

**RECUPERO DI IMMAGINE CORPOREA E IDENTITA'
NELL'ALZHEIMER GRAVE ATTRAVERSO L'ARTE TERAPIA**

Dr.ssa Emanuela Galbiati

Arteterapeuta ATI - APIArT

Master in Linguaggi Artistici nella Psicologia Clinica Università Cattolica Milano

Consulente Istituto Geriatrico Redaelli Milano

Dr. Livio Bressan

Dirigente Neurologo Azienda Ospedaliera. S.Gerardo Monza

Professore a Contratto Università di Milano Bicocca

Consulente Istituto Geriatrico Redaelli Milano

RIASSUNTO

Nel malato di Alzheimer immagine corporea e identità risultano deteriorate poiché, essendo il Sé un prodotto del funzionamento cerebrale, un processo degenerativo e irreversibile dei neuroni rende labili e fragili i confini della personalità. In linea con la medicina palliativa, rivolta alla cura intesa non come guarigione, ma come “prendersi cura” del paziente e della sua Qualità di Vita, il percorso di Arte Terapia illustrato nel presente articolo è stato mirato al recupero, per quanto possibile, dei confini corporei e del senso d'identità di un gruppo di pazienti Alzheimer di grado severo. Facendo riferimento all'Arte Terapia a orientamento psicodinamico è stato strutturato un percorso (tuttora in atto) all'interno del nucleo Alzheimer (N.A.R.S.A.) dell'Istituto Geriatrico Piero Redaelli. La risposta dei pazienti al percorso proposto sembra dimostrare come il processo artistico possa sostenere e riparare, anche se per un breve momento, le funzioni dell'Io deteriorate dalla malattia. Il percorso è stato oggetto di un monitoraggio, effettuato allo scopo di valutarne l'efficacia clinica.

ABSTRACT

In patients suffering from Alzheimer Disease, identity and corporal image are deteriorated because, being Self a product of cerebral functioning, a degenerative and irreversible neuronal process cause lability and fragility of personality boundaries. The Art Therapy experience illustrated in this article, in line with palliative medicine, is focused on care considered not as healing but as “taking care”, of the patients and their Life Quality. The chosen path was focused on the rehabilitation, as much as possible, of bodily boundaries and of the sense of identity of a group of severe AD patients. The ongoing therapy path, based on psychodynamics Art Therapy principles, was been structured within the Alzheimer Unit N.A.R.S.A. of Geriatric Institute P. Redaelli (Milan, Italy). Patients' response seem to demonstrate that artistic process is able to sustain and repair, despite just for a brief moment, Self functions damaged by AD. The path has been monitorated to value its clinical effectiveness.

COMPRESIONE PSICODINAMICA DELL'ALZHEIMER GRAVE

Il Sé è un prodotto del funzionamento cerebrale, un danno al tessuto cerebrale può provocare quindi alterazioni significative sul senso d'identità. Tali alterazioni colpiscono profondamente la personalità del paziente poiché deteriorano la capacità di interpretare il significato degli stimoli e di correlarli a sentimenti rilevanti (Gabbard 2002). Ciò genera una sostanziale incapacità di controllare le risposte emotive, sia per la difficoltà di dare un giusto significato a ciò che accade sia per un deficit di inibizione corticale delle strutture del cervello limbico (Bressan 2006). La continuità del Sé dipende in larga misura dalla capacità di ricordare e, quando anche i ricordi remoti svaniscono col progredire della malattia, anche l'identità del paziente comincia a scomparire. Il disorientamento nel tempo, tipico già dei primi stadi della malattia, porta all'impossibilità di *costruire in base all'esperienza* e ciò rimanda alla *rottura di continuità dell'esperienza* descritta da T. Odgen (1992) nella modalità schizo-paranoidea, da cui la sensazione angosciosa che ne deriva “*uno sfondo pressoché costante di angoscia che deriva dal fatto che l'individuo si sente inconsciamente sempre abitante di un paese sconosciuto, alla mercé di imprevedibili esperienze estranee*”. La stessa modalità di simbolizzazione della modalità schizo-paranoidea, l'equazione simbolica, sembra altrettanto adeguata per descrivere l'incapacità del malato di Alzheimer di comprendere il linguaggio metaforico e le immagini simboliche. Analogamente a questa modalità di esperienza, il malato di Alzheimer si trova nella condizione di esperire un eterno presente dove la formazione di una coscienza storica è resa impossibile dalla condizione patologica organica. Le relazioni oggettuali sono instabili e fragili sia perché manca una stabile e condivisa esperienza storica sia perché i deficit mnesici, di astrazione e di deduzione determinano l'incapacità di strutturare oggetti interni validi e consolatori e di fare ricorso a quelli interiorizzati in condizione di sanità. La perdita di memoria può quindi essere associata con la perdita di un introietto rassicurante, con il ritorno di ansie esistenziali primarie. Da un punto di vista psicodinamico la perdita delle facoltà mentali dovuta a una demenza progressiva corrisponde a un processo regressivo all'interno dell'Io, a causa del quale i meccanismi di difesa più maturi lasciano il posto a modalità di difesa più primitive come proiezione e diniego, poiché le difese di livello più elevato vengono sostituite da un assorbimento sul Sé. Gli accessi aggressivi sono spiegati da Goldstein (1952) analizzando e comparando le reazioni psicologiche dei pazienti con danno cerebrale, per i quali viene descritto uno stato ansioso denominato *reazione catastrofica*. Tale reazione deriva dalla profonda rabbia causata dalla consapevolezza della perdita del funzionamento cognitivo, responsabile dei fallimenti nello svolgimento di compiti abituali prima della malattia. La *reazione catastrofica* che porta i pazienti a limitare la propria vita, difendendosi così dall'ansia catastrofica evitando la consapevolezza dei propri deficit. Vigorelli (2008) individua nell'auto-limitazione della vita del paziente AD un danno

aggiuntivo definibile *eccesso di disabilità*, a causa del quale il paziente temendo l'errore (il fallimento) sceglie di non utilizzare una competenza residua provocandosi un danno aggiuntivo, ossia la perdita totale di tale competenza e la conseguente riduzione dell'autonomia. Il concetto di ansia catastrofica introduce il tema della coscienza di malattia del paziente AD, tema trascurato fino a qualche decina di anni fa quando la non consapevolezza del proprio stato era considerata una caratteristica dei pazienti AD. I pazienti Alzheimer si accorgono invece dei loro disturbi e, non riuscendo a darsene una spiegazione, hanno spesso una reazione depressiva. In molti di essi, infatti, mentre si deteriorano le facoltà mentali la consapevolezza di Sé può rimanere intatta. Poiché la memoria recente viene perduta prima di quella remota accade che questi pazienti conservino un ricordo vivo di "com'erano", rendendo la loro patologia ancora più emotivamente disturbante.

L'IMMAGINE CORPOREA PERDUTA

Lo sviluppo della mente procede gradualmente nella direzione soma-psiche, quindi, l'acquisizione mentale del Sé corporeo, porta alla definizione dell'organizzazione mentale di base. In altre parole, la formazione dell'identità, è un processo parallelo alla formazione dell'immagine corporea. Tale teoria della genesi sensoriale della psiche è stata elaborata da più autori, tra i quali, Greenacre, Gaddini e Corominas (Cauzer et al. 1998). I fenomeni dispercettivi del paziente AD concorrono a inficiare questa capacità di costituire un'esperienza del corpo mutevole e trasformativa, indispensabile per mantenere stabile l'equilibrio psiche-soma. Schilder (1973) sottolinea la rilevanza della relazione che il soggetto intrattiene con il suo stesso corpo, ma il corpo del paziente AD è spesso un corpo *rifiutato*, nel quale il paziente non si riconosce. Il malato di Alzheimer non riconosce più l'immagine che lo specchio gli rimanda, così tale relazione risulta deteriorata. L'immagine del corpo trae la sua struttura anche da un continuo contatto con il mondo, ma la natura autistica delle relazioni del paziente AD, rende questo contatto difficile e discontinuo. Milner (1969) e Bollas (1989) sottolineano come "*il lavoro di elaborazione dei fenomeni corporei richieda una base sicura*"; nel paziente AD è però nota l'impossibilità di riconnettersi con gli oggetti interni per cui la base sicura risulta perduta e con essa la capacità di elaborare l'immagine di Sé. La difficoltà a stabilire e a ricontattare le relazioni d'oggetto, fondamentali nei processi di costruzione dell'immagine corporea, spiegano quindi l'estrema fragilità del senso di Sé del malato di Alzheimer.

L'IMPORTANZA DEL CORPO NEL PAZIENTE ALZHEIMER

Il corpo, e il suo linguaggio, sono fondamentali per il paziente AD il quale si trova in una dimensione di predominio del processo primario, dove le emozioni vengono espresse quasi tutte mediante reazioni del corpo. Il deterioramento cognitivo porta infatti in una situazione nella quale

l'espressione emotiva attraverso la psiche viene sostituita con l'espressione fisica delle emozioni, secondo una linea regressiva dello sviluppo acquisito. Evolutivamente, nell'epoca dello sviluppo del processo secondario, si verificano importanti progressi nel controllo del corpo, con il rafforzamento della muscolatura e degli sfinteri. Nell'anziano cognitivamente deteriorato il controllo sfinterico scompare, riportando la persona allo stato di dipendenza e relativa impotenza tipico dell'epoca in cui domina il processo primario. Il pensiero deteriorato non è più in grado di svolgere la funzione mediatrice rispetto allo stress derivante dall'esterno e la stessa organizzazione difensiva viene influenzata dalle misure fisiche di controllo e dai disturbi fisici, che coinvolgono quindi il corpo prima di tutto. Nell'epoca di predominio del processo primario la difesa più primitiva è il *ritrarsi*, che si attua a livello fisiologico traducendosi in “*sensazioni di fatica e avversione per ogni attività permessa dallo sviluppo neuromuscolare*” (Greenacre 1998). Il parallelo con la situazione senile risulta chiaro osservando come nell'anziano si assista, oltre al fisiologico processo degenerativo muscolare, un processo strettamente psicologico che lo ri-colloca agli stadi primari del processo evolutivo nei quali la centralità del corpo è assoluta.

PERCHÉ L'ARTE TERAPIA?

L'intervento di Arte Terapia si fonda su due aspetti cardine: il setting non giudicante e la possibilità di fare esperienza. Un setting supportivo e senza giudizio permette al malato di utilizzare le sue competenze residue, evitando il congelamento di queste ultime determinato dalla paura di fallire. Gli anziani ospedalizzati inoltre rischiano, per il necessario eccesso di accudimento, di deteriorarsi cognitivamente e di perdere la motivazione ad agire più velocemente di quanto non accadrebbe a causa della malattia. L'Arte Terapia è un intervento che, prima di tutto, promuove l'esperienza del paziente e attiva il suo desiderio di esperire la realtà, interna ed esterna, attraverso l'uso dei materiali artistici quali ponte privilegiato, - area transizionale - tra Sé e altro da Sé. L'utilizzo diretto dei diversi materiali artistici da parte del paziente è inoltre in grado di riattivare memorie corporee legate alla relazione primaria, che attivano affetti perduti a causa del deterioramento cognitivo. Nel paragrafo relativo alla comprensione psicodinamica della malattia di Alzheimer si è accennato al cambiamento della struttura della personalità del paziente AD, per il quale, parallelamente all'indebolimento di Io e Superio, si assiste alla predominanza dell'Es. La ragione viene così sopraffatta dai comportamenti istintuali e, mentre la parte dell'encefalo deputata alla trasformazione del pensiero in concetti astratti decade, la parte più vicina all'inconscio viene attivata. E' noto come il processo artistico promuova il recupero delle memorie implicite ed esplicite, ulteriore ragione per la quale un intervento a mediazione artistica può risultare particolarmente adatto per il malato di Alzheimer. Durante il processo creativo il paziente è stimolato dal piacere di raggiungere una forma estetica, esplicitata nel prodotto artistico, che è tale da risultare di supporto all'Io e all'autostima in

quanto espressione dell'abilità residua del malato. Il processo artistico permette l'acquisizione di una forma che rispecchia il livello di funzionamento del qui ed ora. Dando forma esso risponde al *bisogno di forma* innato dell'uomo, promuovendo quindi un ritrovato equilibrio ed integrazione dell'Io, pur nel deterioramento della malattia.

MATERIALI E METODI

Il Nucleo Alzheimer di lungodegenza denominato N.A.R.S.A. (Nucleo Alzheimer Residenza Sanitaria Assistenziale) è riservato a pazienti Alzheimer di grado severo che, per l'insorgenza di BPSD, non sono più assistibili al domicilio. Il Reparto segue il sistema di cura "Gentle Care", ideato da Mojra Jones, una modalità di assistenza che mette il malato, e la sua continuità esistenziale, al centro dell'intervento. Il percorso di Arte Terapia oggetto del presente articolo si situa all'interno di un Progetto che utilizza le Terapie Espressive nella rieducazione cognitivo-emotiva dei pazienti AD, coordinato da un medico neurologo (*L. Bressan "Progetto di Rieducazione emotiva con l'Arte e motoria con la Musica per il Malato di Alzheimer" - Istituto P. Redaelli, Milano*). Il gruppo è composto da 6/8 pazienti selezionati escludendo quelli con marcati deficit visivi e acustici e/o in stadio di demenza terminale, oppure con disturbi del comportamento tali da influire negativamente sul clima gruppale. Per quanto riguarda lo stadio della patologia si tratta di malati con Alzheimer di grado severo, con valore medio MMSE pari a 7. Le sedute di Arte Terapia hanno cadenza settimanale, durano 1 ora e mezza e il Progetto viene solitamente attuato nel periodo compreso tra ottobre e giugno. La stanza dedicata agli incontri rimane costante e stabile nel tempo. Il Progetto di rieducazione cognitivo-emotiva attraverso le Terapie Espressive ha diversi obiettivi tra i quali il ri-orientamento del paziente nel tempo e nello spazio, il recupero delle memorie e dei vissuti personali e la ri-socializzazione. I dati contenuti in questo articolo si riferiscono al periodo novembre 2007/giugno 2008, nel quale l'esperienza del gruppo è stata mirata sul recupero, ovviamente per quanto possibile, dell'immagine corporea e del senso d'Identità. L'approccio metodologico fa riferimento alla struttura proposta da Mimma Della Cagnoletta (2006) dell'Arte Terapia a orientamento psicodinamico, che tiene conto delle diverse modalità di utilizzare i materiali artistici, e la persona del terapeuta, in linea con i concetti di Odgen (1986) sulle modalità generatrici dell'esperienza umana.

IMMAGINI DAL PERCORSO



Alcune immagini del percorso di Arte Terapia che illustrano come, partendo dalla stimolazione sensoriale a-simbolica il paziente ha iniziato a riprendere contatto con se stesso. E' stata favorita la possibilità di "fare esperienza" dei propri confini corporei attraverso l'utilizzo libero dei diversi materiali artistici, sia convenzionali (matite, pennarelli, tempere) sia non convenzionali (farine alimentari di texture differenti per ampliare la gamma delle sensazioni corporee e olfattive).



Il passaggio successivo ha affrontato il riconoscimento dei propri confini e dei confini Sé/altro, attraverso il contorno della mano quale ponte per processare l'esperienza. Sono emerse scritte spontanee, testimoni dei frammenti di memorie che, spesso, attraverso il processo artistico affiorano nel paziente. In alcuni casi la ricerca del proprio confine si concretizza nel rafforzamento del contorno grafico della propria mano (prima immagine), mentre in altri la propria "identità" emerge dalla valorizzazione dello sfondo (terza immagine).



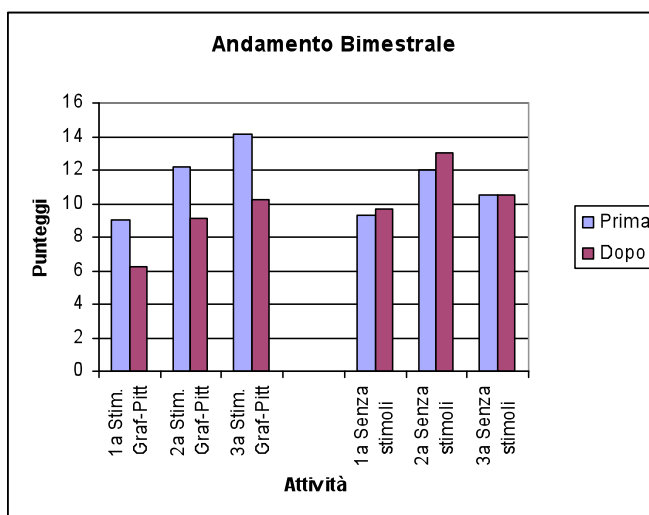
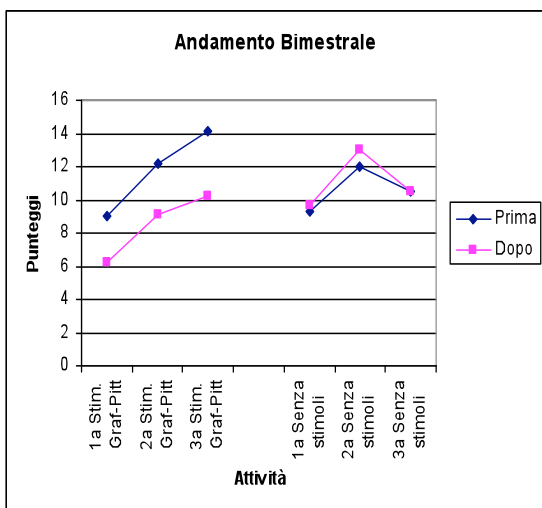
L'utilizzo di creta e pasta di sale ha riaccostato i pazienti all'esperienza sensoriale, attraverso la quale dare forma e spessore alla propria sagoma. L'impronta della mano sul materiale morbido richiama il lasciare traccia di Sé e, successivamente, le forme ottenute sono state incise con gli strumenti o colorate, in un passaggio simbolico dal processo di fondazione al processo di formazione del Sé.



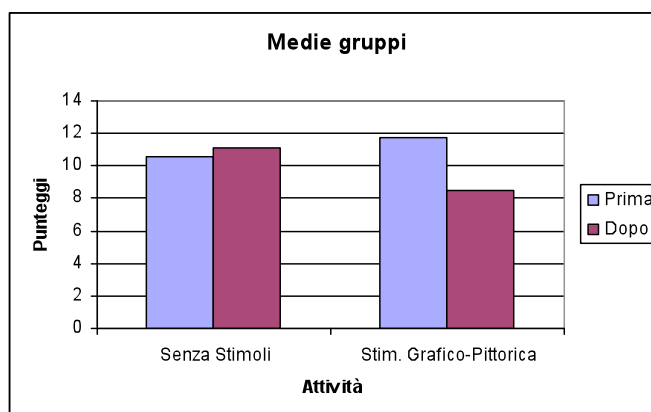
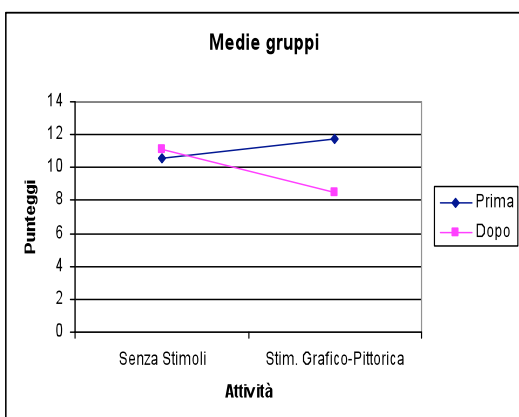
L'esito del percorso proposto si è concretizzato nell'emersione della forma e del simbolico, ritrovando –anche se per un breve momento- i frammenti dei propri vissuti a sostegno dell'Io e della propria immagine di Sé.

DISCUSSIONE

Per un periodo di circa sei mesi le sedute sono state monitorate osservando le reazioni dei pazienti, prima e dopo la seduta, valutandone gli aspetti comportamentali secondo la Scala Hurley (*Hurley et al. Discomfort Scale for advanced Dementia of Alzheimer Type, DS-DAT*). Tale Scala è stata sviluppata per rilevare e quantificare in modo oggettivo il disagio di un malato AD grave, quando egli si trova nello stadio in cui non è in grado di comunicare verbalmente la propria condizione. Il punteggio della Scala può essere compreso tra 0 (nessun disagio osservato) e 27 (alto livello di disagio osservato). La valutazione è stata effettuata a mesi alterni. La ricerca ha monitorato le sedute di Arte Terapia (denominate nello studio *Stimolazione Grafico-Pittorica*) confrontandole con un'attività e/o un dialogo non finalizzati, valutati con la stessa Scala, nello stesso gruppo di pazienti. Il risultato positivo dato dalle sedute finalizzate si è dimostrato evidente già durante la seduta stessa, evidenziando come l'Arte Terapia sia in grado di apportare nel soggetto demente di grado severo un miglioramento visibile del comportamento, secondo parametri che normalmente costituiscono gli indicatori caratteristici del disagio e della sofferenza psichica del paziente AD. I grafici mostrano la media delle sedute osservate e dimostrano come si sia ottenuto un generale miglioramento durante l'attività finalizzata ($p < 0,05$).



Il grafico mostra la valutazione bimestrale delle attività, prima e dopo la seduta. Si sono rilevate differenze significative tra le 3 sedute di attività di Stimolazione grafico-pittorica e le sedute di attività non finalizzata.



Il grafico mostra la media dei punteggi della Scala Hurley relativa alle 3 sedute di Stimolazione grafico-pittorica, valutate prima e dopo l'attività, confrontate con la media dei punteggi delle sedute di attività non finalizzata.

CONCLUSIONI

Lo studio effettuato dimostra come, nel soggetto demente di grado severo, una stimolazione sensoriale attraverso stimoli grafico-pittorici adeguati è in grado di produrre un effetto favorevole sulle performance del soggetto stesso. Il miglioramento del comportamento sociale, e del disagio del malato, è già evidente durante la prima seduta dell'attività. L'utilizzo adeguato degli stimoli grafico-pittorici agevola l'espressione delle emozioni e degli stati mentali, ampliando le possibilità di contatto intersoggettivo. Nei pazienti AD con marcato deterioramento del linguaggio verbale, vista e tatto possono diventare un veicolo per riprendere una comunicazione interrotta. La concretezza dello stimolo sensoriale favorisce nei malati l'espressione della propria individualità e, di conseguenza, una maggiore produzione verbale. Durante le sedute di attività finalizzata i pazienti si muovono dalla situazione di isolamento, caratteristica della patologia, verso una modalità di

relazione che li riporta a interagire sia con il conduttore, sia con il gruppo e, ognuno secondo le proprie possibilità, a rimettersi in contatto con se stessi. Questa possibilità di movimento psichico, insieme con la ripresa della relazione con l'altro, determinano nei pazienti una sensibile diminuzione del disagio.

RIFERIMENTI E FONTI BIBLIOGRAFICHE

Art Therapy Italiana - www.arttherapyit.org

A.P.I.Ar.T. (Associazione Professionale Italiana Arte Terapeuti) - www.apiart.it

Belfiore M., Colli L.M. (a cura di) *Tra il corpo e l'io*. Quaderni di Art Therapy Italiana 1, Pitagora Editrice Bologna 1998

Belfiore M., Colli L.M. (a cura di) *Dall'esprimere al comunicare*. Quaderni di Art Therapy Italiana 2, Pitagora Editrice Bologna 1998

Bressan, L. (2006) La stimolazione sensoriale visiva e acustica e la conversazione nel demente grave. *La rivista italiana di cure palliative*, 4, p. 25-29

Cauzer, M., Favaretti Camposampietro, F., Di Benedetto, P. *L'esperienza del corpo*. Dunon Masson, Milano 1998

Della Cagnoletta, E. (2006) Un approccio metodologico all'Arte Terapia. *La bellezza dei margini. Atti del Convegno "Il laboratorio di Arte terapia 10 anni dopo. Riflessioni e proposte"*. Regione Veneto Azienda Sanitaria USSL 22

Gabbard, G. (1992) *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore, Milano 2002

Jones, M. *Gentle Care: changing the experience of Alzheimer's disease in a positive way*. Moyra Jones Resources, Burnaby BC, Canada 1996

Lai, G. (1998 Feltrinelli) *Disidentità*. Franco Angeli, Milano 1999

Ogden, T. *Il limite primigenio dell'esperienza*. Astrolabio, Roma 1992

Schilder, P. (1973) *Immagine di Sè e schema corporeo*. Franco Angeli, Milano 2002

Spinnler, H. *Il decadimento demenziale: inquadramento neurologico e neuropsicologico*. Il Pensiero Scientifico, Roma 1985

Thomas, P. , Pesce, A., Cassetto, J.P., Amaducci, L. (a cura di) *La malattia di Alzheimer*. Masson, Milano 1991

Vigorelli, P. (a cura di) *La conversazione possibile con il malato di Alzheimer*. Franco Angeli, Milano 2004

Vigorelli P. *Alzheimer senza paura*. Rizzoli, Milano 2008

Waller, D. (edited by) *Art Therapies and progressive illness*. Brunner – Routledge, London 2002