Malattia di Alzheimer e Psicoterapia

Prof. Louis PLOTON
(Lyon)

I malati di Alzheimer (MA) perdono progressivamente

- Le loro attitudini cognitive, che sono capacità:
  - Acquisite per apprendimento;
  - Attivate in modo cosciente e volontario;
  - Delle quali:
    - Le memorie dichiarative e procedurali;
    - Le operazioni mentali (capacità di anticipazione…)
    - La parola
    - La permanenza dell'oggetto.
- Le loro capacità associative (lavoro di mentalizzazione)
- Le loro capacità di pensare con le parole (concetto di pensiero preriflessivo).

Di conseguenza

- Essi hanno difficoltà a metabolizzare le loro emozioni; mancanza di possibilità: controllo cognitivo, verbalizzazione e sviluppo associativo;
- Essi non posseggono praticamente che delle capacità di espressione comportamentale in rapporto a:
  - Emozioni mal metabolizzate;
  - Le loro precedenti esperienze comportamentali (memorizzate in modo inconscio).

Inoltre, si può trovare in essi

- Un sentimento di pensiero vuoto: « non so più dove sono, ciò che penso, che sono… » (dove andare, alla ricerca di… ?).
- Per sentirsi esistere:
  - Bisogno di appoggiarsi (di affidarsi) a qualcuno (richiesta di una figura materna)
  - Crisi;
  - Allucinazioni;
- Angoscia di morte, richiesta di sicurezza (se vivo, ne muoio).
- Probabile disturbo narcisistico e di identità, quindi disturbi comportamentali in un contesto di autosvalutazione comportamentale
- Porosità psichica, compensata da fenomeni inconsci di padronanza della relazione (per mancanza di meglio) con meccanismi di attacco al pensiero altrui.
- **Vissuto di abbandono 'maggiore' (sintomo cardinale)** e transferts di colpevolezza

Per contro i M.A. mantengono

- Le capacità affettive:
  - memoria affettiva inconscia (memoria implicita)
  - intelligenza affettiva (adattamento, reazioni giustificate)
- Una forma di vita psichica inconscia:
  - sottoforma di matrici affettive dei ricordi e dei pensieri;
- Le capacità di empatia e di comunicazione para-verbale, ma anche di probabile comunicazione inconscia sottoforma di sintonizzazione affettiva.

Le psicoterapie per M.A: su quali ipotesi si basano?

- Due ipotesi di base differenti della M.A:
  - Una, maggioritaria, data dal sopraggiungere di una patologia strettamente neurologica alla quale i malati tenterebero di adattarsi, i comportamenti sarebbero principalmente determinati dalle lesioni;
  - Una, minoritaria, secondo la quale la cognitività è messa «Fuori Servizio» da molteplici ragioni, fra le quali una parte variabile di meccanismi psichici difensivi. Con una rinuncia a pensare (una evoluzione verso uno stato di coscienza modificata). Pertanto un modo di difendersi che va rispettato.

Che cosa si intende per psicoterapia?

- Interventi che mirano ad attivare risorse psichiche di coloro ai quali sono rivolte;
- Sono da distinguere dalle attività: «aventi una funzione terapeutica», per esempio, la visita di un amico;
- Si basano su un setting formale con le sue regole, ma anche su una teoria della psiche e delle relazioni;
- Offrono garanzie (formazione di terapeuti, supervisione ...).

Psicoterapie e M.A?

- La clinica evidenzia che la stimolazione cognitiva e la rieducazione sono persecutorie quando la malattia è in fase avanzata.
- Da qui la scelta:
  - di rinunciare a queste pratiche in favore della ricerca di un conforto psichico del paziente (rinforzo narcisistico, rimotivazione).
  - di effettuare tentativi psicoterapeutici centrati sul conforto psichico e sulla questione del vissuto abandonico e non su quella del livello cognitivo (MMSE)
- Si tratta di intervenire sulla sfera emotiva.

Approcci psicoterapeutici tentati

- Mirare a rinforzi di identità basati sull'affettività, con, in generale:
  - Azioni di rinforzo narcisistico (funzione terapeutica) in ogni occasione;
  - L'accettazione del malato per ciò che è diventato (senza chiedergli di cambiare) facilitando il suo possibile coinvolgimento nella relazione terapeutica
- Ricorrere alle terapie di gruppo, che offrono una base di sicurezza tramite il sentimento di appartenenza:
  - Con il supporto delle mediazioni, come per tutti i pazienti che soffrono di difficoltà di espressione verbale o presentano limitate capacità di mentalizzazione;
  - Per consentire, per quanto possibile, di attivare la capacità di pensare riguardo ad una realizzazione concreta e/o ad un'attività condivisa.

Es: I gruppi di canto (socioterapia)

- Uno spazio che preveda un assetto (setting): costanti relazionali in riferimento a una teoria: la questione riguardante la prevedibilità (continuità) e la riservatezza;
- Sostenere il sentimento di appartenenza tramite un'attività condivisa (in particolare il canto che rinforza l'effetto del gruppo)
- Utilizzo di modalità terapeutiche privilegiate, quali:
  - L'investimento (accettarli come sono)
  - Il processo di rinforzo narcisistico (vs positività).
  - Riferisi alla teoria dei gruppi (Bion) che implica - in tempi successivi - un lavoro di elaborazione psichica nei terapeuti

Non si ricercano « performances », toni o atteggiamenti direttivi, né pedagogici, niente interpretazioni. Tolleranza, con un limite: mettere in pericolo se stessi o gli altri.

- Si richiedono terapeuti esperti (psicologi clinici).

I risultati

- Queste pratiche permettono di osservare dementi gravemente malati (MMS fra 0 e 12), con gruppi di 6 malati e 2 terapeuti, per 12 settimane:
  - Dinamiche relazionali positive all'interno dei gruppi,
  - Risultati positivi ($p<0.01$) sulla depressione e sui disturbi del comportamento, con gravi M.A.

Allegati

- Esempio di risultati

Tesi HARFOUCHE (2011)

- M.A. con MMSE < 12
- 10 gruppi di canto: 6 pazienti
- 1 seduta settimanale x 12 settimane, con 2 terapeuti (di cui 1 permanente)
- NPI, CMAI, CORNELL, a T0 e a T8;
- Alla fine: 61 MA / 60 testimoni (gruppo di controllo),
- 5 abbandoni (per decesso…).

Miglioramento significativo
p <0,01 in tutte le scale

- NPI:
  - Testimoni: da 12,7 a 12,32
  - Pazienti: da 14,3 a 5,38
- CMAI:
  - Testimoni: da 48,33 a 49,57
  - Pazienti: da 59,98 a 35,54
- Cornell:
  - Testimoni: da 1,27 a 11,83 (?!)
  - Pazienti: da 17,52 a 6,39.

Possibile integrazione con la terapia di sostegno dei familiari, tramite:

- L'ascolto:
  - Dare parole alle emozioni;
  - Presenta un aspetto di rivalutazione, rinforzo del narcisismo;
- Promuovere il lavoro di mentalizzazione (far pensare, ruolo della metafora)
- Il reciproco investimento nella relazione;
- Le riformulazioni (potenziali spiegazioni), lavoro possibile con il « genogramma »;
- Un setting (base di sicurezza)
- E ancora, il ruolo del lavoro psichico dei terapeuti (contiene l'eccitazione, etc.).