

5.3 La condotta terapeutica

Dalla conoscenza ed esperienza finora acquisita, abbiamo compreso che la condotta terapeutica per il recupero e la riabilitazione delle paralisi del VII n.c. è difficilmente schematizzabile a causa della complessità dei sistemi funzionali coinvolti, della loro variabilità, dell'unicità della persona e dei caratteri personali dello specifico patologico e del recupero di funzione. Ogni paziente è un caso unico ed irripetibile ed il riabilitatore deve adeguarsi di volta in volta a tale complessità. Semplificare pertanto la complessità per ridurla ad un modello di condotta terapeutica, non è certo cosa facile. Si rischia sempre di cadere in un riduzionismo e semplicismo inadeguato. Qualsiasi libro di testo non conterrà le risposte per il vostro paziente. La capacità di soluzione dei problemi che nell'esercizio terapeutico s'incontrano quotidianamente, è una competenza del professionista che matura nel tempo, con la conoscenza e l'esperienza.

È d'altronde vero che dal punto di vista didattico un modello di riferimento è necessario, soprattutto per i giovani professionisti che vogliono adottare la nostra proposta terapeutica per i loro pazienti. Una raccomandazione che vorremmo però fare a tutti i nostri lettori è di non adagiarsi al modello che stiamo proponendo, rinunciando in questo modo alla complessità, ma di approfondirlo ulteriormente, in modo tale che il loro agire terapeutico si fondi sempre di più sulla conoscenza e sulla capacità di declinarla operativamente con creatività.

I modelli che riteniamo di poter proporre oggi sono due. Il primo riferito alla complessità dei sistemi funzionali da riabilitare (fig. 3), il secondo ai tempi e alle modalità della condotta, in relazione ai processi di recupero del sistema nervoso (fig. 4).

Visitiamo il primo dei due, quello inerente al "supersistema funzionale" da riabilitare.

La lettura del modello può cominciare da qualsiasi punto. Come convenzionalmente previsto nella cultura occidentale, partiremo dal lato sinistro per procedere verso destra.

L'**interazione tra movimento e percezione** permette al soggetto una **funzione conoscitiva di base**, consistente nella capacità di discernimento e localizzazione di diverse aree del volto. Ciò avviene il più delle volte inconsciamente. Questa competenza è necessaria e fondante affinché la persona possa spiegare normalmente le funzioni di:

- a) comunicazione;
- b) visione;
- c) udito;
- d) olfatto;
- e) digestione.

In queste funzioni il nervo facciale è una componente fondamentale per la comunicazione, e accessoria per visione, udito, olfatto e digestione

Le due frecce in posizione verticale ai lati di queste funzioni, stanno a indicare la loro interrelazione e che un deficit di una di esse provoca a sua volta disfunzione anche nelle altre. Come vedremo nel cap. 6, la digestione avviene anche per il buon funzionamento del nervo facciale ed è interrelata con l'olfatto.

Si comprende facilmente che tutte queste funzioni sono interessate direttamente o indirettamente dalla patologia e devono necessariamente essere prese in considerazione nella condotta terapeutica.

La **comunicazione** è didatticamente suddivisa in comunicazione verbale e non verbale. La comunicazione verbale si esplica con la produzione di fonemi, la comunicazione non

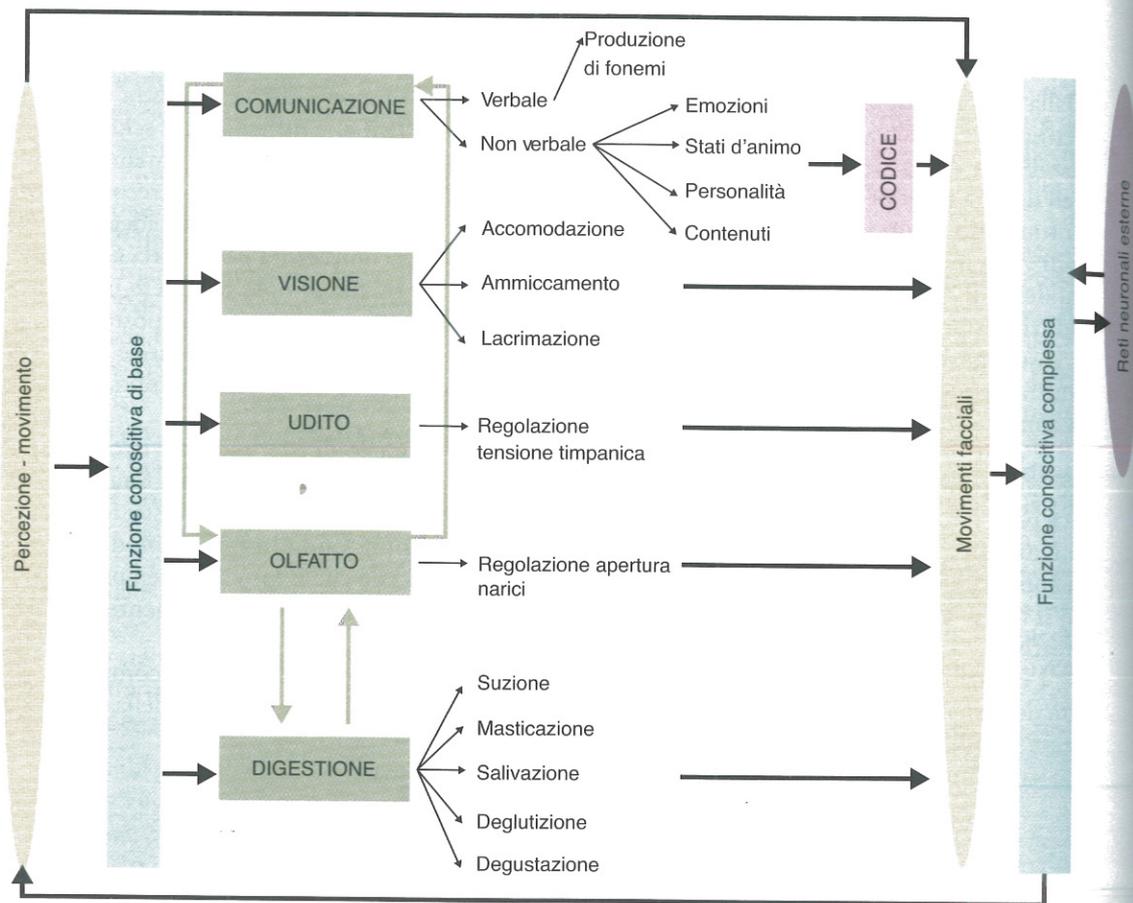


Figura 3. Modello di condotta terapeutica riferita al supersistema funzionale da riabilitare.

verbale con la manifestazione attraverso il corpo e il volto di emozioni, stati d'animo, tratti di personalità e contenuti della comunicazione. Entrambe le modalità, verbale e non verbale, utilizzano un **codice** culturale-dipendente condivisibile e, di fatto, l'interazione di entrambe determina l'atto comunicativo.

La **visione** viene facilitata dai movimenti peri-orbitali, per quanto riguarda l'accomodazione, dall'ammiccamento e dalla lacrimazione.

L'**udito** viene agevolato dalla regolazione della tensione timpanica.

L'**olfatto** facilitato dall'apertura delle narici. Quest'ultima funzione è interrelata anche con i processi di digestione.

La **digestione** è sicuramente migliore se il nervo facciale collabora ai movimenti di suzione, masticazione, deglutizione e permette la salivazione e la degustazione.

Tutte queste funzioni sono possibili con i **movimenti facciali**. Le singole funzioni e le loro interazioni permettono il manifestarsi di proprietà emergenti che consistono in **funzioni conoscitive complesse** tipicamente umane, quali la comunicazione e l'interazione sociale.

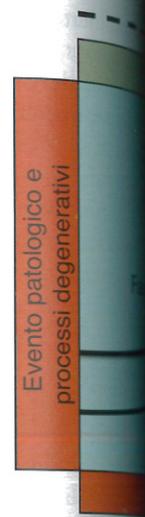


Figura 4. Modello di condotta terapeutica riferita al supersistema funzionale da riabilitare.

La capacità di comunicare con le reti neurali esterne oltre la funzione conoscitiva complessa.

Il secondo modello di condotta terapeutica (fig. 4).

A seguito dell'evento patologico, entro i primi 15 giorni si instaura una fase I (di deprivazione) con stimolazioni ed esercizi meccanici indiretti della muscolatura facciale che mirano a riabilitare le funzioni rimaste ancora integre.

Nella **fase II** (di riabilitazione) si assiste alle prime reinnervazioni e ai movimenti facciali che richiedono la collaborazione di funzioni mimiche e motorie che sono proporzionalmente superiori alle sue capacità.

In **fase III** (della riabilitazione) si assiste al riappropriarsi delle funzioni facciali. Potranno essere utilizzate per attuare una forma di comunicazione.

Durante tutte queste fasi si agisce su diverse variabili, tra cui la funzione del paziente e, a volte,

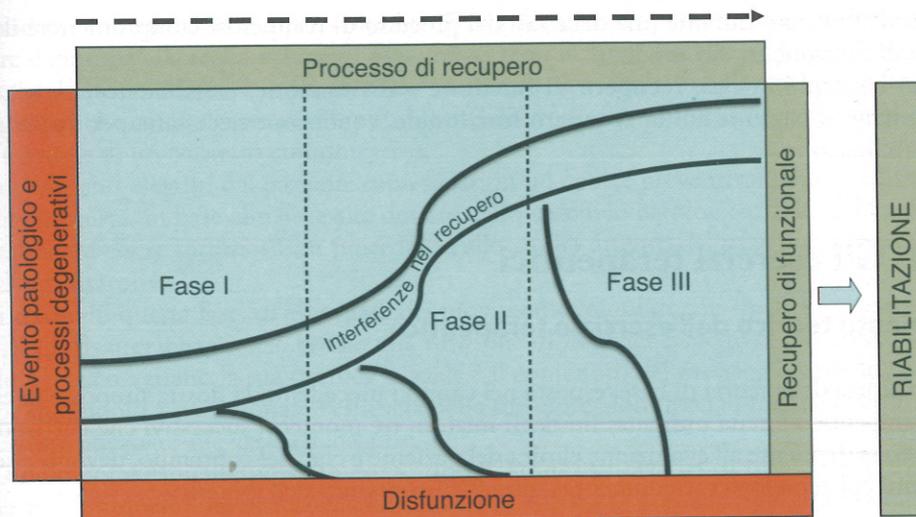


Figura 4. Modello di condotta terapeutica riferita ai tempi e modalità del recupero.

La capacità di comunicare e i neuroni specchio permettono inoltre al soggetto di relazionarsi con le **reti neurali esterne** di altri individui, formando in questo modo reti neurali estese oltre la dimensione personale e permettendo a sua volta la funzione conoscitiva complessa.

Il secondo modello riguarda invece i tempi e le modalità dei processi di recupero neurale (fig. 4).

A seguito dell'evento patologico hanno luogo i processi degenerativi, portati a termine entro i primi 15 giorni; successivamente iniziano i processi di recupero. In questa prima fase chiamata **Fase I (di "ritardo iniziale" o di completa denervazione)**, sono da evitare elettrostimolazioni ed esercizi che comportino la contrazione volontaria o la stimolazione meccanica indiretta della muscolatura. Sono invece indicati tutti gli esercizi di carattere percettivo che mirano a mantenere efficienti tutte le restanti componenti del sistema funzionale rimaste ancora integre.

Nella **fase II (di "ritardo finale" o della comparsa di attività motoria)**, si assiste alle prime reinnervazioni e conseguenti contrazioni muscolari. Saranno inseriti con cautela esercizi che richiedono il reclutamento di unità motorie da parte del paziente e le prime caute manifestazioni mimiche. Durante questa fase è da porre massima attenzione al tipo di esercizi che sono proposti al paziente. Questi non devono richiedere competenze motorie superiori alle sue capacità, per evitare l'instaurarsi di sincinesie.

In **fase III (della "ripresa funzionale" o della strutturazione della rete neurale)** si assiste al riappropriarsi da parte del paziente della mimica spontanea e manifestante le emozioni. Potranno essere presenti anche movimenti patologici per i quali il soggetto apprenderà ad attuare una forma di controllo.

Durante tutte queste fasi, possono verificarsi **interferenze nel recupero**, riconducibili a diverse variabili, tra le quali la gravità della patologia, il ritardo della presa in trattamento del paziente e, a volte, i trattamenti inappropriati. Queste interferenze possono verificar-

si fin dall'inizio o durante una delle fasi del processo di recupero e compromettere il recupero di funzione in vari modi.

In entrambi in casi, **recupero di funzione** o **disfunzione**, il riabilitatore deve tendere assieme al paziente ad un **recupero funzionale**, condizione necessaria per una completa riabilitazione.

5.4 Gli esercizi terapeutici

Impianto teorico dell'esercizio terapeutico

Sulla scorta della teoria di base, esposta nei capitoli precedenti, la nostra proposta di esercizio terapeutico è stata ordinata, fin dagli inizi, in tre momenti successivi che corrispondono necessariamente all'evoluzione clinica del paziente e che, nel contempo, devono essere in termini epistemologici strettamente collegati ai contenuti dell'ipotesi.

Esercizi in fase I (Fase di "ritardo iniziale" o di completa denervazione)

Tali esercizi sono finalizzati al rilassamento del paziente, alla presa di coscienza del suo volto e dell'eventuale stato di contrattura o funzionamento anomalo della muscolatura mimica in presenza di movimenti associati (sincinesie). Questi ultimi dovrebbero essere prevenuti a tutti i costi o, qualora si siano già instaurati, tenuti sotto controllo fin dal loro esordio e possibilmente fatti regredire, perché altrimenti conducono inesorabilmente all'impiego del volto secondo moduli globali di movimento, in cui vi sarà la tendenza alla partecipazione di gran parte dell'emifaccia interessata, con la perdita della capacità di realizzare movimenti selettivi (dissociazione funzionale dei "punti chiave" e facoltà di permutazione pressoché infinita dei molteplici elementi del sistema muscolare).

A tale scopo, si è ritenuto di dover cominciare con esercizi che coinvolgano le funzioni conoscitive tattili e kinestesiche, nonché delle cosiddette sensibilità combinate.

A questa prima fase competono inoltre esercizi per la presa di coscienza dei "punti chiave" del volto, in funzione di una loro successiva dissociazione selettiva.

Questi esercizi prevengono inoltre la degenerazione di quelle componenti del sistema funzionale che, pur non essendo direttamente colpite dalla lesione, per effetto della degenerazione transneurone, andrebbero col tempo incontro a disfunzioni di carattere secondario.

È importante sottolineare, a questo punto, che durante tutta questa fase il paziente dovrebbe cercare di evitare il movimento volontario, in quanto gli mancano ancora i presupposti fisiologici e conoscitivi per poterlo eseguire nell'ambito di una funzione corretta.

Esercizi in fase II (Fase di "ritardo finale" o della comparsa di attività motoria)

Il paziente, dopo aver sviluppato una adeguata capacità di percepire il suo volto nelle diverse componenti che lo costituiscono a livello anatomofunzionale (e in particolar modo in relazione all'insorgere di fenomeni di contrattura, fascicolazioni, miochimie, sincinesie, che sono tra l'altro assai frequentemente associati a stati di tensione emotiva o di stanchezza fisica e/o psichica) e di controllare i fenomeni associati ad un'esagerata irradiazione, e fatta in que-

sto modo
passare da
ni facciali
impegnati
alla creazio

I mov
dal fisioter
naturalmen
da del riab

Si tratta
tale fase, i
nando con
scelto, aiu
indicazio

Conten
forma sim
con la par

In que
fisioterap
timo, inf
competen
possibilità
da spartia
una strada

Sarà par
singoli eser

Esercizi in della rete

Questa fase
buon livello
ture stesse
mersi libera
ventare egli
zo del dialo

Non si
stabilito e
come aut

Ora il r
tento e cri
in qualità d
di recupero
ad autogest
figura neces
rettamente

sto modo sua l'esperienza del percepire l'esistenza dei diversi "punti chiave", è pronto per passare dapprima alla realizzazione di movimenti semplici inerenti alle principali espressioni facciali delle emozioni, e in un secondo momento ad eseguire movimenti parcellari più impegnativi che coinvolgono uno o più distretti del volto in modo funzionale e finalizzato alla creazione di un contesto comunicativo.

I movimenti eseguiti dal paziente sono fissati in un codice preventivamente predisposto dal fisioterapista, in base alle necessità dettate dallo specifico patologico. Tale codice dovrà naturalmente essere sottoposto in precedenza allo studio attento del paziente, sotto la guida del riabilitatore.

Si tratta, in questa fase, di effettuare dei movimenti volontari con finalità espressiva. In tale fase, il fisioterapista stesso svolge una funzione di *feedback* rispetto al paziente, esaminando come co-variano la sua mimica facciale e il contenuto del messaggio verbale che si è scelto, aiutandolo a perfezionare l'efficacia delle sue espressioni facciali mediante consigli e indicazioni adeguate alle varie circostanze.

Contemporaneamente possono essere riproposti alcuni esercizi di tipo conoscitivo, in forma simile a quelli impiegati nella fase I, con la differenza però che ora saranno eseguiti con la partecipazione motoria volontaria da parte del paziente.

In questa fase così delicata dell'evoluzione clinica, è di fondamentale importanza che il fisioterapista svolga un'attenta e costante funzione di monitoraggio del paziente. Quest'ultimo, infatti, si trova ora in quel momento particolarmente critico in cui una inadeguata competenza rispetto al reclutamento delle diverse unità motorie dei muscoli mimici e alla possibilità di dominare la dissociazione dei vari distretti inclusi nei "punti chiave", può fare da spartiacque tra una soddisfacente evoluzione clinica in chiave funzionale e l'imbocco di una strada all'insegna di una motricità caratterizzata dai fenomeni sincinetici.

Sarà particolare cura del fisioterapista valutare adeguatamente la durata e l'intensità dei singoli esercizi, per non correre il rischio di sovraccaricare il paziente.

Esercizi in fase III (Fase di "ripresa funzionale" o della strutturazione della rete neuronale)

Questa fase può essere attuata quando la motilità volontaria del paziente abbia raggiunto un buon livello di esecuzione, anche se finora all'interno di un contesto delimitato dalle strutture stesse dell'esercizio. Si tratta ora, invece, di mettere il paziente nelle condizioni di esprimersi liberamente, in base al suo stato d'animo e in accordo alle diverse situazioni, e di inventare egli stesso, con la compartecipazione dell'interlocutore, un contesto in cui, per mezzo del dialogo e della mimica, possa essere instaurato un rapporto di comunicazione.

Non si tratta più, in questa fase, di eseguire espressioni facciali secondo uno schema prestabilito e indotto da un contesto semplificato, ma di riappropriarsi della mimica facciale come autentica modalità di CNV a sostegno del messaggio linguistico.

Ora il riabilitatore, pur mantenendo il suo ruolo di terapeuta e quindi di osservatore attento e critico della situazione da un punto di vista clinico, non interviene semplicemente in qualità di *feedback* nei confronti del paziente, il quale, giunto a questo punto del percorso di recupero, deve aver sviluppato una propria autonomia e capacità di controllo sufficienti ad autogestirsi durante lo svolgimento dell'esercizio. Piuttosto il fisioterapista è ancora una figura necessaria in quanto è in grado, attraverso il suo ruolo di interlocutore, di influire direttamente sull'emotività del paziente e, di conseguenza, sulla sua espressività.

Prassi dell'esercizio terapeutico

Prima di addentrarci nella spiegazione dettagliata dei vari esercizi, è il caso di ricordare nuovamente che, il più delle volte, il paziente affetto da paralisi periferica del facciale è una persona depressa e sfiduciata sulle proprie possibilità di guarigione. Le problematiche di ordine funzionale, associate a quelle di natura estetica, determinate dalla patologia, possono tradursi facilmente in stati d'ansia e di tensione emotiva che sono in grado di influire in modo determinante sulla motivazione del paziente, sulla sua volontà di applicarsi con costanza e attenzione nella terapia e sulla sua fiducia nelle possibilità di miglioramento che questa offre. A ciò si aggiunge frequentemente una insoddisfacente presa in carico da parte del sistema sanitario, che tende a minimizzare o a sottovalutare il vissuto del paziente.

Una impostazione dell'esercizio terapeutico come quella proposta in questo lavoro si fonda invece, necessariamente, sulla partecipazione attenta e convinta del paziente. Sarà pertanto compito del fisioterapista quello di sensibilizzare, motivare e responsabilizzare il paziente lungo il suo percorso terapeutico, ascoltandone le istanze e i vissuti, fornendo spiegazioni dei fenomeni che gli sono successi, rassicurandolo e sostenendo anche dal punto di vista umano i suoi sforzi.

Esercizi in fase I

1) Riconoscimento di superfici a carico delle labbra e della cute del volto: in un ambiente tranquillo e riservato, in condizioni di luminosità e riscaldamento sufficientemente confortevoli, per favorire la necessaria concentrazione, il paziente viene disposto su un lettino, in posizione supina, con la rima buccale appena dischiusa e occhi possibilmente chiusi, senza pressione sulle palpebre. Vengono sottoposti all'esame tattile da parte della labbra e della cute del

volto del paziente diversi sussidi appositamente costruiti, recanti caratteristiche di ruvidità variabile. I sussidi possono essere costruiti, anche artigianalmente, impiegando come supporto barrette appiattite di materiale plastico atossico, di forma simile agli abbassalingua (o dei comuni cucchiaini in plastica da gelato), a cui vengono applicati (saldandoli con una goccia di silicone impiegato in odontoiatria, su uno o due lati della parte che verrà posta a contatto con la cute del paziente) un quadratino o un dischetto di carta abrasiva di diverso spessore (fig. 5, a sinistra). Un sistema ancora più semplice consiste nel costruire

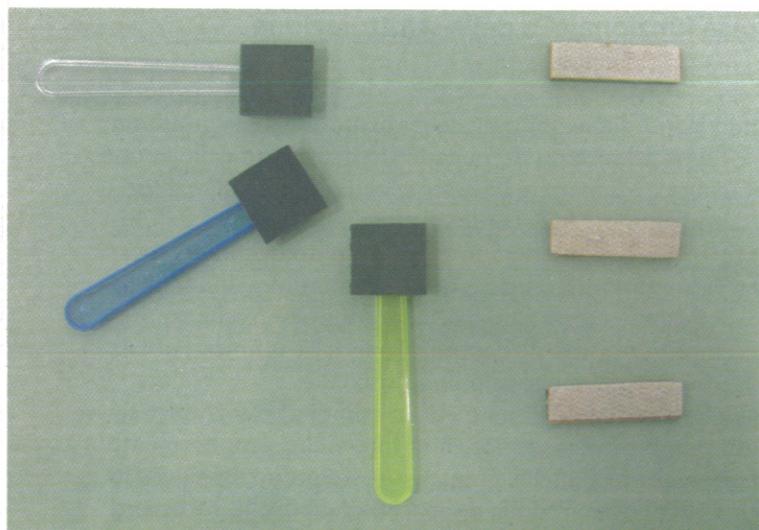


Figura 5. Sussidi con superfici di diversa ruvidità e foggia variabile per l'esercizio terapeutico in fase I.

GLI ESER

dei sempl
lini plasti
a destra).

Lavora

comanda

mente sc

na molto

trata!), pe

di produ

glio, il qua

ra di tran

la cute ve

e la muc

sopporta

po intese

gnala la n

sioterap

zione nell

applicand

di entità

ficie del

riarlo. Lav

volto la ru

essere di

riore. Il fis

delicatezza

cessiva pre

sussidio su

del pazie

(figg. 6, 7,

Dopo av

guatamente

toria, le di

ziente, ave

bilire preven

dalità di co

pio numer

gressivi, da

brosità), si

ne sparso i

le del pazie

conoscere il

che gli viene

glia di istr

do che non

ma impieg

no omolat

dei semplici dischetti o rettangolini plastici senza supporto (fig. 5, a destra).

Lavorando sulle labbra, si raccomanda di impiegare rigorosamente solo carta abrasiva di grana molto sottile (e non carta vetrata!), per non correre il rischio di produrre abrasioni del vermiciglio, il quale, essendo una struttura di transizione assai delicata tra la cute vera e propria delle labbra e la mucosa del cavo orale, male sopporta sollecitazioni tattili troppo intense. Allo stesso modo si segnala la necessità da parte del fisioterapista di porre molta attenzione nell'effettuare tali manovre, applicando una forza tangenziale di entità assai limitata alla superficie del vermiciglio, per non escoriarlo. Lavorando sulla cute del volto la ruvidità del sussidio può essere di entità leggermente superiore. Il fisioterapista, con estrema delicatezza e senza esercitare eccessiva pressione, dovrà passare il sussidio sul vermiciglio delle labbra del paziente o sulla cute del volto (figg. 6, 7, 8 e 9).

Dopo aver fatto percepire adeguatamente, in una fase preparatoria, le diverse superfici al paziente, avendo avuto cura di stabilire preventivamente una modalità di codificazione (per esempio numerando con valori progressivi, da 1 a 5, le differenti scabrosità), si sottopongono in ordine sparso i sussidi all'esame tattile del paziente e questi dovrà riconoscere il numero del sussidio che gli viene presentato. Si consiglia di istruire il paziente in modo che non risponda verbalmente ma impiegando le dita della mano omolaterale all'emilato testato



Figura 6. Esercizio in fase I. Applicazione del sussidio alla regione mentale.



Figura 7. Esercizio in fase I. Il paziente segnala al fisioterapista il numero del sussidio corrispondente.

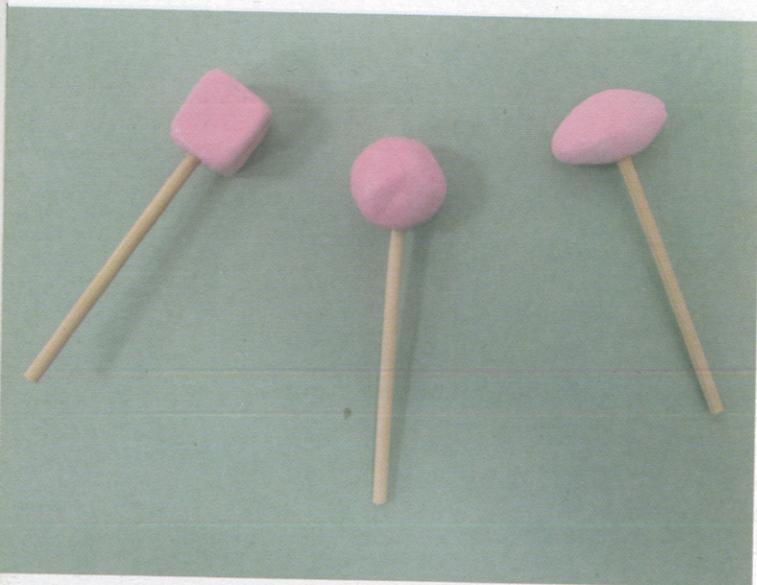


Figura 12. Esercizio in fase I. Riconoscimento di corpi di forma diversa.



Figura 13. Esercizio in fase I. Riconoscimento di corpi di forma diversa. La forma cubica viene posta a contatto con il vermiglio delle labbra.

3) Riconoscimento di corpi, di forme e dimensioni diverse: al paziente sempre disteso supino e rilassato vengono sottoposti dei nuovi problemi percettivi, sotto forma di sussidi di varia forma tridimensionale, impiegando una tecnica simile a quella descritta nell'esercizio al punto 1). Nella fattispecie, si può trattare ad esempio di una forma sferica, una oblunga e una cubica (fig. 12), che egli dovrà riconoscere al semplice contatto con la superficie del vermiglio, anche in questa circostanza non partecipando con alcun movimento attivo di esse (fig. 13).

Un'altra possibilità consiste nel sottoporre al paziente una serie di sussidi di uguale forma ma di dimensioni scalari. Si potrebbe trattare di una batteria di sfere su cui è inserito un supporto che consenta al fisioterapista di manovrarle agevolmente (fig. 14). Ogni sfera verrà numerata secondo un ordine di grandezza (ad esempio da 1 a 8, comprendendo sfere con un diametro variabile tra i 20 e i 5 mm).

Il fisioterapista pone a contatto del vermiglio delle labbra del paziente il sussidio (fig. 15), senza spostarlo lungo la rima buccale. Questo espediente va particolarmente curato in quanto si è visto che il movimento del sussidio lungo il vermiglio può facilmente trarre in inganno il paziente nel riconoscimento delle dimensioni; è probabile che ciò derivi dalla diversa distribuzione di recettori nella super-

Figura 14. Sussidi di forme e dimensioni scalari.

Figura 15. Esercizio in fase I. Un sussidio sferico posto a contatto sul vermiglio delle labbra.

ficie sensoriale è rilevato, in quanto lo della commo- le labbra (fig. 15).

to di corpi,
sioni diver-
mpre diste-
ato vengono
ovi problemi
orma di sus-
na tridimen-
do una tec-
ella descritta
unto 1). Nel-
uò trattare ad
orma sferica,
a cubica (fig.
rà riconosce-
ntatto con la
ermiglio, an-
costanza non
alcun movi-
esse (fig. 13).
sibilità consi-
re al paziente
sidi di uguale
ensioni scala-
trattare di una
su cui è inse-
o che consenta
di manovrar-
(fig. 14). Ogni
merata secon-
grandezza (ad
a 8, compren-
a un diametro
0 e i 5 mm).
sta pone a con-
glio delle labbra
sussidio (fig.
starlo lungo la
Questo espe-
colarmente cu-
si è visto che il
el sussidio lun-
o può facilmen-
anno il pazien-
imento delle di-
robabile che ciò
diversa distribu-
tori nella super-

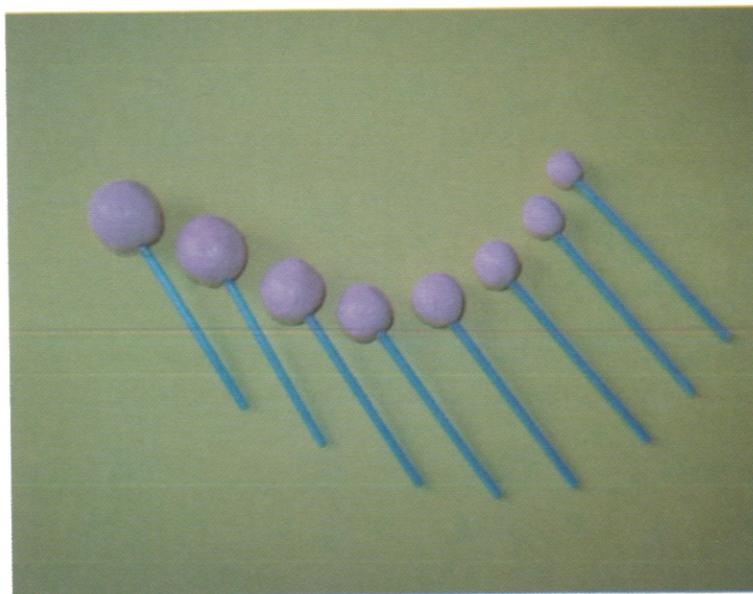


Figura 14. Esercizio in fase I. Sussidi di forma sferica di dimensioni scalari.



Figura 15. Esercizio in fase I. Un sussidio sferico è presentato sul vermicello del paziente.

ficie sensoriale che viene a contatto con il sussidio nelle differenti porzioni della rima. Si è rilevato, in genere, che lo stesso sussidio viene percepito più grande se proposto a livello della commessura labiale e più piccolo se proposto a livello della porzione centrale delle labbra (fig. 16A, B). Va dunque posta attenzione dunque a non spostare l'oggetto da un

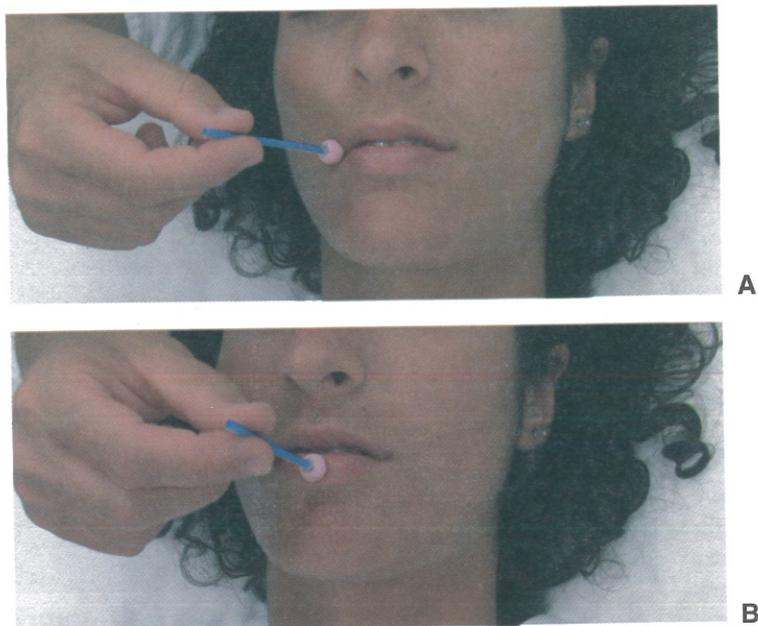


Figura 16. Esercizio in fase I. Un sussidio applicato al vermiglio viene percepito di dimensioni diverse in base al posizionamento scelto.

punto all'altro della rima poiché tale manovra potrebbe confondere il paziente al momento della valutazione.

Un altro tipo di sussidi può consistere in semplici regoli di dimensioni scalari (figg. 17 e 18) del tipo che si trova comunemente in commercio e impiegato con i bambini per le più elementari operazioni di calcolo.

I sussidi scalari possono essere applicati anche alla cute delle diverse regioni facciali. Dopo alcune prove in cui il fisioterapista rivela il numero del sussidio, il paziente dovrà cercare di riconoscerlo da solo (fig. 19).

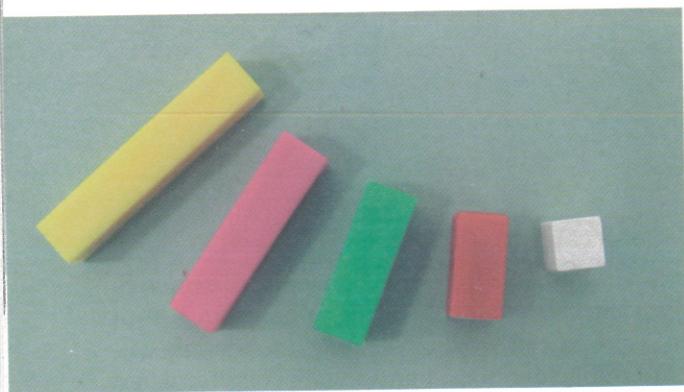


Figura 17. Esercizio in fase I. Regoli di dimensioni scalari.



Figura 18. Esercizio in fase I. Un regolo viene presentato sul vermiglio del paziente, il quale lo riconosce e gli attribuisce un numero



Figura 19. Esercizio in fase I. Un regolo di ampie dimensioni viene presentato sulla cute della parte alta della guancia, immediatamente sotto la palpebra inferiore.

Esercizi in fase II

1) Riconoscimento di superfici, forme e dimensioni: si ripropongono sostanzialmente le stesse tipologie di esercizi presentati per la fase I, consentendo però questa volta il movimento attivo da parte del paziente. Questi, nel momento in cui verrà a contatto con il sussidio

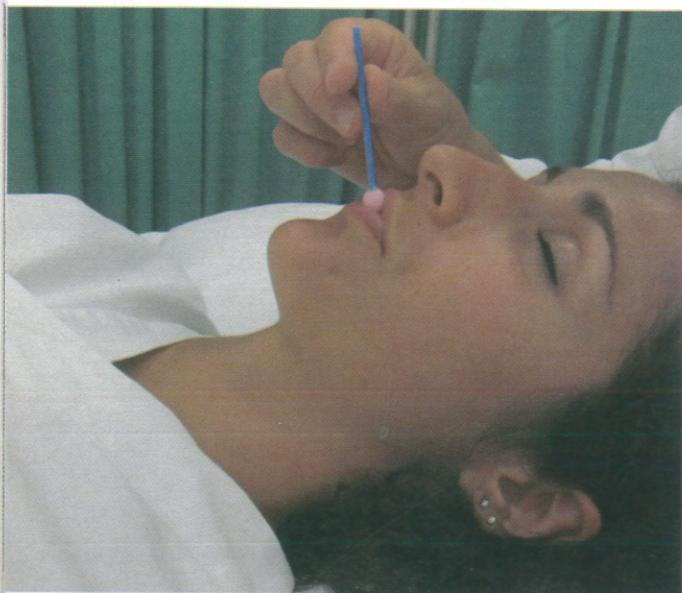


Figura 20. Esercizio in fase II. Un sussidio sferico è presentato al paziente che esegue dei micromovimenti esplorativi con le labbra, allo scopo di risolvere più agevolmente il quesito percettivo.

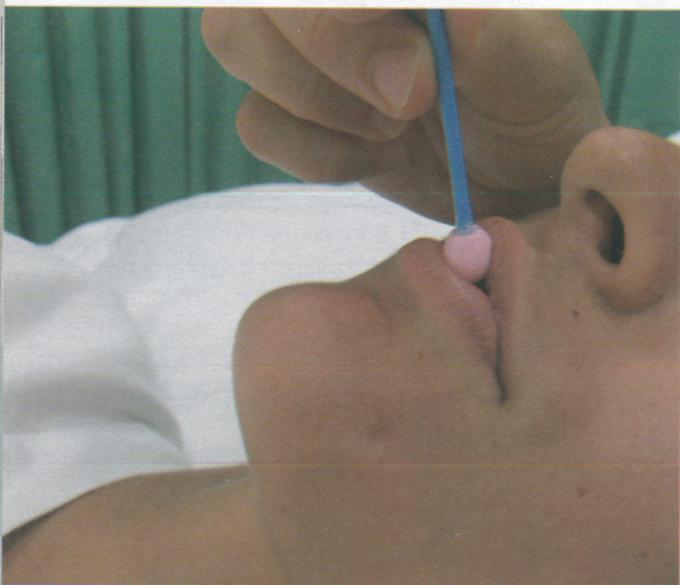


Figura 21. Esercizio in fase II. Dettaglio dell'immagine precedente che mette in luce l'attività di prensione da parte della bocca durante l'esplorazione di un oggetto sferico posto sul vermicello.

scelto, potrà dare il via a una serie di "micromovimenti esplorativi" a livello buccale, per mezzo dei quali sarà in grado di perlustrare più approfonditamente le caratteristiche dell'oggetto in questione (fig. 20).

Si inviterà il paziente a ricercare il sussidio, il più possibile evitando di muovere il capo, esclusivamente mediante il movimento delle labbra, esplorandolo con movimenti più o meno fini, variando la pressione delle labbra su di esso, la loro protrusione e il successivo ripiegamento come in un tentativo di prensione, o l'appiattimento (fig. 21).

In questa fase va considerata attentamente la motilità del modiollo in funzione dello spazio mantenuto tra le due labbra (cap. 1). È possibile impiegare questo tipo di esercizio anche per valutare le differenze tra motilità buccale e peribuccale dell'emifaccia colpita e quelle dell'emifaccia sana.

2) Riconoscimento e imitazione di schemi rappresentanti espressioni facciali: come risulta dagli studi citati nei capitoli precedenti, lo sguardo di chi osserva un volto cade essenzialmente sui "punti chiave" degli occhi e della bocca. Le espressioni relative alla regione oculare (territorio del facciale superiore) sono date da movimenti palpebrali e sopraccigliari e, in minor misura, della guancia e della fronte. Le espressioni relative alla regione della bocca (territorio del facciale inferiore) sono invece prodotte da movimenti labiali, del mento e della guancia.

Le figure schematiche utilizzate possono essere molto semplici. Il volto viene delimitato da un cerchio; due punti più grossi rappresentano gli occhi, al di sopra dei quali due

una serie di
ativi" a livel-
ei quali sarà
più approfon-
iche dell'og-
20).

te a ricercare
bile evitando
clusivamente
delle labbra,
amenti più o
pressione delle
o protrusione
ento come in
ne, o l'appiat-

onsiderata at-
del modiolio
zio mantenuto
1). È possibile
di esercizio an-
erenze tra mo-
ccale dell'em-
dell'emifaccia

**imitazione di
ati espressioni**

dagli studi ci-
denti, lo sguar-
volto cade es-
nti chiave" de-
a. Le espressio-
e oculare (terri-
riore) sono date
prali e sopracci-
sura, della guan-
espressioni rela-
a bocca (territo-
iore) sono inve-
menti labiali, del
a.

natiche utilizza-
olto semplici. Il
to da un cerchio;
si rappresentano
ra dei quali due

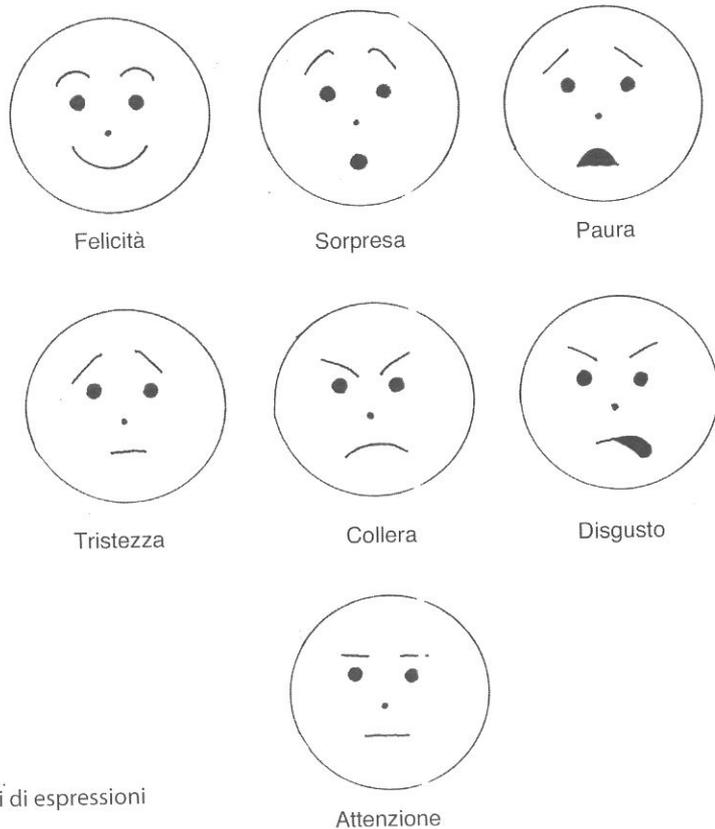


Figura 22. Schemi semplici di espressioni facciali.

trattini indicano le sopracciglia; un punto mediano, più piccolo, corrisponde al naso; infine un trattino mediano posto inferiormente al naso rappresenta la rima buccale.

Il cerchio del volto e i tre punti rimangono costanti, non subendo alcuna variazione di sorta; al contrario, i trattini corrispondenti alle sopracciglia e alla bocca variano nella loro curvatura e disposizione (per facilitare il paziente possono essere disegnati con colore differente dal resto dello schema). I segni inerenti agli occhi e le narici, non essendo indispensabili per la comunicazione di espressioni così standardizzate, potrebbero essere tranquillamente omessi. Il fatto di mantenerli, tuttavia, costituisce senza dubbio un'ulteriore facilitazione nell'orientamento del paziente durante il suo esame del disegno. Una tale rappresentazione grafica è perfettamente coerente con i modelli proposti dagli studi di Thayer e Schiff ed è stata utilizzata, con minime variazioni, anche da Perfetti et al. (1985) nell'esercizio terapeutico per le afasie.

In linea con la corrente di pensiero che affonda le sue radici nel lavoro di Ch. Darwin e si sviluppa nella seconda metà del XX sec. con le esemplari ricerche di Ekman e Friesen passando anche per gli studi di Osgood, si è stabilito di allestire delle immagini schematiche recanti le 6 principali espressioni delle emozioni principali più una settima, definita di "attenzione" che, pur non rientrando nelle emozioni, costituisce comunque una reale modalità espressiva della mimica facciale (fig. 22).

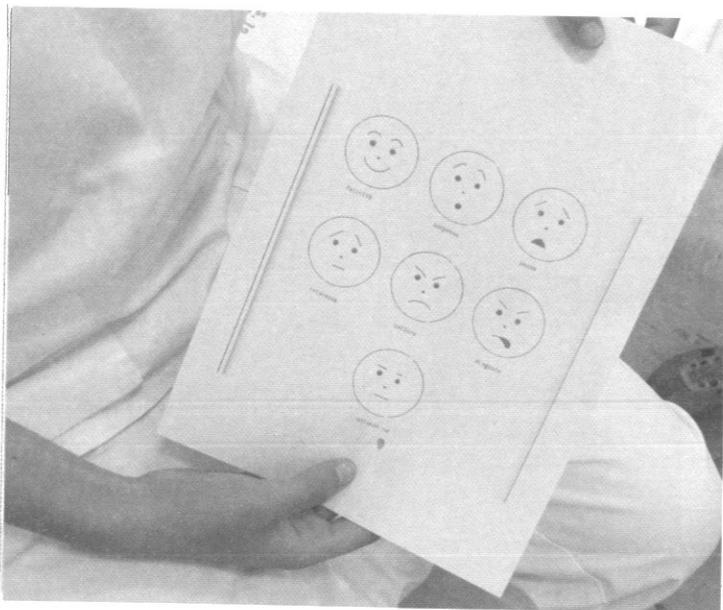


Figura 23. Esercizio in fase II. Il fisioterapista illustra al paziente le caratteristiche degli schemi facciali e le loro caratteristiche essenziali.



Figura 24. Esercizio in fase II. Il fisioterapista, di fronte al paziente, scherma l'emivolto sano per cogliere l'espressività del lato colpito, senza essere influenzato dalla visione globale della faccia.

Si potranno dapprima sottoporre al paziente (in questo esercizio in posizione seduta) solo alcune immagini, per non rendere l'esercizio troppo complesso: ad esempio, l'espressione di attenzione (che può essere interpretata anche come "neutra"), quella di felicità (o "positiva") e quella di collera (o "negativa"). In seguito sarà possibile estendere gradualmente l'esercizio a tutte le sette espressioni.

È innanzitutto necessario che il paziente sia in grado di riconoscere agevolmente ogni espressione rappresentata dallo schema che gli viene sottoposto. Pertanto, prima di dar luogo all'esercizio, è importante che il fisioterapista lo aiuti illustrandogli con calma ogni disegno, commentandolo nei dettagli ed, eventualmente, imitandolo egli stesso, in modo tale che il paziente abbia un punto di riferimento chiaro su ciò che dovrà tentare di fare (fig. 23).

Successivamente il fisioterapista, per evitare di essere influenzato dalla mimica dell'emifaccia sana del paziente, schermerà quest'ultima con un cartoncino di adeguate dimensioni, in modo da poter vedere solo il lato parietico (fig. 24).

A questo punto, il riabilitatore chiederà al paziente di scegliere a caso un'espressione tra quelle disegnate, senza comunicare la sua scelta. Fatto ciò, il paziente dovrà tentare di riprodurre con la mimica del suo viso l'espressione che ha scelto, in modo che il fisioterapista, seduto di fronte a lui, possa identificarla e segnalarla sullo schema (fig. 25). Se que-

pprima sotto-
n questo eser-
eduta) solo al-
er non rendere
complesso: ad
one di atten-
ere interpretata
ra”), quella di
a”) e quella di
a”). In seguito
ndere gradual-
a tutte le sette

necessario che
rado di ricono-
e ogni espres-
ta dallo sche-
sottoposto. Per
r luogo all'eser-
te che il fisio-
ustrandogli con
gno, commen-
gli ed, eventual-
lo egli stesso,
e il paziente ab-
iferimento chia-
rà tentare di fa-

nte il fisioterapi-
li essere influen-
ica dell'emifac-
iente, schermerà
n un cartoncino
ensioni, in modo
olo il lato parieti-

nto, il riabilitato-
ziente di sceglie-
essione tra quel-
enza comunicare
tto ciò, il pazien-
di riprodurre con
o viso l'espressio-
o, in modo che il
eduto di fronte a
ficarla e segnalar-
(fig. 25). Se que-



Figura 25. Esercizio in fase II. Il paziente ha scelto all'insaputa del fisioterapista l'espressione da riprodurre a livello facciale.

sti è in grado di ricevere agevolmente il messaggio, l'esercizio sarà stato svolto adeguatamente.

Sarà bene spiegare al paziente che egli può scegliere la stessa espressione per più volte, anche in successione, per cercare di "mettere in difficoltà" il fisioterapista. Questi, dal canto suo, deve evitare di aiutare inconsciamente il paziente durante l'imitazione, cercando di interpretare il meno possibile. Qualora l'esecuzione dell'espressione risultasse poco chiara, bisognerà dirlo al paziente, affinché egli cerchi di riproporla perfezionata e non agevolarlo inferendo il risultato finale sulla base degli elementi in possesso.

Ovviamente se il paziente incontrasse serie difficoltà, il fisioterapista deve saper scegliere il momento adatto per aiutarlo adeguatamente, onde non incorrere nell'errore opposto, che sarebbe per l'altro fonte di frustrazione. Si richiede, dunque, al riabilitatore sensibilità e attenzione.

Come termine di paragone si potrà eventualmente esaminare l'espressività dell'emifaccia sana, ma solo alla fine dell'esercizio. In questo frangente bisogna considerare che, come risulta dagli studi psicofisiologici sull'espressività del volto, nei destrimani l'emifaccia sinistra è fisiologicamente più efficace di quella destra nell'esprimere le emozioni secondo modalità intenzionali; ciò sembra avvenire per fenomeni di lateralizzazione emisferica. Per questo motivo, se la paralisi facciale si manifesta a sinistra si deve considerare la possibilità che, prendendo come "controllo" la parte destra sana, questa sia di per sé meno espressiva di quanto non dovrebbe esserlo la controlaterale. Al contrario, se il deficit si manifesta a destra, può essere utile ricordare che la parte sana è naturalmente più espressiva e ciò deve indurre il riabilitatore a non pretendere "troppa" efficienza dalla prestazione del paziente. Questo

| CODICE DEI SIMBOLI PER L'ESERCIZIO TERAPEUTICO | | |
|--|--|------------------------------------|
| 1. | | Sopracciglia oblique |
| 2. | | Sopracciglia sollevate |
| 3. | | Sopracciglio sollevato (dx. o sn.) |
| 4. | | Accigliato |
| 5. | | Occhi sbarrati |
| 6. | | Occhi socchiusi |
| 7. | | Strizzatina d'occhio (dx. o sn.) |
| 8. | | Occhi chiusi |
| 9. | | Narici allargate |
| 10. | | Narici strette |
| 11. | | Naso corrugato |
| 12. | | Sogghigno - smorfia (dx. o sn.) |
| 13. | | Sorriso accennato |
| 14. | | Sorriso ampio |
| 15. | | Riso |
| 16. | | Riso sardonico |
| 17. | | Bocca in giù |
| 18. | | Bocca aperta |
| 19. | | Fischio |
| 20. | | Labbra increspate |
| 21. | | Bacetto |
| 22. | | Bacio con lo schiocco |

Figura 26. Esempio di codice dei simboli.

cizio si giunge al massimo delle capacità di dissociazione dei "punti chiave", cominciando a produrre quel fenomeno di co-variazione di variabili che sarà poi elemento fondamentale dell'ultima fase riabilitativa e della funzione comunicativa del soggetto guarito. Per quanto concerne il codice di cui ci si servirà in questo tipo di esercizio, ne proponiamo qui un esempio, ideato modificando ampiamente quello proposto da Birdwhistell, in base alle necessità dei pazienti da trattare (fig. 26). Ciò non toglie che tale codice possa essere variato o perfezionato ulteriormente a seconda delle varie esigenze.

fenomeno dovrebbe invece realizzarsi in minor misura se la mimica è spontanea, cioè involontaria.

3) Recitazione di un copione facilitato: la realizzazione di questo impegnativo esercizio, che comporta una notevole partecipazione da parte del paziente, necessita innanzitutto di stabilire un codice di simboli grafici che rappresentino non più un'espressione *in toto*, bensì uno o più elementi di essa. Si tratta sostanzialmente di un esercizio di scomposizione dell'espressione o, più precisamente, di un reclutamento volontario parcellare, raffinato e soprattutto altamente finalizzato di alcuni muscoli, a scopo decisamente comunicativo. In questo caso, davvero, la mimica facciale ricopre finalmente il ruolo di supporto alla CV, di cui tanto si è parlato nei capitoli precedenti. Essa servirà, a seconda della circostanza determinata dal contenuto del discorso e dal contesto emotivo situazionale, ad enfatizzare, a perfezionare o (perché no?) addirittura a contraddire ciò che il paziente sta comunicando per mezzo del linguaggio parlato. In questo eser-

Appare e poter imparare. Si, portati a fine li da parte de

È chiaro e fisioterapista per non rischi

Il testo di immediatezza po articolata un argomento pentini di ton ti diversi e con

Per ottenere congruo periodo sa comprendere ne. Il fisioterapista ed entrambi sa deve essere sono quelle in

Se la scelta del fisioterapista è buona una buona dose di valutazione e la fid

Infine, può essere le sedute e allavoro realizzato,

Da Amleto di W

AMLETO

Essere o non essere

se sia più nobile

fortuna, o preda

Morire, dormire

cordoglio e alle

accogliere a man

vrebbe invece
minor misu-
a è spontanea,
aria.

ne di un co-
ato: la realiz-
esto impegna-
che comporta
partecipazione
paziente, neces-
sario di stabilire
simboli grafici
continuo non più
e in toto, ben-
elementi di es-
sostanzialmente
o di scomposi-
pressione o, più
, di un reclu-
ontario parcel-
o e soprattutto
nalizzato di al-
, a scopo deci-
municativo. In
davvero, la mi-
e ricopre final-
blo di supporto
ti tanto si è par-
toli precedenti.
a seconda della
determinata dal
el discorso e dal
motivo situazio-
tizzare, a perfe-
erché no?) addi-
traddire ciò che
sta comunican-
zo del linguag-
In questo eser-
", cominciando
o fondamentale
rito. Per quanto
no qui un esem-
ase alle necessità
variato o perfe-

Appare evidente che il paziente dovrà essere istruito adeguatamente dal fisioterapista per poter imparare a memoria tale codice e interpretarlo in modo opportuno durante la recitazione. Sì, perché proprio di questo si tratta: recitare un copione. I vari simboli verranno riportati a fianco del testo da recitare, per facilitare l'assunzione delle varie espressioni facciali da parte del paziente.

È chiaro che la scelta del codice, come pure quella del copione, che sono a discrezione del fisioterapista, devono però tener conto del livello culturale, dell'età e dell'indole del paziente, per non rischiare di proporgli un esercizio troppo complicato o, al contrario, troppo noioso.

Il testo dovrà possedere in genere caratteristiche di brevità del periodo, di semplicità e immediatezza di linguaggio per agevolare la lettura e l'interpretazione. Se la forma è troppo articolata e complessa risulterà invece più difficile da recitare. È anche bene optare per un argomento che dia la possibilità di scegliere tra varie modalità espressive, con cambi repentini di tono e di emozioni, in modo da impegnare il volto del paziente in atteggiamenti diversi e contrastanti.

Per ottenere dei buoni risultati in questo esercizio è ovviamente necessario disporre di un congruo periodo di tempo da dedicare all'addestramento del paziente, affinché questi possa comprendere esattamente ciò che gli si richiede e si possa perfezionare nell'interpretazione. Il fisioterapista può aiutare il paziente, consigliandolo sull'esecuzione di certe espressioni ed entrambi possono discutere sull'interpretazione, tenendo naturalmente conto che essa deve essere finalizzata all'esecuzione di certe espressioni con determinate sfumature, che sono quelle in cui il paziente trova maggiori difficoltà di realizzazione.

Se la scelta del testo è adeguata alle possibilità del paziente e la relazione tra questi e il fisioterapista è buona, l'esercizio può essere molto proficuo e unire la sua efficacia anche ad una buona dose di divertimento, elementi che insieme rafforzeranno nel paziente la motivazione e la fiducia nel recupero.

Infine, può risultare assai utile, come per altre fasi dell'esercizio terapeutico, videoregistrare le sedute e allestire un archivio, per poi rivedere, anche insieme al paziente, i risultati del lavoro realizzato, subito dopo e a distanza di tempo. Questa possibilità va però valutata caso per caso, in quanto alcuni pazienti particolarmente emotivi modificano l'espressività del volto quando fanno di essere filmati, perdendo la spontaneità della mimica.

Presentiamo ora due brevi esempi tratti da un copione facilitato da noi impiegato durante un trattamento (figg. 27 e 28).

Presentiamo ora due brevi esempi tratti da un copione facilitato da noi impiegato durante un trattamento (figg. 27 e 28).

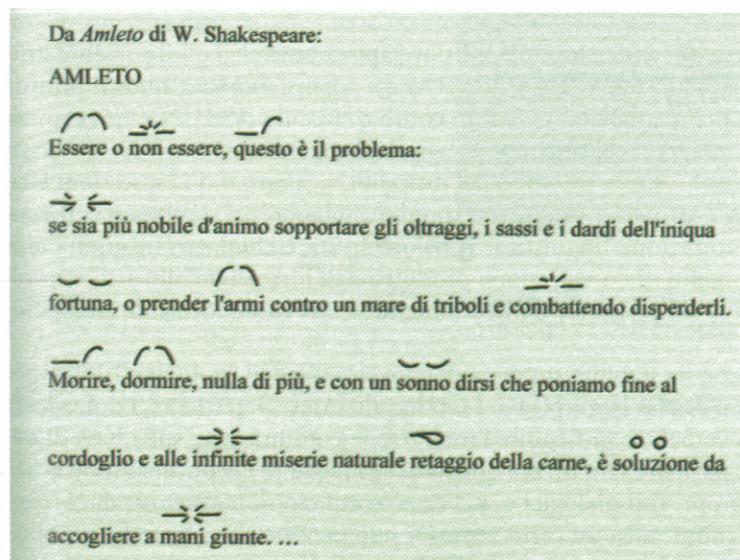


Figura 27. Copione 1 (dettaglio).

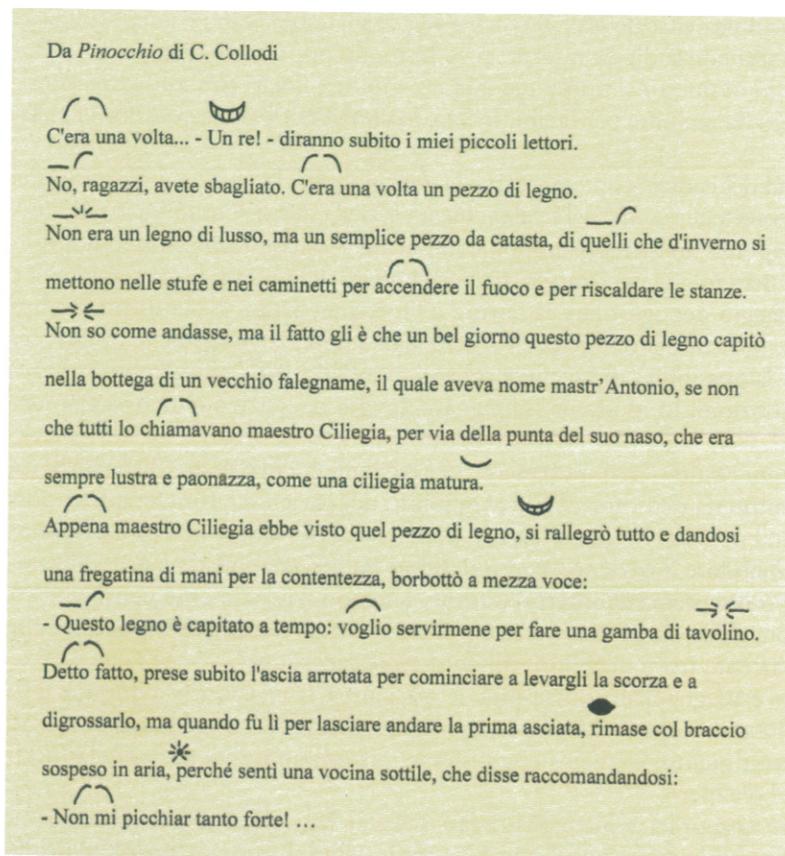


Figura 28.
Copione 2 (dettaglio).

Esercizi in fase III

1) Assegnazione di un tema di conversazione: il fisioterapista intavola con il paziente una conversazione su un determinato tema. Tra i due si viene ad instaurare, a questo punto, un'interazione che, gradualmente, darà luogo ad un contesto in cui CV e CNV troveranno una sempre più precisa ed integrata collocazione e ragione di essere.

Il paziente si serve ora della mimica in modo del tutto libero, alternando espressioni facciali assunte volontariamente con altre prodottesi spontaneamente, per realizzare con essa un efficace sostegno alla produzione linguistica. Il fisioterapista è chiamato in questa circostanza a inferire sul fenomeno di co-variazione prodotto dall'intrecciarsi di funzione comunicativa verbale e mimica del paziente, immedesimandosi nel ruolo ideale di interlocutore (fig. 29A).

Ad esempio, una volta che sia stabilito un tema di conversazione, il ruolo del fisioterapista potrà essere quello di decidere se la mimica del suo interlocutore, il paziente, conferma o smentisce il suo messaggio verbale, e proseguire l'interazione comunicativa sulla base di tali inferenze. Il compito del paziente sarà invece quello di verificare se la conversazione assume toni in sintonia con i propri fini dialogici e, nel caso in cui ciò non avvenga, di correggere la propria espressività mimica. In un certo senso, si può pensare che entrambi si impegnino in una specie di gioco del "vero o falso?".

Il fisioterapista terrà anche conto delle espressioni facciali esprimenti le più svariate emozioni, non più solo quelle delle famiglie fondamentali, ma anche di tutte le loro sfumature legate a diversi contesti (si pensi ad esempio agli innumerevoli tipi di sorriso, secondo la classificazione di Ekman) e di tutti i gradienti di intensità con cui esse si possono estrinsecare.

Allo stesso modo verranno presi in considerazione tutti i segnali di interazione dialogica, che regolano la distribuzione dei turni durante il discorso, e i segnali di attenzione (fig. 29B). Si dovrà ancora registrare la presenza di eventuali asimmetrie, di fascicolazioni o la comparsa di sincinesie che spesso si possono presentare a distanza di tempo anche nei casi trattati con miglior esito. L'istaurarsi delle sincinesie deve far rivedere l'esercizio terapeutico e, in genere, richiede di ritornare a esercizi in fase I e, successivamente, in fase II, riportando l'attenzione sulla sensibilità del volto e delle sue strutture cutanee, mucose e muscolari, punto di partenza per assicurare al paziente nuove capacità di reclutamento selettivo e di controllo dell'irradiazione.

Va sottolineato comunque che, in questa fase (per quanto già durante la recitazione del copione facilitato), non si potranno più separare le espressioni prodotte dalla mimica facciale con quelle più globali, ottenute anche mediante i movimenti corporei.



A



B

Figure 29. Esercizio in fase III. Il fisioterapista intavola un dialogo su un tema scelto.

5.5 Citazioni e indicazioni bibliografiche

1. ANOCHIN P.K., BERNSTEIN N.A., SOKOLOV E.N. (1973), *Neurofisiologia e cibernetica*, Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma.
2. BARON M.R. (1997), *L'esercizio terapeutico conoscitivo nelle paralisi del VII nervo cranico*, Riabilitazione e Apprendimento, 3, Liviana Medicina, Napoli.