

# Elementi di riabilitazione neuropsicologica della Malattia di Alzheimer



[www.fisiokinesiterapia.biz](http://www.fisiokinesiterapia.biz)

# Introduzione

- Negli ultimi anni, si sono moltiplicati in forma sorprendente i lavori scientifici sulla demenza che evidenziano l'interesse degli scienziati di tutto il mondo per un "flagello" che sembra aumentare a vista d'occhio. Oggi, si calcola che nel mondo ci siano 18 milioni di dementi e che in Italia il loro numero si aggiri intorno al milione.
- Tra le demenze, la Malattia di Alzheimer è, senza dubbio, la più frequente, rappresentando, infatti, il 50-60 % dei casi, mentre il 10-20 % si riferisce a cause vascolari, il 5-10 % a forme miste; il 10-20 % a demenze reversibili.

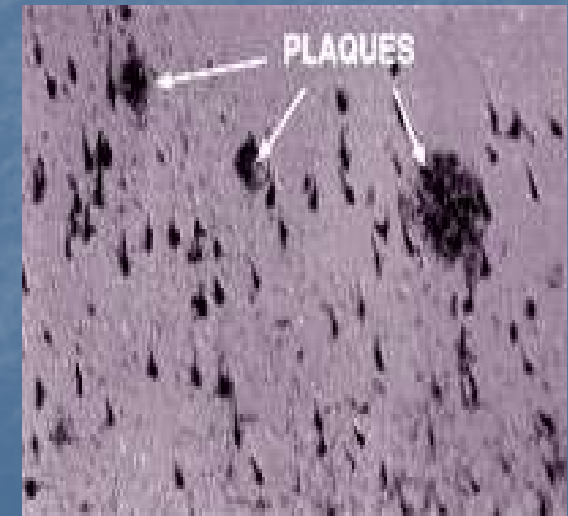
# Introduzione

- La malattia di Alzheimer è una *demenza degenerativa cronica e progressiva*, con un decorso che vede una sempre più elevata compromissione delle funzioni mentali e cognitive. L'aspettativa di vita dopo l'esordio è di circa 7-10 anni, seppure alcuni pazienti raggiungano i 15-20 anni di sopravvivenza.
- Da un punto di vista clinico, la sindrome presenta una notevole variabilità dal momento che i sintomi che possono presentarsi sono moltissimi e interessano inoltre diverse aree della vita quotidiana.

# Principali Alterazioni Istologiche

## Placche amiloidi (placche senili)

- Per placca amiloide si intende un ammasso extracellulare di corpi dendridici, assonali e gliali lassamente aggregati. Caratteristica è la presenza, in tali strutture, del peptide amiloide che tende a formare aggregazioni complesse.
- L'amiloide presente nella sindrome Alzheimer è la  $\beta$ -amiloide.
- Placche senili si trovano anche nelle persone anziane normali, ma in maniera molto più ridotta.



# Principali Alterazioni Istologiche

## Matasse neurofibrillari

- Sono fasci di filamenti elicoidali che si accumulano in matasse nel corpo cellulare. Si osservano anche nei corpi dendritici e assonali delle placche amiloidi. Queste formazioni non assomigliano alle proteine normali del citoscheletro, però sembrano derivare da strutture normali.
- Le matasse neurofibrillari si osservano anche in altre forme degenerative quali la sindrome di Down e demenza dei pugili. Anche nel cervello di persone normali si osservano qualche volta questi processi.

# Principali Alterazioni Istologiche

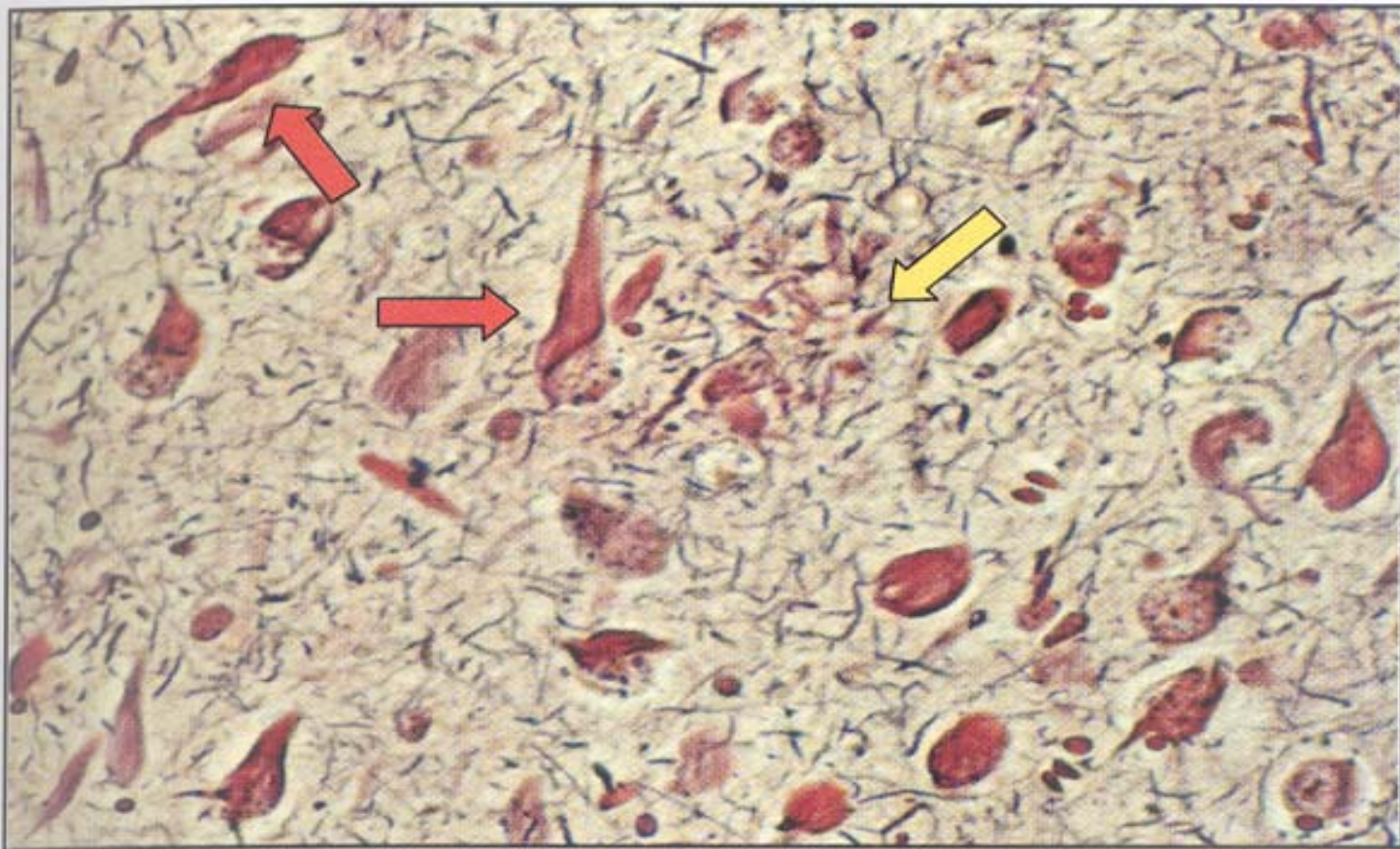
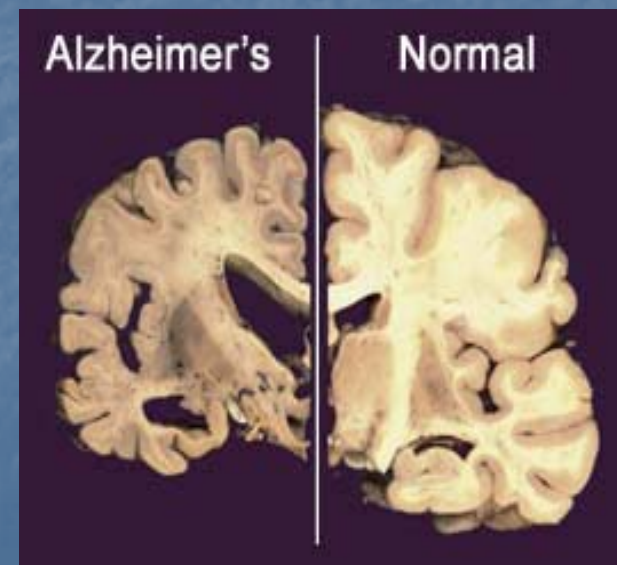


Figura 6. Grovigli neurofibrillari (freccie rosse) e placca amiloide (freccia gialla) (impregnazione argentea).

# Principali Alterazioni Istologiche

## Atrofia cerebrale

- Nei pazienti affetti da Alzheimer vi è sovente una pronunciata atrofia corticale. Più colpite sono generalmente il lobo frontale, la parte anteriore del lobo temporale e il lobo parietale.
- L'ippocampo è molto colpito dall'atrofia. Sono generalmente interessate dall'atrofia anche il locus coeruleus e le aree limbiche ed il nucleo basale di Meynert.



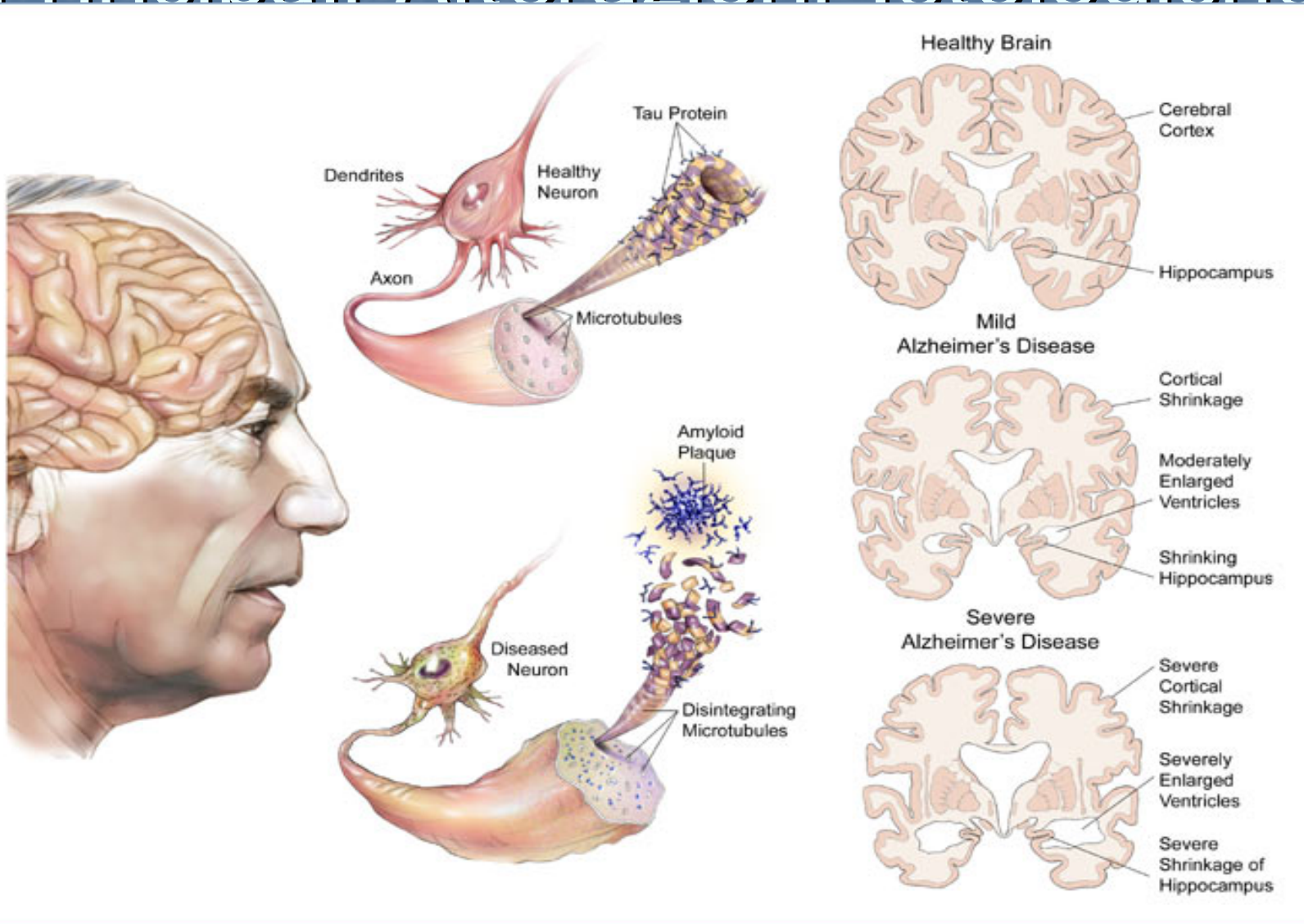
# Principali Alterazioni Istologiche

## Degenerazione sinaptica

- Nel cervello di individui affetti da Alzheimer si riscontra la degenerazione delle strutture sinaptiche: vi è una diminuzione del numero di sinapsi, e carenza di sostanze proteiche presenti nelle sinapsi di cellule sane.
- La degenerazione ha una buona correlazione con il decorso e l'entità della malattia. I sintomi demenziali potrebbero dunque essere interpretati come conseguenza del deficit sinaptico, in quanto i neuroni hanno difficoltà a comunicare.



# Principali Alterazioni Istologiche



# La fase sub-clinica

*Ho dimenticato  
i miei  
appuntamenti!*



**Dimentica le  
cose più  
spesso**



**Ha difficoltà  
nel compiere gesti  
quotidiani**

# La fase sub-clinica

**Mette gli oggetti  
in posti  
bizzarri**



**Ha difficoltà  
ad orientarsi**



# La fase sub-clinica

**Cambia frequentemente umore  
o comportamento**



**Fa cose che sembrano  
insensate**



# Alterazioni dell'atteggiamento

- Abbigliamento disordinato
- Agitazione psicomotoria
- Agnosia, aprassia, afasia
- Incostanza, isolamento e contatti interpersonali brevi
- Alterato modo di presentarsi (disordine, trascuratezza)
- Iniziativa: ridotta sino all'abulia
- Propensione ad interrompere il colloquio
- Tendenza ad essere irridente.

# Alterazioni del comportamento

- Difficoltà ad iniziare qualsiasi attività
- Disturbo dello svolgimento delle attività quotidiane
- Ossessività a toccare tende, oggetti, stracci, lembi del proprio vestito, ecc.
- Compulsività alla pulizia, all'ordine, alla sottomissione "filiale", deambulazione ossessiva ed afinalistica
- Tempi di reazione lunghi (bradipsichismo)
- Ripetitività ossessiva dei movimenti
- Attività: incongrua, assurda, reiterativa, disordinata, oppure ridotta o abolita.

# Alterazioni dell'emotività

- Incontinenza delle espressioni emotive
- Tendenza alla "fuga" e ad abbandonare ciò che sta facendo
- Instabilità emotiva
- Irritabilità
- Spiccata reattività agli stimoli
- Turbe dell'umore
- Scarica aggressiva di fronte alla frustrazione.

# Alterazioni dell'affettività

- Competitività, conflittualità, depressione
- Difficoltà relazionali con dipendenza relazionale
- Egocentrismo ed infantilismo, difficoltà nel contatto interpersonale
- Indifferenza di fronte agli errori o alle difficoltà
- Disinteresse vigile nei confronti dell'ambiente
- Mancanza di motivazione, carenza di collaborazione, opposizione
- Inadeguato interesse per le percezioni e per le occupazioni
- Reazioni aggressive immotivate o sottese a stimoli emotivi intimi; perdita dell'affettività.



# Degrado delle capacità cognitive

- Disturbi della memoria (nomi, oggetti, date, indirizzi, numeri telefonici);
- Disfunzione delle capacità deduttive (riconoscere un volto, le stanze, il quartiere)
- Difficoltà nella ricostruzione delle figure
- Deterioramento mentale generale, del raziocinio e dell'intelletto
- Disorientamento in luoghi sconosciuti e conosciuti
- Disorientamento temporale (stagione, anno, mese)
- Frammentarietà della comprensione
- Incapacità a riconoscere: il personale che li assiste, la propria immagine, le persone che vedono saltuariamente prima e i familiari poi.

# Degrado delle capacità cognitive

- Difficoltà di apprendere dall'esperienza
- Incapacità di correggere l'errore, se non casualmente
- Scarsa consapevolezza del proprio corpo
- Carenza di puntualizzazione dei propri bisogni e delle proprie necessità
- Insufficiente autonomia di giudizio con perdita dell'organizzazione spaziale e temporale
- Deficit della memoria che provoca interpretazioni deliranti, persecutorie con relativo delirio
- Perdita della capacità di pianificare obiettivi e traguardi
- Turbe mnesiche di fissazione, di rievocazione a medio termine e di mantenimento a lungo termine.

# Disturbi dell'espressività

- Delirio di persecuzione
- Difficoltà nella concentrazione (ascolta distrattamente);
- Modalità di pensiero paranoide o isteriche o ossessivo-compulsive
- Ilarità non giustificata
- Perdita della spontaneità
- Illogicità del discorso
- Impossibilità a mantenere l'attenzione pur dimostrando dipendenza relazionale (non distoglie lo sguardo dalle labbra di chi parla)
- Linguaggio incoerente ed incomprensibile per la comparsa di neologismi
- Riduzione della espressività mimica, che si adegua più ai contenuti personali che a quelli relazionali.

# Incisività delle terapie

- Le ricerche per definire i risultati (outcome research) non sono ancora riuscite a quantificare: la capacità di curare, il livello di miglioramento della salute e il livello di miglioramento della qualità della vita ottenibili con le diverse modalità di intervento.
- Si è potuto però parlare di *rallentamento dell'evoluzione clinica e di spostamento a destra della curva attesa del decadimento*.

# Incisività delle terapie

- Tenendo conto degli obiettivi della terapia, che non possono essere rivolti alla guarigione, l'analisi dell'efficacia di qualsiasi trattamento, nel caso della malattia di Alzheimer, considera una serie di risultati tra i quali il miglioramento delle funzioni cognitive, compresa la memoria misurata.
- Un aspetto nuovo di questo approccio sta nel fatto che si tengano ormai conto anche degli aspetti sociali e culturali che investono il paziente, la famiglia ed i caregivers, oltre che la loro qualità della vita.

# Incisività delle terapie

Utilizzando semplici test psicometrici si valutano:

- le modificazioni nel loro essere clinicamente significative;
- l'impatto di ogni progresso sulla funzionalità e sul comportamento, sull'emotività, sull'affettività, sulle relazioni;
- la possibilità di quantificare anche miglioramenti del funzionamento psichico e mentale.



# Interventi socio-riabilitativi

- Anche se si dovessero trovare in breve tempo farmaci più efficaci per risolvere le lesioni di ordine neurocellulare, resta comunque di grande importanza trovare e predisporre interventi assistenziali e riabilitativi sempre più efficaci e che oggi risultano l'unico baluardo possibile nei diversi **momenti** che la malattia struttura ed impone.

# Interventi socio-riabilitativi

- Il **momento iniziale** si riferisce ai primi sintomi della malattia che per lo più riguardano la perdita della memoria e la riduzione delle capacità cognitivo-intellettive, che portano a stilare una diagnosi di *Alzheimer possibile*. In questo periodo, più o meno lungo (1-3 anni), la sintomatologia si accentua e arricchisce progressivamente, con la comparsa di disturbi comportamentali.
- Gli interventi non farmacologici riabilitativi sono di difficile applicazione perché i pazienti tendono a rifiutarli anche con violenza ("... non sono mica scemo, io!") e si tende ad evitare situazioni critiche che aumentino notevolmente l'emotività, l'eccitabilità, la rabbia, l'opposizione e le scariche aggressive.



# Interventi socio-riabilitativi

- Il **secondo momento** riguarda profondi cambiamenti dello stato psicopatologico dei pazienti che entrano in un livello di più importante perdita delle capacità cognitive e che presentano sintomi nuovi che sottolineano l'aggravarsi della malattia ed il diffondersi delle lesioni cerebrali.
- In questo momento (che può durare da uno a tre anni), i pazienti perdono la capacità di accudire la loro persona e, quindi, devono essere controllati e supportati durante l'intera giornata.
- La famiglia non riesce più a sopperire alle notevoli necessità e si richiedono interventi modulati che riguardano la terapia oltre che l'assistenza domiciliare, giornaliera o continuativa.

# Interventi socio-riabilitativi

- La progressività e l'irreversibilità della malattia porta al **terzo momento** caratterizzato dall'impossibilità di approntare nel domicilio un'assistenza non solo adeguata, ma anche sufficiente, che conduce al ricovero in ambienti specializzati come sono, per esempio, i *nuclei Alzheimer*.
- *E' il momento più duro per i care-givers. La persona cara comincia a spegnersi in modo drammatico davanti ai loro occhi.*



# Interventi socio-riabilitativi

- Il **quarto momento** si riferisce a pazienti che sia per la demenza, sia per la decadenza biologica e psico-patologica si presentano come *non autosufficienti totali (NAT)* o, addirittura, come ammalati terminali.
- In questo quadro non c'è più differenza tra dementi e non dementi e, quindi, l'intervento assistenziale e terapeutico diventa quello specifico del mantenimento della situazione senza ritorno.

# Riabilitazione e Alzheimer

- L'approccio riabilitativo tendente al recupero delle funzioni mentali ha il merito di avere arricchito l'assistenza togliendola dal semplice ambito di custodia degli ammalati e, soprattutto,
- di aver dato una risposta concreta e valida per sostenere il benessere dei malati e per dare un concreto aiuto ai care-givers ed ai familiari attraverso una vera "*alleanza terapeutica*".



# Riabilitazione e Alzheimer

- Le attività riabilitative prevedono, in genere, il coinvolgimento di gruppi non eccessivamente numerosi per incentivare anche la socializzazione.
- Fanno eccezione gli interventi finalizzati a **stimolare l'autonomia** nelle attività riguardanti l'igiene e la cura della persona (ROT, TED, terapia della reminiscenza, terapia di validazione, attività motoria, musicoterapia, terapia occupazionale).
- Queste tecniche operative, se ben utilizzate, risultano atte ad evitare una ricerca esasperata della prestazione.

# Riabilitazione e Alzheimer

- Le funzioni cognitive, nella malattia di Alzheimer, non sono compromesse in maniera omogenea e **non vengono colpite con modalità tutto-nulla**, ma piuttosto secondo un pattern di progressivo impoverimento.
- È possibile dunque proporre un trattamento che tenda a rallentare la perdita delle capacità ancora conservate, anche se i risultati che ci si deve prefiggere sono per forza limitati, data la natura **progressiva** della malattia.
- Gli interventi riabilitativi mirano al rallentamento del declino cognitivo, al controllo dei comportamenti-problema, al mantenimento delle funzioni e al miglioramento del rapporto soggettivo con la propria esistenza che è insito nel concetto di **qualità di vita**.

# Riabilitazione e Alzheimer

- Recentemente, tra gli interventi riabilitativi della demenza sono state introdotte tecniche derivate dalla ricerca sui processi cognitivi.

I pazienti con AD presentano prevalentemente difficoltà nella codifica (*encoding*) di nuove informazioni e un risparmio della *memoria implicita*.



# Riabilitazione e Alzheimer

- Gli studi relativi ai processi di *encoding*, immagazzinamento (*storage*) e rievocazione (*retrieval*), hanno consentito di chiarire a quale stadio di elaborazione delle informazioni si collochi il deficit nell'AD.
- Nei soggetti con AD i disturbi di memoria sembrano essere causati prevalentemente da difficoltà nell'*encoding* e quindi nell'acquisizione di nuove informazioni, mentre le fasi di *storage* e *retrieval* risulterebbero relativamente risparmiate.



# Riabilitazione e Alzheimer

In questa ottica ci si prefigge l'obiettivo di tentare di:

- Limitare l'azione di condizioni neuropatologiche disabilitanti potenziando le capacità residue e incentivando le motivazioni
- Riproporre processi di socializzazione che risultano reintegratori delle strutture dell' Io che vengono disarticolate dalla "malattia"
- promuovere un *nuovo equilibrio interno*, nella relazione con il Sé, ed *esterno*, nella relazione con il mondo.



# Mnemotecniche: panoramica

- La tecnica di *Spaced-Retrieval* consiste nel recupero di una stessa informazione – per esempio l'associazione nome-faccia – ad intervalli di tempo crescenti.
- Interventi riabilitativi che adottano questa tecnica si sono dimostrati efficaci nel paziente con AD per l'identificazione di oggetti, per le associazioni nome-faccia, per la collocazione spaziale degli oggetti, nonché per la programmazione delle attività quotidiane (memoria prospettica).

# Mnemotecniche: panoramica

- La tecnica dei *Vanishing Cues* consiste nella riduzione (backward chaining) progressiva dei suggerimenti finalizzati al *retrieval* dell'informazione.
- La tecnica di *Errorless Learning* prevede che, durante la fase di codifica, il paziente memorizzi il materiale commettendo il minor numero di errori. La prevenzione degli errori nella fase di apprendimento si è dimostrata efficace nel migliorare l'apprendimento stesso in pazienti con AD

# Mnemotecniche: panoramica

- Le tecniche di *Verbalizzazione* o di *Visual Imagery* consistono nel richiedere al soggetto di verbalizzare materiale visivo o associare un'immagine visiva a materiale verbale per facilitarne l'apprendimento.
- Per esempio la tecnica di *Visual Imagery* prevede che la memorizzazione di informazioni verbali venga effettuata attraverso l'associazione di immagini *mentali*.



# Mnemotecniche: panoramica

Le seguenti metodiche

- ***Nessi Logici*** (formazione di legami logici tra elementi che devono essere memorizzati)
- ***Categorizzazione Semantica*** (le informazioni vengono ordinate all'interno di categorie semantiche definite)
- ***Cat. Fonologica*** (organizzazione delle informazioni sulla base di assonanze fonologiche)
- ***Schematizzazioni*** (l'apprendimento viene favorito attraverso la schematizzazione del materiale)

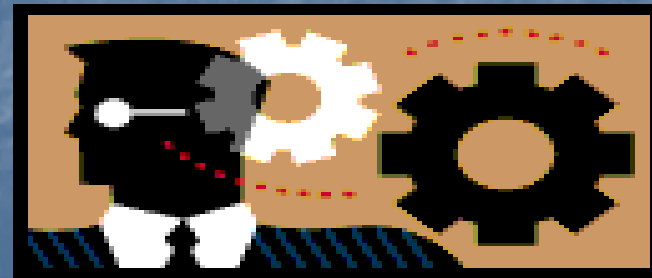
hanno come obiettivo l'addestramento del soggetto ad ordinare logicamente le informazioni da memorizzare.

# Mnemotecniche: panoramica

- Per esempio il metodo **PQRST** (acronimo di preview, question, read, state, test) si pone come obiettivo l'addestramento del soggetto ad analizzare in modo dettagliato il brano che deve essere memorizzato.
- Le memotecniche prevedono l'utilizzo di strategie quali, per esempio, la creazione di immagini bizzarre (metodo delle *immagini assurde*), per facilitare la memorizzazione oppure il *metodo delle iniziali*, in cui si costruisce una parola o una frase con le iniziali delle informazioni da ricordare mentre il *metodo delle storie* consiste nell'inserire le parole da ricordare nel contesto di un breve racconto.

# Mnemotecniche: panoramica

- Le tecniche computerizzate rappresentano uno strumento integrativo al trattamento convenzionale dei disturbi di memoria.
- Alcuni lavori mostrano l'efficacia dell'utilizzo di tecniche computerizzate nella riabilitazione dei disturbi mnesici nei pazienti AD e nella riabilitazione di abilità visuo-costruttive.



# Mnemotecniche: panoramica

- La letteratura che riguarda gli interventi riabilitativi, rivolta alla funzione mnesica, sottolinea l'importanza degli aspetti motivazionali: il trattamento riabilitativo, infatti, ottiene maggiori risultati quanto più è rivolto all'apprendimento di informazioni rilevanti per la vita del paziente.
- Scarsi sono gli studi longitudinali che hanno valutato la persistenza nel tempo dell'efficacia dell'intervento riabilitativo. Abitualmente, nei pazienti con AD, l'efficacia svanisce nel tempo dopo la sospensione del trattamento.



# Terapia di reminiscenza

- **(Gruppi Remember)**: fa riferimento al ruolo positivo che il ricordo di esperienze passate ha sulla autostima, sul mantenimento dell'identità personale e sul tono dell'umore nell'anziano. I soggetti ai quali elettivamente, si rivolge sono quelli a rischio di decadimento cognitivo-affettivo da rinuncia e disuso a causa di istituzionalizzazione.
- Momento centrale del programma riabilitativo è l'utilizzazione del ricordo come strumento indispensabile per gettare un ponte tra passato, presente e futuro al fine di meglio interpretare e vivere la realtà quotidiana.

# Terapia di reminiscenza

- Si sviluppa in tre diverse fasi: di potenziamento delle capacità mnesiche remote, di integrazione dei ricordi passati con quelli recenti, di ampliamento della memoria recente.
- I soggetti vanno incoraggiati a parlare del loro passato, a ricordare e riportare al gruppo esperienze vissute durante l'età adulta e l'infanzia; successivamente, vanno stimolati a verbalizzare i loro problemi attuali e ad ascoltare quelli degli altri per permettere di comprendere meglio la loro condizione.

# Terapia di reminiscenza

- L'obiettivo è aggiungere un maggior adattamento al presente ed un miglior livello di socializzazione.



L'esperienza dei gruppi remember si è rivelata utile anche nei dementi di grado lieve-moderato, quando cioè la memoria remota è ancora sostanzialmente conservata.

# Reality Orientation Therapy

- Tra le tecniche applicate sinora, la più conosciuta è la **Reality Orientation Therapy - ROT** , proposta come metodica cognitivo-comportamentale e come intervento riabilitativo psico-sociale rivolto alla persona.
- Il suo principale obiettivo è il riordinamento del paziente attraverso una stimolazione continua mirata nei confronti dell'ambiente ed il riapprendimento degli elementi caratterizzanti del mondo circostante.

# Reality Orientation Therapy

- Presupposto alla sua utilizzazione è che il paziente abbia una sufficiente capacità di comunicazione verbale e gestuale. Essa, pertanto, è proponibile solo nei soggetti con impairment cognitivo di grado lieve-moderato e con funzioni sensoriali non significativamente compromesse.
- La ROT si basa infatti sull'ipotesi che la stimolazione neurosensoriale (visiva, uditiva, fisica, etc.) attivi connessioni nervose scarsamente utilizzate e/o ne favorisca lo sviluppo in una sorta di vicarianza funzionale.

# Reality Orientation Therapy

- Fornendo punti di riferimento spaziali, temporali e relazionali, la ROT permette al paziente di riappropriarsi di quegli strumenti che gli consentono di ritrovare un rapporto con se stesso e con le dimensioni spazio-temporali.



# Reality Orientation Therapy

Sul piano operativo essa prevede:

- attività di orientamento temporale: vengono fornite informazioni sul tempo cronologico (calendario), relativo (mattino e sera), stagionale e meteorologico;
- attività di orientamento spaziale: viene richiamata l'attenzione sulla sede degli incontri, i percorsi abituali ed i luoghi familiari;
- attività di riappropriazione corporea: si porta il paziente a focalizzare l'attenzione sul proprio corpo e sulle sue funzioni attraverso tecniche di concentrazione, massaggio e tocco;
- attività di stimolazione sensoriale: si riporta il soggetto al contatto con l'ambiente circostante in modo progressivo.

# Reality Orientation Therapy

Nella **ROT** si sono organizzate due modalità di intervento:

- ***metodo informale*** - caratterizzato da stimolazioni ripetute di orientamento temporo-spaziale effettuate durante le giornaliere occasioni di contatto con gli operatori, gli assistenti, i parenti ed i caregivers;
- ***metodo formale*** (in classe) - in cui il riorientamento si svolge in gruppi di 4-6 pazienti, omogenei sul piano cognitivo, per circa un'ora al giorno, in luogo idoneo ed approntato specificamente.



# Reality Orientation Therapy

- La ROT ha avuto molto successo, soprattutto negli anni passati, per la facilità di applicazione che non richiede personale particolarmente specializzato ed anche perché ha dato agli operatori ed ai familiari un senso di "fare qualcosa" per pazienti che portano con sé una prognosi infausta.
- Purtroppo, non va dimenticato che si tratta di un intervento i cui effetti sono comunque transitori e non si estendono alla sfera dell'autonomia funzionale.

# Validation Therapy

- Per i pazienti più gravi, un approccio alternativo può essere la **Validation Therapy** che viene attuata da personale non preparato specificamente, ma con attitudini personali all'ascolto ed all'accoglimento.
- Attraverso l'ascolto empatico l'operatore cerca di scoprire il punto di vista del paziente per entrare in contatto emotivo: lo scopo non è la consapevolezza della realtà, ma la comprensione del significato sottostante al comportamento del paziente.
- Non è richiesta la capacità di comunicare in modo compiuto da parte del paziente.
- L'ascolto stesso è terapia, non la mera comprensione di quanto il paziente dice.



# Memory Training

- Il **memory training** si inserisce tra gli interventi di tipo cognitivo e consiste nell'uso di strategie esterne (sottolineatori mnestici o suonerie) per rendere le attività da svolgere meno dipendenti dalla memoria;
- Si può usare per provvedere con metodiche appropriate alla stimolazione di diversi tipi di memoria che risultano più conservati.
- In alcuni studi si è cercato di migliorare la prestazione in attività della vita quotidiana combinando l'utilizzo di ausili esterni con istruzioni verbali e dimostrazioni concrete.
- Un presupposto fondamentale è che l'utilizzo di supporti ambientali rende l'attività meno dipendente dalla memoria episodica e semantica, che sono gravemente compromesse, e più dipendente da quella procedurale.

# Metodica E.I.T.

## *(Terapia di Integrazione Emotivo-Affettiva)*

- Il metodo si basa su precise considerazioni teoriche che hanno il loro fondamento nella psicologia dell'Io e sul funzionamento dell'integrazione neurofunzionale dell'emotività, dell'affettività e delle funzioni cognitivo-intellettive.
- La presenza poi di una esplicita "teoria del funzionamento mentale" dovrebbe dare un carattere di scientificità che, in un'epoca nella quale, nell'ambito salute, è necessario rispettare il diritto dei cittadini di fruire di prestazioni ottimali in ragione dell'incidenza di un loro costo rilevante.

# Metodica E.I.T.

- Questa tecnica è sostanzialmente e chiaramente una “psicoterapia con propensione alla ricerca”.
- Le basi teoriche implicate nell’ E.I.T. hanno permesso la strutturazione di una “psicologia della mente” che presuppone una costante integrazione tra i livelli fondamentali che si definiscono come “emozioni”, “affetti”, “cognizioni”.
- Il processo integrativo che sta alla base dello sviluppo psichico dell’uomo diventa quindi la base fondamentale della terapia, lasciando intendere che ogni disturbo psichico ha la sua giustificazione in un disequilibrio della integrazione emotivo-affettiva.

# Metodica E.I.T.

- È un sistema che mira all'integrazione ed allo sviluppo delle potenzialità emotivo-affettive, attraverso diverse tecniche appropriate alle necessità ed ai bisogni terapeutici, che aprono la via a una strutturazione armonica e dinamica dell' Io e della personalità.

# Metodica E.I.T.

Il modello operativo passa inoltre attraverso:

- **L'uso della musica.** Questa applicazione risulta insostituibile perché attraverso il ritmo, il tono, l'intensità della musica si possono ottenere risposte psico-mentali precisamente voluti.
- L'uso della musica e la scelta delle melodie sono quindi strumenti per ottenere buoni risultati nell'E.I.T.



# Metodica E.I.T.

- **Il lavoro di gruppo.** Bisogna sottolineare l'importanza del gruppo in quanto viene utilizzato per arricchire le esperienze e per dare un senso di autostima fondata sul "valore" dell' *osservarsi* e dell' *osservare*. Il gruppo è formato da un certo numero di pazienti e da un numero praticamente uguale (1:1) di terapeuti e/o di parenti e caregivers.
- I parenti imparano a osservare e a riconoscere le potenzialità residue dei pazienti ed anche a condividere i miglioramenti di tipo motorio, emotivo ed affettivo che spesso risultano non solo insperati, ma veramente sorprendenti.



# Metodica E.I.T.

- Nel gruppo, i vissuti particolarmente carichi di emotività e di tensione vengono affrontati per ridare all'insieme oltre ad un senso di "comprensione" anche la sensazione che "insieme si possono vivere non solo cose belle, ma anche esperienze difficili".
- In questo modo il gruppo si dimostra integrato, unito e accogliente; permette di vivere emozioni ed affetti godendo la sicurezza di essere sempre accettati.
- Sono proprio questi sentimenti a fungere da "background" per poter iniziare un lavoro di integrazione emotivo-affettiva proprio perché il "sentirsi felici" è la fonte di energia per la strutturazione degli affetti.

# Metodica E.I.T.

- **Il corpo.** L' E.I.T. nasce dal riconoscimento dell'importanza dell'approccio corporale in psicoterapia. In questo modo, attraverso il contatto, il corpo ritrova un funzionamento normale e si permette la comparsa di materiale emotivo-affettivo che può essere utilizzato in forma di comunicazione perché la relazione facilita enormemente il "dialogo paziente-terapeuta".

# Metodica E.I.T.

**Obiettivi.** Tra gli obiettivi dell' E.I.T. si riconoscono:

- controllare la sintomatologia psico-comportamentale
- contenere e modulare le risposte emotive
- rafforzare le disponibilità affettive e relazionali
- fare emergere desideri di autoscoperta e volontà propositive nella ricerca di autonomia e di libertà
- fare scoprire nuovi desideri di "compliance"
- frenare la tendenza ad isolarsi e a "ristagnare" in qualche angolo e, quindi, fare assumere un ruolo da protagonista.

# Conclusioni

- L'Alzheimer è una *malattia inguaribile*, ma non si può dire che non sia "curabile".
- Si tratta di offrire al demente uno stato di benessere, una buona qualità di vita, un invecchiamento il più sopportabile possibile e, soprattutto, *libero da violenze, angosce, isolamento, indifferenza.*

# Conclusioni

- Bisogna tenere in conto che l'intervento in favore di questi pazienti si fonda su tre pilastri:

l'assistenza



la riabilitazione



la terapia

