ADOLFO PORRO

LA STIMOLAZIONE SIMBOLICA NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER*

Dimensione del problema delle demenze

In Italia si possono stimare in 1.000.000 i casi di demenza e in 800.000 le persone affette da Malattia di Alzheimer ed è previsto il raddoppio entro il 2020. Le ultime stime di previsione delle demenze in Italia riportano che il 9% degli ultrasessantacinquenni è affetto da questa malattia.

Il maggior fattore di rischio è l'età. L'unico certo elemento di suscettibilità conosciuto è il gene dell'Apo-lipo-proteina E, che è causa delle rare forme ereditarie familiari a esordio precoce.

La Demenza

Per Deterioramento demenziale (DD) s'intende una profonda e complessa alterazione del comportamento, progressiva e peggiorativa, di tipo cronico. Il DD, nella sua evoluzione del deficit di cognitività, comprende molte combinazioni di questa perdita, per cui sono stati identificati diversi tipi di demenza, che sono responsabili del deterioramento mentale in base alla localizzazione nelle zone colpite: corticali o sottocorticali.

Una delle cause maggiori di demenza progressiva e irreversibile, sia in Europa che negli Stati Uniti, è la malattia di Alzheimer (50-60 % dei casi), la demenza vascolare è al secondo posto (10-20 % dei casi), i dati cambiano a seconda dei criteri diagnostici adottati in differenti studi dal diverso tempo di osservazione ecc. ecc.

Un dato interessante è che si è osservata una prevalenza di demenza vascolare (46.9 %) rispetto alla malattia di Alzheimer (43.5 %) in soggetti con età uguale o superiore a 85 armi (Skoog, Nilsson, Palmertz e al., 1993). Studi epidemiologici rivelano che la prevalenza dello

* Conferenza tenuta il 2 aprile 2001 nell'Odeo Olimpico.

Demenze Corticali	Demenze Sottocorticali
Malattia di Alzheimer (AD)	*associate a patologia extrapiramidale*
	Malattia di Huntington
Malattia di Pick	Malattia di Parkinson
	Demenza dell'Idrocefalo Normotensivo
Frontal lobe dementia (F.L.D.)	(N.T.H.)
	Demenze infettive (da virus HIV)
Malattia di Creutzfeld-Jacob (encefalite spongiforme)	*Pseudo-demenze*
	Psichiatriche
	Farmacologiche
	Metaboliche extra-cerebrali
	Demenze demolitive
	D. post-traumatica
	D. pugilistica
	D. in corso di lesione espansiva endocranica cronica
	D. vascolari:
	– forma multi-infartuale (M.I.D.)
	– forma occorrente nella sindrome pseudo-bulbare e nella encefalopatia sottocorticale di Binswanger

stroke sale in maniera esponenziale con l'età raddoppiando per ogni decade (Kurtze, 1985).

Aspetti neuropsicologici della malattia di Alzheimer

La malattia di Alzheimer va sospettata (Spinnler e Della Sala, 1988) ogniqualvolta un soggetto al di sopra dei 45 anni di età presenti un disturbo della memoria ad esordio insidioso e ad evoluzione cronicamente progressiva che sia di consistenza tale da interferire stabilmente nella gestione del suo quotidiano (familiare e/o lavorativo), cui seguano o si associno disturbi delle funzioni strumentali o da patologia dell'emisfero dominante (ad esempio, anomie) o disturbi da patologia dell'emisfero destro (ad esempio, disturbi dell'orientamento topografico) o disturbi su entrambi i versanti. I disturbi dell'attenzione, della motivazione e dell'intelligenza sono assai meno palesi. I disturbi di ordine psichiatrico (nevrosi reattiva, depressione) sono parte intrinseca del quadro della DA.

I principali disturbi di natura neuropsicologica sono riassunti nella tabella seguente.

Deficit da compromissione limbica		
Disturbi della memoria: amnesia episodica, amnesia semantica, amnesia degli eventi storici e di quelli autobiografici		
Deficit da compromissione delle aree associative retro-rolandiche (deficit strumentali)		
Emisfero sinistro	**Entrambi gli emisferi**	**Emisfero destro**
– Anomie – Compromissione semantico-lessicale – Compromissione della pianificazione del discorso – Aprassia ideo-motoria – Aprassia ideativa	– Agnosia (visiva) per gli oggetti – Aprassia costrutiva – Aprassia dell'abbigliamento	– Disorientamento topografico (percorsi noti e percorsi nuovi) – Prosopagnosia (volti noti)
Deficit da compromissione delle aree associative pre-frontali (deficit delle funzioni di controllo)		
Disturbi attentivi Disturbi motivazionali Disturbi intellettivi		

Tabella. Dal *Manuale di Neuropsicologia Denes e Pizzamiglio*, 1990.

La plasticità neuronale

Per plasticità s'intende la capacità di adattamento del sistema nervoso alle mutevoli condizioni interne ed esterne, che consente, per esempio, il ripristino, sia pur parziale, di una funzione perduta per la soppressione del relativo centro grazie all'attività sostitutiva di altri centri.

Tale proprietà particolarmente accentuata nei livelli più elevati del neurasse (corteccia cerebrale, centri sottocorticali) è alla base di funzioni, meccanismi e processi (memoria, apprendimento, condizionamento, abitudine) studiati dalla psicologia sperimentale. Oggi è interpretata come la conseguenza di variazioni della trasmissione di impulsi a livello sinaptico in determinati punti dei circuiti nervosi. In ogni età, il nostro cervello vive se viene stimolato ad apprendere.

L'istruzione contribuisce a formare un cervello ben funzionante

che ci protegge dal declino dell'invecchiamento: prima si inizia, meglio è, e più solidamente interconnessi saranno milioni di neuroni. Tali connessioni sono infatti generate tramite l'apprendimento hebbiano, in cui cellule che si attivano insieme vengono legate fra loro. Lo psicologo canadese Donald Hebb propose, una cinquantina d'anni fa, un particolare schema di modificazione sinaptica, basata sul fatto che due neuroni che si trovano spesso ad eccitarsi insieme, si troveranno, alla lunga, connessi fra loro mediante contatti sinaptici particolarmente efficienti.

Noi sappiamo che l'istruzione previene i danni del morbo d'Alzheimer nell'età avanzata. La conseguenza di ciò è che l'istruzione non solo coltiva la mente, ma aumenta i contatti cerebrali.

Nella riabilitazione dobbiamo tener conto dell'apprendimento hebbiano, il quale richiede, infatti, che le cellule cerebrali vengano attivate contemporaneamente per poter formare delle connessioni. Al fine che queste connessioni diventino solide e durino nel tempo, è necessario che lo stesso insieme di cellule sia attivato ripetutamente centinaia, se non migliaia di volte. Il cervello che ha subito un danno richiede molta disciplina per riuscire a ripetere ad oltranza le stesse operazioni: questa routine è fondamentale per far sì che i germogli delle connessioni sinaptiche si schiudano nei circuiti del malato.

L'Apprendimento

L'Apprendimento non potrebbe esistere senza memoria e la memoria non potrebbe essere senza l'apprendimento. Sono due facce dello stesso fenomeno.

In psicopedagogia è il processo di acquisizione dei nuovi modelli di comportamento o di modificazione di quelli precedenti per un migliore adattamento dell'individuo all'ambiente.

Apprend. Meccanico: memorizzazione non accompagnata da comprensione

Apprend. Mentale: come attività del pensiero senza la presenza degli oggetti

Apprend. Percettivo: mediante l'osservazione e la manipolazione di oggetti

Apprend. Ripetitivo: l'essere umano si adatta necessariamente alle variazioni dell'ambiente e può archiviare ogni tipo di adattamento precedente per poi usarlo, in futuro, di fronte ad un'analoga situazione.

In questo modo, determinate sequenze di risposte e di comportamenti si ripetono e diventano più probabili di altre. È proprio la ripetizione – chiamata tecnicamente Ridondanza – di determinate configurazioni simboliche che permette di costruire (o ricostruire) un modello delle comunicazioni.

a) l'Apprendimento associativo o Condizionamento: prevede essenzialmente due forme: la forma «classica o Pavlovjana» e quella «operante». Nella prima forma si rifà agli esperimenti dello psicologo russo Pavlov, che osservò che un cane cominciava ad avere l'acquolina in bocca molto prima della presentazione del cibo solo alla vista della ciotola in cui di solito veniva messo il cibo. Nella seconda forma, del condizionamento operante, al contrario, è l'animale stesso che, premendo un bottone o abbassando una leva, può procurarsi il cibo. È così che si sono scoperte le endorfine.
b) L'Abituazione: è il fenomeno per cui il continuo presentarsi dello stesso stimolo suscita un'eccitazione nervosa, via via sempre meno forte, in quanto è associato ad una depressione sinaptica.
c) La Sensibilizzazione è il fenomeno contrario, per cui il ripresentarsi di uno stimolo relativamente intenso, fastidioso, suscita una risposta molto più energica.

L'Abituazione è un fenomeno presinaptico e corrisponde ad una diminuita produzione di neurotrasmettitori da parte delle sinapsi, mentre la sensibilizzazione può agire sia a livello presinaptico, che postsinaptico, aumentando l'efficienza della trasmissione sinaptica a livello di specifici contatti sinaptici tra specifici neuroni.

Tutti questi eventi sono reversibili e, se non vengono ripetuti, durano solo un breve tempo. Il passaggio alla memoria a lungo termine comporta una modificazione permanente o semipermanente delle sinapsi in gioco e implica la sintesi di nuove proteine. Il fenomeno richiede, a sua volta, l'attivazione di un certo numero di geni e la regressione di altri.

Il passaggio dalla memoria a breve termine a quella a lungo termine comporterebbe delle modificazioni permanenti o semipermanenti di alcuni contatti sinaptici tra neuroni specifici di zone specifiche del cervello.

Se l'apprendimento è strettamente legato allo stabilirsi di nuovi contatti sinaptici tra neuroni, ogni individuo dovrebbe avere un circuito neuronale corticale leggermente diverso dall'altro (ciò è stato dimostrato).

La stimolazione simbolica

L'Uomo simbolico

Che cos'è un simbolo?

È un segno che rappresenta un'idea, un'emozione, un desiderio, una forma sociale. Attraverso i simboli, gli uomini raggiungono un accordo per riferirsi a qualche cosa per comunicare. Le parole e i numeri sono l'esempio più chiaro di simboli, ma non sono certamente l'unico. I simboli si riferiscono solo indirettamente alla realtà *fisica*, mentre indicano direttamente una realtà *mentale*, pensata ed immaginata, fatta di significati e di senso.

I miti, le religioni, le scienze, l'arte, la politica, la storia e naturalmente anche la filosofia sono sistemi simbolici basati sul linguaggio, che è il sistema simbolico per eccellenza. Citando Sthéphane Mallarmé, viviamo in «forets de symboles».

La condizione simbolica è anche il fondamento dell'importanza dell'educazione sulla nostra vita.

Con Ernst Cassirer possiamo affermare che «l'uomo è un animale simbolico».

Ernst Cassirer, filosofo tedesco del Novecento, seguace diretto della tradizione formalista kantiana, nella prefazione alla *Filosofia delle forme simboliche* e nei primi due volumi dell'opera, si pone il problema di vedere se e in che modo altre forme fondamentali dello spirito raggiungono l'oggettività.

«Ogni vera funzione fondamentale dello spirito presenta in comune con la conoscenza una unica caratteristica di valore decisivo, costituita dall'avere in se stessa un'attività originaria *formativa* e non semplicemente *riproduttiva*. Essa non esprime in maniera meramente passiva un'entità esistente, ma *racchiude in sé un'energia autonoma dello spirito* attraverso la quale la semplice esistenza dei fenomeni acquista un significato determinato, un particolare valore ideale».

Più avanti esprime il suo concetto sulla conoscenza affermando che: «l'atto della determinazione concettuale di un contenuto procede di pari passo con l'atto del suo fissarsi su qualche simbolo caratteristico. Così ogni pensiero veramente rigoroso ed esatto trova il suo punto fermo nel simbolo, nella semiotica, sulla quale esso poggia».

Boncinelli nel suo recente libro *Il cervello, la mente, l'anima*, nell'analizzare le basi biologiche dell'esperienza che riguardano varie forme di memoria, quella a breve e a lungo termine, quella operativa e di lavoro, la memoria semantica e quella episodica, quella esplicita o dichiarativa e quella implicita o procedurale, afferma che se una delle componenti salienti dell'intelligenza è la capacità di trovare connessio-

ni tra cose diverse, è abbastanza ragionevole ipotizzare che tale capacità possa essere anche in funzione del numero di cose che si possano effettivamente comparare tra loro e che devono, perciò, essere presenti allo stesso momento alla nostra mente.

A questa facoltà dell'intelligenza si aggiunge quella simbolica, cioè la facoltà di creare e gestire simboli, che ci permette di lavorare con un numero enorme di elementi sia transitoriamente, quanto permanentemente. La capacità di usufruire di simboli è stata la combinazione che ci ha permesso di ragionare, di riflettere e di elaborare strategie e tattiche per mezzo della semantica e, con essa, poter disporre di un vocabolario, cioè di un repertorio di simboli e poter scegliere, in fasi successive, la parola, il simbolo da associare ad una data immagine o concetto. Più simboli o più lemmi si presentano come alternative possibili nel pensiero tanto più si allarga il linguaggio, il pensiero e, in definitiva, l'evoluzione culturale.

La riabilitazione cognitiva

Il ruolo dello psicologo

1. Valutazione neuropsicologica, attraverso:

a. *Osservazioni ecologiche*, ovvero osservazioni dei malati durante le attività al Centro Diurno "come se" lo psicologo fosse una telecamera nascosta

b. *Colloqui o tentativi di colloquio*, anche "a ruota libera" ovvero senza un copione di domande prestabilite

c. *Batteria di test neuropsicologici*, quali *MODA, Matrici Progressive Colorate di Raven* etc.

2. Intervento di psicoterapia a indirizzo cognitivo-comportamentale, in vari *setting*:

a. *supervisione agli operatori, in setting di gruppo multidisciplinare* (il gruppo è formato da varie figure professionali)

b. *terapia familiare orientata al problem solving, in setting individuale e di gruppo* (la valutazione del carico soggettivo familiare permette di decidere quali sono i bisogni e le risorse delle famiglie)

La stimolazione psicoterapeutica

Al Centro Diurno esiste il progetto scientifico di stimolare i malati perché essi possano diventare ogni giorno un po' più autonomi del

giorno prima. La convinzione che anima questo progetto terapeutico è che qualsiasi sia la malattia di cui soffre un essere umano, il malato ha innanzi tutto bisogno di mantenere salda la sua *autostima*.

La persona è *autonoma* se crede in sé e nelle sue capacità (autostima sana); diversamente è dipendente dagli altri e/o perde la voglia di vivere, fino ad arrivare al suicidio.

Poiché la malattia dementigena è inesorabile e progressiva, si è pensato di somministrare più batterie di test capaci di esplorare le prestazioni cognitive in diversi settori (memoria, attenzione, linguaggio ecc.)

L'obiettivo di migliorare la qualità della vita, di limitare l'handicap e di conservare il più elevato livello di autostima possibile, è un elemento basilare e comune nella riabilitazione.

L'intervento psicoterapeutico strategico riguarda i *deficit cognitivi* (memoria, attenzione e linguaggio), *i disturbi specifici del linguaggio, i disturbi dell'umore e della personalità* (psicoterapia individuale e di gruppo), *le funzioni motorie* (recupero e rieducazione funzionale), *le funzioni neurosensoriali* (vista ed udito, in particolare il sonno, la sua igiene), l'autonomia personale, ecc. Le strategie riabilitative della memoria si basano, naturalmente, sulle capacità residue mediante il riconoscimento di una *simbologia* che è stata acquisita con il tempo e immagazzinata come *memoria a lungo termine* e che vogliamo rinforzare e riportare strategicamente verso *"la memoria prospettica"*, attraverso la *«memoria operativa»* o *«working memory»*.

Si usano test di "controllo mentale" volti a verificare se il paziente sia in grado di concentrarsi su un compito semplice che richieda uno sforzo mentale o un carico nella memoria di lavoro o operativa.

Tecnica usata

Gli esercizi devono essere compiuti con strumenti economici e semplici; sono sufficienti dei fogli di carta e delle penne, carta crespa, colla, ecc. e risposte grafiche alle domande sui simboli.

Il passaggio tra un tipo di stimolazione simbolica ad un altro, più o meno complesso a seconda del punteggio ottenuto, va proposto quando si vuole allargare il campo dei riconoscimenti semplici: come numeri, oggetti, cose familiari. Successivamente si chiede di rievocare da un paesaggio gli elementi simbolici più evidenti, come le montagne, il lago, il mare, il faro, le barche, ecc.

La gamma degli strumenti usati è enorme. Per agevolare la stimolazione psicoterapeutica con queste metodiche, abbiamo deciso di suddividerli in tipologie simboliche o griglie simboliche, che sono state classificate in sette gruppi computerizzati:

1. Schede numeriche
2. Schede di riconoscimento d'oggetti comuni
3. Schede logicolinguistiche
4. Schede di comprensione
5. Schede emozionali
6. Schede spaziali
7. Schede temporali.

Si ottengono, così, dei dati di risposte che vengono calcolati in percentuale e che sono sufficienti, anche se empirici, per una valutazione dei risultati, siano essi positivi che negativi. Le schede vengono variate giornalmente e si ripropongono al paziente dopo una settimana. Quando una scheda è al cento per cento riconosciuta, si passa a sottoporre il paziente a schede più complesse. In generale, ci si attiene al principio che la ripetizione di schede è stata opportunamente scelta in rapporto al grado di capacità di riconoscimento del paziente. Giornalmente vengono inseriti i dati nel computer. In questo modo, possiamo avere un'immediata e chiara visione sull'andamento cognitivo del paziente. Ogni 6/12 mesi, si confrontano i dati della stimolazione con il controllo dell'M.M.S. e del Moda.

Questi interventi cognitivi, cognitivo-comportamentali, e strategici, (esempio strategia di codifica, di agevolazione, di recupero, programmi di analisi del compito e semplificazione, tecniche di condizionamento) aiuti cognitivi attraverso le conoscenze pregresse, la memoria implicita e procedurale, i supporti esterni come le manualità costruttive, sono affiancati a programmi di socializzazione, di attività ludiche, di danza, di canto, ecc.

L'Attenzione

È l'insieme dei processi cognitivi che controllano l'elaborazione dell'informazione. Questo insieme di processi può essere grossolanamente diviso così:

- *Attenzione sostenuta (detta anche vigilanza)*: abilità a mantenere la concentrazione su un compito/stimolo per un tempo considerevole
- *Attenzione selettiva*: abilità a selezionare uno stimolo specifico da altri stimoli irrilevanti e di concentrarsi su di esso per elaborarlo
- *Attenzione divisa*: abilità a svolgere più di un compito simultaneamente

Un tipo di memoria che è importante riabilitare nelle demenze, perché ha una notevole componente attentiva, è la memoria prospettica.

La memoria prospettica consiste nel:

• Formarsi un'intenzione e pianificarla
• Ricordarsi tale intenzione: ricordarsi "cosa", ricordarsi "quando", ricordarsi di eseguire l'azione;
• Eseguire l'azione al momento deciso: pianificare l'azione e poi ricordarsi di avere eseguito l'azione.

Riconoscimento degli oggetti

Uno dei primi fenomeni che accompagnano i disturbi cognitivi è il mancato riconoscimento visivo di molti oggetti che circondano la vita del paziente.

Già nel XIX secolo, lo studio di questi disturbi cognitivi ha avuto inizio attraverso la classificazione di questi disturbi e ancora oggi si continua ad utilizzare la terminologia introdotta da Lissauer (1890) e Freud (1891). Si è così parlato di "cecità mentale apercettiva" e "cecità mentale associativa". I disturbi e i disordini che allora sono stati ampiamente ed empiricamente osservati riguardavano non solo l'identificazione di oggetti comuni, ma anche errori nel discriminare i colori e nella discriminazione differenziale tra forme e modelli nuovi. Freud introdusse il termine di Agnosia (parola di origine greca che significa senza conoscenza) introducendo il concetto di cecità mentale e sosteneva che essi sono indicativi di danni che colpiscono conoscenze acquisite precedentemente.

Gli studi sul riconoscimento di oggetti o simboli allo stato attuale hanno portato a riconoscere che almeno tre sono gli stadi distinti di elaborazione:

– Gli oggetti devono essere analizzati in base alle loro proprietà visivo-sensoriali (l'informazione è rappresentata retinotopicamente).
– Lo stadio successivo di riconoscimento dell'oggetto, e cioè del simbolo, è lateralizzato dall'emisfero destro e deriva da una specifica descrizione strutturale dell'oggetto.
– È lateralizzata nell'emisfero sinistro l'assegnazione del significato dell'oggetto o del simbolo.

Questa divisione in tre stadi, o momenti in successione della conoscenza degli oggetti, sembra, allo stato attuale delle ricerche, la forma più comune di riconoscimento. Non è detto, tuttavia, che sia la sola. Nel malato di demenza, ritenendo valida la via retinotopica dell'informazione, un'alterazione degli emisferi può dare disturbi anche molto consistenti nel riconoscimento di oggetti o simboli.

Il colore

La alterazione nella percezione dei colori è chiamata acromatopsia.

Nella nostra pratica quotidiana riabilitativa, la discriminazione tra i colori è oggetto di studio e di osservazione in quanto non tutti i pazienti riescono a riconoscere i colori a loro sottoposti e, spesso, bisogna aiutarli.

La difficoltà maggiore è associare ad un colore il nome di un colore differente. Se chiedo di indicare il colore "rosso" scritto a lato di un quadrato rosso, la quasi totalità dei pazienti è agevolata dalla lettura della parola rosso, e l'indicazione è corretta.

Se invece, a fianco del quadrato rosso, scrivo "nero", ho la probabilità di aver risposte percentualmente errate, poiché il soggetto non sa discriminare il nome scritto dal colore richiesto.

Tuttavia, la ripetizione e la correzione degli errori portano abbastanza rapidamente alla normalizzazione nel riconoscimento del colore.

Agnosia di tipo semantico

La nostra esperienza in campo riabilitativo per stimolare i soggetti con agnosia semantica a migliorare le loro performances è di valutare se nel tempo vi è o si assiste ad una progressiva diminuzione degli errori, fornendo un punteggio in percentuale.

La ricerca interessa centinaia d'oggetti. È ovvio che la percentuale d'errori è molto più alta in correlazione alla gravità dell'agnosia.

Gli oggetti sono qualcosa di più che percetti coerentemente strutturati, poiché hanno un significato e rappresentano delle conoscenze precise per l'osservatore.

Riconoscimento dei volti

Tra i nostri neuroni, vi sono, variamente distribuiti, neuroni che possiamo definire fisionomisti. Sono quelli che ci permettono, anche da vaghe somiglianze, di riconoscere persone che abbiamo già visto e che quindi collochiamo entro un contesto a noi familiare.

I pazienti che presentano l'anomalia di riconoscere gli oggetti ma non i volti, li definiamo con il termine di prosopagnostici, affetti da prosopagnosia che significa incapacità di riconoscere i volti.

Dal punto di vista neurologico, questa sindrome caratterizzata dall'incapacità di riconoscere i volti, è tra le categorie visive la più profon-

da e geneticamente la più primitiva nella nostra percezione.

In campo dei malati di Alzheimer la prognopagnosia negli stati più avanzati è abbastanza frequente: scambiano la madre per la moglie o viceversa, o la figlia per la madre. Non riconoscono neanche loro stessi allo specchio.

Hécaen e Albert hanno sottolineato l'importanza delle lesioni dell'emisfero destro nel dare origine alla prognopagnosia poiché non esistevano correlazioni tra il deficit di riconoscimento dei volti e quei disturbi di linguaggio, calcolo e azione volontaria (aprassia) che erano associati a lesioni dell'emisfero sinistro.

Sull'argomento sono stati fatti molti lavori che in gran parte hanno confermato questa localizzazione.

Dobbiamo tenere in considerazione che, quando i pazienti cominciano a non riconoscere i volti familiari o tendono a scambiarli, questo ci porta ad indicare la sofferenza nella circonvoluzione destra, soprattutto nelle zone della superficie mediale e laterale.

Nella nostra pratica riabilitativa, il riconoscimento di volti familiari viene stimolato attraverso la visione di fotografie e il confronto con persone viventi.

Percezione dello spazio

L'attività dell'elaborazione spaziale è molto complessa e sfugge a un modello coerente della funzione cognitiva, in quanto il contenuto delle rappresentazioni spaziali e le loro relazioni reciproche interessano più schemi spaziali centrali.

Per mettere in evidenza questi disturbi, uno dei test più facile da usare e ben noto è quello della bisezione di una linea. Al soggetto viene presentata una linea o una serie di linee e gli viene chiesto di indicarne il punto centrale. Chi è affetto da un disturbo spaziale, commette l'errore più comune di posizionare il punto su un lato.

Dobbiamo tenere conto di questa difficoltà di discriminazione spaziale per superare il neglect che è così chiamato: "negligenza (neclect) spaziale unilaterale".

Disturbi del linguaggio

Nella demenza, accanto alla perdita della memoria per i fatti recenti, insorgono, abbastanza precocemente, disturbi di vario tipo del linguaggio. L'afasia consiste nella perdita totale o parziale della parola, conseguente ad un danno cerebrale. Tale perdita può manifestarsi in

vari modi: il linguaggio può essere parzialmente o totalmente indebolito in tutte le sue funzioni, o può esserci perdita selettiva di alcuni processi (per esempio di lettura), oppure il disturbo linguistico può colpire il livello fonologico, semantico o sintattico del linguaggio; può colpire, inoltre, la produzione spontanea, la ripetizione, la comprensione, lasciando relativamente integri gli altri livelli.

È estremamente difficile descrivere formalmente sia la struttura del linguaggio, sia la capacità linguistica del parlante che riesce a tradurre il suo pensiero in espressioni verbali che, per chi lo ascolta, devono essere a loro volta, tradotte ed interiorizzate come pensiero trasmesso.

La riabilitazione del linguaggio nelle demenze

Seguendo la distinzione che solitamente viene fatta tra i disturbi della "comprensione" e i disturbi della "produzione", la rieducazione degli afasici prende in considerazione gli esercizi seguenti, che comprendono:

a. indicazione d'oggetti fisici o figure
b. indicazione di categorie d'oggetti
c. indicazione d'oggetti in base a definizione.

Lo scopo di questi esempi è quello di ricreare, attraverso gli stimoli simbolici, la capacità d'eseguire ragionamenti più o meno complessi, riconoscendo immagini e dando loro un nome o produrre frasi, cercando di ripristinare una conoscenza delle cose che stanno alla base dei concetti di campo semantico alterato o interrotto dalla malattia.

Negli esercizi di comprensione adatti ai pazienti gravemente compromessi, si pongono davanti al paziente alcuni schemi di riconoscimento di figure e gli si chiede di indicarne uno o più di uno. Per quanto riguarda la verifica che consiste nell'indicazione di figure, la difficoltà dell'esercizio dipende dal numero di figure presentate, dai legami semantici eventualmente presenti tra le figure e dal tipo di richiesta fatta al paziente. Per esempio indicare e chiamare per nome un dato oggetto, come un frutto tra vari frutti. In questo modo il paziente è costretto ad un'analisi semantica, sempre più accurata, per individuare la figura corrispondente a quanto indicato e detto dal terapeuta.

Lo scopo è quello di sapere correttamente denominare oggetti del mondo reale, non solo, ma anche di sapere operare in base ad alcune differenziazioni strutturali che permettono di distinguere analogie, parentele, differenze tra entità lessicali.

La valutazione dei risultati ottenuti

Si è tenuto conto del basso punteggio al test M.M.S.E. (media < 15) dei malati di demenza di tipo Alzheimer, vascolari, misti, sottoposti giornalmente alla stimolazione psicoterapeutica usando le griglie simboliche, secondo le sette categorie già indicate e che sono: test numerici con 8 variabili , test di riconoscimento oggetti comuni con 30 variabili, test logico linguistici con 36 variabili, test di comprensione con 3 variabili, test emozionali con 1 variabile, test spaziali con 13 variabili, test temporali con 9 variabili.

Si è tenuto conto, inoltre, dell'area sociale con la schedatura anagrafica individuale, dell'area di stima dell'indipendenza (ADL = Activities of Daily Living) e dell'area cognitiva: M.M.S.E., dell'area antropomorfica: peso, statura, BMI (Body Mass Index), dell'area clinico-funzionale: Ecg, P.A., esami di laboratorio di base, ecc.

I risultati progressivi di ogni paziente sono stati raccolti giornalmente e si è ricavata la media percentuale dei riconoscimenti effettuati.

L'effetto positivo più importante è stato, certamente, quello socializzante dell'ammalato, che ha provocato, da subito, l'aspetto più clamoroso, che è risultato lo "star bene assieme", la scomparsa dell'aggressività, con una progressiva crescita delle funzioni somato-comportamentali di tutti gli ospiti.

Queste funzioni possono essere analizzate per settore (biologico, psicologico, ergometico, ecc.), ma con un significato ben maggiore se onnicomprensive di valori che portano alla crescita dell'*autostima* e dell'*autosufficienza.*

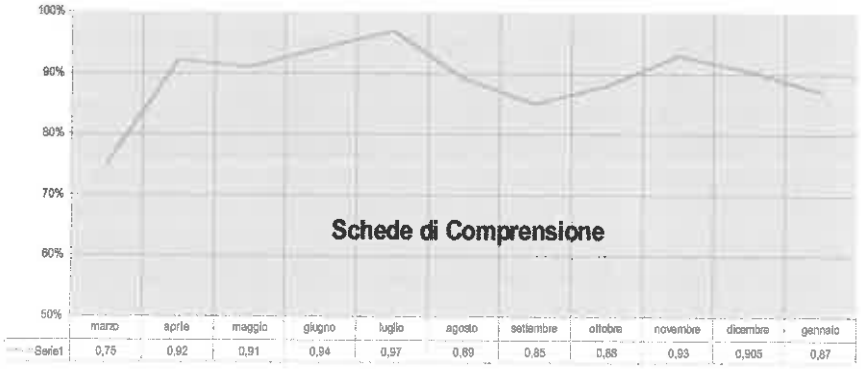
Per quanto empirico possa essere il giudizio, perché soggettivo sia per gli operatori che per i familiari, si può concludere che, per il modo di convivenza entro il Centro Diurno, sia il tono dell'umore, che il grado di socializzazione, ottengono il punteggio più alto che può essere concesso (migliorato - invariato - peggiorato).

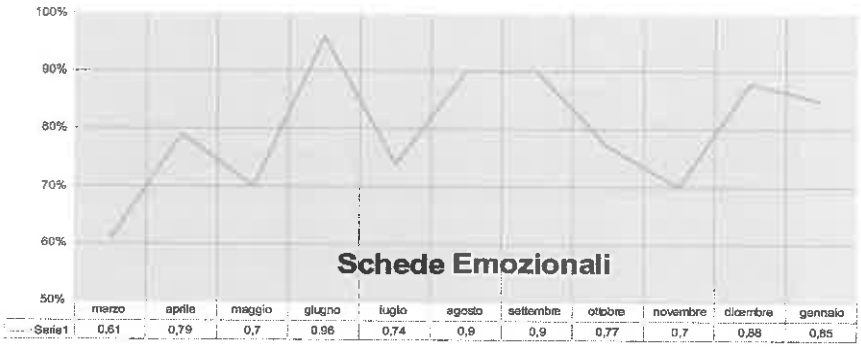
Questo giudizio, che è empirico, mette in evidenza il ruolo dinamico svolto dal gruppo, quale variabile di contesto affettivo ed emotivo, in modo tale da proporsi ed ostacolare le possibili cadute da depressione e da isolamento.

L'M.M.S.E. è stato valutato all'inizio del trattamento, dopo 6 mesi e dopo un anno.

I risultati sono stati i seguenti :

- migliorati : 31%
- stazionari : 47%
- peggiorati : 22%

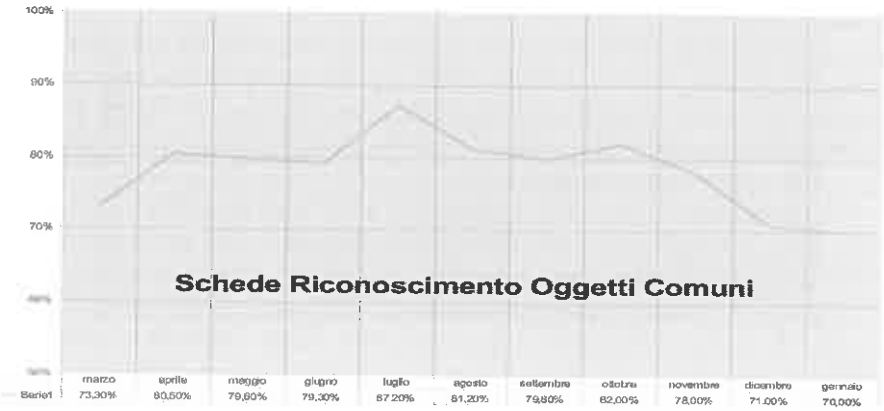


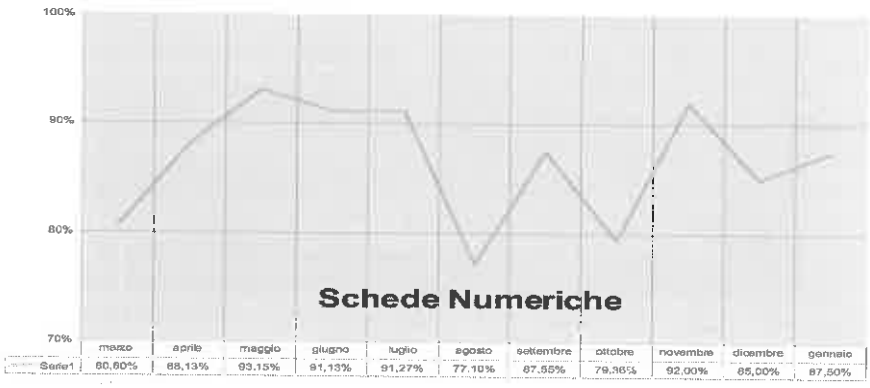


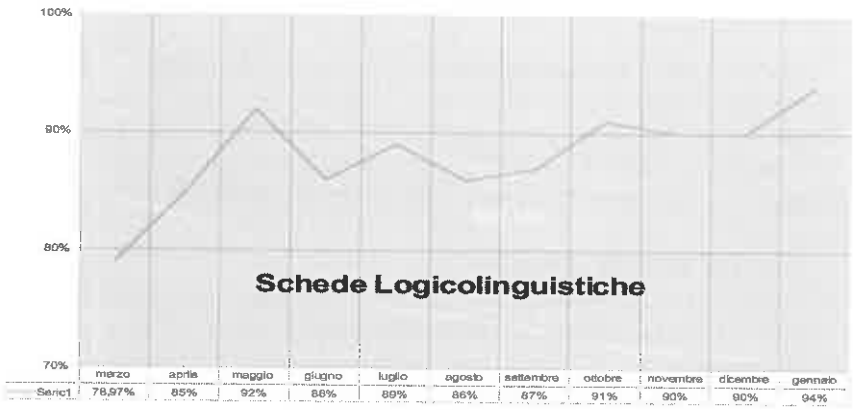
Questi grafici dimostrano che la popolazione di malati di demenza che vengono trattati quotidianamente nel Centro Diurno agendo nel campo della cognitività con l'uso di schede simbolico di varia difficoltà ed impegno mentale, le accetta e esse costituiscono un gradito compito giornaliero, che viene richiesto come "lavoro da fare" da parte dei pazienti.

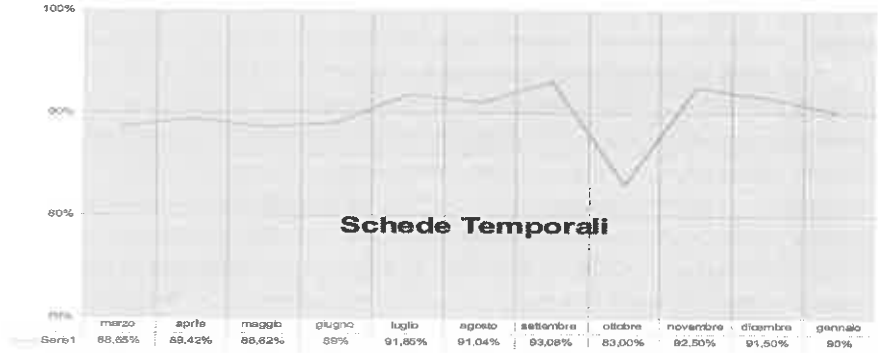
L'attività motoria al mattino, con semplici esercizi fisici degli arti e del corpo (ginnastica lieve) per stimolare le capacità propricettive con l'attività ludica (il pallone, la danza, la cyclette, la marcia ecc.), il canto popolare ritmato, ecc. aggiungono altri pezzi sul puzzle nella ricostruzione del disegno corporeo mentale del paziente.

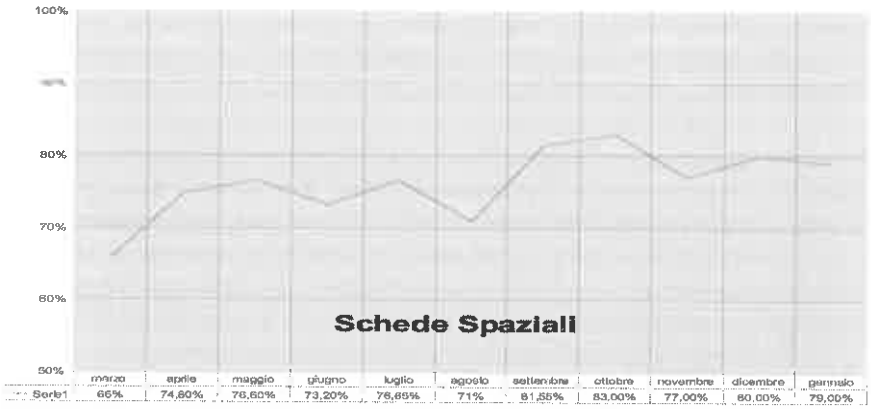
I risultati esposti ci convincono sempre più che la metodologia applicata ai malati d'Alzheimer e forme affini, l'ambiente confortevole e stimolante di una villa con il parco, la serenità e l'entusiasmo del personale che non è solo di routinaria assistenza, ma di partecipazione


100%
90%
80%
70%
Schede Riconoscimento Oggetti Comuni
marzo aprile maggio giugno luglio agosto settembre ottobre novembre dicembre gennaio
Serie1 73,30% 80,50% 79,80% 79,30% 87,20% 81,20% 79,80% 82,00% 78,00% 71,00% 70,00%


100%
90%
80%
70%
Schede Numeriche
marzo aprile maggio giugno luglio agosto settembre ottobre novembre dicembre gennaio
Serie1 80,60% 88,13% 93,15% 91,13% 91,27% 77,10% 87,55% 79,36% 92,00% 85,00% 87,50%


100%
90%
80%
70%
Schede Logicolinguistiche
marzo aprile maggio giugno luglio agosto settembre ottobre novembre dicembre gennaio
Serie1 78,97% 85% 92% 88% 89% 86% 87% 91% 90% 90% 94%





affettiva, dolce e comprensione dello stato d'animo dei pazienti, in altre parole, l'empatia che permea la comunità, siano gli elementi fondamentali per la "cura" del paziente demente. Se a questo aggiungiamo l'altro fatto positivo che è l'appoggio familiare che continua a domicilio, la forza del contenuto positivo dell'autostima e dell'autosufficienza riconquistata, vedremo che questi elementi fanno del Centro Diurno Riabilitativo Villa Rota Barbieri un esempio per la nostra comunità.