

Per un approccio psicodinamico nella clinica della demenza senile

SECONDO FASSINO, SUSANNA MAROZIO, SARA PREDÀ, SARA SICCARDI,
PAOLO LEOMBRUNI

Summary – FOR A PSYCHODINAMIC APPROACH IN THE CLINIC OF THE SENILE DEMENTIA. In the medical, psychiatric and psychological practice, the diagnosis of dementia, especially in premature stages, is not rarely problematic. The diagnostic trial for dementia can be complicated by signs of pseudodementia; a lot of signs and symptoms are found both in depression and in dementia: so it's difficult to define what of these signs are demonstrations of the one or the other pathology. In psychodynamic approach, during the process of progressive loss of the structure in dementia there experiences of loss: depressive affections, delirium, abnormal behaviors and archaic behaviors observed in the demented patients purchase a meaning of defense, of struggle for the survival. *According to the hypothesis of demential compromise the breakup of psycho-behavioral functions in the dement patient is based on a peculiar specificity, in which pathogenic causes and their reactions, especially psychobiological reactions, interlace in a characteristic way.* The model of reference for a general approach to the terminal dement patient relates to the biopsycosocial model, to the paradigm of communication: this model articulates pharmacological, psychotherapeutic and rehabilitative interventions, in correspondence to multifactorial pathogenesis of dementia. The strategies of encouragement, related to the Adlerian Individual Psychology, represent a way to manage therapeutic relationship. It's necessary the courage to devote constant appointment and investments towards the search, in biological clinical and social-welfare fields related to dementia.

Keywords: SENILE DEMENTIA, PSYCHODINAMIC APPROACH, ENCOURAGEMENT

1. Il problema della diagnosi

Non è infrequente, nella pratica medica, psichiatrica e psicologica, fare o non fare diagnosi di demenza in maniera sbrigativa, specie nelle fasi precoci, nei confronti di soggetti soltanto confusi, con malattie internistiche o addirittura semplicemente anziani disorientati: per tale motivo occorre ricordarsi che per porre diagnosi di demenza devono essere soddisfatti alcuni precisi criteri [8]. Secondo il DSM-IV-TR la caratteristica essenziale di una demenza è la presenza di molteplici deficit cognitivi comprendenti la compromissione della memoria, e almeno un'alterazione tra afasia, aprassia, agnosia o disturbi delle funzioni esecutive; la gravità di tali sintomi deve essere tale da provocare una menomazione del funzionamento sociale o lavorativo del paziente [3]. Osservando un anziano affetto

da demenza degenerativa, si possono osservare generalmente due tipi di sintomi: 1) alcuni identificabili con i sintomi psichiatrici conosciuti; 2) altri generalmente definiti “deficitari”, rappresentati da una sorta di ebetismo, in cui elementari conoscenze sono utilizzate male o non utilizzate affatto. Per la demenza di tipo Alzheimer l’insorgenza è solitamente graduale e il declino cognitivo progressivo, solo successivamente sono presenti alterazioni significative dello stato di coscienza, come disorientamento, confusione, etc.

II. *Demenza e depressione*

La frontiera tra demenza e depressione è talora incerta, non solo sul piano fisiopatologico e neurobiologico ma anche su quello semeiologico. È infatti frequente constatare, nelle sindromi affettive, una riduzione del potenziale cognitivo che nell’anziano può essere il sintomo più evidente e, d’altro canto, spesso il deterioramento innescato dalla demenza comporta l’instaurarsi di importanti modificazioni del tono dell’umore in senso depressivo. Attualmente non è noto se la depressione sia il motore psicologico o uno dei motori psicologici, di evoluzioni deficitarie [40].

Esistono almeno tre modalità con cui la depressione può manifestarsi in presenza di demenza degenerativa primaria [40, 41]. La depressione può essere considerata come un’espressione del processo di demenza: i sintomi sarebbero una conseguenza dello stesso danno biologico che sottende la demenza. Sono state fatte due principali ipotesi per spiegare la correlazione tra sintomi depressivi e sintomi cognitivi: la prima, evidenziata da modificazioni dei neurotrasmettitori del *locus coeruleus* e della sostanza nera in corso di demenza, postula che la depressione sia un sintomo prodromico di demenza. La seconda ipotesi postula invece che la depressione agisca come fattore di rischio per un’evoluzione demenziale: l’ipercolesterolemia presente in corso di depressione favorirebbe l’abbassamento della soglia di degenerazione neuronale.

Si è ipotizzato che l’esordio di uno stato depressivo in corso di demenza, ed in particolar modo di quadri depressivi minori, sia l’espressione di una reazione del soggetto nei confronti delle proprie difficoltà cognitive ingravescenti. La terza modalità con cui la depressione compare, nel contesto della malattia di Alzheimer, è quella di una sua autonomia sindromica che configura pertanto una vera comorbilità: in questo caso tale depressione avrebbe alterazioni neurochimiche qualitativamente diverse rispetto a quelle associate a demenza: il fatto che risponda alla terapia antidepressiva dovrebbe suffragare questa teoria.

Molti segni e sintomi si ritrovano sia nella depressione che nella demenza, e ciò rende difficile definire quali di questi siano manifestazioni dell’una o dell’altra

patologia. Alcuni elementi possono essere utili per effettuare una distinzione: ad esempio il soggetto depresso si presenta da solo alla prima consultazione ed è consapevole dei propri disturbi e della loro gravità, mentre il paziente demente spesso è accompagnato alla visita dai familiari, ed egli tende a non rendersi conto dell'entità del disturbo. Un paziente affetto da depressione è in grado di ricordare con facilità l'esordio della sintomatologia e riferisce una rapida ingravescenza, mentre la data d'inizio non risulta individuabile nel demente. Quest'ultimo inoltre tenta di dissimulare le proprie incapacità e compie numerosi sforzi per svolgere un compito semplice, cercando in ogni modo di sopperire ai *deficit* mnestici, anche con la confabulazione. Infine la modificazione dell'umore nel paziente affetto da demenza può presentarsi labile e superficiale e, generalmente, sono assenti gli altri sintomi depressivi come quelli vegetativi.

III. *Demenza e pseudodemenza*

Il processo diagnostico per la demenza può essere complicato da quadri clinici caratterizzati da sintomatologia sovrapponibile a quella della demenza degenerativa primaria, ma in realtà secondari a vari disturbi psichiatrici, solitamente reversibili, definiti come pseudodemenza [6].

Attualmente gli unici criteri diagnostici ai quali è possibile fare riferimento riguardo alla pseudodemenza sono quelli proposti da Caine nel 1981: deterioramento intellettuale associato ad un disturbo psichiatrico primario, anomalie neuropsicologiche che in parte richiamano deficit cognitivi neuropatologicamente indotti, disturbi intellettivi reversibili e assenza di un processo neuropatologico che possa spiegare l'origine del disturbo [7].

La demenza degenerativa e la pseudodemenza depressiva sono patologie che a volte, almeno inizialmente, possono portare ad una confusione diagnostica e quindi ad un'errata prognosi e ad una terapia inadeguata, innescando così un circolo vizioso che coinvolge il medico e i familiari del malato.

Per la pseudodemenza l'anamnesi psichiatrica risulta positiva per disturbi dell'umore, mentre questo è un riscontro poco frequente in corso di demenza. Alcune delle altre caratteristiche sono tra quelle già osservate nella diagnosi differenziale tra demenza e depressione: la consapevolezza rispetto alla data di esordio, la tendenza a minimizzare o enfatizzare le proprie disabilità e il tipo di modificazioni del tono dell'umore. Mentre nella persona "pseudodemente" le capacità sociali risultano spesso mantenute, nel soggetto affetto da demenza la loro perdita risulta precoce e preponderante. Nel demente generalmente le alterazioni maggiori risultano a carico della memoria a breve termine, mentre nello pseudodemente ci sono deficit mnesici per gli eventi recenti e remoti di solito gravi, con

vuoti di memoria per periodi specifici [6]. D'altro canto, non è mai stata dimostrata una correlazione precisa tra le turbe della memoria e l'evoluzione demenziale, e numerose forme di dismnnesia, cioè di difficoltà di memoria, potrebbero dipendere da tutt'altro ordine di cause e di circostanze piuttosto che dalla demenza [23].

IV. *Demenza e psicosi*

Si possono avere, nel corso dell'invecchiamento, manifestazioni morbose dissonanti con le precedenti modalità comportamentali, causate dalla disaggregazione di tratti più o meno estesi della personalità e per il concorso di fattori psicosociali ed organici: tali quadri clinici traggono origine per lo più da peculiari tratti di personalità premorbosi.

Si stima che i sintomi psicotici siano presenti nel 15-73% dei pazienti affetti da malattia di Alzheimer [22], e spesso essi si presentano associati a turbe comportamentali e ad agitazione. Le manifestazioni psicotiche nell'Alzheimer si associano ad alcune variabili neurobiologiche, quali ad esempio un aumento dell'attività theta e delta all'EEG, una più elevata densità di placche senili, un aumento dei grovigli neurofibrillari nel *prosubiculum*, un'ipoperfusione dei lobi frontale e parietale.

La sintomatologia delirante, nel paziente con demenza degenerativa primaria, è molto frequente e generalmente più evidente nelle prime fasi di malattia, tanto da essere, in alcuni casi, la prima modalità di presentazione del quadro clinico: essa può essere secondaria a deficit mnesici, a disturbi percettivi o ad un ridotto apporto sensoriale e sociale, e può inoltre favorire lo sviluppo di tratti di personalità preesistenti, o essere una difesa rispetto alla graduale perdita di controllo nei confronti dell'ambiente. I deliri costituiscono la manifestazione psicopatologica più frequentemente correlata a turbe del comportamento quali aggressività fisica e verbale, atteggiamenti oppositivi e violenti, disforia. I più comuni tipi di delirio sono rappresentati da idee di nocumento e di latrocinio; si possono manifestare anche deliri di gelosia, di riferimento, ipocondriaci ed erotomanici [22].

I disturbi delle senso-percezioni, allucinazioni, falsi riconoscimenti e fenomeni illusionali sono di frequente riscontro soprattutto nella demenza tipo Alzheimer. Le allucinazioni visive sono più frequenti di quelle uditive, si osservano soprattutto in soggetti di età più avanzata e si associano a decorso clinico più grave, con manifestazioni più frequenti di aggressività. Tali fenomeni allucinatori risultano spesso secondari a deficit dell'attenzione, ad alterazioni dello stato di coscienza e del ritmo sonno-veglia, e vengono tradizionalmente considerati indicativi di danno organico cerebrale.

V. Per una ricerca di senso: l'approccio psicodinamico alla Demenza

Il clinico che si avvicini emotivamente e decida di “ascoltare” i pazienti con demenza, si interroga presto su che cosa possa avvenire nel loro mondo interiore. Alcune acquisizioni provenienti da studi psicoanalitici sui soggetti cerebrolesi [21, 18] sono state utilizzate per l'osservazione, tramite la relazione terapeutica, di soggetti con demenza [44, 15]: la consapevolezza del Sé di tali soggetti può rimanere integra, mentre si deteriorano progressivamente le facoltà mentali e i tratti della personalità.

Una prima formalizzazione psicodinamica dell'approccio clinico alla demenza fu elaborata da Naomi Feil nel 1982. Il suo metodo clinico, definito “Validation Therapy”, poggiava sull'asserzione per cui “C”è una ragione dietro ogni comportamento” [14]. Questa “ragione” deve esistere, perché qualsiasi tipo di comportamento, per quanto confuso o talvolta bizzarro, non è mai soltanto il prodotto di un sistema nervoso alterato dalla malattia. Utilizzando idee derivate da Freud e da Jung, Naomi Feil sosteneva che la comprensione del significato esistente in tali comportamenti fosse possibile grazie ad un tipo di “linguaggio universale” di simboli, attraverso l'uso di certi oggetti che simbolizzerebbero oggetti o persone del passato o – più generalmente – “oggetti interni” o archetipi, che la Feil descrive come “bisogni universali” [14]. Si può considerare il pensiero della Feil come una prima teoria psicodinamica del disorientamento: questo può essere considerato nell'anziano come un meccanismo protettivo per una realtà ritenuta insopportabile, e come una regressione a stadi di sviluppo precedenti, incompiuti. La Validation Therapy viene considerata un aiuto prezioso per soggetti molto anziani (dagli 80 anni in avanti), che abbiano avuto una vita relativamente felice e produttiva, senza gravi crisi nella loro vita e che abbiano un danno neurologico permanente [19].

Come la Validation, anche la Resolution Therapy, nata dalla collaborazione tra Fiona Goudie e Graham Stokes [38], riserva grande attenzione a tutta la comunicazione dei soggetti affetti da demenza. Più che una terapia in senso stretto, la Resolution Therapy è considerata un invito a comprendere e a riconoscere i sentimenti attuali di un individuo confuso, trovando poi i modi per aiutare tali soggetti a fronteggiare questi sentimenti, che possono includere anche modificazioni all'ambiente e ai rapporti personale infermieristico-paziente.

Un contributo fortemente innovativo è quello proposto da Louis Ploton, mediante un'analisi critica del concetto di demenza senile, frutto di un intervento “sul campo” attraverso numerose esperienze cliniche “pilota” [23]. Oggi le demenze vengono considerate di moda, essendo un argomento frequente dei media: la demenza viene considerata una malattia della modernità [24]. La nostra società, considerata la più ricca e progredita mai esistita nella storia, si trova attualmente

nell'impossibilità di garantire un futuro dignitoso ai soggetti colpiti da una malattia così devastante.

La demenza sembra caratteristica di un contesto relazionale (che essa tende a creare?) in cui ciascuno, implicitamente, è spinto a fare contemporaneamente una cosa e il suo contrario, contribuendo a svuotare le iniziative del loro significato. La squalifica, l'evacuazione dei contenuti, l'invalidazione dei significati, l'annullamento del senso delle cose, la neutralizzazione, sembrano essere delle costanti che aderiscono ad ogni azione del demente e *ad ogni azione che lo riguarda*. Il demente sembra volerle provocare e costringe il suo ambiente familiare ad opporglielo di rimando, qualunque cosa egli tenti di fare [40]. La vita, per un soggetto demente, diventa possibile solo a condizione di non viverla, poiché psicologicamente "invivibile", e sembra che una messa in scena comportamentale intervenga in luogo e al posto di una mentalizzazione impossibile.

La questione centrale della demenza sembra consistere, in termini psicodinamici, nel problema del *lutto di se stessi*, a coronamento del problema più generale di tutti i lutti che l'anziano deve tentare di metabolizzare: il paziente non ricorda più *chi è*, ma ricorda *chi era*. La demenza si può inscrivere nella patologia del narcisismo, in quanto essa dipende all'apparenza da un paradosso dell'istinto di conservazione, dato che la progressione verso la morte è mentalmente inaccettabile in qualsiasi altra posizione che non sia quella più regressiva sul piano relazionale, affettivo ed intellettuale [23].

Se il pensiero cosciente del demente è neutralizzato, ne deriva una questione: che ne è della sua vita psichica inconscia? Nell'osservazione clinica si suppone che essa sia attiva; l'attenzione del clinico è attratta soprattutto dall'importanza della comunicazione attuata con modalità comportamentali, le quali nascondono, in particolare, veri e propri equivalenti comportamentali dei lapsus, nonché atteggiamenti individuali o collettivi ipersignificanti di tipo chiaramente allegorico.

L'attenzione dei clinici è richiamata dalla riattivazione improvvisa, nel soggetto demente, di certe facoltà mentali; sfortunatamente, queste riattivazioni sono state raramente oggetto di un'osservazione minuziosa. In termini psicologici, per interpretare la riattivazione temporanea di alcune facoltà, in particolare quelle che precedono il decesso, si sarebbe tentati di formulare l'ipotesi che oltrepassare il compromesso demenziale potrebbe dimostrarsi rovinoso per l'interessato, costituendo in certo qual modo un "lusso suicidiario" [23].

La rottura del funzionamento psico-comportamentale, ipotesi del compromesso demenziale proposta da Ploton, è fondata su una specificità che le è peculiare e che caratterizza l'insieme delle diverse evoluzioni demenziali senili. Per verificarsi, tale rottura necessita forse di fattori propri e di co-fattori. I primi costitui-

rebbero la specificità, o anche quel meccanismo biopsicologico proprio delle demenze del quale si suppone l'esistenza. I co-fattori sarebbero rappresentati dai differenti contesti patologici (vascolari, neurodegenerativi, psichiatrici, ecc.), generalmente definiti come eziologici, e nel cui ambito si è potuta verificare la rottura demenziale.

È interessante notare come, se tale meccanismo di rottura sarà confermato nei dementi, sia per mezzo dell'approccio psicologico che si è potuta formulare l'ipotesi dell'esistenza del meccanismo stesso; la verifica della sua reale esistenza, e la dimostrazione della sua unicità, o delle sue eventuali varianti, si otterranno comunque grazie alla comprensione delle sue basi biologiche. I progressi della biologia non faranno uscire le sindromi demenziali dal campo della psicologia, ma le inseriranno verosimilmente in un'indispensabile pratica di ispirazione psicoterapeutica. Elaborando l'ipotesi di Ploton, si applicherebbe alle demenze il modello della depressione o anche quello della febbre e dello stress: queste sono altrettante risposte sintomatiche mediante le quali l'organismo attua una modalità di difesa non specifica, e nondimeno perfettamente strutturata e accessibile a certe condizioni, alla relazione psicoterapeutica.

In un'ottica psicodinamica, nel processo di destrutturazione progressiva in corso di demenza si hanno, nel paziente, estesi vissuti di perdita: l'anziano si sente in colpa per il suo deficit, per il suo essere assente, incapace; vi è un naufragio narcisistico che porta alla frammentazione e alla disintegrazione dell'Io. Si avranno, nel paziente demente, modificazioni della personalità rispetto alla graduale perdita di funzionamento, che sono rappresentate da una progressiva indifferenza ed apatia [36], da "reazioni catastrofiche", che si hanno quando i pazienti si rendono conto di non essere in grado di svolgere i compiti che in precedenza erano in grado di adempiere, e quindi essi percepiscono il proprio fallimento nelle attività abituali come un pericolo per la propria esistenza; come conseguenza, tentano di difendersi dall'ansia devastante mettendo in atto comportamenti che amplificano la regressione profonda "dell'essere ragionevole".

VI. Demenza e qualità di vita

La qualità della vita di pazienti con demenza può essere maggiormente compromessa dalla reazione emotiva e comportamentale, piuttosto che dalla malattia. Tali individui si difenderanno dall'ansia catastrofica evitando la consapevolezza dei loro deficit, talora diventando eccessivamente ordinati: tenendo tutto a posto essi s'illudono di tenere sotto controllo il loro ambiente. La perdita delle facoltà mentali associata a una demenza progressiva può essere compresa dinamicamente, come un processo regressivo all'interno dell'Io, per cui meccanismi di difesa maturi verrebbero sostituiti a modalità difensive più primitive [15]: l'altruismo,

ad esempio, verrebbe sostituito da un assorbimento sul Sé; soprattutto sembra agire il diniego, mentre il meccanismo della proiezione favorirebbe l'instaurarsi di tematiche persecutorie e di pregiudizio. La regressione, che si manifesta anche con alterazioni comportamentali, sembrerebbe avere una duplice funzione: dapprima difensiva contro un'esperienza di catastrofe attuale inaccettabile da vivere, in seguito essa dovrebbe dare soddisfazione, perché il regredire comporta modalità di vita e di relazione che in passato hanno dato al paziente piacere, o comunque meno dolore.

La memoria recente è danneggiata dal processo degenerativo prima di quella remota; i pazienti generalmente non si ricordano di chi e come sono ora, ma riescono a ricordarsi bene di chi e come erano in passato: questa situazione disturba ulteriormente il già compromesso funzionamento attuale di tali soggetti, accrescendo in loro rabbia, depressione e confusione [15]. Nella concezione psicodinamica gli affetti depressivi, ma anche i deliri, i comportamenti abnormi e le condotte arcaiche presenti nei pazienti dementi acquistano un significato di difesa, di lotta per la sopravvivenza: essi hanno un estremo valore comunicativo, restituendo al paziente stesso la dignità di una persona che cerca di sintonizzarsi a qualunque costo su un mondo esterno che progressivamente tende a sfuggirgli. La tragedia di tale malattia è che la consapevolezza di sé può rimanere intatta, mentre progressivamente si deteriorano le facoltà mentali [13].

Una scala di destrutturazione progressiva nella demenza si può osservare spesso; il primo gradino sarà rappresentato dalla depressione, considerata come difetto ed effetto dell'elaborazione di perdite reali o fantasmatiche: i caratteristici temi melanconici sono sostenuti da realtà quali l'emarginazione, la solitudine, la salute precaria, l'incombenza della morte e sentimenti di autosvalutazione, di colpa, d'indegnità. Il secondo gradino, nella scala di disgregazione della demenza, è rappresentato dal delirio come difesa controdepressiva che sceglie la via dell'allontanamento dalla realtà: l'isolamento sociale, il vivere da soli, i difetti sensoriali soprattutto uditivi favoriscono l'induzione di tematiche deliranti. Osservazioni su pazienti giovani con *demenza Aids complex* [17] e su anziani con pseudodemenza [13] supportano ipotesi esplicative fruibili per ulteriori ricerche sulla comorbilità demenze, depressione, psicosi. Infine il terzo gradino, costituito dalla demenza vera e propria, rappresenta il vero naufragio narcisistico che porta alla frammentazione ed alla disintegrazione dell'Io e poi del Sé. In un "percorso tipo" attraverso i tre stadi principali, il cammino involutivo fino alla disgregazione del Sé dura dagli 11 ai 25 anni [19].

Il riconoscimento dell'importanza del mondo interiore dei malati di demenza, ha implicazioni profonde per il modo in cui ci si mette in relazione con persone affette da demenza. Se la Reality Orientation Therapy, coi suoi fondamenti comportamentisti, tende a focalizzarsi sul funzionamento del malato di demenza [16],

l'approccio centrato sulla persona, nella concezione ideata da Carl Rogers, tende a considerare l'esperienza dell'individuo demente [25, 26]. È decisivo, nella strategia del "prenderci cura", un grande rispetto per le esperienze soggettive, le percezioni e il mondo interiore dell'individuo; altrettanto utile sarebbe un'accettazione non giudicante delle qualità uniche di ogni soggetto, compreso lo stadio raggiunto nel processo di sviluppo della sua personalità. Tra gli altri punti sottolineati da Rogers, sarebbe fondamentale un approccio non troppo direttivo nei confronti dei malati di demenza, enfatizzando il ruolo del professionista come facilitatore, e accettando che il potere, il controllo e le responsabilità per quanto possibile restino nell'individuo.

VII. *Verso una psicoterapia della demenza?*

La formulazione di modelli del funzionamento psicologico del demente e la pratica psicoterapeutica sono indissociabili: di qui nasce l'interesse per le nuove ipotesi di Ploton, interpretative sul vissuto del demente. Tuttavia l'approccio clinico alla demenza non può prescindere dall'applicazione teorico-pratica del modello bio-psico-sociale [9, 33]. Questo modello articola, in maniera non contraddittoria, interventi farmacologici, psicoterapeutici e riabilitativi, in corrispondenza alla patogenesi multifattoriale della demenza stessa.

Dal punto di vista farmacologico, nella demenza di Alzheimer oltre ai ritrovati farmacologici con specifica attività antidementigena – come Donepezil e Rivastigmina – anche farmaci come gli antipsicotici atipici, i neurolettici, gli ansiolitici benzodiazepinici ad azione breve, il Buspirone e gli antidepressivi si dimostrano spesso di notevole utilità nel trattamento dei disturbi psicopatologici e comportamentali in comorbilità [42].

Secondo l'approccio psicosociale, è importante che il paziente non arrivi a variare le proprie abitudini e/o l'ambiente circostante. Così si consigliano al paziente oggetti familiari da tenere con sé o attorno a sé; si rassicurerà il paziente attraverso il contatto fisico o col tono della voce, si cercherà di stimolarlo con argomenti vari; si stabiliranno inoltre attività fisiche regolari, per accrescere le prestazioni neuromotorie e le relazioni sociali del paziente. È altrettanto fondamentale offrire ai familiari e ai caregivers informazione ed educazione circa la natura e l'entità della sintomatologia e delle misure terapeutiche; inoltre, sarà parimenti indispensabile stimolare la comunicazione tra tutte le figure coinvolte nell'assistenza e i familiari. Emerge quindi, nella gestione psicosociale, il fatto che le esigenze del paziente non possono essere affrontate separatamente da quelle della sua famiglia: un sostegno a chi presta assistenza, sia di tipo psicofarmacologico che di tipo psicoterapeutico o psicoeducazionale, diviene spesso indispensabile [12].

Con l'aggravarsi del quadro clinico della demenza divengono sempre più appropriate tecniche di "modifica del comportamento", che prevedono l'identificazione di uno specifico comportamento problematico, e la successiva valutazione dei fattori ambientali che precipitano o che rinforzano tale atteggiamento indesiderato.

Una semplice tecnica di richiamo mnemonico, le cosiddette "3R", può aiutare gli assistenti e i familiari a ridurre alcuni comportamenti del paziente fonte di disagio [39]: *Ripetizione*: richiami frequenti e chiari aiutano i pazienti con moderata perdita di memoria. *Rassicurazione*: una conversazione calma con un familiare riduce spesso l'ansia e l'agitazione del paziente. *Riorientamento*: una distrazione dall'oggetto, fonte di preoccupazione o di agitazione, risulta spesso benefica.

La formulazione di modelli del funzionamento psicologico del demente e la pratica psicoterapeutica sono indissociabili, come si è detto sopra. In un setting psicoterapeutico per anziani non ancora gravemente dementi, il soggetto può costruire, all'interno della relazione terapeutica, una propria visione di sé e della realtà in cui vive. Lo psicoterapeuta dovrebbe aiutare l'anziano, gradualmente, a veder la propria vita come qualcosa di continuo e coerente, perciò dotato ancora di senso. Si dovrebbe, intervenendo sull'anziano, aiutarlo a riflettere su alcuni punti, quali ad esempio quello secondo cui la memoria è un custode fedele dei nostri vissuti e quindi rappresenta un luogo privilegiato del nostro Io; inoltre l'uomo senza memoria sarebbe alla continua ricerca di una traccia per dare senso al proprio "itinerario".

Spesso di fronte a patologie ritenute incurabili, quindi di forte impatto psicologico, come le demenze, tende ad emergere un atteggiamento di rinuncia da parte del medico; è importante, a questo proposito, che il curante faccia il possibile per preservare l'autostima del paziente e per incoraggiarlo. Per tale motivo, risulta necessario iniziare un processo psicoterapeutico senza attendere che il paziente ne faccia richiesta: tali malati, infatti, possono essere raggiunti, a livello emozionale, ancora per molto tempo nonostante il grave impoverimento cognitivo.

È importante, per lo psicoterapeuta, valutarne i meccanismi di difesa, sostituire le funzioni deficitarie dell'Io attraverso l'uso di calendari, appunti, schemi. Risulta inoltre di fondamentale importanza un approccio flessibile ed appropriato al livello di funzionamento cognitivo del paziente, a favore di un'alleanza operativa con il malato e il familiare che se ne prende cura: attraverso i sintomi non cognitivi è possibile restituire senso alla patologia demenziale e all'essere terapeuta che si prende cura dei vissuti e delle relazioni interpersonali del paziente demente. Il coinvolgimento dei familiari dovrebbe essere costante per prevenire un loro patologico scoraggiamento e per assisterli nel rimodellare le relazioni col paziente: instaurare un'alleanza operativa col familiare che se ne prende cura sembra indispensabile per rendere efficace quella con il paziente.

I trattamenti psicologici sono diversi e tra loro articolabili: di tipo cognitivo, supportivo, riabilitativo di gruppo, familiari, di sostegno, orientati al recupero mnemonico, direttivi e orientati alla realtà, di manipolazione dell'ambiente. L'approccio a tali trattamenti dovrebbe essere flessibile, appropriato al livello di funzionamento cognitivo e al problema specifico da affrontare. Tutti questi interventi dovrebbero comunque comprendere se si vuole dare *sensu alla diagnosi* [4]: interventi psicoterapeutici orientati psicodinamicamente, soprattutto nei primi stadi della demenza di Alzheimer, possono essere utili al paziente perchè la capacità di introspezione e memoria sono ancora adeguate [19]. È necessario che il contesto delle cure e il *setting* sia allargato alla famiglia: la gestione, orientata psicodinamicamente è spesso molto utile sia per una migliore Qualità della Vita rimasta, sia per il problema della Qualità della separazione-morte [12] quando la malattia volgerà verso la fase terminale.

VIII. *Le strategie d'incoraggiamento*

Il processo di incoraggiamento rappresenta una modalità di gestire la relazione terapeutica in vari contesti di trattamento, tra i quali quello geriatrico. Questa procedura di relazione, anche detta *processo di transmotivazione*, si riferisce alla *Psicologia Individuale adleriana* e configura un insieme di elaborazioni cognitivo-affettive, di atteggiamenti e modi di essere, di fare e di pensare del terapeuta, caratterizzati dalla fiducia di quest'ultimo nei confronti del paziente: questo processo è finalizzato a (ri)attivare empaticamente nel malato la fiducia in sé e l'autostima [28, 32, 34]. Lo psicoterapeuta, per un malato di Alzheimer, può fungere da "Io Ausiliario", attraverso diversi atteggiamenti e funzioni protesiche: può *incoraggiare* il paziente a raccontare la propria vita, rievocando i ricordi che iniziano a affievolirsi; *agisce* per promuovere il rinforzo delle difese adattive del paziente, rispetto alle difese primitive laddove necessarie; *ascolta e appoggia* i familiari, per una loro maggiore accettazione dell'assenza progressiva del malato fino alla morte.

È importante sottolineare che mentre una *tecnica* d'incoraggiamento può essere rivolta ad una singola condotta, una *strategia d'incoraggiamento* [32] si prende globalmente cura dell'anziano demente scoraggiato. I vari strumenti dovrebbero rientrare in un modello coerentemente strutturato che comprenda anche una visione della rete complessiva del disagio, di ciò che esso trasmette e comporta. Essa di per sé trova un'indicazione elettiva nelle terapie di linea dinamico-analitica, in soggetti affetti da depressioni di natura reattiva a recenti deprivazioni o da sintomi nevrotici insorti molto tempo prima, ma è richiesta sempre quando agiscono patologie destrutturanti la personalità. La strategia di incoraggiamento nel demente, infatti, si pone come fine il *riorientamento dell'intenzionalità* verso un impiego delle valenze residue di creatività. Anche i pazienti con disturbi psico-

patologici di gravità intermedia, nei quali la possibilità di riadattamento è limitata, sia per la patologia presente sia per fattori ambientali, possono beneficiare d'interventi più supportivi, come, per esempio, le psicoterapie di accompagnamento, dove è comunque sempre possibile avvalersi di strategie di incoraggiamento.

Quest'atteggiamento deve essere presente anche se la dimensione psicopatologica è associata o dipende prevalentemente da cause organiche degenerative, e quindi ha intaccato gravemente le funzioni psichiche. In tali casi, la strategia dell'incoraggiamento può trovare indicazione e applicazione in un contesto allargato che preveda, in un approccio di *liaison*, il gruppo curante e la dimensione istituzionale e quella familiare.

L'esperienza della progressiva non autosufficienza comporta dei profondi mutamenti nei rapporti con se stessi e con gli altri, con la nozione di tempo e di identità personale, con l'immagine del corpo; si delineano così nuovi compiti e nuovi ruoli a livello interpersonale e sociale. Inoltre, riemergono bisogni di protezione e di dipendenza tipici d'età evolutive precedenti: l'accresciuta dipendenza da altri si accompagna ad una riduzione dell'adattabilità all'ambiente. Questi cambiamenti rendono l'anziano con demenza ulteriormente timoroso di non essere più in grado di affrontare la vita, e ciò compromette le capacità volitive e l'intenzionalità. Inoltre, le variazioni personologiche, legate a parametri biologici, psicologici e sociali, impoveriscono i rapporti interpersonali, mettendo in primo piano la problematica della distanza e della solitudine, legata soprattutto al sentirsi abbandonati da tutti, al viverci al di fuori del mondo, in un'area di morte.

In questi contesti anche al di fuori di interventi specifici, un'attitudine psicoterapeutica dovrebbe sempre prevedere le strategie incoraggianti, a causa della marcata sofferenza psichica che si manifesta come patologia della volontà e della capacità di progettarsi. Il bisogno di appartenere e di sentirsi accettato pongono come primario obiettivo nella relazione col paziente anziano di evitare, per quanto possibile, e di riparare, per quanto consentito, il deterioramento del sentimento di sé ed il residuo di progettualità. Le dinamiche della distanza e della dipendenza possono costituire i fili conduttori di queste strategie in quanto mediane le caratteristiche della frustrazione e della gratificazione. Distanza e dipendenza devono essere modulate in maniera ottimale caso per caso e possono servire da guida per definire la modalità degli interventi da situare, non solo tra il relazionale e l'intrapsichico, ma anche tra il familiare, il sociale ed eventualmente l'istituzionale.

Una presenza significativa: questa sta nel profondo del processo d'incoraggiamento per il paziente demente, specie nelle fasi finali della separazione e morte. La relazione col paziente che muore interroga la scienza, ma anche la coscienza

del terapeuta. La comunicazione e la partecipazione solidale in questo caso rappresentano un impegno soprattutto etico: esse svolgono tuttavia una pregnante funzione terapeutica per una più alta qualità della vita rimasta e della separazione finale [37]. Le malattie ritenute incurabili come la demenza sono vissute come avvenimenti spaventosi e terribili, proprio perché la rappresentazione sociale e la nostra cultura hanno negato alla morte la sua *giusta* dimensione [27, 30]. Si è consolidato il tabù della morte, che ha perso spesso la sua sacralità ed è diventata semplicemente il termine della vita. Con l'esaurimento delle risorse tecniche per sconfiggere la malattia, anche il terapeuta si ritrova incapace di comprendere il suo scacco. Spesso non sa inserire la morte in una visione filosofico-scientifica della natura, né sa viverla nella ritualità culturale del gruppo sociale del morituro, in genere respinto dalla mentalità ospedaliera.

Tra le difficoltà principali nello star vicino al paziente terminale, c'è il rendersi conto del suo sentire, dell'essere insieme nel dolore, ci sono le diverse reazioni di rifiuto, confusione e collera, rassegnazione e speranza. Questa difficoltà a riconoscere e ad accogliere il suo stato d'animo, dipende per lo più dal disagio, spesso inconsapevole, a identificarci con il morente: il timore di "diventare lui" provoca una difficile modulazione della distanza emotiva e persino prossemica, spaziale [12].

Il processo di incoraggiamento richiede un coinvolgimento emotivo ottimale del terapeuta, una calibrazione costante tra sentimenti di impotenza e di onnipotenza per evitare atteggiamenti finzionali e inautentici. La morte come condanna alla sconfitta invita ad una riformulazione continua della progettualità curativa: la morte come esperienza *sensata*, dotata cioè di direzione e significato, oggetto di cura e di terapia, non solo come fine della terapia [11].

La relazione col paziente può diventare "terapeutica" anche al finire della vita: essa interagisce positivamente con gli altri interventi terapeutici farmacologici, riabilitativi, psicologici. È richiesta un'adeguata consapevolezza e formazione: maturazione personale, sviluppo delle attitudini all'ascolto, alla partecipazione emotiva, all'identificazione e al riconoscimento empatico dell'Altro. Quando il sottile equilibrio delle parole viene a rompersi, medico infermiere e paziente sono rinviiati ai loro profondi convincimenti esistenziali: tutto questo è "presenza significativa" [30].

Occorre qui considerare i problemi del patto di non abbandono, e l'eventuale (ri-)emergere, nelle ultime fasi della malattia, di bisogni di senso e di trascendenza del malato come problemi peculiari del processo di incoraggiamento con questi pazienti [12]. Essi, seppur solo parzialmente consapevoli della morte, specialmente quando questa avviene lentamente, provano un dolore anticipatorio che si manifesta con caratteristiche peculiari per ogni paziente a seconda dei suoi tratti di personalità.

Gli interventi psicoterapeutici d'accompagnamento [11] nel paziente terminale si discostano significativamente da quelli tradizionali. Quando la sintomatologia depressiva, psicotica, confusionale non risponde più ai trattamenti, e la disgregazione del Sé del paziente si aggrava in comportamenti incontrollabili, la stanchezza può scoraggiare i famigliari. Nell'equipe curante, in tale contesto, si possono attivare identificazioni operative, culturali ma anche emotive profonde che richiamano, non solo inconsciamente, i fantasmi della propria disgregazione e morte [10]. Il clinico si confronta con le motivazioni ideali passate e reali attuali della propria professione, in lui possono comparire vissuti di pessimismo, sfiducia, impotenza e sconfitta: talora, non solo inconsapevolmente, il curante si sente spinto a ritirarsi, ad abbandonare.

La presenza del terapeuta, del medico, (ma talvolta questa funzione è svolta dall'infermiere caposala) è rivolta a favorire nello staff curante (medici, psicologi clinici, infermieri, assistenti sociali, volontari) la disponibilità all'elaborazione dell'anticipazione della perdita dell'autosufficienza, dei progetti, della vita, della coscienza, per il paziente, infine del lutto per la famiglia.

L'accordo di non abbandono [43] interviene a questo punto. È questo un accordo, più o meno verbalmente esplicitato, per il quale il terapeuta assicura eticamente di accompagnare il paziente fino alla fine, impegnandosi a non allontanarsi professionalmente ed emotivamente. Quest'atteggiamento, se profondamente radicato nei convincimenti valoriali, morali e religiosi del clinico, produce l'effetto di un forte sentimento di appartenenza [1, 2] nel malato e lenisce, almeno parzialmente gli angosciosi vissuti di solitudine per una buona qualità del distacco. In questa fase il terapeuta, qualora oltre ad una preparazione psicologica egli abbia già avviato nel suo dialogo interiore [11], *l'incontro con il morire* può mettere a disposizione nella relazione terapeutica la propria paura per "essere con" il malato [37]. Questa disposizione relazionale, vero nucleo del processo di incoraggiamento, di alto valore terapeutico e spirituale, non può essere vissuta troppo frequentemente con più pazienti senza che siano attivati adeguati provvedimenti di supporto psicologico per il terapeuta: il rischio è quello di ritualizzare, depersonalizzare la relazione, con perdita di autenticità e di senso. Sono utili gruppi di supervisione da parte di conduttori psicoterapeuti esterni, adeguati turn over delle mansioni nello staff, ecc. che prevengano le crisi di svuotamento emotivo fino a veri e propri *burn out*.

IX. Conclusioni

Anche nelle fasi terminali il modello di riferimento per un approccio complessivo afferisce al modello biopsicosociale, e in particolare al *paradigma e all'etica della comunicazione* [11]. I messaggi, le emozioni che intercorrono tra il mala-

to e il gruppo dei curanti, possono essere osservati, spiegati, utilizzati nel programma terapeutico secondo una metodica che si riferisce alla teoria della comunicazione: ogni sistema che si ponga in collegamento con un altro trasforma se stesso e l'altro, nel momento e in conseguenza del collegamento che le informazioni stabiliscono. Gli aspetti *biologici* della comunicazione si riferiscono a processi neurobiologici, alla base dei meccanismi eziopatogenetici della malattia e dei conseguenti fenomeni di stress, ansia, depressione, stati confusionali e somatizzazioni: indicano il ricorso a trattamenti farmacologici sia ansiolitici che antidepressivi, anche per i famigliari. Gli aspetti *intrapsichici* riguardano le interazioni tra settori diversi del Sé, che comprendono – nonostante l'*exitus* incombente – il Sé creativo secondo il modello individualpsicologico adleriano [1, 2].

I bisogni di creatività e di trascendenza possono infatti essere presenti fino al termine della vita, anche quando sembra mancare uno spazio progettuale adeguato. La comunicazione intrapsichica del terapeuta che voglia essere *vicino*, così come quella del malato, si riferisce a quello speciale *dialogo interiore* [11], più spesso inconsapevole, per il quale ricordi di precedenti rapporti con persone significative, convincimenti personali derivati da esperienze professionali, paure, pregiudizi, sono in costante elaborazione. Qui si configura anche il terreno adatto per *l'incontro con l'Altro*, su cui si condensano le immagini interiorizzate delle persone significative della nostra esistenza, idealizzate, amate, temute, rimpiante. Questo dialogo interiore influenza, talvolta in modo significativo, il rapporto col malato terminale a favore della qualità del distacco finale.

Le proposte, citate precedentemente, sul problema del *prendersi cura* dell'anziano affetto da demenza e quindi con gravi alterazioni della cognitivtà, ma anche dell'affettività, possono aiutare chi è investito di responsabilità, sia cliniche che socio-assistenziali, ad avere *coraggio*. *Il coraggio* si potrà esprimere anche nell'affrontare la malattia a viso aperto, ad esempio quando sarà eticamente opportuno comunicare diagnosi, prognosi e stato del decorso ai pazienti ed ai loro famigliari. Al medico verrà richiesta fermezza ed impegno, di fronte a situazioni difficili per il paziente e per la sua famiglia: i famigliari, a loro volta, dovranno tentare di esprimere la capacità di affrontare tale tragedia senza farsi travolgere da essa [5]. Allo stesso tempo, un atteggiamento di *compassione* verso il paziente e verso coloro che se ne prendono cura, cioè di comprensione del dolore dell'altro nelle sue varie sfaccettature, diventa indispensabile affinché la stessa cura porti a dei risultati significativi ai fini della qualità della separazione finale. Solo la compassione aiuterà a comprendere meglio la sofferenza, dandole significati specifici nelle varie situazioni: ad esempio nelle prime fasi della malattia, quando ogni individuo tenderà a rispondere in modo differente, ma sempre doloroso, alla sensazione di perdita; oppure nel caso della sofferenza dei *caregivers* sia di fronte al dolore del malato che di fronte

alla morte, quando si interromperà un legame reso ancora più saldo dalla comune sofferenza [40].

I medici e gli operatori sanitari che accetteranno di persistere nell'impegno, con una *presenza significativa accanto* [11] a questi malati e alle loro famiglie, saranno fieri del loro operato in termini d'impatti significativi su tutte le vite coinvolte [15], ma soprattutto troveranno talora una sorprendente occasione di *senso* della propria professione [12].

Le demenze costituiscono una sfida alla scienza medica: la ricerca dal canto suo, dovrà essere in grado di costruire metodiche innovative di cura, attraverso l'unione dei progressi della medicina con la capacità di capire l'ammalato, attraverso la "narrazione" dei suoi vissuti [23]. Tutti coloro che prendono parte alla cura di tale patologia devono essere consci di una sfida che si presenterà in molti ambiti e per diversi anni: per questo è necessario *il coraggio* nel dedicare impegno costante ed investimenti nei confronti della ricerca, in campo biologico clinico e socio-assistenziale [41].

Bibliografia

1. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*. Newton Compton, Roma, 1970.
2. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, New Compton, Roma, 1994.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, IV Text Revision, APA ed, Washington DC.
4. BARRON, J. W. (2005), *Dare un senso alla diagnosi*, Cortina, Milano.
5. BIANCHETTI, A. (2002), *Malattia di Alzheimer: lo stress della diagnosi*, in *Dementia Update*, 12: 40.
6. BRUGNOLI, R. (2000), La pseudodemenza, in PANCHERI, P., RAVIZZA, L. (a cura di), *Demenza degenerativa Primaria e disturbi depressivi*, Pacini, Pisa: 205-226.
7. CAINE, E. D. (1981), Pseudodementia: Current Concepts and Future Directions, *Arch General Psychiatry*, 38: 1359-1364.
8. CONTI, L., MACCIARDI, F., PEREZ, J., SCARONE, S., LOCATELLI, M., FERREIRO, P., ET ALII (1999), Demenze, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B. (a cura di), *Trattato italiano di psichiatria*, Masson, Milano: 1085-1170.
9. ENGEL, G. L. (1977), The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine, *Science*, 196: 129-136.

10. FASSINO, S. (1988), Problemi concernenti l'equazione transculturale nella psicoterapia di pazienti anziani, in RAVIZZA, L. (a cura di), *L'invecchiamento tra paura e desiderio*, Idelson, Napoli: 91-98.
11. FASSINO, S. (1997), Aspetti specifici del supporto psicologico medico-paziente terminale, *Medicina e Morale*, 5: 923-937.
12. FASSINO, S. (2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra*, Centro Scientifico Editore, Torino.
13. FASSINO, S., LEOMBRUNI, P., ABBATE DAGA, G., BRUSTOLIN, A., ROVERA, G. G., FABRIS, F. (2002), Quality of Life in Dependent Older Adults Living at Home, *Arch Gerontol Geriatr.*, 2002 Jul-Aug, 35: 9-20.
14. FEIL, N. (1982), *V/F Validation: The Feil Method*, 1° edizione, Feil Production, Cleveland.
15. GABBARD, G. O. (2000), *Psichiatria psicodinamica*, Cortina, Milano.
16. HOLLORAN, S., BRESSLER, E. (2003), *Orientamento nella Realtà*, Erickson, Trento.
17. LEOMBRUNI, P., FASSINO, S., FORNAS, B., PERIOLO, I., ROVERA, G. G. (1998), Quality of Life as Measurement of Outcome in the Treatment of HIV/AIDS, *Quality of Life Research*, 7: 626.
18. LEWIS, L. (1991), The Role of Psychological Factors in Disordered Awareness, in PRIGATANO, G. P., SCHACTER, D. I. (a cura di), *Denial of Deficit Following Brain Injury*, Oxford University Press, Oxford.
19. MASTERMAN, D. L., CRAIG, A. H., CUMMINGS, J. L. (2000), Malattia di Alzheimer, in GABBARD, G. O., ATKINSON, S. D. (a cura di), *Trattamento dei disturbi psichiatrici*, Centro Scientifico Editore, Torino: 227-266.
20. MORTON, I. (2004), *La persona con demenza*, Erickson, Trento.
21. ODDY, M., COUGHLAN, T., TYREMAN, A. (1985), Social Adjustment After Closed Head Injury: a Further Follow up Seven Years After Injury. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 48: 564-568.
22. PLACIDI, G. F., SIMONI, G. L., GERVASI, R. (2000), Malattia di Alzheimer e disturbi Psicotici, in PANCHERI, P., RAVIZZA, L. (a cura di), *Demenza degenerativa primaria e disturbi depressivi*, Pacini, Pisa: 227-244.
23. PLOTON, L. (2003), *La persona anziana*, Raffaello Cortina, Milano.
24. RITCHIE, K., LOVESTONE, S. (2002), The dementias, *Lancet*, 360: 1759.
25. ROGERS, C. R. (1951), *Client-Centered Therapy*, tr. it. *Terapia centrata sul cliente*, La Nuova Italia, Firenze 1997.
26. ROGERS, C. R. (1980), *A Way of Being*, tr. it. *Un modo di essere*, Houghton Mifflin, Boston.
27. ROVERA, G. G., FASSINO, S., BOGETTO, F. (1981), Aspetti del rapporto medico-paziente in cancerologia. *Riv. Sper. di Freniat.*, CV: 1-26.
28. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposte per una strategia dell'incoraggiamento. *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
29. ROVERA, G. G., FASSINO, S., MUNNO D., SCARSO, G. (1987): *Problemi di adattamento al setting nella psicoterapia dell'anziano*, Atti del XVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicoterapia Medica, C.S.T., Torino:161-172
30. ROVERA G. G. (1989), Involving Doctors e psichiatria di Liaison di fronte al problema AIDS, in PANCHERI, P., REDA, G. C. (a cura di), *"Progressi in Psichiatria"*, CIC, Roma.

31. ROVERA, G. G., FASSINO, S. (a cura di) (2000), *La Qualità della Vita in medicina e in psichiatria. Percorsi psicologici, biomedici e transculturali*, Centro Scientifico Editore, Torino.
32. ROVERA, G. G., FASSINO S., BRUSTOLIN, A. (2002), Psicogeriatría, in FABRIS, F. (a cura di), *“Trattato di Gerontologia e Geriatria”*, Utet, Torino.
33. ROVERA, G. G. ET ALII (1984), *Il modello di rete in psichiatria. Considerazioni preliminari. Rassegna di ipotesi*, Minerva Medica, 75: 1-9.
34. ROVERA, G. G., FASSINO, S., GATTI, A. (1985), *Le strategie dell'incoraggiamento nell'anziano*, Atti I° Congr. Società Italiana di Psicogeriatría, Saint Vincent, 10-12 maggio 1985, Idelson, Napoli 1985.
35. SCHNEIDER, K. (1964), *Psicopatologia clinica*, Sansoni, Firenze.
36. SPAGNOLI, A. (2000), Qualità di vita e soggettività nei pazienti con demenza, *Riv. Sper. Fren.*, Vol CXXXV, 2: 81-85.
37. SGRECCIA, E. (1994), Scienza ed etica per il paziente terminale, in SGRECCIA, E., SPAGNOLO, A. G., DI PIETRO, M. L. (a cura di), *L'assistenza al morente*, Vita e Pensiero, Roma.
38. STOKES, G., GOUDIE, F. (1990), Counselling Confused Elderly People, in STOKES, G., GOUDIE, F. (a cura di), *Working with Dementia*, Winslow Press, Bicester.
39. SULZER, D. L., CUMMINGS, J. L. (1993), citato da MASTERMAN, D. L., CRAIG, A. H., CUMMINGS, J. L. (2000), Malattia di Alzheimer, in GABBARD, G. O., ATKINSON, S. D. (a cura di), *Trattamento dei disturbi psichiatrici*, Centro Scientifico Editore, Torino: 227-266.
40. TATARELLI, R., COZZANI, B., LAZANIO, S. (2000), Comorbidità di demenza e depressione, in PANCHERI, P., RAVIZZA, L. (a cura di), *Demenza degenerativa primaria e disturbi depressivi*, Pacini, Pisa: 183-204.
41. TRABUCCHI, M. (2002), *Le demenze*, UTET, Torino.
42. ZANETTI, O., GENTILI, C. (2000), La terapia farmacologia, in TRABUCCHI, M. (a cura di), *Le demenze*, Utet, Torino: 443-458.
43. VAILLANT, P., YEIDEL RODRIGUEZ, J. (1988), Sida et vecu des soignants, *Psychotherapiés*, 4: 213-219.
44. WEINER, M. F. (1991), Dementia as a Psychodynamic Process, in WEINER, M. F. (a cura di), *The Dementias: Diagnosis and Management*, American Psychiatric Press, Washington D. C.: 29-46.

Secondo Fassino, Susanna Marozio, Sara Preda,
Sara Siccardi, Paolo Leombruni
V. Cherasco, 11
I-10126, Torino.
E-mail: secondo.fassino@unito.it