

CAPITOLO 4° - “IL VERSO DEL PICCIONE”

4.1 LA STORIA

A farsi portavoce, nonché fondatrice di tale metodo riabilitativo, è la stimata Emma Rita Ferri, anch'essa colpita dalla patologia cancerosa alla laringe (2000). La stessa Ferri racconta che nonostante i diversi tentativi nell'apprendimento del metodo della voce erigmofonica, non raggiunge risultati soddisfacenti che le avrebbero potuto restituire la voce. Ma la voglia di parlare e il desiderio di recuperare la voce, le offrirono la risposta quando sembrava che ormai non ve ne fosse alcuna. Un piccione le si posò vicino e quasi per gioco, o per scacciare via i pensieri, cominciò ad imitare il tubare del volatile. La cosa stupefacente, che suscitò la meraviglia di Emma Ferri fu che, quello che era partito come un semplice scacciapensieri, le aveva donato ciò che l'impegno quotidiano con il metodo tradizionale non erano riusciti a darle. Quel gesto, il tubare, le aveva permesso di emettere un suono. L'esercizio, la sperimentazione continua su se stessa nel tentativo di ripetere quell'evento, di comprendere cosa effettivamente fosse accaduto, a lungo andare, le diedero la possibilità di tornare a credere che alla perdita della voce esisteva una soluzione. Nasce da qui il verso del piccione (VdP). La storia della signora Ferri, risulta essere un vero e proprio esempio per tutti coloro che, come lei, sono reduci da un evento difficile e traumatico, come quello della patologia maligna che porta via con sé la voce, lasciando dietro l'impossibilità di esprimersi come prima e quasi un senso di emarginazione dalla società stereotipata che conosciamo.

La riabilitazione logopedica, a mio avviso, si mostra come una lama a doppio taglio. Da un lato offre la possibilità di poter tornare a credere che è ancora possibile sperare in un ritorno nel mondo della voce, ma dall'altro lascia a coloro che non riescono a superare il grande ostacolo tra loro stessi e la voce, la sensazione che questa sia solo un'illusione. Inoltre l'esperienza della malattia

aumenta la sensibilità di questi soggetti, che inevitabilmente, in molti casi, tendono a pensare di essere meno capaci rispetto a coloro che arrivano alla meta sperata. Ciò non fa altro che alimentare in senso negativo l'esperienza del soggetto, che involge in una profonda chiusura in se stesso.

A tal proposito la storia travagliata di Emma non può non presentarsi come un esempio per tutte le persone che credono davvero che non esiste appagamento al proprio desiderio. Emma, come altri con la stessa determinazione, ha abbattuto il muro del mutismo, facendosi voce, in tutti i sensi possibili, del motto volere è potere, dimostrando che, se cercata con cura e attenzione, ognuno può percorrere la giusta via che permetta il raggiungimento della agognata meta.

4.2 PRINCIPI

I successi ottenuti da pazienti afoni post-laringectomia che hanno investito se stessi in tale metodica, fanno facilmente parlare del metodo Ferri, arrivato alle orecchie di alti membri delle associazioni finalizzate alla riabilitazione del paziente laringectomizzato. Il desiderio di dare valore scientifico a tale tecnica, di comprendere i meccanismi alla base, portano la Ferri a mettersi a disposizione di controlli foniatrici, prestandosi agli esami strumentali presso l'ospedale di Merate (Lecco) nell'unità operativa ORL. Gli esami endoscopici e gli esami radiologici seguono accuratamente le fasi che danno vita al VdP.

Il VdP rappresenta un pompaggio ciclico che permette un'immissione d'aria seguita da un'emissione sonora. La tecnica può essere divisa in due fasi: iniezione ed espulsione d'aria, che devono essere eseguite in successione ripetutamente²³.

Anatomicamente le strutture coinvolte in entrambe le fasi sono le medesima e si comportano in modo opposto e contrario. Analizziamole direttamente.

Nell'iniezione possiamo assistere a:

- contrazione dei muscoli elevatori e tensori del velo palatino, determinando l'elevazione e tensione di quest'ultimo
- simultanea contrazione dei muscoli palato-faringei e palato-glosso
- rilassamento dei muscoli stilo faringei
- elevazione ed arretramento del dorso linguale
- avanzamento e assunzione di una posizione concava della radice linguale
- contrazione a ferro di cavallo della parete faringea
- aperture dello sfintere esofageo superiore
- contrazione ed abbassamento del diaframma
- rilassamento dello sfintere esofageo inferiore e del terzo distale esofageo

Nella fasi di espulsione dell'aria: il diaframma si innalza e si rilassa regolandosi con i movimenti di apertura e chiusura degli sfinteri esofagei, accompagnati dal rilassamento di tutte le strutture muscolari che nella fase precedente si erano attivati.

Possiamo notare che, di fondamentale importanza, risulta essere il movimento svolto dal velo, che permette un adeguato pompaggio che determina la vibrazione del tratto faringo-esofageo. Tale movimento può essere messo in opposizione all'attività svolta dalla lingua sia durante la pratica del metodo olandese, che in quella della voce erigmo fonica; quest'ultima, in particolare, permette di creare una pressione che garantisce l'iniezione dell'aria all'interno dell'esofago, generando la tipica eruttazione.

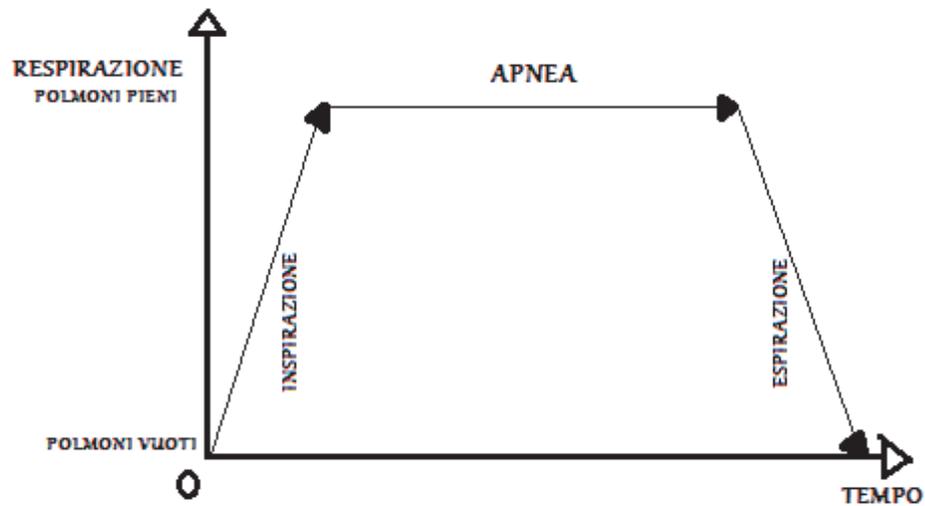
4.3 FASI DEL TRATTAMENTO

La terapia deve essere svolta in un ambiente tranquillo ed adeguato, dove il paziente può ben ascoltare e comprendere le guide del terapeuta. L'atteggiamento del paziente deve essere rilassato e mantenere una posizione seduta con schiena eretta e piedi ben saldati e appoggiati al suolo. Di fronte si pone il logopedista che deve essere ben visibile, dovendo mostrare cosa fare al paziente, permettendo un feedback visivo e uditivo.

Il trattamento nelle prime sedute si focalizza principalmente sugli esercizi di respirazione, per impostare il controllo del flusso aereo dello stoma. Ricordiamo che il nostro paziente presenta un nuovo assetto anatomico, per cui deve essere istruito al buon uso e mantenimento di esso²².

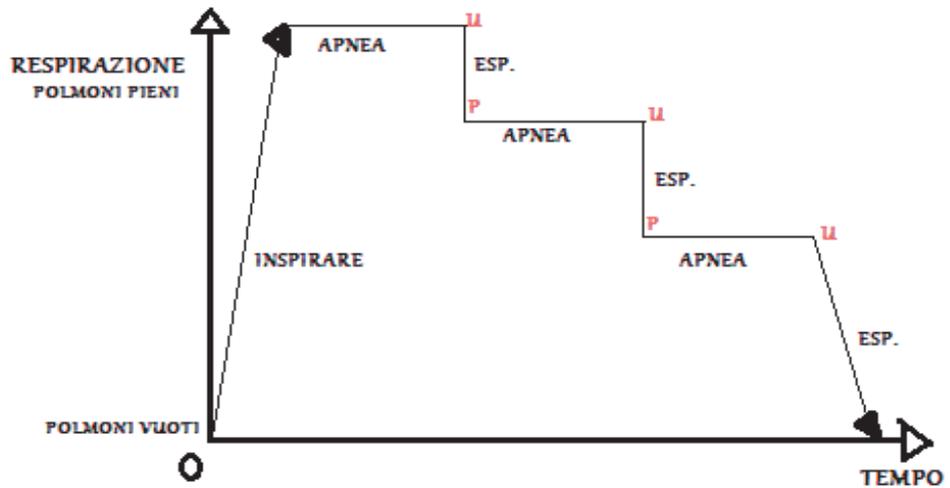
Primo esercizio di respirazione è presentato dalla respirazione ad **M**:

- prendere aria dallo stoma, riempire i polmoni
- mantenere qualche secondo di apnea
- espirare lentamente accompagnando l'afflusso di aria che esce dallo stoma con un movimento a protrusione delle labbra, come ad imitare il gesto del soffio.



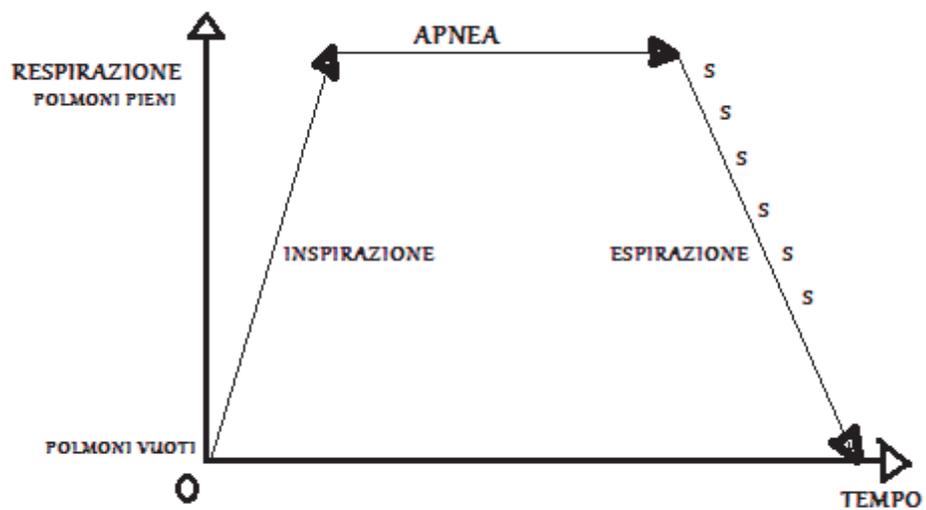
Secondo esercizio prevede una respirazione con espirazione a scatti, bloccando ripetutamente il flusso d'aria, fino allo svuotamento della gabbia. Quindi:

- inspirare lentamente e profondamente
- mantenere qualche secondo di apnea
- emettere l'aria in più emissioni accompagnando il procedimento con un movimento ad **U** della bocca quando si espira e bloccare, successivamente, l'atto con un gesto esplosivo delle labbra producendo il suono sordo **P**.



L'ultimo esercizio di respirazione richiama molto il primo. Si procede:

- inspirare profondamente
- mantenere qualche secondo l'apnea piena
- espirare accompagnando l'aria producendo il suono Ssss, continuo fino allo svuotamento della gabbia.



Quando il paziente sarà in grado di effettuare questi semplici esercizi, si potrà passare agli esercizi per la produzione del flusso sonoro. A questo punto mettiamo in pratica l'esercizio del verso del piccione.

Gli esercizi di respirazione sono utili ed essenziali per il paziente, poiché deve imparare a gestire separatamente sia la respirazione che la fonazione, dato che i tratti interessati ai due atti sono totalmente separati e differenti l'uno dall'altro. I due sistemi devono essere in grado di coordinarsi, ma non risultano essenziali, l'uno per l'altro, per la resa di entrambi. È importante fare comprendere questo schema al paziente, perché, come è possibile vedere ai primi tentativi, egli crede di poter aumentare l'intensità e la resa del suono prodotto espirando più forte, atto molto scorretto. Ciò potrebbe essere facilitato facendo percepire, attraverso il tatto, gli atti scorretti, ponendo una mano a livello dello stoma, percependo la fuoriuscita incontrollata d'aria, e l'altra sul diaframma, avvertendone i movimenti scoordinati. Il terapeuta stesso può porsi come esempio facendo percepire sul proprio corpo i corretti atti da eseguire.

Il primo esercizio deve essere eseguito a bocca chiusa e prevede

- inspirazione profonda
- espirazione lenta
- mantenimento dell'apnea per un breve tratto
- produzione di cinque pompaggi.

Il secondo esercizio sempre a bocca chiusa prevedere l'esecuzione ad apnea piena, ovvero con i polmoni pieni d'aria. Si esegue secondo questa modalità:

- ispirazione lenta
- mantenimento dell'apnea per qualche secondo
- successivi cinque pompaggi
- espirazione lenta.

Il terzo esercizio prevedere l'esecuzione a bocca aperta. Durante questa fase dovremmo assistere, se eseguito correttamente, alla vibrazione del tratto faringo-esofageo che genera la riproduzione di un suono. Si esegue

- inspirazione profonda
- espirazione lenta
- mantenimento dell'apnea
- pompaggio a bocca aperta.

Prima di andare avanti con il metodo bisogna assicurarsi che il paziente abbia eseguito correttamente i vari esercizi e abbia compreso appieno lo schema proposto ed eseguito. Ora, sfruttando la capacità vibratoria acquisita, possiamo produrre i nostri primi suoni.

Si procede con l'esecuzione progressiva delle vocali **A-O-E-I-U** mantenendo la bocca leggermente aperta senza alcuna modulazione del tono. All'esperienza con i primi suoni della nuova voce è del tutto normale che il paziente non sia ancora in grado di controllare pienamente la vibrazione. Può capitare che il soggetto non sia in grado di regolare il suono all'atto dell'articolazione delle sillabe. Ciò può indurre il paziente a fare forza sullo stoma, tentando di riuscire a facilitare la vibrazione. Il terapeuta deve scoraggiare questo comportamento, chiarendo che non è necessaria alcuna spinta dal basso verso l'altro.

L'assenza di sforzo è la caratteristica principale di tutte le migliori terapie, qualsiasi sia la strategia utilizzata.

Una volta capaci di pronunciare tutte le vocali, si può gradualmente aumentare la difficoltà degli esercizi passando alle sillabe, prima con consonanti bilabiali e velari, per poi passare alle successive con aumento della complessità degli accoppiamenti tra le sillabe.

Il paziente, con il tempo, acquista una buona padronanza della tecnica. Arrivato ad un consolidamento della stessa, si può chiedere di comunicare mediante il metodo appreso, non limitandosi nelle parole da pronunciare, prendendo come

punto di partenza parole d'uso quotidiano, anche se di difficile articolazione, per poi essere sempre più in grado di pronunciare intere frasi.

TERZA PARTE

CAPITOLO 5°- LA FIGURA DEL LOGOPEDISTA E L'IMPORTANZA DEL COUNSELING

5.1 FIGURA DEL LOGOPEDISTA

Il Logopedista è una figura professionale direttamente coinvolta nell'esercizio della prevenzione, della cura, della riabilitazione legate alle procedure di valutazione funzionale delle patologie del Linguaggio e della Comunicazione umana in età evolutiva, adulta e geriatrica. Il logopedista collabora in genere con un'èquipe multidisciplinare, rivolta all'individuazione e al superamento delle problematiche correlate alle disfunzioni del linguaggio. Può praticare anche un'attività terapeutica autonomamente per la rieducazione funzionale delle disabilità comunicative e cognitive, per mezzo di terapie di abilitazione e riabilitazione della comunicazione e del linguaggio orale e scritto. Inoltre propone l'adozione di ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia, svolge attività di counseling per il paziente e i suoi familiari o per le agenzie sociali della famiglia, della scuola, delle istituzioni²⁴.

5.2 L'IMPORTANZA DEL COUNSELING

La relazione d'aiuto costituisce e si colloca come uno degli strumenti di lavoro più importanti per il buon andamento del trattamento riabilitativo, poiché ci ritroviamo davanti all'incontro tra due individui, due persone che instaureranno una relazione, un contatto, che sarà focalizzata sul dare aiuto a chi ce lo chiede, ponendo al centro della propria esistenza il benessere del paziente. Il centro

della relazione dunque è il soggetto che cerca e chiede sostegno e supporto. Il terapeuta collabora con il paziente per il superamento degli ostacoli e dei blocchi, ma questa conquista dipende soprattutto dalla collaborazione del utente, che deve seguire scrupolosamente i consigli dell'aiutante²⁵.

Quest'ultimo quindi non sarà lì a compiere complicati aggiustamenti terapeutici, quanto a rimuovere gli ostacoli che impediscono il buon andamento della terapia. Il terapeuta pone nelle mani del paziente esclusivamente uno strumento di libertà per ricreare attorno a sé le condizioni favorevoli²⁶ non solo per il trattamento, ma anche per la crescita e la buona relazione con se stessi e il mondo circostante in tutti i suoi ambienti, permettendo di scavalcare e superare quegli alti muri che ne impediranno il successo e il raggiungimento dei propri obiettivi. La relazione d'aiuto con il caregiver ha quindi come principale finalità quella di restituire al soggetto la perdita autonomia, un maggior senso di identità e autostima, facendo apprendere che la patologia e la disabilità acquisita non sono caratteristiche debilitanti per la persona, ma che questa sia tanto forte quanto capace da poterle addirittura superare, volando al di là delle limitazioni fisiche, riuscendo così a perseguire un normale stile di vita sia relazionale che lavorativo. La relazione d'aiuto si avvale e si muove con il contatto fisico, incrocia il paziente nei tratti più intimi e personali, come l'igiene, il bisogno fisico, il dolore, la morte. Questa si presenta come un rapporto di scambio sia verbale che non verbale che garantisce e favorisce la creazione di un clima basato sulla fiducia, sul rispetto reciproco, indirizzato verso il soddisfacimento dei bisogni dell'assistito.

5.3 PERCHE' IL COUNSELING NEL PAZIENTE LARINGECTOMIZZATO

In sanità il counseling si presenta fondamentale e essenziale. Essendo l'obiettivo principale quello di fornire supporto psicologico e sostegno a colui che non è capace di fronteggiare una problematica, il counseling trova ampia applicazione presso tutte le strutture sanitarie. Diventa fondamentale offrire

ausilio a tutti coloro che necessitano aiuto per superare la vasta gamma di problemi psicoemotivi legati alla malattia²⁷.

Partiamo dal presupposto che chiunque richieda una riabilitazione chiede indirettamente aiuto ad un esperto. Il nostro caso si mostra nella sua particolarità e delicatezza. Ci troviamo di fronte ad un individuo protagonista di un evento tragico quale una neoplasia. Tramite la figura del medico il paziente viene presso noi e ci coinvolge nella sua esperienza, con l'attesa di ricevere soccorso. Egli viene chiamato in causa ad affrontare una difficile prova a cui è impreparato. È difficile comprendere appieno la sfera emotiva del paziente malato, che all'improvviso vedere la propria salute minacciata. Quando stiamo bene infatti, la possibilità di una malattia seria sembra remota e irrealistica, ma quando poi ci viene diagnosticata, siamo scioccati e confusi, spesso arrabbiati o addirittura avvelenati. Quando un individuo non è in grado di affrontare una particolare esperienza, ecco che ha bisogno di un aiuto esterno, in grado di contenere l'angoscia e con cui provvedere alla fase dell'elaborazione. Dunque in un percorso riabilitativo tanto delicato è quasi impossibile poter condurre il paziente al ripristino delle sue capacità, senza tenere in considerazione il ruolo svolto dal counseling. Pertanto la relazione d'aiuto si presenta come una risorsa fondamentale, un fattore senza il quale verrebbe meno l'efficacia del trattamento.