

Claudio Iannucci e Antonio Onofri

UN CONTRIBUTO COGNITIVO-EVOLUZIONISTA ALLA PSICOTERAPIA DELL'ANZIANO

Soddisferà anche esigenze consolatorie, ma è evidente che l'invecchiamento non può essere considerato semplicemente come un fatto negativo, anche se inevitabile. È pur vero che si trova alla base di arteriosclerosi, malattia di Alzheimer e molte patologie strutturali e funzionali, ma d'altro canto i processi di senescenza hanno un carattere adattativo, poiché sembra che gli stessi geni che ne sono alla base forniscano in gioventù vigore e fertilità (Nesse e Williams, 1994).

Allungamento della vita attiva, aspettative di realizzazione di obiettivi importanti anche dopo il pensionamento, una vita di coppia più dinamica che in passato e la necessità di difendere i propri diritti civili ed economici, rendono l'anziano un soggetto ineludibile per ogni politica sociale e sanitaria. Lasciamo a considerazioni sociologiche, che non affronteremo in questo contributo, la sottolineatura dell'attualità e dell'opportunità di considerare l'anziano il principale utente del Servizio Sanitario Nazionale (Tirrito, 2003). Tuttavia, accettando questa prospettiva di riflessione, anche le forme di aiuto psicoterapeutico si debbono confrontare con il paziente anziano, e ancor più dovranno farlo in futuro.

Dal nostro punto di vista di psicoterapeuti cognitivisti, possiamo porci questa domanda di partenza: perché mai la psicoterapia cognitiva dovrebbe interessarsi dell'anziano come cliente peculiare a cui dedicare riflessioni teoriche, adeguamenti tecnici, disegni sperimentali di efficacia e addestramenti specifici?

Elenchiamo otto buoni motivi, senz'altro non esaustivi:

1. perché da qui a dieci anni gli anziani oltre i 65 anni saranno in Italia più di un terzo della popolazione: perciò aumenteranno i pazienti appartenenti a questa fascia di età (già oggi in Italia un quarto della popolazione ha più di 65 anni);
2. perché la Sanità nei prossimi decenni dovrà dedicare finanziamenti sempre maggiori agli anziani e questo si concretizzerà sicuramente in un

- aumento delle strutture residenziali (cioè Residenze Sanitarie Assistite, lungo-degenze, pensionati, case-famiglia, comunità di convivenza, ecc) e di programmi preventivi il danno senile, insieme a programmi d'aiuto psicoeducazionale alle famiglie con anziani disabili, dementi o terminali;
3. perché psicologi e psicoterapeuti saranno sempre più formati e impiegati in queste strutture di residenzialità, in qualità di operatori di sostegno psicologico agli ospiti e di esperti che favoriscono la vita comunitaria;
 4. perché i gruppi di auto-aiuto della terza età diverranno molto più numerosi e richiederanno una consulenza psicologica esperta;
 5. perché i conflitti coniugali, con l'aumento della vita media, stanno spostando le loro espressioni anche nella terza età: crescono divorzi e separazioni oltre i 60 anni, con i loro effetti collaterali di disagio psichico;
 6. perché i figli si svincolano sempre più tardi e non sarà raro il conflitto genitore-figlio tra un padre ultrasettantenne e un figlio quarantenne, magari con un lavoro precario e costretto ancora alla coabitazione;
 7. perché gli anziani vogliono continuare ad avere una vita attiva anche dal punto di vista sessuale e possono trovare problemi in questo: perciò cresceranno le terapie sessuali nell'anziano;
 8. gli anziani vorranno star meglio dopo la pensione: quindi aumenterà la richiesta di salute e ci serviranno strategie per ottenerla e mantenerla.

Molti di questi problemi trovano una chiave di intervento in approcci cognitivisti specifici, ad esempio nei programmi psicoeducazionali, o nella gestione dei gruppi di auto-aiuto, o nelle terapie sessuali mansionali, o ancora nelle terapie dei deficit neurocognitivi e nella neuroriabilitazione – aspetti questi ultimi che affronteremo nella seconda parte di questo contributo. Se ne può concludere che, più in generale, il disadattamento dell'anziano richiede interventi psicoterapeutici a diversi livelli di configurazione, intensità e obiettivi.

Per discuterne, ci riferiremo da ora in avanti ad un paziente-modello oltre i 65 anni di età, cioè non sofferente di patologie psicorganiche disabilitanti, non psicotico, non istituzionalizzato e ancora autosufficiente. Il modello di cura che esamineremo sarà quello psicoterapeutico, in un setting individuale oppure di gruppo e il campo teorico di riferimento sarà quello cognitivo evoluzionista (Liotti, 2005).

Alcune caratteristiche dell'anziano influenzano la conversazione terapeutica e impongono adattamenti tecnici al setting, alla posizione del terapeuta nella relazione e alla strategia di cura.

Per il terapeuta cognitivista, rispetto all'anziano che giunga in terapia ci sono da ricordare alcune nozioni preliminari e alcuni scenari a cui prepararsi:

1. Il soggetto viene di solito inviato dai parenti o dal medico curante, quasi mai chiede personalmente una psicoterapia e comunque immagina un intervento breve e magari gravato da attese magiche o, all'opposto, nichilistiche;
2. il fatto stesso di essere arrivato in età avanzata depone per un generale buon adattamento nelle precedenti fasi di vita, sebbene l'anziano che richieda terapia possa essere disadattato rispetto alle contingenti richieste ambientali e alle risorse necessarie per conseguirle;
3. l'efficienza neuropsicologica del *problem solving* declina con l'età, mentre l'accumulazione di nozioni, esperienze e competenze si accresce per tutta la vita. Quindi la rigidità cognitiva che pure traspare in nuovi compiti, è meno importante nella routine. Questo ha come conseguenza che le risorse dell'anziano, nelle condizioni ecologiche di osservazione (e invece non in quelle sperimentali!), sono migliori di quanto ci si attenderebbe, giustificando un moderato ottimismo terapeutico (Blazer, George, Huges, 1991);
4. poiché la capacità di autonomia personale è mutevole e fortemente individualizzata e dipende, oltre che dal declino fisico e mentale, anche dalla qualità dell'ambiente sociale, del contesto affettivo e del supporto sociale, allora per l'anziano fondamentali sono le risorse ottenute nelle età precedenti. In altri termini, lo stato di salute, economico e la scolarità, vanno considerati cofattori psicopatogeni oppure protettivi – esattamente come ci si attende per altre età;
5. l'anziano di solito, ha altro a cui pensare che non a produrre e costruire; ed inoltre ha minori capacità di dare una mano e perciò è meno efficace ed efficiente. È quindi è un soggetto meno coinvolto nel fluire dinamico dei cambiamenti collettivi e spesso perde la spinta ideale al cambiamento: non perché sia distaccato ed egocentrico ma perché è il suo futuro che è limitato, tutto è presentificato. Ciò influisce sui contenuti e la varietà del dialogo terapeutico e spesso si dovrà accettare una conversazione iterativa, rigida, paucitematica: tutta presentificata, appunto;
6. quale che sia l'approccio terapeutico scelto, spesso dovrà essere interdisciplinare (se non a volte integrato) in quanto si sovrapporranno esigenze somatiche, probabili medicazioni farmacologiche e accertamenti strumentali che invaderanno, con i loro effetti o prospettive, il campo di attenzione e del dialogo della psicoterapia. Lo psicoterapeuta dovrà pertanto prevedere frequenti contatti con gli altri curanti e non disdegnare anche i familiari o gli altri *caregiver*, per ottenere notizie sul decorso e offrire un sostegno;
7. presumibilmente l'intervento avrà di fondo un andamento da *terapia di supporto*, cioè rispettosa delle acquisizioni di fondo dell'anziano, evitan-

do la messa alla prova radicale di convinzioni personali o le ricostruzioni storiche dettagliate. In genere, ritroveremo lo psicoterapeuta più attivo che con il paziente giovane o adulto e più tollerante nei confronti dell'ascolto di temi ipocondriaci e lamentele somatiche. In altri termini, converrà dare la possibilità di rievocare il passato accettandone l'importanza in termini di valori e comprendendone l'inevitabile vissuto di perdita.

Questi scenari di fondo riguardo l'intervento psicologico sull'anziano, formano il terreno di sfida per le modifiche tecniche del terapeuta cognitivista: adattamenti che riguardano la scelta del setting, la durata e lo stile della terapia, gli obiettivi generali, l'ascolto e l'elaborazione delle emozioni più frequentemente vissute dal terapeuta. Brevemente, affronteremo ognuna di queste tematiche, concentrandoci, al termine, sul sostegno teorico che la versione evoluzionista del cognitivismo odierno può dare nella clinica terapeutica con l'anziano.

Il setting e le sue modificazioni. La letteratura conforta nel preferire l'ambulatorio/studio e la frequenza settimanale, per evitare il dissolversi delle memorie e dei compiti (Koder, Brodaty, Anstey 1996). Inoltre, è esperienza comune prevedere incontri con i familiari e i caregiver e telefonate e relazioni agli altri curanti come parte integrante il management care. Sarà parte della creatività dell'approccio immaginare visite domiciliari o primi contatti inizialmente domiciliari. Con l'anziano, il setting deve essere piuttosto ripetitivo, senza modifiche frequenti ed improvvise nella stanza di terapia o negli orari. Ricordarsi di parlare lentamente e scandito, aiutarsi molto con il non verbale e poi ripetere, ripetere spesso...

Il contratto terapeutico, come per ogni paziente, dovrà comunque segnalare la necessità di cooperazione e che la terapia non sarà necessariamente breve: questa è una prima difficoltà che spinge al *drop-out* e si ritrova più di frequente proprio con il soggetto anziano, il quale, esistenzialmente, tempo non ne ha.

Attualmente il setting di trattamento in fase di maggior sviluppo è quello di gruppo (Hautzinger, Welz, 2004). Ciò deriva dalla necessità di concentrare nel trattamento una popolazione clinica eterogenea, per la quale ancora non sono disponibili molti terapeuti formati e in un setting orientato maggiormente al sostegno psicologico delle difficoltà del presente. I vantaggi del lavoro in gruppo sono quelli di ridurre per l'anziano le difficoltà a concepire la psicoterapia e il lavoro di collaborazione paritetica, sfruttando il modeling; inoltre, in gruppo è più agevole cercare di contrastare il preconcetto senile di debolezza individuale e sperimentare negli altri, e con gli altri del gruppo, soluzioni alternative e di decentramento

cognitivo. Inoltre, l'espressione delle emozioni è ben più contenuta e lo spazio personale ridotto, con l'effetto apprezzabile di un maggior controllo emotivo. In altre parole, oltre ad avere l'effetto di un sostegno accudente, il gruppo incoraggia anche un comportamento cooperativo dovuto alla reciproca conoscenza.

Un breve esempio prototipico. Da quattro anni, in un CSM romano si è implementato un gruppo aperto di 10-12 donne over60, condotto da due psicologhe; i criteri di arruolamento principali sono stati: la vedovanza, le malattie croniche che iniziano a mostrare la propria invalidazione, l'ambivalenza verso il ruolo di nonna e conseguenti contrasti con i propri figli... cioè tutti aspetti legati al ciclo di vita. Per contro la sintomatologia psichiatrica è in genere modesta, sebbene la sofferenza soggettiva susciti riduzione della socialità e della iniziativa. Ebbene: l'esigenza di mettere in piedi un gruppo siffatto – molto diverso dai gruppi terapeutici usuali nelle istituzioni e più vicino a caratteri di auto-mutuo aiuto – è stata dovuta alla numerosità della domanda, in altri termini all'utenza stessa. Impiegare terapisti esperte su di una utenza "lieve", seppure numerosa, in questa fase, poi, di contrazione delle risorse psicoterapeutiche nei servizi pubblici, è stato anche motivo di controversie non indifferenti all'interno del gruppo generale di operatori di quel CSM. Eppure, di fatto, il gruppo decorre negli anni con caratteri sempre più delineabili come di reciproco sostegno: incoraggiate dalle terapeute, le storie personali diventano l'occasione di reciproco accudimento tra le donne, le quali dopo due anni di incontri, si ritrovano ad auto-organizzarsi al di fuori del setting come gruppo di pari che va al cinema, alle mostre, organizza feste. Dopo un paio d'anni, le terapisti quindi si ritrovano in una soddisfacente posizione periferica, il compito principale è da loro descritto come quello di anfitrioni e di coloro che accolgono nel gruppo le nuove arrivate, la necessità della coppia di sostenere il gruppo è avvertita ridotta, così come l'impegno complessivo della conduzione. In una esperienza grupale istituzionale come questa, l'occasione di esplorare a vicenda storie, conflitti e problemi in comune ha generato un clima collaborativo che si è frammisto ad intenzioni di reciproco accudimento. Le progressiva riduzione delle richieste di cura e protezione relative all'attaccamento, rivolte inizialmente alle due terapeute, ha aperto la strada alla espressione di emozioni più vitali, quali quelle che possono derivare dalla condivisione di scopi o compiti o dalla affiliazione in un gruppo: ad esempio, molte di queste donne hanno riassaporato dopo tanto tempo il sentimento amichevole, e complice, di organizzare una festiciola oppure una serata a teatro.

Ancora un'altra considerazione: il setting di gruppo, quasi sempre organizzato con due terapeuti, permette loro una migliore gestione delle diffi-

cili emozioni personali che proveranno in seduta, una distribuzione più accorta sulla coppia terapeutica dei sentimenti connessi all'attaccamento e, non ultima, una divisione dei compiti comportamentali, che spesso si associano alla modalità cognitivista. Difatti, come pure nel setting individuale, anche in gruppo è necessaria una componente psicoeducazionale maggiore che con gli adulti (gli Autori consigliano: agenda di lavoro, piano della seduta, compiti a casa e loro revisioni, schede mansionali...)

Durata della psicoterapia. Crediamo sia buona regola orientarsi sul contingente, con obiettivi limitati e centrati sul sollievo dei sintomi; cosicché sulla durata generale, appare di buon senso la regola aurea di Goldstein (1982): terapia breve per disturbi reattivi e soggetti con buona rete sociale; terapia più lunga per disturbi della serie "nevrotica" o con carente rete sociale e poco disponibili a rapidi adattamenti. Vi è poi da considerare che la fase di vita della vecchiaia comporta l'emergere di figure di protezione, sostegno e riferimento per l'anziano, che spesso sono i propri figli, il coniuge – ma anziano anch'esso – il medico di famiglia, i pochi amici... e anche lo psicoterapeuta: di conseguenza sarà raro e difficile un distacco indolore dalla terapia, in quanto l'attaccamento non potrà essere facilmente disattivato.

Tipologie di matching. Tranne limitati casi, i terapeuti sono più giovani dei loro pazienti, perciò si possono riscontrare non di rado problemi di carisma, statuto di curante e competenza percepita. Inoltre gli anziani sono in genere più sospettosi, quindi hanno una compliance peggiore e, ancor più di frequente che con l'adulto, può essere utile svolgere incontri preterapia, informali, per facilitare una sorta di amichevole tranquillità.

Le emozioni nel terapeuta. Dinanzi a clienti anziani, i terapeuti spesso sono vittime di preconcetti quali "non cambieranno, sono troppo vecchi", riattualizzando così considerazioni spesso avute verso i propri genitori. Una parziale giustificazione di questa attitudine che insidia il terapeuta, sta nel fatto che i vecchi parlano volentieri solo del proprio corpo malato, doloroso e sofferente, cosa invece noiosa e immobilizzante per il curante. Altro luogo comune è il fatto che "i vecchi si commuovono facilmente", una cosa in genere errata. Difatti, Knight (1996) è del parere che invece l'anziano possa essere turbato meno dagli eventi negativi e dalle emozioni quali depressione e paura; e riesce a controllarsi meglio. Scherzosamente, si potrebbe dire: *logico! ne ha fatto esperienza da una vita!*

In tutti i casi, ai loro curanti i vecchi raccontano cose tristi, drammatiche o anche terribili delle quali gli psicoterapeuti non hanno ancora avuto

esperienza diretta. Spesso, per il terapeuta, vi può essere la tentazione di minimizzare o deviare da temi quali: la morte propria e dei vicini (una sorta di sindrome del sopravvissuto), la salute che se ne va, l'allontanamento dai figli ritrovandosi soli con il coniuge, non poter più uscire facilmente per vedere gente, non aver più molti soldi per fare viaggi o essere accuditi soddisfacentemente. Altro subdolo rischio per il terapeuta è quello di essere percepiti come un figlio o un compagno ideale, sostituito di quelli perduti, una situazione di relazione che facilita simbiosi e collusioni.

Vi è poi un altro tema vicino alla morte, il suicidio, che è presente – in fantasmatica – in molti anziani depressi e che può spaventare lo psicoterapeuta, e renderlo energicamente intrusivo proponendo psicofarmaci, l'aumento dei dosaggi e delle consulenze, il ricovero...

Questi temi o vissuti, amplificati o distorti dai bias a cui sopra accennavamo, possono indurre spiacevoli emozioni nel terapeuta, in specie paura, tristezza e impotenza. Ed in effetti, questa tipologia di pazienti può evocare paure di morte, risvegliare i conflitti con le figure genitoriali, far sperimentare impotenza ad accudire poiché l'altro è anziano e malato: e a ragione, poi, poiché l'anziano è un paziente che potrebbe morire durante la terapia. Complessivamente, lo psicoterapeuta si trova a contemplare in se stesso il mito sociale che vuole l'adulto diverso dall'anziano, cioè un diverso da sé piuttosto che un simile; è facile allora immaginare gli ostacoli ad un ascolto empatico.

Adeguamenti della tecnica. Ogni psicoterapia ha per obiettivo principale la progettualità individuale. Ciò è ancor più vero nell'anziano, con il quale gli interventi di massimizzazione degli aspetti positivi e minimizzazione dei negativi è una linea di intervento cardine. Ecco perché in ogni tipo di setting il terapeuta si spinge ad enfatizzare gli hobby, le forme di aiuto pratico che può dare il vecchio, i circoli, i gruppi di mutuo aiuto. Il terapeuta coopera con il suo paziente nel combattere l'inerzia e l'isolamento rivitalizzando con i suoi interventi ogni aspetto, diremmo quasi *psicomotorio e senso-percettivo*, del quotidiano.

Naturalmente nell'anziano permangono riconoscibili e attivi i vari sistemi motivazionali interpersonali, sebbene le loro manifestazioni possano esprimersi con fenomeniche adattate all'età e al contesto modificato dal ciclo di vita.

Ad esempio, il sistema agonistico di rango trova l'anziano spesso in routine di subordinazione e soccombente nei rituali agonistici – nonostante il fatto sociale che gli anziani detengano in genere la parte più considerevole del patrimonio di famiglia (sono loro i proprietari degli immobili ereditabili e i titolari di pensioni, e neanche tanto raramente contribuiscono al

bilancio familiare dei loro figli). Ma del resto, la necessità preminente di avere cure e disponibilità dai caregiver rende secondario e meno decisivo lo scontro per l'accesso privilegiato alle risorse e quindi per una posizione di rango elevato, che inoltre l'anziano avrebbe poi difficoltà a difendere. Quindi, di solito, la manifestazione agonistica si ferma alla querulosità passivo-aggressiva: ed, in effetti, sono gli anziani i maggiori perturbatori, per esempio, delle vite condominiali. In un setting psicoterapeutico, ciò si può riprodurre nell'attitudine lamentosa a contrastare ogni stimolazione all'attività e alla speranza che provenga dal terapeuta e a minimizzare sistematicamente le proprie risorse a favore dei propri bisogni.

L'azione della motivazione patetico-collaborativa si fa difficile nelle condizioni sociali di competizione e richiesta di efficienza che caratterizzano il nostro standard occidentale. È lo stigma della debolezza, insieme all'esclusione dai processi produttivi, che rende l'anziano inadatto a cooperare agli occhi degli adulti e ai propri. La psicoterapia dovrà allora valorizzare le occasioni non formalizzate, non istituzionalizzate di cooperazione, legate piuttosto alla vicinanza e al sostegno reciproco che non al ruolo: insomma non la collaborazione *di squadra*, frequente nell'adulto, ma quella amicale e di coppia come si può ritrovare in un cenacolo di coetanei, in un gruppo di amici. Questa considerazione suggerisce spesso l'integrazione di setting, individuali e di gruppo, con forme di frequentazione di auto-mutuoaiuto.

La sessualità nell'anziano in passato era un capitolo chiuso, ora è ricercata e pretesa – quindi diventa un problema potenziale da dover affrontare anche nel dialogo terapeutico. E qui si può ritrovare nel terapeuta una impreparazione di fondo, mista a pudore, ritrosia o squalifica sdrammatizzante.

Ma, come in ogni altra psicoterapia, è il sistema dell'Attaccamento ad essere ingaggiato intensamente, con tutto il suo correlato di emozioni di legame, di difficoltà di attivazione e altrettanta difficoltà di ridimensionamento. I temi dell'abbandono, della solitudine e della morte prevalgono spesso nel dialogo terapeutico e le richieste di protezione allo psicoterapeuta possono avere i caratteri voraci dell'ipocondria oppure quelli scettici del nichilismo. Del resto, vi è probabile comunanza neurofisiologica tra dolore fisico e dolore morale, quale quello provocato dalle perdite o dal lutto (Panksepp, 2003), tale da giustificare come la conversazione terapeutica *somatizzata* del vecchio – concentrato com'è sulla malattia fisica – rappresenti contemporaneamente anche sofferenze relazionali.

GLI INTERVENTI PSICOLOGICI NELLE DEMENZE: UNA NUOVA FRONTIERA PER LA TERAPIA COGNITIVA

Aldilà dello storico e comprensibile scetticismo rispetto alla possibilità di interventi non farmacologici in grado di offrire qualche risultato positi-

vo nel trattamento del decadimento intellettuale dell'anziano, e aldilà della scarsità di conoscenze a tal proposito e dell'esiguo numero di terapeuti con una esperienza diretta in questo campo, vogliamo concludere questo nostro scritto proprio affrontando questo argomento, sostenuti dalla sempre maggiore frequenza epidemiologica degli stati demenziali nella popolazione anziana e quindi dalla richiesta sempre più frequente – soprattutto da parte dei familiari e dei medici di base – di intervento e sostegno psicologico nel campo delle demenze.

Ricordiamo brevemente che la malattia di Alzheimer è la più frequente, tra le cause di demenza (42%), seguita dalla demenza multifattoriale (35%) e da forme miste (23%): in termini assoluti il numero di pazienti esistenti nel nostro paese è ormai attorno ai 500.000 circa (Pettinati, Spadin, Villani, 1995).

Aldilà delle accertate lesioni istopatologiche, secondo il DSM IV per demenza (1994) si intende un "decadimento globale delle funzioni corticali superiori (memoria, capacità di risolvere i problemi quotidiani, destrezza visuo-motoria, uso corretto dei mezzi di inserimento sociale e di controllo delle reazioni emozionali) in assenza di importanti obnubilamenti della coscienza"; ci troviamo quindi dinanzi a un quadro clinico caratterizzato da modificazioni della sfera cognitiva (disturbi della memoria verbale visiva e spaziale, distraibilità, disturbi del linguaggio e afasia, disturbi prassici, agnosia), ma anche da sintomi psichici (ansia, irritabilità, depressione e apatia, idee deliranti, disturbi della percezione, stati confusionali) e da disturbi del comportamento (stati di agitazione, episodi di violenza su cose e persone, reazioni catastrofiche, insonnia e turbe del ritmo sonno-veglia, confusione notturna, perplessità, tendenza alla fuga, disturbi del comportamento alimentare, disinibizione sessuale), tutte alterazioni che possono diventare l'obiettivo principale dei trattamenti anche psicologici (Zanetti e Mettieri, 1998).

Tra i "costi" della malattia bisogna anche considerare quelli cosiddetti "intangibili": a cominciare dal fatto che, mediamente, un malato di Alzheimer richiede ben 20 ore di assistenza al giorno! Ben si comprende come il rischio di istituzionalizzazione sia particolarmente elevato in tali condizioni. Anche quando il paziente viene inserito in un programma di lungodegenza, il familiare continua a sperimentare molto spesso sensi di colpa e mancanza di sostegno. Appare quindi auspicabile che le stesse strutture residenziali continuino a fornire ai familiari – pur se non più gravati dall'accudimento fisico del paziente – consigli, gruppi di sostegno, programmi educativi e counseling finalizzato a offrire loro sostegno sociale ed emotivo.

È abbastanza diffusa tra le famiglie la volontà di continuare ad assistere a casa il malato (di più che rispetto ai familiari dei gravi pazienti psichia-

trici), purché ottengano un aiuto professionale domiciliare, informazioni precise sulla malattia, la possibilità di usufruire di brevi periodi di ricovero o di centri diurni (Mace e Rabins, 1995).

Prima di ogni eventuale intervento psicoterapico e psicosociale, appare fondamentale una accurata valutazione clinica del malato, che prenda in considerazione non solo il versante cognitivo (per il quale esistono ovviamente numerosi test specifici), ma anche quello funzionale e comportamentale (in altre parole la valutazione della capacità di svolgere le comuni attività quotidiane), per individuare con maggior precisione possibile il grado e il tipo di deficit e le capacità residue (Carlomagno e Caltagirone, 1998).

Molto spesso le terapie, comprese quelle farmacologiche, non possono avere altro scopo che mantenere la migliore qualità di vita possibile, semplicemente potenziando le "isole di funzionamento" ancora esistenti. A tale scopo, gli interventi non farmacologici sono sempre stati sostanzialmente guidati dal principio *use it or lose it!* proponendosi sempre come un complemento dei trattamenti farmacologici e proponendosi come tecniche riabilitative più che come terapie vere e proprie. Si tratta, come vedremo, di interventi utilizzabili principalmente negli stadi iniziali della malattia, che cercano di limitare l'impatto della disabilità, lavorando per conservare il più alto livello di autonomia personale del paziente, compatibile con lo stadio della malattia (Zanetti e Metitieri, 1998). Va comunque precisato che su questi interventi sono ancora scarsi il consenso e la validazione.

Gli studiosi delle demenze sottolineano come il funzionamento dei pazienti rimanga molto spesso al di sotto delle loro reali possibilità, da un lato perché tendono a suscitare nell'ambiente di cura una "psicologia sociale malevola" che li colpisce e li priva ulteriormente delle loro abilità residue (Kitwood, 1993), dall'altra perché proprio a causa della diminuzione delle loro competenze e del loro funzionamento, hanno più probabilità di venire influenzati negativamente dalle circostanze ambientali in cui vengono a trovarsi: ad esempio, molti malati iniziali sono sin troppo facilmente e intempestivamente vicariati da caregiver eccessivamente accudenti e ansiosi.

Gli interventi psicologici messi a punto per queste situazioni cliniche sono stati pensati per l'ambiente di cura e per le famiglie, ma anche per i pazienti stessi. I loro obiettivi principali sono: 1. ottimizzare lo stato funzionale (anche attraverso modifiche ambientali, l'attività fisica e un livello adeguato di stimolazione e di supporti mnesici); 2. fornire un adeguato livello di cure specifiche; 3. identificare e trattare le complicanze (depressione, aggressività, sintomi psicotici, disturbi del comportamento); 4. fornire informazioni al paziente e alla famiglia; 5. fornire supporti socio-assistenziali e consulenza.

Gli interventi ambientali appaiono del resto fondamentali in ogni malattia caratterizzata da disabilità ed handicap: l'ambiente, infatti, può compensare o accentuare le conseguenze del deficit. Tutti gli Autori concordano pertanto sull'importanza dell'individuazione dei livelli ottimali di stimolazione: difatti, scarse o eccessive stimolazioni si traducono spesso in scompensi emotivi del paziente. Le sollecitazioni dovrebbero mantenersi in un range di poco superiore al livello di adattamento del paziente.

Gli interventi proposti possono variare da semplici modifiche, alla creazione di ambienti specifici e prevedono essenzialmente facilitazioni temporali e spaziali nell'ambiente di vita del paziente, mediante l'uso di calendari, colori per le diverse stanze, segnali chiaramente leggibili, diari, segnaposto, suonerie, percorsi luminosi, ecc.

Altrettanto importanti interventi sono primariamente rivolti ai familiari, considerato il ruolo fondamentale svolto da questi nell'assistenza dei pazienti dementi, la maggior parte dei quali vive comunque a lungo in famiglia o è assistita al proprio domicilio. Prevedono – in linea con l'approccio psicoeducativo da tempo esistente all'interno della prospettiva cognitivista – opuscoli informativi e biblioterapia, incontri informativi sulla natura del disturbo, il decorso, la gestione, le terapie farmacologiche; ma anche gruppi di mutuo aiuto, consulenze per la gestione dello stress personale, l'apprendimento di tecniche comportamentali, la massimizzazione del sostegno da parte dei servizi e delle risorse disponibili; fino a terapie familiari basate sul modello cognitivista delle Emozioni Espresse, le quali cercano di modificare particolari modalità interattive intrafamiliari riducendo il livello complessivo di "tensione emotiva" e migliorando la comunicazione verbale e non verbale con il paziente demente, aiutano i familiari ad assumere il punto di vista del paziente e a tener conto delle sue difficoltà cognitive, utilizzando un linguaggio semplice e diretto e imparando nuove e più appropriate modalità comunicative (Liscio e Cavallo, 2000; Ploton, 2003).

Particolare attenzione è rivolta ai sintomi depressivi (sui quali si applicano le specifiche tecniche della terapia cognitiva), presenti nel 25-70% dei familiari, che hanno quindi quasi sempre bisogno di sostegno psicologico, ascolto e dialogo, oltre che di indicazioni e suggerimenti utili per la gestione del paziente, di informazioni semplici e precise sulla natura della malattia, sulle effettive capacità del paziente, sulla necessità di coinvolgerlo nelle attività del vivere quotidiano e sulle modifiche da apportare all'ambiente, anche al fine di ritardare, ridurre o evitare l'istituzionalizzazione del paziente (Mancinelli, 2000).

Per quanto riguarda infine gli interventi psicologici rivolti direttamente al paziente demente, essi si sono sviluppati essenzialmente a partire dal-

l'evidenza sperimentale di una maggiore "conservazione" della memoria procedurale rispetto a quella dichiarativo-semantiche.

Lo scopo principale delle tecniche cognitivo-comportamentali più utilizzate nelle demenze consiste nell'ottenere miglioramenti significativi dei comportamenti funzionali, valutando nel corso del trattamento i compiti svolti dalla persona dal punto di vista dell'accuratezza, della velocità di esecuzione, della completezza e della accuratezza e l'importanza che un singolo compito riveste nel mondo reale della persona e la sua applicazione alle situazioni funzionali.

La terapia cognitiva più diffusa per i pazienti con deterioramento è senz'altro la **Terapia di Orientamento alla Realtà (ROT)** (Folsom, 1968). La ROT è utilizzabile solo in soggetti in possesso di abilità residue. È al momento l'unica terapia che, in alcune sperimentazioni controllate, si è dimostrata efficace nel rallentare il deterioramento in pazienti con compromissione lieve-moderata e senza rilevanti disturbi comportamentali. Ha come scopo quello di ri-orientare il paziente rispetto al Sé, alla propria storia e all'ambiente circostante. Utilizza ripetute e ritualizzate stimolazioni multimodali: verbali, visive, scritte, musicali (reiterazioni di informazioni) che si prefiggono di rafforzare le informazioni di base del paziente rispetto alle coordinate spazio temporali e alla storia personale (inizialmente spazio e tempo attuali e partecipanti al gruppo, poi – anche con l'uso di diapositive – città, regione, nazione, mondo). Si possono usare schede standardizzate e le sedute vengono registrate. Le sessioni avvengono in genere in piccoli gruppi di massimo 6 persone, con frequenza quotidiana e una durata di 45 minuti, in stanze dotate di calendario e orologio. Ma è anche possibile utilizzare una modalità diffusa nelle 24 ore, con la partecipazione di tutto il personale di assistenza, dei familiari, degli eventuali volontari presenti nella vita del paziente (ROT cosiddetta informale).

Holden e Woods (1988), in una metanalisi di 21 sperimentazioni controllate su 677 persone con demenza hanno dimostrato come la ROT – specie combinando i due metodi, formale e informale – possa produrre un miglioramento significativo in diverse misure di orientamento. Le schede di lavoro impiegate nella ROT si possono trovare in Holloran e Bressler (1997).

Anche la **Tecnica di Spaced-Retrieval** è caratterizzata dal recupero di una stessa informazione (per esempio l'associazione nome-viso) ad intervalli di tempo crescente.

Negli ultimi dieci anni gli studi sulla memoria procedurale – in sostanza il sapere fare le cose senza saper dire come le si fanno – e gli studi sul cosiddetto "inconscio modulare" che agirebbe in parallelo e in sinergia con la coscienza seriale, hanno dato nuovi impulsi al tentativo di mettere a

punto strategie terapeutico-riabilitative nei disturbi organici della coscienza stessa.

Del resto, già negli anni '80, Marcel aveva fornito alcune interessanti evidenze sperimentali riguardanti la memoria procedurale, mostrando come soggetti con cecità corticale da danno neurologico occipitale potessero intraprendere azioni motorie come l'afferrare oggetti posti nel loro emicampo visivo cieco, grazie alla percezione non cosciente di tali oggetti. O ancora, come soggetti affetti da prosopagnosia – e quindi difficoltà al riconoscimento dei volti – forniscano risposte automatiche differenti se posti di fronte a volti non conosciuti, conosciuti, familiari o affettivamente rilevanti e siano comunque in grado di ordinare tali volti secondo un grado di familiarità, pur non sapendo dire di chi effettivamente si tratti.

Queste osservazioni sono alla base dello sviluppo della tecnica chiamata **Memory Training**, che si appoggia proprio sulla capacità dei pazienti di svolgere attività quotidiane tanto più queste siano familiari e organizzate in una sequenza ripetuta e prevedibile, al fine di migliorarne l'apprendimento procedurale motorio, sensoriale e cognitivo. Si tratta di una sorta di allenamento quotidiano (generalmente un'ora al giorno per cinque giorni a settimana) ad attività quotidiane (lavarsi, vestirsi, contare denaro, preparare il caffè ecc.) in una sequenza strutturata spaziotemporalmente, attraverso l'evocazione di tutti i presupposti che favoriscono e determinano una certa azione. È fondamentale, per ottenere dei risultati, la ripetizione degli input. Il Memory Training si può svolgere sia in sedute individuali, sia in piccoli gruppi. Uno studio di Zanetti e coll. (1997) ha mostrato un miglioramento significativo nei tempi di esecuzione sia nelle attività allenate sia in quelle non allenate, nei pazienti che ricevevano il Memory Training.

Per completezza di informazione, citiamo anche la cosiddetta **Terapia di Reminiscenza**, che si rivolge soprattutto ai pazienti in fase iniziale: qui gli eventi remoti rappresentano lo spunto per stimolare le risorse mnestiche residue, sfruttando la naturale tendenza dell'anziano a rievocare il proprio passato e rendendo questo processo più consapevole e deliberato. Si utilizzano fotografie, musica, registrazioni, frasi del passato, per stimolare tutta una serie di ricordi personali e per facilitare la loro correlazione con altri fatti. Anche la Terapia di Reminiscenza si serve di setting individuali o di piccoli gruppi.

Per i pazienti in stadio più avanzato, Feil (1992) ha proposto la **Terapia di Validazione**, rispetto alla quale non esistono però prove di efficacia. Questa si propone di migliorare le relazioni interpersonali del paziente con demenza, attraverso la verbalizzazione e la condivisione di emozioni, per mezzo di incontri settimanali di 30-60 minuti, individuali o di gruppo, che

prevedono un momento di ascolto musicale, quindi un colloquio, ma anche esercizio fisico e condivisione del cibo.

Sempre negli stadi più avanzati delle demenze, troviamo tecniche riabilitative di tipo artistico-espressive, artigianali, ludiche, oltre a stimolazioni specifiche che utilizzano la ludoterapia, la musicoterapia o la pet-therapy.

L'obiettivo più importante per uno psicoterapeuta evolutivisticamente orientato, cioè quello di favorire l'esprimersi di performance innate già presenti, piuttosto che costruire neocompetenze, può quindi essere perseguito sia con tecniche dialogiche classiche, come discusso nella prima parte dell'articolo, sia con tecniche a forte componente tacita e non verbale, come descritto per i quadri demenziali. Il soggetto anziano, il quale per definizione ha meno urgenza di apprendere dalla vita e dalle relazioni, si segnala come particolarmente adatto ad un intervento del terapeuta cognitivo che si giova di paradigmi evolutivistici nelle proprie procedure.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, IV ed., American Psychiatric Association Press, Washington
- Blazer D.G., George L., Huges D. (1991) *The epidemiology of anxiety disorders: an age comparison*, in Saltzman C., Lebowitz B. (eds.) *Anxiety disorders in the elderly*, New York, Springer, 17-30
- Carlomagno S., Caltagirone C. (a cura di) (1998) *Valutazioni del deficit cognitivo e comportamentale nella pratica neurologica*, Bracco, Milano
- Feil N. (1992) *Validation. The Feil method*, Edward Feil Production, Cleveland
- Folsom J.C. (1968) "Reality orientation for elderly mental patient", in *Journal of Geriatric Psychiatry*, 1, 291-307
- Goldstein R.K. (1982) "Individual psychotherapy and the elderly", in *Psychotherapy*, 2, 19, 412-418
- Hautzinger M., Welz S. (2004) "Cognitive behavioural therapy for depressed older outpatients: a controlled, randomized trial", in *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37, 427-435 – PMID 15614594
- Holden U.P., Woods R.T. (1988) *Reality orientation, psychological approaches to the "confused elderly"*, 2nd edition, Churchill Livingstone, Edimburgh
- Holloran S., Bressler E. (1997) *Orientamento nella realtà. Riorganizzazione cognitiva in persone con traumi cerebrali*, Erickson, Trento
- Kitwood (1993) "Person and process in dementia", in *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 541-545
- Knight B. (1996) *Psychotherapy with older adults*, Thousand Oaks, Sage, California
- Koder D., Brodaty H., Anstey K. (1996) "Cognitive therapy for depression in elderly", in *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 97-107

- Liotti G. (2005) *La dimensione interpersonale della coscienza*, nuova edizione, Carocci, Roma
- Liscio M., Cavallo M.C. (2000) *La malattia di Alzheimer. Dall'epistemologia alla comunicazione non verbale*, McGraw-Hill, Milano
- Mace N.L., Rabins P.V. (1995) *Demenza e malattia di Alzheimer. Come gestire lo stress dell'assistenza*, Erickson, Trento
- Mancinelli I. (2000) *Interventi psicologici, supporto familiare e assistenza*, in P. Pancheri, L. Ravizza (a cura di) *Demenza degenerativa primaria e disturbi depressivi*, Pacini Editore, Ospedaletto di Pisa, 437-492
- Nesse R.M., Williams G.C. (1994) *Why we get sick? The new science of darwinian medicine*, Times Books, New York (trad. it. di R. Satolli, *Perché ci ammaliano. Come la medicina evolutivistica può cambiare la nostra vita*, Einaudi, Torino 1999)
- Panksepp J. (2003) "Feeling the pain of social loss", in *Science*, 302, 237-239
- Pettenati C., Spadin P., Villani D. (1995) *Vademecum Alzheimer*, Associazione Italiana Malattia di Alzheimer, Milano
- Ploton L. (2003) *La persona anziana. L'intervento medico e psicologico. I problemi delle demenze*, Cortina, Milano
- Tirrito T. (2003) *Aging in the new millennium: a global view*, University of South Carolina Press, Columbia, South Carolina
- Zanetti O., Binetti G., Magni E., Rozzini L., Trabucchi M. (1997) "Procedural memory stimulation in Alzheimer's disease: impact of a training programme", in *Acta Neurologica Scandinavica*, 95, 152-157
- Zanetti O., Mettieri T. (1998) *La riabilitazione cognitiva e cognitivo-comportamentale nel paziente demente*, in M. Trabucchi (a cura di) *Le demenze*, Utet, Torino

RIASSUNTO. Gli Autori esaminano la configurazione che la psicoterapia cognitiva in genere, e quella evolutivisticamente orientata in particolare, è opportuno abbia dinanzi ai soggetti anziani. Vengono discusse le necessarie modifiche tecniche di ascolto, di analisi della relazione terapeutica e di intervento. Si descrivono quindi i modelli di cura cognitivista per il rallentamento della progressione del danno nei quadri demenziali.

Parole chiave: anziani, demenze, terapia cognitiva, modello cognitivo evolutivista, riabilitazione cognitiva.

SUMMARY. Elderly patients order a technical adjustment in cognitive psychotherapy and cognitive-evolutionary perspective. Some modifications in therapeutic dialogue and in technical interventions are discussed. At last, cognitive treatment's models in dementia are described.

Key Words: Elderly, Dementia, Cognitive Therapy, Cognitive-Evolutionary Perspective, Cognitive Rehabilitation.