



LUMSA
UNIVERSITÀ



Master Universitario di secondo livello in
“NEUROPSICOLOGIA CLINICA”
ANNO ACCADEMICO 2021/2022

“Disturbo Soggettivo di Memoria: un caso clinico”



Candidata: Dott.ssa Viola Frasca
Matricola: 40306



*«DIMENTICATE GLI AUTORI ... PERCHÉ SE
AVRETE IN TESTA TUTTE LE BELLE TEORIE E IN
MANO TUTTE LE LORO BELLE TECNICHE, NON
ASCOLTERETE PIÙ LA PERSONA, MA LA
INCASELLERETE IN QUALCHE PUNTO DELLA
TEORIA»*

[CHARLES DEVONSHIRE]

INDICE

INTRODUZIONE.....	5
CAPITOLO 1: L'INVECCHIAMENTO CEREBRALE: SANO O PATOLOGICO?	
1.1 La relazione Mente – Corpo – Cervello.....	6
1.2 Approccio biopsicosociale.....	9
1.3 Disturbo Soggettivo di Memoria – Deficit Cognitivo pre-lieve.....	11
CAPITOLO 2: PRESENTAZIONE DEL CASO CLINICO	
2.1 Primo contatto.....	15
2.2 Malattie neurodegenerative e caregiver burden.....	17
2.3 Valutazione neuropsicologica.....	19
2.4 Restituzione e diagnosi.....	22
CAPITOLO 3: RI-ATTIVAZIONE COGNITIVA ED EMOTIVA	
3.1 La ri-attivazione cognitiva.....	24
3.2 Supporto psicoterapeutico.....	26
3.3 Re-test.....	28
CONCLUSIONI.....	30
BIBLIOGRAFIA.....	31

INTRODUZIONE

Ansia, depressione e demenza, apparentemente slegate tra di loro, costituiscono sindromi molto frequenti nella popolazione. A volte questi disturbi coesistono, per esempio possiamo trovare dei casi in cui la depressione anticipa la demenza (pseudodepressione da demenza), altri in cui sopraggiunge con la consapevolezza della malattia (depressione secondaria alla demenza) e, altri casi, in cui la depressione causa dei sintomi simili alla demenza ma reversibili (pseudodemenza da depressione).

Rispetto all'associazione tra sintomi depressivi e cognitivi, sono state ipotizzate quattro diverse spiegazioni possibili (Bennet S. & Thomas A. J., 2014):

- 1) potrebbero esistere fattori di rischio comuni che influenzerebbero lo sviluppo sia di demenza che di depressione;
- 2) la presenza di depressione, anche in età giovanile, potrebbe essere una concausa della demenza;
- 3) la depressione potrebbe essere una reazione psicologica normale ma precoce rispetto al declino cognitivo;
- 4) la depressione potrebbe rappresentare un sintomo di demenza ancora sottosoglia.

Nel presente lavoro sarà trattato un caso clinico che si pone nei limiti tra demenza e stato ansioso-depressivo, ossia un caso di Disturbo Soggettivo di Memoria.

Si tratta di due entità cliniche in perenne controversia, difese da alcuni autori e criticate da altri, in quanto si pongono nella frontiera diagnostica tra il cognitivo e l'affettivo, tra la neurologia e la psicologia, a cavallo tra disordini cognitivi che riflettono la sede anatomica sottostante la patologia, da una parte e gli aspetti emotivi e comportamentali ad essi associati o ad essi conseguenti, dall'altra.

Come sopra esposto, diverse ipotesi sono state chiamate in causa per spiegare i meccanismi con i quali, in generale, la depressione possa alterare il normale funzionamento delle capacità cognitive. Tuttavia i due disturbi, che secondo i criteri del NIA-AA (National Institute on Aging – Alzheimer's Association) si pongono lungo un continuum tra la fase preclinica e prodromica della malattia di Alzheimer, sembrano essere associati ad un aumentato rischio di sviluppare la Malattia di Alzheimer (Dubois B. et al., 2016).

Le raccomandazioni consigliate per la gestione delle persone con Disturbo Soggettivo di Memoria consistono prevalentemente in un regolare monitoraggio negli anni che preveda delle valutazioni neuropsicologiche al fine di escludere che i cambiamenti percepiti evolvano in MCI (Mild Cognitive Impairment, deficit



cognitivo lieve, in cui il deficit cognitivo si palesa in fase di valutazione ma non è ancora tanto grave da compromettere le autonomie funzionali di vita quotidiana).

Tuttavia, tanto quanto è necessaria la rilevazione della possibilità che i sintomi celino una condizione preclinica di malattia, non va trascurata la frequente reazione di stress psicologico ed emotivo provato da queste persone. Percepire un cambiamento nelle proprie prestazioni cognitive può elicitare reazioni e sentimenti di rabbia e paura. È, pertanto, dovere etico dei professionisti della cura dare una spiegazione e una risposta al cambiamento percepito dalla persona. Dietro alla diagnosi di Disturbo Soggettivo di Memoria si nasconde, infatti, una persona con un disagio che deve essere accolto e accompagnato, non semplicemente monitorato nel tempo o rassicurato con uno “Stia sereno, lei non ha nulla di cui preoccuparsi”.

Emerge, quindi, come centrale la presa in carico nella totalità del problema e dell’essere umano che possa supportare e accompagnare il disagio psichico conseguente alla percezione di un cambiamento nel proprio funzionamento cognitivo e alla condizione di rischio di sviluppare una demenza.

CAPITOLO 1 **L' INVECCHIAMENTO CEREBRALE: SANO O PATOLOGICO?**

1.1 LA RELAZIONE MENTE-CORPO-CERVELLO

La neuropsicologia ha l'obiettivo di studiare i processi cognitivi e comportamentali, correlandoli ai meccanismi anatomico-funzionali che ne sottendono il funzionamento (Denes G. & Pizzamiglio L.,1996). Afferisce al settore delle neuroscienze ed è eminentemente interdisciplinare: al suo sviluppo concorrono le conoscenze della psicologia cognitivista, della neurologia, della neurofisiologia, della neuroanatomia e dell'intelligenza artificiale.

Le Neuroscienze, infatti, ci consentono di studiare il nostro sistema nervoso centrale in maniera scientifica, ossia oggettiva, affidabile, verificabile e condivisibile. Le neuroscienze sono la terra battuta sulla quale la psicologia può elaborare, verificare ipotesi e sviluppare tecniche terapeutiche, trovandone correlati organici che ne certifichino l'attendibilità.

Condividendo l'improponibilità di una qualsiasi modalità di studio del cervello umano che lo consideri alla stregua di un'entità separata dal contesto ambientale, dalla realtà storica e dal background culturale, un approccio che possa essere definito complesso appare l'unico in grado di indirizzare l'interesse verso una comprensione globale dei sistemi, della loro organizzazione e dei rapporti di causalità circolare, piuttosto che lineari, che tra essi si instaurano. Approccio che presuppone, dunque, l'esistenza tra i diversi esseri viventi e il loro ambiente di una complessa rete di interazione, descrivibile attraverso reazioni di tipo circolare nell'ambito delle quali ogni elemento del sistema costituisce al tempo stesso, causa ed effetto dei processi dinamici.

Le caratteristiche principali che definiscono un sistema complesso possono essere così sintetizzate (Scrimali et al., 2007):

1. i sistemi complessi comprendono un grande numero di elementi;
2. gli elementi devono poter interagire comportando un trasferimento di informazione;
3. ciascun elemento influenza un certo numero di altri elementi del sistema;
4. le interazioni sono non-lineari;
5. esistono dei circuiti ricorsivi in ciascun elemento;

6. i sistemi complessi sono sistemi aperti, in quanto scambiano con l'esterno materia, energia e informazione ed è grazie a questo flusso costante che riescono a mantenere invariato il loro livello di efficienza;
7. i sistemi complessi operano in condizioni lontane dall'equilibrio, autorganizzandosi;
8. i sistemi complessi hanno una loro storia, per cui evolvono in maniera irreversibile nel tempo e le loro condizioni del passato sono responsabili di quelle del presente.

Il sistema nervoso può essere considerato un sistema complesso poiché possiede le caratteristiche appena elencate. Il cervello umano costituisce il sistema complesso più evoluto, i suoi pattern di funzionamento scaturiscono dai processi che animano un'assemblea di miliardi di unità funzionali, ognuna delle quali può assumere migliaia di configurazioni di pattern di comunicazione mediante molteplici strutture dendritiche. Il cervello può essere definito, pertanto, un sistema biologico estremamente articolato e dinamico in quanto particolarmente lontano dall'equilibrio che si organizza in molteplici unità funzionali dotate di meccanismi di controllo decentrato. È composto da numerosissimi elementi (circa cento miliardi di neuroni) che sono in grado di comunicare tra di loro. Inoltre è irreversibile (non torna mai alle condizioni precedenti), autopoietico (si auto-costruisce e si auto-organizza continuamente) ed evolutivo.

Partendo dalle teorie della complessità si sviluppa un nuovo orientamento nelle neuroscienze contemporanee. Questa visione ha permesso, infatti, una linea di sviluppo abbastanza univoca e una convergenza con le neuroscienze nel superamento di un approccio riduzionista della dicotomia mente-cervello. La questione della relazione tra mente e cervello si presenta, fin dalle origini della cultura occidentale, come centrale nell'analisi del soggetto umano. Da un punto di vista lessicale i termini cervello e mente sono considerati quasi sinonimi. Eppure, se il significato del primo è immediatamente individuabile nell'organo fisico posto nella cavità cranica, la parola mente manca di un correlato oggettivo univoco e si riferisce all'insieme delle attività cognitive di ogni essere vivente che sia dotato di coscienza, pensiero, linguaggio.

A rendere complessa la definizione della mente ha contribuito per millenni la parziale sovrapposizione di questa con il concetto di anima, intesa come entità immortale ed esclusiva dell'individuo umano. Solo in epoca moderna, e nel contesto della ricerca scientifica, la concezione del mentale si è svincolata da una visione animistica e la ricerca sulle facoltà del pensiero umano si è sviluppata in una sostanziale continuità con quella sul mondo biologico. Le riflessioni sulle conquiste della genetica e della biologia evoluzionistica sollecitano a cercare

soluzioni che integrino la mente nei processi naturali, accogliendo il rapporto tra cultura e natura.

A tal proposito Eric Kandel, premio Nobel per la medicina, pone come “primo principio” delle neuroscienze quello secondo cui “tutti i processi mentali derivano da operazioni del cervello”. Questo principio ha un forte sostegno empirico. Lesioni del cervello infatti producono “alterazioni del comportamento, e specifiche alterazioni del cervello si riflettono in cambiamenti nel funzionamento mentale”.

Secondo l’approccio complesso la mente umana scaturisce dall’evoluzione filogenetica e ontogenetica del cervello. Se il cervello non è altro che un sistema, la mente, come teorizzato da Guidano e Liotti (1983), è una coalizione di processi che emergono progressivamente nel corso del ciclo di vita, dall’evoluzione continua del cervello stesso. È possibile, dunque, affermare che mente e cervello evolvono insieme e si influenzano reciprocamente. Non è possibile studiare il cervello umano scindendolo dalla mente e dal contesto socio-culturale in cui è inserito.

Dunque, ogni percezione, ogni pensiero, ogni emozione, ogni espressione della nostra vita psicologica ha origine nel cervello e da una serie infinita di connessioni e impulsi elettrochimici. Allo stesso modo tutto ciò che ci accade, mediando l’attività del nostro cervello, lascerà una sua traccia organica che avrà effetti sulle nostre cognizioni e sui nostri comportamenti. Circuiti cerebrali ed esperienze psicologiche non sono cose distinte ma due modi diversi di descrivere la medesima cosa. Attaccamento, apprendimento e sviluppo sono aspetti della stessa realtà: i geni, l’ambiente, la selezione e l’istruzione contribuiscono alla strutturazione del cervello e alla formazione del Sé che emerge dal prodotto delle connessioni sinaptiche.

1.2 APPROCCIO BIOPSIICOSOCIALE

L'introduzione del modello biopsicosociale, risale al 1946, quando l'Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS) scelse una nuova definizione di salute, più ampia e completa rispetto alla mera assenza di malattie, come veniva considerata fino a quel momento. Secondo questa nuova prospettiva, la salute: "è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto assenza di malattia o infermità." Anche se Roy R. Grinker già nel 1964 ha usato il termine "biopsicosociale" (Grinker R., 1964), ci sono voluti circa trent'anni affinché il mondo psichiatrico, grazie all'intervento di George Libman Engel del Medical Center della Rochester University (NY) nel 1977, si accorgesse di questa breve citazione della costituzione dell'OMS e la accettasse definitivamente come un paradigma di riferimento nell'approccio alla persona (Engel G. L., 1977). Qualche anno dopo, lo stesso Engel ha ribadito la necessità di introdurre il modello "biopsicosociale" nell'ambito clinico, considerandolo come maggiormente adatto alla psichiatria contemporanea (Engel G. L., 1980).

Negli anni a seguire il modello biopsicosociale ha acquisito sempre più importanza sia negli interventi nell'area della salute fisica e mentale sia nell'ambito sociale-educativo. Sin dalla sua comparsa tale modello è stato ampiamente accettato dalle scienze mediche, dalla psicologia e dalle scienze dell'educazione.

Il modello biopsicosociale impiega sistematicamente i fattori biologici, psicologici e sociali, incluse le loro interazioni, nella comprensione della salute psicofisica e nella scelta dell'intervento terapeutico. Le più recenti normative e le guide internazionali prevedono lo sviluppo di approcci integrati nelle situazioni complesse, sia per garantire la qualità degli interventi, sia per mirare alla loro efficienza operativa. Inoltre, diversi professionisti della salute, considerano il modello biopsicosociale come una guida nell'approccio terapeutico.

Ad esempio, Gatchel afferma che ogni intervento "che si concentra solo su uno di questi insiemi di fattori fondamentali sarà incompleto" (Gatchel R. J., 2004). Di conseguenza, il modello biopsicosociale, focalizzando l'attenzione sull'approccio unitario e globale della persona, è una piattaforma favorevole all'approccio interdisciplinare tra le varie professioni, quali i medici, gli psicologi, i professionisti sociali e gli educatori. La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha promosso questo modello all'interno della ricerca d'interventi sanitari e socioassistenziali complessi. L'esempio più significativo riguarda l'impiego del modello nella classificazione internazionale del funzionamento, della



disabilità e della salute, per strutturare le linee guida cliniche sia per gli adulti sia per bambini ed adolescenti (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2001; 2007).

Ecco come le concezioni del cervello e del suo rapporto con la mente, esposte fin ora, acquisiscono un significato diverso sul modo di intendere il concetto di “malattia”, lasciando spazio ad una visione sistemica, processuale e complessa del concetto di disagio.

Il modello biopsicosociale, infatti, prende in considerazione molteplici fattori: biologici, genetici, ambientali, sociali, culturali. È sulla base di questi fattori che il disturbo neuropsicologico acquisisce una connotazione differente: le modalità di trattamento tradizionali appaiono inadeguate, al contrario è più adatto un modello che fornisca risposte idonee ai bisogni complessi dei pazienti con disturbi neurologici e/o psicologici, spostando l'accento dal concetto di assistenza al concetto di qualità di vita.

È secondo il modello biopsicosociale che è stato trattato il caso clinico discusso nel presente lavoro. Grazie a questo modello, in un'ottica multidimensionale, è stato possibile analizzare sia gli aspetti cognitivi che quelli emotivo-comportamentali, caratterizzanti la condizione trattata.

1.3 DISTURBO SOGGETTIVO DI MEMORIA: DEFICIT COGNITIVO PRE-LIEVE

Uno dei sintomi più frequenti per il quale le persone richiedono una visita specialistica è relativo ai deficit mnesici, la cosiddetta “difficoltà a ricordare le cose”, percepiti come fastidiosi o preoccupanti a tal punto da poter interferire con le attività quotidiane. Poiché il disturbo di memoria è il primo requisito necessario per poter porre la diagnosi di alcune forme di demenza, queste problematiche spesso inducono il timore dei primi sintomi di una malattia neurodegenerativa (gran parte dei pazienti affetti da malattia di Alzheimer giunge, infatti, alla prima consultazione proprio in seguito al manifestarsi di disturbi della memoria nella vita quotidiana) o di altra patologia neurologica.

Per comprenderne meglio tali disturbi è necessaria una premessa sulla definizione e sul meccanismo fisiologico della memoria.

La memoria è un sistema multicomponenziale che ci consente di apprendere dal passato, di capire il presente e di pianificare il futuro. Essa ha un impatto su molteplici abilità cognitive quali l'attenzione, il linguaggio, la programmazione motoria.

La memoria implica la creazione, la stabilizzazione, la persistenza e il recupero delle tracce lasciate dall'esperienza nei circuiti neurali. Questi processi sono denominati, rispettivamente:

- *codifica* o acquisizione delle informazioni che coinvolge anche i sistemi attentivi;
- *consolidamento* o immagazzinamento che coinvolge le aree temporali e l'ippocampo, per cui un danno in queste aree non consente l'acquisizione di nuove informazioni, ma ciò non implica la perdita di quelle già acquisite;
- *richiamo* o recupero che coinvolge le aree temporali e le prefrontali.

La memoria non è dunque un fenomeno unitario. A partire dalla metà del secolo scorso, la letteratura neuropsicologica ha documentato sempre più chiaramente la multicomponenzialità dei sistemi di memoria. Le funzioni mnesiche derivano da differenti componenti, ciascuna con specificità psicologiche proprie e correlati anatomico-funzionali specifici.

Si distinguono, pertanto, diverse forme di memoria. Una classica distinzione all'interno della memoria è quella tra memoria a breve termine (MBT) e memoria a lungo termine (MLT). La MBT si riferisce alla capacità di ricordare, in maniera corretta, informazioni appena presentate. Essa si distingue in memoria a breve termine verbale e memoria a breve termine non verbale o visuo-spaziale. La

distinzione di queste due forme di memoria è stata evidenziata dal modello di Baddeley, nel quale la memoria a breve termine viene ridefinita come memoria di lavoro, costituita da un sistema attenzionale (esecutivo centrale) che supervisiona e coordina il ciclo articolatorio o fonologico ed è responsabile dell'elaborazione dell'informazione linguistica e il taccuino visuo-spaziale che elabora il materiale non verbale. Il ciclo fonologico e il ripasso articolatorio, coordinati dall'esecutivo centrale, sono importantissimi in quanto è proprio attraverso il processo di reiterazione che la traccia mnestica viene mantenuta nel magazzino fonologico. Inoltre, attraverso il ripasso articolatorio è possibile tradurre materiale verbale scritto in un codice fonologico che viene poi inviato al magazzino fonologico, mentre il materiale uditivo avrebbe accesso diretto al magazzino fonologico.

La MLT permette il recupero di informazioni immagazzinate da molto tempo e comprende:

- *la memoria implicita* o non dichiarativa che si riferisce a quelle conoscenze cui non si ha accesso consapevole e a sua volta è costituita dalla memoria procedurale (abilità percettive e motorie che il soggetto mette in atto automaticamente, ad esempio scrivere o guidare la macchina), il priming (facilitazione implicita dovuta ad una precedente esposizione ad uno stimolo) e i comportamenti derivanti dal condizionamento. È importante sottolineare che la memoria procedurale non è soltanto un ricordo di abilità motorie, poiché altre forme di ricordo, non correlate alle abilità motorie, vengono spesso fatte rientrare nella categoria della memoria procedurale. Ad esempio, la risoluzione di problemi spesso richiede l'intervento di una forma di memoria che permette di recuperare «modi di procedere» e «sequenze di azioni» dei quali la persona non è consapevole. In altri termini, laddove vi è una qualche manifestazione di «apprendimento senza ricordo» di «come si fa una cosa» si parla di memoria procedurale.
- *la memoria esplicita* o dichiarativa che si riferisce a quelle informazioni di cui siamo coscienti e che possiamo esplicitare in qualsiasi momento. Essa, a sua volta, si distingue in MLT esplicita episodica e MLT esplicita semantica (Tulving E., 1972; 1983; 1985). La memoria semantica si riferisce a conoscenze condivise, acquisite nel corso della vita e svincolate da aspetti situazionali, come le conoscenze generali del mondo, imparate a scuola o apprese attraverso i mezzi di comunicazione (ad esempio, qual è la capitale d'Italia, come si chiama il presidente dell'America) ed include la conoscenza del significato delle parole, degli oggetti e di altri stimoli percepiti attraverso i sensi, ma anche l'insieme dei fatti accaduti nel

mondo e le informazioni associate. La memoria semantica concerne informazioni concrete e trascende dalle condizioni in cui la traccia è stata formata, è sganciata dal contesto dell'originale episodio d'apprendimento. La memoria episodica, invece, si riferisce a fatti personali collocati in un dato evento e in uno specifico spazio, per questo è anche definita memoria biografica.

La distinzione tra un sistema di memoria dichiarativa e uno di memoria procedurale trova oggi conferma nei risultati che provengono dalle Neuroscienze. Un'ampia letteratura neuropsicologica ha documentato la distinzione tra memoria dichiarativa e memoria non-dichiarativa, le quali sembrano dipendere da sistemi neuronali anatomicamente distinti: strutture medio-temporali e diencefaliche la prima, gangli della base e cervelletto la seconda.

Il disturbo di memoria è un disturbo presente in molti tipi di patologie (traumatiche, infettive, tossiche, vascolari, degenerative, metaboliche) e consiste in una riduzione più o meno grave della capacità di apprendere e ricordare informazioni ed avvenimenti immagazzinati in precedenza. È, dunque, importante identificare le cause dei disturbi di memoria, differenziandoli dai semplici disturbi secondari a scarsa concentrazione, che si verificano, ad esempio, in seguito ad affaticamento, mancanza di sonno, cefalea frequente o nelle sindromi ansioso-depressive, dove i disturbi cognitivi sono spesso sovrastimati e attribuiti alla insorgenza di una patologia neurologica degenerativa.

Un disturbo della memoria è, infatti, di frequente riscontro nelle persone soggette a disturbi dell'umore e a stati d'ansia. Lo stato di ansia associato alla propria salute può enfatizzare difficoltà di memoria e concentrazione che, alimentate dal senso di impotenza rispetto alle difficoltà cognitive percepite come gravose e patologiche, può configurarsi come Disturbo Soggettivo di Memoria.

Il Disturbo Soggettivo di Memoria è un'entità non ben delimitata. I nuovi criteri diagnostici di demenza, sia quelli promossi dall'International Working Group (IWG) sia quelli definiti dal National Institute of Aging (NIA), prevedono un nuovo modello che inizia con una fase preclinica (periodo asintomatico), prosegue con una fase prodromica (fase sintomatica che comporta deficit della memoria con notevole sofferenza per chi ne è affetto, ma senza reale impedimento nelle attività quotidiane della vita e che corrisponde al Disturbo Cognitivo Lieve: Mild Cognitive Impairment/MCI o disturbo neurocognitivo lieve secondo il DSM 5), per poter poi evolvere in una fase franca di demenza (i sintomi sono sufficientemente gravi da compromettere le autonomie funzionali). Tra la fase preclinica e quella prodromica è stata inclusa la condizione del disturbo soggettivo cognitivo. Il concetto di *Subjective Cognitive Disorder* (SCD) è stato introdotto per

meglio definire e per differenziare questa fase di transizione tra l'invecchiamento normale e quadri patologici (Petersen R. C. et. al., 1999).

Il disturbo soggettivo di memoria è caratterizzato dalla presenza di lamentele circa le proprie capacità di memoria in assenza di deficit cognitivi obiettivi, non rilevabili ai test neuropsicologici. La valutazione neuropsicologica dei soggetti con Disturbo Soggettivo di Memoria mostra, tendenzialmente, un oblio accelerato delle informazioni (accelerated long forgetting). In altre parole, nell'arco di circa trenta minuti le fasi di codifica ed immagazzinamento appaiono normali, mentre la traccia mnemonica viene persa velocemente dopo ore o settimane (Butler C. et al., 2019). Per valutare la rapidità di tale oblio è sufficiente somministrare prove di memoria come la lista delle 15 parole di Rey. Dopo una settimana si valuta nuovamente il richiamo ed il riconoscimento delle 15 parole di Rey: i soggetti con Disturbo Soggettivo di Memoria mostrano punteggi inferiori rispetto alla popolazione normale. Inoltre, sono evidenti disturbi d'ansia e dell'umore quali sintomi comuni in persone che ricevono diagnosi di Disturbo Soggettivo di Memoria.

Le persone che si trovano in questo territorio di mezzo sono meritevoli di particolare attenzione, non solo perché potrebbero beneficiare di un trattamento immediato e diretto, ma anche perché i disturbi riferiti o riscontrati potrebbero rappresentare un indice precoce di malattia neurodegenerativa.

Secondo il Piano Nazionale Demenze, le raccomandazioni per la gestione delle persone con Disturbo Soggettivo di Memoria consistono prevalentemente in un regolare monitoraggio negli anni, prendendo in considerazione la possibilità di affrontare gli aspetti della diagnosi, la prognosi, la pianificazione a lungo termine (Petersen R. C. et al., 2018).

Tanto quanto è necessaria la rilevazione della possibilità che i sintomi celino una condizione preclinica di malattia, non va trascurata la frequente reazione di tensione psicologica ed emotiva provata da queste persone. Emerge, pertanto, come centrale una presa in carico completa di tali individui (medica e psicologica), che possa supportare e accompagnare il disagio conseguente alla percezione di un cambiamento nel proprio funzionamento cognitivo e alla condizione di rischio di sviluppare in futuro una demenza.

CAPITOLO 2

PRESENTAZIONE DEL CASO CLINICO

2.1 PRIMO CONTATTO

La signora [redacted] è una donna di 53 anni, con diploma di scuola superiore. È coniugata e ha 2 figli (un maschio e una femmina). Il primo reale incontro con la signora avviene nel dicembre 2019, nei panni di caregiver della mamma, affetta da Demenza di Alzheimer. [redacted]

[redacted] prestatore servizio in qualità di Psicologo.

In quell'occasione alla signora vengono somministrati dei test atti a valutare il carico di burden percepito, per individuare i caregiver "fragili" e fornire loro un supporto. La valutazione obiettiva delle risorse e dei limiti del nucleo familiare e del grado di carico percepito dai caregiver sembrano avere ripercussioni duplici: interessano, da una parte, la qualità di vita del caregiver stesso e, dall'altra parte, interessano la qualità di vita del paziente, in termini di rischio di istituzionalizzazione e qualità delle cure ricevute.

Poiché il carico assistenziale percepito dal caregiver impatta in modo globale sulla qualità di vita dello stesso, rappresentando uno dei possibili fattori di rischio per lo sviluppo di disordini cognitivi secondari a stati ansioso-depressivi, influenzando indirettamente la qualità di vita del paziente, secondo un modello biopsicosociale incentrato sulla "cura globale" della persona, non possiamo trascurare e non occuparci di chi è chiamato a rivestire il ruolo di caregiver. Le persone affette da Demenza ed i loro familiari hanno trovato nel nostro ambulatorio una serie di risposte che vanno oltre la semplice distribuzione del farmaco.

Date tali premesse e per le motivazioni sopraesposte, il peso assistenziale percepito dalla signora M. C., in qualità di caregiver della mamma, è stato valutato attraverso l'uso di due strumenti:

- *Caregiver Burden Inventory (CBI)* (Novak M. & Guest C., 1989);
- *Zarit Burden Interview (ZBI)* (Zarit S. H., 1983).

La CBI valuta 5 dimensioni dello stress, correlate al burden o carico percepito: il carico o burden oggettivo, psicologico, fisico, sociale ed emotivo. Si compone di 24 affermazioni, che prevedono una risposta secondo una scala Likert a cinque punti, da 0 (per nulla) a 4 (molto), in base al grado di accordo con il

singolo item, suddivise in 5 sezioni, una per ogni aspetto potenzialmente stressante dell'assistenza:

1. il *burden dipendente dal tempo richiesto dall'assistenza* (item 1-5 - indicati con la lettera T), che si riferisce al carico associato alla restrizione di tempo per il caregiver;
2. il *burden evolutivo* (item 6-10 - indicati con la lettera S), ossia la percezione del caregiver di sentirsi tagliato fuori, rispetto alle aspettative e alle opportunità dei propri coetanei;
3. il *burden fisico* (item 11-14 - indicati con la lettera F), che si rifà alla sensazione di fatica cronica e alle problematiche di salute varie lamentate dal caregiver;
4. il *burden sociale* (item 15-19 - indicati con la lettera D), che descrive la percezione di conflitti familiari relativi al ruolo di caregiver;
5. il *burden emotivo* (item 20-24 - indicati con la lettera E), che esprime i sentimenti del caregiver verso il paziente.

La ZBI è composta da 22 item. Si tratta, dunque, di uno strumento breve che ne consente un facile utilizzo anche in autocompilazione. La modalità di risposta prevede, anche in questo caso, una scala Likert a cinque punti, da 0 (mai) a 4 (quasi sempre), in base al grado di accordo con il singolo item. Anche lo scoring può essere realizzato in maniera piuttosto semplice: è sufficiente sommare i punteggi ottenuti ai singoli item, ottenendo un punteggio compreso tra 0 (carico assistenziale nullo) e 88 (carico assistenziale estremamente elevato). Valori inferiori a 20 indicano un carico assistenziale minimo; valori compresi tra 21 e 40 indicano un carico lieve/moderato; valori compresi tra 41 e 60 esprimono un carico da moderato a grave; infine, valori tra 61 e 88 descrivono un grave carico assistenziale. Un punteggio superiore a 26 identifica quei caregivers meritevoli di un approfondimento di indagine ed un eventuale intervento di supporto.

La nostra paziente ha ottenuto punteggi elevati in tutti i 5 domini della CBI e un punteggio totale di 55 alla ZBI.

La richiesta di aiuto da parte della signora M. C., in realtà, è avvenuta a marzo 2021. La stessa, infatti, contatta telefonicamente il nostro ambulatorio e manifesta la necessità di volersi sottoporre a visita neurologica, poiché da circa sei mesi, riferisce severe dimenticanze con tendenza alla ripetitività e perdita del filo del discorso; confusione mentale; insonnia; incapacità di preparare i pasti e provvedere alla cura della casa e della propria persona.

Concordiamo, pertanto, un appuntamento.

2.2 MALATTIE NEURODEGENERATIVE E CAREGIVER BURDEN

La Demenza di Alzheimer (Alzheimer Disease – AD) rappresenta un problema medico-sociale sempre più emergente della salute pubblica. L'approccio più moderno nella gestione della AD è multi-integrato ed il ruolo del familiare e/o del caregiver rappresentano un punto di forza nella reale gestione della patologia. L'esperienza di convivere con un malato di Alzheimer e di assisterlo impegna il caregiver in una difficile battaglia per poter assicurare un'assistenza adeguata, caratterizzata da difficoltà a reperire informazioni, difficoltà economiche, fatica e troppo spesso solitudine.

Numerose evidenze cliniche hanno documentato l'elevato stress a cui è esposto il caregiver del paziente affetto da Malattia di Alzheimer, in particolar modo, l'attività dei caregiver è oggetto di attenzione dagli anni Sessanta. Tale attenzione, inizialmente orientata al riconoscimento dei bisogni di caregiving di soggetti con problemi cognitivi dovuti a malattia psichiatrica e a difficoltà di sviluppo, si è estesa all'osservazione dei bisogni delle famiglie con soggetti affetti da esiti di patologie neurologiche acute (stroke, trauma cranico) e con patologie croniche progressive (Alzheimer, Parkinson, SLA, SM).

In letteratura è stato coniato il concetto di caregiver burden (Mochari-Greenberger H. & Mosca L., 2012; Luchetti L. et al, 2012; Adelman R. D. et al, 2014) al fine di valutare l'impatto del carico assistenziale sul benessere psicofisico e sulla qualità della vita di chi si occupa di persone affette da patologie croniche, con attenzione al sostegno informale, fornito da personale di cura non specializzato, nella fattispecie i familiari.

Sono state date numerose interpretazioni del concetto di caregiver burden e vi è accordo nel definirlo come il peso dell'assistenza percepito dal caregiver. Questo si traduce in un disagio psicologico caratterizzato da ansia, depressione e malessere fisico, in un carico soggettivo che investe gli aspetti sociali ed economici dell'assistenza. Si tratta di un concetto multidimensionale che si ripercuote in modo globale sulla qualità della vita delle persone che assistono un'altra persona; sono state individuate diverse caratteristiche dei caregiver che sembrano influenzare la percezione del carico soggettivo: genere ed età del caregiver, condizioni socio-economiche, presenza e qualità di una rete di supporto sociale, aspettative e strategie di coping adottate per far fronte allo stress. Tutti questi aspetti influiscono sul peso percepito provocandone un aumento (le donne tendono a sperimentare un maggior carico rispetto agli uomini) o, al contrario, una

riduzione (la presenza di una rete di supporto adeguata ed una condizione economica tale da permettere di usufruire di un aiuto formale nell'assistenza).

Le ripercussioni che può avere il grado di carico percepito dai caregiver sono duplici: interessano la qualità di vita del caregiver stesso (la presenza di ansia, depressione e stress elevato può compromettere il funzionamento in aree importanti del vivere quotidiano, come quella lavorativa, relazionale, familiare e può causare la comparsa di sintomi fisici); interessano la qualità di vita delle persone malate, poiché incidono sulla qualità della cura che viene loro fornita (se il caregiver non trova le risorse da investire nell'assistenza corre il rischio di percepire un carico sempre più elevato, fino al punto di non essere più in grado di gestire e sostenere la relazione di cura).

Alcune teorie sui processi di stress affermano che eventi di vita stressanti contribuiscono significativamente a erodere le strategie personali di coping positivo del caregiver o ad aumentare quelle maladattive (coping negativo), producendo esiti negativi sulla salute, con particolare riferimento all'insorgenza della depressione (Lazarus R. S. & Folkman S., 1984; Pearlin L. I. et al., 1981).

Più precisamente, tali teorie suggeriscono che lo stress della vita quotidiana da solo non può spiegare l'intensità dei disturbi psicologici/psichiatrici sviluppati. Al contrario, determinate strategie di coping o particolari fattori comportamentali spiegano la relazione tra lo stress della vita e i disturbi insorti. Il distress sembra influenzato, infatti, non solo dalla situazione oggettiva di malattia (gravità, presenza di disturbi comportamentali) ma anche da specifici fattori personali del caregiver (personalità, coping, locus of control). Un processo di coping che potrebbe essere attivato dallo stress del caregiver è il cosiddetto "coping di evitamento" (Folkman S. et al, 1986). Questo tipo di coping è caratterizzato da tentativi di evitamento o di fuga dallo stress, per evitare di doverlo affrontare. Il coping di evitamento è, a breve termine, un rimedio utile allo stress, ma, poiché gli stimoli negativi non sono del tutto evitabili, gli effetti a lungo termine del coping di evitamento possono, effettivamente, essere dannosi per l'individuo. L'uso del coping evitante è stato più volte associato ad esiti negativi di natura psichiatrica (Penley J. A., 2002). Il caregiving di pazienti affetti dal morbo di Alzheimer è un esempio comune utilizzato per lo studio dello stress, in particolare per lo studio della correlazione tra stress e sintomi depressivi (Gallagher D. et al, 1989; Mahoney R. et al., 2005; Ory G. M. et al., 1999; Williamson G. M. & Schulz R., 1993).

2.3 VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA

Dopo un'attenta raccolta anamnestica, il passo successivo ha previsto la somministrazione di test neuropsicologici al fine di ottenere una valutazione quantitativa del disturbo riferito. La paziente è stata sottoposta ad un'estesa batteria neuropsicologica che prevedeva, in accordo ai criteri per poter porre diagnosi di MCI (Petersen R. C., 2003), la somministrazione di due test per dominio, volti ad esplorare le diverse funzioni del sistema nervoso centrale (orientamento temporale e spaziale, memoria, attenzione, linguaggio, abilità prassiche e visuo-percettive). Le prove somministrate sono le seguenti:

- *MMSE (Mini Mental State Examination; Carpinelli Mazzi M. et al., 2020)*: test di screening che permette una valutazione della funzionalità cognitiva globale.
- *MOCA (Montreal Cognitive Assessment; Santangelo G. et al., 2015)*: test di screening per una valutazione cognitiva globale che contiene prove sensibili alle funzioni frontali.
- *Racconto di Prosa (Novelli et al., 1986) e 15 parole di Rey (Carlesimo C. et al., 2015)*: prove che valutano le abilità mnesiche, a breve e a lungo termine, rispettivamente per materiale verbale strutturato e non strutturato.
- *Clock test (Caffarra P. et al., 2011), Copia di figure*: prove che valutano, rispettivamente, le funzioni prassico-costruttive e visuo spaziali.
- *TMT – A e B (Giovagnoli A. R. et al., 1996)*: test che valuta l'attenzione selettiva, la capacità di ricerca visuo-spaziale e di velocità psicomotoria;
- *Stroop Test (Caffarra P. et al., 2002)*: trattandosi di un compito di selezione non solo dello stimolo ma anche della risposta, valuta l'attenzione selettiva e il controllo inibitorio;
- *FAB (Frontal Assessment Battery; Apollonio I. et al., 2005)*: breve batteria composta da 6 subtest usata per la valutazione delle funzioni correlate ai lobi frontali;
- *FAS (Spinnler H. & Tognoni G., 1987)*: test di fluenza verbale fonemica, permette di valutare la flessibilità cognitiva e la capacità di recuperare dal lessico delle parole selezionandole sulla base di un criterio fonologico;

- *Matrici Progressive di Raven (Carlesimo C. et al., 1996)*: test che permette di valutare le abilità visuo-percettive e la capacità di individuare costrutti astratti inferendoli da stimoli concreti attraverso processi di pensiero;

- *MAC-Q (Memory Assessment Clinics – Questionnaire; Crook T. H., et al, 1992)*: questionario di autovalutazione che permette di valutare eventuali cambiamenti percepiti circa la propria memoria di oggi rispetto al passato (PUNTEGGIO TOTALE 32 – VALORE NORMALE < 25).

È stata, inoltre, effettuata una valutazione ecologica attraverso le scale ADL (Activities of Daily Living) e IADL (Instrumental Activities of Daily Living). Si tratta di due scale che permettono di indagare il grado di autonomia del paziente e individuare quali sono i deficit che il paziente reputa come maggiormente invalidanti. ADL è una scala che valuta le abilità di base della vita quotidiana, come la capacità di fare il bagno, vestirsi, usare la toilette, effettuare gli spostamenti, controllare gli sfinteri e alimentarsi. IADL è una scala che valuta le abilità nella vita quotidiana svolte tramite l'utilizzo di strumenti, ossia la capacità di usare il telefono, fare la spesa, preparare i pasti, curare la casa, fare il bucato, spostarsi fuori di casa, assumere i farmaci e usare il denaro.

La valutazione neuropsicologica mostra punteggi nella norma in tutte le prove somministrate. Tuttavia, in una prova di memoria verbale di parole, sono presenti alcune iperinclusioni nel riconoscimento tra distrattori (allegato B). Emerge, inoltre, una percezione soggettiva di cambiamenti rispetto alla propria memoria (allegato A). Le autonomie di vita quotidiana sono perfettamente conservate.

Allegato A (scheda)

SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE DELLA MEMORIA¹

	MOLTO MEGLIO ORA	UN PO' MEGLIO ORA	PIU' O MENO UGUALE	UN PO' PEGGIO ORA	MOLTO PEGGIO ORA
1. RICORDARE I NOMI DI PERSONE CHE VI SONO APPENA STATE PRESENTATE	1	2	3	4	5
2. RICORDARE I NUMERI DI TELEFONO CHE USATE TUTTI I GIORNI OD ALMENO 1 VOLTA LA SETTIMANA	1	2	3	4	5
3. RICORDARE DOVE AVETE POSTO GLI OGGETTI (OCCHIALI, CHIAVI, ECC.) IN CASA OD IN ALTRO LUOGO	1	2	3	4	5
4. RICORDARE EVENTI PRECISI CHE AVETE APPENA LETTO NEL GIORNALE OD IN RIVISTE	1	2	3	4	5
5. RICORDARE LE COSE DA COMPERARE QUANDO ENTRATE IN UN NEGOZIO O FARMACIA	1	2	3	4	5
6. COMPLESSIVAMENTE LA VOSTRA MEMORIA DI ADESSO RISPETTO A QUELLA DEL PASSATO VI SEMBRA	2	4	6	8	10

(32)

Allegato B (tabella).

16.03.2021

<i>Test neuropsicologici somministrati</i>	<i>P.G.</i>	<i>P.C.</i>	<i>CUT OFF</i>	<i>P.E.</i>	<i>Livello di abilità</i>
MMSE	29	28.99	≥ 24	4	Nella norma
MoCA	26	26	≥ 26	4	Nella norma
Trail Making A	81"	78"	≤ 93	3	Nella norma
Trail Making B	245"	239"	≤ 282	3	Nella norma
Trail Making B-A	164"	161"	≤ 186	3	Nella norma
Stroop Test (tempo)	32"	33.75"	$\leq 36.92"$	3	Nella norma
Stroop Test (errori)	2	2.25	≤ 4.24	3	Nella norma
Racconto di prosa (riev. immediata)	9	9	≤ 6	4	Nella norma
Racconto di prosa (riev. differita)	10	10	≥ 9	4	Nella norma
Parole di Rey (riev. immediata)	34	30.5	≥ 28.53	3	Nella norma
Parole di Rey (riev. differita)	8	7	≥ 4.69	4	Nella norma
Parole di Rey (riconoscimento)	15 corretti 4 falsi		≥ 11 corretti ≤ 2 falsi		Nella norma Deficitario
Parole di Rey (curva di apprendimento)	2-6-8-9-9		Curva ideale: 4-6-8-9-10		
FAB	17	16.2	≥ 13.4	4	Nella norma
FAS	26	21.3	≥ 17.35	3	Nella norma
Matrici colorate di Raven	32	34	≥ 18.96	4	Nella norma
Clock Drawing Test	1	1	≤ 2	3	Nella norma
Copia di Figure	10	9.4	≥ 7.18	3	Nella norma
MAC-Q	32	32	< 25		Deficitario
HDRS	7	7	≤ 7		Nella norma
ADL	6	6	6		Nella norma
IADL	8	8	8		Nella norma

2.4 RESTITUZIONE E DIAGNOSI

Per completezza diagnostica, la paziente ha effettuato RMN encefalo basale che non ha messo in evidenza danni cerebrali degni di nota. L'esame obiettivo neurologico è complessivamente nella norma (eccetto per riflessi arti inferiori iperelicitabili). Ha, inoltre, eseguito emocromo completo con dosaggio degli ormoni tiroidei, vitamina D e B12, dosaggio folati, creatininemia, azotemia. I valori risultano nella norma. ECG nella norma.

Dopo circa sei mesi dalla valutazione sopraesposta, la signora viene nuovamente sottoposta ad una nuova valutazione, con particolare attenzione alle prove di memoria (allegato C). La valutazione neuropsicologica mostra punteggi nella norma in tutte le prove somministrate, con eccezione delle iperinclusioni in una prova di memoria verbale di parole, presenti in maggior numero rispetto alla valutazione precedente. Il richiamo immediato e differito delle Parole di Rey, pur mantenendo punteggi nella norma, mostra una riduzione degli stessi, rispetto alla precedente valutazione.

Sulla scorta delle informazioni raccolte, in fase anamnestica e valutativa, è stato possibile stabilire la presenza di un Disturbo Soggettivo di Memoria. Come precedentemente espresso, tale disturbo, è caratterizzato dalla presenza di lamentele circa le proprie capacità di ricordare le più disparate informazioni, in assenza di deficit cognitivi obiettivi e diversi studi, recentemente, hanno mostrato un'associazione tra questa condizione e un aumentato rischio di sviluppare la Malattia di Alzheimer (Jessen F. et al., 2014).

Comunico e condivido con la paziente l'ipotesi diagnostica cercando di essere quanto più direttiva possibile e adottando un approccio psicoeducazionale, con l'obiettivo di renderla consapevole, anche da un punto di vista prognostico. Mi soffermo a sottolineare che, allo stato attuale, la sfera cognitiva non sembra essere compromessa, ma che risulta strettamente necessario un monitoraggio nel corso degli anni. La signora, dal canto suo, si sente sollevata ma allo stesso tempo titubante, richiedendo una serie di rassicurazioni e informazioni sul disturbo.

Sottolineo, inoltre, come il suo ruolo di caregiver possa verosimilmente influenzare la sua condizione attuale, da un punto di vista psichico, fisico ed emotivo.

Allegato C (tabella)

20.09.2021

<i>Test neuropsicologici somministrati</i>	<i>P.G.</i>	<i>P.C.</i>	<i>CUT OFF</i>	<i>P.E.</i>	<i>Livello di abilità</i>
MMSE	29	28.99	≥ 24	4	Nella norma
Stroop Test (tempo)	35"	36.75"	$\leq 36.92"$	3	Nella norma
Stroop Test (errori)	0	0	≤ 4.24	4	Nella norma
Racconto di prosa (riev. immediata)	9	9	≤ 6	4	Nella norma
Racconto di prosa (riev. differita)	10	10	≥ 9	4	Nella norma
Parole di Rey (riev. immediata)	33	29.5	≥ 28.53	2	Nella norma
Parole di Rey (riev. differita)	6	5	≥ 4.69	3	Nella norma
Parole di Rey (riconoscimento)	15 corretti 6 falsi		≥ 11 corretti ≤ 2 falsi		Nella norma
Parole di Rey (curva di apprendimento)	3-5-7-8-10		Curva ideale: 4-6-8-9-10		
FAB	17	16.2	≥ 13.4	4	Nella norma
FAS	25	20.3	≥ 17.35	3	Nella norma

CAPITOLO 3

RI-ATTIVAZIONE COGNITIVA ED EMOTIVA

3.1 LA RI-ATTIVAZIONE COGNITIVA

Poiché ci troviamo di fronte ad un Disturbo Soggettivo di Memoria, non appare adatta una vera e propria riabilitazione, in quanto le funzioni cognitive della paziente non risultano compromesse. È più utile parlare di attivazione globale della paziente, che le consenta di acquisire maggiore consapevolezza su se stessa e sul proprio problema.

I primi strumenti di cui si serve il clinico per far prendere consapevolezza al paziente del suo disturbo sono l'*informazione* e la *psicoeducazione*. Lo scopo di tali strumenti è presentare e discutere le caratteristiche del disturbo, le probabili manifestazioni, i fattori precipitanti e i fattori di mantenimento; in altre parole, l'intento è quello di fornire una spiegazione ricorrendo ad informazioni attendibili su base scientifica e per prevenire "apprendimenti scorretti".

Spesso, infatti, si acquisiscono delle informazioni errate rispetto a un disturbo e al suo trattamento, attraverso fonti poco attendibili (parenti, amici, internet, etc). Informazioni scorrette possono, in alcuni casi, ingigantire un problema con ansie e preoccupazioni eccessive o, al contrario, sottovalutarne la gravità.

A tal fine, la signora M.C. è stata invitata a partecipare a dei seminari informativi sulle demenze che venivano tenuti periodicamente. È stata, inoltre, invitata a partecipare alla "Settimana Mondiale del Cervello" che prevedeva una spiegazione esaustiva, con termini comprensibili e poco tecnici, rivolta a tutti coloro che volevano approfondire il tema della Demenza e della sua diagnosi differenziale con altri disturbi, per poter imparare a riconoscere i segnali d'allarme e a non sovrastimarne altri.

Dopo questi primi incontri, la paziente sembrava essere meno titubante circa la correttezza della diagnosi formulata e, come da lei stesso riferito, più motivata a lavorare sugli aspetti emotivi, in quanto indipendentemente da una possibile evoluzione del disturbo, ora solo soggettivo, le possano consentire di avere gli strumenti per fronteggiare meglio la situazione.

La peculiarità del disturbo mnesico, percepito dalla signora come invalidante nella vita quotidiana, ha suggerito l'opportunità di valutare l'efficacia di un training di potenziamento delle funzioni cognitive. Sono state proposte delle

attività “carta-matita” al fine di stimolare globalmente le diverse funzioni cognitive e di potenziare l’attenzione sul qui e ora. La paziente si è attenuta scrupolosamente agli esercizi cognitivi da fare, notando lei stessa una minore distraibilità che si è tradotta in una diminuzione dei tempi di esecuzione, oltre a un miglioramento della concentrazione in generale.

Un’altra area su cui è parso molto utile lavorare, è stata quella concernente le capacità di *problem solving*. Con questo termine si intende l’insieme di abilità che costituiscono le funzioni esecutive e rappresenta un mediatore della cognizione sociale. Il training di problem solving è un processo cognitivo autodiretto messo in atto al fine di identificare soluzioni efficaci e adattive da applicare ai problemi quotidiani. La paziente è stata sensibilizzata ad esporre con chiarezza il problema, proporre soluzioni e valutare aspetti negativi e positivi delle soluzioni proposte, eliminare soluzioni non idonee, predisporre i mezzi di attuazione della soluzione scelta e infine verificare i risultati ottenuti.

Il training ha permesso a M.C. di migliorare le proprie capacità di riconoscere e, eventualmente, risolvere i problemi sia pratici che interpersonali e intrapersonali, fino a gestire situazioni di crisi e sofferenza. Tutto ciò ha avuto un impatto positivo anche sull’immagine di sé e sull’autoefficacia.

Infine, sono state predisposte per la paziente, tre sedute dedicate alla Terapia della Rimotivazione: una tecnica cognitivo-comportamentale (Janssen J. A. & Giberson D. L., 1988) che può essere svolta individualmente o in gruppi di 6/8 partecipanti. Le sedute sono settimanali. Lo scopo è riattivare gli interessi nei confronti del mondo esterno, stimolare la socializzazione, discutendo di argomenti relativi all’attualità.

La signora M.C., attraverso la terapia, ha rispolverato vecchie passioni, ha scoperto nuovi interessi e ritrovato la voglia di confrontarsi con gli altri.

3.2 SUPPORTO PSICOTERAPEUTICO

Al fine di gestire e padroneggiare meglio le emozioni, in modo particolare quelle di rabbia che sembrano sopraggiungere di fronte alle piccole dimenticanze e che si manifestano con una sorta di blocco dell'azione, la psicoterapia ha cercato di sviluppare abilità di coping emozionale, ossia una serie di strategie da applicare quando non c'è tempo per analizzare con freddezza una situazione o manca la lucidità necessaria (la paziente riferisce infatti che non appena prende consapevolezza di non ricordare qualcosa viene assalita da un senso di calore e una sorta di "*pressione alle meningi*" che la fanno entrare in uno stato di confusione mentale).

Abbiamo così provato a sviluppare abilità di regolazione emotiva e di tolleranza emotiva. Le prime hanno avuto il fine di ridurre il contatto con le emozioni disfunzionali occupando la memoria e l'esperienza con contenuti positivi, modificando le modalità di risposta immediata e spostando l'attenzione su altri fattori. Le strategie messe in atto a tal fine hanno incluso attività relative al prendersi cura di sé e strategie di distrazione, quali la programmazione di attività che danno piacere.

Le abilità di tolleranza emotiva hanno, invece, l'obiettivo di interrompere i circoli viziosi emotivo-cognitivi agendo sulla componente somatica dell'emozione (utilizzo del corpo come facilitatore attraverso pratiche meditative che permettono di porre l'attenzione al qui e ora) e sulla componente ideativa come le strategie di distanziamento che agiscono sul versante cognitivo.

La signora ha, così, imparato a mettere in atto tecniche di rilassamento e respirazione. Ha, inoltre, imparato a prendere le distanze dai pensieri disfunzionali, ovvero ha imparato ad osservare i pensieri e le emozioni senza agire, restando spettatore, senza cercare di modificarli e senza giudicarli, riconoscendoli per quello che sono. È così che i pensieri disfunzionali hanno iniziato a perdere forza e gradualmente si sono dissolti. Il training ha permesso alla signora di prendere maggiore consapevolezza sui comportamenti disadattivi attuati in risposta alla situazione attivante, i quali, oltre ad aumentare l'intensità dell'emozione stessa, determinavano ulteriori emozioni indesiderate.

La paziente ha, in tal modo, imparato che se non può controllare ciò che arriva nella sua mente può però controllare quello che fa dopo, modificando la relazione con i pensieri maladattivi.

Al fine di migliorare la ricettività verso stimoli gratificanti e incrementare la capacità di provare piacere nello svolgere attività, riempiendo la propria mente

di pensieri positivi, ho chiesto alla paziente di stilare una lista con una serie di attività per lei ritenute gratificanti e che era solita svolgere prima di prendersi cura della mamma. Abbiamo stilato pure una sorta di calendario che definisse quale attività fare, quando, quante volte a settimana, con chi e dove. Grazie al training la paziente ha riscoperto vecchie passioni, sia condivise, come il teatro insieme alle amiche, ma anche svolte da sola, quali la passione per la cucina e la lettura.

In aggiunta, M.C. ha ricominciato ad ascoltare la musica, riferendomi di sperimentare una sorta di sensazione di benessere e rilassamento nell'ascoltarla.

Al fine di migliorare le relazioni interpersonali e potenziare il network sociale, le sono state proposte attività condivise sia con il nucleo familiare (fare dei dolci, fare giardinaggio) sia con le amiche che era solita frequentare.

È stato possibile, così, ridurre la tendenza all'isolamento sociale, promuovendo un'interazione piacevole e vantaggiosa, imparando a condividere le difficoltà e ad ascoltare l'altro, senza relazionarsi solo per cercare rassicurazioni.

Abbiamo cercato, attraverso la tecnica del role-playing, di migliorare le abilità comunicative, affinché la paziente fosse in grado di porre le richieste in modo competente ed esprimere in modo altrettanto competente, sia sentimenti piacevoli che spiacevoli.

3.3 RE-TEST

28.06.2022

<i>Test neuropsicologici somministrati</i>	<i>P.G.</i>	<i>P.C.</i>	<i>CUT OFF</i>	<i>P.E.</i>	<i>Livello di abilità</i>
MMSE	29	28.99	≥ 24	4	Nella norma
MoCA	27	27	≥ 26	4	Nella norma
Trail Making A	69"	69"	≤ 93	4	Nella norma
Trail Making B	221"	215"	≤ 282	3	Nella norma
Trail Making B-A	152"	149"	≤ 186	3	Nella norma
Stroop Test (tempo)	19"	20.75"	$\leq 36.92"$	3	Nella norma
Stroop Test (errori)	0	0	≤ 4.24	4	Nella norma
Racconto di prosa (riev. immediata)	11	11	≤ 6	4	Nella norma
Racconto di prosa (riev. differita)	12	12	≥ 9	4	Nella norma
Parole di Rey (riev. immediata)	38	34.5	≥ 28.53	3	Nella norma
Parole di Rey (riev. differita)	8	7	≥ 4.69	4	Nella norma
Parole di Rey (riconoscimento)	15 corretti 1 falso		≥ 11 corretti ≤ 2 falsi		Nella norma
Parole di Rey (curva di apprendimento)	4-6-9-9-10		Curva ideale: 4-6-8-9-10		
FAB	17	16.2	≥ 13.4	4	Nella norma
FAS	32	27.3	≥ 17.35	3	Nella norma
Matrici colorate di Raven	35	37	≥ 18.96	4	Nella norma
Clock Drawing Test	0	0	≤ 2	4	Nella norma
Copia di Figure	11	10.4	≥ 7.18	3	Nella norma
MAC-Q	24	24	< 25		Nella norma
HDRS	5	5	≤ 7		Nella norma
ADL	6	6	6		Nella norma
IADL	8	8	8		Nella norma

SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE DELLA MEMORIA¹

	MOLTO MEGLIO ORA	UN PO' MEGLIO ORA	PIU' O MENO UGUALE	UN PO' PEGGIO ORA	MOLTO PEGGIO ORA
1. RICORDARE I NOMI DI PERSONE CHE VI SONO APPENA STATE PRESENTATE	1	2	3	4	5
2. RICORDARE I NUMERI DI TELEFONO CHE USATE TUTTI I GIORNI OD ALMENO 1 VOLTA LA SETTIMANA	1	2	3	4	5
3. RICORDARE DOVE AVETE POSTO GLI OGGETTI (OCCHIALI, CHIAVI, ECC.) IN CASA OD IN ALTRO LUOGO	1	2	3	4	5
4. RICORDARE EVENTI PRECISI CHE AVETE APPENA LETTO NEL GIORNALE OD IN RIVISTE	1	2	3	4	5
5. RICORDARE LE COSE DA COMPERARE QUANDO ENTRATE IN UN NEGOZIO O FARMACIA	1	2	3	4	5
6. COMPLESSIVAMENTE LA VOSTRA MEMORIA DI ADESSO RISPETTO A QUELLA DEL PASSATO VI SEMBRA	2	4	6	8	10

(24)

La valutazione neuropsicologica mostra punteggi nella norma in tutte le prove somministrate, con un miglioramento dei punteggi rispetto alle precedenti valutazioni. In particolar modo, il MAC-Q (Memory Assessment Clinics – Questionnaire) ha rilevato una riduzione nella percezione soggettiva del disturbo di memoria. L'intervento attuato sembra aver avuto risultati positivi.

CONCLUSIONI

Negli ultimi anni sono cambiate molte cose nell'ambito dei servizi che si occupano di Demenza e, più in generale, di malattie croniche. In particolar modo, è diventata di fondamentale importanza l'atto del "prendersi cura" dell'altro. Questo richiede attenzione in ogni fase della malattia, soprattutto nelle situazioni che possono essere definite borderline, come nel caso del Disturbo Soggettivo di Memoria. Si tratta di una presa in carico particolarmente complessa, che necessita di cooperazione da parte di tutti coloro che si occupano della cura, per garantire una presa in carico reale dei bisogni della persona, intesa nella sua complessità.

Ad oggi non esistono delle linee guida specifiche rispetto la gestione di persone con diagnosi di Disturbo Soggettivo di Memoria, se non un monitoraggio regolare nel tempo, perché solo il 14% delle persone con Disturbo Soggettivo di Memoria evolve in MCI (Mild Cognitive Impairment) o Malattia di Alzheimer entro 6 anni (Hessen A. et al., 2017). Sovente, infatti, i sintomi sembrano andare in remissione.

Se è vero che la scoperta di un Disturbo Soggettivo di Memoria potrebbe essere associata a sentimenti positivi, in quanto esclude una diagnosi peggiore, qual è quella di demenza, è pur vero che risulta di fondamentale importanza non abbandonare, ma accompagnare le persone che ricevono tale diagnosi, come dimostrato dalla storia di M.C.

La persona va assolutamente accolta, capita ed accompagnata verso un percorso che dovrebbe avere l'obiettivo di favorire l'adattamento alla nuova condizione, così come è percepita. Accompagnare la persona all'adattamento significa rimodulare la distanza tra la realtà e le aspettative, ottenendo come risultato un miglioramento della qualità di vita.

Il nostro caso, inoltre, era ulteriormente aggravato dal ruolo di caregiver ricoperto dalla nostra paziente nei confronti della madre. Come già ampiamente spiegato, prendersi cura di un familiare affetto da malattia cronica, è estremamente complesso e gravoso, sia da un punto di vista fisico che psicologico.

Ecco come l'approccio biopsicosociale ci ha permesso di occuparci non saltano della mamma di M.C., ma anche della sua rete di supporto, da un punto di vista biologico, psicologico, sociale, ambientale.

L'approccio di natura biopsicosociale ci ha permesso di aiutare la signora M.C. sotto tutti i punti di vista, senza trascurare nulla. L'intervento ha promosso una riduzione dei sintomi percepiti e un riferito miglioramento della qualità della vita, attraverso nuovi modi, più funzionali e adattivi, di reagire e di pensare rispetto alle proprie competenze cognitive ed emotive che ha, di conseguenza, avuto un impatto benefico sulla percepita riduzione delle difficoltà cognitive.

BIBLIOGRAFIA

Adelman R. D., Tmanova L. L., Delgado D. et al. (2014). *Caregiver burden: a clinical review*. JAMA. Mar 12;311(10):1052-60;

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Five edition*. Washington. The American Psychiatric Association Press;

Appollonio I., Leone M., Isella V., et al. (2005). *The Frontal Assessment Battery (FAB): normative values in an Italian population sample*. Neurological Sciences, 26, 108-116;

Bennet S., Thomas A.J. (2014). *Depression and dementia: cause, consequence or coincidence?*. Maturitas. Oct; 79(2):184-90;

Butler C., Gilboa A., Miller L. (2019). *Accelerated long-term forgetting*. Cortex. Jan; 110:1-4;

Caffarra P., Vezzadini G., Dieci F., et al. (2002). *Una versione abbreviata del test di Stroop: dati normativi nella popolazione italiana*. Nuova Rivista di Neurologia, 12(4), 111-115.

Caffarra P., Gardini S., Zonato F. et al. (2011). *Italian norms for the Freedman version of the Clock Drawing Test*. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology. Volume 33, pp. 982-988;

Carlesimo G. A., Caltagirone C., Gainotti G. (1996). *The Mental Deterioration Battery: normative data, diagnostic reliability and qualitative analyses of cognitive impairment. The Group for the Standardization of the Mental Deterioration Battery*. Eur Neurol. 36(6):378-84;

Carpinelli Mazzi M., Iavarone A., Russo, G. et al. (2020). *Mini-Mental State Examination: new normative values on subjects in Southern Italy*. Aging Clin Exp Res 32, 699–702;

Crook T. H., Feher E. P., Larrabee G. J. (1992). *Assessment of memory complaint in age-associated memory impairment: the MAC-Q*. Int Psychogeriatr. Fall; 4(2):165-76;

Denes G., & Pizzamiglio L., (1996). *Manuale di Neuropsicologia. Normalità e patologia dei processi cognitivi*. Bologna: ed. Zanichelli;

Dubois B., Hampel H., Feldman H.H., et al. (2016). *Proceedings of the Meeting of the International Working Group (IWG) and the American Alzheimer's Association on "The Preclinical State of AD"*. July 23; Washington DC, USA. Preclinical Alzheimer's disease: Definition, natural history, and diagnostic criteria. *Alzheimers Dement*. Mar;12(3):292-323;

Engel G. L. (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. *Science*. Apr 8;196(4286):129-36;

Engel GL. (1980). *The clinical application of the biopsychosocial model*. *Am J Psychiatry*. May;137(5):535-44;

Folkman S., Lazarus R. S., Rand G. J., DeLongis A. (1986). *Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms*. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 50(3), Mar, 571-579;

Gallagher D., Rose J., Rivera P. et al. (1989). *Prevalence of Depression in Family Caregivers*. *The Gerontologist*, Volume 29, Issue 4, August 1989, Pages 449–456;

Gatchel, R. J. (2004). Comorbidity of Chronic Pain and Mental Health Disorders: The Biopsychosocial Perspective. *American Psychologist*, 59(8), 795–805;

Giovagnoli A. R., Del Pesce M., Mascheroni S., et al. (1996). *Trail making test: normative values from 287 normal adult controls*. *The Italian journal of neurological sciences*, 17, 305-309;

Grinker R. (1964). A Struggle For Eclecticism. *Am J Psychiatry*. Nov; 121:451-7;

Guidano V. & Liotti G., (1983). *Cognitive Processes and Emotional Disorders: A Structural Approach to Psychotherapy*. New York: Guilford Press;

Hessen E., Eckerström M., Nordlund A. et al., (2017), *Subjective cognitive impairment is a predominantly benign condition in memory clinic patients followed for 6 years: The Gothenburg-Oslo MCI study*. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, Jan-Apr 2; 7(1), 1-14;

Jack C.R., Bennett D.A., Blennow K., et al. (2018). NIA-AA Research Framework: Toward a biological definition of Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.* Apr;14(4):535-562;

Janssen J. A. & Giberson D. L. (1988). *Remotivation therapy*. *J. Gerontol Nurs.* Jun;14(6):31-4;

Jessen F., Amariglio R. E., Van Boxtel M. et al. (2014). Subjective Cognitive Decline Initiative (SCD-I) Working Group. A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.* Nov;10(6):844-52;

Kandel E. R., Schwartz J. H., Jessel T. M. et al., (2015). *Principi di Neuroscienze*. Quarta edizione italiana. Rozzano: casa editrice ambrosiana;

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer;

Luchetti L., Porcu N., Dordoni G. et al. (2012). Burden del caregiver di anziani ricoverati in una unità operativa ospedaliera per acuti e ruolo dello psicologo nella gestione del caregiver “fragile”. *Supplemento A, Psicologia*. Vol. 34, N. 1: A34-A40;

Mahoney R., Regan C., Katona C., Livingston G. (2005). *Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease: the LASER-AD study*. *Am J Geriatr Psychiatry*. Sep;13(9):795-801;

Mochari-Greenberger H., Mosca L. (2012). Caregiver Burden and Nonachievement of Healthy Lifestyle Behaviors among Family Caregivers of Cardiovascular Disease Patients. *American Journal of Health Promotion*. 27(2):84-89;

Novak, M. & Guest, C. (1989). Application of a Multidimensional Caregiver Burden Inventory. *Gerontologist*, 29, 798-803;

Novelli G., Papagno C., Capitani E. et al. (1986). Tre test clinici di ricerca e produzione lessicale. Taratura su soggetti normali [Three clinical tests to research and rate the lexical performance of normal subjects]. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 47(4), 477–506;

Organizzazione Mondiale di Sanità [OMS]. (2001). *ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*. Trento: Erickson;

Organizzazione Mondiale di Sanità [OMS]. (2007). *ICF-CY. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Versione per bambini e adolescenti*. Trento: Erickson;

Ory G. M., Hoffman R. R., Yee J. L. et al. (1999). *Prevalence and Impact of Caregiving: A Detailed Comparison Between Dementia and Nondementia Caregivers*. The Gerontologist, Volume 39, Issue 2, April 1999, Pages 177–186;

Pearlin L. I., Lieberman M. A., Menaghan E. G., Mullan J. T. (1981) The stress process. J Health Soc Behav. Dec;22(4):337-56;

Penley J. A., Tomaka J., Wiebe J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. J. Behav. Med. Dec;25(6):551-603;

Petersen R.C., Smith G., Waring S., et al. (1999). *Mild Cognitive Impairment: clinical characterization and outcome, in Archives of Neurology*, Mar; 56(3), 303-308;

Petersen R. C. (2003). *Mild Cognitive Impairment: Aging to Alzheimer's Disease*. Oxford. University Press;

Petersen R. C., Lopez O., Armstrong M. J. Et al. (2018). Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. Jan 16;90(3):126-135;

Santangelo G., Siciliano M., Pedone R. et al. (2015). *Normative data for the Montreal Cognitive Assessment in an Italian population sample*. Neurol Sci 36, 585–591;

Scrimali T., Alaimo M., Grasso F., (2007). Dal sintomo ai processi. L'orientamento costruttivista e complesso in psicodiagnostica. Milano: ed. Franco Angeli;



Spinnler H. & Tognoni, G. (1987). *Standardizzazione e Taratura Italiana di Test Neuropsicologici*. The Italian Journal of Neurological Sciences, 6(8):78-80;

Tulving, E. (1972). Episodic and semantic memory. In E. Tulving & W. Donaldson, *Organization of memory*. Academic Press;

Tulving, E. (1983) *Elements of Episodic Memory*. Oxford. Oxford University Press;

Tulving, E. (1985). Memory and consciousness. *Canadian Psychology/ Psychologie canadienne*. 26(1), 1–12;

Williamson G. M., Schulz R. (1993). *Coping with specific stressors in Alzheimer's disease caregiving*. *Gerontologist*. Dec;33(6):747-55;

Zarit S. H. (1983). *Aging and Mental Disorders*. New York. McMillan.