

Seminario conclusivo Progetto Edunet
AFASIA: ABITARE UNO SPAZIO INVISIBILE

Nuove frontiere nella Terapia della Afasia: il ruolo dell'emisfero destro
Philippe Van Eeckhout

[Traduzione : Rita Bencivenga e Alessandra Tinti]

Parlare di frontiere, nella terapia dell'afasia, è ambiguo. Significa mostrare i limiti, la scissione che potrebbe esistere fra due mondi. Se oggi desidero parlare dell'emisfero destro, di questa metà del cervello che veniva chiamata, ingiustamente, emisfero minore, è perchè lo conosco bene, lui mi conosce bene. E' da lui che attingo la conoscenza, la verità, la sensibilità, la creatività, l'emozione, la melodia e la personalità. Non attraverso alcuna frontiera. Ci vado il più direttamente possibile, nel modo più naturale possibile.

Vorrei iniziare raccontandovi la mia più grande avventura. E' l'osservazione di un disegnatore satirico e caricaturista, seguito in riabilitazione per tre anni a seguito di una afasia globale ; questa osservazione pone il problema della possibile influenza del disegno sul recupero del linguaggio e del ruolo dell'emisfero destro in questo recupero.

Il signor Claudio B., destrimane (nessun mancinismo familiare), presenta cefalee diffuse accompagnate da febbre a 39°, e dolore retro e sotto mascellare sinistro. Due giorni più tardi appaiono problemi di linguaggio orale e scritto di tipo afasico.

L'arteriografia mostra una occlusione completa della carotide interna. Durante questa arteriografia, appare una emiplegia destra e l'afasia si aggrava. Alla fine di agosto, l'esame rivela una afasia globale con sospensione completa del linguaggio e gravi problemi nella comprensione, una emiplegia destra totale, una ipoestesia dell'emicorpo destro che risparmia il volto. Il recupero motorio sarà progressivo, per molti mesi. A livello dell'arto superiore, il deficit e l'ipoestesia impediscono qualsiasi attività grafica. La TC cerebrale mostra una ipodensità corrispondente a un rammollimento che interessa i territori profondi e superficiali dell'arteria cerebrale media sinistra, la casula interna, il nucleo lenticolare, la parte posteriore del lobo frontale, il lobo temporale ma risparmia la parte posteriore del lobo parietale.

Tre mesi più tardi, l'assenza di iniziativa verbale, l'atteggiamento di passività del paziente inframmezzato da reazioni catastrofiche durante la terapia, la persistenza dei problemi di comprensione, un eloquio non fluente e agrammatico e l'esistenza di un deficit motorio consistente, nonostante la deambulazione sia divenuta possibile con un appoggio, rappresentano elementi prognostici negativi.

E' dunque alla fine di questi tre mesi che si decide di introdurre il disegno come mezzo supplementare di espressione.

Sostenuto dai familiari, questo avrebbe dovuto essere il modo di ridare confidenza al paziente, nonostante il fatto che l'attività grafica non possa essere prodotta che dalla mano sinistra, senza dubbio in modo definitivo.

Si sono susseguite tre fasi:

- Il disegno come rappresentazione
- Il disegno come racconto
- Il disegno come espressione personale

L'insieme di questi disegni non poteva costituire che una nuova prova delle possibilità espressive di un afasico. Questa riflessione ammette implicitamente l'indipendenza fra linguaggio e disegno. Tanto che una storia può essere perfettamente illustrata anche quando non viene raccontata oralmente.

Ma, quando le illustrazioni di questa stessa storia permettono la redazione scritta di « racconti ben formulati », è legittimo interrogarsi sul ruolo eventuale giocato dal disegno nel corso di produzioni verbali poichè non si tratta più di una semplice dissociazione fra espressione orale e espressione scritta ; bisogna prendere in considerazione il ruolo eventuale dell'emisfero destro. Tutti i disegni sono eseguiti dalla mano sinistra. Il ruolo maggiore giocato da questo emisfero nella rappresentazione visiva (Julien Berichon 1976) ed anche nell'espressione delle emozioni, permetterebbe di rendere conto della qualità della produzione grafica comparata alla povertà dell'espressione orale.

Possiamo, ai giorni nostri, ipotizzare l'idea che l'attività funzionale dell'emisfero destro, stimolata dall'esecuzione del disegno, abbia un potere di attivazione sulle capacità linguistiche residue dell'emisfero sinistro.

TERAPIA MELODICA RITMATA DERIVATA DALLA TERAPIA DI INTONAZIONE MELODICA (MIT) DI SPARKS

Ipotizzando che l'attivazione delle funzioni dell'emisfero destro intatto sia sfruttata nella riabilitazione del linguaggio, nel caso di individui che hanno un danno all'emisfero sinistro, gli autori svilupparono la tecnica conosciuta con il nome di M I T. Nell'adattamento francese, proposto da Van Eeckhout e coll., 1978- 79, questi ultimi si sono allontanati poco a poco dalla MIT per elaborare un metodo originale che sfruttava il sistema prosodico della lingua francese : terapia melodica ritmata (T M R.). I parametri sono : la melodia, il ritmo, la scansione, la messa in rilievo e lo schema visivo. Le regole sono semplici. Esse conferiscono un rilievo prosodico, sempre rispettando, addirittura esagerando, l'accentazione del francese parlato. Vi sono degli esercizi non verbali e, di seguito, degli esercizi verbali.

Il cervello è, senza dubbio, il meccanismo più complesso che conosciamo fra tutto l'insieme dei processi che regolano la nostra vita. E' il supporto materiale di questa attività straordinaria che è il pensiero.

Cervello e pensiero, si dice, sono i due aspetti o le due facce di una unità indivisibile : la relazione intima che li unisce è tuttora sconosciuta.

Nuove possibilità tecnologiche cominciano a portare un contributo a queste domande : così, la tomografia a emissione di positroni, la Pet, misura le variazioni del metabolismo cerebrale e del flusso sanguigno in tutte le regioni del cervello, che sappiamo aumentare quando queste ultime sono attivate.

Di conseguenza, è possibile riconoscere le aree corticali e le strutture profonde che intervengono in questo o quel compito. Il cervello riceve, in regioni corticali precise e specializzate, gli stimoli auditivi, visivi, tattili, somestesici, olfattivi e gustativi.

Ad ogni stato dell'animo e del comportamento, deve corrispondere una attivazione specifica del cervello.

Abbiamo utilizzato la Pet per studiare il recupero dell'afasia legato alla terapia melodica e ritmata. Il flusso sanguigno cerebrale regionale (D S C r) di cinque pazienti afasici, che non avevano presentato miglioramenti di linguaggio dopo un periodo compreso tra 6 e 35 mesi di terapia classica, ma che avevano recuperato parzialmente con la T M R, è stato misurato con H2015. in quattro situazioni : 1) riposo, 2) ascolto di parole, 3) ripetizione semplice di parole 4) ripetizione di parole con T M R. Le aree di Broca e di Wernicke, si sono rivelate severamente ipoperfuse.

L'ascolto e la ripetizione semplice delle parole hanno provocato l'attivazione significativa e anormale dell'emisfero destro. Tuttavia, la ripetizione di parole con T M R, ha riattivato una rete di regioni legate al linguaggio nell'emisfero sinistro. La PET ha dunque permesso di mettere in evidenza la riattivazione possibile di strutture colpite dall'ictus, giocando verosimilmente un ruolo fondamentale nel recupero.

L'Esempio di un musicista

L'Esempio di un musicista professionale colpito da afasia mostra che la musica e il linguaggio sono totalmente indipendenti. Ho avuto l'opportunità di osservare un organista cieco, Jean L. Un giorno, durante l'esecuzione di una messa, abbandona l'organo, si mette a vagare nella chiesa e comincia ad emettere delle frasi incomprensibili. I medici diagnosticarono un infarto nel territorio dell'arteria cerebrale media. Dopo una ospitalizzazione di 15 giorni, poté tornare a casa. Le sue facoltà espressive erano limitate. Aveva problemi di comprensione, non riusciva né a leggere né a scrivere in braille, ma soprattutto le sue capacità musicali erano alterate. Dieci settimane dopo l'incidente, la TC mostrava un tenue ipodensità in corrispondenza del lobo temporale, in particolare nell'area di Wernicke e nella parte inferiore del lobo parietale sinistro, il che spiega come mai il linguaggio fosse compromesso in tutte le sue modalità. L'espressione spontanea era fluente, senza disturbi articolatori, l'intonazione conservata. I sostantivi erano rari, rimpiazzati da perifrasi o da scelte scorrette. Se gli si domandava : « le piace il formaggio ? » rispondeva : « per quanto riguarda l'apparecchio, di quello di quando bevo, delle cose così : ah mio Dio, segnalo ciò che mi piace, amo il meglio che è buono per me. »

D'altra parte, Jean L. poteva canticchiare una melodia senza errore, con il nome delle note, sia spontaneamente, sia che gli si proponesse il titolo di una partitura, o che gli fornissimo le note iniziali. Ciò nonostante, era incapace di verbalizzare le stesse note al di fuori di un contesto cantato.

Se domandavo di cantare « Frère Jacques », lui rispondeva in gergo dicendo : « mes zébas, mes zébas, jubila, jubila, non non non, je ne sais pas » .

2

Ma se gli domandavo di cantare le note di Frère Jacques, diceva cantando : « do ré mi do, do ré mi

do, mi fa sol, mi fa sol » , articolava tutte le note correttamente.

Se gli domandavo di ripetere la frase : L'amico Remi è là (l'ami Rémi est là), lui diceva jo gué va ré a là.

Gli facevo allora notare che ogni prola era il nome di una nota. In questo modo, poteva ripetere : la mi ré mi la. E' così che ho elaborato a poco a poco una strategia di rieducazione del linguaggio, T M R, che permette di veicolare le parole dotate di significato.

Sei settimane dopo l'infarto cerebrale, Jean L. ha potuto eseguire una corale di Bach e, su nostra richiesta, la pastorale di César Franck. La sua interpretazione è stata esemplare, piena di sensibilità. Questa avventura è andata oltre la mia funzione di riparatore di linguaggio poichè mi sono dovuto immergere in una nuova forma di espressione. Avevo compiuto la mia educazione musicale, e Jean L. lo sapeva bene.