

Indice

Introduzione p. vii

Capitolo I.

Breve storia degli studi dei fenomeni afasici

- 1.1. *Le origini* p. 1
- 1.2. *Localizzazionismo e connessionismo* p. 6
- 1.3. *L'approccio psicodinamico* p. 13
- 1.4. *La linguistica e la neurolinguistica* p. 15

Capitolo II.

Il percorso di ricerca

- 2.1. *Ripensare una ricerca* p. 23
- 2.2. *I nodi irrisolti* p. 26
- 2.3. *Una breve riflessione sui materiali diagnostici
e terapeutici in uso* p. 28
- 2.4. *Il percorso dell'osservazione diretta e partecipe:
il comportamento comunicativo verbale e non verbale* p. 33

Capitolo III.

Il progress del recupero linguistico in due soggetti afasici

- 3.1. *Presentazione dei casi clinici* p. 39
- 3.2. *Dora* p. 40
- 3.3. *Primo incontro con Dora* p. 42
- 3.4. *Analisi dei protocolli di osservazione diretta e partecipe* p. 43
- 3.5. *Carlo* p. 52
- 3.6. *Analisi dei protocolli di osservazione diretta e partecipe* p. 54
- 3.7. *Conclusioni* p. 61

Appendice I.

Protocolli di osservazione diretta e partecipe

1. *Dora* p. 67
2. *Carlo* p. 125

Appendice II.

1. *Linee di metodo per ulteriori sviluppi della ricerca* p. 169
2. *Tracce di metodo per la costruzione
di un curriculum formativo per logopedisti* p. 171

- Bibliografia p. 173

Introduzione

Questo lavoro è il risultato di una ricerca pluriennale sul tema dell'afasia: in particolare sul tema dell'interattività comunicativa quotidiana dell'afasico, in ambiente ecologico, e la sua incidenza sul *progress* terapeutico.

Come viene evidenziato, la ricerca era stata progettata per avere riscontri sia teoretici sia sperimentali, partendo da un aperto confronto tra varie discipline: la psicodinamica, la psicologia, la psicolinguistica, la sociolinguistica e la neuropsicologia. Tale obiettivo di ricerca, però, non è stato realizzato nella sua interezza.

Tuttavia l'ampio e ricco materiale raccolto ci ha spinto a riflettere e a porci alcuni interrogativi. Questi dati possono diventare, infatti, lo spunto proficuo per una eventuale ricerca futura sul tema della disgregazione e riorganizzazione linguistica nel soggetto afasico, oltre che *start point* per una riflessione e per la costruzione di un curriculum formativo di professionalità che lavorano nel settore afasiologico.

Lo studio dell'afasia negli adulti può portare a dischiudere ampi campi alla ricerca sullo sviluppo del linguaggio infantile perché, come sostiene Roman Jakobson, la disgregazione del linguaggio verbale non è un incidente che avviene in maniera caotica e disordinata, ma segue un ordine temporale ben preciso che porta con sé una certa regolarità, e questa regolarità, allora, diventa lo specchio dell'acquisizione del linguaggio verbale nel bambino, ossia un' "acquisizione a rovescio". Questo aspetto, fondamentale della teoria linguistica di Jakobson, non solo può aprire notevoli potenzialità di studio allo svi-

luppo del linguaggio fin dalle prime fasi della vita, ma ci offre anche notevoli opportunità di studio del linguaggio normale e patologico, in soggetti adulti e anziani.

La psicologia dello sviluppo negli ultimi anni ha elaborato ricerche importanti che hanno portato a formulare teorie che mettono in evidenza come l'età senile e l'età della vecchiaia non siano più periodi della vita che procedono verso un declino generale e inesorabile ma, anzi, si presentino come fasi in cui si possono non solo mantenere ma ancora sviluppare capacità fisiche, sociali, nonché cognitive.

Anche gli studi neurofisiologici confermano ciò: questi mostrano, infatti, che in tutte le età della vita, pur in maniera differenziata, il cervello umano possiede delle potenzialità, soprattutto se esso è sottoposto a continuo esercizio. Anche in età avanzata si sviluppa infatti una certa plasticità neuronale che permette di applicare capacità di ristrutturazione per formare nuove connessioni.

Anche le esperienze quotidiane che l'uomo compie non sono determinanti solo in età infantile e giovanile ma, soprattutto se intrise di emozioni e affetti, hanno una certa incidenza sulla nostra mente, fino a trasformare i livelli organizzativi del nostro cervello.

Per tutto ciò ci è sembrato utile pubblicare questo testo: per ripensare l'anziano malato come portatore di potenzialità, capace di riorganizzare nuove acquisizioni e nuovi apprendimenti non solo in ambiente terapeutico ma anche ecologico.

Perugia, luglio 2006
Serena Di Carlo, Aurora Vecchini

Capitolo I.

Breve storia degli studi dei fenomeni afasici

1.1. Le origini

L'interesse verso il linguaggio e le sue disfunzioni patologiche ha da sempre stimolato la curiosità dell'uomo: a testimonianza di ciò vi sono documenti antichissimi che mostrano come si cercava di spiegare certi fenomeni relativi la perdita della parola.

L'uomo è stato, sin dai tempi antichi, attratto anche dalla conoscenza dell'organo del cervello. Tuttavia, il rapporto tra sistema nervoso e attività psichica non era chiaro. In tutte le antiche civiltà l'attività psichica viene collocata nel cuore, nonostante che, nella civiltà egizia, con il papiro di Imhotep, scritto tra il 3000 e il 2500 a.C., viene evidenziata una conoscenza del rapporto tra cervello e parola; come pure tra danni cerebrali o midollo spinale e disturbi o paralisi degli arti. ⁽¹⁾ Inoltre sembra che nel VI secolo a.C. il popolo ebraico conoscesse già il legame tra perdita del linguaggio e la paralisi degli arti destri del corpo, fenomeni imputabili a una lesione dell'emisfero sinistro. ⁽²⁾

Ippocrate (circa 469-361 a.C.) addirittura studia gli effetti dei danni traumatici e delle malattie del sistema nervoso sul comportamento: interessato allo studio dell'isteria e a quello dell'epilessia osserva che vi sono alterazioni del linguaggio.

Altre testimonianze sono quelle risalenti al regno di Alessandria nel III sec. a.C., sotto il regno di Tolomeo I, in cui fu

permessa la dissezione dei cadaveri per osservare il cervello e il sistema nervoso, potendo così rilevare direttamente lesioni o patologie macroscopiche osservabili soltanto a occhio nudo.

Erasitrato addirittura cercò di mettere in relazione le circonvoluzioni cerebrali e l'intelligenza confrontando il cervello degli umani con quello di altri mammiferi. Naturalmente ancora si è ben lontani dal considerare le "alterazioni" del linguaggio collegate a lesioni cerebrali. Il linguaggio nella sua disfunzionalità viene percepito con sospetto, perché come sostiene C. Buton (1987): "È la rottura di un ordine, la quale intacca profondamente l'identità della stessa vittima, nella sua umanità". (3)

Il concetto di perdita dell'identità, perché entra in crisi la sua massima espressione cioè il linguaggio, porta probabilmente a una concezione, sin dal mondo greco fino all'età rinascimentale, di un modello culturale di uomo come essere aspirante alla perfezione, dominatore della sua mente e quindi capace di controllare sia l'atto della parola, sia tutto ciò che concerne il suo corpo. Questa concezione fa parte ancora oggi del pensiero comune: infatti chi manca o non è capace di un linguaggio fluido, chi non possiede la forza della dialettica, o anche la forza e perfezione della propria fisicità viene ancora considerato un essere inferiore.

Gli analfabeti, chi soffriva di debolezza mentale, chi aveva deficit congeniti, chi soffriva di mutismo anche se "parziale" rientrava quindi tra le persone considerate inferiori, portatrici di uno stigma. Veramente emarginati, furono però le persone che manifestavano disfunzioni di comunicazione e linguaggio.

Si ha un cambiamento del pensiero comune, per quanto concerne alcune manifestazioni di disfunzionalità linguistica, quando, come sostiene Buton (1987), nel XVI secolo vi fu l'adozione delle lingue volgari, come *medium* sociale tra tutte

le classi. Questo fatto aiutò a riabilitare la gente analfabeta la cui colpa era quella di conoscere soltanto i dialetti dei luoghi di appartenenza. Da questo processo di accettazione rimangono esclusi i portatori di deficit linguistici.

Scrive Buton:

«Si assegnò al debole di mente una sorta di ingenuità congenita che lo trasformò nello scemo del villaggio. Il folle continuò ad avere il ruolo di profeta per tutta l'età classica. Rimangono coloro che non parlavano o parlavano male per una causa congenita o coloro che per un incidente rimanevano colpiti nel loro uso normale della parola». (4)

Tra il secolo XVI e XVIII i medici ritenevano che la perdita dell'uso del linguaggio fosse collegata ad un indebolimento della memoria. Se dopo un qualche incidente la persona non riusciva a codificare, certi nomi di uso quotidiano, questo per i medici dipendeva esclusivamente da una alterazione delle capacità mnestiche.

Pourfour du Petit (1664-1741) fu il primo, dopo secoli di ricerca in questo settore, a notare e rilevare correlazioni di sicuro interesse: osservò che vi erano soggetti colpiti da paralisi alla parte destra del corpo e che, nello stesso tempo, manifestavano problemi anche sul piano linguistico. Dopo il decesso, l'autopsia rivelava che questi soggetti erano portatori di lesioni all'emisfero sinistro del cervello.

Altri studiosi della stessa epoca erano giunti alla conclusione che chi manifestava un disturbo del linguaggio avesse una qualche correlazione con l'indebolimento dell'intelligenza. Tale assunto diventerà uno dei più importanti perni del dibattito che occuperà tutto il secolo XIX.

Le osservazioni cliniche, per tutto questo periodo, comunque, sono molteplici e si susseguono ininterrottamente, senza

però stabilire un chiaro riferimento alla struttura e alla produzione dell'atto linguistico.

Per quanto concerne la patologia afasica, il suo primo vero riconoscimento e descrizione, ci viene dal medico francese Jacques Lordat (1773-1870) che era stato l'anima della scuola medica di Montpellier, ove aveva esercitato la funzione di clinico e medico per circa sessant'anni.

Lordat, viene colpito egli stesso da afasia: ciò gli fa vivere e osservare su se stesso la fenomenologia e la peculiarità di questa patologia.

Le radici della svolta decisiva del suo approccio clinico all'afasia, stanno nel fatto che egli non ebbe un atteggiamento distaccato e solo analitico verso questa malattia, tipico dei medici dell'epoca; sarà così portato a rivisitare convinzioni, teorie e metodi dall'interno del suo vissuto. È proprio il vissuto, limitato da questo terribile male che gli permette di capire e comprendere l'importanza di produrre stringhe verbali corrette per senso e per forma. Aspetti questi, della patologia del prodotto linguistico, troppe volte non considerati e quindi ignorati dai clinici, perché non sperimentati soggettivamente.

Scriva A. Pennisi (1994):

«Dopo quel trauma rivedrà tutte le sue ipotesi clinico-filosofiche sul linguaggio e considererà la teoria dell'afasia un «caso particolare della storia generale del linguaggio verbale». (5)

Lordat nel *Corso di fisiologia* del 1842 spiega in termini medici, ma anche umani, cosa gli sta accadendo, sia sul piano linguistico che cognitivo. Egli scrive:

«Mi trovavo dunque colpito da un'alalia incompleta. Non ero più in grado di ricevere le idee altrui, perché l'amnesia che mi

impediva di parlare mi rendeva incapace di comprendere prontamente i suoni che intendevo per poterne conoscere il significato». (6)

In Lordat non si erano manifestati problemi nell'elaborazione del pensiero, ma impedimenti a tradurre un concetto in parole, come risposta strutturata, su un piano comunicativo esterno. Scrive Buton:

«Secondo Lordat l'esercizio interno del pensiero poteva fare a meno della parola. Contrariamente a quanto si riteneva dopo Condillac, Lordat distinguerà così l'operazione complessa della formazione e combinazione delle idee da quella che consisteva nel tradurle in un discorso e che era da lui chiamata la *corporazione* delle idee». (7)

Lordat, aveva colto un aspetto molto importante e cioè che il linguaggio era costituito da due parti, una interna ed una esterna, e che a lui era venuta a mancare la parte esterna, ossia la codifica verbale.

La descrizione che ci da Lordat è secondo Pennisi (1994) la prima diagnosi ufficiale di afasia che risale a una data anteriore al 1806. Prima di allora non sembra esistano documentazioni certe della patologia afasica. (8)

Lordat va considerato, quindi, un vero e proprio anticipatore: riuscì infatti ad amalgamare concezioni che provenivano da intuizioni e speculazioni di ordine filosofico-linguistico con quelle di tipo neurologico e anatomico-fisiologico. A tale proposito Buton scrive:

«A metà del secolo scorso, il procedimento di Lordat costituì già un incontro tra i due orientamenti. La sua esperienza di medico pratico lo aveva reso preciso nell'osservazione clinica, ma la sua

cultura umanistica, allorché si trattava di ragionare sul linguaggio, lo faceva riferire a Platone piuttosto che ad Ippocrate». ⁽⁹⁾

Lordat riesce così ad auto-osservare la patologia afasica e a dedurre che essa è nettamente sganciata da patologie di ordine cognitivo: memoria e intelligenza non hanno a che fare con essa, o perlomeno non ne sono la causa diretta.

Pennisi (1994) sottolinea il fatto che molti medici ignorano le conclusioni a cui era giunto Lordat, ed aggiunge:

«Le polemiche che cominciarono a sorgere proprio a partire dagli anni in cui Lordat esercita la propria attività e che impediscono una feconda ricezione delle sue idee, affondavano, d'altro canto, le radici in motivazioni ideologiche e filosofiche che spesso appannarono la lucidità delle argomentazioni scientifiche. Localizzazionisti e umanitaristi – almeno fino al 1860 – furono due veri e propri eserciti contrapposti le cui armi erano non solo le cartelle cliniche ma soprattutto le convinzioni filosofiche, etiche, politiche, religiose...». ⁽¹⁰⁾

Pennisi rende molto chiaro in questo passo, lo scontro tra i due approcci più consolidati: quello clinico delle scienze umane, e quello neurologico che darà luogo alla tesi localizzazionista.

1.2. Localizzazionismo e connessionismo

Il massimo esponente dell'approccio localizzazionista, fu il medico tedesco Franz Joseph Gall (1758-1828), che darà grande respiro, nella prima metà del XIX secolo alla centralità dell'organo cerebrale, nella produzione normale e patologica dell'atto verbale.

Gall, parte dal presupposto che ogni azione o comportamento sia fisico che psichico ha una spiegazione che va ricondotta a una zona anatomica ben precisa del cervello. A commento di questa ipotesi interpretativa P. Fabozzi (1991) scrive:

«Gall contribuì in maniera determinante ad istituire una metodologia ed una teoria localizzazionista che aprirono la strada alle indagini sperimentali degli anni Settanta sulla mappatura corticale delle funzioni senso-motorie. Egli riuscì a dirigere l'attenzione sul cervello non soltanto attraverso il suo sistema organologico ma anche grazie alle sue ricerche più squisitamente neuroanatomiche». ⁽¹¹⁾

Gall nel 1806 evidenzia ventisette tra facoltà e inclinazioni psicologiche e morali essenziali, e le localizza in precisi punti del cervello. Addirittura come spiegano L.K. Obler e K. Gjerlow (2001), Gall sosteneva che certi talenti e certe caratteristiche peculiari di una personalità, si manifestavano con uno sviluppo superiore alla media di specifiche aree corticali che avevano poi un certo effetto sulla forma del loro cranio. Per Gall e colleghi un esame accurato del cranio bastava per comprendere la personalità del soggetto. ⁽¹²⁾

Anche per il linguaggio, si trovò una spiegazione localizzazionista: Gall arrivò a ipotizzare che vi fosse un centro per la memoria delle parole e un altro centro per il discorso articolato.

Questa teoria verrà chiamata frenologia ed avrà una notevole popolarità tra il XVIII e XIX secolo, anche con risvolti non propriamente positivi.

Come sostiene Pennisi (1994), tra le teorie neurologiche esistenti in quel periodo, Gall e i frenologi ne avevano fornito una, che sembrava essere la più chiara e confutabile tra tutte,

ossia che il linguaggio è una funzione meccanica del cervello, e che quindi ha nel cervello una sua sede ben precisa. Il comportamento linguistico è un semplice epifenomeno del comportamento dell'organo cerebrale. ⁽¹³⁾

La svolta decisiva negli studi sull'afasia viene data dall'opera dal neurologo francese Paul Pierre Broca (1824-1880).

Nel 1861 egli descrisse un suo paziente traumatizzato cranico soprannominato "Tan" perché era l'unica sillaba che riusciva a pronunciare, con diversa prosodia adattandola alle varie situazioni.

"Tan" aveva perso la capacità di articolare il linguaggio parlato, anche se riusciva a comprendere tutto quello che gli si diceva o che faceva parte del linguaggio scritto. Broca intuì che il problema non stava nel fatto che il paziente non riusciva più a pronunciare le parole, ma il problema risiedeva nel fatto che i pensieri ben strutturati nella mente non potevano più essere tradotti in messaggio verbale, anche se la capacità di comprendere il linguaggio altrui e il linguaggio scritto erano rimasti intatti. Con l'autopsia del paziente, Broca rilevò che vi erano lesioni profonde, a livello del piede della terza circonvoluzione frontale sinistra, o comunque nell'emisfero dominante (oggi chiamata appunto area di Broca).

Broca tra il 1861 e il 1863 analizzando anche altri otto pazienti colpiti da ictus, ischemie, tumori, o traumi cranici con danno di quest'area, trovò che tali soggetti, dimostravano sintomi simili a quelli individuati nel caso di "Tan". Egli raccolse dati per suffragare questa scoperta, e in particolar modo insisterà sul fatto che a livello della corteccia cerebrale, l'emisfero sinistro ha un ruolo specifico nell'elaborazione del linguaggio articolato.

Broca sblocca così, la "follia" localizzazionista della scuola di Gall ed epigoni, tracciando le basi della linea di interpre-

tazione associazionista dell'afasia. Questa linea cerca di guardare da un lato alla frenologia di Gall, come ipotesi tecnica, di cui accetta il rapporto biunivoco tra aree cerebrali e comportamento, e dall'altro alla psicologia sperimentale, di cui rifiuta ogni matrice di ordine filosofico sia empirista sia neokantiana. Ogni atto del comportamento umano ha la sua base nella materia cerebrale che può tradursi anche nel pensiero e nel linguaggio.

Scrive A.R. Lurija (1977) a proposito dell'intuizione di Broca:

«La scoperta di Broca fu importante per due ragioni. Da un lato per la prima volta una funzione mentale complessa era stata “localizzata” in una zona particolare della corteccia, e questa “localizzazione” – diversamente dalle fantasie di Gall il quale, una generazione prima di Broca, aveva tentato di stabilire una base scientifica per la sua frenologia (...) – restò sul piano di un fatto clinico. D'altra parte questa scoperta mostrò per la prima volta la differenza radicale tra le funzioni degli emisferi cerebrali sinistro e destro, identificando l'emisfero sinistro (nelle persone destrimani) come l'emisfero dominante interessato alle funzioni linguistiche superiori». ⁽¹⁴⁾

S.M. Agliotti e F. Fabbro (2006) sostengono che questo ultimo aspetto fa parte della sua seconda grande intuizione: Broca infatti nel 1865 scopre che il linguaggio verbale è localizzato nell'emisfero sinistro, e che le funzioni del linguaggio non risiedono soltanto in alcune aree corticali, ma invece sono lateralizzate nell'emisfero cerebrale sinistro. Inoltre Broca fu il primo medico ad affermare che la preferenza manuale destra e il linguaggio erano entrambi controllati dall'emisfero cerebrale sinistro, perché nella specie umana esso maturava più velocemente dell'emisfero destro. L'acquisizione del lin-

guaggio e dell'uso dominante della mano destra, due apprendimenti che Broca concepisce come culturali, venivano quindi controllati dall'emisfero che durante l'infanzia maturava per primo. ⁽¹⁵⁾

Alcuni anni più tardi, nel 1874, il neurologo Carl Wernicke (1848-1905) rappresentante della scuola associazionistica, avendo analizzato due pazienti, dimostrò che una lesione situata nella parte posteriore del lobo temporale sinistro (oggi chiamata area di Wernicke), produceva incapacità nel comprendere il linguaggio scritto, anche se veniva conservata la capacità di parlare e scrivere. In molti casi, si constatò che il paziente riusciva a parlare in modo fluente con parole e frasi alquanto elaborate, anche se ciò che veniva detto spesso risultava incoerente, ed inoltre il paziente non era consapevole che quanto diceva rimanesse incomprensibile a chi cercava di comunicare con lui. Certe volte questi pazienti sbagliavano alcuni fonemi di alcune parole, o sceglievano parole inappropriate o inventate oppure sbagliavano l'ordine sintattico. "Poiché a suo parere il linguaggio era organizzato in diversi centri collegati fra loro mediante specifiche vie di comunicazione, Wernicke riteneva indispensabile ipotizzare l'esistenza di numerosi tipi di afasia nei quali i disturbi del linguaggio erano funzione del luogo di interruzione di tali collegamenti". ⁽¹⁶⁾

Scrive Pennisi:

«La differenza tra il modello anatomico-fisiologico di Broca e quello di Wernicke consiste nella precisazione di aree di localizzazione differenziate per l'emissione e la ricezione, quindi per la produzione e la comprensione del linguaggio». ⁽¹⁷⁾

L'associazionismo di Broca e di Wernicke, rifugge dunque da ogni approccio all'afasia che non sia quello clinico medico.

Questo stile proprio della psicologia clinica dei due autori, lasciò una traccia indelebile sulla possibilità di accostare con altre ottiche disciplinari il problema afasico sino a tutto l'Ottocento. Sulla fine del XIX secolo inizialmente, non in modo traumatico, si riapriranno fratture clinico-mediche. Infatti, sul finire del XIX secolo e inizio del XX secolo, si presentano figure di grandi clinici che presentano tesi critiche dell'interpretazione associazionista come Jean Martin Charcot (1825-1893) famoso neurologo e psichiatra della Salpêtrière di Parigi e Henry C. Bastian (1837-1915) che presentarono altri dati sempre ottenuti da esami autoptici e dimostrano che altre lesioni, sempre nell'emisfero sinistro producevano problemi a livello del linguaggio articolato e che quindi un danno a livello della terza circonvoluzione frontale non era l'unica causa di problemi di alterazioni di produzione verbale. Sul lavoro condotto da Charcot scrive Pennisi:

«Notò più volte, inoltre, come certi soggetti potessero perdere la parola ma non la comprensione, l'immagine visiva ma non quella uditiva, la scrittura ma non la parola; o, ancora, come potessero leggere ciò che scrivevano di propria mano ma non un testo stampato, o ripetere ciò che avevano udito ma non parlare di propria iniziativa. Insomma concentrò buona parte del suo lavoro sulla flessibilità della sintomatologia patologica e quindi sulla cautela nell'applicare schemi localizzazionisti. Fece, tuttavia osservare che se una competenza neuro-sensoriale si può ipersviluppare per "supplire" a una rottura delle "associazioni", occorre sempre supporre un corrispettivo neuro-anatomo-fisiologico: in altre parole si deve ipotizzare la possibilità di un "tra-vaso" di informazioni tra "centri specializzati"». ⁽¹⁸⁾

Charcot, quindi, mise in rilievo l'influenza di fenomeni non spiegabili da un localizzazionismo rigido. Proprio dalla sua vastissima esperienza clinica, e anche dal suo interesse per la

filosofia neo-kantiana, trasse l'ipotesi della plasticità dei centri neurolinguistici e il concetto di supplenza neurocognitiva che i pazienti afasici non mettono in campo per compensare deficit neurofunzionali.

C'è un'intuizione di fondo nel pensiero di Charcot, e non solo per quanto attiene alle varie forme di afasia, ma anche verso tutti quei fenomeni di saldatura mente-corpo e precisamente il concetto di correlazione e flessibilità dei due piani. Non a caso Sigmund Freud frequentò la Salpêtrière ed ebbe lì la prima intuizione delle somatizzazioni isteriche come forme di conversione di stati psichici problematici e manifestazioni corporee patologiche.

Già un altro scienziato, Hughlings Jackson (1834-1911), mise in discussione, con le sue ricerche, la precarietà delle delimitazioni rigide offerte da Broca e Wernicke. Egli con una frase sintetica, ma molto efficace riassume così il suo pensiero:

«Dare una collocazione alla lesione che distrugge il linguaggio e dare una collocazione al linguaggio sono due cose diverse». ⁽¹⁹⁾

L'apporto più significativo offerto da Jackson sta nel concepire l'esistenza di due diversi processi della parola: uno dipende da un atto volontario e l'altro da un atto automatico. Questi due processi li considera diversi tra loro per quanto concerne i meccanismi neurofisiologici di base.

Un'altro assunto assolutamente nuovo nella sua teoria è quello che viene così riassunto da Buton:

«Partendo dalle sue osservazioni sui caratteri regressivi dei disturbi del linguaggio ne proponeva una rappresentazione complessiva sotto il termine di dissoluzione. Dal punto di vista patologico ad essere colpito per primo è il livello più complesso del

linguaggio volontario, il linguaggio proposizionale, la cui unità non è la parola ma la frase. Sul piano dell'organizzazione nervosa è il livello meno strutturato, dunque il più fragile. Al contrario il livello più semplice del linguaggio, che ricorre ad enunciati automatici, è il più strutturato sul piano nervoso ed è quindi il più resistente». (20)

Jackson può essere considerato un neurologo anticipatore di una svolta teorica: non condivide la concezione localizzazionista, perché questa riduce il linguaggio patologico e non, alla sola dimensione fisiologica, manca cioè la spiegazione della relazione tra dimensione psicologica e la dimensione neurolinguistica. Per Jackson, il linguaggio e la parola hanno connotazioni primariamente psicologiche, legate al contesto di vita del malato che li produce, e solo incidentalmente hanno un substrato o base anatomica come tutti gli altri stati fisici.

Anche oggi, questa tesi così innovativa sarebbe criticata in modo analogo a quella dei suoi colleghi clinici: non si accetta ancora che il corpo e lo psichico sono strettamente legati come fattori costitutivi del cervello e della cultura che ogni uomo collega in assoluta originalità nel farsi della sua mente.

1.3. *L'approccio psicodinamico*

Sigmund Freud (1856-1939), utilizzò le intuizioni di Charcot e di Jackson per l'interpretazione di fenomeni afasici, lapsus e dimenticanze come si evince dalle pagine del libro *Psicopatologia della vita quotidiana*.

L'influenza delle teorie di Charcot su Freud, potremo dire, fu quella di tracciare l'idea di ridefinizione del sistema di produzione verbale, spostando l'attenzione della ricerca sulla localizzazione dei fenomeni afasici al nesso tra sintomatologia e

comportamento verbale. Charcot, ci ha lasciato quindi, l'iniziazione della direzione da dare alla ricerca per capire il rapporto tra corpo e psiche, problema centrale nell'architettura della teoria psicoanalitica dell'io.

L'influenza di Jackson su Freud è più sicura e documentata: nei studi neurologici, Freud infatti sottolinea un nodo che diventerà molto significativo nella sua ricerca e cioè il rapporto tra ontogenesi e filogenesi nel farsi della realtà cerebrale.

Condividendo, quindi, almeno in parte le teorie di Jackson, all'inizio della sua carriera di medico, Freud dà un suo contributo alla interpretazione dell'afasia: in un suo scritto *Come intendere le afasie* pubblicato nel 1891, ci mostra questa patologia in termini nuovi, sottolineando come non si possa ridurre la patologia afasica al solo fatto di localizzare con certezza alcune funzioni in precise zone della corteccia cerebrale. Egli infatti critica le scoperte di Broca e di Wernicke perché fanno derivare i disturbi linguistici solo da lesioni patologiche.

Per Freud vi è un solo tipo di afasia, e la diversità dei sintomi con cui si manifesta nei soggetti studiati da Broca rispetto a quelli di Wernicke dipende soltanto dalla vicinanza delle lesioni alle aree motorie e sensorie dell'emisfero sinistro.

Egli non condivide il concetto di localizzazione delle funzioni mentali, dei pensieri e delle parole che intuisce essere dipendenti più da processi dinamici che da specifiche aree cerebrali. Il suo lavoro successivo, dopo una definizione molto suggestiva dell'"area" psichica in cui nasce la parola, consisterà nello spostare la sua attenzione sulle afasie di natura reattiva.

Scriva L. Mecacci (1992):

«Freud non presentò nuovi casi clinici o dati sperimentali, ma sottopose ad una serrata disamina critica le ricerche contemporanee sull'afasia. Freud respinse le teorie del localizzazionismo

rigido e introdusse una concezione dinamica dei processi cerebrali. Il linguaggio non era più inteso come un assemblaggio di componenti sensoriali e motorie, ciascuna con la propria localizzazione corticale, ma come un sistema dinamico nel quale gli elementi danneggiati singolarmente avrebbero influito su tutto il sistema». (21)

1.4. *La linguistica e la neurolinguistica*

Le idee di Freud, avranno una loro ripercussione sul pensiero e l'opera del grande innovatore della linguistica, Roman Jakobson (1896-1982), che con il neurologo e psicologo Aleksander R. Lurija (1902-1977), uscito dalla scuola storico-culturale di Vygotskij, condividerà alcuni assunti, integrando una visione a base neurofisiologica con approcci quali la linguistica e la psicologia dinamica, gettando così le basi di una nuova scienza cioè la psicolinguistica.

Per capire la svolta che riescono a produrre Jakobson e Lurija anche in campo afasiologico basta leggere quanto sostiene Jakobson (1971) in questo passo:

«L'adozione di criteri puramente linguistici per l'interpretazione e la classificazione dei fatti di afasia può contribuire sostanzialmente alla scienza del linguaggio e dei disturbi del linguaggio, purché i linguisti restino così cauti e precisi nella utilizzazione dei dati psicologici e neurologici come lo sono stati nel loro campo tradizionale. Prima di tutto dovrebbero avere familiari i termini tecnici e i procedimenti delle discipline mediche che si occupano dell'afasia, quindi sottoporre i referti del caso clinico a una completa analisi linguistica e lavorare inoltre essi stessi con afasici per accostarsi ai casi direttamente, e non esclusivamente attraverso registrazioni già preparate, concepite ed elaborate in maniera del tutto diversa. Sebbene Goldstein, Luria, Obredane

e qualche altro psicopatologo abbiano studiato e utilizzato la letteratura linguistica fondamentale, ogni varietà di afasia, ogni caso singolo, presentano un materiale linguistico sommamente complesso e intricato, che non può essere analizzato in modo soddisfacente senza la cooperazione di un linguista agguerrito di tutti i mezzi e metodi tecnici della moderna scienza del linguaggio». (22)

Jakobson sottolinea, inoltre, che l'afasia è la principale menomazione del linguaggio: una vera diagnosi, se vuol essere valida, non può sottovalutare un'analisi puntuale del prodotto verbale del malato e in particolare un'analisi di ciò che nella produzione della parola del paziente risulta menomato.

Per Jakobson è indispensabile studiare gli aspetti patologici del linguaggio anche per capire e quindi offrire un contributo alla conoscenza dello sviluppo e della strutturazione del linguaggio non patologico. Egli allora parte da un assunto di base, sostenendo che la disgregazione fonetica e grammaticale del linguaggio dell'afasico procede in maniera specularmente inversa rispetto allo sviluppo del linguaggio infantile.

Così scrive Jakobson:

«La regressione afasica si è dimostrata uno specchio dell'acquisizione dei suoni linguistici nel bambino: vi si vede l'acquisizione infantile a rovescio». (23)

La spiegazione del “farsi e disfarsi del linguaggio” per Jakobson si basa su due operazioni che avvengono simultaneamente e complementariamente in maniera automatica o in maniera del tutto volontaria tramite l'atto della selezione cioè la scelta di particolari unità linguistiche e la loro combinazione in unità di livello più alto per complessità.

I disturbi afasici allora si caratterizzerebbero come “disturbi della similarità che colpiscono le operazioni di selezione e scelta, e disturbi della contiguità che colpiscono le operazioni di combinazione o concatenazione.

Quando sono alterate le operazioni di selezione, il disturbo si manifesta con l'indisponibilità, nel punto considerato dell'asse sintagmatico, degli elementi virtualmente presenti sull'asse del paradigma. Quando sono alterate le operazioni di combinazione, il disturbo si manifesta con l'incapacità di rispettare l'ordine di successione dei termini. Questo deficit, chiamato agrammatismo, fa degradare la frase ad un semplice mucchio di parole”. (24)

Jakobson stabilendo quindi, che il disturbo afasico deriva da una disfunzione o dell'asse paradigmatico o dell'asse sintagmatico così scrive in uno dei suoi più importanti saggi:

«Ogni forma di disturbo afasico consiste in qualche alterazione, più o meno grave, sia delle facoltà di selezione e sostituzione, sia di quella di combinazione e contestualizzazione. La prima affezione implica un deterioramento delle operazioni metalinguistiche, mentre la seconda altera la facoltà di conservare la gerarchia delle unità linguistiche. Nel primo tipo di afasia è soppressa la relazione di similarità, nel secondo quelle di contiguità. La metafora è impossibile nel disturbo della similarità, la metonimia in quello della contiguità». (25)

Lurija, collaboratore di Vygotskij, assorbì la prospettiva interpretativa della parola e della lingua come fatto psichico e simbolico cioè individuale e storico-culturale. Questo aspetto diventa di importanza fondamentale anche nel formulare una teoria sull'afasia, che è concepita in termini dinamici. Lurija, inoltre, cerca di relare il fenomeno della parola/lingua con i

fattori neuroanatomici, “sintonizzandosi” con Jakobson sulla tipologia afasica, rifuggendo dal rigido localizzazionismo.

A tale proposito scrive Mecacci riprendendo un passo di Lurija:

«...aree corticali geneticamente programmate per funzioni elementari specifiche si interconnettono tra di loro sotto la spinta di fattori sociali e culturali (...). E come vi è una storia dei processi psichici, quale avevano tracciato Vygotskij e Leont’ev, così vi è una storia delle funzioni corticali superiori: una storia che acquista una dimensione individuale a seconda dello sviluppo psichico e delle influenze sociali e culturali di ciascun individuo.

Non si può quindi parlare di *localizzazione* rigida, poiché la localizzazione è altrettanto dinamica quanto lo è la funzione: «le funzioni mentali, intese come sistemi funzionali complessi, non si possono localizzare in zone limitate della corteccia o in gruppi cellulari isolati, ma devono essere organizzate in sistemi di zone che lavorano in sincronia, ognuna delle quali svolge il suo ruolo in un sistema funzionale complesso, e che si possono localizzare in aree cerebrali completamente differenti e spesso molto distanti l’una dall’altra» (Lurija 1973, p. 36). Inoltre il sistema funzionale non è un’organizzazione fissa, ma si evolve continuamente dall’età infantile a quella adulta». ⁽²⁶⁾

Per quanto concerne, più in particolare, la dicotomia proposta da Jakobson, Lurija cercò di stabilire come i due assi linguistici possono differenziarsi a livello dei meccanismi neurofisiologici partendo dal fatto che tali meccanismi hanno basi organiche differenti. Per Lurija, infatti, i disturbi del piano della concatenazione dipendono da lesioni nelle parti anteriori delle aree del linguaggio, invece i disturbi sul piano della selezione si possono localizzare nelle parti posteriori delle aree del linguaggio.

Il linguaggio, quindi, per Lurija è frutto dell'interazione di strutture cerebrali diverse, e si sviluppa e si modifica nel corso dell'ontogenesi:

« Data questa stretta relazione tra cervello e ambiente, si spiega come le lesioni cerebrali producano disturbi differenziati da individuo a individuo a seconda delle loro abitudini, della loro lingua, della loro cultura, ecc. per questa ragione Lurija ha dato molta importanza allo studio dei casi individuali di cerebrolesi, come è esemplificato nell'analisi che ha fatto di un caso di memoria prodigiosa [Lurija 1968] e di un afasico [Lurija 1971]». ⁽²⁷⁾

Note

1. Legrenzi P., *Storia della psicologia*, Il Mulino, Bologna, 1999, pp. 35, 36.
2. Aglioti S.M., Fabbro F., *Neuropsicologia del linguaggio*, Il Mulino, Bologna, 2006, p. 97.
3. Buton C., *Il cervello e la parola*, Universale Laterza, Roma-Bari, 1987, p. 16.
4. Ivi, p. 17.
5. Pennisi A., *Le lingue mutole*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1994, p. 130.
6. Lordat J., *Corso*, 1842, op. cit. in Buton C.
7. Buton C., op. cit. p. 23.
8. Pennisi A., op. cit. 132.
9. Buton C., op. cit. p. 129.
10. Pennisi A., op. cit. p. 148.
11. Fabozzi P., *La parola impossibile*, Franco Angeli, Milano, 1991, p. 14.
12. Obler L.K., Gjerlow K., *Cervello e linguaggio*, McGraw-Hill, Milano, 2001, p. 21.
13. Pennisi A., op. cit. p. 197.
14. Lurija A.R., *Come lavora il cervello*, Il Mulino, Bologna, 1977, p. 26.
15. «Per raggiungere questo tipo di consapevolezza conoscitiva bisogna attendere le prime scoperte di Pierre Paul Broca esposte nella celebre memoria del 1861 nella quale veniva descritto un paziente di 51 anni di nome Leborgne. Dalla storia clinica del paziente Broca apprese che, sin da giovane era stato soggetto a frequenti crisi di epilessia, pur avendo appreso perfettamente il mestiere di calzolaio. All'età di trent'anni aveva perso la capacità di parlare e dopo due o tre mesi fu ricoverato all'ospizio di Bicêtre. Qui i medici constatarono che egli era una persona sana e intelligente, e che aveva solo perso la capacità di esprimersi verbalmente. Gli era permesso di uscire ed entrare a suo piacimento dall'ospizio, ed era conosciuto da tutti come «Tan» (nome con il quale il paziente è passato alla storia neuropsicologica). La comprensione verbale era buona, ma se lo si interrogava rispondeva sempre con il monosillabo «Tan». Cercava di esprimere le sue idee con gesti e facilmente si adirava. Solo in questi casi egli riusciva a bestemmiare dicendo: «Sacrênom de Dieu!». All'interno dell'ospizio il