

ALZHEIMER: psicodinamica e neurofisiologia della perdita della memoria

Romeo Lucioni

La prima scoperta in psicoanalisi è stata quella relativa alla memoria nell'isteria: questi pazienti non riescono ad elaborare i ricordi e, per altro, soffrono proiettando sul corpo le immagini dolorosamente fantastiche di ricordi patogeni. Freud ha poi pensato la memoria come "funzione psichica", strutturando in seguito uno dei fondamenti della psicoanalisi per il quale *lo psichismo* (l'apparato psichico) è *in se stesso una struttura della memoria*.

La funzione memoria si trasforma in "questione delle memorie", evidenziando così il concetto di poter ricordare in maniere diverse.

Siamo di fronte al tema che riguarda la *traccia mnesica* e le *rappresentazioni* che risultano essere il vero principio dell'apparato psichico.

La traccia mnesica diventa il fondamento dell'*alterazione del sistema*: una volta elaborato il ricordo il "sistema", modificato dalla traccia e dalle rappresentazioni, non potrà più funzionare come prima, dovrà quindi tenere conto delle modificazioni stesse.

Da queste considerazioni si può desumere che:

?? l'apparato psichico non può strutturarsi, né sopravvivere senza cervello e/o senza cultura (espressione ampia e significativa dell'impianto mnesico);

?? nell'uomo la memoria è "multicomponentiale" e, nel suo complesso, necessita del coinvolgimento di tutto il cervello.

Oggi ormai non si può più parlare di "memoria" perché è stata individuata la molteplicità della memoria. M.J.Cohen e L.Squire (1980;1984) hanno evidenziato due processi denominati "*memoria dichiarativa*" e "*memoria procedurale*" mentre D.Schacter e P.Graf (1986) hanno distinto tra "*memoria esplicita*" e "*memoria implicita*" e quindi tra:

?? *memoria esplicita, dichiarativa, cosciente*

?? *memoria implicita, procedurale, inconscia*

distinzione che ha avuto i maggiori riconoscimenti tra i ricercatori.

N.J.Cohen e H.Eichenbaun (1994) hanno dimostrato che è possibile far dipendere o no l'apprendimento dall'ippocampo e, successivamente, insieme ad altri autori, hanno messo in evidenza che:

?? la memoria esplicita dichiarativa è mediata dal sistema del lobo temporale;

?? i sistemi di memoria implicita o procedurale sono molti.

Se alcune procedure di memoria richiedono l'ippocampo e altre no, è evidente che essa non è fenomeno unitario, ma ci sono diverse classi di memoria che risultano intessute in reti neuronali che connettono siti differenti.

Un sistema di memoria implicita è quella della *memoria emotiva (paura)* che è legata all'amigdala ed alle aree collegate.

Riconosciamo anche una:

- ?? memoria percettiva che viene acquisita attraverso i sensi
- ?? memoria polisensoriale dichiarativa, divisa in *semantica* ed *episodica*
- ?? memoria motoria o esecutiva.

Oggi ha assunto anche importanza la cosiddetta *memoria lavoro* (Alan Baddeley, 1992) che risulta all'incirca quella che un tempo veniva chiamata *memoria a breve termine* nella quale l'aspetto *procedurale* risulta molto più solido di quello *semantico*.

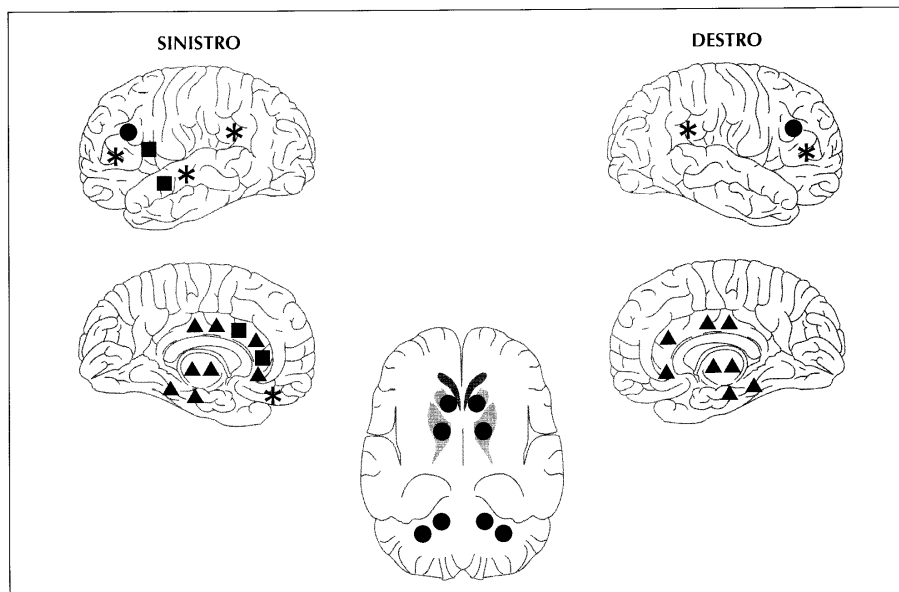
La memoria lavoro risulta composta da una sorta di *deposito temporaneo polivalente* e da sette sistemi di deposito specializzato "... chiamati in causa soltanto quando è necessario trattenere delle informazioni specifiche" (J. Le Doux, 1998).

Ci sarebbero molti depositi temporanei, per lo più legati a specifiche funzioni e interconnessi che, caratterizzati da uno *spazio di lavoro* e da proprie *funzioni esecutive*, controllano le capacità operative non solo nell'ambito del qui e ora, ma anche riferite alle conoscenze e alle esperienze.

Si è anche potuto verificare che mentre la *memoria emotiva* occupa le strutture della corteccia prefrontale mediale, nella *memoria lavoro* prende parte invece la corteccia prefrontale laterale che svolge, quindi, una delle funzioni cognitive più elevate.

La corteccia prefrontale laterale è connessa con vari sistemi sensoriali (visivi e uditivi), con gli altri sistemi neocorticali legati al linguaggio, con l'ippocampo e con le aree corticali della memoria a lungo termine, così che si può indicare come punto ideale per la funzione di *memoria lavoro polivalente*.

D. Perani et al. (1993) riportano una efficace rappresentazione dei differenti sistemi delle memorie:



Rappresentazione delle immagini laterali, mesiali ed assiali del cervello raffiguranti la distribuzione dei differenti sistemi della memoria nelle strutture cerebrali.

Asterischi: memoria a breve termine

Triangoli: memoria episodica

Quadrati: memoria semantica

Cerchi: memoria implicita (apprendimento di abilità)

Facilitazione

L'attenzione e la partecipazione emotiva facilitano enormemente la fissazione mnesica e ci sono ricordi che non possono più essere rimossi; possiamo ben dire che il rafforzamento dovuto all'eccitazione può privilegiare alcuni sistemi a spese di altri.

Anche l'effetto degli stress è molto importante (Robert Sopolosky, ...) tanto che si è dimostrato di poter provocare anche una degenerazione pronunciata dell'ippocampo e, quindi, alterare le sue funzioni mnesiche.

Blocco e inibizione

Ancora non è del tutto chiaro il meccanismo che controlla la memoria attraverso "circuiti" (?) inibitori, ma possiamo riportare diverse ed importanti osservazioni ("Ivan Izquierdo" - reportage):

- ?? L'amigdala ha un ruolo importante in quanto, quando è iperstimolata o quando è inibita, cancella le memorie; o meglio, impedisce che si formino. Si potrebbe dire che la memoria, per formarsi, ha bisogno di un gradiente "ottimale" di stimolazione emotiva; se questo invece è troppo alto o troppo basso, la traccia mnesica non si forma: un evento se poco significativo o se eccessivamente "orribile", viene cancellato.
- ?? Nell'ambito dell'inibizione si osserva che vengono cancellati i dettagli di un evento, mentre viene conservato il nucleo drammatico e si può sottolineare, come fatto importante, che vengono cancellati i dettagli che non sono accompagnati da una carica emotiva. Per esempio, di un incontro romantico resta l'impronta dell'emozione e magari scompaiono le sembianze, i tratti fisici, della persona che ne era stata la motivazione.
- ?? Ci sono i casi dell'*amnesia post-traumatica* nei quali sembra essere l'ACTH ad intervenire. Questo ormone, per azione diretta o attraverso la liberazione di corticoidi, di adrenalina, di neradrenalina periferica, di vasopressina, agisce sull'amigdala (nel caso dei corticoidi anche attraverso l'ippocampo) nei momenti iniziali della formazione del ricordo. Quando il livello ormonale è troppo basso o è eccessivamente alto, la memoria non viene registrata; anche in questo caso, sembra necessario un gradiente medio e/o moderato di stimolazione.
- ?? Interessante è anche il caso del *dolore da parto* che viene dimenticato, o molto affievolito, dall'emozione data dal viso del figlio appena nato. Sarebbe un caso di ipersignificazione che impedisce e rende subliminali gli stimoli "accessori" svalorizzanti.
- ?? Anche le endorfine giocano un ruolo importante che per un lato risulta analgesico e, per altro, anestetico. Vengono riportati esperimenti sui ratti nei quali la liberazione, in quantità elevata, di beta-endorfina porta a dimenticare parti importanti di ciò che accade nell'ambito sperimentale.

?? Vale la pena ricordare anche le conclusioni di I. Lucioni e L. Stortini Sabor (1998), che sottolineano l'impostazione psicosomatica che, corroborata dalle esperienze cliniche, sostiene l'idea di facilitazione e di fissazione attraverso una sopra-significazione e non per la via della cancellazione.

Secondo questa teoria, la memoria primaria non tende ad essere cancellata e ciò che si dimentica dipende dalla modulazione di sistemi gerarchizzati che influiscono sulle tracce mnesiche più antiche.

La maggioranza degli Autori sono d'accordo nel riconoscere una riduzione delle capacità mnesiche recenti nell'anziano normale ed una migliore attitudine a ricordare i fatti lontani.

Per altro lato è ancora molto discusso il meccanismo che sottende a questa perdita, così:

- a. per alcuni ricercatori si deve ad un processo biologico, giacché nell'anziano normale si riscontra un certo grado di atrofia cerebrale, alcune lesioni microscopiche e, soprattutto, placche senili che interessano le strutture neurofisiologiche che intervengono in questa specifica funzione;
- b. per altri studiosi il meccanismo è psicogeno e deve essere messo in rapporto con una riduzione della energia psichica in generale, espressa come *energia ioica*. Seguendo il pensiero di Hartman la memoria è una delle funzioni autonome dell'Io e ha una finalità adattiva;
- c. anche l'esplorazione della realtà circostante, che è legata specialmente alla memoria recente, è una caratteristica dell'Io e, quando il recente appare minaccioso, possiamo prevedere un ritirarsi verso il passato come finalità protettiva;
- d. la reminiscenza del passato (Mc Mahon e Rhudick, 1973), vale a dire l'atto di pensare le proprie esperienze e raccontarle, esercita un effetto adattivo sulla vecchiaia (sia ricordando i fatti e gli accadimenti (esterni) come i vissuti (interni)) ed, inoltre, aumenta l'autostima messa in pericolo dal riconoscimento della flessione delle capacità fisiche ed intellettive;
- e. in generale le emozioni facilitano i ricordi, così, nell'anziano, il passato conserva in sé una maggiore forza emotiva. Va anche ricordato che la nostra società valorizza i successi che, ancora una volta, per l'anziano, sottendono alle esperienze del passato ed anche strutturano un senso di longevità e di perpetuità;
- f. assieme alle modificazioni della memoria troviamo frequentemente anche *riduzione dell'attenzione e della concentrazione* che, a loro volta, influenzano cambiamenti della vigilanza e della motivazione.

Queste osservazioni possono essere riferite ad un atteggiamento narcisistico sotteso ad un'immagine ideale con soddisfazione e orgoglio per ciò che si è saputo fare ed anche per il fatto di ricordarlo e di raccontarlo con precisione.

La centralizzazione sul Sé può delinarsi come incremento della libido sul soggetto che quindi svalorizza ed inaridisce l'oggetto, l'altro, il giovane e l'attuale: svalorizzazione del presente e glorificazione del passato (Miguel Krassoievitch, 1993).

Anche l'attività della fantasia risulta caratteristica nell'anziano, dal momento che introduce i temi relazionati con il pericolo di malattie felicemente superate, così da dare alla riminiscenza un certo carattere di superiorità, di infallibilità, di perseveranza: sinonimi di perpetuità (allontanamento-negazione della morte).

Il modello psicodinamico ed anche quello legato ai principi della psicosomatica (Pierre Marty, 1998) prevedono, per l'Alzheimer e per la demenza in generale, una particolare integrazione della perdita della memoria.

Recenti studi (Jaime Pecheny e Alicia Kabanchic, dati non pubblicati) hanno messo in evidenza come nell'Alzheimer si riscontri, in un frequenza che supera il 90% dei casi, un fatto esperienziale traumatico che anticipa di 1-2 anni l'inizio della sintomatologia dementigena.

Questo fatto traumatico non è del tipo della colpa, come si osserva nella depressione, ma investe il soggetto in maniera globale, minandone l'autostima ed il senso di sé.

Svariati sono i fatti registrati come momenti scatenanti o "memorie scatenanti":

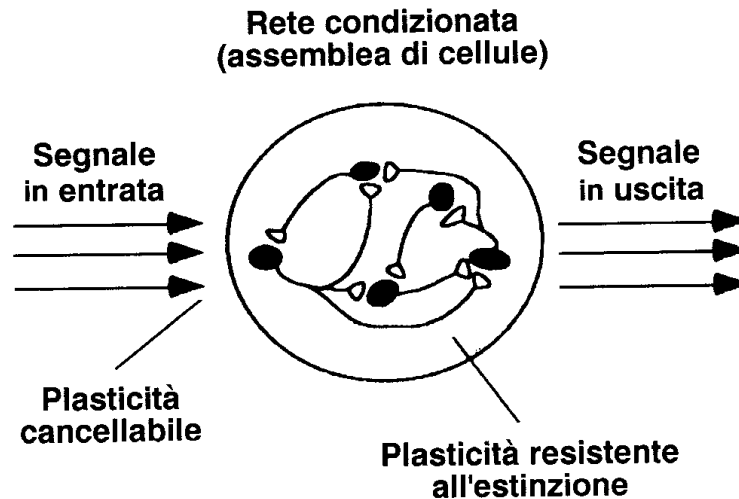
- aver subito un furto o tentativo di furto nella propria casa, vissuta come inviolabile;
- aver dovuto sopportare una accusa infamante o le conseguenze disastrose di un crac finanziario;
- aver vissuto l'esperienza di una perdita improvvisa e imprevista (incidente) di qualche familiare stretto (marito, moglie, figlio);
- aver perso un "ruolo" ambito e ottenuto con grandi sacrifici e che rappresentava una vera "conquista" personale ed il fondamento di una speciale autivalorizzazione;
- aver subito il fatto traumatico che, funzionando come shock, non sia stato possibile elaborare nello schema del rapporto con la colpa (messa dentro o fuori di sé).

Nell'analisi di questi casi ci troviamo sempre di fronte ad un tentativo ossessivo di liberarsi del ricordo traumatico e/o patologico che però continua a fungere da nucleo persecutorio incancellabile; si osserva come il soggetto, nel suo tentativo compulsivo di annullare quel ricordo, riesca a dimenticare tutto il resto, ma l'evento critico resta immutabile e inattaccabile.

Joseph Le Doux (1998) ricorda come una lesione della corteccia prefrontale mediale inibisce le risposte condizionate di paura, ma non cancella i ricordi impliciti sottostanti e conclude: "... i ricordi emotivi non sono cancellati dall'estinzione, ma soltanto tenuti a bada; come Lazzaro, i ricordi estinti possono risuscitare".

Donald Hebb (1975) parla di "assemblee di cellule" che trattengono il ricordo anche quando questo non viene più attivato o non vengono suscitate risposte comportamentali associate (per es. fobiche).

Questa supposizione giustificerebbe la creazione di apprendimenti resistenti all'estinzione.



Questi neuroni interconnessi sono chiamati "assemblea di cellule" che, all'interno dell'amigdala o tra l'amigdala e le aree corticali, potrebbero costituire un aspetto importante della memoria implicita a lungo termine, resistente all'estinzione, creata dal condizionamento alla paura.

Ancora Le Doux (1998) dice: "I ricordi inconsci di paura, stabiliti attraverso l'amigdala, sembrano impressi a fuoco nel cervello: è probabile che ci accompagnino per tutta la vita". Parla anche di due circuiti separati che intervengono nel condizionamento: uno corticale cosciente; l'altro sottocorticale che, essendo incapace di distinzioni sottili, produrrebbe un apprendimento che si diffonde più facilmente di altri e che, inoltre, risulterebbe più difficile da tenere sotto controllo proprio perché inconscio.

* * * *

Importanti studi (Pripitano, 1989; Sperry et al., 1979) sono stati condotti per chiarire il funzionamento cerebrale in correlazione con la capacità di interpretare il significato degli stimoli (localizzazione nei lobi frontali e temporali) e la dimensione psico-biologica del Senso di Sé (presente in entrambi gli emisferi cerebrali) (Glel O. Gabbord, 1992).

La funzione psichica sottesa alla denominazione di Senso di Sé, o rappresentazione di Sé, è qualcosa di complesso che aiuta il soggetto a mantenere la *coesione di sé* e la *stima di sé*. Secondo Hirs Kohut (1984) la persona, nella sua dimensione psichica, ha un bisogno profondo di mantenere un *soggettivo senso di benessere* che risponde a bisogni narcisistici di rispecchiamento e di idealizzazione.

In contrapposizione a Freud (1914), che vedeva nell'emergere delle tendenze narcisistiche, attraverso un processo di "maturazione", il raggiungimento di una preoccupazione per i bisogni altrui, Kohut (1971) sostiene che i bisogni narcisistici permangono per tutta la vita e permeano tutta la personalità.

Seguendo questa linea di pensiero, Kohut ha descritto il *Sé bipolare* (oggetto grandioso nel quale si riconosce la perfezione e l'immagine genitoriale idealizzata) e poi (1984) il *Sé tripolare* nel quale viene aggiunto un polo formato dai bisogni dell'unità combinata *oggetto sé*.

Questi bisogni fusionali si sono evidenziati come caratteristici dei processi mentali primitivi e nella formazione di un *Io-primitivo* o *proto-Io* (Lucioni, 1998) ed anche necessari per far nascere quel senso di unità, di singolarità e di realtà (Lucioni, 199...) che sono necessari per il riconoscimento non solo degli oggetti interni, ma anche degli "oggetti del mondo".

La coesione del Sé e l'amore oggettuale sono l'espressione fondante del *senso di Sé* (Kuhut, 1977) che, per altro, risulta anche essere l'elemento strutturante della personalità intera.

Kohut (1984) ribadisce l'impossibilità di separare il Sé dall'*oggetto-sé* che servono per mantenere empaticamente la stima di noi stessi e la coesione psichica di ogni individuo in un "*Sé sovraordinato*", costellazione psichica primaria, centro dell'esperienza e dell'iniziativa e delle istanze volitivo-motivazionali (Curtis, 1985).

Kohut, in contrapposizione agli psicologi dell'Io, attribuì poca importanza al complesso di Edipo ed alle ansie di castrazione nella costituzione della personalità; per la psicologia del Sé è "l'angoscia di disintegrazione" (paura che il proprio Sé possa frammentarsi di fronte a risposte inadeguate dell'*oggetto-sé*) che spinge a mantenere e a ristabilire la coesione e l'armonia del Sé.

La destrutturazione del Sé equivale ad una condizione di "morte psicologica" (Baker, Baker, 1987) che si osserva ad esempio nell'abuso di sostanze stupefacenti, nella promiscuità sessuale, nelle perversioni, eccetera; mentre le manifestazioni di un conflitto nevrotico sottendono all'angoscia di castrazione.

Riprendendo queste considerazioni sulla coesione del sé e sull'importanza di questa nel mantenere il senso di funzionamento armonico della psiche, si è trovato un preciso aggancio con le osservazioni fatte in molti casi di pazienti affetti da Malattia di Alzheimer.

Jaime Pecheny e Alicia Kabanchik (1998, dati non pubblicati) hanno evidenziato come in moltissimi casi si può scoprire un fatto critico, avvenuto un anno o due prima della comparsa dei primi segni della malattia. Questo stress incide profondamente nella struttura psichica, non viene elaborato nello schema della depressione, ma, al contrario intacca il senso di sé ed il senso di valere.

Anche nella nostra casistica si sono potuti evidenziare casi simili:

- un furto o tentativo di furto che ha condizionato profondamente il comportamento del paziente che ha cominciato a non voler più uscire di casa e ad essere ossessionato dal pericolo di poter essere nuovamente "derubato";
- un caso di perdita di senso di valere lungamente cercato e perso a causa di un infarto e del conseguente pensionamento anticipato;
- la morte di un congiunto stretto che è stato scoperto rantolante dal futuro paziente che rimase turbato da un senso di "impossibilità";
- la reazione imperiosa a problemi conseguenti una operazione di emorroidi che ha portato a ipervalorizzare in maniera conflittiva (perdita della dignità) la sfera genito- anale;
- la morte di un marito avvenuta tragicamente ed in forma imprevista ed accidentale al termine di una vacanza-viaggio e che ha lasciato scossa e sconvolta la moglie che, da quel giorno, ha cominciato a dare segni di perdita della memoria e di deficit cognitivo-deduttivi;
- l'esperienza perturbante di una signora che, rimasta vedova con un discreto patrimonio, cede alle lusinghe di un filibustiere che la raggira e le sottrae tutto il patrimonio.

Il nucleo traumatico successivamente viene liberato dai corollari temporo-spaziali qualificanti per tradursi in una memoria di esperienza angosciante, intima e distruttiva.

Questa che con Kohut potremmo chiamare *angoscia di disintegrazione* si può anche riferire ad una più pregnante *angoscia di morte* che, vissuta inizialmente come inevitabile ed incontenibile, viene percepita come un *disturbo del cervello*: tremore cerebrale, impossibilità a modulare le funzioni cerebrali, senso di sprofondamento in un incommensurabile buco nero.

Il nucleo-mnesico-perturbatorio risulta inattaccabile dai meccanismi psichici abitualmente messi in gioco dai sistemi adattivi, per cui l'unica via di scampo risulta essere quella della autodistruzione psichica, identificata in una massiccia perdita della memoria.

In forma incredibilmente contraddittoria il soggetto riesce a rimuovere ogni traccia mnesica, arrivando a perdere anche le immagini più frequenti ed affettivamente valide dei congiunti più stretti ed anche di sé. Il paziente arriva a non ricordare più nemmeno il proprio nome, perde le funzioni linguistiche, motorie e sensoriali (sembra non ricordare più neppure le sequenze operative dei comportamenti automatici appresi), disorganizza le capacità cognitivo-deduttive, eppure non riesce a liberarsi del nucleo traumatico che ha colpito profondamente il senso di sé e l'autostima.

Queste osservazioni ci portano ad alcune considerazioni particolarmente interessanti.

Prima di tutto va sottolineato che questo meccanismo patogenetico interessa solamente le persone anziane –i vecchi, per dirla con Messy- per lo più al di sopra dei 60 anni. Si potrebbe pensare ad una concomitanza di due fattori che tendono entrambi a mettere in pericolo il senso di sé e l'autostima.

Se consideriamo l'età di 60 anni come limite per la definizione della vecchiaia, possiamo tenere conto dei processi psichici che accompagnano poderosamente le perdite caratteristiche di questa tappa della vita. Con Messy (.....) possiamo parlare di perdita del senso dell'invecchiamento (che inizia con la nascita e che continua per tutta la vita come modello di perdita e di superamento verso una successiva tappa esistenziale) sostituito da una vera e propria "vecchiaia", intesa come stato e come modello di vita cristallizzato.

È nella vecchiaia, appunto, che assumono un particolare significato i deficit biologico-funzionali (incanutimento dei capelli, perdita della elasticità e assottigliamento della cute, riduzione delle secrezioni, perdita della forza muscolare e genitale, affievolimento sensoriale, rallentamento delle reazioni psicomotorie, difficoltà nel recupero funzionale, affievolimento della memoria di rievocazione, eccetera).

Questi sintomi si accompagnano a fastidiosi sensi di perdita e di inadeguatezza che creano modelli di autosvalorizzazione, i quali hanno un preciso riconoscimento nella struttura dei valori che risponde ed è condizionata da un senso di "verità" caratteristica di una realtà socioculturale. Nella realtà postmoderna delle aree geografiche capitalistico-industriali, il vecchio, emarginato nel suo involucro riduttivo di "vecchio saggio", ha perso ogni valore nella funzione prassico-decisionale e viene minimizzato e pauperizzato a tal punto da perdere ogni connotato di validità e , quindi, identificato come oggetto patologico rifiutato.

La nostra società, dominata dalla velocità e dal cambiamento, rifiuta il vecchio sostituendolo con l'immagine dell'eterna giovinezza, dell'efficienza e della "bellezza", pilastri che sostengono al credo filosofico dell'antica Grecia che a queste qualità fa combaciare anche quelle del giusto, del vero e del santo.

CONSIDERAZIONI SULL'IMPATTO SOCIO-CULTURALE CHE INTERESSA LE PERSONE ANZIANE

La malattia di Alzheimer nella sua complessità, oltre all'eziologia, alla diagnosi, alla terapia e alla prevenzione, deve tenere conto dei fattori personali, sociali e relazionali e impone una visione veramente globale che schematicamente può essere riassunta in:

DEMENZA TIPO ALZHEIMER

Fattori predisponenti

- ?? Struttura genetica
- ?? Familiarità
- ?? Età

Fattori scatenanti

- ?? Stress psichico
- ?? Attacco tossico
- ?? Anestesia protratta
- ?? Infezioni virali
- ?? Trauma cranico
- ?? Sindrome di Down
- ?? Depressione

Fattori facilitanti

- ?? Debolezza psichica
- ?? Concomitanti socioculturali
- ?? Concomitanti ambientali
- ?? Menopausa – squilibri ormonali

Fattori scudo

- ?? Personalità ben strutturata
- ?? Livello di scolarità e istruzione
- ?? Fattori socioculturali
- ?? Uso di FANS
- ?? Uso di antiossidanti (vit. E)
- ?? Uso di melatonina
- ?? Fumo

Interventi terapeutici

a- farmacologici

- ?? anticolinesterasici
- ?? attivatori del flusso sanguigno

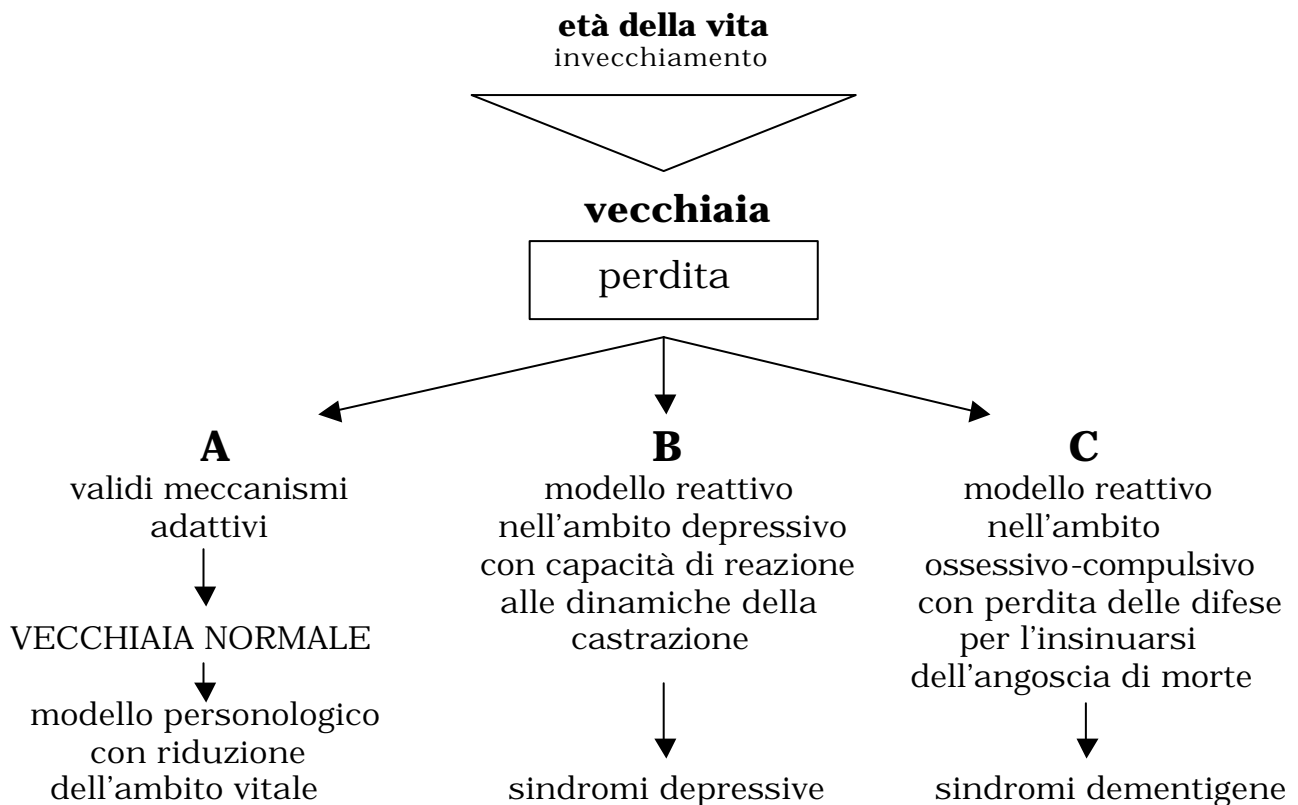
b- non farmacologici

- ?? ROT (Reality Orientation Therapy)
- ?? Validation Therapy
- ?? EIT- Terapia di Integrazione Emotivo-affettiva

Nei Paesi industrializzati i vecchi vedono polverizzarsi, ogni giorno di più, il valore della propria vita ed il concetto di "vecchiaia come valore": alla perdita di energia e di forza, si aggiunge la terribile stigmata della perdita dell'autostima.

Questa dimensione antropologico-sociale ha portato alla situazione paradossale che i vecchi, sempre più numerosi per la riduzione delle nascite ed il miglioramento delle applicazioni terapeutiche, contano sempre meno e, per di più, la loro qualità della vita tende costantemente a scadere.

Nel tentativo di schematizzare la situazione, possiamo osservare:



Se prendiamo in considerazione questo schema di funzionamento psico-mentale, possiamo dare un preciso significato alle recenti osservazioni elaborate nell'ambito del Progetto "Colombo 2000" che si sta sviluppando in Argentina ed in Italia (vedi R.Lucioni, 1998). Recenti osservazioni hanno messo in evidenza come (Cristina et al., 1998) "... *La mortalità per psicosi organiche era decisamente maggiore rispetto a quella per malattia di Alzheimer nelle classi di età >di 75 anni in entrambi i Paesi. Il tasso standardizzato per i soggetti di età >di 49 anni in Italia era 3 volte più alto rispetto a quello dell'Argentina (9,8 verso 3,4 per 100.000) per le psicosi organiche, lo stesso veniva riscontrato per la malattia di Alzheimer, anche se con una frequenza globalmente inferiore: 5,8 contro 2,1 per 100.000.*"

La maggiore incidenza delle psicosi organiche dell'anziano e della malattia di Alzheimer in Italia rispetto all'Argentina, va sicuramente imputata alle modalità di vita (pur tenuto conto di previsibili interferenze legate a fattori tossici ed ambientali) ed alle abitudini relazionali. Non si tratta indubbiamente di "cause", ma di "scudi" che agiscono ad affievolire e/o a neutralizzare eventuali fattori concomitanti.

È ormai universalmente riconosciuto il fattore "scolarità" come scudo nei confronti della comparsa della malattia di Alzheimer e si spera che nuovi dati potranno essere evidenziati con il contributo di ricerche del tipo di Colombo 2000. Per apportare ulteriore materiale alla discussione del tema delle influenze socio-culturali sul determinismo di particolari condizioni psicopatologiche, possiamo anche studiare cosa succeda nella coppia con la presenza di un malato di Alzheimer.

Se le problematiche socioculturali possono essere importanti nel determinismo di quella situazione di “debolezza psichica” che accompagna la perdita e che può anche favorire (magari per concomitanza di altri fattori) l’instaurarsi della demenza presenile o demenza tipo Alzheimer, sono le problematiche interfamiliari quelle che successivamente investono il quadro psicopatologico. Seppure non si possa disconoscere l’importanza delle dinamiche familiari è nella coppia che si sviluppa il vero dramma di questa malattia che vede ancora più dell’ 80 % dei casi curati e assistiti tra le pareti domestiche.

Il rapporto di coppia, di per sé già complesso, quando si consideri una situazione tanto particolare come quella strutturata con la presenza di un demente, risulta ancora più complicata

- ?? dalle strutture personologiche individuali
- ?? dalle modificazioni indotte dalle età dei partners
- ?? dalle aspettative perdute e da quelle residue
- ?? dalle difficoltà legate alle alterazioni neuropsicologiche
- ?? dal sovvertimento dei ruoli.

Vanno tenuti in conto anche processi come:

- ?? accettazione
- ?? prospettive di ritorno (o meno) alla normalità
- ?? capacità di sopportazione
- ?? aiuti sociali e socio-assistenziali
- ?? dinamiche di autoaccettazione
- ?? dinamiche di autovalorizzazione degli individui e del gruppo
- ?? possibilità di ritrovare spunti di fiducia
- ?? occasioni di trovare coincidenze (affetti compartiti)
- ?? aspettative familiari

Il problema familiare nell’Alzheimer (e/o nel rapporto con i caregivers) è una questione che investe primariamente la coppia:

- a) l’Alzheimer è una malattia degli anziani, ormai separati dai figli che hanno creato la loro famiglia;
- b) di solito sono le mogli a doversi assumere il ruolo di assistenti: i mariti normalmente sono più vecchi e quindi, percentualmente, più esposti alla malattia;
- c) l’uomo anziano è meno autosufficiente (nella gestione domestica) della donna, che, inoltre, ha delle doti innate di resistenza alla solitudine e maggior tenuta nell’autogestione.

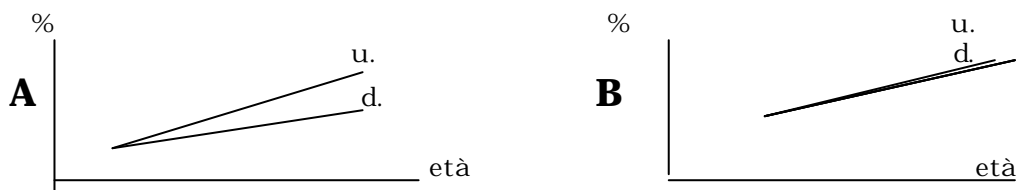
Si potrebbe pensare che la donna (essere donna) sia più difesa di fronte all’Alzheimer:

- 1) il proprio ruolo di madre la difende dalle crisi di perdita della autovalorizzazione dipendente dalla caratterizzazione sociale (svalorizzazione dei vecchi);
- 2) mantiene, anche dopo il pensionamento, un certo ruolo personale che si sviluppa nell’ambito familiare perché diventa “nonna”;

3) è più abituata ad autogestirsi e ad affrontare i momenti di solitudine, creandosi hobbies, oltre all'abituale "piacere" di svolgere accuratamente le mansioni domestiche.

Questi sono anche motivi per cui la donna frequenta eventualmente il Centro Sociale Anziani sino ad un'età più avanzata (70-75 anni) rispetto agli uomini.

Da quanto evidenziato, si dovrebbe prevedere uno sviluppo della preminenza, riferita ai maschi e alle femmine, con un divario favorevole alle donne (A nello schema), ma, invece, nel riscontro statistico si osserva un quadro (B nello schema) per il quale la donna non risente delle variabili favorevoli messe in evidenza.



La spiegazione di questo fenomeno potrebbe riferirsi a fattori negativi avversi alle donne e che dovrebbero derivare dalla particolare situazione creata all'interno della coppia al momento del pensionamento del marito.

Quando il marito "ritorna in casa" la moglie:

- ?? perde una libertà goduta per tanti anni che, accompagnata anche dall'assunzione di una diretta responsabilità nell'educazione dei figli e nel controllo del bilancio familiare;
- ?? deve assumere nuovamente l'onere di "sopportare", per tutta la giornata, il marito che, inoltre, diventa sempre più invasivo, riprendendo il controllo delle spese e dell'uso del tempo libero, con un atteggiamento svalorizzante nei confronti della moglie (come se prima non fosse stata lei a occuparsi e a risolvere i problemi!!);
- ?? può dedicare sempre meno tempo ai propri hobbies ed alle proprie scelte che, per lo più, vengono sminuite e pauperizzate;
- ?? deve accettare una perdita di valore anche sul piano culturale, dal momento che "lui" (che ha bisogno di farsi valere e, quindi, "di fare tutto bene") si trova in costante diverbio con la moglie che diventa un ricettacolo di eitti, di colpe e di insufficienze;
- ?? con il pensionamento l'uomo deve affrontare difficoltà adattivo-compensatorie, che riguardano la sfera sociale e culturale, per mantenere un valido senso di sé e, soprattutto, per "ri-trovare" un proprio ruolo al di fuori di quello lavorativo-produttivo. La donna si trova quindi a dover affrontare una situazione nuova che comporta l'impatto delle "discussioni familiari" e assumere anche un ruolo di mediatore sia intrafamiliare (con i figli), sia sociale nell'ambito delle amicizie e, soprattutto, dei parenti più o meno stretti;
- ?? oggi può ancora essere fattore facilitante negativo quello ormonale che in un prossimo futuro sarà controllato con l'uso accurato dei cerotti.

* * * * *

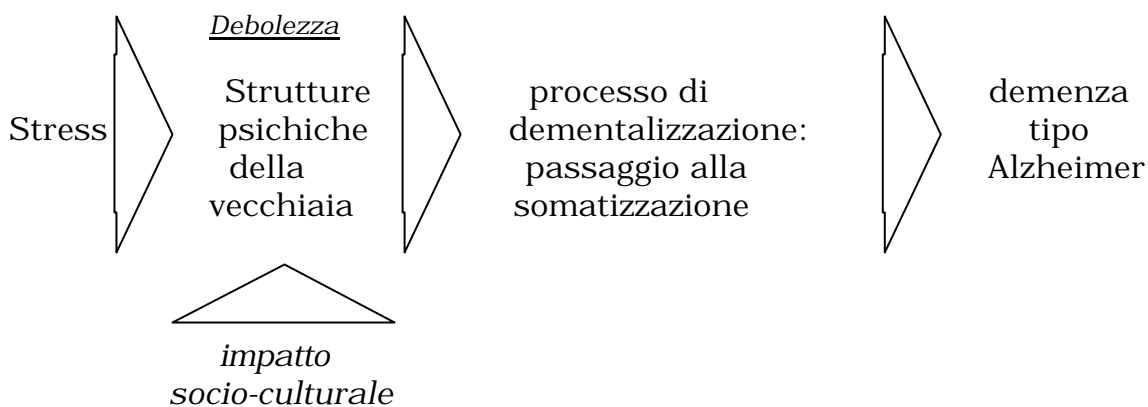
Per riassumere, possiamo dire che gli anziani (soggetti al di sopra di 60 anni) nella nostra società vivono situazioni stressanti e di insicurezza che per lo più li rendono fragili, poco difesi di fronte all'impatto delle realtà sociali e culturali. Questa situazione rende sempre più frequente la possibilità che si presenti la dinamica indicata come **C** nello schema sopra illustrato.

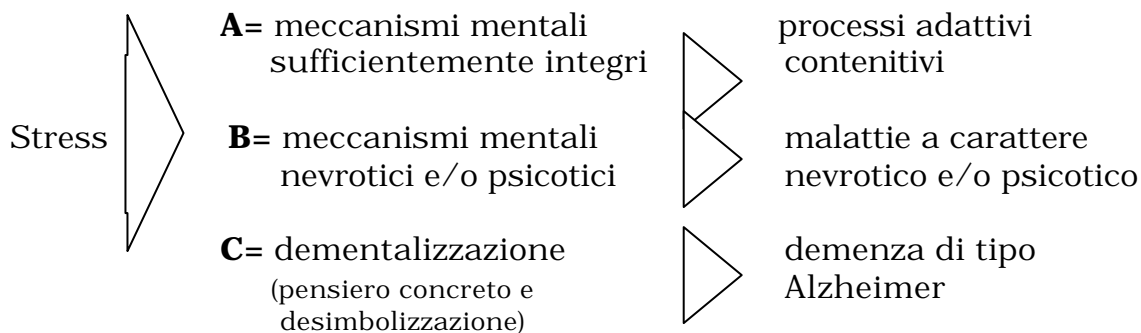
Evidentemente possono moltiplicarsi le evenienze stressanti che determinano quella particolare situazione che abbiamo indicata, riproponendo Messy, "angoscia di disintegrazione" e che accompagna la perdita dell'autonomia e/o l'affievolimento del senso di sé: lo sgretolarsi di questi "valori" narcisistici induce uno sfilacciamento della soggettività e dell'immagine unificata di Sé in relazione al mondo intersoggettivo.

In un precedente lavoro (Lucioni, Nappi, 1997) è stato messo in evidenza come nella malattia di Alzheimer si osservi un vero e proprio sgretolamento delle funzioni dell'Io ed anche un interessamento globale delle funzioni psico-motorie ed emotive ed affettive, tanto da poter parlare di una disfunzione globale dell'essere nelle sue parti biologiche, somato-funzionali, somato-psichiche, cognitive ed affettive.

Il meccanismo per cui un trauma (presumibilmente psichico), uno shock, possa determinare l'insorgenza di una patologia tanto particolare e tanto complessa come quella corrispondente alla malattia di Alzheimer è del tutto sconosciuto e neppure proponibile in termini neuropsicologici. Si può tuttavia prendere in considerazione quanto dice L.Salvarezza e R.Jacob (1998): "...quando un elemento traumatico produce un grado di disorganizzazione che supera le capacità metaboliche dell'apparato psichico, la risposta si produce a livello somatico".

Questa osservazione ricalca la posizione culturale di Pierre Marty (1992), il principale esponente della scuola psicosomatica francese, che insiste sul fatto che nei pazienti "somatici" ci sarebbe una struttura incompleta dell'apparato psichico che giustifica un deficit di mentalizzazione che diventa condizione necessaria per la somatizzazione.





Di fronte a queste osservazioni si potrebbe pensare che la “demenza senile” o “demenza tipo Alzheimer” si sviluppi nel caso in cui, in concomitanza con una particolare debolezza dell'apparato psichico (area **C** del nostro schema), uno stress può indurre quel fenomeno di dementalizzazione capace di indurre una vulnerabilità alla somatizzazione che, appunto nella demenza, si evidenzia come attacco alla struttura cerebrale.

Questa potrebbe essere letta in vari modi, ma attualmente il meccanismo più plausibile e più studiato (D.Perani et al.,1994; M.Perini, R.Montanini e R.Cesarini,1997, dati non pubblicati) è quello di una riduzione dell'apporto di ossigeno attraverso aree di esclusione della circolazione sanguigna.

Recenti contributi hanno evidenziato come il NBM e la SI siano colpiti precocemente nella malattia di Alzheimer (Rinne et al.,1987) e queste strutture influenzino il flusso sanguigno cerebrale locale nella corteccia frontale, parietale e occipitale di ratti anestetizzati (E.Tornese-N.A. Mendes,1997).

Questo discorso avrebbe un correlato psicodinamico nelle osservazioni di Freud che in “L'uomo dei lupi” (...) ha collegato il concetto di *entropia* alla perdita di plasticità psichica o labilità della libido che, più tardi, verrà ripresa come *pulsione di morte*.

Continuando questa analisi delle possibili reazioni allo stress in situazione di *debolezza psichica* prodotta dall'impatto socio-culturale sull'apparato psichico del vecchio, possiamo anche riferirci a Fereczi (...). Questo Autore, facendo riferimento ad un esaurimento della libido oggettuale (dovuta ad “arresto della produzione”), caratteristica di una situazione di debolezza psichica, vede, nella demenza senile, quelle modificazioni psichiche e quelle alterazioni anatomico-funzionali che sono riferibili ad una disorganizzazione Ioica e ad esaurimento del livello libidico (situazione **C** del nostro schema), ben diversi da quanto si osserva per esempio nelle nevrosi climateriche o nei casi di perdita delle capacità funzionali e da quanto (leggi situazione **B** dello schema) ci riferiamo a reazioni di “mentalizzazione” nevrotica e/o psicotica.

Anche Balier (...) affronta il tema della vecchiaia normale e patologica; per lui bisogna cercare nei *rischi del narcisismo* e nella ripartizione della libido tra l'Io e l'oggetto la spiegazione di comportamenti patologici. Per Bailer il narcisismo è amore positivo di se stessi che viene soddisfatto dall'ideale dell'Io. Questo tiene conto anche di un ideale della società in cui si vive: la nostra si fonda nel potere, nel prestigio e nell'efficacia (personali e sociali).

Tali presupposti fanno sì che il vecchio, di fronte ai problemi biologico-funzionali e le imposizioni-regole ineluttabili della società, quando debba affrontare una situazione critica e/o di cambiamento, come per esempio il funzionamento psico-somatico, subisca una *ferita narcisistica* che colpisce l'*ideale dell'Io*.

Nel nostro schema riassuntivo delle reazioni dei vecchi alle problematiche strutturate all'interno di un determinato ambiente socio-culturale, possiamo individuare anche un preciso rapporto con il tema della perdita.

- A-** La normalità, assoluta e/o relativa, dell'apparato psichico permette il contenimento adattivo delle spinte depressive legate alla perdita che, in questa area, è consensuale, significativamente universale, condivisa e, quindi, più vicina alla coscienza del soggetto e si traduce in afflizione.
- B-** Qui la perdita è più individuale, legata agli ideali, più istintiva, profonda e, quindi, aderente ai valori e più marcatamente depressiva.
L'aggressività emerge, nell'eziologia della depressione, come qualità della relazione intersoggettiva che risulta anteriore alla perdita e si interiorizza come reazione alla stessa.
- C-** La perdita, in questa dimensione, assume aspetti catastrofici (Lucioni, 1998), inesorabili ed insuperabili; le forze dell'Io non sono sufficienti a mantenerne la adesione e la continuità. La perdita del narcisismo conduce ad una pauperizzazione affettiva e, come conseguenza, all'aridità, al distacco, all'indifferenza, all'isolamento (inaridimento affettivo) e, finalmente, alla vanificazione delle potenzialità cognitive.

* * * * *

Nella nostra cultura, la vecchiaia è vissuta quasi come una malattia (M. Strjilevich, 1990) e questo modo di pensare è così radicato che è quasi comune sentire frasi come: "...cosa pretende! Con l'età che ha!"; "...deve rassegnarsi a convivere con il dolore (o con una limitazione) perché è giustificato dall'età."; "...se è depressa non c'è nulla da fare perché è un segno della vecchiaia"; ecc. ecc..

Questo modello mentale che rende, in qualche modo, le persone anziane colpevoli di essere diventate vecchie, è sicuramente una delle cause che hanno impedito di considerare il problema in un'ottica più ampia, capace di mettere a fuoco anche le modalità con cui la società interferisce e/o esercita pressioni negative proprio sui vecchi. Non si tratta solamente di emarginare, ma bisogna prendere in considerazione lo scontro tra il modello culturale attuale e quello che è stato il "pane quotidiano" per coloro che, dopo aver vissuto la loro vita attiva e produttiva, sono ora vecchi. Quando ci troviamo di fronte a casi di vecchi con *rallentamento psicomotorio patologico* o a *stati deliranti leggeri* (parafrenia senile) troppo facilmente ci si riferisce a condotte stravaganti caratteristiche dell'età presenile o di un certo grado di arteriosclerosi o, comunque, di patologia cronica irreversibile (che magari porta ad interventi farmacoterapici sbagliati con il pericolo di reazioni iatrogene) senza tenere conto, appunto, delle concomitanti socio-culturali.

In aree povere dei paesi sviluppati, spesso rileviamo casi di "*pseudodemenza*" che presentano le caratteristiche di "*sindrome psico-organica*" (M. Strjilevich), accompagnati da stato confusionale subacuto, deterioramento mentale e

rallentamento psicomotorio e non ci sfiora il dubbio che tutto ciò possa essere una reazione alle condizioni di vita, non solo economica, ma anche psico-sociale. Spesso le caratteristiche politiche e socioeconomiche si sono modificate profondamente ed il “vivere” si è trasformato in “problema complesso”, a tal punto da far peggiorare la “qualità della vita”.

La povertà, la mancanza di lavoro, l'aumento della delinquenza e quindi dell'insicurezza determinano la perdita di prospettive, il rifugiarsi e/o il rinchiudersi nei vissuti del passato, nell'ipervalorizzazione della visione personalistica dei fatti e degli eventi, che diventano un meccanismo adattivo-supportivo.

In termini generali, la qualità della vita degli anziani, con il passare degli anni, si è andata deteriorando anche perché i mezzi di comunicazione diffondono linee guida sui nuovi modelli di condotta (gioventù), sulle modalità di vita familiare (libertà e indipendenza), sulla salute mentale dei cittadini (basta possedere certe cose per essere felici) e sui vantaggi di una vita competitiva ed indirizzata al prevalere e al prevaricare.

I vecchi che non riescono ad affrontare le problematiche sono, per lo più, abbandonati o lasciati in balia di loro stessi, di una società insensibile e impreparata, in una situazione nella quale è “troppo facile” ricorrere al patologico e all'intervento farmacoterapico (psicofarmaci, vasodilatatori, nootropi, ecc.).

La ricerca di F.Bourlière (...) mette a fuoco una “ecologia dell'invecchiamento” contribuendo a dare informazioni ed aiutare a esplorare numerosi miti che interagiscono con gli interventi di aiuto psicogeriatrico, senza tenere conto della storia psico-sociale degli utenti e, specificamente, degli anziani che difficilmente potranno o la vorranno cambiare.

Spesso banali reazioni psico-mentali o risposte adattive sono interpretate come legate a processi degenerativi cronici, così che i “pazienti” anziani vengono facilmente rifiutati dai centri riconosciuti per acuti che li inviano a centri psichiatrici che non li accolgono appunto perché “vecchi”.

La vita dell'anziano è oggi dominata da un senso di insicurezza (economica, sociale, relazionale, medico-terapeutica), dalla solitudine (soprattutto le donne che, al di sopra degli 80 anni, sono quasi tutte vedove), dalla pauperizzazione del ruolo, dalla sradicazione socio-culturale, dai problemi economici, dalle difficoltà a usufruire delle nuove opzioni tecnologico-operative (supermercati, centri di informazione, ecc.) e, nel versante psicodinamico, dalle reazioni che si strutturano come: sensi di colpa, di inadeguatezza, di perdita irreversibile, oltre che di chiusura mentale, auto-isolamento, riduzione dello spazio vitale e psico-mentale, rinuncia, deprivazione sensoriale e degli affetti, egocentrismo. Tutti questi fattori, naturalmente, accompagnano il normale (caratteristico dei vecchi) modificarsi della personalità e delle attitudini psico-sociali e relazionali che, a sua volta, è legato indissolubilmente all'autostima.

Sottolineiamo che il concetto di autostima, legato al “senso di Sé”, si definisce come funzione psichica che risulta dal confronto tradotto dal soggetto nel rapporto con le proprie aspirazioni (Io ideale) e con le sue rappresentazioni (Io attuale) (Benziòn Vinograd, 1997).

La costruzione di margini valorativi del soggetto deriva, quindi, dal confronto sviluppato nella diade *Ideale dell'Io - Io ideale* che equivale alla tensione dinamica tra le aspirazioni valorative del Sé e la ricerca di una propensione e di una completezza, frutto dell'osservazione dell'Oggetto e della sua idealizzazione.

Queste combinazioni , naturalmente, si relazionano anche con l'interagire tra il soggetto ed il mondo intersoggettivo che si sviluppa su diversi piani: la coppia, la famiglia, l'ambito lavorativo e quello sociale. Le dinamiche dell'autostima si traducono, quindi, anche in *problematiche vincolari* che si strutturano nei gruppi di riferimento sopra citati.

Attente osservazioni conducono al terreno dei problemi affettivi e valorativi del soggetto che, vincolati alle dinamiche del narcisismo e della libido, acquistano nella vecchiaia una grande importanza sia per gli aspetti legati ai meccanismi depressivi, sia che per quelli preponderanti delle *psicosi disorganizzative* (Freud) e delle *reazioni dementigene*.

Nell'Alzheimer la perdita della memoria (o delle memorie) aumenta il gradiente di *esperienze sconosciute* che il soggetto deve affrontare ad ogni istante, ma il volume di queste supera le capacità di contenimento e ne consegue che, invece di un "cambiamento mentale" (crescita) si genera una "catastrofe mentale" (Eva Gilberti - analizzando Bion, 1994).

Letta in altra maniera la metafora assume la veste del rapporto tra mente, cervello e cultura. La perdita della cultura (non cultura = esperienze sconosciute) disarticola la mente che, pertanto, non ha più bisogno di un cervello strutturato: la natura interviene a destrutturare l'elemento hard-ware non più necessario, non sostenuto dai bisogni del soft-ware.

In fondo, la demenza può anche essere letta come il frutto di una mente che si articola in un livello di funzionamento più basso, o, meglio, un hard-ware che continua a funzionare, rispondendo ad un soft-ware ormai fuori uso. In questo ordine di idee, i neologismi, per esempio, sono un chiaro messaggio di questo adattamento: la mente cerca di dare un "nome" a qualcosa che percepisce, ma che non capisce.

Riprendendo quanto detto nella pag. 1, se le tracce mnesiche e le rappresentazioni sono il fondamento dell'apparato psichico, che è per questo in continua trasformazione, anche la perdita della memoria (o delle memorie) funziona da elemento capace di "alterare il sistema" che quindi non potrà più funzionare come prima.

In realtà, nella demenza di Alzheimer la perdita della memoria non è così totale da "spegnere tutta la mente"; la memoria più compromessa è quella a breve termine, mentre resta attiva una *memoria semantica* per il riconoscimento empatico degli oggetti. Questa possibilità non è però sufficiente a sostenere l'attenzione (anche gli animali abbandonano rapidamente la fissazione sugli oggetti che non hanno una importante risonanza emotiva) così gli engrammi "scappano" letteralmente dopo aver stabilito un fugace contatto, anche perché questo è sufficiente ad aumentare il livello emotivo (non più contenuto dalle capacità di analisi e di deduzione) in tal maniera che risulta giocoforza fuggire e/o aggredire ("risposta immediata" - vedi R. Lucioni, 1998- sull'intelligenza affettiva).

* * * * *

Nelle nostre osservazioni abbiamo preconizzato, per la malattia di Alzheimer, la formazione di un nucleo mnesico patologico perturbante, reattivo ad uno stress attivato in presenza di una situazione di debolezza psichica determinata dal

declino delle condizioni bio-fisiologiche e dalla situazione psico-mentale condizionata dalle relazioni interpersonali e sociali tipiche di una determinata società (per es. capitalistico-postmoderna), oltre che dalle caratteristiche personali che determinano i tratti personologici e le capacità adattive alla vecchiaia.

L'applicazione di una terapia tendente al recupero delle capacità cognitive, emotive ed affettive, oltre che alla ristrutturazione dell'Io (E.I.T.-terapia di integrazione emotivo-affettiva) ha portato a significativi miglioramenti (Lucioni e Nappi,1998; Lucioni,1998). Questi sono stati individuati nelle aree della funzionalità psico-affettiva e psico-motoria, ma si sono anche osservati recuperi psico-funzionali e comportamentali che hanno portato a far emergere nuovamente ed in forma palese il nucleo conflittivo originario.

A- Caso Danilo: *uomo di ... anni, affetto da malattia di Alzheimer da .. anni. Qualche tempo dopo la psicoterapia E.I.T. che, seguita da precisi interventi farmacologici, ha portato ad importanti miglioramenti, è sorta una psicopatologia particolarmente disturbante: il paziente ha cominciato ad accusare il terapeuta di "intendersela con la propria moglie", non volendo più neppure rivolgergli il saluto (va notato il recupero della memoria dal momento che era attentissimo e riconosceva il sanitario anche da lontano), dichiarando a voce alta che era un "tipo importante, con vari studi e molti pazienti.*

Per i miglioramenti ottenuti Danilo era stato accettato, a titolo sperimentale, in un Centro Diurno per Anziani (non dementi) 3 mattine per settimana. In questo ambito il paziente ha cominciato a rendersi oppositivo, aggressivo e dimostrativo, apostrofando il personale maschile con epiteti del tipo: "...sei un culatone"; "io non sono un omosessuale o un tossico"; ecc.ecc.

In casa sua, il paziente ha cominciato a opporre strenua resistenza alle pratiche dell'igiene intimo, rifiutando di farsi lavare il basso ventre e girovagando nudo parlando, allucinatoriamente, con il fratello che vive lontano.

Gli errori comportamentali hanno portato, nel giro di pochi mesi (circa un anno dopo l'ultima seduta di E.I.T.), al ricovero, dimostrando un vero tracollo, del tutto inaspettato.

L'analisi approfondita del caso ha portato a scoprire un fatto traumatico riferito come vissuto 6-7 mesi prima dell'inizio della malattia: perdita della memoria lavorativa (il paz. non riusciva più a localizzare i pezzi che stava usando per il montaggio di piccoli aggeggi).

Il fatto critico era riferito come conseguente ad una operazione di emorroidi e plastica della regione anale e come reazione angosciosa all'esperienza di perdita del controllo dello sfintere anale. Il paziente pianse per un giorno intero, inconsolabile, sulle spoglie della perduta "onorabilità" e sulla più profonda vergogna, accompagnata da angoscia riferibile a paura verso la castrazione.

B- Caso Maria: *donna di .. anni, affetta da malattia di Alzheimer da .. anni. La storia psicopatologica recente è praticamente sovrapponibile a quella del caso A, I miglioramenti ottenuti con la psicoterapia hanno portato a recuperare molte aree mnesiche ed inoltre a riportare sogni fatti durante la notte (raccontati anche dopo molte ore con commenti e dovizie di dettagli). Uno di questi sogni si riferiva ad un fatto realmente accaduto: la paziente aveva scoperto la cognata che, colta improvvisamente da ictus, rantolava stesa sul pavimento del bagno.*

Questa immagine aveva tanto colpito la paziente che nell' rievocazione della sua immagine viene riferita come esperienza terribilmente angosciata dal momento che "...non sapevo proprio cosa fare!".

- C- Caso Delia:** *donna di .. anni, la cui patologia Alzheimer viene fatta risalire a tre anni prima. Dopo il miglioramento appare un delirio riferito all'adozione di una "bambina di 6 anni" che poteva essere riferito ad una situazione frustrante per non aver potuto avere figli che ha portato, a partire dal climaterio, ad una progressiva perdita di interessi, di spinta vitale, con qualche segno di disorientamento e di perdita della capacità cognitive. In questo caso è chiaro il legame tra i sintomi attuali e la problematica conflittiva subita nel passato, riguardante la delusione per "non poter essere madre" cui ha fatto seguito un appiattimento dipendente sulla figura del marito. Oggi la signora ha recuperato i suoi desideri infranti attraverso un'aspettativa ossessivo-delirante di adottare una bambina di 6 anni (ad onta dei sintomi di perdita delle capacità cognitive).*

COMMENTO E CONCLUSIONI

Jaime Marcos Latenbery (1994) in un importante lavoro esplicativo, riporta come secondo Bion, quando ci sia una armonia tra l'individuo e l'ambiente, si danno le condizioni perché si formi un circuito che va dall'indifferenziazione alla differenziazione; Io - Es - Super Io e mondo esterno stabiliscono le condizioni per una collaborazione creatrice che mantiene vivo il processo di identificazione (identificazione terziaria) che apre all'infinito. In questo caso la repressione e la colpa sono al servizio della creazione.

Quando non si stabilisce un'armonia, il risultato è una violenza con elementi disgreganti ed anche processi di difesa che conducono a perdite funzionali dell'Io. In questa circostanza la realtà sociale risulta "sinistra", non familiare e la confusione tra l'Io e gli oggetti destrutturanti trascinano alla disgregazione di tutto l'apparato psichico.

Bion introduce anche il dualismo *verità e falsità* che paralizza la crescita psichica e/o distrugge la mente; un ammasso di informazioni non-elaborabili, cioè a-semantiche, vissute e non comprese, suscitano curiosità, ma paralizzano la crescita e destrutturano a mente.

La violenza crea situazioni destabilizzanti che influiscono negativamente sia sulla trama sociale che su quella mentale di ogni individuo che vive un senso di "terrore" e l'Io attua difese che distruggono la mente.

Questo studio sulla perdita della memoria nella malattia di Alzheimer ci ha portati a scoprire molti aspetti funzionali fisiologici e patologici che, con gli interrogativi che hanno stimolato, aprono grandi spazi alla ricerca.

La demenza di Alzheimer si è dimostrata una sindrome estremamente variabile poiché sono stati dimostrati meccanismi psicodinamici tanto importanti come quelli biologici che interessano fattori neurodegenerativi (più o meno cronici) ed altri plastici e riparativi.

Particolare interesse investe il fenomeno messo in luce che riguarda i fattori socio-culturali predisponenti una labilità psico-mentale e lo scatenamento del processo dementigeno.

Legato a quest'ultimo, di grande importanza è la scoperta di un nucleo mnesico perturbante che sembra agire da poderosa con-causa nel determinismo di una malattia nella quale il paziente, nel suo sforzo di annullare un ricordo, distrugge il suo sistema mnesico e poi anche quello psico-mentale, affettivo e cognitivo.

Queste osservazioni aprono grandi campi di ricerca sia per quanto riguarda la prevenzione (creare modelli di vita più validi), che per una possibile terapia.

Le esperienze fatte con l' E.I.T. ("terapia di integrazione emotivo-affettiva") fanno ben sperare di poter ottenere una terapia che, combinata con gli interventi farmacologici, possa portare a rendere ancora più favorevoli i risultati che, pur non raggiungendo la guarigione, migliorano le relazioni interpersonali, il comportamento e la partecipazione.

Un altro campo di applicazione, che già si sta sperimentando, è rappresentato dai centri diurni per dementi, nei quali l'osservazione costante e l'applicazione oculata della terapia può portare ad un recupero di tipo sociale che abbisogna di interventi specialistici ed anche di un volontariato che accetti nuovi impegni, ma propone una nuova impostazione mentale contro "il male", contro quella "epidemia silente" che è chiamata "demenza".