



**LA RELAZIONE DI AIUTO NEL  
PARKINSON.  
IL CORPO, LA PSICHE, IL FARMACO.**

**Sguardo clinico e relazionale alla malattia  
neurologica**

**Dott.ssa Silvia Cavazza**

# INTRODUZIONE

La malattia di Parkinson è un'esperienza che coinvolge l'identità, il vissuto corporeo e la relazione con gli altri.

La relazione d'aiuto è cruciale.

- Psiche e Soma
- Isolamento e Identificazione con la malattia
- Aspetti della non adesione farmacologica
- Perché è importante integrare mente e corpo nella cura



# PSICHE E SOMA

- Psiche che si installa nel corpo (psiche-soma)
- Holding e continuità dell'essere
- Il corpo come spazio dell'identità

*“Il neonato non esiste, esiste sempre nel contesto di una relazione.”*



- rompe unità psiche-soma

Il corpo trema, si irrigidisce, non obbedisce più alla volontà. Questo può portare a un'esperienza di **alienazione corporea**, dove la persona percepisce il proprio corpo come se non fosse più 'casa'.

- riattiva vissuti antichi di abbandono o di insicurezza.

Se nella storia del soggetto l'holding è stato precario, la malattia può risvegliare un senso di **disintegrazione**, che viene negato rifiutando la terapia.

- mina la continuità dell'essere

il corpo – che prima era “me stesso” – ora diventa **incoerente, imprevedibile**



*La persona vive bloccata nel presente senza però assaporarlo, ingoia l'esperienza senza gustarla.*



*il Parkinson è come un sole forte che attira l'attenzione ma che contemporaneamente può accecare.*



# MA ...

➔ La malattia di Parkinson toglie la possibilità di scegliere come muoversi nel mondo ma non può togliere la scelta di *come stare nel mondo*.

➔ L'esistenza umana non è solo un essere nel mondo ma anche, e soprattutto, un *essere con gli altri*.

➔ L'espressione *corporea* ha una sua spontanea *intenzionalità di contatto* e nella sua naturale attitudine va nel mondo per incontrare la novità.



# ISOLAMENTO

## ➤ **Isolamento sociale:**

I sintomi motori e quelli non motori (apatia, depressione, ansia) possono indurre un ritiro dalle relazioni sociali, per vergogna, stanchezza o per la difficoltà di comunicare (es. ipofonia, espressione facciale ridotta).  
→ la persona può sentirsi “diversa”, osservata o non compresa.

## ➤ **Isolamento psicologico:**

una chiusura del mondo interno: l'esperienza del corpo che non risponde più come prima può generare un senso di **estraneità da sé**, con effetti sulla continuità dell'identità.  
→ In psicoanalisi si può parlare di **ritiro narcisistico** come difesa.

## ➤ **Isolamento come difesa:**

per proteggersi da emozioni intollerabili: paura della degenerazione, rabbia, vergogna, vissuti depressivi.

- isolamento dal Sé vero per non collassare.
- costruzione di un falso Sé per sopravvivere, nascondendo il dolore reale della perdita di controllo corporeo.



# IDENTIFICAZIONE CON LA MALATTIA

## ❑ “Io sono il Parkinson”:

L'identità può essere “colonizzata” dalla diagnosi. Il soggetto comincia a definirsi e a essere definito solo attraverso la malattia.

→ Il rischio è che l'intera soggettività venga ridotta alla funzione del “corpo malato”.

## ❑ Introiezione dell'oggetto malato:

interiorizzare la malattia come un oggetto interno persecutorio o svalutante.

→ Ad esempio: “Non valgo più nulla perché non sono più efficiente”.

## ❑ Trasformazione identitaria:

In alcuni casi, l'identificazione con la malattia è una tappa verso una **riorganizzazione del Sé**: non più negare la malattia, ma integrarla in una nuova immagine di sé.

→ Il lavoro terapeutico può aiutare il paziente a passare dalla **fusione con la malattia** alla **relazione con essa**.



# CAUSE DELLA NON ADESIONE (MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE)

- Biologiche: Effetti collaterali, complessità posologia
- Psicologiche: Depressione, negazione, paura della dipendenza
- Sociali: Isolamento, difficoltà economiche, scarsa rete
-  Focus della presentazione: fattori psicologici



# IL FARMACO COME OGGETTO TRANSIZIONALE (AMBIVALENTE)

- **l'oggetto transizionale** media tra il Sé e l'Altro, tra la realtà interna e quella esterna.
- Il farmaco può essere vissuto come:
  - **Oggetto persecutorio** (mi impone una dipendenza).
  - **Oggetto rifiutato** (mi ricorda la malattia).
  - **Oggetto buono** (mi sostiene, mi permette di essere ancora “me stesso”).
- Il farmaco rappresenta: cura, protezione / dipendenza, perdita di controllo

*Il modo in cui la persona **mentalizza** il **farmaco** è centrale.*



## NON ADESIONE FARMACOLOGICA

- una **difesa psichica** contro la frammentazione del Sé;
- un tentativo di **ripristinare continuità e coerenza interna**;
- una **negazione protettiva** della perdita di controllo;
- o un **grido implicito** per un “nuovo holding”, ovvero per una presenza più empatica, contenitiva e relazionale.

*Adesione non è solo “volontà”, ma processo psicologico*



# STRATEGIE TERAPEUTICHE

## 1. Ricreare un “holding terapeutico”

- **Cosa significa:** Offrire al paziente uno spazio di cura sicuro, accogliente, prevedibile. Questo vale sia per il contesto medico che per quello psicologico e familiare.
- **Come fare:**
  - Stabilire routine stabili e rassicuranti nella somministrazione dei farmaci.
  - Avere un medico di riferimento empatico, che non cambia spesso.
  - offrire spiegazioni semplici e rispettose della soggettività.
- ➤ Il paziente deve *sentire* che il farmaco è parte di una relazione di fiducia, non solo di un protocollo.



## 2. Restituire continuità dell'essere

- **Cosa significa:** Aiutare il paziente a integrare la malattia nella propria identità senza sentirsi “diviso” o “alienato”.
- **Come fare:**
  - Dare spazio al racconto del paziente: la narrazione della propria storia aiuta a “ricucire” i pezzi del Sé.
  - Usare il farmaco non come simbolo di rottura, ma come alleato per restare sé stessi.
  - Lavorare sul “*Chi eri prima della diagnosi? Chi sei adesso? Cosa resta di te che vuoi mantenere vivo?*”
- ➤ Il farmaco diventa uno strumento per *proteggere l'identità*, non per modificarla.



### 3. Coinvolgere la famiglia come base sicura

- **Cosa significa:** Il caregiver (partner, figlio/a, ecc.) può diventare una figura di *holding secondario*.
- **Come fare:**
  - Educare il familiare a non essere solo “controllore del farmaco”, ma presenza affettiva e comprensiva.
  - Evitare di colpevolizzare (“devi prendere le medicine!”), e invece validare i vissuti del paziente (“capisco che può essere difficile”).
  - Favorire momenti di connessione, anche simbolica (es. prendere un tè insieme dopo la pillola).



#### 4. Utilizzare terapie espressive o corporee

- Terapie come:
  - **Danza movimento terapia**
  - **Musicoterapia**
  - **Teatroterapia**
  
- Permettono al paziente di ritrovare un senso di unità tra psiche e corpo, *nonostante* la malattia.
  
- Questo può aiutare a riappropriarsi del corpo “alienato”, favorendo anche l'accettazione della terapia.





Nel prendersi cura dei sintomi corporei non va dimenticato di lavorare con la stessa attenzione anche sugli **aspetti psicologici e relazionali**. Accettare e comprendere la **patologia** significa imparare a costruire strategie per affrontarla, lavorando su sé stessi e sul rapporto con gli altri.



Lasciamo alla medicina il compito di combattere per ciò che stiamo perdendo e proviamo ad accorgerci di quelle che sono invece le nuove risorse che possono emergere, momento per momento, vivendo l'esperienza del qui ed ora con consapevolezza e presenza.



# CONCLUSIONI

- Non adesione = comunicazione di un disagio
- Integrare mente e corpo è essenziale nella cura del Parkinson
- Il farmaco non è solo molecola, ma anche oggetto relazionale
- ✖ Curare ≠ solo guarire → ricostruire senso e coesione



# UN PICCOLO MA GRANDE ESERCIZIO

○ *Io sono...*

○ *Io ho...*

○ *Io posso...*

