

Malattia di Alzheimer e stile di vita. Proposta per un possibile intervento terapeutico in chiave adleriana

PAOLA MAESTRONI

Summary – ALZHEIMER DISEASE AND LIFESTYLE. A PROPOSAL FOR A POSSIBLE THERAPEUTIC INTERVENTION FROM THE ADLERIAN POINT OF VIEW. This work intends to propose a possible therapeutic intervention according to the Adlerian philosophy in the *Alzheimer disease*. We will deal with the most used rehabilitative interventions of the cognitive functions hit by the affection (among which the so called *cognitive stimulation*) as well as the psychosocial ones. Then, it will be introduced to the readers the Adlerian concept of *lifestyle*, in order to evaluate in which way a disease which becomes more and more serious at an extremely slow pace, defined by some authors as *Recognition Disease*, concerns the affected individual in his identity unit, with relevant repercussions on the family as well. The concepts of *Disease Style* and *Cure Style* will be introduced to this purpose. Lastly, some hypothesis will be made on the potential intervention, either to be made with the patient, either with his family, and specifically with who is directly involved in taking care of him/her, namely the *caregiver*.

Keywords: ALZHEIMER DISEASE, DISEASE STYLE, CURE STYLE/CAREGIVER.

«Bisogna cominciare a perdere la memoria,
anche solo ogni tanto,
per comprendere che la memoria è
ciò che riempie la nostra vita.
La vita senza memoria non è vita. [...]
La nostra memoria è la nostra coerenza,
la nostra ragione, il nostro sentimento,
persino la nostra azione.
Senza di lei, non siamo niente».

(Luis Buñuel)

I. Introduzione

Il presente lavoro intende proporre un possibile intervento terapeutico in chiave adleriana nella *Malattia di Alzheimer* (*Alzheimer's Disease*, di seguito AD).

L'impulso alla formulazione di tale ipotesi di lavoro deriva innanzitutto dall'esperienza personale di pratica clinica nell'ambito della Neuropsicologia dell'adulto e dell'anziano, in secondo luogo da riflessioni indotte da recenti indagini statistiche che evidenziano l'attuale *trend* d'invecchiamento della popolazione mondiale. Tali previsioni riportano che nel 2050 i cosiddetti *grandi anziani* (anziani sopra gli ottanta anni) aumenteranno fino a raddoppiare la loro percentuale rispetto al 2000 e che questi saranno affetti da malattie in prevalenza lentamente degenerative, tra cui quelle neurologiche, quali, ad esempio, l'AD. L'approntamento di servizi in grado di fronteggiare tali previsioni fornendo adeguate prestazioni appare, di conseguenza, necessario in riferimento non solo alla fase della diagnosi, ma anche a quella del trattamento. L'attenta valutazione dei suoi aspetti caratterizzanti porta a considerare la Psicologia Individuale di Alfred Adler in grado di fornire le fondamenta adeguate all'elaborazione di valide proposte d'intervento in tale ambito di lavoro.

Dopo avere definito l'AD ed esposto i suoi aspetti clinici, verranno descritti gli attuali approcci terapeutici alla malattia, con particolare attenzione alle svariate terapie non farmacologiche attualmente in auge. Nello specifico, verranno trattati gli interventi riabilitativi delle funzioni cognitive colpite dalla malattia maggiormente utilizzati (tra cui la cosiddetta *stimolazione cognitiva*) e quelli psicosociali di recente teorizzazione.

Successivamente, i lettori verranno introdotti al concetto adleriano di *Stile di vita* per valutare in quale modo una malattia lentamente ingravescente come l'AD, da alcuni autori definita *malattia del riconoscimento*, riguarda l'individuo affetto nel suo nucleo identitario, con importanti ripercussioni anche a livello familiare. A tale scopo, si introdurranno i concetti di *Stile di malattia* e *Stile di cura*. Infine, verranno esposte alcune ipotesi d'intervento da effettuare sia con il malato (nello specifico, un intervento riabilitativo delle funzioni cognitive da svolgere in gruppo) che con la sua famiglia, in particolare con chi se ne prende maggiormente cura, ossia il *caregiver*. Alcuni concetti chiave dell'*Individualpsicologia*, quali, ad esempio, quello d'inferiorità d'organo e di compenso, verranno opportunamente richiamati al fine di comprendere i presupposti fondamentali di tali ipotesi.

II. La Malattia di Alzheimer

A partire dagli anni cinquanta, l'allungamento della vita media ha portato ad un progressivo incremento della popolazione anziana e, conseguentemente, delle patologie ad essa correlate, quali, ad esempio, quelle a carico del sistema nervoso centrale. Questo fenomeno ha stimolato il mondo scientifico allo studio dei meccanismi responsabili dell'invecchiamento fisiologico del cervello umano e delle cause che inducono l'insorgenza delle patologie che ne compromettono le

funzioni cognitive cosiddette *superiori**: le demenze. Considerate l'epidemia silente del terzo millennio, le demenze sono tra le malattie che con maggiore frequenza colpiscono i soggetti ultrasessantacinquenni. Tra di esse, la Malattia di Alzheimer risulta quella maggiormente frequente, rappresentando circa il 50-60% di tutte le forme diagnosticate [9]. Attualmente, si stima che in Italia le persone affette da AD siano oltre 500.000 [17]. Questo calcolo, verosimilmente destinato ad aumentare, fa delle demenze una vera e propria emergenza socio-assistenziale.

II.1. *Definizione e aspetti clinici della Malattia di Alzheimer*

L'AD è considerata una forma di demenza primaria** e corrisponde ad un deterioramento ad esordio insidioso e ad andamento lentamente degenerativo, in assenza di un quadro neurologico specifico, di malattie sistemiche possibili cause di demenza e di disfunzioni indotte dall'assunzione di farmaci [29]. Clinicamente, essa si presenta come la conseguenza di una graduale degenerazione a carico dei neuroni della corteccia cerebrale che intervengono nelle funzioni cognitive e non cognitive. Progressivamente, tale alterazione si ripercuote sull'autonomia quotidiana al punto tale da non permettere al malato di vivere una vita indipendente, pur conservando lo stato di vigilanza. Le conoscenze sui meccanismi che causano la degenerazione dei neuroni tipica dell'AD sono ancora poco chiare. È noto che nel tessuto nervoso degli individui affetti è possibile riscontrare un accumulo anomalo di sostanze, ad oggi solo in parte identificate, che inducono la formazione di depositi (placche e fibrille) all'interno delle cellule neuronali; tuttavia, al momento attuale, i meccanismi che portano alla formazione di questi accumuli sono ancora sconosciuti [9].

L'AD va sospettata ogni qualvolta un soggetto al di sopra dei 45-50 anni, senza alterazioni della vigilanza***, presenti un disturbo della memoria insorto in modo insidioso e ad evoluzione lentamente ingravescente, cui, a breve distanza di tempo, seguono disturbi di altre funzioni cognitive, quali, ad esempio, disturbi del linguaggio o del movimento volontario. Al momento attuale, non esistono marcatori biologici che permettano di formulare con certezza la diagnosi di AD in

* Memoria, linguaggio, prassia, gnosis, funzioni esecutive.

** Le forme di demenza cosiddetta primaria (tra cui l'AD) sono così definite in quanto derivanti da alterazioni che colpiscono direttamente il tessuto cerebrale, a differenza delle forme secondarie derivanti da alterazioni a carico di altre strutture [9].

*** Il deterioramento va distinto dal cosiddetto *stato confusionale* o *delirium*, condizione transitoria di durata limitata nel tempo [29].

vita. La diagnosi di deterioramento tipo AD è posta dopo almeno un paio di osservazioni separate da un intervallo di non meno di 6-12 mesi attuate sulla base di precisi criteri clinici accettati a livello internazionale che ne migliorano l'accuratezza, ossia i criteri NINCDS-ADRDA*.

Questi criteri permettono di formulare diagnosi di AD *probabile*, *possibile* e *certa*. La diagnosi di AD *probabile* si basa sul riconoscimento di caratteristiche cliniche tipiche (es. esordio insidioso, decorso progressivo etc.) e sull'esclusione di altre affezioni cerebrali o sistemiche che possano causare demenza. La diagnosi di AD *possibile* è stata proposta per pazienti con caratteristiche atipiche (es. decorso non lentamente progressivo) e per quei soggetti che presentano malattie cerebrali o sistemiche coesistenti che non si ritiene possano essere la causa del decadimento demenziale. La diagnosi di AD *certa* è possibile solo al riscontro delle caratteristiche lesioni della malattia *post mortem*.

Come detto, l'applicazione di questi criteri permette, dunque, un'accuratezza diagnostica piuttosto alta: la percentuale di diagnosi effettuate in vita e confermate *post mortem* varia tra l'80 e il 100%. Tuttavia, il raggiungimento di uno standard diagnostico soddisfacente necessita anche dell'utilizzo di esami radiologici (TC e RMN cerebrali) e dell'applicazione della cosiddetta *valutazione multidimensionale* (di seguito VMD). La VMD** prevede l'uso di una serie di strumenti che, nello specifico, devono esplorare le funzioni cognitive (batterie di test neuropsicologici); gli aspetti non cognitivi (strumenti da utilizzare con l'aiuto di un familiare per valutare e quantificare i disturbi dell'umore, del comportamento, della psiche e delle funzioni neurovegetative); lo stato funzionale (questionari per stabilire le competenze residue utili allo svolgimento delle funzioni strumentali e di base della vita quotidiana); il carico assistenziale del cosiddetto *caregiver* ("colui che presta le cure"); le condizioni socio-economiche per individuare eventuali interventi di sostegno sociale [9].

Il riconoscimento tempestivo delle manifestazioni cliniche della malattia nella fase iniziale è, dunque, molto importante, in quanto permette di intervenire in modo appropriato sul piano sia clinico sia sociale. All'esordio, il malato fatica ad apprendere e a rievocare informazioni nuove e a ricordare gli appuntamenti, ossia presenta disturbi della memoria cosiddetta *episodica* e *anterograda* e della

*National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke (Alzheimer's Disease and Related Disorders Association, 1984).

** La VMD è stata introdotta nel 1930 in Inghilterra con l'obiettivo di sottoporre i pazienti anziani ad una valutazione globale del loro stato. Nel 1989 il National Institute of Health ha definito la VMD uno strumento per riconoscere i problemi della persona anziana e le risorse funzionali residue al fine di stabilire un programma coordinato di interventi socio-assistenziali [9].

memoria cosiddetta *prospettica*. Altri campanelli d'allarme possono essere la collocazione di oggetti di uso quotidiano in luoghi insoliti o inappropriati e i cosiddetti *episodi demenziali amnesici* o *confusionali* a seguito dei quali un comportamento automatizzato richiede uno sforzo consapevole per essere richiamato [29].

In seguito, è possibile che si manifestino problemi nel rievocare la data, nel ricordare percorsi conosciuti, nel trovare le parole giuste che esprimano quello che si ha in mente o a comprendere quello che si ascolta, nel mantenere a lungo l'attenzione e nell'eseguire compiti complessi. Successivamente, possono comparire sintomi psichiatrici generalmente indicati come *Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia* (di seguito BPSD), quali, ad esempio, alterazioni del tono dell'umore (es. manifestazioni depressive, euforia, ansia), modificazioni del comportamento (es. apatia, agitazione psicomotoria, inosservanza delle regole sociali di comportamento), disturbi neurovegetativi (es. insonnia), manifestazioni di tipo psicotico (es. interpretazione errata di stimoli uditivi o visivi, convinzioni deliranti). Tali sintomi si manifestano nel 90% dei casi e diventano la causa maggiormente frequente di istituzionalizzazione del malato [9]. È bene precisare che, in alcuni casi, i BPSD si manifestano all'esordio della malattia, ovvero in concomitanza con i disturbi cognitivi, se non addirittura prima della loro comparsa. Per questo motivo, la loro manifestazione deve essere valutata con estrema attenzione.

Con l'avanzare della malattia, compare un graduale coinvolgimento dello stato funzionale, ossia delle competenze che tipicamente consentono di compiere le funzioni di tutti i giorni come, ad esempio, maneggiare adeguatamente il denaro oppure provvedere alla propria igiene personale. L'AD, quindi, è una malattia che procede verso un peggioramento continuo. Tuttavia, dal momento che la corteccia cerebrale non è essenziale alla sopravvivenza, di per se stessa non conduce alla morte [29]. L'*exitus* in genere avviene per processi infettivi vescicali o broncopolmonari [9]. La progressione dell'AD è estremamente variabile, nondimeno, sulla base del grado di decadimento cognitivo, è possibile riconoscerne le principali fasi evolutive: 1) fase lieve: demenza di grado lieve, durata 1-4 anni; 2) fase moderata: demenza di grado moderato, durata 2-10 anni; 3) fase severa: demenza grave, durata 3 anni; 4) fase terminale: demenza terminale. In genere, il malato subisce un rapido deterioramento iniziale cui segue una fase relativamente stabile ed un'accelerazione nelle ultime fasi, vivendo, in media, una decina di anni a partire dalla manifestazione dei primi sintomi [17].

II.2. *Approcci terapeutici alla Malattia di Alzheimer*

L'approccio terapeutico all'AD non deve prescindere dall'osservazione teorica e dall'applicazione pratica del modello cosiddetto *biopsicosociale* [11]. Secondo

tale modello, l'uomo è paragonabile ad un sistema complesso. Nel momento in cui interviene una malattia, si assiste ad una modificazione non solo della struttura organica dell'individuo, ma anche di tutte le altre parti che sono in relazione con essa. In altre parole, il malato non è colpito soltanto a livello biologico: la malattia si manifesta come alterazione anche a livello psicologico e sociale. Conseguentemente, la malattia non deve essere intesa come mera alterazione dalla norma di variabili biologiche, piuttosto come fattore perturbante l'equilibrio globale dell'individuo [22]. In linea con esso, l'approccio terapeutico all'AD si avvale di interventi farmacologici e di interventi non farmacologici (riabilitativi e psicosociali) in maniera non contraddittoria.

II.2.1. *Terapia farmacologica*

Fino a qualche decennio fa, l'AD era considerata una condizione ineluttabile necessariamente legata all'avanzare degli anni. Nondimeno, a partire dagli anni sessanta il costante miglioramento delle tecniche di indagine del SNC ha consentito una sempre maggiore conoscenza di questa malattia e una sempre maggiore differenziazione delle sue diverse forme cliniche.

In aggiunta, nell'ultimo decennio, la ricerca farmacologica applicata alle demenze ha subito una decisa accelerazione, giungendo a risultati di notevole portata scientifica; tuttavia, nonostante i progressi, attualmente la medicina non dispone ancora di terapie farmacologiche in grado di arrestare l'evoluzione dell'AD. I farmaci al momento a disposizione consentono di alleviarne i sintomi e di rallentarne la progressione, permettendo di mantenere un livello di autonomia e di indipendenza maggiore che nel decorso naturale della malattia.

Nell'approccio farmacologico all'AD occorre distinguere farmaci per i disturbi cognitivi e farmaci per i disturbi non cognitivi (BPSD). Dal punto di vista cognitivo, nell'AD il *deficit* di memoria rappresenta il sintomo principale. Sembra che tale disturbo dipenda dalla carenza del neurotrasmettitore che consente la trasmissione dell'informazione lungo i circuiti cerebrali della memoria: l'acetilcolina. Conseguentemente, i tentativi terapeutici sono volti a ripristinare i normali livelli di acetilcolina partendo dal principio che il potenziamento o il ripristino della funzione colinergica riduca significativamente il deterioramento mnesico. Donepezil, Rivastigmina, Galantamina permettono all'acetilcolina di rimanere attiva a livello delle strutture cerebrali ove è carente, risultando utili, specie nelle fasi iniziali della malattia.

Per quello che riguarda, invece, i BPSD, non tutti i disturbi non cognitivi sono sensibili ai farmaci e comunque nessun farmaco attualmente in uso possiede un'indicazione specifica per il loro trattamento. Il controllo farmacologico dei

sintomi maggiormente disturbanti (es. agitazione psicomotoria, convinzioni deliranti etc.) permette innanzitutto di ripristinare la condizione di benessere nel malato, in secondo luogo di creare una condizione che rende maggiormente accettabile l'accudimento nella propria famiglia evitando o ritardando il momento dell'istituzionalizzazione. Farmaci come gli ipnotici, gli antipsicotici cosiddetti *atipici*, gli ansiolitici benzodiazepinici ad azione breve, gli antidepressivi serotoninergici si dimostrano utili nel trattamento dei BPSD [13, 9].

II.2.2. *Terapia non farmacologica*

Non tutti gli individui affetti da AD rispondono in modo uguale alle cure farmacologiche. Per questo motivo, assumono rilevanza gli approcci non farmacologici attuabili lungo l'intero decorso della malattia. Tali approcci comprendono interventi sul paziente, sulla famiglia, sull'ambiente domestico. Obiettivo comune è di ridurre l'impatto funzionale delle complicazioni derivanti dalla malattia e mantenere un elevato livello di autonomia per migliorare il benessere sia dell'individuo affetto sia di chi se ne prende cura.

II.2.3. *Gli interventi sul paziente*

Principalmente di tipo riabilitativo e psicosociale, fino a qualche tempo fa a tali interventi, considerati scarsamente credibili a causa della mancanza di una solida base scientifica che li supportasse, venivano privilegiati interventi di stimolazione globale delle funzioni cognitive. L'attuale conoscenza delle funzioni cognitive colpite dal processo degenerativo ha permesso di indirizzare meglio gli interventi che non hanno certamente come obiettivo la *restitutio ad integrum* del *deficit* quanto un rallentamento della sua progressione. Il tipo d'intervento deve essere correlato alle fasi della malattia. Di seguito una breve descrizione delle tecniche indicate nella fase iniziale.

La *Reality Orientation Therapy-ROT* corrisponde ad un intervento di matrice cognitivo-comportamentale individuale o di gruppo (4-5 persone omogenee per grado di deterioramento, senza disturbi del comportamento o sensoriali rilevanti, con linguaggio sufficientemente conservato) il cui scopo principale è favorire l'orientamento del paziente rispetto al tempo, allo spazio e a se stesso, ridurre l'isolamento e favorire la socializzazione. A seconda della loro strutturazione, è possibile distinguere interventi formali (sedute giornaliere a orari prefissati) e interventi informali (processo di stimolazione non standardizzato durante l'intera giornata da parte di chi si fa carico dell'assistenza del malato) [8].

Un buon orientamento temporo-spaziale favorisce altri programmi di riabilitazione e gioca un ruolo fondamentale nella gestione dei rapporti interpersonali [17]. Per questo motivo, qualunque altro intervento deve essere preceduto da un momento strutturato di orientamento lungo i suddetti parametri.

La *Stimolazione cognitiva* consiste nel proporre esercizi di varia natura in grado di stimolare le funzioni cognitive residue, primariamente l'orientamento nel tempo e nello spazio e l'attenzione; secondariamente la memoria intesa come strategia di memorizzazione e di rievocazione delle informazioni, con benefici paragonabili a quelli ottenuti mediante la terapia con i farmaci [17].

La *Terapia di Reminiscenza* è un intervento cognitivo-comportamentale generalmente svolto in piccoli gruppi (4-5 persone omogenee per grado di deterioramento, senza disturbi del comportamento o sensoriali rilevanti, con linguaggio sufficientemente conservato) che sfrutta la naturale inclinazione dell'anziano a parlare del proprio passato. Il suo scopo è di stimolare le risorse residue della memoria, aiutare il malato a differenziare il passato dal presente e rafforzare il suo senso identitario mediante il recupero e la valorizzazione del ricordo di esperienze piacevoli. Grazie anche all'uso di fotografie e materiale stimolo di altro tipo, l'individuo affetto da AD esercita la memoria autobiografica, vivendo momenti di gratificazione che rafforzano l'autostima e correggono comportamenti maladattativi.

La *Terapia occupazionale* è un intervento di stimolazione cognitiva e insieme di rieducazione funzionale e strumentale da svolgersi individualmente o in piccoli gruppi (4-5 persone omogenee per grado di deterioramento, senza disturbi del comportamento o sensoriali rilevanti, con linguaggio sufficientemente conservato) durante il quale il malato, attraverso l'applicazione di tecniche di manipolazione dei materiali, trasforma in prodotti finiti materiali di vario tipo (carta, plastica, polistirolo etc.), sperimentando le proprie competenze creative.

Nelle fasi moderata e severa della malattia si dimostrano maggiormente efficaci gli interventi di seguito brevemente descritti.

La *Terapia di Rimotivazione* è una tecnica cognitivo-comportamentale di sollecitazione sensoriale ed affettiva svolta in piccoli gruppi, il cui scopo è di limitare la tendenza del malato a perdere l'interesse nei confronti dell'ambiente circostante e ad isolarsi, incoraggiando l'interesse per gli eventi esterni e migliorando le competenze sociali.

La *3R Therapy* (riorientamento, reminiscenza, rimotivazione) coincide con una riattivazione globale basata sull'uso combinato delle tecniche sopra esposte.

La *Validation Therapy* [14] corrisponde ad un intervento individuale o in piccolo

gruppo durante il quale il terapeuta utilizza l'osservazione e l'ascolto empatico per conoscere e comprendere il mondo interno del paziente al fine di validare le sue competenze emotive residue, accettare la manifestazione delle sue emozioni, creare con lui contatti emotivi significativi in grado di infondergli fiducia e sicurezza. Alla base di tale intervento la convinzione che i comportamenti messi in atto da individui affetti da AD siano mossi da ragioni precise: in altri termini, qualsiasi tipo di comportamento, per quanto confuso o bizzarro, non è mai solo l'esito di un sistema nervoso alterato dalla malattia. L'obiettivo, dunque, non è di riportare il malato alla realtà, ma di entrare nella realtà del malato al fine di comprendere i suoi sentimenti e di migliorare la qualità della sua vita. *Validation* significa appunto ascoltare empaticamente e legittimare le emozioni che il malato prova e che tenta di comunicare al mondo esterno [8].

La *Resolution Therapy* [28] riserva grande attenzione alla comunicazione dei soggetti affetti da AD. Essa viene considerata alla stregua di un invito a comprendere e a riconoscere i sentimenti attuali dell'individuo confuso, trovando il modo per aiutarlo a fronteggiare tali sentimenti.

In tutte le fasi della malattia risulta indicato un costante esercizio fisico, utile per stimolare l'appetito, migliorare il ciclo veglia-sonno, ridurre la frequenza di disturbi comportamentali e stimolare la socializzazione. Altre tecniche sono *la musicoterapia, l'ortoterapia, la pet therapy o terapia assistita dall'animale* [9].

II.2.4. *Interventi sulle famiglie e sull'ambiente domestico*

Gli *interventi sulla famiglia* sono principalmente rivolti al *caregiver* e coincidono con interventi di tipo psicoeducazionale, di sostegno psicologico o psicoterapico, eventualmente farmacologico.

Gli *interventi sull'ambiente domestico* ci confermano come anche l'"adeguamento" dell'ambiente di vita assuma per i soggetti affetti da AD un valore terapeutico. I possibili interventi sono principalmente di tipo protesico, ossia finalizzati a rendere l'ambiente di vita maggiormente adatto alle risorse residue, promuovendo un equilibrio adattivo e prevenendo reazioni maladattative.

Si citano, a titolo di esempio, la *Milieu Therapy* o *Terapia del contesto* (adattamento dell'atmosfera sociale ed affettiva entro cui vive il malato), il *Gentlecare* (tecnica di cura i cui elementi fondamentali sono le persone che interagiscono con il malato, i programmi di intervento che lo riguardano e gli spazi fisici in cui il malato stesso vive [18]), la *Bright Light and Snoezelen Therapy* (ossia l'uso della luce con intensità luminosa crescente) [9].

III. *Lo Stile di vita nella Psicologia Individuale*

III.1. *Introduzione al concetto di Stile di vita*

Lo *Stile di vita* rappresenta uno dei concetti cardine della *Psicologia Individuale* che identifica l'individuo in tutto il suo essere complesso, unico e irripetibile.

Nello specifico, lo *Stile di vita* corrisponde all'«impronta psichica, unica e inimitabile che caratterizza ciascuna persona» (25, p. 25) nella quale confluiscono atteggiamenti, comportamenti, pensieri, affetti ed emozioni articolati al servizio delle mete personali a cui ciascun individuo aspira, risultanti dal compromesso tra le esigenze individuali e le istanze sociali. Lo *Stile di vita*, dunque, comprende l'opinione che l'individuo ha di se stesso e del mondo (“*Il mondo è così ..., io sono fatto così ..., quindi ...*”), la meta della sua esistenza e il suo modo unico di lottare per raggiungerla [24]. Strettamente connesso al concetto di *Stile di vita* appare quello di *Piano di vita* che corrisponde alla meta verso cui l'individuo tende per porre rimedio all'insicurezza originaria.

Ciò che distingue l'essere umano è la sua inclinazione a proiettarsi nel futuro, in un *Piano di vita*, appunto, che, pur non risultando fissato nei minimi dettagli, possiede un contorno generale in grado di imprimere dinamismo e direzione ai suoi personali movimenti fisici e psichici. L'intera struttura personologica, nel suo orientamento olistico e finalistico, con le sue molteplici funzioni conscie e inconscie, quali la percezione, la memoria, l'attenzione, l'immaginazione, è, dunque, sotto il controllo del *Piano di vita* di cui il soggetto, pur essendo l'artefice, subisce l'influenza magnetizzante che si concretizza nel suo *Stile di vita* [15].

Lo *Stile di vita* di un individuo prende corpo durante l'infanzia per mezzo di un progressivo processo di selezione e di adattamento dinamico attraverso cui il soggetto provvede a far proprie le scelte utili al perseguimento delle proprie mete e a rifiutare quelle che gli paiono improduttive. A seguito di questo processo selettivo e adattivo insieme, lo *Stile di vita* si struttura per poi consolidarsi automatizzandosi [15].

I fattori che ne determinano la formazione sono quelli fondanti l'*Individual psicologia*: il sentimento d'inferiorità e i modi del suo superamento o del suo mancato superamento, le compensazioni positive o negative messe in atto per superare o arginare l'inadeguatezza originaria, le finzioni al servizio delle mete prevalenti, i modelli offerti dall'ambiente di vita a partire da quello ristretto della famiglia, il tutto sotto le spinte basilari della *volontà di potenza* e del *sentimento sociale*, armonizzate o non equilibrate.

In ultima analisi, dunque, lo *Stile di vita* risulta costituito da una parte nomotetica, rappresentata dagli elementi comuni a tutti gli individui, e da una parte ideografica, rappresentata dal modo originale in cui ciascun individuo realizza le formulazioni nomotetiche. Lo *Stile di vita* si forma a diversi livelli di consapevolezza, in cui l'apporto dei dinamismi inconsci è sicuramente prioritario. Adler stesso scrive: «Il complesso delle attività incoscienti è un prodotto dell'organo psichico di cui costituisce nel frattempo l'elemento più forte. Proprio qui andranno cercati e trovati i modelli strutturali della linea di orientamento di un individuo e del suo stile di vita» (23, p. 31).

Nel formulare il concetto di *Stile di vita* Adler pone in relazione il carattere ereditario, le influenze sociali e il *Sé creativo*, ossia l'istanza che rende significative le esperienze dell'individuo*: «Non sono né l'eredità né l'ambiente che determinano la [...] relazione (dell'individuo) col mondo esterno. L'eredità gli assegna solo alcune doti. L'ambiente gli fornisce solo alcune impressioni. Queste doti e impressioni e la maniera in cui egli ne fa 'esperienza', ossia l'interpretazione che egli dà di queste esperienze, sono i mattoni che egli usa per costruire le proprie attitudini verso la vita» (5, p. 5).

In altri termini, il *Sé creativo* attua e forgia lo *Stile di vita* tramite un adattamento creativo alle richieste dell'ambiente sociale: lo *Stile di vita* si collega ad un atto creativo dell'individuo. Una psicopatologia generale dello *Stile di vita* prevede uno *Stile di vita nevrotico* (coesione del *Sé* con prevalenti espedienti di difesa non congeniali all'armonico sviluppo di *sentimento sociale* e della *volontà di potenza*), uno *Stile di vita borderline* (disturbo dell'identità associato ad espedienti di difesa regolati dal prevalente impiego della scissione) e uno *Stile di vita psicotico* (frammentazione del *Sé*, distacco dalla realtà, grave disturbo del sentimento sociale) [12].

III.2. *Stile di vita e Malattia di Alzheimer*

Secondo Adler, dunque, la legge del movimento dello *Stile di vita* maturato nell'infanzia tende a rimanere immutata per tutta la vita manifestandosi coerentemente e unitariamente in tutti i suoi dinamismi, accrescendo la rassicurante opportunità di riuscire a "prevedere" i finalismi inconsci propri e altrui [15]. È verosimile che ciò accada anche nella *Malattia di Alzheimer*. L'AD impatta sullo *Stile di vita* non solo dell'individuo affetto, ma anche dei familiari che se ne prendono cura, portando il primo ad esperire la condizione di "assistito", i secondi

* Il *Sé creativo* corrisponde al coronamento degli studi adleriani sulla personalità. Secondo Adler, infatti, il *Sé creativo*, unitario e coerente, domina l'intera struttura di personalità dell'individuo [23].

quella di “chi assiste” secondo le modalità personali di reagire alle condizioni inferiorizzanti proprie dello *Stile di vita* individuale. Se, dunque, nel caso del malato è plausibile parlare di *Stile di malattia*, nel caso dei familiari appare altrettanto ammissibile parlare di *Stile di cura*: c'è un modo unico e inimitabile, coerentemente legato al proprio *Stile di vita*, di vivere la malattia.

«Chi sa che continuerà a vivere
nell'immagine dei propri figli
ed è consapevole
del valore del proprio contributo
allo sviluppo della cultura,
non ha paura
né di invecchiare né di morire».
(4, p. 46)

IV. Proposta per un possibile intervento terapeutico in chiave adleriana

Prima di procedere con l'esposizione della proposta d'intervento in chiave adleriana, è opportuno richiamare l'attenzione del lettore su alcuni aspetti fondamentali. Innanzitutto, nel caso di individui affetti da AD la riabilitazione non è intesa come finalizzata al ripristino delle competenze in via di deterioramento, quanto piuttosto alla ricerca e alla costruzione di un equilibrio sempre nuovo che migliori il benessere dei malati e di chi se ne prende cura: occorre potenziare le competenze residue dell'individuo affetto da AD al fine di aiutarlo a rimanere parte attiva del proprio *entourage* familiare e sociale e a salvaguardare la propria autonomia per il maggior tempo possibile.

In secondo luogo, qualsiasi intervento riabilitativo deve tenere conto non solo delle caratteristiche cliniche della malattia, ma anche dell'esperienza soggettiva che il malato sta vivendo: la proposta terapeutica deve, quindi, essere confezionata su misura. Il malato, infatti, non è solo il destinatario di prestazioni: egli è, innanzitutto e soprattutto, una persona detentrica di una storia personale unica e irripetibile e, quindi, di un singolare modo di esperire la propria malattia attraverso un peculiare *Stile di malattia*.

Infine, il clima emotivo indispensabile per un intervento adleriano di tipo riabilitativo, psicoeducazionale, di sostegno psicologico o psicoterapeutico deve essere caratterizzato dal *sentimento sociale* che favorisce l'adeguamento dell'intervento stesso e delle aspettative del terapeuta alle reali ipotesi evolutive dei malati e delle loro famiglie.

IV.1. *Intervento sul malato*

IV.1.1. *Intervento sui sintomi cognitivi*

Come anticipato*, gli interventi di stimolazione cognitiva non sono in grado di ripristinare le funzioni compromesse, ma possono rallentare il progressivo declino mediante l'ottimizzazione della riserva cognitiva esistente e la promozione di strategie di compenso.

Le basi teoriche di questo tipo d'intervento derivano dalle recenti evidenze scientifiche riguardanti i concetti di *ridondanza* e di *plasticità neuronale*. La *ridondanza* fa riferimento al fatto che il numero di cellule di cui il SNC dispone è di gran superiore a quello di cui necessita per espletare le sue funzioni.

La *plasticità neuronale*, invece, si riferisce al fatto che, qualora si renda necessario, le cellule nervose sono in grado di assolvere a funzioni non specifiche. Conseguentemente, a seguito di una lesione di piccole dimensioni, in un arco di tempo relativamente breve dal momento della lesione i neuroni, che fino ad allora erano stati scarsamente utilizzati divengono in grado di sostituire quelli danneggiati. Allo stesso modo, nel corso del normale processo d'invecchiamento, le cellule che muoiono vengono rimpiazzate da altre in modo tale da preservare la funzione da esse espletata. In altri termini, i neuroni in esubero fungono da riserva naturale, rappresentata non solo dal numero di cellule nervose in eccesso, ma anche dalle loro connessioni e dalla forza delle connessioni stesse.

Tali evidenze dimostrano che il SNC non si struttura in modo definitivo nel corso dello sviluppo, anzi è in grado di rimpiazzare eventuali cellule nervose danneggiate o morte, risultando in grado di sopportare al meglio le lesioni e il processo d'invecchiamento. A questo punto, appare lecito richiamare al lettore i concetti adleriani di *inferiorità d'organo* e di *compenso* che testimoniano la portata anticipatoria dei presupposti alla base della Psicologia Individuale.

Con l'espressione *inferiorità d'organo* Adler intendeva riferirsi allo stato incompiuto degli organi, all'arresto del loro sviluppo oppure alla loro insufficienza istologica e funzionale, condizioni che possono riguardare gli organi di senso, il sistema digerente, il sistema respiratorio, il sistema circolatorio e il sistema nervoso. D'altra parte, Adler riconosceva che «È un fatto provato che importanti organi vitali, quando presentano una deficienza, si mettono a reagire, fino a quando sono vitali, con l'aumentare in modo straordinario i prodotti della loro funzione» (2, p. 46), anticipando quello che la ricerca attuale dimostra scientificamente.

* Si veda Paragrafo II.2.2. *Terapia non farmacologica*.

La scienza dimostra anche che, di norma, l'attivazione dei circuiti neuronali è determinata e favorita dalla ricchezza di stimoli a cui si viene sottoposti, il cui esercizio è in grado di rinforzare le connessioni neurali, come una sorta di ginnastica in grado di modificare l'architettura e l'attivazione dei neuroni. Anche qui Adler aveva anticipato i tempi affermando che «il destino degli organi inferiori è assai variabile e il loro sviluppo, unitamente agli stimoli ambientali, spinge al superamento di tale inferiorità [attraverso] la compensazione dell'organo» (7, p. 9).

La stimolazione in gruppo, rappresentando un'occasione di socializzazione, oltre che di riabilitazione, si configura come condizione ideale entro cui proporre esercizi di stimolazione, specie per quei malati che tendono ad isolarsi o a manifestare una riduzione dell'interesse nei confronti dell'ambiente circostante. Per garantirne l'efficacia, è opportuno che i gruppi vengano formati sulla base di un approfondito esame che stabilisca il livello di deterioramento dei candidati, l'eventuale presenza di gravi *deficit* attentivi e/o sensoriali (visivi, uditivi) e di rilevanti disturbi del comportamento, quali, ad esempio, l'agitazione psicomotoria o la disinibizione.

È, infatti, di fondamentale importanza che i gruppi siano omogenei dal punto di vista cognitivo e non comprendano individui con caratteristiche tali da impedire di lavorare serenamente. È altrettanto importante che il lavoro venga preceduto da un momento dedicato all'orientamento lungo i parametri temporali e spaziali. In aggiunta, è bene che gli stimoli proposti siano proporzionati al livello medio di deterioramento del gruppo in modo da evitare di proporre esercizi facili che inducano senso di noia o, viceversa, difficili che generino senso di frustrazione.

In chiave adleriana, un intervento di questo tipo si arricchisce dell'incoraggiamento, strumento vitale di qualsiasi intervento condotto adlerianamente, che consente di riattivare la fiducia in se stessi in coloro che ne sono sprovvisti, non permettendo mai all'individuo di sentirsi uno sconfitto, neppure in caso di insuccesso [23].

A tale scopo, il terapeuta che incoraggia deve innanzitutto stimare la persona così com'è, credere nelle sue competenze e conquistarsi la sua fiducia, restituendogliela in modo tale che la persona la possa alimentare in se stessa. In secondo luogo, è indispensabile aiutare la persona a riconoscere e a mettere a fuoco le proprie risorse, a conservare e/o sviluppare le proprie competenze (residue), seguendola progressivamente anche da un punto di vista psicologico in modo tale da permetterle di acquisire buoni risultati, utilizzando i suoi stessi interessi per stimolare l'apprendimento. Infine, riconoscere un lavoro ben fatto, complimentando sempre lo sforzo compiuto, è un prerequisito fondamentale. Nello specifico, nell'ambito di un intervento di gruppo, è utile favorire la socializzazione in modo che la persona si senta integrata e sicura della propria posizione all'interno del gruppo medesimo.

IV.1.2. *Intervento sui sintomi non cognitivi*

In merito ai sintomi non cognitivi in corso di AD, è possibile immaginare interventi distinti in base alla fase della malattia. Se durante la *fase iniziale* il grado di decadimento cognitivo consente ancora di instaurare una relazione con il malato, permettendo, di conseguenza, di ipotizzare interventi di sostegno, durante le *fasi moderata e severa* il quadro cognitivo risulta essere talmente compromesso da legittimare interventi volti alla *validation*.

Un possibile intervento di sostegno potrebbe essere quello finalizzato ad aiutare l'individuo affetto da AD 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. Recenti evidenze scientifiche provenienti da studi condotti su soggetti con cerebrolesioni acquisite (ad esempio, a seguito di trauma cranico) utilizzate per osservare i soggetti affetti da demenza avvalorano tale ipotesi d'intervento. Tali evidenze, infatti, hanno dimostrato che, a fronte di un progressivo ed inevitabile decadimento delle competenze cognitive associato ad alterazioni del comportamento, la *consapevolezza del Sé di tali soggetti rimane integra* [16].

Nonostante l'inesorabile corso della malattia, dunque, il nucleo fondante lo Stile di vita del malato resta vitale, consentendo di raggiungere i malati di AD a dispetto del graduale impoverimento cognitivo. Di conseguenza, appare opportuno iniziare un processo terapeutico senza attendere che sia il paziente a farne richiesta. Naturalmente, tale processo deve corrispondere ad un approccio flessibile, ossia rapportato al grado di funzionamento mentale del soggetto [13].

Il fine è di portare il paziente ad accettare che il terapeuta si trasformi in una sorta di dispositivo esterno di memoria cui fare riferimento nel momento in cui particolari ricordi iniziano ad affievolirsi [26]. Il mezzo, ancora una volta, l'incoraggiamento a «rimembrar delle passate cose» magari con l'aiuto di dispositivi in commercio in grado di elicitare ricordi personali quale esercizio per la memoria [19].

In riferimento, invece, ai possibili interventi di *validation*, l'adozione dell'*Individualpsicologia*, come cornice teorica di riferimento, permette di supporre che i BPSD che si associano all'AD non siano altro che l'espressione dello *Stile di vita* del malato che si mostra in modo coerente anche nel contesto della malattia (*Stile di malattia**). Tale ipotesi appare supportata dalla pratica clinica che mostra come, venendo progressivamente meno il controllo operato dai cir-

* Si veda Paragrafo III.2. *Stile di vita e Malattia di Alzheimer*.

cuiti cerebrali che guidano il comportamento, ossia i circuiti frontali, le caratteristiche peculiari dello *Stile di vita* del malato emergano senza freni inibitori.

I BPSD che si manifestano in corso di AD acquistano, di conseguenza, un forte valore comunicativo: attraverso la loro manifestazione, il malato tenta di sintonizzarsi sul mondo esterno che tende progressivamente a sfuggirgli [13] nell'unico modo che conosce, quello dettato dal suo *Stile di vita*. Conseguentemente, gli strumenti d'intervento adatti risultano principalmente *l'osservazione e l'ascolto empatico* principalmente finalizzati al riconoscimento e alla legittimazione del mondo interiore dei pazienti affetti da AD.

IV.2. *Intervento sulla famiglia*

Per le notevoli ripercussioni che esercita non solo su chi assiste direttamente il malato* ma anche su coloro che ne sono indirettamente coinvolti, l'AD si configura come una malattia che colpisce l'intero nucleo familiare, modificandone radicalmente gli equilibri. Appare, di conseguenza, doveroso affrontare, insieme alle esigenze del malato, anche quelle della sua famiglia: l'impronta eminentemente sociale della Psicologia Individuale aiuta a comprendere come.

La pratica clinica mostra in modo specifico la convenienza di aiutare l'intera famiglia a conoscere e comprendere la malattia e le sue conseguenze sia sul piano emotivo sia su quello relazionale. Un primo obiettivo dovrebbe, quindi, essere quello di avvicinare la famiglia al momento della diagnosi per fornire le informazioni riguardanti le diverse fasi della malattia e le possibili manifestazioni di ciascuna di esse, in modo da consentire loro di interpretare in modo appropriato i sintomi e di rispondere in modo adattivo alle esigenze richiedenti un'organizzazione familiare specifica, valutando con realismo le risorse a disposizione e gli eventuali servizi di supporto cui rivolgersi.

Spesso, infatti, la scarsa o distorta conoscenza della malattia induce nei familiari senso di smarrimento, in particolare in riferimento ai sintomi con valore relazionale erroneamente interpretati come manifestazioni intenzionali del volere del malato: si pensi, ad esempio, alle manifestazioni aggressive indotte da stati di dolore interpretate come azioni intenzionalmente rivolte a ferire oppure all'atteggiamento apatico interpretato come scarsa voglia di interessarsi all'ambiente circostante.

Oltre a fornire informazioni sulla malattia, appare opportuno accompagnare i familiari nel difficile processo di adattamento alla diagnosi di AD che, irrom-

* Per un possibile intervento a favore del *caregiver* si veda Paragrafo V. *Gruppi di sostegno per caregivers*.

pendo nella vita dell'intera famiglia, induce in ciascun componente la sensazione di perdita del controllo dei propri punti di riferimento. Conseguenze di tale portata costituiscono un vero e proprio momento di crisi, aggravata dal fatto che tale malattia anticipa l'inevitabile rottura dei legami rappresentata dalla morte, in altri termini presentifica la morte, non tanto intesa come rottura inattesa, quanto piuttosto come lento dissolversi della conoscenza e del riconoscimento reciproco.

L'impatto di un evento di tale portata si manifesta in modo diverso a seconda degli Stili di vita di ciascuno e delle relazioni esistenti al momento della diagnosi di AD. Uno stesso evento è, infatti, in grado di indurre *pattern* di adattamento diversi, in alcuni casi funzionali, in altri disfunzionali; appare, di conseguenza, opportuno intervenire per facilitare forme di adattamento funzionali, promuovendo condizioni di benessere.

Adatta a tale scopo risulta una forma di consulenza che fa riferimento all'impianto teorico della *Psicologia Individuale* contraddistinta da obiettivi specifici e strategie operative altrettanto specifiche, quali i processi di accompagnamento e di incoraggiamento empatico che, attraverso la partecipazione e la condivisione, trasmettono al familiare una sentita fiducia nelle proprie risorse, consentendogli di giungere alla comprensione delle proprie reazioni emotive e delle dinamiche relazionali con il malato, con gli altri membri della famiglia e con l'esterno.

Le emozioni tipicamente manifestate dai familiari di un individuo affetto da AD, tra tutte la depressione, l'angoscia e la rabbia, risultano talmente intense da impedirne l'espressione, la maggior parte dei casi ritenuta fuori luogo, e da indurre altrettanti intensi sensi di colpa. L'approntamento di un servizio di *counseling* grazie al quale sia possibile parlare di come ci si sente senza il timore di venire giudicati, ossia ove diventi possibile narrare il proprio dolore, risulta utile: il poter esprimere le proprie emozioni in un ambiente empatico, che le riconosce e le legittima, le rende meno dolorose. Risulta altresì conveniente supportare i familiari nel comprendere i diversi modi di ciascun componente la famiglia di esprimere la sofferenza.

Di per se stessa, la morte separa, di conseguenza il disorientamento percepito quale conseguenza alla sua presentificazione tende ad isolare, esasperando gli aspetti di differenza individuale. Individuare e comprendere lo smarrimento dell'altro aiuta a condividere l'esperienza di crisi e ad investire sul mantenimento di relazioni vitali, scongiurando l'isolamento e i sentimenti di solitudine, anche alla luce del cambiamento che la malattia impone agli usuali schemi relazionali in funzione dei nuovi e diversificati bisogni del malato e della sua capacità di mettersi in relazione con gli altri.

Oltre a questo, con i familiari di un malato affetto da AD appare opportuno affrontare l'inevitabile cambiamento di ruoli che ne scaturisce, inducendo in chi assume un ruolo diverso da quello usuale un senso di incompetenza, sia che esso riguardi una moglie da sempre disinteressata alla gestione delle spese quotidiane, un marito non avvezzo alla cura della casa o una nuora alle prese con i bambini da crescere. In tal senso, l'intervento deve essere rivolto alla cosiddetta *costellazione familiare estesa*.

L'inversione di ruoli appare particolarmente drammatica se è il genitore ad essere malato e il figlio a doverlo assistere. In tale condizione, è necessario che il figlio si abitui ad assumere degli oneri che per molti anni sono stati a carico del ruolo genitoriale: un tempo punto di riferimento e di sicurezza, il genitore deve ora essere accudito come se fosse un figlio.

In questo senso, la diagnosi di AD preannuncia che si sta preparando un passaggio tra le generazioni, che una generazione sta per scomparire e che un'altra è chiamata in prima linea a sostituirla nella storia familiare. Un evento di tale portata risalta le ambivalenze che si sono accumulate entro la famiglia col trascorrere degli anni, obbligando i familiari a confrontarsi direttamente e ad interrogarsi sul senso complessivo delle relazioni che hanno intessuto, su quello che all'interno delle relazioni si eredita, si trasmette o scompare: la malattia diventa l'occasione per mettere alla prova lo stile di vita familiare che fino a quel momento ha guidato i legami relazionali tra le generazioni. Ma soprattutto è fondamentale aiutare i familiari nel riconoscimento del loro congiunto nelle manifestazioni associate alla malattia che altro non sono che *il suo nuovo modo di esprimersi*. Spesso, infatti, i familiari riportano la sensazione di stare perdendo un compagno o un genitore e spesso ritornano con la memoria a come la persona era prima di ammalarsi. L'aiuto principale consiste nell'elaborare una perdita, la perdita dell'identità dell'Altro.

La perdita, inevitabilmente richiamata da qualsiasi diagnosi di malattia (specie in vecchiaia), nel caso di AD sembra, infatti, rinnovarsi sempre, di giorno in giorno. Quel che viene meno, sfugge, divenendo mano a mano sottile ed impalpabile: la conoscenza del malato, il cui nucleo identitario appare via via irricognoscibile, quotidianamente è messa alla prova dalla forza dirompente della malattia che si fa inesorabilmente strada, così come la sua capacità di riconoscere i propri cari: «lo/la riconosco a fatica» oppure «ormai ha smesso di riconoscerci», qualcosa di assai diverso dalla perdita senza ritorno di una morte inaspettata. Non a caso, molti autori definiscono l'*AD malattia del riconoscimento* [9]. Insomma, la scena appare interamente occupata dalle manovre di ciascuno di adattamento al cambiamento che la diagnosi preannuncia.

Eppure, nonostante l'incessante movimento interno, all'esterno la famiglia appare paradossalmente bloccata in un presente senza fine, congelata in un tempo

attualmente sospeso e svincolato da ogni ipotesi di progetto futuro [27]: in un costante presente, costantemente in attesa dell'inevitabile, puntualmente rinviato. Per agevolare l'uscita da una tale situazione di *empasse*, appare utile incoraggiare l'intera famiglia a comprendere che gli stati di crisi sono dimensioni normali dell'esistenza umana, necessarie per lo sviluppo, costituendo, potenzialmente, un'occasione di crescita positiva.

È, infatti, possibile intendere la crisi non solo nella sua accezione negativa ma anche nel suo valore positivo, ossia come momento di messa in discussione in grado di liberare energia positiva utilizzabile per l'attivazione di risorse da impiegare nella ricerca di un nuovo equilibrio e nella pianificazione di nuovi progetti. In questo senso, è utile aiutare il familiare di un individuo affetto da AD a considerare la malattia e le sue conseguenze come espressione della dimensione fragile e mortale tipica dell'uomo.

La via sembra essere quella di impegnarsi a trovare una risposta, innanzitutto, all'interrogativo circa il significato dell'evento relativamente a se stessi («*come mai è capitato proprio a me?*»), in secondo luogo alla domanda generale circa il significato che l'evento medesimo ha di per se stesso («*come mai capita?*»). La costruzione di senso, l'attribuzione di significato ad ogni istante dell'esistenza, compreso quello critico conseguente alla diagnosi di una malattia di questo tipo, consente di guardare alla vita da un nuovo punto di vista.

V. Gruppi di sostegno per caregivers

Nella maggior parte dei casi, la diagnosi di AD non è subito certa: i sintomi, inizialmente vagamente definiti, lasciano ai familiari la speranza che possa trattarsi di problemi reversibili oppure ineluttabilmente connessi con la condizione di vecchiaia. Quando il quadro clinico si determina, il malato appare in condizione di dover essere assistito per la maggior parte delle funzioni complesse. A questo punto, nell'ambito della famiglia, si è già evidenziato chi si è assunto l'onere di accudire il malato: il *caregiver*. Probabilmente si tratta della stessa persona che nella fase diagnostica lo ha accompagnato nelle strutture ospedaliere e ha gestito il contatto con il medico curante.

Il ruolo di tale figura è importantissimo: il benessere del malato e del suo *entourage* dipende da lui, dal suo equilibrio, dalla sua conoscenza del malato e della malattia, dalla sua tenacia nell'affrontare i problemi medici, organizzativi, legali. Al fine di mettere in risalto il suo coinvolgimento ed evidenziare il grado di *stress* a cui è sottoposto, il *caregiver* è stato frequentemente definito la *seconda vittima* dell'AD. Nondimeno, il lento evolvere della sintomatologia fa sì che il *caregiver* si abitui al coinvolgimento gradualmente: la cosiddetta *carriera del caregiver* si

evolve per gradi dall'acquisizione del ruolo al suo riconoscimento (cure a domicilio e assistenza nelle strutture sanitarie) al suo abbandono (decesso del malato o rinuncia dell'accudimento).

In un primo momento, l'assistenza richiede solo pochi interventi di supporto che, non essendo particolarmente onerosi, danno l'impressione di poter essere affrontati da una sola persona. Il *caregiver*, spinto dal suo *sentimento sociale*, si fa carico dell'assistenza e diviene l'unico punto di riferimento non solo del malato, ma anche del resto della famiglia, soddisfacendo il suo desiderio di affermazione personale sull'ambiente circostante dettato dalla sua *volontà di potenza*.

A mano a mano che la malattia evolve, il *caregiver* si ritrova nell'esigenza di supportare il malato anche nelle funzioni quotidiane e, allo stesso tempo, di intensificare la vigilanza per gestire i problemi comportamentali, fino alla fase finale durante la quale deve assistere il malato totalmente dipendente. All'iniziale investimento parziale delle risorse succede una fase di investimento totale che, nella maggior parte dei casi, induce il *caregiver* a rinunciare alle proprie mansioni, ai propri interessi, finanche alla cura della propria persona, spesso costretto a rimanere confinato in casa con il rischio di perdere contatto con l'ambiente sociale e di isolarsi.

Il *sentimento sociale* viene così indebolito da un eccesso di *volontà di potenza* sospinta da una pulsione aggressiva autodiretta che confonde il *supporto* con il *sacrificio* spingendo il *caregiver* ad immolarsi sull'altare dell'assistenza. Il rischio di un investimento di questa portata è di cadere in uno stato di *burden* ("peso") che talvolta evolve fino all'insorgenza della cosiddetta *sindrome da burn-out* ("bruciarsi") tipica delle figure di aiuto (ad esempio, medici ed infermieri) che si manifesta con sintomi aspecifici (stanchezza, irrequietezza...), somatici (tachicardia, cefalee...) e psicologici (isolamento, cinismo, senso di colpa...) [20].

Al fine di scongiurare l'insorgenza di tale stato, appare necessario aiutare il *caregiver* nell'attuazione di cambiamenti concreti negli atteggiamenti e nei comportamenti tipici della relazione d'aiuto (*Stile di cura*^{*}), al fine di ottimizzare il carico di lavoro assistenziale e ridurre il carico soggettivo. In primo luogo, è di fondamentale importanza che il *caregiver* accetti di essere aiutato. A tale scopo, è opportuno stimolare la comprensione che l'isolamento non fa che peggiorare la situazione, rendendo maggiormente gravosa la gestione del malato, con ripercussioni sul malato stesso. Al contrario, la regolare frequentazione di un ambien-

* Si veda Paragrafo III.2. *Stile di vita e Malattia di Alzheimer*.

te sociale fonte di relazioni supportive non solo sul piano affettivo, ma anche su quello pratico permette un temporaneo sollievo dal carico assistenziale e crea le condizioni per tornare ad occuparsi in modo efficace ed efficiente del proprio familiare.

In altri termini, appare conveniente incoraggiare il *caregiver* a ricostruire il contatto perduto con il sociale stimolando il suo *sentimento sociale*. Solo *l'equilibrio tra sentimento sociale e volontà di potenza*, infatti, risulta in grado di garantire la salute dell'individuo [16], anche in un contesto quale quello dell'assistenza ad un malato affetto da AD. Un modo per animare lo sviluppo del *sentimento sociale* potrebbe essere incoraggiare il confronto con altre persone che condividono la stessa esperienza di *caregiving* agevolato dalla frequentazione di un gruppo di sostegno.

Il gruppo di sostegno qui inteso non è un corso di formazione o di aggiornamento per la diffusione di conoscenze quanto piuttosto un gruppo autocentrato, ossia un gruppo che si occupa di se stesso e che è assistito da un trainer di formazione individualpsicologica. I partecipanti al gruppo sono uniti dallo stesso problema, anche se ognuno di loro lo vive in modo unico: per ciascuno, il gruppo rappresenta il luogo e il tempo all'interno dei quali egli possa raccontare la propria personale esperienza, senza timore di essere in alcun modo giudicato, con la certezza di essere accolto e compreso, e possa ascoltare quella degli altri, in un clima di condivisione e compartecipazione emotiva reciproca. *«Ti ascolto e mentre lo faccio mi rivedo in te e mi accorgo che non sono solo/a».*

L'accoglienza senza condizione e senza giudizio del proprio vissuto emotivo diventa la premessa per l'azione del processo di incoraggiamento verso il recupero di una condizione di benessere messo a dura prova dalla situazione della malattia del proprio congiunto. Per tutti, l'obiettivo è la ricerca di nuovi comportamenti meno logoranti attraverso la formulazione di progetti basati sull'accettazione della situazione. I contributi di ciascuno divengono patrimonio comune cui attingere per la ricerca di nuove soluzioni: *«Aiutando te aiuto me».*

La funzione del *trainer* non è quella dell'esperto a cui chiedere consigli o soluzioni: il *trainer* dosa l'interazione con ciascun partecipante al fine di non indurre sentimenti di esclusione o, all'opposto, gratificazione; richiama alla cooperazione collettiva, favorendo il confronto tra i diversi stili di cura in campo e ribadendo l'importanza del contributo di ciascuno, in un clima di sospensione del giudizio; facilita gli scambi interazionali agevolando la condivisione emotiva; sollecita i partecipanti maggiormente silenziosi a dare il proprio contributo.

In altri termini, propone un percorso strutturato ma flessibile, dunque adattabile alle esigenze creative di quel gruppo, unico e irripetibile, che rappresenta per il

caregiver l'occasione per centrarsi mettendo maggiormente a fuoco il proprio Stile di cura, condizione indispensabile per una maggiore cura della propria persona.

VI. Conclusioni

Considerate le attuali previsioni di invecchiamento della popolazione, fenomeno nuovo nella storia dell'uomo, appare di fondamentale importanza proporre interventi *ad hoc* in relazione non solo alla fase della diagnosi ma anche a quella del trattamento. Con particolare riferimento alle demenze, considerate l'epidemia silente del terzo millennio, risulta importante intervenire sia a livello del malato sia della sua famiglia con interventi non farmacologici precoci ed intensivi.

La Psicologia Individuale di Alfred Adler è in grado di fornire le fondamenta adeguate all'elaborazione di valide proposte di intervento in quanto psicologia di impronta eminentemente sociale [19]. I possibili interventi proposti rivolti al malato di AD finalizzati al potenziamento delle sue competenze residue risultano in grado di sostenerlo nella ricerca e nella costruzione di un equilibrio sempre nuovo, aiutandolo a rimanere parte attiva del proprio *entourage* familiare e sociale e a salvaguardare a lungo la propria autonomia.

Nello specifico, la stimolazione di gruppo proposta, adatta alla fase lieve della malattia, appare in grado di agire in senso riabilitativo non solo in merito alle funzioni cognitive danneggiate ma anche a riguardo della tendenza all'isolamento e alla riduzione dell'interesse per l'ambiente circostante che caratterizza alcuni malati di AD. Tale ipotesi di intervento risulta sostenuta dal concetto adleriano di compensazione d'organo evidentemente precursore delle recenti evidenze scientifiche basate sulle caratteristiche di ridondanza e di plasticità del sistema nervoso centrale.

Maggiormente adatto alle fasi moderata e severa, l'intervento di sostegno aiuta il malato 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, mentre l'intervento di *validation*, fondato sul presupposto che i BPSD che si manifestano in corso di AD non siano altro che l'espressione dello Stile di vita del malato, permette di riconoscere l'importanza del mondo interiore dei pazienti affetti da AD.

Di contro, gli interventi proposti rivolti alla famiglia dell'individuo affetto da AD, in particolare al suo *caregiver*, risultano in grado di facilitare forme di adattamento alla malattia funzionali, promuovendo condizioni di benessere. Tali interventi mettono in evidenza da un lato l'importanza di intervenire sulla famiglia sin dalla diagnosi della malattia a livello sia di informazione sia di sostegno, dall'al-

tro la convenienza di formulare interventi di gruppo che sollecitino il *caregiver* a mantenere o ricostruire il contatto perduto con il sociale stimolando il suo sentimento sociale.

In tal senso, l'intervento deve essere inteso a livello della cosiddetta *costellazione familiare estesa*. Entrambi gli interventi si basano sul presupposto che lo *Stile di vita* di un individuo, ossia la sua particolare impronta psichica [25], si mantenga immutato per tutta la vita, manifestandosi in modo coerente in tutto quello che lo riguarda, verosimilmente anche nella malattia.

Questo consente di considerare sia l'esperienza di malato di AD sia l'esperienza di familiare di un malato di AD in termini di *Stile di malattia* e di *Stile di cura* e garantisce di fronteggiare con successo la minaccia al riconoscimento reciproco che implica l'AD. Quel che viene meno, sfugge, divenendo mano a mano sottile ed impalpabile; infatti, è la conoscenza del malato, il cui nucleo identitario appare via via irricognoscibile, quotidianamente messo alla prova dalla forza dirompente della malattia che si fa inesorabilmente strada, e la sua capacità di riconoscere i propri cari: «*Lolla riconosco a fatica*» oppure «*Ormai ha smesso di riconoscermi*», qualcosa di assai diverso dalla perdita senza ritorno di una morte inaspettata.

Lo strumento d'elezione degli interventi proposti è l'*incoraggiamento empatico* inteso come processo volto a riattivare la fiducia in se stessi in coloro che ne sono sprovvisti, non permettendo mai all'individuo di sentirsi uno sconfitto, neppure in caso di insuccesso [23]. Nondimeno, la pratica clinica mette in evidenza che non è semplice entrare in una famiglia per portare aiuto o, ancora prima, aiutare una famiglia a riconoscere di aver bisogno di aiuto, così come non è facile per la famiglia arrivare autonomamente a richiedere sostegno. In altre parole, si fa un'offerta ad una domanda non formulata o appena accennata. Per questo motivo è decisamente corretto connotare come problematico il supporto in corso di AD: problematico da chiedere e problematico da fornire.

Le complicazioni non sono tanto relative al riconoscimento dei bisogni sanitari e assistenziali del malato di AD e nemmeno a quelli strettamente economici: da questo punto di vista, infatti, sembra che una certa coscienza dei bisogni e dei diritti del malato sia maturata. I problemi maggiori si riferiscono alle conseguenze di carattere psicologico: nello specifico, quel che emerge è la resistenza a convincersi della convenienza di rivolgersi ai luoghi di ascolto e di accompagnamento al di fuori delle proprie mura domestiche o dell'ambiente sanitario [10].

In tal senso, le istituzioni che si occupano di malati di AD dovrebbero sostenere i malati stessi e le loro famiglie in questo processo d'accettazione e di riconoscimento del bisogno di aiuto che la malattia induce. Altrimenti, il rischio è di

medicalizzare in misura eccessiva una fase della vita particolarmente vulnerabile evidentemente contraddistinta anche da esigenze di natura psicologica. Occorre coraggio. Il coraggio che un terapeuta di formazione adleriana sa come far germogliare.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il Temperamento Nervoso*, Newton Compton, Roma 1981.
2. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *Psicologia Individuale e conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma 1975.
3. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Che cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
4. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
5. ADLER, A. (1935), The Fundamental Views of Individual Psychology, *Int. J. of Indiv. Psychol.*, tr. it. I concetti fondamentali della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 5-9.
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000), *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Text Revision (DSM-IV-TR)*, tr. it. ANDREOLI, V., CASSANO, G. B., ROSSI, R. (a cura di, 2004), *Manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali, Text Revision (DSM-IV-TR)*, Masson, Milano.
7. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
8. BERTINO, G., LACAVA, R. (2005), *L'anziano e la Psicologia Individuale*, Dispensa per il IV anno del corso di specializzazione della Scuola Adleriana di Psicoterapia dell'Istituto Alfred Adler di Milano, Milano.
9. CARBONE, G. (2007), *Invecchiamento cerebrale, demenze e Malattia di Alzheimer. Una guida informativa per i familiari e gli operatori con l'elenco delle Unità Valutative Alzheimer (UVA)*, Angeli, Milano.
10. DALMASSO, R. (2002), *Il sostegno psicologico ai familiari dei malati di Alzheimer*, Tesi di specialità in Psicoterapia, Corso di specializzazione della Scuola Adleriana di Psicoterapia dell'Istituto Alfred Adler di Torino, Torino.
11. ENGEL, G. L. (1977), The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine, *Science*, 196: 129-136.
12. FASSINO, S. (1998), Lo stile di vita e il sé creativo, in SANFILIPPO, B. (a cura di), *Itinerari adleriani*, Angeli, Milano.
13. FASSINO, S., MAROZIO, S., PREDA, S., SICCARDI, S., LEOMBRUNI, P. (2006), Per un approccio psicodinamico nella clinica della demenza senile, *Riv. Psicol. Indiv.*, 60: 93-110.

14. FEIL, N. (1982), *Validation: the Feil Method*, tr. it. *Il metodo Validation*, Sperling & Kupfer Editori, Milano 1996.
15. 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 “prassi”, *Riv. Psicol. Indiv.*, 58: 59-97.
16. GABBARD, G. O. (1994), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, tr. it. *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano 2002.
17. GOLLIN, D., FERRARI, A., PERUZZI, A. (2007), *Una palestra per la mente. Stimolazione cognitiva per l'invecchiamento cerebrale e le demenze*, Edizioni Erickson, Trento.
18. JONES, M. (2005), *Gentlecare. Un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer*, Carrocci Faber, Roma.
19. LACAVALA, R., BERTINO, G. (2003), Osservazioni su psicoterapia adleriana e terza età, *Riv. Psicol. Indiv.*, 54: 65-74.
20. MASLACH, C. (1976), Burn-Out, *Journal of Human Behavior*, 5: 11-22.
21. MEZZENA, G. E COLL. (1981), *M test, un contributo all'esplorazione dello stile di vita*, Quad. Riv. Psicol. Indiv., 5.
22. MOJA, E. A., VEGNI, E. (2000), *La visita medica centrata sul paziente*, Raffaello Cortina, Milano.
23. PAGANI, P. L. (2003), *Piccolo lessico adleriano*, Dispensa per il I anno del corso di specializzazione della Scuola Adleriana di Psicoterapia dell'Istituto Alfred Adler di Milano, Milano.
24. PAGANI, P. L. (2004), *La diagnosi adleriana: la diagnosi dello “Stile di vita”*, Dispensa per il I anno del corso di specializzazione della Scuola Adleriana di Psicoterapia dell'Istituto Alfred Adler di Milano, Milano.
25. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
26. PLOTON, L. (2001), *La personne âgée*, tr. it. *La persona anziana*, Raffaello Cortina, Milano 2003.
27. SCABINI, E., DONATI, P. (1992), *Famiglie in difficoltà tra rischi e risorse*, Vita e Pensiero, Milano.
28. STOKES, G., GOUDIE, F. (1990), Counselling Confused Elderly People, in STOKES, G., GOUDIE, F. (a cura di), *Working with Dementia*, Winslow Press, Bicester.
29. VALLAR, G., PAPAGNO, C. (a cura di, 2007), *Manuale di neuropsicologia*, Il Mulino, Bologna.

Paola Maestroni
Via Agrigento, 4
I-21046 Malnate (VA)
E-mail: paola.maestroni@libero.it