

FrancoAngeli

Collana diretta da M. Cesa-Bianchi

PSICOLOGIA

Fragilità e affettività nell'anziano

A cura di

*Carlo Cristini, Marcello Cesa-Bianchi,
Alessandro Porro, Carlo Cipolli*

Prefazione di

Vittorio Grassi e Pier Franco Spano



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



Psicologia

La Collana – inaugurata agli inizi degli anni '70 – ha rappresentato uno strumento fondamentale per il rilancio della psicologia italiana, dopo la sua rifondazione successiva alla caduta del Fascismo e al termine della Seconda guerra mondiale. Nel corso degli anni ha poi assolto costantemente ed efficacemente a un duplice compito: tradurre e portare quindi a conoscenza degli studiosi italiani i testi dei più autorevoli autori internazionali, e consentire agli psicologi del nostro paese di pubblicare testi di ricerca, sintesi e aggiornamento.

Giunta a più di 100 volumi, la Collana – per rispondere all'ampiezza delle aree di riferimento e alla specializzazione sempre crescente della psicologia impegnata in molteplici e differenti settori – si articola in cinque sezioni: Trattati, La Psicologia oggi, Readings, Classici, Temi di ricerca.

I volumi della collana sono sottoposti a referaggio.

Direzione: **Marcello Cesa-Bianchi**

Comitato scientifico: Alessandro Antonietti (Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano), Giorgio G. Bellotti (Università dell'Insubria), Antonella Carassa (Università della Svizzera Italiana), Carlo Cipolli (Università degli Studi di Bologna), Carlo Cristini (Università degli Studi di Brescia), Antonella Delle Fave (Università degli Studi di Milano), Paolo Inghilleri (Università degli Studi di Milano), Riccardo Luccio (Università degli Studi di Trieste), Louis Ploton (Université de Lyon-2), Marco Poli (Università degli Studi di Milano), Paolo Renzi (Università di Roma la Sapienza), Italo Simeone (Università di Ginevra e di Losanna), Giuseppe Vallar (Università di Milano-Bicocca).

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Fragilità e affettività nell'anziano

A cura di

*Carlo Cristini, Marcello Cesa-Bianchi,
Alessandro Porro, Carlo Cipolli*

Prefazione di

Vittorio Grassi e Pier Franco Spano

FrancoAngeli

PSICOLOGIA

Il volume è stato realizzato con il contributo del Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali dell'Università degli Studi di Brescia.

Progetto grafico di copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2015 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Gli autori	pag. 7
Prefazione, di <i>Vittorio Grassi e Pier Franco Spano</i>	» 9
Presentazione, di <i>Carlo Cristini, Marcello Cesa-Bianchi, Alessandro Porro e Carlo Cipolli</i>	» 13

Parte prima – Fragilità

1. Anziani tra fragilità e affettività: uno sguardo storico medico, di <i>Alessandro Porro</i>	» 25
2. Determinanti biologiche della fragilità, di <i>Gianbattista Guerrini</i>	» 35
3. Determinanti psicologiche della fragilità, di <i>Carlo Cristini</i>	» 53
4. Vulnerabilità e radicamento, di <i>Giuseppe A. Micheli</i>	» 79
5. La fragilità degli anziani: perdita e apertura al senso della vita, di <i>Paolo Ferliga</i>	» 97
6. Il significato delle attività per la prevenzione della fragilità cognitiva, di <i>Antonio Guaita e Daniele Zaccaria</i>	» 107
7. La fragilità del sonno e della memoria nell'anziano, di <i>Carlo Cipolli e Giovanni Tuozi</i>	» 123

8. Il delirium come marcatore di vulnerabilità nell'anziano,
di *Pamina Baccella* e *Giuseppe Bellelli* pag. 141

Parte seconda – Affettività

9. Emozioni e cervello: aspetti psicobiologici, di *Maurizio Memo* e *Carlo Cristini* » 165
10. La valutazione affettiva nell'anziano, di *Rabih Chattat* » 191
11. Emotività e creatività, di *Marcello Cesa-Bianchi*, *Carlo Cristini* e *Giovanni Cesa-Bianchi* » 207
12. Corporeità e relazione di cura, di *Giovanna Perucci* » 237
13. La sofferenza dei curanti, di *Silvano Corli* » 249
14. Anziani, malattia e famiglia, di *Silvano Corli* e *Giancarlo Tamanza* » 263
15. La depressione dell'anziano: cenni per la comprensione di una condizione complessa, di *Renzo Rozzini* e *Marco Trabucchi* » 277
16. Emozioni e Cognizione nella demenza di Alzheimer: il caso della memoria di lavoro, di *Nicola Mammarella*, *Alberto Di Domenico* e *Beth Fairfield* » 297
17. L'affettività nel demente, di *Renato Bottura* » 313

Gli Autori

Pamina Baccella, Università degli Studi di Milano-Bicocca
Giuseppe Bellelli, Università degli Studi di Milano-Bicocca
Renato Bottura, Fondazione Mazzali, Mantova
Giovanni Cesa-Bianchi, Università degli Studi di Milano
Marcello Cesa-Bianchi, Università degli Studi di Milano
Rabih Chattat, Alma Mater Studiorum. Università di Bologna
Carlo Cipolli, Alma Mater Studiorum. Università di Bologna
Silvano Corli, Università Cattolica del Sacro Cuore, Brescia
Carlo Cristini, Università degli Studi di Brescia
Alberto Di Domenico, Università “G. D’Annunzio”, Chieti-Pescara
Beth Fairfield, Università “G. D’Annunzio”, Chieti-Pescara
Paolo Ferliga, Liceo Classico “Arnaldo”, Brescia
Vittorio Grassi, Università degli Studi di Brescia
Antonio Guaita, Fondazione Golgi-Cenci, Abbiategrasso
Gianbattista Guerrini, Fondazione Brescia Solidale, Brescia
Nicola Mammarella, Università “G. D’Annunzio”, Chieti-Pescara
Maurizio Memo, Università degli Studi di Brescia
Giuseppe A. Micheli, Università degli Studi di Milano-Bicocca
Giovanna Perucci, Psicologa
Alessandro Porro, Università degli Studi di Brescia
Renzo Rozzini, Fondazione Poliambulanza e GRG, Brescia
Pier Franco Spano, Università degli Studi di Brescia
Giancarlo Tamanza, Università Cattolica del Sacro Cuore, Brescia
Marco Trabucchi, Università degli Studi Tor Vergata, Roma e GRG, Brescia
Giovanni Tuozzi, Alma Mater Studiorum. Università di Bologna
Daniele Zaccaria, Fondazione Golgi-Cenci, Abbiategrasso

Prefazione

di *Vittorio Grassi e Pier Franco Spano*

Fragilità e forza costituiscono un ossimoro che trae spesso origine dalla medesima fonte semantica. In altri termini si misura o si evidenzia l'energia, la forza di una persona nei momenti di difficoltà, di vulnerabilità. È paradossalmente la condizione di fragilità a permettere in varie occasioni la scoperta o la riscoperta di risorse e potenzialità che non si riteneva di possedere o che si erano dimenticate, o di cui non si era pienamente consapevoli. E fragilità e forza si riconoscono, si intrecciano agli affetti, al loro formarsi e realizzarsi. Sono le esperienze affettive, a quanto significano od hanno significato, che contribuiscono in modo determinante a strutturare la personalità di un individuo, il suo sentimento di sicurezza o di precarietà, o la prevalenza dell'uno rispetto all'altro.

“*Merses profundo: pulchrior evenit*” sosteneva Quinto Orazio Flacco (*Odi: IV, 4, v. 65*). Non è sempre così, ma è frequente osservare come talune vicende negative consentano il riemergere di una forza interiore, di una capacità di resilienza, fisica ed emotiva che apre a nuovi sviluppi e opportunità. Da anziani è sempre potenzialmente possibile, anche nelle condizioni avverse, ritrovare capacità di recupero, di compensazione, pure per chi è meno fortunato.

Fragilità e forza interagiscono, si alternano, si modellano continuamente nel corso della vita. L'affettività ne rappresenta spesso il sismografo, ma la stessa vulnerabilità può nel contempo costituire il metronomo delle proprie istanze emotive, specialmente quelle più profonde.

Fragilità e affettività sono costantemente in gioco e nell'anziano sembra essere ancora più evidente la loro interazione, la loro espressività. Tuttavia, alcuni sembrano dimostrare una particolare capacità nel sostenere e fronteggiare situazioni che implicano generalmente una forte risonanza emotiva e perdersi rispetto ad altre che di solito appaiono meno

coinvolgenti; altri presentano atteggiamenti di segno opposto. Fragilità e affettività riflettono luci e ombre di una storia e di un destino, avvolgono di mistero le vicende e il senso della vita.

“O gente umana, per volar sù nata, / perché a poco vento così cadì?”, scriveva Dante (*Purgatorio*, XII, 95-96). Vi sono episodi biografici che testimoniano la debolezza, anche insospettata di una persona, ed altri che costituiscono straordinari esempi, pure impreveduti, di determinazione, di resistenza psicofisica. Forse le ragioni che stanno alla base di peculiari atteggiamenti si ricollegano alla relazione fra genetica ed esperienze, biologia ed affetti: temi che sempre più si riconoscono nei moderni studi delle neuroscienze e dell'epigenetica.

Matrici affettive, ereditarietà ed ambiente disegnano il profilo di personalità di un uomo e ne caratterizzano la storia, dall'infanzia alla vecchiaia.

In età senile – più che in altre epoche della vita – sono numerosi i fattori di disadattamento, risultano maggiori i rischi alla salute e all'autonomia, le insidie della fragilità. Sul piano biologico diminuisce il margine di sicurezza; il metabolismo e diverse funzioni dell'organismo rallentano, si modificano; si allungano i tempi di ripristino delle energie fisiche; aumenta la vulnerabilità all'inquinamento ed alle aggressioni dell'ambiente. E tuttavia, molti anziani raggiungono la longevità, superano i cento anni, stanno bene, ricordano, sanno vivere il presente e prospettano i giorni a venire.

La vecchiaia – in ambito psicologico, sociale e culturale – raccoglie le esperienze delle età precedenti, ne interpreta le memorie, è il riflesso di quanto si è appreso, sofferto, amato.

Si conoscono anziani particolarmente provati dalla sofferenza, da tante situazioni sfavorevoli, con problemi di solitudine, emarginazione, invalidità; ci sono vecchi non autosufficienti, non più liberi nei loro movimenti e che devono dipendere da altre persone per soddisfare le proprie esigenze, per realizzare scelte e progetti; esistono anziani non autonomi che hanno smarrito ricordi e identità e richiedono un'assistenza continua per difendere la dignità dei loro sentimenti, dei loro pensieri confusi, del loro diritto a vivere serenamente. Ma quanti sono i vecchi attivi, creativi, interpreti della loro storia, delle loro esperienze e prospettive? Si vedono anziani protagonisti in vari ambiti della cultura, dell'arte, della politica e dell'economia, del volontariato e della solidarietà; ci sono vecchi che sanno perfezionare la propria esperienza, coniugare fragilità e forza, ritrovare lo spirito creativo delle cose semplici, l'essenzialità dei gesti, della parola, dei suoi silenzi.

Non si improvvisano il vivere e il suo invecchiare, ma si apprendono e si scoprono. Si può essere forti o fragili, soffrire di vecchiaia, ma anche vivere creativamente l'età senile. Scriveva Paolo Mantegazza: "Ad ogni età un clima diverso, ma fiori sempre e frutti sempre".

Non esiste un modo uniforme di invecchiare, ma tante vecchieie quanti sono i vecchi. Ogni anziano rispecchia una vicenda singolare e richiede un'attenzione, una valutazione e una disponibilità personalizzate. È fondamentale superare i molti pregiudizi che ancora gravano sull'età senile ed imparare a conoscere sempre più approfonditamente il mondo degli anziani, soprattutto mediante i racconti, le memorie e il senso creativo delle loro esperienze, a volte nascoste e dimenticate, ma non per questo meno intense. Scriveva Gabriel Garcia Marquez: "Quanto sbagliano gli uomini nel pensare che si smette di innamorarsi quando si invecchia, senza sapere che si invecchia quando si smette di innamorarsi".

L'essere unici e irripetibili è la condizione ontologica dell'essere umano. Ogni vecchio è diverso da un altro; ad ognuno la sua biografia, il suo modo di essere, da conoscere, comprendere, rispettare, sostenere.

Sono numerosi gli anziani fragili, sofferenti, assistiti nella propria casa, nelle corsie di un ospedale, nelle case di riposo; alcuni presentano rilevanti patologie organiche, altri vivono una condizione di progressivo declino cognitivo e/o affettivo; anche nelle situazioni psicopatologiche più gravi, come la depressione e la demenza, è sempre possibile ritrovare motivi di serenità e fiducia, riuscire a realizzare una comunicazione valida ed efficace. Sono persone che necessitano di un sostegno qualificato, sensibile, che spesso coinvolge anche familiari e volontari.

Il vivere e l'invecchiare si svolgono fra continui mutamenti che richiedono strategie di adattamento e di resilienza, capacità di modulare gli atteggiamenti e talora il proprio stile esistenziale. Molti anziani si confrontano e attivamente si adeguano alle modifiche del tempo e dell'età.

Neuroscienze e psicogerontologia hanno fornito una serie di informazioni e conoscenze che dimostrano come l'esercizio costante delle funzioni psicofisiche aiuti a conservare e potenziare le strutture del cervello e della mente. Nel progredire dell'età possono diminuire alcune competenze, ma esiste sempre la possibilità di compensare, recuperare e riattivare altre capacità.

Il riconoscimento delle proprie fragilità, specialmente quelle affettive, rappresenta un'acquisizione importante per attivare le capacità di resilienza, per contenere e superare momenti di particolare difficoltà. "Quando sono debole, è allora che sono forte" (2Cor 12, 7-10). "Ed è la forza /

unica e sola del regnar maestra”, sosteneva Giuseppe Parini (*Il mattino*, 339-340, da *Il giorno*).

I contenuti sinteticamente espressi sono ampiamente trattati e sviluppati in questo volume che viene a delineare le forze e le fragilità dell’anziano, la sua dimensione affettiva, il suo modo di pensare e interpretare la vecchiaia in rapporto a ciò che è stata ed è la sua vita, fra memorie e prospettive.

Ciascuno ha la propria vecchiaia, tra forza e fragilità dell’eredità e degli affetti, poiché per ognuno diverse sono la storia e la vita, le vicende e il senso che le determinano. Conoscere, ascoltare, incontrare le parole, il sentimento, l’identità, il volto, l’esistenza di un anziano è imparare, scoprire un mondo, la sua verità, nell’essenza una parte di noi stessi.

Presentazione

di *Carlo Cristini, Marcello Cesa-Bianchi, Alessandro Porro
e Carlo Cipolli*

L'accostamento di “fragilità” e “affettività” richiama una condizione non contingente, ma per così dire ontologica, in quanto intrinseca alla dimensione umana. È ben noto che sia nelle prime fasi dello sviluppo del bambino che nelle successive transizioni della fanciullezza e dell'adolescenza, l'interazione fra vulnerabilità ed emotività rappresenta un elemento essenziale per comprendere i processi di formazione della personalità e della crescita individuale.

Le nozioni di “fragilità” e “affettività” ripropongono un binomio significativo anche se considerate nel contesto dell'età senile ed anzi offrono prospettive originali di indagine per molteplici problematiche che l'anziano deve affrontare.

Tali prospettive sono ben evidenziate dalle analisi di numerose tematiche sia della ‘fragilità-vulnerabilità’ che dell'‘affettività-emotività’ nell'invecchiamento sviluppate da studiosi di diverso orientamento disciplinare (storico, biologico, psicologico, sociologico, filosofico, neuroscientifico, clinico) e riportate in questo volume.

Come risulta evidente già dai titoli dei contributi, l'analisi delle articolazioni concettuali delle nozioni di “fragilità” e “affettività” offre un quadro molto complesso dei potenziali ambiti applicativi, oltre che delle possibili linee interpretative di dinamiche e problematiche peculiari dell'ambito gerontologico, oltre che geriatrico. In particolare, quanto e come l'affettività, attraverso le relazioni che l'hanno caratterizzata, concorre ad influenzare la fragilità? In che modo e in quale misura la vulnerabilità biologica, anche su base genetica, condiziona o si intreccia alle percezioni e alle esperienze emozionali? E, non da ultimo, come interagiscono fragilità e affettività nel corso dell'invecchiamento in funzione di

quanto si è vissuto e imparato, e di ciò che l'esistenza continua a profilare come sfide e progettualità?

Questi interrogativi sono stati alla base di alcuni Corsi di Perfezionamento in Psicogerontologia e Psicogeriatría organizzati dall'Università degli Studi di Brescia negli anni 2013 e 2014. Dalle riflessioni suscitate nei relatori dagli incontri con i partecipanti (molti con pluriennali esperienze in contesti di assistenza geriatrica) sono sorti i contributi all'origine di questa iniziativa editoriale.

Per organicità tematica (oltre che di economia espositiva) i contributi sono presentati in due sezioni distinte: la prima sulla fragilità e la seconda sull'affettività.

Le ragioni di organicità che collegano i contributi presentati nella prima sezione sono così sintetizzabili.

Da un punto di vista storiografico, è ampiamente documentato che la ricerca in ambito psicologico – a parte quella di ascendenza psicoanalitica – si è per lungo tempo occupata quasi esclusivamente degli aspetti cognitivi del funzionamento mentale dell'anziano. Solo negli ultimi decenni sono comparsi studi focalizzati sulla dimensione affettivo-emotiva della condizione di anziano. A tutt'oggi, a fronte di numerose ricerche sulla fragilità delle funzioni cognitive ve ne sono ben poche orientate sulla fragilità delle funzioni affettivo-emotive. Solo in tempi recenti “la psicologia positiva ci ha consentito di riconoscere il ruolo importante giocato dall'affettività nella costruzione e nel mantenimento di una vecchiaia ricca di valori e contenuti” (A. Porro). Non va ignorato, tuttavia, come il mondo dell'arte abbia spesso anticipato i temi che in anni – a volte decenni o secoli – successivi la cultura in generale e quella scientifica in particolare hanno riscoperto: “L'arte ci viene in aiuto: si tratta non solo delle tradizionali rappresentazioni iconografiche, ma anche di quelle messe a disposizione da una nuova tecnica, quella fotografica” (A. Porro).

Va ricordato che in ambito biomedico la fragilità dell'anziano è stata trattata molto più sistematicamente, in quanto è stata considerata come “una condizione di marcata vulnerabilità ad eventi negativi causata dalla riduzione delle riserve funzionali di molteplici sistemi dell'organismo per l'effetto del processo di invecchiamento e della (multi)patologia cronica” (G. Guerrini). La ragione di questa maggiore apertura risiede nel fatto che la fragilità è stata intesa come una condizione che rappresenta di per sé un rilevante fattore di rischio per la salute, l'autonomia e la vita del vecchio”, per cui poterne individuare precocemente le determinanti biologiche consente di “rallentare o invertire il percorso che la lega alla disabilità” ed alle sue complicazioni (G. Guerrini).

Sul piano psicologico il concetto di fragilità ha acquisito un significato diverso, ovvero di condizione connaturata all'essere umano, che è parte intrinseca della sua vita. Negli ultimi anni le neuroscienze e l'epigenetica hanno sempre più analizzato i meccanismi che regolano le modifiche strutturali del cervello in rapporto alle influenze ambientali. "Gli apprendimenti, le esperienze, il rapporto con l'ambiente possono aiutare a diventare meno fragili o più forti, ad attivare le capacità di adattamento e resilienza, le potenzialità creative, ad essere più attrezzati ad affrontare le varie vicende della vita, positive e negative. C'è chi rinforza o perfeziona le proprie competenze nelle condizioni avverse, anche drammatiche e c'è chi si spaventa o fugge di fronte a situazioni generalmente considerate positive. C'è chi si ritrova dopo una sconfitta e chi si smarrisce nel successo. Forza e fragilità si alternano spesso nella storia di un individuo, specialmente quando sono coinvolti gli aspetti più profondi del mondo interiore, delle matrici affettive" (C. Cristini). Ascoltando e approfondendone i racconti, dalle parole di un anziano si potrebbero comprendere meglio sia il suo percorso di fragilità psicologica, sia le sue attuali risorse e potenzialità.

Nella ricerca sociologica viene spesso utilizzata, specialmente in riferimento alle strategie di *coping*, la categoria di vulnerabilità intesa come "situazione di vita in cui l'autonomia e autodeterminazione dei soggetti è minacciata da un inserimento instabile entro i sistemi d'integrazione sociale e di distribuzione delle risorse". Questa definizione impone di distinguere fra criticità, quale "condizione esperita da un individuo lungo una scala di livelli di severità e una di probabilità di accadimento", e vulnerabilità, quale "grado di propensione di un individuo, che sperimenti una criticità di minore gravità (una malattia acuta, un lutto), a scivolare a una criticità di ordine più elevato (dipendenza da altri, cronicità, disabilità)" (G. Micheli). Diventa così possibile approfondire vari concetti collegati, come quello di "spazi intermediari, intesi come spazi di vita e come spazi vissuti e loro correlazione con il formarsi o meno di stati di *hopelessness*, progettazione di interni e 'libertà protetta' come benefico ossimoro" (G. Micheli).

Da un punto di vista filosofico la fragilità degli anziani va collocata fra perdita e apertura al senso della vita. Da una parte si colgono i fattori che spesso costringono l'anziano a ruoli di marginalità e svantaggio, dall'altra uno sguardo attraverso l'archetipo Senex-Puer consente di evidenziare la capacità dell'anziano di fare "una nuova esperienza del tempo... che rende possibile vivere da vecchi non solo la paura per la malattia e la morte, ma anche la dimensione vitale e creativa tipica della fanciullez-

za” (P. Ferliga), ovvero di scoprire o riscoprire – anche per le generazioni che lo seguono, in termini di testimonianza – il senso profondo dell’esistenza.

Numerosi sono gli studi longitudinali che analizzano le determinanti che influiscono su (e, quindi, la cui individuazione può aiutare a prevenire, almeno in parte) la fragilità cognitiva, quale ridotta “riserva funzionale”, priva di conseguenze disabilitanti nella vita quotidiana: “Gli studi sulla possibilità di mantenere le funzioni cognitive attraverso la pratica di comportamenti individuali e sociali stimolanti hanno prodotto una letteratura concordemente positiva sulla efficacia delle attività fisiche, psichiche e relazionali per prevenire l’instaurarsi della fragilità cognitiva e la sua evoluzione verso la demenza” (A. Guaita e D. Zaccaria). Meritano di essere rimarcate, in particolare, le attività di impegno cognitivo – leggere, scrivere, compilare le parole crociate, partecipare a giochi da tavolo o con le carte, a gruppi di discussione, suonare strumenti musicali – quelle socio-relazionali e quelle psicomotorie, per le quali appaiono sempre più urgenti una promozione sociale e una tutela politica.

La fragilità cognitiva è influenzata anche dalle modificazioni di varie funzioni fisiologiche essenziali, come il sonno. La durata e l’architettura del sonno ne determinano la “qualità”, che notoriamente influisce sul funzionamento della memoria, in senso sia retrogrado (come accessibilità ad informazioni acquisite nel recente passato) che anterograde (come capacità di ulteriore consolidazione di informazioni appena immagazzinate in memoria, ovvero durante la veglia precedente l’episodio di sonno). Nell’anziano, infatti, le difficoltà ad iniziare o a mantenere il sonno, l’incremento di sonnolenza diurna, la disorganizzazione della regolazione circadiana del ritmo sonno-veglia sono spesso associate – anche in assenza di conclamati disturbi del sonno – a un deterioramento di specifiche modalità di funzionamento della memoria. “Alcune strategie di stabilizzazione della ritmicità circadiana della qualità del sonno, basate su metodiche comportamentali definibili come di ‘igiene del sonno’, si sono rivelate efficaci... per il recupero della qualità del sonno e, in via mediata, dell’efficienza cognitiva e della memoria sia negli anziani *home-dwelling* che, soprattutto, negli anziani *community-dwelling*. Per questi ultimi, in particolare, è stata dimostrata l’efficacia di strategie che prevedono l’incremento delle attività quotidiane di tipo routinario all’interno dell’organizzazione delle strutture residenziali” (C. Cipolli e G. Tuozzi).

Uno dei più significativi marcatori clinici di vulnerabilità nell’anziano è rappresentato dal delirium, ovvero da una sofferenza cerebrale acuta

causata da insulti di varia natura, frequenti in età senile e dei quali sono stati da tempo individuati i principali fattori predisponenti e precipitanti. “Poiché il delirium è associato ad outcomes clinici e funzionali sfavorevoli, ad aumentato rischio di declino cognitivo, ad istituzionalizzazione e a mortalità a breve e lungo termine, è necessario accrescere la sensibilità nei confronti di questa tematica, anche perché è ormai dimostrato che in una significativa percentuale di casi si tratta di una problematica del tutto prevenibile” (P. Baccella e G. Bellelli). In modo complementare, le variazioni nella frequenza del delirium, considerato come marcatore di vulnerabilità e instabilità clinica, possono essere considerate come indicatori di efficacia delle cure alle quali l’anziano viene sottoposto dopo l’esordio del delirium.

La seconda sezione del volume presenta i contributi che analizzano l’emotività nell’anziano.

Il sistema dell’affettività-emotività, con le sue matrici remote e l’integrazione di esperienze significative nelle tappe dello sviluppo, costituisce una delle parti più antiche e profonde del cervello, specialmente nelle aree dell’emisfero destro. Nel corso della vita, vecchiaia compresa, attraverso le esperienze e le interazioni ambientali le strutture cerebrali si modificano in funzione dell’adattamento. Ogni cervello è, per così dire, “personalizzato” come le strutture e le competenze che lo caratterizzano. “Non è un organo isolato come non lo sono le sue aree, le sue capacità di resilienza, ma è un organo relazionale, si modifica in rapporto a ciò che avviene nell’organismo e nell’interazione con l’ambiente. Gli studi sui meccanismi psicobiologici del cervello, specialmente quello emotivo, potranno meglio chiarire e comprendere come mutano le strutture cerebrali in funzione delle esperienze” (M. Memo e C. Cristini).

È ormai universalmente riconosciuta l’importanza di una valutazione multidimensionale della condizione della persona che invecchia per definirne lo stato di salute e di benessere. Per una valutazione attendibile risulta determinante – anche se spesso trascurata – la valutazione delle componenti affettive della vita attuale dell’anziano: “Gli aspetti cognitivi, affettivi, comportamentali, funzionali interagiscono strettamente con quelli somatici e socio-ambientali” (R. Chattat). È indispensabile costruire strumenti di valutazione della dimensione affettiva sempre più specifici, sia per conoscere ed esaminare complessivamente la personalità e la vita dell’anziano, sia per pianificare interventi più mirati per l’interesse dell’assistito e dei caregivers e per l’efficienza globale del sistema socio-sanitario.

Gli affetti svolgono una funzione fondamentale nell'intero ciclo di vita, in quanto caratterizzano l'attività psichica di ogni persona anche nelle relazioni profonde con le motivazioni e l'efficienza cognitiva. "Le matrici emotive precedono la comparsa della coscienza e della creatività, ne costituiscono la fonte primaria. Un'emozione innesca spesso un'ispirazione, un processo creativo" (M. Cesa-Bianchi, C. Cristini e G. Cesa-Bianchi). La creatività si manifesta in modo innovativo, anche in forma umoristica, come molti artisti longevi ci hanno testimoniato, fino al termine dell'esistenza; è esprimibile sia nell'arte che in diverse aree della vita quotidiana, consentendo a molti anziani di completare la realizzazione di se stessi; può aiutare le persone a non smarrirsi nel vuoto esistenziale, a stimolare le funzioni cognitive, a favorire la ripresa di attività, a dare più senso ad una fase della vita spesso trascurata dal mondo attuale. In un'accezione ampia, le relazioni fra capacità emotive e creative sono riscontrabili in ogni individuo, indipendentemente dall'età, dalle condizioni di salute e autonomia.

Emozioni e sentimenti si manifestano spesso attraverso la corporeità, la comunicazione non verbale – del paziente anziano così come dell'operatore sanitario – che in qualche modo caratterizzano la relazione di cura. Risulta indispensabile nei processi di formazione riconoscere e comprendere i "vissuti corporei", ciò che vogliono esprimere e significare; il loro accantonamento, la loro negazione possono complicare, in vario modo, il lavoro di cura, anche in termini di sofferenza. "Al contrario, i vissuti corporei, se riconosciuti e gestiti consapevolmente dal singolo e dall'organizzazione di appartenenza, possono diventare una risorsa creativa" (G. Perucci). La corporeità può richiamare diverse risonanze emotive, come l'aggressività, la tenerezza, la sensualità, la sessualità, nelle loro differenti espressioni. "Ancora oggi, nel lavoro di cura, viene sottovalutata l'identità sessuale diversificata. Occorre valorizzare le competenze degli uomini e delle donne, verso una loro complementarità" (G. Perucci). Nei luoghi di cura la corporeità – con i suoi vissuti, le sue emozioni – è generalmente mediata dalla 'divisa', che evoca pensieri e sentimenti connessi alle vicende individuali e sociali.

Le esperienze non elaborate, gli stati d'animo inespressi e/o inascoltati degli operatori socio-sanitari rischiano di tramutarsi in un disagio cronico che inevitabilmente ricade sulla qualità delle cure e dell'assistenza. La sofferenza dei curanti riconosce varie valenze che includono le motivazioni legate alla specifica scelta professionale. "Molteplici sono le motivazioni che stanno a fondamento del lavoro di cura: dalla naturale simpatia tra gli uomini alla necessità di rafforzare la propria autostima, dal

rinnovare ciò che è stato motivo di piacere nel ricordo delle cure primarie al desiderio/illusione di poter risolvere i nostri problemi occupandoci di quelli altrui” (S. Corli). Nelle strutture residenziali per lungodegenti la quotidianità delle relazioni d’aiuto con malati anziani non autosufficienti, sul piano fisico e mentale, richiede spesso un particolare e faticoso impegno emotivo che necessita di essere compreso, sostenuto e valorizzato.

Anche i familiari dei pazienti sono generalmente molto coinvolti dal punto di vista affettivo. La perdita di autonomia di un congiunto mette spesso a dura prova l’organizzazione, la coesione, la funzionalità e la tenuta psicofisica dell’intero gruppo familiare o di uno o più componenti. “Dinnanzi alla malattia di un proprio familiare anziano, la famiglia può mettere in campo diverse strategie che rimandano alla propria storia relazionale e alla rappresentazione della malattia e dell’invecchiamento” (S. Corli e G. Tamanza). La patologia dell’anziano, specialmente se grave e invalidante, implica di frequente all’interno di una famiglia una peculiare funzione simbolica che richiede di essere considerata attentamente per facilitare e rendere più efficace la relazione di aiuto: “la dimensione cruciale della qualità di un servizio socio-sanitario” (S. Corli e G. Tamanza). I familiari devono sentirsi partecipi del progetto di cura e non espropriati di un ruolo assistenziale. Il paziente anziano continua ad essere un ‘soggetto relazionale’ con una propria storia affettiva costituita da legami familiari, intergenerazionali, sociali.

Una frequente sofferenza affettiva nell’anziano è costituita dalla depressione, che “colpisce soprattutto chi è affetto da patologie croniche e da deterioramento cognitivo... provoca sofferenza, facilita la disgregazione della famiglia, è causa di disabilità, peggiora i risultati di molte malattie mediche, e aumenta la mortalità” (R. Rozzini e M. Trabucchi). Non è sempre facile discriminare – quando si rileva un abbassamento del tono affettivo – fra reazione ad un evento luttuoso e sviluppo di un quadro clinico: processo del lutto e condizione di melanconia presentano molte caratteristiche in comune. Il disturbo del sentimento di sé, la tendenza all’autosvalutazione sono tipici del depresso. Il nodo centrale della depressione, sul piano psicodinamico, è rappresentato da vissuti di separazione, di perdita non elaborati, spesso accumulati attraverso fasi distinte dell’arco di vita. “La depressione può essere invalidante e per molte persone diventa una malattia cronica, soprattutto se non trattata adeguatamente. È due o tre volte più comune in chi ha problemi di salute fisica rispetto a chi gode di buona salute. La patologia cronica può precipitare e esacerbare la depressione; allo stesso tempo la depressione può pregiudicare i risultati di trattamenti di malattie fisiche” (R. Rozzini e M. Tra-