

L'identità oltre i ricordi perduti: la demenza di Alzheimer

SABRINA GAROLFI, SILVANA LERDA

Summary – THE IDENTITY BEYOND LOSS MEMORIES: THE ALZHEIMER'S DISEASE. The autobiographical memory allows us to keep the traces of our past, putting them in a precise time and space to be used in the future. Therefore, it allows to build, to keep and to re-build our identity in the past, present and future. The Alzheimer's Disease is a degenerative cerebral disease, characterized by a deficiency of all memories and consequently also of the autobiographical one, leading to the loss of the Self-identity. However, while the cognitive aspect is diminishing, the affective and the emotional ones and the thought are still alive. Respect, consideration and empathic listening of the inner world, together with some therapeutic Adlerian strategies, can protect the identity of the patient affected by Alzheimer's dementia.

Keywords: IDENTITY, AUTOBIOGRAPHICAL MEMORY, ALZHEIMER'S DISEASE

I. Introduzione

«Noi siamo quelli che siamo per via di ciò che impariamo e di ciò che ricordiamo» (41, p. 11): è così che con questa frase lo psichiatra e neuroscienziato Eric Kandel, premio Nobel nel 2000 per le sue ricerche sulla memoria, sintetizza i suoi 50 anni di studi e di sperimentazioni.

La memoria è la funzione psicologica che ci permette di codificare e immagazzinare un'informazione o un'esperienza in una fase di apprendimento e, poi, di rievocarla in una fase di recupero. In virtù di tale funzionamento, ogni essere vivente può conservare le tracce delle proprie esperienze passate, riprodurle, riconoscerle e localizzarle in un tempo e in uno spazio preciso, e poi servirsene per gli eventi futuri e per la relazione con gli altri. È in tal senso che la memoria è la funzione psicologica che ci caratterizza di più come individui: i ricordi costituiscono la nostra identità personale, contengono le nostre esperienze e sono alla base di tutte le attività della vita quotidiana [44].

Alla luce di queste considerazioni, la frase di Cartesio “*Cogito ergo sum*” potrebbe apparire alquanto riduttiva: noi, infatti, non siamo ciò che siamo semplicemente perché pensiamo, ma anche perché abbiamo la capacità di ricordare ciò che abbiamo pensato. La memoria è l’impalcatura che sostiene la nostra storia personale e che ci permette di spostarci nel tempo: in essa sono custodite tutte le esperienze e le impressioni del passato, che possono essere riattinte e rielaborate nel presente, per il mantenimento di quegli elementi di identità che ci permettono di creare ipotesi sul futuro, sul nostro piano di vita. In relazione a ciò, quindi, un individuo senza memoria del suo passato non solo non può immaginare il proprio futuro, ma nemmeno comprendere il proprio presente perché, esaurendo la capacità di viaggiare nel tempo, si separa da tutto ciò che tiene ancorato il senso di sé, fino all’impossibilità di accedere alla propria vita psichica, che finisce col non esistere più.

Il caso emblematico della perdita dell’identità, progressiva e inesorabile, conseguente alla compromissione delle funzioni mnestiche, è rappresentato dalla Malattia di Alzheimer. Sebbene questo argomento sia già stato precedentemente affrontato in chiave adleriana [25, 46], l’ulteriore attuale disamina focalizza gli aspetti relativi allo smarrimento dell’identità, impoverita da ogni legame temporale con il passato, presente e futuro. Rispetto a tali problematiche, tralasciando l’approccio psicodinamico già ampiamente ed esaurientemente dibattuto [25, 46, 57], l’intento è di proporre alcune strategie terapeutiche mirate, che paiono però ben prestarsi al modello adleriano.

II. *L’uomo e il legame col tempo*

Non c’è esperienza psicologica e umana che non si accompagni alla presenza del tempo; anzi, è il tempo stesso a offrire a ogni vissuto, esistenza e gesto, la fisionomia che gli è propria [61]: ciò accade anche nel caso della memoria, attraverso la quale l’uomo fa quotidianamente esperienza della propria dimensione temporale. L’uomo, infatti, in quanto essere finito e limitato nello spazio e nel tempo, gettato nel mondo mortale, dunque inferiore, è costantemente immerso in un flusso spazio-temporale, sempre in bilico fra il passato, il presente e il futuro [29].

Non esiste solo il tempo dell’orologio, che scandisce le ore in eguale misura per tutti noi e che è totalmente estraneo a ogni risonanza emozionale, ma c’è anche il tempo interiore che è soggettivo, che viene progettato e cambia in ognuno di noi a seconda degli stati d’animo, delle emozioni, delle varie situazioni e dei vari momenti dell’esistenza: è il tempo vissuto, nel quale si esprime l’esistenza e che può essere conosciuto solo con la vita che, in ogni presente esistenziale, esprime un passato che trattiene e un avvenire che proietta [33, 52]; è quel tempo che «indipendentemente dalla scansione cronologica delle ore, ci fa vivere in misura

diversa una uguale estensione temporale» (8, p. 42). Proprio per il fatto che il tempo è vissuto in modo differente da ognuno di noi, esso ha una dimensione soggettiva e il suo essere viene definito dalla “cura” che l’uomo ha per le cose in vista della loro utilizzazione [33]. È questo il tempo cui si riferisce anche Adler: la vita psichica risulta, quindi, sospesa in una sorta di equilibrio instabile, fra il presente del passato nella dimensione della memoria e del ricordo, il presente del presente nella dimensione dell’intuizione e il presente del futuro nella dimensione dell’attesa e della speranza [48]. «Il passato e l’avvenire non esistono che in rapporto al presente e non hanno altro senso, così come il presente non ha potuto nascere che dal passato al quale deve ricongiungersi, come deve d’altra parte necessariamente dare origine all’avvenire» (48, p. 36).

Al centro della psicologia dinamica di Adler vi è l’innata attitudine dell’uomo a “spingersi in avanti”, prendendo slancio proprio dalle esperienze trascorse che vengono, quindi, riattinte e riplasmate da quella sorta di magazzino che è la memoria, custode del passato, per dar vita a ipotesi creative sul futuro, sul piano di vita. «L’agire, quindi, è caratterizzato da un costante intuire se stesso immerso in un flusso spazio-temporale, in cui il “non più”, l’“attuale” e il “non ancora” non sono da considerarsi come antitetici e irrimediabilmente contrapposti, ma carichi di un comune “significato”» (28, p. 60). L’esistenza dell’uomo, in quanto “essere gettato nel mondo”, è definita dalla sua possibilità di progettare a partire da quella situazione che è il proprio passato: per tale ragione, come sostiene Heidegger, è nella temporalità che è riposta l’originaria unità della struttura dell’esistenza stessa e ogni manifestazione vitale diviene il luogo di convergenza del passato, del presente e del futuro [2]. L’uomo è essere nel mondo in quanto esiste in un mondo di cose e di altre persone, nel quale egli è situato in maniera dinamica: ogni suo aspetto non è una proprietà che determina la sua realtà, ma è sempre e solo una sua possibile modalità di essere. «L’uomo non è solo necessità meccanica e organizzazione, cioè non è solo mondo o “nel mondo”; la sua presenza deve essere intesa come [...] progetto e apertura di mondi» (5, p. 174).

La mente umana ha, quindi, quella facoltà *previsionale* che permette all’individuo di muoversi nel tempo, proiettandosi nel futuro. Naturalmente, dal momento che per natura noi non siamo profeti, quando si parla di previsione non si intende la facoltà di vedere avanti a sé tutto ciò che non è ancora, bensì la facoltà previsionale della mente, di trarre cioè dalla generalizzazione dell’esperienza del passato una regola empirica che consenta un minimo di previsione sul futuro.

In questa visione dinamica, l’uomo non è più considerato come un recipiente passivo di stimoli interni o esterni, ma «il prodotto dell’interazione di influenze ambientali ed ereditarie, alle quali si intreccia la naturale propensione “ermeneutica” che fa sì che *interpretando* egli possa trasformarsi da *schiaivo*, soggiogato da cause biologiche e ambientali, in un *artista* che, *filtrando* le proprie impressioni sotto la spinta della personale “legge dinamica” ascensionale dal basso verso l’alto, “crea” il soggettivo, unitario e indivisibile *piano di vita*» (28, p. 61).

L'agire dell'uomo non è, quindi, solo deterministicamente condizionato, ma è anche e soprattutto finalisticamente orientato, così da trovarsi immerso nel suo divenire: è come dire che alla determinazione del presente non partecipa solo il passato, ma anche il futuro. In altre parole, l'Esserci non è solo la storia passata, ma anche e sempre la possibilità stessa nella quale si progetta [37].

I pensieri, i sentimenti, le emozioni, la volontà, la percezione, i sogni, i ricordi, le esperienze, tutti i fenomeni psicofisici dell'uomo, insomma, subiscono l'influsso del piano di vita, «elaborato *liberamente, soggettivamente, inconsciamente, per compensare una condizione* d'ansia depressiva generata dall'intollerabile condizione di carenza iniziale» (28, p. 67).

III. *I vari tipi di memoria*

Non è noto tuttora quanti diversi sistemi mnemonici esistano e come questi debbano essere nominati. Tuttavia, è opinione condivisa che all'interno della memoria a lungo termine si debba distinguere: la *memoria dichiarativa*, che è la memoria per i fatti, le idee e gli eventi, e contiene tutte le informazioni che siamo in grado di descrivere, in quanto possono essere riportate a livello conscio sotto forma di proposizione verbale o come immagine visiva; la *memoria procedurale* che, invece, contiene quelle informazioni che non siamo in grado di descrivere e che non sono oggetto di riflessione, come ad esempio, alcune abilità che possediamo. A differenza della memoria dichiarativa, che è conscia, esplicita, quella procedurale è inconscia o definita anche implicita.

All'interno della memoria dichiarativa, inoltre, si distinguono la *memoria semantica*, che contiene la conoscenza generale che abbiamo del mondo (concetti, regole, linguaggio), e la *memoria episodica*, che si riferisce a eventi contraddistinti da un preciso contesto spazio-temporale e la cui caratteristica principale è quella di riguardare i ricordi autoreferenziali, che si riferiscono, cioè, alla persona stessa che ricorda e che rendono la vita di quell'individuo unica e irripetibile. La memoria episodica, quindi, tende ad essere autobiografica, in quanto i ricordi in essa immagazzinati, di cui ogni giorno ci serviamo più o meno consapevolmente, sono alla base della nostra identità: essi ci consentono di muoverci nel mondo, come genitore o come figlio, come lavoratore o come studente, avendo piena coscienza delle nostre capacità. L'individuo, consapevole di sé, sa valutare le proprie caratteristiche fisiche e psichiche e, quindi, calcolare la propria disponibilità ad affrontare nuovi compiti e nuove sfide, in base alla memoria del suo passato [34].

Dal punto di vista neurofisiologico, la memoria dichiarativa e quella procedurale dipendono da sistemi cerebrali separati. In particolare, la prima dipende dal lobo temporale mediale, in corrispondenza di un'estesa regione cerebrale che include

l'amigdala, l'ippocampo e la corteccia circostante, mentre la seconda è riconducibile all'amigdala, al cervelletto, allo striato e a specifici sistemi sensoriali e motori reclutati per svolgere i compiti riflessi.

III.1. *Come la memoria influenza l'architettura del cervello*

Soltanto alcune informazioni, una volta elaborate, passano dalla memoria a breve termine a quella a lungo termine. Raramente la decisione di immagazzinare o di scartare un'informazione viene presa in modo del tutto consapevole; la sede, infatti, di tale "decisione" è l'ippocampo ed è dipendente da due fattori: il significato emotivo dell'informazione e la conoscenza dell'informazione stessa e di ciò che a essa è connesso. Le informazioni contenute nella memoria a lungo termine non sono organizzate in modo indipendente le une dalle altre, ma connesse tra di loro in base a certe caratteristiche che ne permettono l'associazione: questo fa sì che di un evento possiamo ricordare aspetti diversi a seconda anche delle conoscenze precedenti. L'atto del ricordare, infatti, consiste in una ricerca nella memoria a lungo termine, attraverso cui le informazioni collegate con un certo evento vengono riportate alla consapevolezza.

Ma cosa avviene nel cervello quando apprendiamo e ricordiamo?

Fu Eric Kandel, neurologo, psichiatra e neuroscienziato statunitense, a far luce sui processi biologici e molecolari cerebrali alla base dell'apprendimento e della memoria, partendo dalla biologia di una lumaca marina (*Aplysia*) che, con i suoi 20000 neuroni (contro i 100 miliardi dell'uomo), si è rivelata soggetto ideale di studio. È noto che gli eventi che si svolgono nel cervello derivano dai cambiamenti dei segnali tra i singoli neuroni e questi, a loro volta, dipendono dalle attività di particolari molecole presenti nelle cellule nervose. In particolare, l'apprendimento modifica la capacità dei neuroni di comunicare fra loro. Si crea una memoria quando le modifiche persistono nel tempo. Come già è stato detto, l'archiviazione delle informazioni è caratterizzata da due fasi: una memoria a breve termine che dura alcuni minuti e una memoria a lungo termine che dura giorni, settimane e anche per tutta la vita. La memoria a breve termine si basa su un cambiamento funzionale della capacità di segnalazione tra neuroni; quella a lungo termine, invece, comporta un effettivo cambiamento strutturale-anatomico a livello del numero di siti di segnalazione [42, 61].

Già Ramón y Cajal, alla fine dell'Ottocento, aveva visto che le cellule nervose sono reciprocamente connesse a formare precisi reticoli nervosi, in modo tale, cioè, da stabilire sempre collegamenti con alcuni neuroni, ma non con altri. La formazione di tali reticoli nervosi si basa su un preciso quadro di espressione genica. Ma, allora, in che cosa consiste il cambiamento quando impariamo e ricordiamo, visto che le connessioni dei neuroni sono disposte in maniera così rigorosa?

Alla base di tale cambiamento vi è la modulazione della forza delle connessioni sinaptiche, cioè della facilità con cui un potenziale di azione stimola o inibisce la propria cellula bersaglio, che non è una proprietà fissa, ma modificabile, caratterizzata da plasticità. L'apprendimento si basa, quindi, sulla capacità delle sinapsi di essere rafforzate: in tal modo la capacità dei neuroni di comunicare reciprocamente tra di loro subirebbe delle modulazioni. La persistenza di queste alterazioni della comunicazione sinaptica, la cosiddetta plasticità sinaptica, costituisce il meccanismo di base della formazione della memoria a breve termine.

La conversione della memoria a breve termine in memoria a lungo termine necessita, invece, dell'attivazione di particolari geni. In generale, il neurotrasmettitore, liberato nello spazio intersinaptico dal neurone presinaptico in seguito al potenziale di azione, interagisce con il recettore della cellula postsinaptica; si induce così l'attivazione di un enzima all'interno della cellula, che altera la concentrazione di una molecola segnale intracellulare, detta secondo messaggero; quest'ultimo, infine, convoglia il segnale extracellulare nell'ambiente intracellulare. Il primo e il più conosciuto dei secondi messaggeri è l'adenosina monofosfatociclico (cAMP), coinvolto, anche se non esclusivamente, nell'immagazzinamento della memoria. Il cAMP svolge il suo ruolo attraverso l'attivazione della proteinchinasi cAMP-dipendente (PKA), che attiva una proteina, definita CREB-1, che a sua volta attiva i geni necessari per la formazione della memoria a lungo termine, attraverso la produzione di proteine deputate allo sviluppo di nuove sinapsi. Questo è il meccanismo attraverso cui l'immagazzinamento e il consolidamento delle informazioni che riceviamo modificano il nostro cervello.

Questa notevole plasticità dell'encefalo è fondamentale per la nostra individualità e per tutti gli aspetti della vita psichica. Infatti, dal momento che ognuno di noi cresce in ambienti sociali e familiari diversi e acquisisce esperienze in qualche modo differenti, l'architettura dell'encefalo di ognuno di noi è modificata in maniera unica; persino i gemelli omozigoti, pur avendo gli stessi geni, non avranno due encefali totalmente identici, poiché hanno comunque acquisito esperienze differenti [61]: ecco la base organica dell'unicità e dell'irripetibilità dell'uomo.

IV. La memoria autobiografica

La memoria autobiografica, in quanto correlata ai ricordi che un individuo ha di se stesso, è connessa all'immagine di sé, all'autostima, ai fattori emotivi, all'autoriflessione e al proprio senso di efficacia: senza tale funzione psicologica non potrebbe manifestarsi alcuna crescita individuale, né cognitiva, né emotiva, né relazionale, né dell'immagine del Sé.

IV.1. *La memoria autobiografica e il suo legame con il tempo*

La memoria non è semplicemente un magazzino inerme e immobile di ricordi, che ci permette di contemplare quanto si è fatto, ma è l'insieme di quei fenomeni che si basano sulla cinetica delle reminiscenze stesse. Esporre semplicemente davanti a sé o ad altri le proprie esperienze significa offuscarsi, spegnersi, adottare un atteggiamento che è contrario alla vita, che è, invece, movimento. «In realtà, fintanto che un soffio di vita palpita in noi, vediamo le opere passate sintetizzarsi come in una massa compatta che sembra avere un solo scopo, quello di farci procedere oltre» (48, p. 149). Il passato non si dispiega davanti a noi come una serie di esperienze successive, svincolate fra di loro, ma si condensa, si raccoglie per dare vita, ovvero per restituire un senso che diventa slancio verso l'avvenire.

La memoria si costituisce, quindi, come uno strumento per stare nel tempo, per ricavare da esso la propria identità, un modo per cercare di attribuire un senso unitario al succedersi degli eventi e alle scelte umane [17].

Ricordare il passato, allora, equivale a compiere un «viaggio mentale nel tempo, che ci svincola dalle costrizioni di spazio e tempo e ci consente di muoverci liberamente in dimensioni del tutto diverse» (41, p. 5). «Dalla memoria rinascono continuamente i ricordi che [...] influenzano i modi con cui riviviamo l'avvenire. Le speranze sono nutrite anche delle cose che abbiamo vissuto e che sono nascoste, quasi imprigionate, nella memoria; e così i ricordi si rispecchiano nelle speranze che sono state e sono in noi» (7, p. 84).

Non esisterebbe alcuna vita psichica se il passato, richiamato dalla memoria, non reclamasse la sua esistenza e non influenzasse in qualche modo gli eventi attuali e futuri. Se, infatti, un individuo si facesse guidare nel suo comportamento solo dagli stimoli attuali, siano essi di natura esterna o interna, vivrebbe solo nel presente e le sue reazioni di fronte alla medesima situazione sarebbero sempre le stesse, rinunciando a qualunque apprendimento o evoluzione. Grazie, invece, alla memoria autobiografica, può avvenire la crescita personale, sia cognitiva sia emotiva sia relazionale sia di immagine del sé, intendendo con ciò il grado di autostima, la conoscenza dei propri limiti e possibilità, consapevolezza delle proprie origini e senso di appartenenza.

Tramite la memoria, quindi, possiamo recuperare nel presente i ricordi del passato, le nostre esperienze, le nostre impressioni, ciò che siamo stati, per proiettarli e proiettarci nel futuro e intravedere, così, ciò che potremmo essere ancora. «Si potrebbe quasi parlare in questo senso di *memoria prospettica*, memoria nella quale il passato, riunito in un sol blocco, interviene soprattutto sotto forma del *superato* o del “da superare” e non come passato nel senso abituale del termine. [...]. C'è sempre una successione che progredisce e che, giungendo al presente, sembra non aver altro senso che quello di stimolarci a prendere slancio per continuare questo cammino in avanti» (48, pp.149-150).

Se non avessimo memoria di noi stessi e una buona consapevolezza delle nostre capacità, sulla base delle esperienze passate, non saremmo in grado di costruire nuove identità sociali e professionali, per adattarci alle esigenze del nostro percorso di vita.

Nella memoria, quindi, non c'è solo il ricordo del tempo della felicità vissuta, ma anche la speranza della felicità: nell'esperienza presente del tempo, il passato si intreccia con il futuro, diventando così una risorsa. Tutto ciò è in accordo con il dinamismo essenziale della vita e con il finalismo "morbido" della Psicologia Individuale.

IV. 2. *L'autobiografia: il raccontarsi nel tempo*

«C'è un momento, nel corso della vita, in cui si sente il bisogno di raccontarsi in modo diverso dal solito. [...]. Tale bisogno, i cui contorni sfumano e che può restare per il resto dell'esistenza come una presenza incompiuta, ricorsiva, insistente, è ciò che prende il nome di *pensiero autobiografico*» (20, p. 9). Il pensiero autobiografico si configura come quell'insieme di ricordi della propria vita trascorsa, di ciò che si è stati e di ciò che si è fatto, e anche laddove si rivolga a un passato doloroso, costellato da errori commessi e da occasioni perdute, consente un ripatteggiamento.

Tale riconciliazione avviene dal momento in cui il pensiero autobiografico, che nasce dalla propria individualità, abbandona la sua origine individualistica e diventa altro: a quel punto noi diventiamo attori e spettatori della nostra vita, condividiamo l'essere al mondo con gli altri e la nostra storia non è più tutta nostra. Ci trasformiamo, allora, in spettatori della nostra vita: ci vediamo sbagliare, soffrire, gioire, amare. «Noi, autori di noi stessi, ci scopriamo non del tutto certi di essere stati e di aver sperimentato quanto ci è accaduto» (20, p. 13). Quando, poi, dal pensiero autobiografico passiamo al *lavoro autobiografico*, cioè quando la scrittura si unisce alla memoria di sé, tale pensiero si amplia e si struttura; e allora possiamo far nascere il racconto di noi, sottraendo le nostre esperienze al flusso talora caotico del divenire, per ordinarle secondo il nostro piano di vita. E' tramite il lavoro autobiografico che noi colleghiamo e intrecciamo, come tessitori, i nostri ricordi, con lo scopo di cercare e di costruire il senso della nostra vita. Il passato, sottratto dalla minaccia della dispersione, si unisce al presente e si proietta nel futuro, permettendo ai diversi Io delle tante esperienze di dare vita ad un unico Io. L'autobiografia ci porta ad accettare tutto ciò che siamo stati e a intravedere ciò che ancora potremmo essere. Il passato ci cura solo quando, diventando una promessa per il futuro, si configura risorsa.

I ricordi associati tra di loro danno luogo all'attribuzione di significato al mondo, alle situazioni, agli altri e alla nostra esistenza. «Ogni singolo ricordo è un segno; un *signum* che ha graffiato la nostra vita, ma ogni ricordo appartiene a una rete di rimembranze e si trasforma ben presto ora in una scena, ora in una

storia» (20, p. 60). In entrambi i casi, la mente non rievoca semplicemente immagini in sé isolate: l'intelligenza retrospettiva costruisce, collega e colloca in uno spazio e in un tempo preciso il ricordo; così facendo riesce a dargli senso, connettendolo con gli altri ricordi. Si passa, quindi, dalla semplice rievocazione all'interpretazione.

Lo stato di benessere che deriva dal racconto di sé non è solo dovuto, quindi, alle emozioni rappacificatrici, ma anche e soprattutto alla consapevolezza che le esperienze passate, presenti e future sono connesse tra loro da "sinapsi" di significati coerenti con il nostro stile di vita.

Il presente, quando ormai le esperienze immaginate si sono realizzate o sono diventate qualcos'altro, diventa luogo fertile per pensare il mondo dentro di noi in un modo diverso da quello pensato nel passato.

«*Raccontarsi*, fare delle proprie opere e anche dei propri pensieri un tessuto trasmissibile, consegnare il tempo del vissuto colorato e articolato dai nessi che noi stessi abbiamo scelto, far ascoltare e ascoltare noi stessi la *nostra* storia è un'esperienza gratificante; possiamo raccontare le stesse vicende di nuovo e provarne sempre soddisfazione, una soddisfazione che appare misteriosamente diversa ogni volta» (10, p. 46).

Tramite i ricordi autobiografici viene acquisita un'identità caratteristica, in quanto il dispiegarsi temporale della storia personale mostra l'esistenza di ognuno di noi come un unico insieme [30, 39]. Ci si trova nel flusso delle proprie storie, senza sapere come si concluderanno, essendo costantemente costretti a rivedere la trama della nostra vita a mano a mano che vi si aggiungono nuovi elementi. Il nostro Sé, il nostro Stile di vita, dunque, non è qualcosa di statico, ma la configurazione degli eventi personali in un'unità storica che comprende non solo ciò che siamo stati, ma anche le anticipazioni di ciò che potremmo essere [9], e che quindi conferisce coerenza e continuità.

La nostra esistenza si configura come un lungo viaggio temporale, alla ricerca di quella costruzione sintattica dalla quale dipende la possibilità di comprensione di sé e da parte degli altri.

IV. 3. *La memoria autobiografica e l'identità*

Numerose teorie di derivazione filosofica e psicologica mettono in relazione l'identità con la memoria autobiografica [1]. Si ritiene infatti che quest'ultima contribuisca ai processi di conoscenza e narrazione di sé, consentendo l'integrazione di passato e presente e contribuendo al senso di continuità dell'individualità. Una compromissione della memoria autobiografica ha dunque ripercussioni sul senso di identità.

Le attuali concezioni neuropsicologiche della memoria autobiografica coinvolgono tipicamente due componenti relativamente indipendenti: la memoria episodica personale (che è la memoria per eventi personali specifici, comprese le connotazioni spazio-temporali) e la memoria personale semantica (che è la memoria per l'informazione personale non basata sugli eventi, ad esempio il nome di amici o dove si andava a scuola, etc.). Un significativo impairment della memoria episodica personale è stato documentato in tutti i lavori che investigano lo stato della memoria autobiografica nella demenza di Alzheimer [38]; la memoria semantica personale è stata invece indagata solo in pochi studi, ma anche in questi casi ne è sempre stata rilevata una compromissione nei soggetti con malattia di Alzheimer [43].

Introducendo il concetto di identità, va da subito chiarito come spesso manchi una definizione univoca e che metta insieme nozioni neuropsicologiche e di psicologia sociale. Frequentemente il termine identità è usato in modo interscambiabile con il concetto di sé, che però corrisponde a un costrutto più ampio e complesso, multidimensionale, comprendendo credenze, abitudini, informazioni e fornendo la cornice schematica di processazione di quest'ultime [1, 49].

In letteratura, studi che si occupano di queste tematiche [1] considerano in genere l'identità, insieme all'autostima e al comportamento, una componente del concetto di sé, che può essere pensato anche come l'insieme della conoscenza e della narrazione di sé [21]. La conoscenza di sé si riferisce all'identificazione del sé e alla percezione di se stessi, ad esempio la percezione dei propri tratti. La componente narrativa dell'identità comprende invece le storie personali, la propria vita e le proprie esperienze.

Diversi sono gli strumenti impiegati per misurare l'identità. Un mezzo comunemente impiegato consiste nel chiedere al paziente di rispondere alla domanda: "chi sono io?". Questo permette di ottenere risposte che danno informazioni sia riguardo la narrazione che la conoscenza di sé.

Importanti caratteristiche dell'identità includono la multidimensionalità, la coerenza, la continuità nel tempo. È generalmente accettato che l'identità sia multidimensionale: esiste l'aspetto morale, personale, fisico, sociale e familiare; esistono differenti identità a seconda dei differenti contesti sociali, e differenti identità nel corso della vita, per esempio nel passato, presente e futuro. Nonostante sia poliedrica, l'identità ha una coerenza complessiva, che dà un forte senso di unità, in antitesi con la percezione soggettiva di frammentazione dell'individualità. A questo senso di coerenza viene aggiunta anche la qualità della continuità nel tempo. Gli individui percepiscono se stessi essenzialmente come sono stati in passato, a discapito dei cambiamenti nel loro ruolo sociale, lavorativo, interpersonale, e nelle situazioni di vita. Il senso di continuità viene raggiunto attraverso l'articolazione di passato, presente e futuro, verosimilmente attraverso un processo di creazione di storia di vita coerente o auto narrazione [1]. La stabilità e coerenza nel tempo forniscono un contesto unificante per l'esperienza personale,

cosicché i cambiamenti di vita possano essere integrati nell'identità del singolo e una narrazione coerente del sé possa essere costruita e ricostruita continuamente [49]. Ciò implica inevitabilmente il coinvolgimento della memoria autobiografica, ritenuta capace di integrare presente, passato e futuro.

La memoria autobiografica ha dunque un chiaro ruolo nella costruzione dell'identità; se diminuita o persa può comportare che anche l'identità sia compromessa o subisca modificazioni significative. Ci sono teorie che suggeriscono che i costrutti del sé e la memoria autobiografica sono strettamente correlati, sia tra di loro che con il livello di consapevolezza del funzionamento della memoria [14, 49].

La relazione tra memoria autobiografica e identità può essere bidirezionale, con l'identità che influenza la selezione, ricostruzione e interpretazione delle memorie autobiografiche [49]: la conoscenza autobiografica è codificata attraverso la struttura del sé lavorante, che quindi gioca un ruolo nel costruire specifiche memorie [15].

IV. 4. *La memoria autobiografica e la costanza dello stile di vita*

La memoria autobiografica, insieme ad altre funzioni psicologiche a essa interconnesse, quali l'attenzione, la percezione e l'immaginazione, costituisce un processo attraverso il quale l'uomo può custodire la propria identità, il caratteristico stile di vita, il cui sviluppo nel corso del tempo è caratterizzato dalla presenza di un'impercettibile linea di continuità storica.

Non bisogna, infatti, considerare l'unità di personalità come un blocco monolitico, statico e imm modificabile, ma come «un “tutto” unitariamente composito nei suoi molteplici e multiformi dinamismi interni» (28, p. 71), che sono sotto l'influsso ininterrotto di una meta autocreata, il cosiddetto piano di vita che si concretizza nello stile di vita.

Proprio all'interno di questo dinamismo omeostatico, la memoria, specie quella autobiografica, non può essere considerata solamente e semplicemente un punto di raccolta di impressioni e di sensazioni che si fissano in essa, ma come una funzione della vita psichica che, adattando le nuove impressioni allo stile di vita, contribuisce a mantenere l'omeostasi e la coerenza della struttura personologica di chi ricorda [54].

Lo dimostra il fatto straordinario che non ricordiamo tutto degli eventi di cui siamo stati protagonisti o spettatori; anzi, se di un particolare fatto ci viene chiesto di esporre i nostri ricordi in momenti diversi della nostra vita, verosimilmente riporteremmo circostanze diverse ogni volta. Ciò non è dovuto ad “errori” mnemonici, ma alla conseguenza di “scelte” inconsce, legate a motivazioni o a momenti del divenire nel tempo dell'uomo che apparentemente cancella cose che,

forse, potrebbero essere non utili o, comunque, non corrispondenti allo stile di vita. Lo scopo dell'oblio, quindi, non sarebbe semplicemente quello di far spazio ai ricordi, come se la memoria fosse un grosso contenitore dal quale, ogni tanto, togliere qualcosa di vecchio per far spazio al nuovo, ma quello di eliminare certi ricordi e le impressioni, motivazioni, emozioni ad essi collegati, giudicati/e non utili o non corrispondenti allo stile di vita di un preciso momento dell'esistenza di un individuo. La memoria è «una forma di energia, una parte dell'energia della vita psichica, dell'Io nella sua interezza, che ha il compito, come la percezione, di adattare le impressioni allo stile di vita preformato e di farne l'uso che lo stile stabilisce» (3, p. 113). Attraverso quella che Adler chiama funzione "cannibalica", la memoria fagocita le impressioni, le divora e le digerisce. A tale processo di digestione «presiede lo stile di vita, che rifiuta, conserva o dimentica, come esperienza da evitare, ciò che non gli aggrada. Lo stile di vita è determinante» (3, p. 113). Possono essere digeriti anche solo i sentimenti o gli atteggiamenti che emergono dalle impressioni raccolte, mescolati al ricordo di parole o di concetti, completi o frammentari. La memoria, quindi, può "decidere" di accantonare o scartare parti di un'impressione o la totalità dell'impressione stessa. È una dote artistica connessa al bisogno di conferire costanza, unità e coerenza allo stile di vita di un individuo. Di conseguenza, non esiste una riproduzione obiettiva delle impressioni, indipendente dalla peculiarità del soggetto [4].

È questa esperienza di continuità soggettiva a costituire il nucleo centrale del concetto di personalità: «la *costanza dello stile di vita* accresce la rassicurante sensazione di poter *prevedere* i dinamismi propri e altrui: la prevedibilità conferisce *ordine* a un mondo altrimenti dominato dal *caos*» (28, p. 68).

V. La Demenza di Alzheimer: la perdita dei ricordi, della temporalità e dell'identità

Come abbiamo visto, la memoria funge da collante mentale che lega e connette tra loro le esperienze della nostra vita, dandoci un quadro coerente del passato e collocando in prospettiva le esperienze in corso. Pertanto un indebolimento di questa funzione, che avviene con l'avanzare dell'età o in seguito ad una malattia, esercita un impatto profondo sia sulle nostre capacità cognitive sia sul senso che abbiamo di noi stessi. Ci rendiamo conto dell'importanza della memoria, come forza coesiva dell'individualità e del senso di sé, proprio quando questa subisce un deterioramento catastrofico e debilitante, che porta alla perdita di identità: ciò avviene nelle Demenze, e in particolare in quelle di tipo degenerativo, la più frequente delle quali è la Demenza di Alzheimer.

La malattia di Alzheimer, esempio paradigmatico di cronicità e principale forma di demenza, affligge circa il 10% degli individui di età compresa tra i 65 e gli 85

anni e circa il 40% delle persone che hanno superato l'età di 85 anni; il suo esito è drammatico e inesorabile.

È una sindrome caratterizzata dalla compromissione della memoria di fissazione e rievocazione, dell'intelligenza, dell'apprendimento, del linguaggio, della capacità di risolvere i problemi, dell'attenzione, della percezione, dell'orientamento, della capacità di giudizio e delle relazioni sociali. La compromissione globale delle funzioni intellettive coinvolge la fascia, la prassia e la gnosis, la capacità di astrazione e la memoria, le cui lacune interessano, in tempi e modi diversi, i suoi diversi tipi: la memoria episodica, quella semantica, quella procedurale e quella autobiografica [24]. Contemporaneamente a questi deficit cognitivi possono alterarsi anche la personalità del paziente demente, la sua affettività e il suo comportamento.

Ciò ha un corrispettivo neurofisiologico in linea con quanto detto prima: in particolare, il primo bersaglio del morbo di Alzheimer è la corteccia entorinale, cioè la regione di ingresso all'ippocampo e l'ippocampo stesso. In tali sedi cerebrali, i depositi extracellulari del peptide amiloide e i depositi intracellulari dei grovigli neuro-fibrillari provocano la perdita di una parte significativa di neuroni; questo comporta la compromissione della funzione e vitalità delle sinapsi e, in ultima analisi, la scomparsa delle informazioni ivi immagazzinate. Progredendo la malattia, vengono coinvolte da tale processo di morte cellulare un numero sempre maggiore di regioni corticali, così che a essere compromesse nel tempo sono sempre più funzioni intellettive. Questo processo degenerativo avviene in un lasso temporale di circa di 10 anni e il suo corrispettivo funzionale è costituito dalla perdita dell'autonomia, prima nelle attività strumentali della vita quotidiana (uso del denaro, dei mezzi di trasporto, del telefono, il governo della casa, il saper cucinare, etc.), poi in quelle basali della vita quotidiana (camminare, lavarsi, vestirsi, essere continenti e usare correttamente il bagno, alimentarsi).

Per ciò che attiene principalmente alla memoria, quella dichiarativa risulta più interessata rispetto a quella procedurale, così che le capacità di svolgere le attività comuni, come camminare e alimentarsi, vengono perse solo negli stadi più avanzati di malattia. Inoltre, nelle fasi lievi e moderate di malattia, a essere danneggiata dal processo neurodegenerativo non è tanto la memoria remota, ma quella recente, per cui i pazienti non ricordano chi sono e come sono ora, ma riescono a ricordare chi e come erano in passato, mantenendo, così, intatta la consapevolezza di sé fino agli stadi più avanzati di malattia; questa situazione disturba ulteriormente il già compromesso funzionamento, accrescendo rabbia, depressione e confusione [31]. Poiché la continuità del Sé nel tempo dipende soprattutto dalla capacità di ricordare, quando con la progressione della malattia i ricordi remoti iniziano a svanire, anche l'identità del paziente comincia prima a frantumarsi, poi a dissolversi fino a scomparire: ecco che la continuità temporale, in cui è immersa la vita psichica dell'uomo e che dà significato alla propria esistenza, viene meno. Non riuscendo più ad acquisire nuove informazioni, il

paziente «sembra non vivere e non sperimentare alcun avvenimento nuovo e alcun cambiamento, così che passato e futuro cessano di essere le coordinate che dirigono il vivere quotidiano e tutto si cristallizza in un presente apparentemente senza radici. Senza un punto centrale di riferimento, senza l'unità del proprio Io nel tempo, la vita diviene irreal e senza senso» (13, p. 37). Si assiste ad una forma di disumanizzazione dell'uomo: egli, sottratto al fluire naturale del tempo, diviene entità estranea al divenire. Il tempo, infatti, è indissolubilmente intrecciato con l'esistenza, per cui gli eventi della vita assumono un significato solo se fanno parte di un continuum che lega il passato al presente, consentendo, così, la proiezione nel futuro.

È come se il paziente dovesse fare i conti con un lento lutto di se stesso, lungo un processo di frantumazione e di perdita progressiva e inesorabilmente totale della propria identità. La conseguenza di questo naufragio del Sé è la modificazione della personalità, rappresentata da indifferenza, apatia e reazioni catastrofiche, che si verificano quando l'individuo, immerso in un mondo caotico che non comprende più e da cui non riesce a farsi comprendere, percepisce in pericolo la propria esistenza. L'ansia devastante che allora emerge diventa talmente insopportabile che per difendersi da essa vengono messi in atto comportamenti che amplificano la regressione profonda dell'«essere ragionevole» [25]. La depressione, le manifestazioni deliranti e i comportamenti catastrofici, che manifestano le persone quando la memoria autobiografica comincia a frantumarsi, acquisiscono un significato di difesa, di lotta per la sopravvivenza; il loro intento è quello di trovare una forma di comunicazione, di sintonizzazione con un mondo che diventa sempre più estraneo e avverso.

Da un punto di vista psicodinamico, si verifica, in pratica, un processo regressivo dell'Io, per cui i meccanismi di difesa più maturi lasciano il posto a modalità difensive più primitive: ecco che aspetti della personalità che erano stati in parte rimossi da una corteccia biologicamente integra emergono gradualmente con l'erosione degli strati difensivi [31]. La proiezione e il diniego sono verosimilmente le difese più comunemente utilizzate dal soggetto demente, cosicché invece di riconoscere i propri errori, vengono incolpati gli altri, rappresentati quasi sempre dai familiari, che diventano in tal modo e nel loro mondo i persecutori. La regressione, altra difesa primitiva che si manifesta anche con alterazioni comportamentali, sembrerebbe avere una duplice funzione: dapprima difensiva contro una catastrofe inaccettabile da vivere, poi di soddisfazione [23], «poiché il regredire comporta modalità di vita e di relazione che in passato hanno dato al paziente piacere, o comunque meno dolore» (25, p. 100).

In ultima analisi, la qualità di vita del demente risulta essere compromessa dalla reazione emotiva e comportamentale conseguente alla compromissione delle capacità cognitive, che porta con sé la scomparsa della propria individualità, unicità e specificità. Per meglio dire, il deterioramento della memoria autobiografica e la perdita dell'identità hanno un effetto negativo sul benessere e sulla quali-

tà di vita, indipendentemente l'uno dall'altro [40].

V.1. Memoria autobiografica e identità nel paziente demente

Se la memoria autobiografica contribuisce all'identità, come precedentemente esposto, ne consegue che una compromissione della prima ha conseguenze sulla seconda, anche negli stadi iniziali della demenza.

I familiari e i care-givers sono tra i primi a percepire e, talvolta, a subire i drammatici cambiamenti nell'identità e nella personalità dei soggetti affetti da demenza di Alzheimer. Tali trasformazioni possono essere molto stressanti e difficili da accettare, tanto da credere di aver perso la persona che si conosceva e con cui si aveva una relazione [1].

Diversi finora gli studi che hanno tentato di approfondire tali tematiche: sebbene nei pazienti dementi vi sia evidenza qualitativa della perdita dell'identità premorbosa, scarsa è ancora la conoscenza rispetto ai meccanismi che, se non causa, sono almeno associati a tale smarrimento.

Mills [47] ha investigato la componente narrativa in otto pazienti con demenza di Alzheimer, sottolineando nessi tra emozioni e memoria autobiografica. Secondo l'autore la perdita della componente narrativa dell'identità è legata alla compromissione della memoria autobiografica.

Addis e Tippett [1] hanno investigato l'impatto della memoria autobiografica sulla personalità di persone con demenza di Alzheimer lieve-moderata. Lo studio conferma che sia la memoria personale semantica che la quella episodica sono significativamente compromesse in questi pazienti, già a partire dai primi stadi di malattia, comportando inesorabilmente imponenti modificazioni personalologiche: i soggetti con demenza di Alzheimer avrebbero una memoria autobiografia più compromessa, un'identità più debole e meno definita. La significativa compromissione della memoria autobiografia è risultata essere associata a cambiamenti nella forza, qualità e direzione dell'identità. Nello specifico l'impairment di alcune componenti della memoria autobiografia, ovvero la memoria autobiografica per l'infanzia e la prima età adulta, sarebbe legato a cambiamenti della forza e qualità dell'identità. Gli Autori indicano che soprattutto la memoria autobiografia per la prima età adulta (16-25 anni) avrebbe un ruolo critico sull'identità.

Anche secondo Naylor e Clare [49] l'identità è strettamente legata alla memoria autobiografica. Il loro è il primo studio che esplora le relazioni tra l'identità, la memoria autobiografica e la consapevolezza del funzionamento mnesico. I risultati forniscono l'evidenza preliminare che la consapevolezza del funzionamento mnesico è associata sia con l'una che con l'altra: più bassa è la consapevolezza del funzionamento mnesico e più sarebbe povera la memoria autobiografica, con un'identità maggiormente positiva e definita. In un'ottica biopsicosociale, ciò

potrebbe essere considerato con il significato di riflettere un'interazione tra l'impairment cognitivo, specie per quanto riguarda la memoria autobiografica, e l'impiego di strategie psicologiche difensive volte a mantenere il senso di sé premorbo: una consapevolezza ridotta avrebbe una funzione protettiva contro le minacce al sé, poste dall'inizio e dalla progressione della demenza.

VI. La narrazione dei ricordi del paziente demente: approcci terapeutici per il mantenimento dell'identità

Per il paziente demente, il recupero di ricordi passati, a differenza dei sentimenti di frustrazione indotti dalle difficoltà a immagazzinare e rievocare eventi recenti e nuove informazioni, può rappresentare l'isola felice in cui rifugiarsi per superare il senso di inadeguatezza e di perdita di sé, che scaturisce dai fallimenti legati all'impossibilità di memorizzare materiale nuovo. Con l'avanzare della patologia, nel soggetto colpito dalla demenza di Alzheimer, il senso della dimensione del tempo inizia a diluirsi e a frantumarsi, e il passato finisce con l'imporci sul presente: i ricordi privi di connessioni e isolati vengono spesso utilizzati dal paziente per attribuire senso e coerenza alla realtà presente, rappresentando una delle poche modalità di contatto con la realtà che la memoria gli offre.

Ma come possiamo utilizzare i ricordi del paziente demente quando sono frammentari e intercalati da falsi ricordi? In altre parole, che valenza hanno i ricordi di eventi passati in cui si è stati protagonisti, se a riportarli sono solo i parenti e non il paziente stesso che, peraltro, con il progredire della malattia può non riconoscersi più neanche nella storia autobiografica ricostruita dai familiari?

Perché, allora, non costruire una nuova storia del soggetto, partendo proprio dai ricordi fatti emergere da lui stesso con pazienza, rifacendosi all'approccio narrativo che oramai è diventato, da alcuni anni, strumento educativo e di aiuto?

Un approccio terapeutico che prende spunto da queste riflessioni corrisponde a quello della *Reminiscenza*, che occupa uno spazio a sé tra gli interventi riabilitativi per la demenza di Alzheimer. Questa tecnica si fonda sulla naturale tendenza da parte dell'anziano a rievocare il proprio passato, ed è proprio attraverso il richiamo di eventi della vita personale che può essere rafforzata l'identità e la storia individuale, e stimolata contemporaneamente la memoria autobiografica, compromessa negli stadi più avanzati di malattia [22].

VI.1. La tecnica della Reminiscenza

La *Reminiscenza* (rassegna di vita, rievocazione di momenti significativi) è un intervento psicoterapico-riabilitativo che trova il proprio supporto teorico nella teoria psicodinamica. Il principio di fondo «mira a fare in modo che i biografici

dei pazienti, nell'arco di diverse "sedute laboratoriali", si sentano facilitati a rimettere insieme i momenti sparsi della loro esistenza, dandone una veste narrativa» (8, p. XII). Si tratta in pratica del richiamo verbalizzato o silente di eventi di vita personale, i più remoti dei quali costituiscono lo spunto per stimolare le risorse mnesiche residue e per recuperare esperienze emotivamente piacevoli [32]. A causa della demenza, però, i narratori/pazienti sono tali fino ad un certo punto, in quanto dimenticano di avere un diritto alla memoria: perdono il filo del discorso, non ricordano cosa hanno visto o detto poco prima, soffrono di lacune mnesiche sempre più vaste. Diventa, quindi, indispensabile che chi raccoglie i ricordi lo faccia incondizionatamente, indipendentemente da quel che viene detto, affinché ci si senta incoraggiati a continuare tale percorso che è, comunque, introspettivo.

Lo scopo è quello di aiutare tali pazienti a mantenere la propria autostima e l'identità personale, piuttosto che di frustrarli su ciò che non può più essere ricordato, e di favorire le capacità relazionali, nonché di migliorare il tono dell'umore, facendo riferimento al ruolo positivo che assume il ricordo di esperienze passate. Momento centrale di questa tecnica è infatti l'impiego del ricordo come strumento indispensabile per gettare un ponte tra passato, presente e futuro, al fine di meglio interpretare e vivere la realtà quotidiana: i soggetti vanno incoraggiati a parlare del loro passato, a ricordare e riportare esperienze vissute durante l'età adulta e l'infanzia; vanno stimolati a verbalizzare i loro problemi attuali e ad ascoltare quelli degli altri, per permettere di comprendere meglio la loro condizione, così da raggiungere un maggior adattamento al presente ed un miglior livello di socializzazione. L'utilizzo di questa metodica sembra poter significativamente contribuire a prevenire il processo di disintegrazione della personalità, garantendo l'allenamento mentale necessario per un'attività di introspezione, arricchendo i propri ricordi e facilitando gli aspetti relazionali. La Reminiscenza non è solo raccontare la storia del paziente, ma è riviverla, comparteciparla (anche in gruppo), emozionandosi e facendo intervenire tutti i sensi. «Raccontarsi insieme, sviluppare modi sensibili per condividere i ricordi significa scoprire gli altri, o riscoprirli dopo momenti di disperazione, di forzata o scelta solitudine, di rinuncia alla bellezza del vivere» (9, p. XXI).

La terapia della Reminiscenza può aver luogo in gruppo o come trattamento individuale, in modo informale durante gli incontri quotidiani o inserita nell'ambito di un'attività strutturata. Allo scopo di aumentare la possibilità di rievocazione di ricordi, possono essere usati molteplici supporti capaci di stimolare i cinque sensi, (udito, vista, tatto, gusto, olfatto): così un oggetto può funzionare da stimolo mnemonico per il suo aspetto o per la sensazione che procura in quanto associato in modo diretto al ricordo di un evento. Certi ricordi, infatti, vengono, per così dire, risvegliati in modo talvolta imprevisto da uno stimolo sensoriale: un determinato odore, così come il contatto con un oggetto, può improvvisamente riportare alla coscienza un avvenimento o una persona che si considerava perso per sempre nella nostra memoria*. Gli strumenti di cui ci si

può servire sono vecchi libri, immagini, fotografie, canzoni, film, ricette, tutti in grado di stimolare la rievocazioni di antichi ricordi.

Rispetto all'efficacia di questa tecnica, gli studi di valutazione sono ormai abbastanza numerosi [11, 63], anche se modesti sul piano metodologico e non del tutto sovrapponibili nei risultati, specie per quanto riguarda la cognitivtà, le abilità sociali e il tono dell'umore [59, 64, 65]. Una recente review [6] sottolinea gli effetti tendenzialmente positivi, ma gli studi riportati risultano ancora poco rigorosi sul piano sperimentale e difficilmente confrontabili tra loro.

VI.2. Altre proposte terapeutiche

La Reminiscenza offre la possibilità di mantenere intatta la propria identità o, perlomeno, il senso di essa attraverso la raccolta dei ricordi, ma questo per chi non ha una compromissione severa delle facoltà cognitive e mantiene ancora l'uso e la comprensione del linguaggio. Quindi, per quei pazienti che sono nella fase lieve-moderata di malattia. Come fare quando anche questi soggetti giungono in stadi avanzati di malattia, quando il mondo attorno a loro è sempre più incomprensibile, abitato da persone completamente estranee? Come trattare la memoria in questo stadio? O meglio, cosa rimane dei suoi ricordi e, quindi, della sua identità? Ci si prende veramente cura di questi pazienti quando ci si focalizza e/o ci si concentra sui ricordi perduti, invece di accogliere semplicemente il loro vissuto interiore?

Per i soggetti affetti da grave deficit cognitivo, la letteratura indica come utili tecniche più direttive e strutturate. Ne è un esempio la *Milestone Therapy*, che propone la conversazione guidata per recuperare aspetti costruttivi passati (precedenti al periodo in cui è avvenuta la perdita di posizione sociale e autonomia) e confrontarli con il presente [45]. La tecnica è focalizzata sulle esperienze positive di vita e ha l'obiettivo di contrastare i ricordi negativi.

Sempre rispetto alla compromissione dell'identità, una valido approccio terapeutico per pazienti con una compromissione cognitiva moderata o severa è dato dalla *Terapia della Validazione* [26, 27], di derivazione psodinamica e incen-

* Proprio come è accaduto a Marcel Proust, che ne "Alla ricerca del tempo perduto" [53] descrive di essere stato improvvisamente colpito dal ricordo della zia Léonie (che, quando era piccolo, gli dava la madeleine inzuppata nel tè), nel momento in cui lui, in età adulta, percepisce il sapore di quel biscotto offerto insieme ad una tazza di tè dalla madre. Questo episodio costituirà per Proust il movente che lo condurrà a ricordare, in modo involontario e nella prospettiva di un tempo diverso, il suo passato e insieme la sua autobiografia: ciò gli consentirà di ritrovare la sua identità e, quindi, di riprendere fiducia in se stesso.

trata sul rapporto con il paziente. L'obiettivo è quello di immedesimarsi, in modo empatico, nel suo "mondo" per comprendere comportamenti, vissuti ed emozioni: è attraverso l'ascolto partecipativo che si arriva a conoscere la visione della realtà e a creare contatti emotivi significativi [50, 51].

Anche questa tecnica può essere applicata individualmente o in gruppi (5-10 partecipanti) che si incontrano regolarmente. Il concetto base è che la comunicazione con il soggetto affetto da demenza prevede l'accettazione incondizionata della realtà in cui questi vive. Tramite la verbalizzazione dei propri sentimenti e delle proprie emozioni, condivise con il terapeuta e i compagni di gruppo, il paziente può recuperare parti della propria identità e l'autostima, accanto alla percezione di essere accettato come soggetto capace di espletare relazioni significative.

Viene poi proposta la *Terapia di Orientamento nella Realtà*, che fonda il proprio approccio più sulle teorie cognitive e si prefigge di rafforzare le informazioni di base del paziente rispetto all'orientamento ed alla storia personale, tramite ripetitive stimolazioni multimodali -verbali, visive, scritte, musicali- [16, 60, 66]. La tecnica, anche in questo caso individuale o di gruppo, è finalizzata a riorientare il paziente rispetto a sé, alla propria storia e all'ambiente circostante, a modificare comportamenti maladattativi e a migliorare il livello di autostima del paziente, facendolo sentire ancora padrone della propria storia, della propria individualità, e partecipe di relazioni sociali significative [62].

Infine, soprattutto nelle fasi avanzate di malattia, al contrario di quelle tecniche o metodi che si focalizzano sul grado di funzionamento cognitivo ed esecutivo del paziente demente, l'approccio basato sulla relazione, sulla considerazione e rispetto delle esperienze soggettive, delle percezioni e del mondo interiore dell'individuo, permette di salvaguardare il nucleo essenziale dell'identità e di narrare i vissuti, personali, costituiti non solo da ricordi. È infatti attraverso interventi che forniscono incoraggiamento, rassicurazione e rinforzo positivo, che risulta possibile entrare in contatto con le emozioni, i sentimenti e desideri dei pazienti, e mantenerli vivi anche nelle fasi più avanzate della malattia [57].

VII. *Considerazioni critiche*

L'eziopatogenesi multifattoriale della demenza, secondo il modello biopsicosociale, richiede la formulazione di strategie terapeutiche complesse, con la necessità di una presa in carico a rete [56]. Sul piano farmacologico, accanto alle molecole con specifica attività antidementigena, anche antidepressivi, benzodiazepine e antipsicotici possono essere utili nel trattamento di disturbi dell'umore, fenomeni psicotici e anomalie comportamentali. Le terapie psicologiche includono diverse possibilità di trattamento: psicoterapie psicodinamiche, cognitive, di gruppo, familiari, di sostegno, focalizzate sul miglioramento della memoria,

direttive e fondate sulla realtà. Man mano poi che la demenza avanza si fa importante anche l'approccio psicosociale: le esigenze del paziente non possono essere affrontate in modo disgiunto da quelle dei familiari, che vanno costantemente coinvolti per prevenire un patologico scoraggiamento e favorire un rimodellamento delle relazioni con il paziente [23].

In coerenza con il leitmotiv di questo articolo, tra le terapie psicologiche sono state prese in considerazione quelle tese a limitare o recuperare la compromissione dell'identità caratteristica della malattia di Alzheimer, tralasciando volutamente l'approccio psicomotivo propriamente detto, in quanto già oggetto in passato di articolate e complete dissertazioni [25, 56, 57]. Nello specifico si tratta di interventi fondamentalmente di natura riabilitativa, che tuttavia paiono avvicinarsi molto al modello adleriano, potendo rientrare tra le Relazioni d'Aiuto. Anche le terapie più strutturate e direttive (come la Milestone Therapy) o prevalentemente cognitive (come la Terapia di Orientamento della Realtà) sembrano assumere una dimensione psicoterapeutica in senso adleriano, comprendendo la fornitura di presenza, l'alleanza di lavoro (*helping alliance*), la partecipazione emotivo/affettiva, la comprensione empatica, taluni dinamismi di identificazione con l'altro; presupposti questi per ritrovare almeno in parte un'identità, anche attraverso competenze comunicazionali (verbali, non verbali e di informazione) [55].

La Psicologia Individuale di Alfred Adler offre valide proposte di intervento finalizzate ad aiutare chi è affetto da Demenza a vedere la propria vita come «qualcosa di *continuo e coerente*, quindi ancora *dotato di senso*, nonostante i costanti attacchi all'integrazione del proprio *Stile di vita* da parte della malattia» (46, p. 77): l'osservazione e l'ascolto empatico, il rispetto e l'accoglimento, strumenti finalizzati al riconoscimento e alla legittimazione del mondo interiore del paziente, diventano parte di una strategia di incoraggiamento che assume nell'anziano un aspetto fondamentale dell'approccio [56]. Ed è attraverso tale strategia che «...si prende globalmente cura dell'anziano demente scoraggiato [e] si pone come fine il *riorientamento dell'intenzionalità* verso un impiego delle valenze residue di creatività» (25, p. 103). La relazione col paziente demente diviene quindi “terapeutica”, interagendo positivamente con gli altri interventi farmacologici, psicologici, educativi e riabilitativi. «Quando il sottile equilibrio delle parole viene a rompersi, medico e infermiere e paziente sono rinviiati ai loro profondi convincimenti esistenziali: tutto questo è “presenza significativa”» (25, p. 105). Ed è proprio a livello di una relazione terapeutica “incoraggiante” che le tecniche utilizzate assumono significati simbolici, anche se di tipo psicosociale e riabilitativo, come quelle proposte sinora.

Tutti gli interventi presentati nell'articolo implicano la realizzazione di una relazione terapeutica imperniata sull' “essere con”: è questo il nucleo centrale e il motore di ogni intervento clinico, espressione “dell'essere, del fare e del sentire

creativo” del terapeuta, in grado di riattivare e promuovere la ricerca e la riconquista dell'identità perduta [23, 25, 58]. La dimensione grupitale, impiegata spesso in queste tecniche, può poi contribuire a questo scopo, favorendo il recupero dell'autostima nonché di un seppur minimo livello di attività e interesse: l'interazione con altri diminuisce infatti il senso di solitudine e d'isolamento.

L'alleanza terapeutica che in questo modo si crea consente di riscoprire il significato della narrativa personale e di ricercare le ragioni per cui si è in qualche modo interrotta. Sensibilità, disponibilità all'incontro e alla relazione empatica facilitano la realizzazione di un'intesa, o meglio di quei “sentimenti teneri” di cui si è detto nel XXIV Congresso IAIP a Vilnius (from speech) e dai quali scaturisce la possibilità di superare momenti delicati, esplorare e formulare un nuovo significato del divenire, recuperare almeno parte dell'identità [19].

Alla luce di ciò vengono letti i risultati delle ricerche condotte su quest'argomento, che dimostrano come, nei pazienti con diagnosi di demenza, le strategie terapeutiche orientate a ricostruire l'identità possano essere più efficaci dei programmi volti a rafforzare le competenze cognitive nel contrastare gli effetti negativi della perdita di memoria sulla qualità di vita [36]. Il benessere soggettivo sembrerebbe dunque essere meglio predetto dall'abilità di (ri)costruire l'identità, attitudine che può essere mantenuta o recuperata almeno in parte anche tra le persone con demenza severa [40].

VIII. Conclusioni

La memoria, custode dei nostri ricordi, permette di dare senso e coerenza alla nostra esistenza, permettendoci di non dissolvere la nostra identità. Essa ci fornisce un quadro coerente del passato, così da collocare in prospettiva i fatti che sono in corso. In assenza della forza unificatrice della memoria, le nostre esperienze sarebbero scisse in tanti frammenti quali sono i momenti della nostra vita, senza essere coerentemente connessi gli uni agli altri.

«Come la memoria condivisa arricchisce le nostre vite a livello individuale, così la perdita di memoria distrugge il nostro senso del sé. Recide la connessione con il passato e con le altre persone» (41, p. 12). La demenza tipo Alzheimer è dunque un esempio di malattia che, annientando la memoria del soggetto, ne distrugge anche il senso della propria esistenza e del sé.

La demenza si presenta ancora come un problema complesso sul piano clinico, culturale, relazionale ed esistenziale. Essa modifica le connessioni neurali cerebrali, altera l'architettura del cervello come anche quella della personalità e del mondo interiore. Come qualsiasi altra malattia, essa viene caratterizzata dallo Stile di Vita dell'individuo, così che esistono tante tipologie di demenze quante le persone che ne sono affette [12]: ognuna di esse ha un proprio *Stile di malat-*

tia [46]. Secondo tale concezione, i disturbi del comportamento che si associano alla Demenza di Alzheimer sarebbero «l'espressione dello *Stile di Vita* del malato che si mostra coerente anche nel contesto della malattia. Tale ipotesi appare supportata dalla pratica clinica che mostra come, venendo progressivamente meno il controllo operato dai circuiti cerebrali che guidano il comportamento, ossia i circuiti frontali, le caratteristiche peculiari dello *Stile di Vita* del malato emergano senza freni inibitori» (46, pp. 77-78). I disturbi del comportamento costituiscono, quindi, una vera e propria comunicazione con cui il paziente tenta di sintonizzarsi con se stesso e con il mondo esterno.

Per prendersi cura dell'individuo affetto da demenza, è necessario, prima di tutto, avere rispetto delle sue esperienze soggettive, delle sue percezioni e del suo mondo interiore. Infatti, come afferma Ploton, i dementi pensano, comunicano, ricordano, comprendono ed esprimono sentimenti e consapevolezza di sé, ci trasmettono un'interpretazione della vita, di una storia narrativa personale [17]. Il paziente demente perde parti della sua identità, parti di sé; tuttavia, a volte, anche se temporaneamente, ritrova condizioni di coscienza di sé, facendo ricorso alla sua creatività che non è altro che un modo per vedere, interpretare il mondo esterno e per comunicare il mondo interiore, la sua soggettività: quindi, mentre la parte cognitiva lentamente e progressivamente si estingue, una parte dell'apparato psichico, quella che fa riferimento alla dimensione affettivo-emotiva e alla creatività, in parte vive ancora. Progredendo il declino, si assiste allora a una riorganizzazione creativa delle funzioni psichiche, secondo una sorta di riadattamento cognitivo verso schemi meno evoluti e semplificati, ma essenziali per mantenere l'integrazione delle parti di identità residue. A tal proposito è stato proposto il concetto di retrogenesi, per indicare la corrispondenza inversa fra stadi di sviluppo nell'infanzia e progressivo declino neuropsicologico nella demenza [18]. Attraverso una nuova riorganizzazione creativa cognitiva ed emotiva, il demente cerca un nuovo modo di esistere, una nuova trama di sé, una nuova memoria che, però, dà continuità a ciò che rimane della sua identità. È questa la funzione della produzione fantasiosa dei falsi ricordi: essi, attingendo a diversi frammenti mnemonici dell'esperienza passata e agli stimoli dell'ambiente, "riempiono" le lacune mnesiche sia del passato recente sia di quello meno vicino, nel tentativo di mantenere la continuità del sé nel tempo, condizione essenziale per il senso di sé.

La rete delle connessioni sinaptiche che il processo degenerativo della malattia continuamente minaccia e distrugge viene integrata, sostenuta e a tratti sostituita dalla rete intersoggettiva dei ricordi, che vengono potenziati quando condivisi e ci dicono chi siamo, chi siamo stati e chi potremmo essere. E per fare questo è indispensabile il lavoro di rete con il caregiver familiare, gli amici, i volontari, i vicini di casa, gli ex-colleghi, la badante [23].

Un aspetto importante, quindi, per chi si prende cura di questi soggetti, siano essi caregiver, medici, infermieri, operatori, etc, è quello di accettare di fare un tratto di cammino insieme ad essi, senza pretendere la completa e chiara comprensione di ciò che accade o di ciò che viene detto [35]. Ad esempio, non si dovrebbe intervenire quando il malato attribuisce a se stesso memorie altrui o produce falsi ricordi o ricordi in qualche modo alterati, in quanto questa “neomemoria” permette di mantenere l’immagine di sé, la convinzione di essere un certa persona, che ha vissuto determinate esperienze, e di costruire la propria identità sulla base di quei ricordi.

Così facendo viene rispettata la continuità dell’identità di quell’individuo, dando valore alla sua dignità, senza fargli vivere un ruolo obbligato, in riferimento sia a quello di essere oggetto di cure e di osservazione sia a quello di essere il protagonista di un’esistenza che poco per volta, ma inesorabilmente, sfugge, dissolvendosi. In altre parole, perché ostinarci a far crollare quei preziosi meccanismi finzionali che sono le difese, anche se primitive, dal momento che la loro funzione è quella di preservare l’autostima del paziente e di fargli mantenere un sufficiente orientamento nel mondo? Non è meglio, allora, accettare la nuova biografia che il paziente vuole dare a sé, anche se essa varia col variare dell’organizzazione cerebrale-cognitiva ed emotiva connessa al declino inesorabile della malattia?

Successivamente all’accettazione, a tutte le persone che si prendono cura di pazienti dementi compete sostenere creativamente queste “nuove memorie – non memorie”, istantanee e scollegate dal tempo passato, in quanto ricche di significato per la loro residua identità, cercando di esplorare i loro messaggi, fatti sempre meno di parole e più di comportamenti, a volte eclatanti e clamorosi, a volte silenziosi e rumorosi allo stesso tempo. Tutti noi viviamo nel mondo dei significati e ciò vale pure per i soggetti affetti da demenza di Alzheimer, anche in fase avanzata di malattia, indipendentemente dal fatto che si riesca o meno a giungere alla comprensione/decifrazione di ciò che fanno e che dicono.

Bibliografia

1. ADDIS, D. R., TIPPETT, L. J. (2004), Memory of myself: autobiographical memory and identity in Alzheimer's disease, *Memory*, 12: 56-74.
2. ADLER, A. (1912), *Über den Nervösen Charakter*, tr. it. *Il Temperamento Nervoso*, Astrolabio, Roma 2003.
3. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
4. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
5. BINSWANGER, L. (1963), *Being in the world*, tr. it. *Essere nel mondo*, Astrolabio, Roma 1973.
6. BLAKE, M. (2013), Group reminiscence therapy for adults with dementia: a review, *Br. J. Community Nurs.*, 18: 228-233.
7. BORGNA, E. (2005), *L'attesa e la speranza*, Feltrinelli, Milano.
8. BRUCE, E., HODGSON, S., SCHWEITZER, P. (1999), *Reminiscing with People with Dementia*, tr. it. *I ricordi che curano. Pratiche di reminiscenza nella malattia di Alzheimer*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2003.
9. BRUNER, J. (1992), *Act of Meaning*, tr. it. *La ricerca del significato. Per una psicologia culturale*, Bollati Boringhieri, Torino 2003.
10. CANZANO, C. (1995), "Diari, autobiografie e memorie. Scrittura di sé e rapporto col tempo", *Atti VI Congr. Naz. SIPI, «Il tempo e la memoria»*, Marina di Massa.
11. CAZA, N. (2013), Remembering for the benefit of aging, *Geriatr. Psychol. Neuropsychiatr. Vieil.*, 11: 82-86.
12. CESA BIANCHI, M., CRISTINI, C., GIUSTI, E. (2009), *La creatività scientifica. Il processo che cambia il mondo*, Sovera Multimedia, Roma.
13. CIPRIANI, G., BORIN, G., TAGLIALEGNA, N., BANI, A. (2010), Temporalità ed identità nella malattia di Alzheimer, *Psicogeriatría*, 2: 36-39.
14. CLARE, L., WILSON, B. A., CARTER, G., ROTH, I., HODGES, J. R. (2004), Awareness in early-stage Alzheimer's disease: relationship to outcome of cognitive rehabilitation, *J. Clin. Exp. Neuropsychol.*, 26: 215-226.
15. CONWAY, M. A., PLEYDELL-PEARCE, C. W. (2000), The construction of autobiographical memories in the Self-Memory System, *Psychol. Rev.*, 107: 261-288.
16. COTELLI, M., CALABRIA, M., ZANETTI, O. (2006), Cognitive rehabilitation in Alzheimer's Disease, *Aging Clin. Exp. Res.*, 18: 141-143.
17. CRISTINI, C. (2012), Coscienza di sé ed espressione creativa nella demenza, in CRISTINI, C., CIPOLLI, C., PORRO, A., CESA-BIANCHI, M. (a cura di), *Comunicare con l'anziano*, Franco Angeli, Milano 2012: 189-215.
18. CRISTINI, C., CESA BIANCHI, M. (2011), L'ultima creatività fra declino e recupero di sé, in CRISTINI, C., PORRO, A., CESA BIANCHI, M. (a cura di), *Le capacità recupero dell'anziano*, Franco Angeli, Milano.
19. CRISTINI, C., SIMEONE, I. (2008), Psicoterapie in età senile, in IMBASCIATI, A., *Psicoterapie: orientamenti e scuole*, Centro Scientifico Editore, Torino.
20. DEMETRIO, D. (1995), *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

21. DUVAL, C., EUSTACHE, F., PIOLINO, P. (2007), Multidimensional Self, autobiographical memory and aging, *Psychol. Neuropsychiatr. Vieil.*, 5: 179-192.
22. FAGHERAZZI, C., STEFINLONGO, R., BRUGIOLO, R. (2009), Trattamento farmacologico e non farmacologico della demenza di Alzheimer: evidenze, *G. Gerontol.*, 25: 222-233.
23. FASSINO, S. (2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra*, Centro Scientifico Editore, Torino.
24. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), *Manuale di psichiatria biopsicosociale*, Centro Scientifico Editore, Milano.
25. FASSINO, S., MAROZIO, S., PREDÀ, S., SICCARDI, S., LEOMBRUNI, P. (2006), Per un approccio psicodinamico nella clinica della demenza senile, *Riv. Psicol. Indiv.*, 60: 93-110.
26. FEIL, N. (1992), *Validation. The Feil Method*, Edward Feil Productions, Cleveland.
27. FEIL, N. W. (1967), Group therapy in a home for the aged, *Gerontologist.*, 7: 192-195.
28. FERRIGNO, G. (2005), Il "piano di vita", i processi selettivi dello "stile di vita" e la comunicazione intenzionale implicita della "coppia terapeutica creativa": dalla "teoria" alla "clinica", *Riv. Psicol. Indiv.*, 58: 59-97.
29. FERRIGNO, G., PAGANI, P. L. (1995), "L'immaginario fra presente, passato e futuro e la costanza dello stile di vita", *Atti VI Congr. Naz. SIPI, «Il tempo e la memoria»*, Marina di Massa.
30. FIVUSH, R., HABERMAS, T., WATERS, T. E., ZAMAN, W. (2011), The making of autobiographical memory: intersections of culture, narratives and identity, *Int. J. Psychol.*, 46: 321-345.
31. GABBARD, G. O. (2000), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Third Edition*, tr. it. *Psichiatria Psicodinamica. Terza edizione*, Cortina, Milano 2002.
32. GAGNON, D. L. (1996), A review of Reality Orientation, Validation Therapy, and Reminiscence Therapy with the Alzheimer's client, *Phys. Occup. Ther. Geriatr.*, 14: 61-77.
33. GALIMBERTI, U. (1979), *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli, Milano 2006.
34. GIANI GALLINO, T. (2004), *Quando ho imparato ad andare in bicicletta*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
35. GORI, G. (2013), Demenza: malattia delle perdite, ma anche della persistenza di spazi mentali significativi, *Psicogeriatría*, 1: 21-26.
36. HASLAM, S. A., JETTEN, J., POSTMES, T., HASLAM, C. (2009), Social identity, health and well-being: an emergind agenda for applied psychology, *Appl. Psychol.-Int. Rev.*, 58: 1-23.
37. HEIDEGGER, M. (1927), *Sein und Zeit*, tr. it. *Essere e Tempo*, Longanesi, Milano 2006.
38. HOU, C. E., MILLER, B. L., KRAMER, J. H. (2005), Patterns of autobiographical memory loss in dementia, *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 20: 809-815.
39. HYLAND, D. T., ACKERMAN, A. M. (1988), Reminiscence and autobiographical memory in the study of personal past, *J. Gerontol.*, 43: 35-39.
40. JETTEN, J., HASLAM, C., PUGLIESE, C., TONKS, J., HASLAM, S. A. (2010), Declining autobiographical memory and the loss of identity: effects on well-being, *J. Clin. Exp. Neuropsychol.*, 32: 408-416.
41. KANDEL, E. R. (2006), *In Search of Memory. The Emergence of a New Science of Mind*, tr. it. *Alla ricerca della memoria. La storia di una nuova scienza della mente*, Le Scienze, Roma 2008.

42. KANDEL, E. R., SCHWARTZ, J. H., JESSELL, T. M. (1991), *Principles of Neural Science (3rd Edition)*, tr. it. *Principi di Neuroscienze (2^a Edizione Italiana)*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano 1994.
43. LEYHE, T., MULLER, S., MILIAN, M., ESCHWELER, G. W., SAUR, R. (2009), Impairment of episodic and semantic autobiographical memory in patients with mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease, *Neuropsychologia*, 47: 2464-2469.
44. LONGONI, A. M. (2000), *La memoria*, Il Mulino, Bologna.
45. LOWENTAL, R. I., MARRAZZO, R. A. (1990), Milestoning: evoking memories for resocialization through group reminiscence, *Gerontologist.*, 30: 269-272.
46. MAESTRONI, P. (2011), Malattia di Alzheimer e stile di vita. Proposta per un possibile intervento terapeutico in chiave adleriana, *Riv. Psicol. Individ.*, 69: 63-87.
47. MILLS, M. A. (1998), *Narrative identity and dementia; a study of autobiographical memories and emotions*, Ashgate Publishing, Alderhot, UK.
48. MINKOWSKI, E. (1933), *Le temp vecu. Étude sphénoménologiques et psychopathologiques*, tr. it. *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*, Einaudi, Torino 2004.
49. NAYLOR, E., CLARE, L. (2008), Awareness of memory functioning, autobiographical memory and identity in early-stage dementia, *Neuropsychol. Rehabil.*, 18: 590-606.
50. NEAL, M., BRIGGS, M. (2000), Validation therapy for dementia, *Cochrane Database Syst. Rev.* (2): CD001394.
51. NEAL, M., BRIGGS, M. (2003), Validation therapy for dementia, *Cochrane Database Syst. Rev.* (3): CD001394.
52. PAGANI, S. (2004), Dall'avventura alla sventura. Tempo e depressione, *Riv. Psicol. Individ.*, 56: 75-86.
53. PROUST, M. (1913-1927), *À la recherche du temps perdu*, tr. it. *Alla ricerca del tempo perduto*, Mondadori, Milano 2005.
54. RONCATO, S., ZUCCO, G. (1993), *I labirinti della memoria*, Il Mulino, Bologna.
55. ROVERA, G. G. (2004), Il modello adleriano nelle relazioni d'aiuto, *Riv. Psicol. Individ.*, 56: 9-14.
56. ROVERA, G. G., FASSINO, S., GATTI, A. (1985), "Le strategie dell'incoraggiamento nell'anziano", *Atti I Congr. Naz. Società Italiana di Psicogeriatrica, «L'invecchiamento tra paura e desiderio»*, Saint-Vincent.
57. ROVERA, G. G., FASSINO, S., MUNNO, D., SCARSO, G. (1983), "Problemi di adattamento al setting nelle psicoterapie dell'anziano", *Atti XVII Congr. Naz. Società di psicoterapia medica, «Psicoterapia dell'anziano»*, Bari.
58. ROVERA, G. G., GATTI, A. (1982), Considerazioni psicopatologiche ed applicazioni cliniche in tema di strategie dell'incoraggiamento, *Rassegna di Igiene Mentale*, IV(1-4): 105-132.
59. SPECTOR, A., ORRELL, M., DAVIES, S., WOODS, R. T. (2000), Reminiscence therapy for dementia, *Cochrane Database Syst. Rev.*, (2): CD001120.
60. SPECTOR, A., WOODS, B., ORRELL, M. (2008), Cognitive stimulation for the treatment of Alzheimer's disease, *Expert. Rev. Neurother.*, 8: 751-757.
61. SQUIRE, L., KANDEL, E. R. (2009), *Memory. From Mind to Molecules*, tr. it. *Come funziona la memoria. Meccanismi molecolari e cognitivi*, Zanichelli, Bologna 2010.
62. WEITEN, W., LLOYD, M., LASHLEY, R. (1990), *Psychology applied to modern life: adjustment in the 90s*, 3rd ed., Brooks/Cole Publishing, Pacific Grove, CA.

63. WESTERHOF, G. J., LAMERS, S. M., DE VRIES, D. R. (2010), Effects of recollecting autobiographical memories on the emotional well-being of older adults, *Tijdschr. Gerontol. Geriatr.*, 41: 5-12.
64. WOODS, R. T., BRUCE, E., EDWARDS, R. T., ELVISH, R., HOARE, Z., HOUNSOME, B., KEADY, J., MONIZ-COOK, E. D., ORGETA, V., ORRELL, M., REES, J., RUSSELL, I. T. (2012), Reminiscence groups for people with dementia and their family caregivers – effectiveness and cost-effectiveness pragmatic multicentre randomised trial, *Health Technol. Assess.*, 16: 1-116.
65. WOODS, B., SPECTOR, A., JONES, C., ORRELL, M., DAVIES, S. (2005), Reminiscence therapy for dementia, *Cochrane Database Syst. Rev.*, 18 (2): CD001120.
66. YU, F., ROSE, K. M., BURGNER, S. C., CUNNINGHAM, C., BUETTNER, L. L., BEATTIE, E., BOSSEN, A. L., BUCKWALTER, K. C., FICK, D. M., FITZSIMMONS, S., KOLANOWSKI, A., JANET, K., SPECHT, P., RICHESON, N. E., TESTAD, I., MCKENZIE, S. E. (2009), Cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and dementia, *J. Gerontol. Nurs.*, 35: 23-29.

Sabrina Garolfi
Via Privata Fornacino 8
I-20081 Abbiategrasso (MI)
E-mail: sabrina.g72@virgilio.it

Silvana Lerda
Corso Massimo D'Azeglio 108
I-10126 Torino
E-mail: silpsich@virgilio.it