

Seminario conclusivo Progetto Edunet AFASIA: ABITARE UNO SPAZIO INVISIBILE

CURARE O PRENDERSI CURA?

di Maura Marogna

I limiti del modello medico tradizionale

L'attività quotidiana a contatto con persone adulte che improvvisamente hanno perso l'uso del linguaggio, integrata negli ultimi anni dalla esperienza profondamente "umana" presso l'Associazione Italiana Afasici, ha giocato un ruolo decisivo per cominciare a riflettere sul significato del mio lavoro, in particolare sui limiti scientifici del mio agire terapeutico, anche alla luce dei profondi cambiamenti che stanno avvenendo sui concetti di malattia, guarigione, cura, e disabilità.

Tutti noi, operatori, persone afasiche e familiari siamo entrati a contatto con l'afasia attraverso una prospettiva medicalizzata della malattia e della cura.

A questo proposito ricordiamo i punti di forza e/o di debolezza del modello medico tradizionale:

- La malattia è un dato esclusivamente **biologico**, che si può esprimere attraverso parametri obiettivi e quantificabili
- L'obiettivo della cura è la guarigione attraverso le fasi di **diagnosi e terapia**.
- Le caratteristiche del **metodo clinico** sono: 1) la **semplificazione**, cioè la riduzione di un fenomeno complesso quale è la malattia a un rapporto semplificato di causa-effetto); 2) la **predittività**, in quanto la malattia è l'effetto di una causa biologicamente identificabile che si ripresenta con le stesse costanti in soggetti diversi
- Il **medico** è l'**unico esperto** del problema della persona, perché dotato di specifici strumenti tecnico-scientifici per la diagnosi e la cura
- La **disabilità** (OMS, 1980) è la limitazione delle normali capacità funzionali del soggetto, conseguente ad una malattia

Fa parte dell'esperienza di ogni medico la consapevolezza che l'attenersi a questo modello di cura della medicina tradizionale è insufficiente ad affrontare nella pratica professionale la complessità dei problemi psicologici, affettivi sociali correlati al vissuto della persona portatrice di una malattia o di una disabilità. In particolare, un agire terapeutico **unilaterale**, perché la definizione del problema è tutta nella testa dell'esperto, e **concentrato** nel tempo, perché la prestazione specialistica avviene in un arco di tempo ristretto e predefinito necessario per porre la diagnosi e stabilire la cura più razionale ed efficiente, risulta inadeguato di fronte alla disabilità per le seguenti ragioni. Essa:

- caratterizza una condizione, spesso cronica, di vita
- Si esprime attraverso la soggettività di chi la vive. Chi ha perso l'autosufficienza può trovarsi a vivere una condizione che accetta con difficoltà, in cui non si riconosce, che lo rende triste, depresso o aggressivo.
- Coinvolge familiari e caregiver che prestano cure, attenzione, tempo, risorse fisiche e mentali
- Richiede l'intervento di altre figure professionali, l'infermiere, l'assistente sociale, il terapeuta della riabilitazione, lo psicologo
- Richiede specifiche competenze relazionali degli operatori per identificare le reali necessità della persona e per concordare nuove modalità di intervento al di là di quelle squisitamente mediche.

In considerazione di quanto detto, farsi carico di una persona con disabilità richiede da parte del medico un cambiamento nell'approccio alla malattia e alla disabilità, imprescindibile dalla dimensione umana e relazionale, ma anche del concetto di cura, che nel caso della disabilità non ha più come obiettivo la guarigione, bensì il mantenimento o il miglioramento delle condizioni a partire dalla situazione data, con l'intenzione di permettere alla persona e al contesto familiare una migliore qualità di vita. Il progetto di cura, in questa ottica, deve avvalersi della collaborazione di differenti figure professionali in grado di trasferire la loro competenza in un lavoro comune e integrato.

L'afasia e' una malattia o una disabilità'?

La scienza medica definisce l'afasia un disturbo acquisito del linguaggio di interesse prettamente neurologico, e quindi come una malattia ne vanno identificati gli aspetti neuroanatomici (natura, sede, estensione del danno cerebrale), i meccanismi neurofisiologici che sottendono al recupero spontaneo, i processi neurofunzionali che caratterizzano le attività del linguaggio compromesse e residue. Tali informazioni sono raccolte per fornire una valutazione descrittiva e funzionale dei disturbi afasici e programmare interventi specificamente rivolti al recupero dei deficit linguistici isolati (disgrafie, dislessie, anomie).

Questa modalità di approccio all'afasia come malattia trascura il suo impatto psicosociale; la perdita dell'uso del linguaggio viene vissuta dalla persona come una catastrofe psicologica e sociale per sé e per la famiglia in quanto colpisce la dimensione fondamentale della comunicazione/relazione. In questa ottica l'afasia non riguarda solo chi ne è colpito direttamente, ma l'intera rete sociale che circonda la persona. L'esperienza di molti afasici conferma che ogni aspetto della vita di un individuo è in qualche misura coinvolto dalla disabilità comunicativa (l'educazione, istruzione, l'impiego, la vita quotidiana, la gestione economica, il tempo libero. La perdita del lavoro, le difficoltà a trovare una occupazione adeguata alle necessità e capacità, la ricostruzione dei ruoli familiari, la modificazione dei comportamenti sociali (isolamento, esclusione, emarginazione) sono alcune conseguenze negative dell'afasia. Tutto ciò concorre a creare nella persona una immagine di sé negativa, una bassa autostima, una tendenza all'ansietà e alla depressione, il che finisce per comportare inevitabilmente uno stato di dipendenza dagli altri, dal coniuge, dai familiari, dagli operatori, con sempre minori possibilità per la persona di tornare a gestire direttamente la propria vita.

L'inquadramento dell'afasia come disabilità comunicativa orienta la cura verso:

- I comportamenti comunicativi degli altri (familiari e caregiver), le strategie comunicative utilizzate dal partner per migliorare l'efficacia comunicativa, il valore delle abilità comunicative attribuito dalla famiglia e dalla società
- Le attività della persona afasica oltre alle sue capacità e quindi la sua interazione con l'ambiente per identificare le necessarie misure per l'abbattimento di barriere e ostacoli alla comunicazione (ridurre la rumorosità degli ambienti, usare canali comunicativi alternativi, disporre di personale competente all'interno dei servizi pubblici)
- Le conseguenze psicologiche, in termini di depressione sulla persona e famiglia. L'afasia determina una modificazione brutale e duratura dell'immagine sociale del soggetto, provocando un effetto devastante sulla sua personalità. La depressione dipende dalla combinazione di fattori neuroanatomici e fattori psicosociali (ridotta autonomia nelle ADL, necessità di supporto sociale, dipendenza dagli altri,), che concorrono a determinare una bassa qualità di vita. La compromissione dell'adattamento psicosociale è responsabile inoltre della riduzione della funzionalità cognitiva a livello di attenzione e memoria, rendendo difficile al soggetto la partecipazione alla riabilitazione e riducendo le sue capacità di investimento nelle attività sociali e nelle decisioni terapeutiche. L'impatto della depressione sulla famiglia e sul caregiver

- e' frequente: quanto piu' l'handicap e' grave e invalidante tanto piu' la persona afasica rappresenta un veicolo demoralizzante per la famiglia, che crea sofferenza e ansiet 
- Gli eventuali ma frequenti disturbi fisici associati all'afasia che concorrono a compromettere l'autonomia della persona nella vita quotidiana, pensiamo ad una paresi degli arti, che condiziona la postura, la deambulazione, la motilit  fine della mano; a problemi comportamentali, evidenti nella fase acuta post ictus quali la mancanza di collaborazione...
 - Gli aspetti comunicativi della relazione tra medico e persona con disabilit 

Problemi relativi alla diagnosi corretta di afasia

A questo punto disponiamo di una certa quantita' di informazioni utili per soffermarci a riflettere sui limiti dell'agire medico tradizionale nei confronti della complessita' dell'afasia, quando, applicando il modello medico tradizionale si vogliono raggiungere gli obiettivi primari della scienza medica, cioe' la formulazione di una diagnosi corretta e l'applicazione di un intervento terapeutico specifico.

Vediamo come. Durante il colloquio clinico il medico valuta i deficit del linguaggio, per esempio, la difficolt  di trovare le parole corrette, la perdita della struttura sintattica della frase, la ridotta fluenza dell'eloquio, gli errori di scrittura e lettura, la ridotta o assente capacit  di comprendere domande articolate e complesse, l'inadeguatezza dei gesti, le risposte errate ma reiterate del paziente.

Dall'osservazione dei sintomi clinici, suffragata dai dati anamnestici e in alcuni casi dai risultati ottenuti alle indagini psicometriche viene verificata sulla base delle conoscenze scientifiche e attraverso un processo logico induttivo di tipo causa effetto, l'ipotesi diagnostica di afasia.

Eppure per la **variabilit  e l'eterogeneit  della sintomi di malattia** il medico avr  enormi difficolt  a correlare, trovare somiglianze con altri casi di afasia e si trover  impreparato a verificare la scientificit  del suo operato, oppure a differenziare questi casi di afasia da altri disturbi della comunicazione in corso per esempio di demenza, di sindromi amnesiche isolate, di patologie psichiatriche.

Quindi per esempio sara' molto difficile fare una diagnosi di afasia se **si definisce l'afasia una malattia, cioe' un correlato di sintomi clinici espressivi di un deficit del linguaggio, peraltro presenti in corso di altre malattie**: possiamo immaginare le conseguenze di questo errore diagnostico nella gestione dell'intervento terapeutico.

Cio' significa che una volta isolato il disturbo afasico da altre funzioni cognitive eventualmente danneggiate nel corso di una lesione cerebrale e interpretato alla luce dei modelli teorici del funzionamento normale e patologico del linguaggio, il terapeuta attiver  un percorso riabilitativo mirato al recupero della funzione o, alternativamente, alla riduzione dell'impatto del deficit linguistico sulla comunicazione attraverso lo sviluppo di strategie di compenso.

Problemi relativi all'intervento terapeutico

L'osservazione clinica quindi dei deficit linguistici durante la visita medica non e' sufficiente per fare una diagnosi corretta della malattia. Se anche fosse cosi' una volta formulata una diagnosi di afasia non sarebbe possibile utilizzare tale diagnosi per formulare un intervento su basi scientifiche. Come abbiamo gia' detto non esistono cure farmacologiche (nonostante esistono studi sperimentali relativi all'applicazione della bromocriptina, sono limitati numericamente e con risultati ambigui e incerti), quindi il medico in questo caso si trova ad aver fatto una diagnosi di malattia senza poter intervenire direttamente sui sintomi clinici e senza avere la possibilit  di intervenire direttamente sulla cura. Probabilmente alcuni diranno che il compito del medico finisce qui perche' a questo punto il medico affida la cura ai logopedisti, i quali non essendo dei maghi, ma dotati di strumenti tecnicospirituali inizieranno un percorso riabilitativo finalizzato al recupero del deficit o al

mantenimento dello stato clinico. Come ?

Una volta isolato il disturbo afasico da altre funzioni cognitive eventualmente danneggiate nel corso di una lesione cerebrale e interpretato alla luce dei modelli teorici del funzionamento normale e patologico del linguaggio, il terapeuta attiverà un percorso riabilitativo mirato al recupero della funzione o, alternativamente, alla riduzione dell'impatto del deficit linguistico sulla comunicazione attraverso lo sviluppo di strategie di compenso.

Ma anche in questo caso sorgono nel mondo riabilitativo enormi problemi: esistono modelli teorici sul funzionamento del linguaggio normale, ma non esistono modelli teorici di riabilitazione dei disturbi del linguaggio, esistono difficoltà legate alla riproducibilità di procedure riabilitative (ogni persona afasica è diversa dalle altre), alla misura di efficacia dell'intervento o di generalizzazione dell'intervento sulle abilità comunicative della persona afasica.....

In conseguenza di questo agire si possono verificare diverse conseguenze pericolose e dannose per il paziente:

Gli effetti dell'approccio medico tradizionale sul paziente, sugli operatori, sulla famiglia e sulla comunità':

- Il paziente si sentirà abbandonato dal medico (non ci sono cure)
- Il paziente non capirà se è malato (allora perché non mi cura) o se è qualcosa d'altro che non sa
- Il paziente si sentirà un malato a vita perché dovrà fare una terapia che avrà poco successo in termini di guarigione
- Il paziente non sa quale malattia lo ha colpito (la demenza, una sindrome amnesica, un malato psichiatrico)
- Il paziente non conosce il ruolo del logopedista (è uno psicologo, un tecnico, un insegnante??)
- I familiari si sentiranno esclusi, isolati dal rapporto del medico con il loro caro, incapaci di fornire un aiuto adeguato e privi di qualsiasi informazione e formazione per partecipare attivamente al percorso di vita della persona.

Per gli operatori:

- Gli operatori si sentiranno frustrati di fronte alla limitatezza delle loro competenze, alle richieste e alle aspettative dei pazienti nei riguardi della cura, da ciò ne può derivare demotivazione per il proprio operato. Le difficoltà e gli insuccessi dell'approccio medico all'afasia vengono quindi vissute dagli operatori con un grave senso di impotenza. Il più delle volte da un iniziale entusiasmo subentra un progressivo disimpegno verso le persone, tendono a trattarli in modo distaccato, meccanico, maturando un senso di inutilità del proprio lavoro. Tutto ciò può portare l'operatore a mettere in discussione il proprio impegno, la propria creatività e disponibilità.
- I clinici soffriranno di un metodo di conoscenza proprio della loro formazione che enfatizza la diagnosi e la cura della malattia secondo le leggi di causa ed effetto
- I clinici scopriranno le loro notevoli difficoltà a comunicare con una persona afasica nella raccolta anamnestica, nella descrizione dei sintomi, nel colloquio clinico (sarà in grado di comprendere, sono sicuro di aver capito ciò che sta dicendo?) e si sentiranno impotenti di fronte alle difficoltà comunicative della persona senza avere conoscenze sulle eventuali strategie di comunicazione che altri operatori possono mettere in atto senza però che vi sia un rapporto di lavoro stretto tra i diversi professionisti

Per la comunità':

- La comunità non conosce il problema afasia né dal punto di vista medico, né le sue conseguenze sociali
- La comunità non potrà attivare le sue risorse (non le conosce) per gestire la persona afasica, né la sua famiglia

- La comunità confonderà la persona afasica con un demente o una persona con deficit intellettivi

Sulla base di tali considerazioni è ovvio che gli operatori, soprattutto i medici, sono chiamati a riflettere su come gestire non più una malattia, ma una disabilità e nel caso specifico, quella comunicativa perché la compromissione della capacità di comunicare limita la persona nella sua vita di relazione rendendola dipendente dagli altri e alterando conseguentemente la sua qualità di vita. Significa che il ruolo del medico non sarà più soltanto quello dell'esperto, ma anche quello dell'ascoltatore, nel nostro caso significa ascoltare la storia della persona afasica, della sua famiglia e di chi altri condividono con lei l'esperienza dell'afasia, per progettare un percorso terapeutico che non mira alla guarigione, ma all'acquisizione di conoscenze, competenze e risorse necessarie per agire nell'autonomia possibile.

Non ci saranno possibilità di intervento adeguato ed efficace se il medico continua a trattare l'afasia come una malattia e quindi con una guarigione e lascia fuori dalla porta la persona che manifesta il disturbo, ma soprattutto manifesta una disabilità'.

Per affrontare in modo proficuo il senso di impotenza e di insoddisfazione verso l'approccio all'afasia occorre che l'operatore sviluppi una visione consapevole e concreta della gestione e del rapporto con la persona afasica. La consapevolezza consisterà nel fatto che il suo operato non parteciperà ad una guarigione, ma aiuterà a migliorare la qualità di vita della persona e dei familiari. La concretezza consisterà nel porsi degli obiettivi da raggiungere, un programma stabilito che potrà aiutarlo, indirettamente, a migliorare la qualità della relazione.

Per fare ciò occorre:

- Possedere delle corrette informazioni sulla malattia e le sue fasi
- Gestire e valorizzare la relazione con la persona
- Individuare degli obiettivi che tengano conto sia della persona sia della fase del suo percorso
- Utilizzare tecniche relazionali

Prendersi cura della persona afasica

La gestione della disabilità comunicativa della persona afasica implica la gestione di complessità e problematiche, che non possono essere affrontate solo con le nostre competenze tecniche, ma per le quali viene richiesto il nostro servizio. In tal senso vorrei ricordare che la disabilità comunicativa è responsabile della perdita dell'autosufficienza della persona che in qualche modo si trova a dipendere dagli altri e ciò sembra implicare conseguentemente la perdita dell'autonomia, cioè del potere decisionale e della libertà di scegliere. Si può non essere più autosufficienti, ma mantenere una personale autonomia.

Nella cura della persona afasica l'obiettivo terapeutico è proprio quello di promuovere l'autonomia possibile della persona. Significa restituire alla persona afasica la sua dignità, il suo ruolo sociale, le sue competenze relazionali, nell'ottica che non sia affetto da una malattia ma sia portatore di una condizione di vita che può essere migliorata attraverso gli strumenti della relazione. Si tratta sempre di una metodologia che affronta la disabilità comunicativa in termini più estesi ed ampi, che non può prescindere dalla persona afasica e dal suo contesto.

Ma "curare" un paziente – e penso che su questo punto condividiamo la stessa idea - con disabilità comunicativa non significa solo agire nei confronti del deficit afasico con razionali e rigorosi strumenti diagnostici e terapeutici (un approccio metodologico puramente teorico-intellettuale, fondato sull'individuazione dei problemi e la somministrazione della cura è insufficiente e inadeguato di fronte alla questione afasia) bensì da una parte esplorare le competenze potenziali della persona disponibili per il recupero e dall'altra confrontarsi in modo continuativo e, in alcuni casi, per lunghi periodi, con problematiche non specificamente mediche, e con situazioni che esulano dal setting della pratica clinica "tradizionale", ma coinvolgono un contesto relazionale più ampio, familiare e sociale

In tal senso l'intervento terapeutico del medico assume il significato del prendersi cura, nel quale "la relazione" diventa lo spazio naturale dove trovano espressione quelle componenti psicologiche, emotive, sociali e culturali del paziente, che rappresentano insieme a quelle squisitamente cognitive le reali risorse del paziente.

Una prima conseguenza operativa risiede nella necessita' da parte di chi dispensa la "cura" di tenere nel giusto conto tutte variabili interindividuali (fattori biologici, psicologici e sociali) legate alla malattia, alla disabilita' e alla loro gestione al fine di adeguare l'offerta di presa in carico alle caratteristiche soggettive di chi la chiede. Sono fattori che incidono durante tutto il processo evolutivo della malattia, ma incidono molto di piu' nelle malattie croniche, in cui non vi e' la certezza di una temporalita' limitata, ne' di una completa guarigione. In tali malattie i vissuti emotivi, i processi di elaborazione e di adattamento, le aspettative del paziente, dei familiari e degli operatori interferiscono notevolmente con il processo riabilitativo.

Esempio: Pensate all'idea implicita del "tornare come prima" che sta dietro quando si parla di riabilitazione: c'e' in essa un interrogativo, una speranza, una meta e spesso un'illusione: E' qui l'origine di una prima discrepanza tra la prospettiva del paziente e quella dell'operatore. Il paziente parte dall'idea di cancellare l'handicap e ripristinare la situazione antecedente; il terapeuta vede nell'accettazione dell'handicap il punto di partenza per iniziare a lavorare.

Il counselling nella relazione tra medico e paziente (tratto da discorso del cardiocirurgo Bert, presidente dell'associazione italiana di counselling sistemico)

Si sono intensificate le ricerche sugli aspetti comunicativi della relazione fra medico e paziente, identificando una serie di capacita' e tecniche utili e insegnabili al medico per la sua pratica professionale, in parte tratte dalla psicologia, che colgono l'esigenza stessa di volgere l'attenzione dei medici agli aspetti emotivi, comunicativi e relazionali della loro professione.

Mi riferisco al counseling. La parola anglosassone rimanda a una tecnica complessa con la quale si impara a tenere conto e a sfruttare le variabili comunicative che intervengono in un rapporto, personale o professionale che sia. Risulta fondamentale quando si deve relazione con una persona sui trattamenti e sulle strategie terapeutiche, quando chi si ha di fronte è qualcosa di più di un mosaico di sintomi da incastrare in qualche definizione diagnostica.

I punti fondamentali della metodologia del counselling:

- 1) Saper ascoltare (resistere più di due-tre minuti prima di sciorinare all'assistito diagnosi e terapia);
- 2) Fare domande aperte (non fossilizzarsi sui sintomi, ma ampliare l'indagine al contesto familiare, sociale e psicologico);
- 3) Riflettere prima di dire o fare qualcosa
- 4) Accogliere le istanze dell'assistito (accogliere non significa approvare incondizionatamente, ma prendere in considerazione tutto quello che la persona porta con sé senza pregiudizi o tabù dottrinari).

«Questa disciplina è fondamentale per creare uno scambio equilibrato e paritetico tra medico, paziente e familiari, senza che nessuna figura sovrasti le altre -sottolinea Bert - in genere sarebbe d'aiuto in tutte le situazioni limite, dove comunicare in modo giusto è essenziale ma al tempo stesso molto difficile».

La strategia piu' efficace per una comunicazione corretta è l'ascolto. Nella pratica clinica il medico e' il protagonista del colloquio clinico e il suo intervento rapido, tempestivo, inquisitorio condiziona la relazione durante il tentativo del paziente di descrivere la sua storia di malato (figuriamoci quanto tempo e' necessario dedicare all'ascolto di persone afasiche che comunicano con difficolta'!!).

Non ascoltando attivamente perdiamo una quantità di dettagli e di informazioni che spesso risultano indispensabili per orientarci nell'intervento. Vi faccio un esempio tratto dalla nostra esperienza quotidiana del servizio di logopedia: la richiesta del paziente a noi esperti è voglio tornare a parlare come prima. Ascoltare questa richiesta significa entrare nel mondo della persona e scoprire quale significato ha per lui parlare, scoprire che il paziente vuole comunicare che cosa, a chi, scoprire quale è il suo mondo di relazione e tentare individuando le sue risorse residue, le caratteristiche del suo ambiente per migliorare la sua qualità di vita, promuovendo la sua consapevolezza, la sua capacità di fare, attivando la sua autostima.

Per esempio l'interpretazione che il paziente dei suoi disturbi può sembrare superflua, ma si rivela importante perché il modo soggettivo di narrare il proprio vissuto di "malato" dà informazioni per capire come quella persona vive l'evento malattia. In senso operativo significa esplorare quattro possibili dimensioni durante il colloquio clinico: **i sentimenti** del paziente, per esempio la paura di non parlare più come prima; **le sue idee e interpretazioni** riguardo a ciò che non va, per esempio, i miei pensieri e le mie parole sono confuse nella testa, forse sono pazzo; **le aspettative e i desideri** riguardo a ciò che dovrebbe essere fatto, per esempio, so che lei come medico saprà consigliarmi la cura giusta; **il contesto** familiare, sociale e lavorativo, per esempio conosco persone che sono guarite dopo un ictus.

Importante è, ancora, non obbligare la persona che chiede il nostro intervento ad un'anamnesi forzata in schemi rigidi; è importante assecondare la sua narrazione, lasciare che esponga i fatti secondo il suo ordine interno, rispettando le sue pause e i suoi silenzi, formulando domande aperte che consentono di allargare lo sguardo sull'ambiente familiare e sociale, sulle caratteristiche psicologiche e comportamentali della persona.

Non dare mai niente per scontato, imparare a osservare lo stesso evento sotto molteplici punti di vista, non cercare risposte ma imparare a formulare le domande sono alcuni dei principi cardine della disciplina.

Per fare ciò ogni operatore deve saper recuperare una capacità di rapporto empatico (sapersi calare dentro al suo mondo emotivo e di significati senza fonderci con lui): questo significa essere consapevoli delle problematiche emotive e relazionali evocate dalla disabilità e dall'iter riabilitativo, di quanto tali problematiche siano condizionanti per l'iter stesso, della necessità di fornire al paziente la disponibilità all'ascolto, senza delegare ad altri la comprensione del proprio paziente e la gestione di gran parte dei suoi problemi. Ciò significa anche essere in grado di gestire tale vicinanza emotiva senza farsi coinvolgere in modo improprio. La giusta distanza dai vissuti del paziente è una delle cose più difficili da raggiungere e non è mai scontata; cresce con l'esperienza del contatto con il paziente, la riflessione critica.

Da questi piccoli spunti tratti dalla metodologia del counselling si può dedurre come il buon senso e la spontaneità siano elementi ostracizzati, mentre è fondamentale l'apprendimento di queste tecniche per imparare a tenere conto delle infinite variabili individuali (sintomatiche, psicologiche, etiche, culturali e ambientali) che governano il dialogo tra medico e paziente quando la pillola non è la sola cura.

I sintesi, l'agire terapeutico del medico non si esaurisce né nella prescrizione del farmaco né nella applicazione di un protocollo. Di fronte alla disabilità dobbiamo tenere in considerazione il ruolo fondamentale della relazione come strumento e primo atto terapeutico. Attraverso una relazione efficace si possono ottenere obiettivi diversi dalla guarigione, ma legati al miglioramento della qualità di vita, quali per esempio:

- Resituire stima per sé
- Ridurre la tensione
- Dare un senso alla vita

- Migliorare la comunicazione verbale e non verbale
- Ostacolare il chiudersi in se stessi
- Migliorare il benessere fisico

Secondo questa prospettiva la cura della persona afasica non si limita agli operatori, ma si estende anche a tutti coloro che, in qualità di familiari, amici, assistenti, volontari, condividono con la persona afasica l'esperienza di perdere la capacità di usare o comprendere le parole in conseguenza di ictus.

Non esistono terapie farmacologiche per l'afasia, esistono terapie per prevenire il rischio dell' stroke e per gestire le complicanze (depressione, epilessia). Anche la logopedia, che molto spesso viene suggerita dal medico al momento delle dimissioni del paziente non garantisce la cura del paziente. La logopedia è un intervento finalizzato a promuovere efficacemente l'uso delle abilità comunicative residue e/o a facilitare l'uso di strategie comunicative alternative. Secondo una prospettiva medico tradizionale, quindi, l'intervento logopedico non guarisce la malattia afasica.