrammatismo** caratterizzato da struttura frasale semplificata priva di elementi subordinati, omissione di funtori (preposizioni, articoli, ausiliari), omissione di verbi
  - **paragrammatismo** caratterizzato da sostituzioni di flessioni, derivazioni e funtori

Altri fenomeni qualitativi nella produzione verbale conseguenti a difficoltà ad inibire la produzione di elementi automatizzati

- **Automatismi** : frammenti sillabici  
ES "si-po", stereotipie es. "mamma cara"
- **Perseverazioni**
- **Ecolalia**

**Dissociazione automatico-volontaria**

# Correlazioni con sindrome afasica e livello linguistico compromesso

## LIVELLO

fonologico    sem-lessicale    morfo-sintattico

### FLUENTI

Wernicke	+/-	+/-	+/-
Amnestica	--	+	--
Conduzione	+	--	--
Trans. Sensoriale	--	+/-	--

### NON FLUENTI

Globale	+	+	+
Broca	+/-	+/-	+
Trans. motoria	-	--	+

	fluenti	non fluenti
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Caratteristiche dell'eloquio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- quantità dell'eloquio</li> <li>- lunghezza delle frasi</li> </ul> </li> </ul>	abbondante frasi lunghe	ridotto frasi brevi
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Fenomeni qualitativi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aprassia articolatoria</li> <li>- agrammatismo</li> <li>- paragrammatismo</li> <li>- gergo</li> </ul> </li> </ul>	-- -- +/- +/-	+/- +/- -- --
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Disturbi associati</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ABF</li> <li>- AIM</li> <li>- anosognosia</li> </ul> </li> </ul>	+/- +/- +	+ + --

# FATTORI PROGNOSTICI

- **Personali**

- età, sesso, dominanza manuale

- **Neurologici**

- eziologia, sede ed estensione della lesione, quadro clinico iniziale

- **Riabilitativi**

- precocità, intensità e durata del trattamento

# APPROCCIO COGNITIVO AL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL LINGUAGGIO

- Deficit articolatori
- Deficit fonologici
- Deficit lessicali
- Deficit morfo-sintattici
- Disturbi di lettura
- Disturbi di scrittura

# TRATTAMENTO DEFICIT APRASSICO-ARTICOLATORI

- **Obiettivi:**

- conoscenza fonetica per arrivare a un controllo volontario e graduale automatizzazione dell'articolazione

- **Principi:**

- rottura degli schemi automatizzati attraverso rinforzi sensoriali propriocettivi, tattili e chinestesici

- scelta controllata della posizione corretta degli articolatori, della tensione e della sequenza temporale

- esercizio intensivo (procedura incalzante) per stabilizzazione dei risultati

# La tecnica di trattamento del deficit aprassico-articolatorio

- Il trattamento punta alla rottura di schemi automatizzati e al controllo volontario dell'atto motorio articolatorio
- L'approccio evita quelle procedure che possono rinforzare o scatenare schemi automatizzati
- L'efficacia del trattamento viene verificata mediante prove specifiche per i diversi livelli di trattamento
- Un limite è quello che spesso i pz. arrivano a produrre correttamente suoni isolati, ma non sono in grado di legare i singoli suoni in sillabe e parole
- Per questo motivo il training deve trattare le posizioni articolatorie e livello sillabico cioè considerando fin dall'inizio i processi di coarticolazione tra suoni vicini

# Fasi del training articolatorio

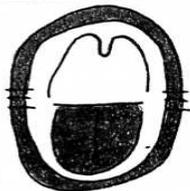
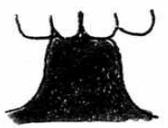
Per facilitare il trattamento il terapeuta fa ricorso ad una tabella contenente i foni da trattare e le immagini delle rispettive posizioni

- Il terapeuta mostra una posizione allo specchio evidenziando gli aspetti visivi e descrivendone gli aspetti somato-sensoriali e chinestesici
  - Chiede al pz. di immaginare la posizione ad occhi chiusi
    - Di eseguirla ad occhi chiusi
    - Di verificare il risultato allo specchio

Se il movimento è corretto si procede con una nuova posizione

Se è errato l'esercizio viene ripetuto dall'inizio

Nelle tappe successive si inseriranno esercizi gradualmente più complessi di ripetizione, lettura e denominazione dei suoni trattati fino ad arrivare al controllo in contesto di conversazione

				
		[ a ]	[ o ]	[ u ]
( )	[ p ]	pa	po	pu
	[ l ]	la	lo	lu
	[ t ]	ta	to	tu
	[ f ]	fa	fo	fu

# TRATTAMENTO DELL'APRASSIA BUCCO-FACCIALE

- Per impostare un trattamento mirato al controllo volontario dei movimenti articolatori il pz. deve essere in grado di controllare i propri movimenti bucco-facciali su ordine verbale e su imitazione
- Tale controllo può essere ostacolato dal concomitante deficit aprassico bucco-facciale (ABF)
- È quindi necessario premettere al trattamento del deficit articolatorio una fase di trattamento del deficit ABF
- Il recupero del deficit ABF non necessariamente ha anche un effetto sul deficit articolatorio; tale dissociazione è la prova che la programmazione articolatoria è indipendente dalla programmazione bucco-facciale.

## TRATTAMENTO DEFICIT FONOLOGICI (deficit lessico fonologico di output o del buffer fonemico)

- **Scopo:** controllo volontario ad ordinare una sequenza fonemica
- **Limitazioni:** si svolge principalmente su stimolo scritto, è quindi necessario un relativo risparmio delle capacità di lettura (in caso di deficit di lettura ciclo preliminare di rieducazione di tale disturbo)

# Principi di trattamento del deficit fonologico

- **Principi:** coppia minima fonologica
  - Consapevolezza fonologica in entrata e in produzione
  - Stimolazione intensa, ripetuta ed incalzante (drill)
  - Rottura degli schemi automatizzati
  - Controllo del sequenziamento fonemico
  - Monitoraggio volontario
  - Stabilizzazione sequenze trattate

# Fasi del trattamento fonologico

- Esercizi di trattamento in coppia minima fonologica
  - sillabe
  - parole bisillabiche
  - parole contenenti cluster consonantici
  - non-parole
  - elementi di tre o più sillabe
- Altri esercizi in produzione
  - denominazione di figure con nomi formati da sillabe trattate
  - ripetizione e lettura ad alta voce di frasi formate da parole trattate
  - descrizione di figure
  - generalizzazione alla produzione spontanea

Ogni fase prosegue fino a ottenere una prestazione corretta per almeno l'80% degli stimoli

# TRATTAMENTO DEFICIT LESSICALI

Difficoltà di evocazione delle parole sia a livello di eloquio spontaneo che in compiti di denominazione

- Deficit a livello semantico
- Deficit di lessico di INPUT
- Deficit di lessico di OUTPUT

# TRATTAMENTO DEFICIT MORFO-SINTATTICI

- Indicazioni:
  - pz. agrammatici recenti (3-6 mesi) e stabilizzati, afasici globali con recupero articolatorio, fonologico e lessicale
  - pz. afasici fluenti con prevalente deficit sintattico (maggior compromissione dei verbi rispetto ai nomi)

# Schema di trattamento deficit sintattici

- **In comprensione:**

- analisi semantica della coppia di verbi (si presenta la frase scritta e il pz. deve identificare agente e tema dell'azione con l'ausilio di cartoncini colorati)

- **In produzione:**

- analisi figura rappresentante un'azione con assegnazione dei ruoli di agente e tema
- produzione frase con difficoltà crescenti (S-V, S-V-O, concordanza A-N, preposizioni, concordanza N-V)

# TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL LINGUAGGIO SCRITTO (lettura e scrittura)

## ■ Obiettivi:

- Recupero di specifiche abilità per facilitare un completo reinserimento
- Recuperare della scrittura per compensare un grave deficit del linguaggio orale

# Trattamenti per il recupero delle capacità di scrittura

- Tecniche basate su **strategie di conversione segmentale fonema-grafema**
  - vantaggi: permette una buona generalizzazione in sistema ortografico regolare
  - svantaggi: tecnica laboriosa, difficilmente applicabile in caso di disturbi di assemblaggio o MBT, facilita la lettura di singole parole, ma poco di frasi
- Tecniche basate su **strategie di tipo lessicale** (recupero della forma grafica globale attraverso associazione, copia, copia differita, denominazione scritta)
  - vantaggi: migliora la capacità di comprensione dello stimolo, facilita la lettura di frasi e brani
  - svantaggi: scarsa generalizzazione (effetto item-specifici) e ridotta applicabilità in un sistema ortografico-regolare

# Trattamenti per il recupero delle capacità di lettura

- Tecniche basate su **strategie di conversione segmentale grafema-fonema**
  - vantaggi: permette una buona generalizzazione in sistema ortografico regolare
  - svantaggi: tecnica laboriosa, difficilmente applicabile in caso di disturbi di assemblaggio o MBT, facilita la lettura di singole parole, ma poco di frasi
- Tecniche basate su **strategie di tipo lessicale**
  - vantaggi: migliora la capacità di comprensione dello stimolo, facilita la lettura di frasi e brani
  - svantaggi: scarsa generalizzazione (effetto item-specifici) e ridotta applicabilità in un sistema ortografico-regolare

# LA RIEDUCAZIONE DEI PAZIENTI AFASICI GRAVI

- Difficoltà ad individuare un danno funzionale per la grave compromissione di tutte le componenti verbali
- Necessita di un approccio pragmatico basato sul recupero della comunicazione

# COMUNICAZIONE

La comunicazione è un comportamento sociale che richiede l'intervento di abilità cognitive, sociali, linguistiche, pragmatiche.

Essa avviene mediante lo scambio, tra almeno due interlocutori, di atti di comunicazione verbali e non verbali, finalizzati alla trasmissione di pensieri, bisogni, emozioni.

# La linguistica pragmatica

La linguistica pragmatica  
studia l'uso del linguaggio nel  
suo contesto.

La conversazione costituisce il  
tipo fondamentale di uso del  
linguaggio.

# La dimensione pragmatica della conversazione concerne:

- Intenzioni comunicative ed i conseguenti atti del parlante (informare, chiedere, concludere ecc.)
- Assunti o principi generali della conversazione (Grice '75): massima di qualità cioè fornire un contributo vero, massima della quantità, il messaggio soddisfa la richiesta di informazione quindi né più né meno informativo di quanto richiesto, la massima di relazione cioè fornire un contributo pertinente e la massima di modo , il messaggio è programmato in funzione di chi lo deve ricevere
- Informazioni che locutore ed ascoltatore condividono (familiarità reciproca e familiarità con gli argomenti di conversazione)
- Regole della conversazione (alternanza, coerenza, pertinenza, esaustività)

# Importanza di una valutazione che tenga in considerazione anche i comportamenti spontanei del pz. in contesti naturali

**C.A.D.L.** (Communicative Abilities in Daily Life, Holland 1980, Pizzamiglio e al. 1984). Il test è composto da items che valutano il pz. in situazione di role-playing o che richiedono la comprensione contestuale del linguaggio (metafore, insegne ecc. )

Una tecnica terapeutica secondo  
l'approccio pragmatico è la **P.A.C.E.**  
(Promoting Aphasics'  
Communicative Effectiveness)  
Wilcox e Davis '78

# Le caratteristiche di tale terapia sono:

- Scambio di nuove informazioni
- Alternanza dei ruoli
- Libera scelta dei canali comunicativi
- Uso di feed-back basati sull'adeguatezza comunicativa
- Uso del contesto e della ridondanza comunicativa

Disturbi della sfera pragmatica possono essere rilevati anche nel paziente con TCE e sono caratterizzati da:

- Comportamento non adeguato all'interlocutore (passivo, aggressivo, disinibito ecc.) e al contesto
- Comprensione orale influenzata da un uso errato delle presupposizioni e delle inferenze logiche
- Produzione verbale caratterizzata dalla violazione delle regole della comunicazione pragmatica: coerenza, pertinenza, esaustività

# Proposte terapeutiche relative alla competenza pragmatica nei pz. con TCE

- Attività finalizzate a migliorare gli aspetti non-verbali della comunicazione e il comportamento comunicativo (prosodia, gestualità, atteggiamento posturale, alternanza)
- Esercizi per migliorare l'accesso e la specificità lessicale e le capacità di astrazione linguistica
- Esercizi per migliorare le capacità di sintesi, di saper trarre conclusioni e fare inferenze, di successione logica
- Esercizi per migliorare la comprensione pragmatica (metafore, ironia, assurdità, incongruenze ecc.)
- Stimolazione all'uso di strategie di compenso e all'auto-controllo dei comportamenti inadeguati

**La riabilitazione si basa oltre che sulle conoscenze  
relative al disturbo da trattare e ai metodi per farlo,  
sull'interazione tra due persone . . . . .**

**Credo che tutti possano concordare con l'idea che un  
terapista che non prova alcun interesse per la persona  
che gli sta di fronte e che si limita ad applicare delle  
conoscenze non è un buon terapista. . . . .**

**A. Basso "Conoscere e rieducare l'afasia"**