

IMPLICAZIONI PSICOLOGICHE NELLA MALATTIA DI PARKINSON

Disturbi acquisiti della comunicazione
11 aprile Lamezia Terme

Dott. Domenico Mauro
Psicologo-Psicoterapeuta

INTRODUZIONE

- La malattia di Parkinson, com'è noto, è una patologia neurodegenerativa che colpisce selettivamente le aree cerebrali deputate al movimento.
- Oltre ai sintomi rilevanti, inerenti a tali aree (tremori a riposo, blocchi, bradicinesie, rigidità muscolare, ipocinesie, acinesie etc.), sono sovente presenti altri disturbi (i c.d. *disturbi non motori*) che rendono, oltremodo, problematica la vita di pazienti e familiari: ci riferiamo ai disturbi della sfera cognitiva, psichica ed emotiva.

GLI ASPETTI COGNITIVI

- Riguardano deficit e compromissioni di talune funzioni che si possono manifestare con maggiore evidenza nelle fasi più avanzate della malattia.
- Alterazione di alcuni aspetti del linguaggio e della fluidità verbale;
- Deficit dell'attenzione;
- Disturbo della memoria e delle funzioni esecutive;
- Bradifrenia;
- difficoltà della risoluzione di problemi e della formazione di concetti.

LA RIABILITAZIONE COGNITIVA

- La letteratura recente evidenzia come la *plasticità cerebrale* sia osservabile anche in caso di lesioni in individui adulti.
- Per il recupero di taluni deficit o il rallentamento del deterioramento cognitivo possono risultare molto utili – previa opportuna valutazione neuropsicologica – programmi di training di riabilitazione cognitiva (esercizi verbali, carta e penna o con l'ausilio di software specifici)

LA DIMENSIONE PSICOPATOLOGICA

- I disturbi più frequenti riscontrati nel paziente affetto da Parkinson riguardano quelli inerenti all'umore, all'ansia e al ritmo sonno-veglia.
- In letteratura vengono riportate alte percentuali di casi di disturbi depressivi (25-40%) e di disturbi dello spettro dell'ansia (in particolare attacchi di panico e ansia generalizzata anch'essi con un'incidenza intorno al 40%);
- Molto frequentemente, infine, sono presenti disturbi del sonno.

LA SFERA EMOTIVA

- L'avanzare della malattia e l'aumento della disabilità da essa causata possono determinare una riduzione della qualità della vita;
- La persona affetta da Parkinson può chiudersi nel suo dolore arrendendosi all'isolamento, alla paura del giudizio e al senso di inadeguatezza.

- Anche sul piano relazionale incontra notevoli ostacoli nella misura in cui la difficoltà nel modulare il tono della voce, la lentezza nel parlare e il tipico “volto a maschera” - cioè un viso privo di espressione che non comunica a causa della riduzione della mimica facciale (conseguenza dell'acinesia) - possono essere fraintesi come perdita di interesse verso l'interlocutore.
- La conseguente perdita di spontaneità nell'interazione con l'altro, relega la persona ad una sempre maggiore chiusura emotiva.

L'INTERVENTO PSICOTERAPICO

- Si può verificare spesso una condizione per la quale tutta la vita della persona affetta da Parkinson sia centrata sulla malattia: i ritmi della giornata sono scanditi dai sintomi e dai farmaci o dalle varie strategie per fronteggiarli.
- Il rischio maggiore, dal punto di vista psicologico, è che l'individuo si identifichi con la malattia, perdendo di vista la propria soggettività.

- Un primo obiettivo della psicoterapia deve essere quello di evitare che si verifichi questa sorta di “spersonalizzazione” e recuperare la dimensione soggettiva di persona.
- Come persona si può “affrontare” la malattia concentrandosi sulla propria esperienza soggettiva per fronteggiare le difficoltà, attingendo alle proprie risorse interiori con consapevolezza e realistica fiducia.

L'INTERVENTO DI GRUPPO

- Un altro fondamentale obiettivo che deve prefiggersi l'approccio psicoterapico è la prevenzione dell'isolamento.
- L'isolamento si evita col solo “strumento” della relazione.
- Per tale motivo è di cruciale importanza creare situazioni psicoterapiche di gruppo.

- Condividere la propria esperienza personale, raccontarsi, ascoltare l'altro traendo dall'altrui esperienza conforto e spunti propositivi, offre la possibilità di fronteggiare con più forza le asperità della malattia.
- *Il Gruppo di Incontro* (sul modello rogersiano) rappresenta un'esperienza intensiva di gruppo che ha lo scopo di favorire la crescita psico-emotiva e le competenze relazionali dei partecipanti.