



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Neuroscienze

CORSO DI LAUREA IN EDUCAZIONE PROFESSIONALE

Classe L/SNT2

Revisione della letteratura

**I RICORDI E LA MUSICA NELL'ALZHEIMER: UNA RICERCA  
PER IL LAVORO EDUCATIVO**

Relatrice: dott.ssa Maria Chiara Cianfriglia

Laureanda: Martina Pattarello

Matricola: 1093661

Anno accademico: 2016/2017

Sessione di laurea: aprile 2018



*Oggi tutto mi pare valicato*

*oggi il mio cuore*

*non è altro*

*che un battito di nostalgia*

Giuseppe Ungaretti, *Oggi*



# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b> .....	7
<b>CAPITOLO 1 - Metodologia di ricerca</b> .....	9
1.1 Processo di definizione delle domande di ricerca .....	9
1.2 Processo di selezione della letteratura .....	10
1.3 Definizione di <i>target</i> e obiettivi della revisione della letteratura .....	12
<b>CAPITOLO 2 - Quadro teorico di riferimento</b> .....	13
2.1 Anziano, anzianità e invecchiamento .....	13
2.1.1 Anzianità: una questione irrisolta .....	14
2.1.2 L'anzianità è una malattia? .....	15
2.2 Le demenze .....	17
2.2.1 Definizione di demenze .....	17
2.2.3 Classificazione delle forme di demenza .....	18
2.3 La demenza di Alzheimer .....	18
2.3.1 Anatomia patologica .....	19
2.3.2 Diagnosi e forme della demenza di Alzheimer.....	20
2.3.3 Evoluzione della patologia: decorso e sintomatologia.....	21
2.4 La memoria nell'Alzheimer .....	22
2.4.1 La storia di vita e l'identità nell'Alzheimer: quali bisogni? .....	24
2.5 Interventi non farmacologici .....	25
2.5.1 Interventi riabilitativi .....	26
2.5.2 Terapia della reminiscenza .....	27
<b>CAPITOLO 3 - Risultati della revisione della letteratura</b> .....	31
3.1 Terapia della reminiscenza: indeterminatezza tassonomica .....	31

3.2 Effetti della terapia della reminiscenza .....	33
3.2.1 Terapia della reminiscenza di gruppo .....	33
3.2.2 Terapia della reminiscenza individuale .....	40
3.3 La musica nella terapia della reminiscenza .....	44
3.3.1 Musica e memoria autobiografica .....	44
3.3.2 Reminiscenza e musica .....	48
3.4 Il conduttore della terapia della reminiscenza .....	50
<b>CAPITOLO 4 - Discussione .....</b>	<b>53</b>
4.1 Analisi dei risultati .....	53
4.1.1 I benefici e la struttura della terapia della reminiscenza .....	53
4.1.2 Il rapporto tra musica e ricordi negli interventi di reminiscenza .....	55
4.2 Riflessioni e implicazioni per la pratica educativa .....	56
4.2.1 Il ruolo dell'Educatore Professionale: gli interventi educativi.....	56
4.2.2 La diagnosi educativa iniziale .....	57
<b>CONCLUSIONE .....</b>	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>61</b>
<b>ALLEGATI .....</b>	<b>67</b>
ALLEGATO 1 – Schema del processo di selezione della letteratura .....	67
ALLEGATO 2 – Tavole riassuntive di estrazione dati .....	68

# INTRODUZIONE

## **Motivazioni della scelta del tema**

Il presente lavoro di tesi è una revisione della letteratura rispetto alla tematica del recupero dei ricordi autobiografici nell'anziano con demenza di Alzheimer, facendo particolare attenzione al ruolo della musica come strumento "facilitatore". L'interesse per questa tematica nasce da esperienze personali. In particolare, aver vissuto l'esperienza dell'Alzheimer durante l'infanzia mi ha portato a riflettere su questo argomento chiedendomi come fosse stato mio nonno prima della malattia. Di lui, infatti, ho solamente ricordi degli ultimi anni della sua vita e ciò che mi è stato raccontato dai miei familiari. Il fatto di aver vissuto da bambina questa situazione ha permesso di essere libera dal pensare che mio nonno fosse malato e ho avuto la possibilità di accettarlo così com'era, senza pensare che fosse un problema. Il lavoro di tesi nasce dalla volontà di essere consapevoli della malattia di Alzheimer e dell'importanza di coltivare la propria identità anche in questa situazione, ma anche dal bisogno di mantenere quello sguardo di pura accettazione che ha caratterizzato la mia infanzia. L'interesse per la musica, invece, deriva dallo studio extra-universitario che mi ha permesso di credere fortemente nelle potenzialità di questa forma d'arte non solo come attività culturale, ma anche come mezzo di comunicazione, relazione e benessere. La revisione della letteratura nasce, quindi, come un approfondimento su tematiche di interesse personale, ma è concepita come una ricerca da cui partire per poter progettare ed implementare interventi educativi in un futuro contesto lavorativo, per non lasciare che lo studio rimanga fine a se stesso, ma trovi una concretizzazione pratica per il lavoro dell'Educatore Professionale.

## **Introduzione al tema**

Coerentemente con la struttura di una revisione della letteratura, il lavoro di tesi è costituito da quattro capitoli. Il primo riguarda la metodologia di ricerca dove sono spiegati accuratamente l'oggetto di studio, le domande di ricerca, il *target*, gli obiettivi e i criteri utilizzati per la revisione. Il secondo capitolo include tutte le tematiche necessarie per comprendere appieno l'oggetto di studio, costituendo una sorta di

*background* indispensabile per lo svolgimento della ricerca; in particolare, sono state trattate le tematiche di anzianità, demenze, demenza di Alzheimer, memoria e identità nell'Alzheimer, interventi non farmacologici nell'Alzheimer e terapia della reminiscenza. Il terzo capitolo, invece, analizza in modo oggettivo i risultati raccolti con la revisione focalizzandosi sugli effetti della terapia della reminiscenza, la sua struttura, ma anche sul ruolo della musica al suo interno e sulle caratteristiche dei professionisti coinvolti. Infine, l'ultimo capitolo offre delle riflessioni critiche rispetto ai risultati raccolti e pone maggiore attenzione alle implicazioni pratiche per il lavoro dell'Educatore Professionale. A seguire si troverà una breve conclusione che analizza limiti, punti di forza e prospettive future della ricerca.



# CAPITOLO 1

## Metodologia di ricerca

In questo primo capitolo verranno descritte le scelte adottate per la realizzazione del lavoro di tesi. In particolare, verranno esplicitati il percorso che ha portato alla definizione delle domande e degli obiettivi di ricerca, e le modalità di selezione della letteratura scientifica. Tale processo è stato realizzato tra i mesi di ottobre e dicembre 2017.

### 1.1 Processo di definizione delle domande di ricerca

Innanzitutto è stato scelto l'oggetto di studio del lavoro di tesi secondo le motivazioni e gli interessi personali dello studente. Tale oggetto di studio è stato individuato nella terapia della reminiscenza rivolta ad anziani con demenza di Alzheimer. Per poter definire una specifica domanda di ricerca su tale argomento, è stata svolta un primo approfondimento bibliografico sulle principali aree riguardanti l'oggetto di studio: anzianità, demenze, demenza di Alzheimer, deficit di memoria e memoria autobiografica nell'Alzheimer, terapie non farmacologiche e terapia della reminiscenza. Tale approfondimento ha avuto lo scopo di creare un *background* di conoscenze indispensabili per poter successivamente definire la domanda di ricerca. Per realizzare questo *background*, sono state utilizzate fonti tradizionali: libri di testo reperiti nella biblioteca di Scienze dell'Educazione e della Formazione dell'Università degli Studi di Padova e forniti dal docente relatore. Tali fonti tradizionali sono state scelte seguendo tre criteri di inclusione: pertinenza all'oggetto di studio, lingue italiana e inglese, e prima pubblicazione in anni successivi al 1990. Da 24 fonti iniziali, con l'applicazione dei criteri, si è giunti ad un totale di 16 testi. Per le informazioni demografiche, invece, è stato preso in considerazione il sito dell'Istituto nazionale di statistica.

Grazie alle conoscenze acquisite con la ricerca per la realizzazione del *background*, è stato possibile definire due prime domande di ricerca attraverso l'utilizzo del PICO (*Patient, Intervention, Comparison, Outcome*): quali sono le evidenze scientifiche dell'efficacia degli interventi educativi basati sulla terapia della reminiscenza in anziani con demenza di Alzheimer? La musica può essere uno strumento efficace negli interventi educativi basati sulla terapia della reminiscenza in anziani con demenza di Alzheimer? Una prima ricerca nei database Cochrane Library, Google Scholar e PubMed, svolta combinando la parola chiave "*Alzheimer*" con "*Psychoeducational interventions*", "*Reminiscence therapy*" e "*Music*", ha rivelato che in letteratura scientifica non esistono interventi prettamente educativi basati sulla terapia della reminiscenza, ma vi sono interventi di altro tipo in cui, comunque, emergono aspetti rilevanti per la figura dell'Educatore Professionale. Si è quindi deciso di modificare le domande di ricerca come di seguito: quali sono le evidenze scientifiche dell'efficacia della terapia della reminiscenza in anziani con demenza di Alzheimer? La musica può essere uno strumento efficace negli interventi di terapia della reminiscenza in anziani con demenza di Alzheimer?

## **1.2 Processo di selezione della letteratura**

Sono stati ricercati gli articoli nei database Cochrane Library, Eric, Google Scholar e PubMed, utilizzando combinazioni delle parole chiave: "*Alzheimer*", "*Autobiographical memory*", "*Psychosocial interventions*", "*Reminiscence*", "*Reminiscence therapy*", "*Music*", "*Music recall*", "*Music enhance*", "*Effect*", "*Effectiveness*" e "*Quality of Life*". Durante questa ricerca, è emerso che la maggior parte degli articoli riguardanti l'efficacia della terapia della reminiscenza prendono in considerazione un campione composto da anziani con varie tipologie di demenza, proprio perché la terapia della reminiscenza non è una specifica per i malati di Alzheimer, ma è rivolta ai malati di demenza in generale. Si è deciso, quindi, di allargare la ricerca considerando non solo gli articoli riferiti alla demenza di Alzheimer, ma anche quelli riferiti alla demenza in generale. In tal senso, tra le parole chiave iniziali, è stato aggiunto il termine "*Dementia*".

Gli articoli sono stati inizialmente inclusi secondo tre criteri: disponibilità del testo integrale (*free full text available*), pertinenza all'oggetto di studio e lingue italiana e inglese. Gli articoli reperiti in questo modo sono stati 95. Per ridurre tale numero, sono stati successivamente definiti altri quattro criteri di esclusione. Sono stati esclusi:

1. gli articoli con data di pubblicazione precedente il 1990, per poter fare riferimento a studi non troppo datati;
2. gli articoli che studiano interventi in cui la terapia della reminiscenza è combinata con altre terapie non rilevanti per le domande di ricerca. Questo per ridurre il rischio di prendere in considerazione dei risultati di efficacia non riconducibili alla sola terapia della reminiscenza, bensì alla combinazione di più terapie;
3. gli articoli non rilevanti per le domande di ricerca. In particolare, sono stati esclusi gli studi che riportano evidenze scientifiche dell'uso della musicoterapia nel recupero della memoria autobiografica in pazienti con demenza, perché uno degli scopi del lavoro di tesi non è verificare l'efficacia della musica come terapia, ma verificare l'efficacia della musica come strumento "facilitatore" il recupero dei ricordi autobiografici all'interno di interventi basati sulla terapia della reminiscenza;
4. gli articoli con un campione di individui affetti da una demenza di cui viene specificata la tipologia e che risulta essere diversa dall'Alzheimer (es.: demenze vascolari o demenze fronto-temporali). Questo criterio di esclusione, ha permesso di includere da un lato gli articoli il cui campione è composto da soli individui con demenza di Alzheimer o da individui in cui il tipo di demenza non viene specificato, e dall'altro anche quegli articoli che considerano un campione eterogeneo per tipologia di demenza (tra cui risultino presenti anche soggetti con Alzheimer) e che analizzano i risultati separatamente a seconda del tipo di demenza.

Con l'applicazione di questi criteri, si è giunti a 49 articoli. Sono stati, quindi, introdotti altri due criteri che hanno permesso di escludere:

5. gli articoli con un campione composto da individui con età media inferiore ai 65 anni, perché l'oggetto di studio e le domande di ricerca fanno riferimento ad individui in età avanzata;
6. i *case report*, i manoscritti, le opinioni degli esperti e gli editoriali. La ricerca della letteratura scientifica ha fatto emergere come la tematica presa in considerazione sia un argomento molto specifico e, quindi, si è deciso di prendere in considerazione, oltre alle metanalisi, le revisioni sistematiche e gli studi clinici randomizzati, anche studi osservazionali come gli studi di caso, pur con la consapevolezza che una scelta di questo tipo porta a dover considerare articoli con un diverso grado di evidenza scientifica.

Tra i criteri non si fa riferimento alla collocazione geografica in cui sono stati svolti gli interventi analizzati negli articoli, perché la tematica trattata è molto specifica ed escludere alcune zone geografiche avrebbe comportato una considerevole riduzione del materiale ricercato. Si è deciso, quindi, di considerare gli articoli al di là della loro collocazione geografica, pur con la consapevolezza che i risultati potrebbero essere influenzati da fattori socio-culturali.

Al termine del processo si è giunti ad un totale di 28 articoli scientifici (ALLEGATO 1).

### **1.3 Definizione di *target* e obiettivi della revisione della letteratura**

Durante il processo di selezione della letteratura, sono stati definiti *target* e obiettivi del lavoro di tesi. Il *target* comprende persone anziane con demenza di Alzheimer o una diagnosi di demenza generica. Il primo obiettivo mira ad indagare le evidenze scientifiche rispetto all'efficacia della terapia della reminiscenza, mentre il secondo si focalizza sulle evidenze scientifiche rispetto alla capacità della musica di rievocare ricordi legati alla memoria autobiografica e alla propria storia di vita, nonché sugli effetti prodotti da tale rievocazione. Il terzo obiettivo, invece, si propone di descrivere e analizzare gli interventi di terapia della reminiscenza in cui la musica viene utilizzata come strumento principe nella rievocazione dei ricordi.

## CAPITOLO 2

### Quadro teorico di riferimento

In questo secondo capitolo verranno trattate diverse tematiche in grado di costruire una sorta di *background* di conoscenze indispensabili per lo sviluppo della domanda di ricerca del presente lavoro di tesi. In particolare, verranno sviluppati i temi di: anzianità, demenze, demenza di Alzheimer, memoria e identità nell'Alzheimer, interventi non farmacologici nell'Alzheimer e terapia della reminiscenza.

#### 2.1 Anziano, anzianità e invecchiamento

Negli ultimi decenni il fenomeno dell'invecchiamento ha raggiunto una portata globale modificando in modo significativo la struttura della società italiana. Tale fenomeno è il risultato dell'azione combinata di due determinanti demografiche: l'aumento della speranza di vita e l'abbassamento del tasso di fecondità. Secondo gli ultimi dati registrati dai demografi, la speranza di vita a 65 anni è di 22,0 anni per le donne e 18,7 anni per gli uomini, mentre le donne in età feconda continuano a posticipare e a comprimere il loro calendario riproduttivo (Istituto nazionale di statistica, 2015). Si attesta, quindi, un generale allungamento della longevità e un aumento della popolazione anziana, dovuti principalmente ai progressi della ricerca medica e scientifica e all'aumento del diffondersi di conoscenze che hanno prodotto dei cambiamenti comportamentali e nello stile di vita (Scortegagna, 2015). Gli effetti di questo *trend* non riguardano solo la popolazione in termini quantitativi, ma hanno anche una ricaduta a livello culturale e della qualità della vita della popolazione stessa. Si registra, infatti, un aumento del numero di anziani in condizioni di non-autosufficienza con la conseguente crescita della richiesta di assistenza continua, e, allo stesso tempo, un aumento della popolazione anziana attiva in grado di spendersi nella società come risorsa (Ciarrocchi, 2012).

### 2.1.1 Anzianità: una questione irrisolta

I demografi per poter attuare delle statistiche sulla popolazione anziana devono far riferimento al parametro dell'età anagrafica, ma nella vita quotidiana si riscontrano continuamente differenze individuali tra persone coetanee che evidenziano come l'età anagrafica non sia sufficiente per definire se una persona sia anziana o meno. Tartarelli (1996) esprime in modo chiaro questo concetto: *“è impossibile precisare su base scientifica e non arbitraria [...] l'inizio dell'età senile. Per fissare infatti questo termine ci si riferisce spesso a criteri convenzionali e sociali quali l'età del pensionamento”* (p. 22). Tra i criteri convenzionali che possono essere utilizzati vi sono: l'intervento di eventi biologici o fisici e il manifestarsi di alcuni fatti sociali come il pensionamento (Scortegagna, 2005). A seconda del criterio utilizzato si può definire l'ingresso nell'anzianità, ma tale fase della vita è molto lunga e al suo interno gli individui non hanno caratteristiche omogenee. Attualmente, in ragione a questa eterogeneità, si tende a scomporre il processo dell'invecchiamento in due periodi: la terza età, che comprende gli anziani usciti formalmente dalla vita attiva ma che conservano ancora una certa autonomia e vitalità, e la quarta età, che comprende gli anziani in una situazione di dipendenza per la manifestazione di un decadimento fisico (Scortegagna, 2005). In tal senso, anche l'anziano non può essere ricondotto ad un'unica definizione. Ciarrocchi (2012) suggerisce di parlare di “anzianità al plurale” e individua tre macro-categorie in cui può essere ricondotta la popolazione *over 65*: i giovani anziani, ossia gli anziani autonomi; gli anziani fragili, ossia gli anziani in una condizione di debolezza che li espone al rischio di diventare non-autonomi; e i grandi anziani, ossia gli anziani non-autosufficienti (Ciarrocchi, 2012). La difficoltà a definire la fase dell'anzianità e l'anziano, trova uno specchio nell'eterogeneità terminologica che viene utilizzata per parlare di questo argomento. Scortegagna (2005) sottolinea come negli ultimi decenni si sia scritto moltissimo sul tema dell'anzianità senza però giungere ad una definizione condivisa e riporta le espressioni più utilizzate: *“terza e quarta età, seniorità, maturità, età d'argento, età della senescenza, anzianità, vecchiaia e vecchiezza”* (p. 10). Ma, qualsiasi sia l'espressione o il termine utilizzato, il suo significato è fortemente influenzato dalla cultura della società di riferimento e questo permette di spiegare perché, quando si parla di invecchiamento, spesso lo si associa ad un significato

negativo legato ai concetti di “*sopravvivenza, inutilità, dipendenza*” (Tartarelli, 1996, p. 11), ma anche “*perdita, decadimento e deficit*” (Bobbo, 2012, p. 112).

### **2.1.2 L’anzianità è una malattia?**

La connotazione negativa dell’anzianità ha origini profonde e spesso è strettamente legata al concetto di malattia. A scopo esemplificativo, possono essere citati gli autori latini Terenzio e Agostino che, parlando della vecchiaia, scrivono rispettivamente: “*senectus ipsa morbus*” e “*senectus longa infirmitas*” (in Tartarelli, 1996, p. 21). Ma l’anzianità non è malattia, infatti quest’ultima può essere definita come “*una perdita di salute provocata da un evento che interrompe una condizione di «normalità» del sistema vitale*” (Scortegagna, 2005). È necessario, quindi, definire qual è la “normalità” dell’anzianità. Tartarelli (1996) suggerisce di prendere in considerazione il deficit come “*possibile tratto di quel ciclo di vita chiamato terza (o quarta) età*” (p. 15). Secondo quest’ottica, la malattia o il deficit risultano essere delle possibilità all’interno di una fase della vita, l’anzianità, caratterizzata dalla fragilità come condizione di normalità. Si parla di “normalità fragile” in quanto essa è molto esposta al rischio di rottura dell’equilibrio: gli apparati biologici, i sistemi di relazioni sociali e di appartenenza, e le dimensioni psichiche sono interessati da un generale processo di declino. In tal senso, si possono prendere in considerazione tre aspetti distinti dell’anzianità: la fisiologia del processo di invecchiamento, le patologie ad esso correlate e le patologie non correlate (Scortegagna, 2005). Di seguito verranno descritti brevemente i primi due aspetti.

**Il processo fisiologico dell’invecchiamento** è caratterizzato da modificazioni che coinvolgono gli aspetti fisici, biologici, cognitivi, sociali, affettivi e psichici della persona. L’anziano è soggetto a un declino di diverse funzioni e apparati che influisce da un lato sulle prestazioni fisiche, con la possibilità dell’insorgere di problemi nella vita indipendente, e dall’altro sull’aspetto fisico della persona, con un’importante ricaduta sull’immagine di sé (Bobbo, 2012). Si registra, inoltre, un deterioramento cognitivo per quanto riguarda le funzioni di: percezione, attenzione, linguaggio e memoria. La modificazione della percezione è spesso legata al deterioramento delle funzioni sensoriali che, perdendo la loro precisione, possono portare ad una percezione sfalsata della situazione da parte dell’anziano. L’attenzione è caratterizzata da una

diminuzione dell'efficienza nella sua funzione selettiva, ossia nella capacità di concentrarsi su un oggetto specifico selezionando le diverse fonti di stimolazione. Tra le funzioni del linguaggio, la funzione semantica è soggetta a declino, comportando nell'anziano una riduzione della capacità di denominazione. Per quanto riguarda la memoria, si registra un deterioramento della memoria di lavoro soprattutto nella velocità e nell'accuratezza nello svolgimento dei compiti, mentre la memoria a lungo termine vede una diminuzione della sua funzione episodica, comportando difficoltà nel collocare una particolare informazione in un tempo e in uno spazio definito, rendendo così complesso ricordare elementi significativi della propria vita (Moser, Pezzati & Luban-Plozza, 2002). Nell'anziano, quindi, di frequente si verifica: un cambiamento delle strategie di apprendimento, prediligendo l'apprendimento *by doing*; la tendenza del pensiero a farsi minuzioso, infantile, ma allo stesso tempo complesso e macchinoso; una riduzione della capacità di adattamento sociale; e un abbassamento del tono umorale (Bobbo, 2012; Tartarelli, 1996).

La fragilità che caratterizza il processo di invecchiamento espone, però, l'anziano alla possibilità di incorrere in **patologie correlate all'invecchiamento** tra cui: la sindrome da immobilizzazione, ossia un insieme di alterazioni funzionali e anatomiche causate da una generale riduzione del movimento o da una prolungata permanenza a letto; la frattura post caduta che può essere l'effetto di cause interne dell'organismo, come la riduzione dell'equilibrio, l'indebolimento delle funzioni sensoriali o mentali ma anche la presenza di patologie osteoarticolari, o esterne come le barriere architettoniche o l'inadeguatezza degli ambienti di vita; le patologie dell'apparato cerebrovascolare, come trombosi, embolie, emorragie ed ictus; la demenza, ossia un insieme di deficit di memoria e di altre funzioni intellettive come l'orientamento spazio-temporale, il linguaggio, le funzioni esecutive, il riconoscimento di oggetti e persone, e le modificazioni del tono dell'umore (Scortegagna, 2005). Mentre nel processo fisiologico dell'invecchiamento l'anziano conserva una propria autonomia, sebbene con modalità e tempi diversi, quando subentra una condizione patologica, egli diviene sempre meno autosufficiente (Carbone, 2007/2013, p. 21). È questo il caso delle demenze.



## **2.2 Le demenze**

Le demenze rientrano tra le patologie correlate all'invecchiamento. La loro prevalenza, infatti, è età dipendente ed è del 6.4% sopra i 65 anni, salendo fino al 30% per gli *over 85* (Perini, 2006/2015). Esse rappresentano, nei paesi occidentali, una delle cause di disabilità più importanti negli *over 65* e, in Italia, costituiscono la sesta causa di morte (Istat, 2012; Perini, 2006/2015). La prevalenza aumenta con l'età e raggiunge il picco massimo tra i 90 e i 95 anni, con una maggiore frequenza nel sesso femminile. Essa, però, è diversa a seconda delle specifiche forme di demenza: le forme più frequenti sono la demenza di Alzheimer (50-60% delle demenze) e le demenze vascolari (10-20% delle demenze) (Carbone, 2007/2013).

### **2.2.1 Definizione di demenze**

Le demenze possono essere definite come un *“gruppo di patologie acquisite, croniche e progressive del sistema nervoso centrale”* (Perini, 2006/2015). Queste patologie differiscono per esordio, sintomi, decorso ed eziologia, ma hanno alcune caratteristiche in comune. Il termine *“demenza”* attualmente viene ancora molto utilizzato, ma con il DSM-5 trova una denominazione diversa nell'espressione *“severi o moderati disordini neurocognitivi”*. Tali disordini possono essere descritti come lo sviluppo di un severo/modesto declino cognitivo, rispetto ad un livello di funzionamento precedentemente raggiunto, che riguarda uno o più domini cognitivi (attenzione, funzioni esecutive, apprendimento e memoria, linguaggio, percezione). Tale declino risulta evidente all'individuo stesso o ad altre persone con cui è a contatto ed è sostenuto dalla presenza di un severo/modesto danno nelle funzioni cognitive, documentato da test neuropsicologici validati o da altre valutazioni cliniche. I deficit cognitivi non sono presenti esclusivamente durante il decorso di un delirium e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale. Le demenze si possono distinguere in severe o lievi a seconda che vi sia o meno una compromissione nell'autonomia del funzionamento legato alle attività quotidiane (Blazer et al., 2013). Inoltre, ai deficit cognitivi, spesso sono associati sintomi comportamentali (es.: agitazione, delirii, allucinazioni, fughe, grida, apatia e disturbi del sonno) e affettivi (es.: sentimenti di ansia, depressione, atteggiamenti suicidi, tentativi di negazione della patologia) (Blazer et al., 2013; Bruce, Hodgson & Schweitzer, 2003; Perini, 2006/2015).

### **2.2.2 Classificazione delle forme di demenza**

Esistono diverse forme di demenza che differiscono per esordio, sintomi, decorso ed eziologia. Le modalità per classificarle sono numerose e prendono in considerazione l'eziopatogenesi, la possibilità di reversibilità e le lesioni delle strutture anatomiche del cervello. Prendendo in considerazione l'eziopatogenesi, ossia focalizzandosi sulle cause che portano all'insorgere di una forma di demenza, le demenze possono essere classificate in: demenze primarie o degenerative, che comprendono tutti i tipi di demenza che sono dovuti a malattie che colpiscono direttamente il tessuto cerebrale, e demenze secondarie, che comprendono tutte le demenze che sono dovute a cause vascolari o ad altre malattie del cervello o di altri organi o ad intossicazioni o disturbi metabolici (Carbone, 2007/2013). Il DSM-5 propone una classificazione basata sull'eziopatogenesi che distingue le demenze in tredici sottotipi: d. di Alzheimer, d. fronto-temporali, d. a corpi di Lewy, d. vascolari, d. dovute a trauma cranico, d. dovute ad uso di sostanze o farmaci, d. dovute ad HIV, d. dovute a malattie da prioni, d. dovute alla malattia di Parkinson, d. dovute alla corea di Huntington, d. dovute ad altre condizioni mediche, d. a eziologia multipla e d. non altrimenti specificate (Blazer et al., 2013). Le demenze possono essere, poi, distinte in reversibili ed in irreversibili, a seconda che si possa o meno intervenire in modo risolutivo sulla causa che ne ha provocato l'insorgenza. Le forme reversibili sono molto poche, si stima che una forma secondaria su 10 possa essere parzialmente reversibile. Infine, un'altra classificazione molto usata prende in considerazione le lesioni delle strutture anatomiche del cervello, suddividendo le demenze in: demenze corticali, quando le lesioni sono a carico della corteccia cerebrale; demenze sottocorticali, quando le lesioni sono localizzate sotto la corteccia; demenze "miste", quando c'è una compresenza di entrambe le lesioni (Carbone, 2007/2013).

### **2.3 La demenza di Alzheimer**

Tra le demenze degenerative primarie, la più frequente e conosciuta è la demenza di Alzheimer. Questa patologia prende il nome dal neurologo tedesco, Alois Alzheimer (1864 - 1915), che nel 1906 descrisse quello che viene considerato il primo caso clinico

di tale demenza. Egli annotò i sintomi di una paziente, Auguste D. (1850 - 1906), affetta da una patologia che non poteva, per le sue peculiarità, essere inserita in nessuna delle malattie all'epoca conosciute. Alzheimer scoprì e studiò questa demenza, ma si iniziò ad adottare la dizione "morbo di Alzheimer" e le successive varianti dal 1910 quando lo psichiatra tedesco Emil Kraepelin (1856 - 1926) parlò di questa patologia nella ripubblicazione del suo *Trattato di Psichiatria* (Carbone, 2007/2013; Iurlaro, 2013; Quattropiani & Coppola, 2013). Oggi la demenza di Alzheimer può essere definita come una demenza degenerativa del Sistema Nervoso Centrale caratterizzata da un deterioramento cognitivo cronico progressivo e un esordio insidioso in assenza di deficit neurologici specifici (Iurlaro, 2013; Marfisi, 2012; Quattropiani & Coppola, 2013).

### **2.3.1 Anatomia patologica**

L'organo soggetto a modificazioni anatomiche nella demenza di Alzheimer è il cervello. Se ne possono descrivere i principali cambiamenti strutturali a cui va incontro durante il decorso della patologia, pur tuttavia tenendo in considerazione che le modalità e la gravità di tali modificazioni sono soggette a variabilità individuale (Iurlaro, 2013). Le principali modificazioni anatomiche del cervello sono: atrofia ippocampale, atrofia corticale, degenerazione e perdita neuronale, placche amiloidi e grovigli neurofibrillari. Sono questi ultimi due aspetti che caratterizzano particolarmente la demenza di Alzheimer. Le placche amiloidi, o placche senili, sono placche dure insolubili costituite prevalentemente dal peptide  $\beta$ -amiloide che normalmente viene eliminato ma che, nella patologia di Alzheimer, per ragioni non ancora note, si accumula. I grovigli neurofibrillari, invece, sono fibre di proteina *tau* iperfosforilata contorte e insolubili situate all'interno dei neuroni del cervello (Boccardi, 2007/2012; Carbone, 2007/2013; Iurlaro, 2013; Quattropiani & Coppola, 2013). Le ragioni di queste modificazioni anatomiche sono ancora poco chiare, si ipotizza che l'insorgere della patologia sia dovuto ad un'alterazione del funzionamento delle preseniline 1 e 2 (PS1 e PS2) che, a causa del loro malfunzionamento, provocano un taglio patogenico della proteina precursore dell'amiloide (APP), con il suo conseguente accumulo. Questo accumulo ha, come risultato finale, la morte delle cellule nervose (Carbone, 2007/2013; Perini, 2006/2015).

### 2.3.2 Diagnosi e forme della demenza di Alzheimer

Non esistono marcatori biologici che permettono di formulare con certezza la diagnosi di Alzheimer durante la presa in carico, poiché si può definire in modo certo la presenza di tale patologia solo mediante l'esame istopatologico al cervello *post mortem* (Carbone, 2007/2013; Marfisi, 2012; Quattropani & Coppola, 2013). In questo senso, fare diagnosi di demenza di Alzheimer ad un paziente in vita può risultare complesso. Marfisi (2012) riporta i criteri diagnostici proposti dal NINCDS-ADRDA (*National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer's Disease and Related Disorders Association*). Tali criteri nascono in riferimento alla tendenza, degli ultimi anni, della pratica clinica ad usare protocolli diagnostici differenziali, ossia che si basano sull'esclusione di altre patologie che potrebbero causare sintomi simili all'Alzheimer. La classificazione del NINCDS-ADRDA permette di formulare diagnosi di demenza di Alzheimer "probabile" "possibile" e "certa". La diagnosi di demenza di Alzheimer "probabile" si basa sul riscontro di caratteristiche cliniche tipiche (esordio insidioso, decorso progressivo, normale stato di coscienza, deficit di due o più aree cognitive compresa la memoria) e sull'esclusione di patologie intracerebrali o malattie sistemiche che possono causare demenza. La diagnosi di demenza di Alzheimer "possibile" viene proposta per quei pazienti che hanno caratteristiche cliniche atipiche (es.: decorso non progressivo o esordio con deficit focale) in assenza di un'altra causa identificabile e per quei soggetti che presentano malattie cerebrali o sistemiche coesistenti che, tuttavia, non si ritiene possano essere la causa della demenza. Infine, la diagnosi di demenza di Alzheimer "certa" si basa sul soddisfacimento dei criteri di probabilità e sul riscontro delle caratteristiche lesioni della patologia attraverso esame autoptico o bioptico. All'interno della diagnosi di demenza di Alzheimer sono comprese sia le forme presenili (25% dei casi) ad insorgenza precoce, prima dei 65 anni, sia le forme senili (75% dei casi) ad insorgenza più tardiva, dopo i 65 anni, poiché si ritiene che entrambe siano espressione di un unico processo patologico che però, a seconda della diversa età di insorgenza, può assumere aspetti diversi sia sul piano clinico sia patologico e biochimico (Carbone, 2007/2013; Marfisi, 2012). Le forme della demenza di Alzheimer possono essere distinte anche in base alla familiarità, distinguendo tra le forme sporadiche (circa il 75% dei casi), che colpiscono

un solo membro della famiglia, e le forme familiari (circa il 25% dei casi), che colpiscono più membri di una stessa famiglia (Carbone, 2007/2013).

### **2.3.3 Evoluzione della patologia: decorso e sintomatologia**

La letteratura tende a non esprimersi in termini assoluti sui valori di sopravvivenza dei malati di Alzheimer e preferisce indicare dei *range* temporali all'interno dei quali è verosimile che si trovi il valore di sopravvivenza medio. Tale valore si assesta generalmente tra i 7 e i 15 anni di vita dal momento della diagnosi (Carbone, 2007/2013; Iurlaro, 2013; Marfisi, 2012; Perini, 2006/2015; Quattropani & Coppola, 2013). Il decorso della patologia è lento e progressivo, e viene convenzionalmente suddiviso in tre o quattro grandi fasi. Tale suddivisione ha un valore puramente orientativo, perché il decorso della patologia è soggetto in parte a variabilità individuale, e quindi le fasi servono principalmente per indicare a chi si occupa della persona malata quali sono le caratteristiche evolutive della patologia al fine di poter strutturare in modo efficace le risposte ai bisogni della persona (Iurlaro, 2013). Si è deciso di prendere in considerazione la classificazione che delinea tre fasi di evoluzione. Queste generalmente sono così denominate: fase iniziale o lieve, fase intermedia o moderata e fase terminale o grave. La fase iniziale o lieve (durata media 2-4 anni) è caratterizzata da difficoltà ad apprendere cose nuove, iniziali difficoltà di memoria soprattutto per gli episodi recenti, lieve compromissione spazio-temporale, iniziale compromissione nel linguaggio, specialmente difficoltà nel trovare la parola giusta, e difficoltà nell'eseguire problemi complessi. Tutti questi sintomi cognitivi si riflettono in una lieve compromissione della gestione delle attività domestiche, lavorative e sociali. La persona malata è consapevole di queste difficoltà e tende a reagirvi in modo ansioso o depressivo, attuando comportamenti volti a compensarle e nasconderle attraverso scuse e giustificazioni. Il rischio legato a questa prima fase è quello di confondere le prime avvisaglie del progredire della demenza di Alzheimer con le caratteristiche di un fisiologico invecchiamento della persona (CAP. 2 paragrafo 2.1.2). La fase intermedia o moderata (durata media 2-10 anni) rappresenta un aggravamento dei sintomi cognitivi precedenti, in particolare si accentuano i disturbi della memoria che non riguardano più solamente la memoria recente, ma anche quella remota, aumentano le difficoltà ad orientarsi (disorientamento spazio-temporale e topografico), peggiora il linguaggio con

difficoltà non solo nel parlare, ma anche nella comprensione, si manifestano difficoltà nel riconoscimento di persone care e compaiono difficoltà nell'eseguire azioni complesse o che richiedono una programmazione. Tali sintomi interferiscono con l'autonomia della persona che diviene sempre più dipendente dagli altri per svolgere attività lavorative, sociali, domestiche e legate alla cura di sé. Da un punto di vista comportamentale, possono comparire disturbi quali vagabondaggio, affaccendamento e disturbi vegetativi, come inappetenza ed insonnia. Il rischio di questa seconda fase è quello di indurre nella persona una sorta di "disabilità in eccesso", sostituendosi ad essa anche in quei compiti che sarebbe in grado di compiere da sola, anche se con modalità e tempi diversi. La fase terminale o grave (durata media 3 anni) rappresenta un progressivo e più rapido deterioramento delle funzioni cognitive, ma anche vegetative, che portano la persona malata a divenire sempre più dipendente fino a raggiungere una condizione di totale assistenza. In particolare, in questa fase vi è una gravissima perdita di memoria di cui rimangono solo pochi frammenti, completo disorientamento spazio-temporale, incapacità di riconoscere i propri cari, mutismo o, se presente, linguaggio in cui sono compromesse gravemente sia la parola che la comprensione. Compaiono e si aggravano, inoltre, comportamenti stereotipati, agitazione, irritabilità, inappetenza, alterazione del ritmo sonno-veglia, difficoltà di deambulazione con il rischio di cadute e incontinenza. Vi è un progressivo peggioramento dei sintomi che porta la persona ad una condizione di allettamento e di dipendenza nell'alimentazione e nella cura di sé. Il decesso, in genere, avviene per processi infettivi per lo più vescicali e broncopolmonari (Boccardi, 2007/2012; Carbone, 2007/2013; Iurlaro, 2013; Perini, 2006/2015).

## **2.4 La memoria nell'Alzheimer**

La memoria è la funzione che, nella demenza di Alzheimer, risulta più compromessa. I disturbi di memoria, specialmente in una fase più avanzata, sono difficilmente isolabili dagli altri deficit cognitivi e dal generale stato di confusione in cui vive il paziente. Inoltre, anche i singoli deficit di memoria risultano difficilmente discriminabili tra loro, poiché le funzioni mnestiche tendono a lavorare in sinergia e quindi la compromissione di una funzione spesso comporta dei cambiamenti anche nelle altre funzioni coinvolte (Quattropani & Coppola, 2013). Nonostante ciò, è importante

sottolineare che la memoria nei pazienti con demenza di Alzheimer non è compromessa interamente. Si ritiene innanzitutto che vi sia una maggiore compromissione della memoria nel suo utilizzo secondo una modalità esplicita (volontaria, esprimibile verbalmente) rispetto al suo utilizzo secondo una modalità implicita (indotta da stimoli esterni). Per cui, ad esempio, la persona malata può non essere in grado di dire il nome di suo figlio, ma, presentandole tre nomi possibili, generalmente è in grado di dire con sicurezza qual è quello corretto (Boccardi, 2007/2012). In tal senso, la memoria implicita per eccellenza, ossia la memoria procedurale che ha il ruolo di ricordare “come fare le cose” in modo spesso automatico, rimane a lungo preservata. La memoria a breve termine, che ha un ruolo centrale nell’apprendimento esplicito di nuove informazioni, e la memoria di lavoro, con il ruolo di mantenere disponibili in modo cosciente gli elementi su cui le altre funzioni devono lavorare, sono invece compromesse precocemente e caratterizzano le prime fasi della patologia: la persona malata può vivere, numerose volte nell’arco di una stessa giornata, episodi di dimenticanze come entrare in una stanza senza ricordare che cosa avrebbe dovuto fare al suo interno. Similmente, la memoria prospettica o memoria del futuro, cioè il ricordo della sequenza di attività da svolgere per la risoluzione di un problema o per il raggiungimento di un obiettivo, presenta vulnerabilità già nelle fasi iniziali della patologia. Il deficit di memoria si estende alla memoria a lungo termine dal momento in cui la persona malata non riesce a consolidare nuovi ricordi. Appartenente alla memoria a lungo termine vi è la memoria semantica che ha il ruolo di fornire una conoscenza generale del mondo e che, nella demenza di Alzheimer, subisce un deterioramento molto lento che solitamente riguarda le fasi molto avanzate. Per quanto riguarda la memoria episodica, nelle fasi iniziali, si evidenzia un deficit di memoria anterogrado, ossia riguardante gli eventi avvenuti dopo l’insorgere della patologia. Col progredire della demenza, però, si nota un coinvolgimento sempre più ampio dei ricordi appresi in passato (deficit di memoria retrogrado). In questo caso i pazienti vivono uno smarrimento esistenziale, non ricordano più eventi ben appresi in passato: si parla in questo caso di deficit della memoria autobiografica, presenti già nelle prime fasi della malattia. La persona malata prova una difficoltà pervasiva nel recuperare un’informazione passata e, inoltre, quei ricordi che riesce a recuperare appaiono lacunosi, frammentari e non collocabili in un tempo cronologico specifico, perché

appartenenti ad un passato indefinito (Boccardi, 2007/2012; Marfisi, 2012; Quattropiani & Coppola, 2013).

#### **2.4.1 La storia di vita e l'identità nell'Alzheimer: quali bisogni?**

La storia di vita di una persona è ricordata e rielaborata nelle narrazioni di sé che possono essere definite come *“una sorta di autobiografie non scritte nelle quali rientrano le esperienze compiute sul piano umano e relazionale, rielaborate e dotate di un significato che diviene ricordo, i valori ricevuti dalla propria famiglia, le conoscenze teoriche e pratiche acquisite nei percorsi di istruzione formale e nelle esperienze informali, e i riferimenti ideali della comunità di cui è parte”* (Bobbo, 2012, p. 49). Quindi, quando si parla di deficit della memoria autobiografica, non si può pensare alla sola perdita di informazioni e conoscenze personali, poiché il ricordo di sé è sempre legato ad aspetti emotivi e affettivi riconducibili ad esperienze compiute e persone significative che sono state essenziali per divenire ciò che la persona è oggi: grazie alla memoria autobiografica *“ogni individuo ricrea nel presente il suo passato e il passato incorpora il suo presente”* (Quattropiani & Coppola, 2013, p. 42). La perdita di queste informazioni, esperienze, ricordi della propria storia di vita crea uno sconvolgimento emozionale che porta ad una vera e propria aggressione dell'identità personale: la persona può non ricordare chi è, può confondere le proprie identità multiple o confondere le proprie identità presenti con quelle passate (Bobbo, 2012; Boccardi, 2007/2012). Ma alcuni studi hanno dimostrato che, nella persona con demenza di Alzheimer, il Sé non è totalmente inesistente, ma si configura come un *“Sé obsoleto”*, ossia non aggiornato (Quattropiani & Coppola, 2013, p. 46). Spesso, infatti, nel paziente si osserva una tendenza a vivere nel passato riferendo la realtà presente a figure, contesti ed ambienti propri dell'autobiografia remota. Ad esempio, la persona malata può scambiare i figli per i propri genitori. La persona che non ricorda chi è, o lo ricorda a tratti, in modo confuso, si ritrova progressivamente in uno stato di isolamento in cui vengono persi i legami con i propri affetti, con se stessi, con la propria storia di vita e la propria identità (Marfisi, 2012). In questa situazione, il malato prova spesso sentimenti di ansia ed insicurezza manifestando un crescente bisogno di rimanere vicino a una persona significativa e aggrappandosi ai frammentari ricordi personali, tendendo a ripeterli per provare un senso di sicurezza. La difficoltà ad accedere al ricordo, non



priva la persona solamente della consapevolezza di sé e di uno stato di sicurezza, ma crea anche una perdita di senso del presente e del futuro: il paziente, privato dei ricordi delle proprie esperienze, non riesce a dare senso a quello che sta accadendo in quel momento e non riesce a progettare il proprio futuro (Bruce et al., 2003). La persona che vive questo smarrimento di sé ha quindi bisogno di sperimentare una propria coerenza, ricostruire la propria narrazione di sé e riconquistare una base sicura interna, ossia un rapporto di attaccamento significativo con un altro individuo, da cui si senta amato, riconosciuto e dal quale possa ricevere aiuto in caso di difficoltà (Bobbo, 2012).

## **2.5 Interventi non farmacologici**

Per la gestione della demenza di Alzheimer si utilizzano sia terapie farmacologiche sia interventi non farmacologici. Mentre le prime prevedono l'uso di farmaci per lo più sintomatici e si pongono come obiettivi il rallentamento della progressione del deterioramento cognitivo e il controllo dei sintomi comportamentali più invalidanti (Carbone, 2007/2013), i secondi hanno caratteristiche che non possono essere ricondotte al solo ambito medico. L'obiettivo che accumuna tutti gli interventi non farmacologici prende in considerazione come parametro principe la qualità della vita della persona con demenza di Alzheimer (Carbone, 2007/2013; Marfisi, 2012). Tale obiettivo consiste nel *“ridurre l'impatto funzionale delle disabilità derivanti dalla malattia e mantenere il più elevato livello di autonomia per migliorare la qualità di vita del paziente e della sua famiglia”* (Carbone, 2007/2013, p. 64). In particolare, gli interventi non farmacologici, mirano a: promuovere le capacità di fronteggiare i problemi della vita quotidiana, potenziare l'autostima e il benessere, stimolare le risorse funzionali residue, raggiungere il miglior livello di vita possibile e, per i familiari e *caregiver*, offrire sostegno nella gestione e comprensione della patologia (Marfisi, 2012). Gli interventi, quindi, sono rivolti al paziente, ma anche alla famiglia e all'ambiente in cui vive la persona malata. In questo lavoro di tesi, verranno approfonditi gli interventi rivolti al paziente.

### 1.5.1 Gli interventi riabilitativi

Gli interventi rivolti al paziente sono di tipo “riabilitativo”, ossia sono finalizzati a ridurre l’impatto della patologia, in termini di deficit cognitivi, deficit funzionali e disturbi affettivi, psicotici e comportamentali (Carbone, 2007/2013; Marfisi, 2012). Data la natura progressiva dell’Alzheimer, gli interventi riabilitativi non sono volti alla guarigione (*restitutio ad integrum* delle funzioni deficitarie), ma ad un rallentamento del deterioramento delle funzioni e alla preservazione della qualità della vita della persona. Sono quindi interventi riabilitativi di mantenimento, perché l’obiettivo è quello di mantenere in attività le funzioni residue della persona. Il tipo di stimolazione che l’intervento propone deve essere adatto alla gravità della fase della patologia; generalmente, risulta più efficace partire con la realizzazione di interventi di riabilitazione cognitiva, per poi passare, con l’aggravarsi della patologia, ad interventi di stimolazione emozionale o sensoriale per i sintomi comportamentali delle fasi più gravi della demenza. Si cerca, quindi, di porre maggiore attenzione alle abilità residue del paziente per poterle mantenere in attività e offrire alla persona la possibilità di sperimentare una propria autonomia (Carbone, 2007/2013). Affinché l’intervento risulti efficace, è necessario tener conto di alcuni accorgimenti: l’intensità delle stimolazioni deve essere calibrata a seconda delle abilità residue ed essere leggermente superiore rispetto al livello funzionale dell’individuo (Carbone, 2007/2013); l’intervento deve essere quanto più personalizzato possibile, non solo in termini di quadro diagnostico ma anche di preferenze personali, perché la persona tende a sentirsi più stimolata e ad impegnarsi maggiormente in attività a lei piacevoli (Carbone, 2007/2013; Marfisi, 2012); l’operatore o il *caregiver* deve resistere alla tentazione di sostituirsi alla persona malata e aspettare i tempi fisiologici con cui il paziente lavora (Boccardi, 2007/2012). Ogni intervento riabilitativo può essere individuale o di gruppo e non può prescindere dall’essere integrato con altri aspetti del progetto terapeutico (es.: terapia farmacologica, attività di riattivazione motoria, ecc.) (Carbone, 2007/2013). Gli interventi riabilitativi possono essere classificati in modi diversi a seconda degli obiettivi che si pongono, specialmente a seconda del tipo di stimolazione (cognitiva, emotiva, sensoriale). Prima di prendere in considerazione una di queste classificazioni, è necessario essere consapevoli che ogni intervento si pone come specifico per una determinata stimolazione, ma nella sua realizzazione stimola anche funzioni “altre” rispetto a quella

di elezione; come afferma Boccardi (2007/2012), *“l’esito di un intervento riabilitativo specifico può imprevedibilmente estendersi ad altre funzioni non considerate”* (pp. 153-154). La classificazione che propone Marfisi (2012) si rifà a quella elaborata dall’*American Psychiatric Association* nel 1997 e prevede la suddivisione degli interventi a seconda degli approcci utilizzati: approcci cognitivi, a cui appartengono il *Memory Training* (MT) e la Terapia di Orientamento alla Realtà (ROT); approcci emotivi, a cui appartengono la psicoterapia di supporto (SP), la terapia della reminiscenza (RT), la terapia di validazione (VT), i programmi di integrazione sensoriale (SI) e la terapia della presenza simulata (SP); approcci di stimolazione che comprendono attività occupazionali, *pet therapy*, musicoterapia, danzaterapia e arteterapia; approcci comportamentali, a cui appartengono la terapia comportamentale (BT), la terapia di rimotivazione e la terapia contestuale (MT) (Marfisi, 2012). In questo lavoro di tesi, si porrà l’attenzione sulla terapia della reminiscenza, ossia l’intervento riabilitativo che è maggiormente orientato al recupero dei ricordi e alla stimolazione della memoria autobiografica della persona.

### **1.5.2 La terapia della reminiscenza**

La terapia della reminiscenza prende il suo nome dal termine inglese *“reminiscence”*, che in letteratura scientifica viene utilizzato per indicare pratiche riabilitative in grado di rievocare i ricordi passati nelle persone anziane affette da demenza. In italiano, tale termine, tradotto appunto con *“reminiscenza”*, trova sfumature di significato diverse, tra cui il ricordarsi in modo vago e impreciso di una cosa quasi dimenticata, ma anche l’esito di tale processo (Bruce et al., 2003). Nella letteratura scientifica, però, sono utilizzati anche altri termini tra cui *“life review, oral history, autobiography, family folklore, family stories e milestone therapy”* (Carbone, 2007/2013, p. 70). Nella loro applicazione riabilitativa, gli interventi di reminiscenza si basano sulla *“naturale tendenza dell’anziano a rievocare i ricordi del passato”* (Marfisi, 2012, p. 66) e sono rivolti tendenzialmente a pazienti con demenza di grado lieve/moderato (Carbone, 2007/2013). Nell’anzianità, la necessità di raccontarsi, di riguardare al proprio passato, si configura sempre più come un’emergenza: sembra che *“il battersi contro l’oblio”* diventi *“una ragione di sopravvivenza”* (Demetrio, 1996/2014, p. 59), perché ricordare ciò che si è stati permette di continuare ad avere una

propria identità riconoscibile e riconosciuta da se stessi e dagli altri. Allo stesso tempo, permette anche di avere una base da cui partire per dare senso e progettualità al proprio presente (Demetrio, 1996/2014): è grazie alla possibilità di avere un passato, di avere il ricordo delle esperienze compiute, che permette alla persona di agire nel mondo e con gli altri.

La reminiscenza pone, quindi, enfasi sull'importanza dei ricordi e del ricordare. Ricordare comporta, in tutti gli individui, dei vantaggi: promuove l'autostima e aumenta la motivazione (pensare alle esperienze e ai successi compiuti nel passato può essere utile per superare le sfide del presente), conserva l'identità favorendo una coerenza nell'immagine di sé, incoraggia le persone a divenire narratori e memoria di ciò che è stato, consente di parlare di argomenti che si conoscono favorendo la socializzazione, facilita la rielaborazione di perdite personali e il processo di revisione della propria vita (Dynes, 1998/2016). A maggior ragione, il ricordare risulta essere un processo terapeutico per quelle persone che, come gli individui affetti da Alzheimer, hanno una memoria frammentaria della propria vita. La terapia della reminiscenza, ha quindi lo scopo di stimolare la persona malata a *“pensare o parlare della propria esperienza di vita”* condividendo le proprie memorie con gli altri e riflettendo sul proprio passato (Bruce et al., 2003, p. 19). Questo processo permette di favorire il recupero di esperienze positive della vita della persona attraverso la stimolazione delle risorse mnestiche residue, l'attivazione della memoria di sé e dell'introspezione, e la stimolazione emotiva (Carbone, 2007/2013; Marfisi, 2012). Demetrio (1996/2014) sottolinea come *“la prima emozione del ricordare è la sorpresa di scoprirsi capaci di ricordare ancora”*, *“è lo stupore di accorgersi di aver vissuto certi istanti che si credevano cancellati per sempre”* (p. 75). Il ricordo, quindi, non necessita di essere sempre piacevole per portare beneficio alla persona che non ricorda, a volte è sufficiente che emerga dall'oblio della memoria, al di là della sua connotazione. Nonostante ciò, è necessario porre molta attenzione ai ricordi dolorosi. All'interno degli interventi di reminiscenza, non è sufficiente “collezionare” ricordi, ma è necessario rielaborarli, in particolare nel caso di elementi dolorosi del proprio passato che possono causare sentimenti di rifiuto e di negazione nel processo di revisione della storia di vita del paziente e che, per questo, devono poter essere affrontati durante l'intervento o in un momento subito successivo (Bruce et al., 2003; Dynes, 1998/2016). La reminiscenza,

inoltre, stimola nella persona la motivazione, l'attenzione e la comunicazione, verbale e/o non verbale, a seconda delle risorse funzionali residue del paziente (Carbone, 2007/2013; Marfisi, 2012). Se l'intervento viene svolto all'interno di un gruppo di persone, esso favorisce anche l'identificazione della persona con il gruppo, la socializzazione e il mantenimento di un ruolo sociale.

La persona con demenza di Alzheimer sperimenta un'estrema difficoltà nel ricordare e spesso non è in grado di rispondere alle domande che le richiedono di recuperare un ricordo o un'informazione in modo autonomo (recupero esplicito). Le risulta, invece, più semplice recuperare il ricordo se stimolata esternamente (recupero implicito) (Boccardi, 2007/2012) (CAP. 2 paragrafo 2.4). Per questo, gli interventi di reminiscenza si avvalgono di strumenti per la stimolazione sensoriale allo scopo di facilitare l'emergere del ricordo. Si consideri che le persone anziane, anche sane, soffrono spesso di deficit sensoriali (CAP. 2 paragrafo 2.1.2) e la possibilità di avere più strumenti in grado di stimolare diversi sensi permette all'intervento di reminiscenza di essere personalizzato a seconda delle peculiarità del singolo paziente (Bruce et al., 2003). Bruce e collaboratori (2003) propongono una serie di supporti che possono essere utilizzati: oggetti e materiali tattili, fotografie, odori e profumi, sapori di cibi e bevande, suoni e rumori, musica e canzoni, filastrocche, gesti, movimenti e danze.

La terapia della reminiscenza presenta un *setting* abbastanza flessibile, dal momento che può essere svolta in modo formale, all'interno di attività strutturate, o informale, durante la quotidianità della relazione con la persona malata, e attraverso attività individuali o di gruppo (Boccardi, 2007/2012; Bruce et al., 2003; Carbone, 2007/2013; Marfisi, 2012). Bruce e collaboratori (2003), non individuano un profilo professionale specifico per la realizzazione dell'intervento di reminiscenza, e parlano in modo generico di "operatore" o "animatore". Nonostante ciò, specificano le caratteristiche che tale figura deve possedere: buona capacità di ascolto, capacità di sospensione del giudizio, disponibilità verso l'altro, capacità di sintesi nell'ascolto dell'altro connettendo i diversi aspetti della comunicazione, interesse verso il passato della persona, empatia, sensibilità ai bisogni dell'altro pur mantenendo un'adeguata distanza relazionale, capacità di gestione delle manifestazioni emotive dolorose della persona, capacità di gestire e mantenere la collaborazione con familiari e altri

professioni per avere una visione globale della persona e della sua storia di vita. Risulta estremamente importante che il conduttore dell'intervento segua alcuni accorgimenti: ricostruire con la collaborazione di altri professionisti, dei familiari e della persona stessa, la storia di vita di quest'ultima ponendo attenzione alle informazioni relative alla sua identità, ma legate anche alle sue passioni e preferenze; predisporre un'atmosfera emotiva accogliente per far sentire le persone malate al sicuro e mai messe alla prova ma, anzi, libere di commettere errori senza essere derise; curare la comunicazione con la persona ad ogni livello, utilizzando e ponendo attenzione anche agli aspetti non verbali (Bruce et al., 2003).

## CAPITOLO 3

### **Risultati della revisione della letteratura**

Il processo di selezione della letteratura scientifica ha portato all'inclusione di 28 articoli. Si è deciso di organizzare il materiale secondo tre tematiche principali, coerenti con gli obiettivi del lavoro di tesi (CAP. 1 paragrafo 1.3): effetti della terapia della reminiscenza; musica e memoria autobiografica; reminiscenza e musica. Sono state, inoltre, aggiunte altre due tematiche riguardanti l'indeterminatezza tassonomica della terapia della reminiscenza e i professionisti coinvolti nella realizzazione degli interventi.

Gli articoli che riguardano gli effetti della terapia della reminiscenza sono 19, mentre gli articoli che riguardano la musica in relazione alla memoria autobiografica sono 6 e quelli relativi alla combinazione di terapia della reminiscenza e musica sono 3. Per le altre due tematiche, sono stati presi in considerazione gli articoli riguardanti la terapia della reminiscenza e la combinazione di questa terapia con la musica.

Per un'analisi precisa delle caratteristiche salienti degli studi esaminati, si rimanda alle tavole riassuntive di estrazione dati riportate nell'ALLEGATO 2, costruite in relazione alle tre tematiche coerenti con gli obiettivi del lavoro di tesi. In queste tavole, per ogni studio sono specificati: tipologia dello studio, campione, descrizione dell'intervento, tempistiche, strumenti di valutazione, figure professionali e risultati.

#### **3.1 Terapia della reminiscenza: indeterminatezza tassonomica**

Le origini della terapia della reminiscenza si fanno coincidere con il lavoro di R. Butler: *"The life review: an interpretation of reminiscence in the aged"* del 1964, in cui la reminiscenza viene definita, sotto il nome di *"life review"*, come un processo naturale dove la persona riflette sulla sua vita passata e porta alla consapevolezza le sue esperienze di vita e i conflitti irrisolti (Moos & Björn, 2006; Tadaka & Kanagawa, 2007; Woods, Spector, Jones, Orrell & Davies, 2009; Yang, Lee, Chao, Hsu & Wang,

2016). Attualmente, una delle definizioni di terapia della reminiscenza più utilizzata è quella proposta da Woods e collaboratori (2005), in cui viene descritta come una terapia che prevede la discussione di attività, eventi ed esperienze del passato con un'altra persona o all'interno di un gruppo, e che sovente usa degli stimoli come fotografie, oggetti familiari, musica e suoni (Gonzalez, Mayordomo, Torres, Sales & Meléndez, 2015; Serrani Azcurra, 2012; Woods et al., 2009). Emerge, però, un problema rilevante rispetto agli interventi di terapia della reminiscenza. Come affermano Subramaniam e Woods (2012), molti studi propongono un numero considerevole di tassonomie differenti per classificare tale terapia. Negli articoli presi in considerazione in questo lavoro di tesi, sono state individuate almeno cinque diverse forme di reminiscenza. Una prima possibilità di classificazione, la più condivisa, prevede la suddivisione della terapia in individuale o di gruppo. Woods e collaboratori (2009) abbracciano questa classificazione parlando però di *life review* al posto di reminiscenza individuale. Anche Subramaniam e Woods (2012) si basano su questa prima classificazione, ma identificano più forme di terapia individuale: *life review* o approccio *life-story* (prevede la produzione di un libro della storia di vita del paziente), reminiscenza specifica (è personalizzata, si utilizzano stimoli specifici inerenti la peculiare storia di vita del paziente) e reminiscenza generica (meno personalizzata, si utilizzano stimoli generici, non specifici per la vita del paziente). Lalanne e collaboratori (2015) e Serrani Azcurra (2012) sostengono, invece, che si possa distinguere tra reminiscenza spontanea e *life review*, in cui nel primo caso il richiamo al passato è spontaneo, non indotto, mentre nel secondo caso viene applicato un approccio terapeutico più strutturato. Finnema e collaboratori (2000) distinguono tra reminiscenza e *life-review*, la prima, individuale o di gruppo, è definibile come l'atto di ricordare il proprio passato, mentre la seconda, solamente individuale, è utilizzata per risolvere conflitti intrapsichici del passato al fine di giungere ad una rielaborazione identitaria integrata. Infine, Van Bogaert e collaboratori (2016), offrono una classificazione tripartita, suddividendo la reminiscenza in: reminiscenza generale di gruppo, reminiscenza individuale personalizzata e reminiscenza spontanea. È inoltre necessario tener presente che in tutti gli altri articoli considerati non si fa riferimento ad alcuna classificazione oppure i termini "reminiscenza", "*life review*" e "*life-story approach*" vengono utilizzati in modo intercambiabile. A fronte di questa eterogeneità nella strutturazione degli interventi di



terapia della reminiscenza, appare chiaro come risultati complesso giungere a una definizione della sua efficacia in termini generali.

## **3.2 Effetti della terapia della reminiscenza**

Il primo obiettivo del lavoro di tesi mira ad indagare quali sono gli effetti della terapia della reminiscenza, al fine di comprendere se possa essere effettivamente un intervento non farmacologico rilevante nella gestione della demenza ed in particolare nella gestione dell'Alzheimer. In linea con le considerazioni del paragrafo precedente, si è deciso di suddividere gli studi inclusi nel lavoro di tesi a seconda della tipologia degli interventi di reminiscenza: di gruppo o individuali. Questo per comprendere se esistono differenze significative nei risultati dovute alla diversa struttura dell'intervento. Di seguito infatti si troveranno 2 paragrafi: terapia della reminiscenza di gruppo e terapia della reminiscenza individuale. All'interno di queste due sezioni, si è deciso, inoltre, di riportare i risultati degli studi a seconda degli *outcome* indagati e di specificare se gli studi si riferiscono ad un campione affetto da demenza generica o da Alzheimer.

### **3.2.1 Terapia della reminiscenza di gruppo**

Gli articoli che indagano gli effetti della terapia della reminiscenza di gruppo sono 14: 5 riguardano la demenza di Alzheimer (Amieva et al., 2016; Duru Aşiret & Kapucu, 2016; Melendez, Torres, Redondo, Mayordomo & Sales, 2017; Serrani Azcurra, 2012; Tadaka & Kanagawa, 2007), mentre i restanti 9 riguardano forme di demenza non specificate (Finnema, Dröes, Ribbe & Van Tilburg, 2000; Gonzalez et al., 2015; Hsieh et al., 2010; Kwon, Cho & Lee, 2013; O'Shea et al., 2014; Wang, 2007; Wang, Yen & OuYang, 2009; Woods et al., 2009; Yang et al., 2016). In questi articoli, sono stati indagati gli effetti della terapia della reminiscenza in diverse aree: umore depresso, disturbi comportamentali, qualità della vita, benessere, impegno sociale, autostima, funzioni cognitive, attività quotidiane.

#### **Umore depresso**

DEMENTIA NON SPECIFICATA: L'umore depresso è indagato in 7 articoli e in 5 di questi vengono riportati effetti positivi al termine dell'intervento di reminiscenza di

gruppo. I lavori di Gonzales e collaboratori (2015), Hsieh e collaboratori (2010) e Wang (2007), pur strutturandosi in modo diverso, presentano aspetti comuni: comparano un intervento di reminiscenza di gruppo con un intervento basato sulle cure standard, hanno tempistiche relativamente simili (8-12 sessioni) e svolgono misurazioni pre- e post-intervento. Nonostante tali misurazioni avvengano con l'utilizzo di strumenti diversi, gli studi sono concordi nell'individuare nell'umore risultati statisticamente migliori ( $p < 0.05$ ) nel gruppo intervento rispetto al gruppo controllo. Secondo gli autori, tali risultati positivi si devono alla capacità della reminiscenza di aiutare i pazienti a trovare aspetti più dettagliati e completi della propria vita reinterpretandoli in modo equilibrato e positivo (Gonzales et al., 2015), di far sentire ogni partecipante accettato e parte di un gruppo, nonché alla capacità di stimolare la motivazione e le interazioni sociali permettendo di condividere esperienze e sentimenti con gli altri membri del gruppo (Hsieh et al., 2010; Wang, 2007). Tali risultati vengono confermati dalla metanalisi di Kwon e collaboratori (2013), in cui 6 trial clinici randomizzati (RCT) su 10 riportano un incremento statisticamente significativo ( $p < 0.05$ ) dell'umore dei partecipanti, e dalla revisione di Woods e collaboratori (2009), in cui il lavoro di Morgan (2000) offre dei risultati positivi anche nel lungo termine, evidenziando come a distanza di 6 settimane dalla fine dell'intervento, si mantenga un miglioramento statisticamente significativo ( $p < 0.05$ ) nell'umore depresso. Invece, i risultati del lavoro di O'Shea e collaboratori (2014) risultano incongruenti con quanto detto fin'ora. Anche in questo lavoro viene comparato un intervento di reminiscenza di gruppo con un intervento basato sulle cure standard, ma i risultati, misurati mediante la *Cornell Scale for Depression in Dementia* (CSDD) 18-22 settimane dopo la randomizzazione, non indicano alcun cambiamento significativo nell'umore depresso tra i due gruppi. Gli autori sottolineano come sia necessario trattare con attenzione questo risultato, poiché potrebbe essere stato fortemente influenzato dalle caratteristiche del campione, in cui fin dall'inizio dell'intervento non sono presenti pazienti con significativi livelli di depressione. In tal senso, risulta complesso valutare la variazione di una variabile, in questo caso la depressione, che è poco frequente nel campione considerato.

**DEMENZA DI ALZHEIMER:** Gli effetti della terapia della reminiscenza di gruppo sull'umore depresso in pazienti con Alzheimer sono indagati nel lavoro di Duru Aşiret e Kapucu (2016) che misura tale dimensione con la *Geriatric Depression Scale*

(GDS). Alla fine dell'intervento di reminiscenza di gruppo, gli autori registrano valori statisticamente migliori ( $p < 0.05$ ) nell'umore dei partecipanti del gruppo intervento rispetto a quelli del gruppo controllo. Per gli autori, tali risultati sono dovuti alle caratteristiche peculiari della reminiscenza di gruppo, la quale offre: possibilità di incrementare le occasioni di comunicazione e interazione, sospensione del giudizio rispetto a ciò che viene espresso dai partecipanti, equità di tempo a disposizione per ogni membro del gruppo, senso di appartenenza al gruppo e possibilità di far emergere e rielaborare i ricordi passati.

### **Disturbi comportamentali**

Tra gli articoli inclusi nel lavoro di tesi, gli aspetti comportamentali sono analizzati solo negli articoli in cui il campione è costituito da pazienti con demenza non specificata. Nei disturbi comportamentali rientrano una serie di aspetti anche molto diversi tra loro che possono essere valutati in diverse modalità. Wang e collaboratori (2009) valutano la differenza nelle competenze comportamentali tra un intervento di reminiscenza di gruppo e un intervento basato sulle cure standard. Gli autori utilizzano la *Clifton Assessment Procedures for the Elderly Behavior Rating Scale* (CAPE-BRS) per valutare le dimensioni di: disabilità fisica, apatia, difficoltà di comunicazione e disturbi sociali. Ad una settimana dalla fine dell'intervento di reminiscenza, non si registrano significativi miglioramenti in nessuna dimensione ad eccezione dei disturbi sociali che risultano statisticamente migliori ( $p < 0.01$ ) nel gruppo intervento. Il lavoro di Hsieh e collaboratori (2010), diversamente, non indaga il comportamento in generale, ma si focalizza sull'apatia. Gli autori comparano un intervento di reminiscenza di gruppo con un intervento basato sulle cure standard e, tramite l'utilizzo di una scala specifica per la valutazione dell'apatia, l'*Apathy Evaluation Scale* (AES-C), rilevano valori statisticamente migliori ( $p < 0.05$ ) per il gruppo intervento nelle dimensioni comportamentale e cognitiva, ma non nella dimensione emozionale. Il lavoro di O'Shea e collaboratori (2014), invece, valuta una dimensione non considerata nei due studi precedenti: l'agitazione. Comparando un intervento di reminiscenza di gruppo con un intervento basato sulle cure standard, gli autori non registrano nessun cambiamento significativo in questa dimensione. Quindi, sembra che i benefici della terapia della reminiscenza per quanto riguarda i disturbi comportamentali siano ambivalenti.

Quest'ambivalenza è confermata dalla metanalisi di Kwon e collaboratori (2013) e dalle revisioni di Finnema e collaboratori (2000) e Woods e collaboratori (2009). Nessuno dei 3 studi che indagano i disturbi comportamentali nella metanalisi di Kwon e collaboratori (2013) rileva miglioramenti statisticamente significativo. Finnema e collaboratori (2000), invece riportano i risultati contrastanti di due studi: lo studio di Gibson (1994), che evidenzia effetti positivi soprattutto per quanto riguarda l'agitazione, la chiusura in se stessi e la comunicazione, e lo studio di Namazi e Haynes che evidenzia, al contrario, un incremento dei comportamenti aberranti. Infine, Woods e collaboratori (2009) riportano lo studio di Thorgrimsen (2002) in cui si registra un generale miglioramento nelle funzioni comportamentali dopo l'intervento di reminiscenza.

### **Qualità della vita, benessere e impegno sociale**

DEMENTIA NON SPECIFICATA: La qualità della vita e il benessere sono stati indagati rispettivamente negli studi di O'Shea e collaboratori (2014) e di Gonzales e collaboratori (2015). O'Shea e collaboratori (2014) comparano un intervento di reminiscenza di gruppo con un intervento di cure standard. Gli autori rilevano, a 18-22 settimane dalla randomizzazione, valori statisticamente migliori ( $p < 0.05$ ) nel gruppo intervento rispetto alla qualità della vita, misurata con una scala *self-report* (QOL-AD). Tale risultato è sostenuto dalla metanalisi di Kwon e collaboratori (2013) in cui, nei 3 studi che indagano la qualità della vita, si registra un incremento significativo ( $p < 0.05$ ) di tale variabile dopo l'intervento di reminiscenza. Invece, Gonzales e collaboratori (2015) comparano un intervento di reminiscenza di gruppo con un intervento basato sulle cure standard per indagare il benessere percepito dai pazienti con l'utilizzo della *Ryff Psychological Well-Being scale* (PWB). Al termine dell'intervento, gli autori riportano valori statisticamente migliori ( $p < 0.5$ ) nel gruppo intervento rispetto alle dimensioni di accettazione di sé, capacità relazionali, autonomia, padronanza dell'ambiente di vita e crescita personale, ma non nella dimensione riguardante gli obiettivi di vita. Secondo gli autori, questi risultati sono dovuti alle opportunità che offre la reminiscenza di gruppo, ossia la possibilità di condividere e reinterpretare le proprie esperienze di vita e i propri ricordi, e la possibilità di interagire e relazionarsi con gli altri.

DEMENZA DI ALZHEIMER: La qualità della vita e l'impegno sociale sono stati indagati nel lavoro di Serrani Azcurra (2012) che compara i risultati della terapia della reminiscenza di gruppo con due interventi controllo: uno attivo in cui vengono offerti *counseling* e stimolazione cognitiva, e uno passivo in cui vengono offerti contatti informali. La qualità della vita è misurata con una scala *self-report* (SRQoL), mentre l'impegno sociale con la *Social Engagement Scale* (SES). I risultati indicano valori statisticamente migliori ( $p < 0.1$ ) nel gruppo intervento sia nell'impegno sociale che nella qualità di vita. Entrambi migliorano durante l'intervento di reminiscenza e rimangono significativi anche sei settimane dopo il suo termine. In particolare, per quanto riguarda la qualità della vita, i maggiori risultati sono stati registrati nelle dimensioni di: competenze funzionali, autonomia, attività significative, sicurezza e individualità. Sono stati individuati differenti aspetti del trattamento di terapia della reminiscenza di gruppo che, secondo gli autori, possono aver contribuito all'incremento della qualità della vita: momenti relazionali empatici con professionisti e *caregivers*, assunzione di un ruolo sociale nel gruppo e senso di considerazione, accettazione e riconoscimento da parte del gruppo stesso.

### **Autostima**

Tra gli articoli inclusi nella tesi, l'autostima viene indagata solamente in quelli in cui il campione è affetto da demenza generica. Gonzales e collaboratori (2015) comparano un intervento di reminiscenza di gruppo con un intervento basato sulle cure standard. Al termine dell'intervento, però non si rileva alcun miglioramento significativo in questa dimensione tramite l'utilizzo della *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES). Tale risultato è però in contrasto con lo studio di Tabourne (1995), riportato nella revisione di Finnema e collaboratori (2000), in cui si registra, al termine dell'intervento di reminiscenza, una significativa differenza nella stima di sé, ma anche nei sentimenti riguardanti l'accettazione del passato e del presente, e le aspettative future.

### **Funzioni cognitive**

DEMENZA NON SPECIFICATA: Le funzioni cognitive sono indagate nello studio di Wang (2007) che compara un intervento di reminiscenza di gruppo con un

intervento basato sulle cure standard. L'autore individua, al termine dell'intervento, valori statisticamente migliori ( $p < 0.05$ ) nel gruppo di reminiscenza rispetto alle funzioni cognitive, misurate con il *Mini Mental State Examination* (MMSE). Tali risultati sono solo parzialmente sostenuti dalla metanalisi di Kwon e collaboratori (2013) e dalla revisione di Finnema e collaboratori (2000). In particolare, positivi sono i risultati della metanalisi di Kwon e collaboratori (2013), in cui in 7 RCT su 10 è registrato un miglioramento statisticamente significativo ( $p < 0.05$ ) nelle funzioni cognitive. Sono invece poco positivi i risultati dello studio di Namazi e Hayes (1994), riportato nella revisione di Finnema e collaboratori (2000), in cui viene evidenziato solo un minimo incremento delle funzioni cognitive che non risulta statisticamente rilevante.

DEMENZA DI ALZHEIMER: Le funzioni cognitive sono state indagate negli studi di Duru Aşiret e Kapucu (2016) e Tadaka e Kanagawa (2007). I risultati trovati sono però ambivalenti. Lo studio di Duru Aşiret e Kapucu (2016) compara la reminiscenza di gruppo con un intervento di conversazione che non tratta argomenti passati. I risultati evidenziano valori statisticamente migliori ( $p < 0.5$ ) nel gruppo di reminiscenza rispetto alle funzioni cognitive, misurate con il *Mini Mental State Examination* (MMSE). Lo studio di Tadaka e Kanagawa (2007), che compara la reminiscenza di gruppo con un intervento di cure standard, non evidenzia significativi cambiamenti nelle funzioni cognitive, misurate con il MMSE. Tadaka e Kanagawa (2007), nel riportare tale risultato, che affermano essere incoerente con molti studi da loro considerati, avanzano l'ipotesi che questa differenza possa essere dovuta alle caratteristiche del loro campione, in cui la maggior parte dei pazienti ha una demenza di Alzheimer di livello medio e presenta una compromissione cognitiva di livello medio-grave. La memoria autobiografica, funzione cognitiva tra le più compromesse nella demenza di Alzheimer (CAP. 2 paragrafo 2.4), viene analizzata nello studio di Melendez e collaboratori (2017) che considera tale memoria nelle sue due componenti: episodica e semantica. Gli autori comparano i risultati di un intervento di reminiscenza con quelli di un intervento di cure standard e valutano le *performance* di memoria autobiografica, sia semantica che episodica, con l'*Autobiographical Memory Interview* (AMI) in riferimento a tre fasi della vita: infanzia e adolescenza, adultità e ultimi anni della vita. Al termine dell'intervento, sono stati rilevati valori statisticamente migliori ( $p < 0.05$ ) nel gruppo di reminiscenza per quanto riguarda la memoria autobiografica

episodica in tutte le fasi di vita considerate, mentre nessun risultato significativo è stato evidenziato per la memoria autobiografica semantica. I ricordi relativi al periodo della prima adultità sono quelli maggiormente consolidati e rievocati dagli anziani e per questo, come suggeriscono gli autori, possono essere la base da cui partire per ricostruire la propria identità personale (Melendez et al., 2017).

### **Attività quotidiane**

**DEMENZA NON SPECIFICATA:** Solo lo studio di Wang e collaboratori (2009) indaga la dimensione delle attività quotidiane tramite l'utilizzo del *Barthel's Index* (BI). Gli autori comparano i risultati in questa dimensione tra un gruppo di reminiscenza e un gruppo con cure standard, ma non trovano al termine dell'intervento nessun significativo miglioramento.

**DEMENZA DI ALZHEIMER:** Per la demenza di Alzheimer, le attività quotidiane sono analizzate negli studi di Duru Aşiret e Kapucu (2016) e Tadaka e Kanagawa (2007). I due studi, pur utilizzando strumenti di rilevazione diversi, sono concordi nell'affermare che la terapia della reminiscenza produce solo parzialmente degli effetti positivi nelle attività quotidiane. In particolare, lo studio di Tadaka e Kanagawa (2007), che compara la reminiscenza di gruppo con un intervento di cure standard, rileva un leggero miglioramento solo nella dimensione del ritiro in se stessi. Mentre, lo studio di Duru Aşiret e Kapucu (2016), che compara la reminiscenza di gruppo con un intervento di conversazione in cui non vengono trattati argomenti passati, rileva valori significativamente migliori nel gruppo di reminiscenza solo nelle dimensioni di comunicazione, socializzazione e irrequietezza. Questi risultati positivi, secondo Duru Aşiret e Kapucu (2016), sono collegabili alle caratteristiche della reminiscenza di gruppo, in particolare alla possibilità di essere inseriti in un ambiente accogliente, condividere le esperienze passate e sentirsi parte di un gruppo.

### **Articoli che non riportano risultati significativi per la reminiscenza**

Solamente due articoli riportano risultati non significativi per la terapia della reminiscenza di gruppo: lo studio di Yang e collaboratori (2016), riferito ad un campione di pazienti con demenza non specificata, e lo studio di Amieva e collaboratori (2016), riferito ad un campione di pazienti con Alzheimer. Entrambi presentano una

struttura diversa rispetto agli studi analizzati precedentemente: non valutano la terapia della reminiscenza di gruppo comparandola ad un intervento basato sulle cure standard, ma confrontandola con altri due interventi non-farmacologici. Nel caso dello studio di Yang e collaboratori (2016) il confronto viene fatto con la stimolazione cognitiva di gruppo e l'aroma terapia individuale. Nello studio vengono valutati l'agitazione, con la *Chinese version Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CCMAI)*, e l'umore depresso, con la *Cornell Scale for Depression in Dementia-Chinese version (CSDDC)*. Per entrambe le scale, la terapia della reminiscenza e la stimolazione cognitiva non riportano risultati significativi rispetto all'aroma terapia. Nel caso dello studio di Amieva e collaboratori (2016) il confronto avviene con un training cognitivo di gruppo e una terapia cognitiva individuale. Vengono valutate le dimensioni di: funzionamento cognitivo, sintomi comportamentali, funzionamento e dipendenza, apatia, umore depresso e qualità della vita. Per tutte le dimensioni, la terapia della reminiscenza e il training cognitivo non riportano risultati significativi rispetto alla terapia cognitiva. Gli autori di entrambi gli studi (Amieva et al, 2016; Yang et al., 2016) sostengono la necessità di dover indagare ulteriormente queste dimensioni nei confronti dei diversi trattamenti, poiché i risultati potrebbero essere influenzati dal fatto che l'aroma terapia e la terapia cognitiva, realizzate nei diversi studi, sono state applicate come interventi individuali, mentre le altre terapie di confronto, tra cui la reminiscenza, sono state realizzate in forma di intervento di gruppo.

### **3.2.2 Terapia della reminiscenza individuale**

Gli articoli che indagano gli effetti della terapia della reminiscenza individuale sono 5: uno riguarda nello specifico la demenza di Alzheimer (Lalanne, Gallarda & Piolino, 2015), mentre i restanti riguardano forme di demenza non specificate (Lai, Chi & Kayser-Jones, 2004; Moos & Björn, 2006; Subramaniam & Woods, 2012; Van Bogaert et al. 2016). Nell'analisi degli articoli, sono stati indagati gli effetti della terapia della reminiscenza in diverse aree: umore depresso, disturbi comportamentali, benessere, impegno sociale, funzioni cognitive.



## **Umore depresso**

**DEMENZA NON SPECIFICATA:** L'umore depresso viene indagato nello studio di Van Bogaert e collaboratori (2016) con l'utilizzo della *Cornell Scale for Depression in Dementia* (CSDD). Lo studio compara i risultati tra un intervento di reminiscenza individuale basato sul modello SolCos (di Soltys e Coats, 1994) e un intervento di cure standard. Al termine dell'intervento, gli autori hanno registrato valori statisticamente migliori ( $p < 0.05$ ) nell'umore depresso per i partecipanti sottoposti all'intervento di reminiscenza. Secondo gli autori, tale risultato è dovuto alle caratteristiche della reminiscenza individuale: essa permette di strutturare interventi personalizzati a seconda delle peculiarità del paziente e delle sue necessità. Questi risultati positivi sono confermati dagli studi di Haight e collaboratori (2006) e Morgan e Woods (2010), riportati nella revisione di Subramaniam e Woods (2012). Entrambi gli studi si basano su un approccio *life-story* che prevede la creazione di un libro della propria vita durante sessioni individuali e indicano come, al termine dell'intervento, ci sia un incremento significativo dell'umore dei pazienti.

**DEMENZA DI ALZHEIMER:** Lo studio di Lalanne e collaboratori propone un intervento individuale basato sulla reminiscenza (il programma "REMAu") e ne compara i risultati con un intervento cognitivo di gruppo. In questo studio, si registrano valori statisticamente migliori ( $p < 0.1$ ) nell'umore depresso, misurato con la *Geriatric Depression Scale* (DGS), per i partecipanti all'intervento di reminiscenza, sia al termine dell'intervento sia due settimane dopo la sua fine. Per gli autori, tali risultati positivi sono da ricercare nelle caratteristiche peculiari della reminiscenza individuale che permette la rievocazione di ricordi positivi e la possibilità di riappropriarsi del proprio passato creando una narrazione continua e coerente con il presente, in grado di incrementare la soddisfazione personale e la stima di sé.

## **Disturbi comportamentali**

I disturbi comportamentali sono indagati solo negli studi in cui il campione è affetto da demenza non specificata e prendono in considerazione diversi aspetti del comportamento. I risultati prodotti da interventi di reminiscenza individuali rispetto a questa dimensione risultano essere ambivalenti. Nello studio di Van Bogaert e

collaboratori (2016), si registrano significativi miglioramenti ( $p < 0.05$ ) nel comportamento dei partecipanti, valutato tramite la *Neuropsychiatric Inventory* (NI), solo per le dimensioni di appetito e disturbi notturni. Nelle altre dimensioni (deliri, allucinazioni, apatia, irritabilità, euforia, disinibizione, disturbi motori) non si registrano cambiamenti significativi. Le revisioni di Subramaniam e Woods (2012) e di Moos e Björn (2006), però, forniscono risultati differenti. Lo studio di Politis e collaboratori (2004), riportano della revisione di Subramaniam e Woods (2012), compara un intervento basato su un approccio di reminiscenza individuale generica con un'attività psicoterapica. Dai risultati raccolti, emerge che, 4 settimane dopo la fine del trattamento, vi è una diminuzione significativa dell'apatia per i soggetti sottoposti alla reminiscenza individuale. Mentre, nella revisione di Moos e Björn (2006), 6 su 7 interventi di reminiscenza individuale basati su un approccio *life-story* riportano risultati positivi nella comunicazione, nelle abilità sociali e nella consapevolezza dei propri comportamenti. Solo lo studio di McPherson e collaboratori (2001) (in Moos e Björn, 2006) non rileva significativi cambiamenti nelle interazioni sociali, ma gli autori suggeriscono che tale risultato potrebbe essere influenzato dalle caratteristiche del campione in cui la maggior parte dei pazienti è affetta da demenza di livello severo.

### **Benessere e impegno sociale**

Il benessere e l'impegno sociale sono analizzati solo in un articolo in cui il campione è affetto da demenza generica. Lo studio di Lai e collaboratori (2004) compara i risultati di queste due dimensioni tra un intervento di reminiscenza individuale basato sull'approccio *life-story* e un intervento individuale di discussione rispetto a diverse tematiche che non trattano eventi passati. Benessere e impegno sociale sono valutati con l'utilizzo della *Well-being/Ill-being Scale* (WIB) e della *Social Engagement Scale* (SES). Al termine dell'intervento, è stato registrato un aumento statisticamente significativo ( $p < 0.05$ ) delle due dimensioni. Tali risultati, però, risultano poco generalizzabili, perché tra gli articoli inclusi nel lavoro di tesi non esistono altri studi di reminiscenza individuale che valutano questa variabile.

## **Funzioni cognitive**

**DEMENZA NON SPECIFICATA:** I risultati rispetto alle funzioni cognitive sono ambivalenti. Lo studio di Van Bogaert e collaboratori (2016) compara i risultati tra un intervento di reminiscenza individuale basato sul modello SolCos (di Soltys e Coats, 1994) e un intervento di cure standard. Valutando le funzioni cognitive con il *Mini Mental State Examination* (MMSE) e la *Frontal Assessment Battery*, non si riscontrano differenze significative tra gruppo intervento e gruppo controllo. Risultati positivi però si riscontrano nei lavori di Haight e collaboratori (2006) e di Morgan e Woods (2010), inclusi nella revisione di Subramaniam e Woods (2012), che attuano interventi di reminiscenza individuale basandosi su un approccio *life-story*. Haight e collaboratori (2006) rilevano un miglioramento significativo nelle funzioni cognitive con l'uso del MMSE, mentre Morgan e Woods (2010) rilevano un miglioramento in particolare nella memoria autobiografica.

**DEMENZA DI ALZHEIMER:** La memoria autobiografica, è indagata nel lavoro di Lalanne e collaboratori (2015) che compara i risultati di un intervento individuale basato sulla terapia della reminiscenza (il programma "REMa") con quelli di un intervento cognitivo di gruppo basato sul riconoscimento di alcune celebrità tramite l'uso di foto e immagini. Memoria autobiografica semantica ed episodica sono state valutate con due strumenti validati specifici per le due componenti (SAM e EAM) e focalizzati su cinque periodi di vita: infanzia e adolescenza (0-17 anni), giovinezza (18-30 anni), adultità (>30 anni), ultimi 5 anni e ultimi 12 mesi. I risultati dello studio indicano un complessivo miglioramento nella memoria autobiografica dei pazienti. In particolare, le *performance* di memoria autobiografica semantica risultano, al termine del trattamento, significativamente ( $p < 0.01$ ) migliori rispetto al gruppo di controllo per quanto riguarda i periodi di infanzia e adolescenza, giovinezza e adultità. A distanza di due settimane dal termine del trattamento rimangono significativamente migliori i risultati dei periodi di giovinezza e adultità, mentre non risultano cambiamenti significativi, in nessun tempo di misurazione, per quanto riguarda gli ultimi periodi di vita (ultimi 5 anni e 12 mesi). Per quanto riguarda la memoria autobiografica episodica, al termine del trattamento e nelle due settimane successive si registrano valori statisticamente migliori ( $p < 0.001$ ) nei periodi di giovinezza e adultità per il gruppo

REMAU. Gli autori osservano come il periodo tra i 10 e i 30 anni e la prima età adulta sia il più ricordato dai pazienti e, quindi, si riveli essere il punto di riferimento per un'elaborazione duratura dell'attuale Sé della persona, nonché per un positivo cambiamento nella significazione della propria identità (Lalanne et al., 2015).

### **3.3 La musica nella terapia della reminiscenza**

Negli articoli riguardanti la terapia della reminiscenza precedentemente analizzati si è riscontrato che, in 14 studi su 20, la terapia della reminiscenza utilizza degli strumenti facilitatori per stimolare il recupero dei propri ricordi di vita (oggetti, fotografie, immagini, musica, registrazioni, alimenti, ecc.). La musica è l'unica forma d'arte utilizzata negli studi considerati e, in particolare, viene menzionata in 11 articoli. Analizzando questi articoli è emerso come in nessuno siano spiegate chiaramente le modalità con cui viene utilizzata la musica e se effettivamente risulti essere utile nel lavoro di reminiscenza. È necessario tener conto che la musica, in qualità di forma d'arte, non è utilizzata solamente nella terapia della reminiscenza, ma anche nelle artiterapie ed in particolare nella musicoterapia. Gli ultimi due obiettivi del lavoro di tesi mirano ad indagare quale possa essere il ruolo specifico della musica all'interno della terapia della reminiscenza, ossia il suo ruolo come strumento "facilitatore" il recupero dei ricordi e non come forma di terapia. In tal senso, i prossimi articoli inclusi nel lavoro di tesi analizzano da un lato la capacità della musica di stimolare il recupero dei ricordi della propria vita e dall'altro gli interventi di reminiscenza che utilizzano specificatamente la musica come strumento principe.

#### **3.3.1 Musica e memoria autobiografica**

Gli studi che indagano la relazione che intercorre tra musica e memoria autobiografica, e che quindi analizzano l'effettiva capacità della musica di stimolare l'emergere di ricordi della propria vita, sono 6 (Arroyo-Anlló, Poveda Díaz & Gil, 2013; Basaglia-Pappas et al., 2013; El Haj, Antoine, Nandrino, Gély-Nargeot & Raffar, 2015; El Haj, Clément, Fasotti & Allain, 2013; El Haj, Postal & Allain, 2012; Irish et al., 2006). Tutti gli studi realizzano interventi individuali, anche se viene sostenuta la possibilità di creare interventi di gruppo al fine di stimolare, oltre alla rievocazione dei

ricordi, anche le funzioni emotive e le abilità sociali (Arroyo-Anlló et al., 2013). Inoltre, tutti presentano risultati positivi nel recupero dei ricordi autobiografici dopo l'ascolto di musica; in particolare, 4 articoli si riferiscono specificatamente alla memoria autobiografica, mentre due riguardano aspetti ad essa correlati: la consapevolezza di sé (Arroyo-Anlló et al., 2013) e i ricordi che definiscono il Sé (El Haj et al., 2015). Si riscontra inoltre una differenza tra l'effetto prodotto dalla musica generica e quello prodotto dalla musica scelta dal partecipante. Sembra infatti che la musica familiare, ed in particolare quella che il paziente associa a ricordi significativi della propria vita, abbia un effetto maggiore nel recupero dei propri ricordi autobiografici.

Gli studi di Irish e collaboratori (2012), El Haj e collaboratori (2013) ed El Haj e collaboratori (2012) pur differenziandosi nella loro struttura, presentano aspetti comuni: sono tutti interventi individuali, comparano un gruppo sperimentale di pazienti con Alzheimer con un gruppo controllo di pazienti sani e tutti indagano la relazione tra musica e memoria autobiografica. Irish e collaboratori (2006), in particolare, indagano le differenze nel recupero della memoria autobiografica in due condizioni: in silenzio e dopo l'ascolto della *Primavera* di Vivaldi. I risultati, misurati con l'*Autobiographical Memory Interview* (AMI), indicano, per i partecipanti con Alzheimer, una differenza statisticamente significativa ( $p < 0.005$ ) nel recupero dei ricordi autobiografici tra la condizione di silenzio e dopo l'ascolto della musica. I pazienti, infatti, dopo l'ascolto di musica, ricordano maggiormente aspetti legati alla propria storia di vita, in particolare aspetti legati all'infanzia e all'adulthood. Per i partecipanti sani, invece, si registra solamente un leggero miglioramento dopo l'ascolto di musica, che però non risultata statisticamente significativo. Gli autori evidenziano come la musica sia in grado di stimolare il recupero di ricordi autobiografici sia negli individui sani sia nei pazienti con Alzheimer, ma abbia effetti più evidenti per questi ultimi. In tal senso, la musica permette ai pazienti un recupero implicito dei propri ricordi, rivelandosi un mezzo estremamente efficace per il lavoro di reminiscenza. Successivamente, El Haj e collaboratori (2012) approfondiscono questa ricerca indagando il recupero della memoria autobiografica non solo nelle condizioni di silenzio e dopo l'ascolto della *Primavera* di Vivaldi, ma anche dopo l'ascolto di musica scelta dai partecipanti. I ricordi autobiografici prodotti nelle tre diverse condizioni sono stati valutati con il *Test épisodique de mémoire du passé* (TEMPau). Come nel lavoro di Irish e collaboratori

(2006) è stato riscontrato, per i partecipanti con Alzheimer, un miglioramento nel recupero dei ricordi autobiografici dopo l'ascolto di musica rispetto alla condizione di silenzio. È interessante, però, che sia stata evidenziata una differenza statisticamente significativa ( $p < 0.01$ ) nel recupero dei ricordi autobiografici anche tra le due condizioni di stimolazione musicale. Infatti, i pazienti con Alzheimer ricordano in modo più dettagliato eventi della propria vita dopo l'ascolto della loro musica preferita. Per il gruppo controllo di persone sane, invece, i risultati rimangono pressoché invariati nelle tre condizioni. È interessante sottolineare, inoltre, come i risultati nel recupero dei ricordi autobiografici siano molto diversi tra gruppo controllo e gruppo sperimentale nella condizione di silenzio (4.00 per il gruppo controllo e 2.25 per il gruppo sperimentale), ma diventino quasi congruenti dopo l'ascolto della musica preferita (4.00 per il gruppo controllo e 3.33 per il gruppo sperimentale). In tal senso, l'ascolto di musiche familiari permette alle persone con Alzheimer di realizzare *performance* di recupero dei ricordi della propria vita equiparabili ad individui sani. Questi risultati sono stati confermati con il lavoro successivo di El Haj e collaboratori (2013), in cui sono state comparate le *performance* di memoria autobiografica realizzate in una condizione di silenzio e dopo l'ascolto di musica familiare. Anche in questo studio i risultati indicano un miglioramento statisticamente significativo ( $p < 0.01$ ) per i pazienti con Alzheimer nella produzione di narrazioni autobiografiche dopo l'ascolto di musica familiare, mentre variazioni poco significative sono state riscontrate nei risultati del gruppo controllo. Questo studio però offre anche un'analisi delle *performance* linguistiche della narrazione autobiografica. In particolare, con l'utilizzo di valutazioni quantitative e qualitative degli aspetti linguistici, sono stati riscontrati un minor utilizzo di parole vane, incoerenti con la narrazione, e una maggior complessità grammaticale nella narrazione autobiografica prodotta dopo l'ascolto di musica familiare. In questo senso gli autori sostengono che la musica abbia benefici non solo nel recupero dei ricordi autobiografici, ma anche nella loro organizzazione linguistica. Gli autori di questi primi tre studi (El Haj et al., 2015; El Haj et al., 2013; El Haj et al., 2012; Irish et al., 2006) riportano la necessità di comprendere appieno quali siano i meccanismi che sono coinvolti nella relazione tra musica e memoria autobiografica. Tali meccanismi non sono ancora totalmente chiari, ma sembra che, nella demenza di Alzheimer, la memoria implicita e la memoria musicale siano preservate (El Haj et al., 2015; El Haj et

al., 2013). Gli autori avanzano, inoltre, l'ipotesi che un ruolo chiave possa essere esercitato dallo stato psicologico dell'individuo e dalle emozioni che legano musica e ricordi. In particolare, secondo Irish e collaboratori (2006) la riduzione dell'ansia, che è conseguenza dell'ascolto di musica, potrebbe influire positivamente nel recupero della memoria autobiografica. Secondo El Haj e collaboratori (2012), invece, un ruolo importante è dato dalla valenza emotiva della musica. In particolare, secondo gli autori, la musica familiare viene scelta dai pazienti perché è legata a ricordi della propria vita emotivamente significativi e per questo permette di richiamare in modo implicito e del tutto involontario le proprie memorie emotive. Queste memorie sono estremamente importanti poiché contengono informazioni su se stessi, sulla propria identità e sull'immagine di sé, e quando vengono stimulate dalla musica possono emergere ed essere rivissute dalla persona inducendo un intenso stato di consapevolezza di sé.

La consapevolezza di sé viene, in particolare, indagata nello studio di Arroyo-Anlló e collaboratori (2013), in cui vengono comparati i risultati, valutati con il *Self-consciousness questionnaire*, tra due gruppi di pazienti con demenza di Alzheimer, uno esposto all'ascolto di musica familiare e un altro esposto all'ascolto di musica non familiare. Il primo gruppo, al termine dell'intervento, riporta un miglioramento statisticamente significativo ( $p < 0.05$ ) in diverse dimensioni della consapevolezza di sé (identità personale, stato affettivo, giudizi morali e rappresentazione corporea), mentre il gruppo controllo riporta un generale peggioramento in tutte le dimensioni. Si consideri che tale peggioramento non è dovuto all'esposizione della musica non familiare, ma rappresenta il fisiologico decadimento cognitivo legato alla patologia. Secondo gli autori, la musica familiare permette di rievocare involontariamente i propri ricordi passati, favorendo principalmente quegli eventi significativi della propria vita che sono stati precedentemente associati a una determinata musica. In quest'ottica si inserisce anche il lavoro di El Haj e collaboratori (2015) che indaga l'emergere dei ricordi che definiscono il Sé durante l'esposizione alla musica. Gli autori precisano che i ricordi che definiscono in Sé (*self-defining memories*) sono strettamente associati alla dimensione episodica della memoria autobiografica con cui condividono alcune caratteristiche: la specificità contestuale, i dettagli fenomenologici e la valenza emotiva. Un esempio di questi ricordi, espresso da un paziente con Alzheimer, viene riportato dagli autori: *“Dopo aver guardato questo film, decisi di lavorare nel campo del*

*cinema*” (p. 1725); questo non è semplicemente il ricordo di un evento della propria vita, ma è il ricordo di un evento che si lega indissolubilmente con la propria identità. Similmente allo studio di El Haj e collaboratori (2012), gli autori indagano le differenze nel recupero di questi ricordi tra un gruppo di pazienti con demenza di Alzheimer e un gruppo di controllo con persone sane, in tre condizioni: in silenzio, dopo l’ascolto di musica scelta dai ricercatori e dopo l’ascolto della musica scelta dal partecipante. I risultati, rilevati con il *Test épisodique de mémorire du passé* (TEMPau), rilevano un aumento significativo delle *performance* autobiografiche e della produzione di ricordi che definiscono il Sé nei pazienti con Alzheimer dopo l’ascolto della propria musica preferita, tanto che tali aspetti risultano equiparabili con quelli del gruppo controllo.

Lo studio di Basaglia-Pappas e collaboratori (2013) si discosta in parte dalla struttura degli studi precedenti, ma sembra riassumerne i risultati. Gli autori indagano gli effetti della musica popolare nel recupero della memoria autobiografica in pazienti con Alzheimer. La memoria autobiografica è stata misurata attraverso un’intervista creata *ad hoc* per indagare ricordi associati alle canzoni popolari proposte e ai loro cantanti. Se i ricordi associati ai cantanti risultano evanescenti nella maggior parte dei casi, i ricordi di eventi autobiografici legati alle canzoni, invece, risultano essere vividi, dettagliati ed emotivamente significativi, nonché descritti con maggior fluidità linguistica. Tali ricordi, coerentemente con i risultati dello studio di Irish e collaboratori (2006), riguardano maggiormente la giovinezza e l’età adulta. Per gli autori, i benefici della musica nel recupero dei ricordi autobiografici sono più evidenti quando si utilizza musica familiare e, in tal senso, spiegano la scelta dell’utilizzo della musica popolare nel loro studio: questa è infatti frequentemente la più amata nella popolazione spagnola. Infine, risulta particolarmente interessante la riflessione conclusiva che gli autori elaborano a seguito dell’analisi dei risultati dello studio: date le evidenze che sostengono la capacità della musica di rievocare ricordi della propria storia di vita, è possibile affermare che la musica, soprattutto se è musica familiare e preferita dal paziente, possa essere uno stimolo efficace nella terapia della reminiscenza (p. 793).

### **3.3.2 Reminiscenza e musica**

La musica quindi può essere efficacemente utilizzata negli interventi basati sulla terapia della reminiscenza, però in letteratura non sono stati trovati interventi di



reminiscenza che utilizzano specificatamente la musica come strumento principe. Sono stati invece trovati articoli che descrivono interventi basati sia sulla terapia della reminiscenza sia sulla musicoterapia. Nonostante ciò, si è ritenuto opportuno includere questi studi nel lavoro di tesi, poiché la musica è stata qui utilizzata prevalentemente con l'obiettivo di recuperare i ricordi della propria vita. Gli studi inclusi nel lavoro di tesi che combinano reminiscenza e musica sono 3 (Ashida, 2000; Istvandy, 2017; Osman, Tischler, & Schneider, 2016). Nel lavoro di Osman e collaboratori (2016) la musica viene utilizzata in modo attivo, in quanto i partecipanti stessi cantano in gruppo alcune canzoni familiari. L'intervento di reminiscenza, in questo caso, si articola in una discussione al termine della canzone riguardo ad una o più tematiche collegate ad essa. Per valutare i benefici prodotti da tale intervento, i ricercatori hanno condotto delle interviste semi-strutturate che hanno portato ad individuare sei tematiche su cui l'intervento ha influito: l'inclusione e il supporto sociale, la possibilità di condividere le proprie esperienze, le relazioni con gli altri, la memoria, l'umore e il benessere, e l'accettazione della diagnosi. Molti di questi aspetti derivano, secondo gli autori dalla struttura grupale dell'intervento che permette ai partecipanti di sentirsi coinvolti e parte di un gruppo che condivide le stesse difficoltà. Un aspetto invece che deriva principalmente dall'intervento di reminiscenza musicale è il miglioramento delle funzioni cognitive, in termini di memoria e reminiscenza: memoria perché, come affermano gli autori, un importante beneficio riguarda la realizzazione da parte dei pazienti di poter ricordare ancora la musica e i testi di alcune canzoni che credevano ormai dimenticate; reminiscenza perché, come afferma uno dei partecipanti dell'intervento, *“ricordare qualche canzone che non ho cantato per diverso tempo è come riportare alla mente alcuni miei aspetti che erano stati perduti”* (p. 1334). In questo senso, gli autori affermano come un intervento di questo tipo può aiutare il paziente a giungere involontariamente, grazie allo stimolo offerto dalla musica, a ricordi significativi della propria vita. Il lavoro di Ashida (2000), invece, utilizza la musica in modo passivo, ossia espone i partecipanti affetti da demenza all'ascolto di musiche familiari. L'intervento di reminiscenza musicale è svolto in piccoli gruppi e consiste nel discutere, partendo dalla canzone stessa e dal suo testo, alcune tematiche che vengono trattate nella canzone o che riaffiorano spontaneamente nella mente dei partecipanti durante il suo ascolto. Per misurare l'efficacia di tale intervento, l'autore utilizza la

*Cornell Scale for Depression in Dementia* (CSDD) e rileva un miglioramento statisticamente significativo ( $p < 0.05$ ) nell'umore dei partecipanti al termine dell'intervento. Ashida (2000) sostiene che questo risultato derivi da alcune caratteristiche peculiari l'intervento: la possibilità di interagire con gli altri e condividere i propri ricordi, e la possibilità di recuperare una propria immagine di sé grazie all'emergere di ricordi legati alla propria storia di vita. Secondo gli autori, la musica ha permesso di facilitare l'interazione tra terapeuta e paziente, ma anche tra i pazienti stessi che hanno avuto la possibilità di condividere e discutere insieme diverse tematiche comuni. Questi risultati sono confermati dalla revisione di Istvandy (2017) in cui gli studi di Mohammadi e collaboratori (2011) e di Takahashi e Matsushita (2006), che attuano sessioni di reminiscenza dopo l'ascolto o l'esecuzione di canzoni familiari in persone affette da demenza, rilevano miglioramenti significativi negli stati d'ansia, nello stress e nell'umore depresso (Mohammadi, Shahabi & Panah, 2011), ma anche nei livelli di cortisolo e nella pressione sanguigna (Takahashi & Matsushita, 2006). Secondo Istvandy (2017), gli interventi di reminiscenza musicale, in cui la musica può essere utilizzata sia in modo passivo che in modo attivo, risultano essere estremamente utili per la gestione della demenza, poiché permettono di migliorare la generale qualità della vita dei pazienti aiutandoli a recuperare e consolidare aspetti fondamentali della propria identità.

### **3.4 Il conduttore della terapia della reminiscenza**

In 14 articoli inclusi nel lavoro di tesi viene specificata la professione del conduttore dell'intervento di reminiscenza. Si è riscontrato che le figure maggiormente coinvolte sono gli infermieri (in 7 articoli) e gli psicologi (in 5 articoli), ma oltre a questi è presente un'eterogeneità di professionisti tra cui gli assistenti sociali, i terapisti occupazionali, gli operatori sanitari, i medici e i musicoterapeuti. In tre studi i professionisti coinvolti sono stati preventivamente sottoposti ad un periodo di formazione che è stato ritenuto necessario per poter sviluppare alcune competenze specifiche per la conduzione degli interventi di reminiscenza (O'Shea et al., 2014; Van Bogaert et al. 2016; Wang et al., 2009). Alcune delle competenze e delle caratteristiche specifiche che deve possedere il conduttore della terapia della reminiscenza sono state

fornite dagli studi di Duru Aşiret e Kapucu (2015) e di Hsieh e collaboratori (2010). Duru Aşiret e Kapucu (2015) sostengono che il professionista che gestisce la terapia della reminiscenza deve porsi come *leader* del gruppo, avere buone capacità di gestione del tempo, essere in grado di instaurare una relazione professionale con i membri del gruppo offrendo loro uguali opportunità di esprimersi, essere in grado di garantire un contesto basato sull'interazione e sulla condivisione, ed aiutare i membri del gruppo a creare un collegamento tra passato e presente basandosi su ciò che viene ricordato durante le sessioni di reminiscenza (p. 33). Tali caratteristiche sono coerenti con la figura del conduttore delineata da Hsieh e collaboratori (2010). Secondo gli autori, il professionista deve porsi come un “facilitatore” della relazione, incoraggiando i partecipanti a condividere le loro storie di vita e recuperando e proponendo oggetti e materiali significativi (foto, immagini, album, ecc.) al fine di facilitare l'espressione dei ricordi dei partecipanti. Inoltre, deve fornire supporto ad ogni membro incoraggiandolo a pensare al gruppo di reminiscenza come un'opportunità per riprendere la propria storia di vita in modo piacevole e in relazione con gli altri. Per far sì che l'intervento si riveli utile per ogni partecipante, è necessario, infine, che il professionista crei un ambiente sicuro, accogliente e libero dai giudizi e dagli stigmi sociali legati all'anzianità e alla patologia (Hsieh et al., 2010, p. 74).



## **CAPITOLO 4**

### **Discussione**

I risultati della revisione hanno portato ad elaborare una riflessione critica rispetto ai diversi argomenti trattati. In particolare, la discussione si focalizza sui risultati raccolti e sulle implicazioni che questi hanno per la pratica dell'Educatore Professionale. A sostegno delle riflessioni che seguiranno, sono stati utilizzati ulteriori articoli scientifici e testi che non sono stati inclusi in precedenza nel lavoro di tesi.

#### **4.1 Analisi dei risultati**

La riflessione sui risultati raccolti si focalizza su due macro-argomenti: i benefici della terapia della reminiscenza e la sua struttura, e il rapporto tra musica e ricordi negli interventi di reminiscenza.

##### **4.1.1 I benefici e la struttura della terapia della reminiscenza**

Dall'analisi dei dati raccolti, 17 articoli su 19 riportano risultati che sostengono l'efficacia della terapia della reminiscenza. In particolare, la maggior parte degli studi è concorde nell'affermare che la terapia della reminiscenza influisce positivamente sull'umore depresso, la qualità della vita, il benessere e l'impegno sociale. Risultano ambivalenti, invece, i risultati rispetto ai disturbi comportamentali, l'autostima, le attività quotidiane e le funzioni cognitive, suggerendo la necessità di ampliare la ricerca per giungere ad una maggiore chiarezza. Non sono state riscontrate differenze paragonando i risultati degli interventi rivolti ad un campione con demenza di Alzheimer con gli interventi rivolti ad un campione con demenza generica. Un'unica osservazione può essere fatta rispetto alla memoria autobiografica: questa, infatti, è maggiormente indagata negli interventi rivolti a persone affette da Alzheimer, proprio perché in questa demenza tale funzione risulta essere la più compromessa. Una prima differenza riguarda la struttura della terapia: sono state identificate almeno 5 diverse possibilità di classificazione della terapia della reminiscenza e, nel lavoro di tesi, è stato

deciso di adottare la classificazione che distingue gli interventi di reminiscenza in individuale e di gruppo. Per quanto riguarda i risultati raggiunti dai diversi interventi, non sono state evidenziate differenze significative: entrambe le forme di reminiscenza sono concordi nell'affermare che gli interventi migliorano l'umore, la qualità della vita, il benessere e l'impegno sociale, riportando risultati ambivalenti per le altre dimensioni indagate. La differenza fondamentale tra reminiscenza di gruppo e reminiscenza individuale sembra riguardare la modalità con cui vengono raggiunti i risultati: mentre la reminiscenza di gruppo si focalizza maggiormente sul creare opportunità relazionali e di condivisione per riappropriarsi del proprio passato in una dimensione di identità collettiva, ossia l'identità del gruppo, la reminiscenza individuale sembra essere più personalizzata e si pone l'obiettivo di integrare le esperienze di vita nella propria identità individuale e unica, perché risultato della propria storia di vita (Finnema, Dröes, Ribbe & Van Tilburg, 2000; Subramaniam & Woods, 2012; Woods et al., 2009). In questo senso, il lavoro di revisione è concorde nell'utilizzare la distinzione proposta da Woods e collaboratori (2009), in cui la reminiscenza individuale viene definita come una pratica di *"cura centrata sulla persona"*, mentre la reminiscenza di gruppo come una pratica di *"cura centrata sulla relazione"*. Un'altra riflessione nasce dalla considerevole ambivalenza nell'efficacia della reminiscenza per i disturbi comportamentali, l'autostima, le attività quotidiane e le funzioni cognitive. Si ritiene doveroso considerare che ad inficiare tali risultati vi sia una bassa concordanza tra gli autori rispetto alla struttura fondamentale su cui si deve basare la terapia della reminiscenza, sugli obiettivi che si propone di raggiungere e sulle modalità attraverso cui devono essere valutati. Infatti, i diversi interventi analizzati presentano tempistiche, materiali e approcci molto eterogenei, nonché si focalizzano su *outcome* molto diversi e utilizzano differenti strumenti di valutazione (CAP. 3 paragrafo 3.2, ALLEGATO 2). La difficoltà di stabilire la reale efficacia della terapia della reminiscenza sembra essere legata a questa eterogeneità che rende complesso comparare adeguatamente i risultati di studi così strutturalmente diversi. Ai fini della ricerca si auspica ad una maggiore condivisione di modalità e di intenti per poter raggiungere ad una maggiore chiarezza rispetto all'efficacia della terapia, ma ai fini della pratica professionale sembra utile riflettere sul fatto che l'eterogeneità nell'implementazione della terapia della reminiscenza possa essere una ricchezza irrinunciabile, poiché rispecchia l'intenzione di

creare interventi che siano adeguati e personalizzati a seconda delle caratteristiche del paziente o del gruppo di pazienti. Risulta quindi necessario tenere in considerazione che una certa flessibilità strutturale della terapia debba essere sempre mantenuta per potersi spendere adeguatamente a seconda delle diverse necessità.

#### **4.1.2 Il rapporto tra musica e ricordi negli interventi di reminiscenza**

In tutti gli articoli riguardanti la relazione tra musica e memoria autobiografica viene sostenuta la capacità della musica di rievocare i ricordi di vita della persona. I meccanismi alla base di questo effetto sono ancora poco chiari, ma sono legati alla preservazione della memoria implicita e della memoria musicale, ma anche allo stato psicologico ed emotivo che consegue l'ascolto di musica. Sembra infatti che la musica riduca lo stato d'ansia dei partecipanti e faccia riaffiorare ricordi emotivamente significativi che in passato sono state associati ad una determinata musica o canzone. Inoltre, è stato evidenziato come la musica familiare sia più efficace, rispetto alla musica generica, per rievocare ricordi personali, proprio in virtù del fatto che l'ascolto e il significato di una certa musica possano essere letti ed interpretati in chiave del tutto personale. Questi risultati pongono enfasi sulla necessità di un approccio personalizzato in cui la musica non venga utilizzata come ascolto o esecuzione fine a se stessi, ma sia pensata e riconosciuta come parte della storia di vita della persona. Negli interventi di reminiscenza inclusi nel lavoro di tesi si menziona più volte tra i materiali utilizzati la musica o le registrazioni, ma in nessuno si offre una descrizione chiara su come questi strumenti vengono utilizzati e scelti. Una descrizione precisa delle modalità di implementazione dell'intervento di reminiscenza e la consapevolezza dell'aiuto che può offrire la musica al suo interno, sono auspicabili per comprendere se l'ipotesi di considerare la musica come elemento della propria storia di vita sia valida o meno. Dati incoraggianti sono stati offerti dai risultati degli interventi in cui terapia della reminiscenza e musicoterapia sono combinati. In questi lavori viene accuratamente descritto il ruolo della musica, utilizzata sia in modo attivo (cantando) sia in modo passivo (ascoltando), ed è confermata la necessità di proporre ai partecipanti musica familiare. La musica è qui intesa come uno stimolo che fa emergere spontaneamente ricordi della propria storia di vita e da cui si può partire per recuperare e rendere nuovamente vivida la propria narrazione.

## **4.2 Riflessioni e implicazioni per la pratica educativa**

Nonostante la revisione della letteratura si focalizzi sulla terapia della reminiscenza e non su interventi educativi basati su di essa, sono stati comunque evidenziati aspetti rilevanti per il lavoro dell'Educatore Professionale.

### **4.2.1 Il ruolo dell'Educatore Professionale: gli interventi educativi**

Analizzando attentamente le figure professionali coinvolte nell'implementazione degli interventi di reminiscenza, è stato riscontrato che non esiste un unico professionista di elezione per tale terapia, nonostante le principali figure professionali siano infermieri e psicologi. Alcuni autori, però, hanno descritto le caratteristiche e le competenze che deve possedere il professionista che conduce l'intervento di reminiscenza: capacità di ascolto empatico, di accoglienza e sospensione del giudizio, capacità comunicative e relazionali, capacità di gestione delle dinamiche di gruppo e degli eventi critici, capacità di favorire la ricostruzione di una narrazione di sé a partire dal recupero dei ricordi passati (Bruce et al., 2003; Duru Aşiret & Kapucu, 2015; Hsieh et al., 2010). Queste caratteristiche risultano coerenti con alcune delle competenze dell'Educatore Professionale indicate nel lavoro di Miodini e Zini (2005): competenze pedagogiche, psicologiche, riabilitative, animative, culturali e sociologiche. In particolare, le competenze psicologiche e riabilitative sembrano essere quelle maggiormente chiamate in causa negli interventi basati sulla terapia della reminiscenza. Le competenze psicologiche, infatti, includono: la capacità di comprendere le componenti psicologiche dell'individuo facendo particolare attenzione alle emozioni, ai sentimenti, ai vissuti della persona e agli eventi critici ad esse collegati, e la capacità di individuare dinamiche relazionali preesistenti sviluppando nuove modalità di rapporto a seconda del contesto, gestendo le dinamiche di gruppo e i conflitti, e dando risposta al bisogno di appartenenza della persona. Le competenze riabilitative, invece, comprendono la capacità di individuare le risorse disponibili nel soggetto a seconda delle sue peculiarità e delle reali potenzialità psico-fisiche che la patologia ha lasciato ancora disponibili (Miodini & Zini, 2005). La stessa terapia della reminiscenza è coerente con queste competenze, in quanto è definita come una terapia riabilitativa e psicologica, poiché mira a ridurre l'impatto della patologia e, allo stesso tempo, si focalizza sulla dimensione emotiva della persona (CAP.2 paragrafo 1.5). Queste



considerazioni iniziali hanno permesso di intraprendere una riflessione sul ruolo che può avere l'Educatore Professionale negli interventi educativi basati sulla terapia della reminiscenza. Tali interventi possono essere concepiti come interventi riabilitativi psicologico-relazionali in cui si *“agisce sulla capacità di ogni individuo di definire il proprio sé e di essere in grado di rapportarsi con gli altri”* (Miodini & Zini, 2005, p. 31). Per questo si ritiene che l'Educatore Professionale, in quanto professionista della riabilitazione con competenze psicologiche e riabilitative (D.M., 2001; Miodini & Zini, 2005), possa realizzare adeguatamente interventi educativi di recupero dei ricordi, in particolare in un *setting* di gruppo in cui la cura è centrata sulla relazione (Woods et al., 2009), strumento principe dell'Educatore Professionale. Si ritiene necessario però, condurre questi interventi in un'ottica interdisciplinare in cui l'Educatore, professionista della riabilitazione, collabori con la figura dello psicologo, professionista più adeguato nella gestione degli aspetti emotivi e psicologici della persona. Questa collaborazione, coerente con i fondamenti della terapia della reminiscenza, permette ai due professionisti di focalizzarsi su aspetti diversi ma complementari nella presa in carico della persona con Alzheimer. Se l'Educatore Professionale potrà dedicarsi maggiormente alle dinamiche relazionali e al recupero condiviso della storia di vita di ogni partecipante, lo psicologo potrà offrire sostegno e aiuto nella rielaborazione dei conflitti interiori che il recupero dei ricordi può far emergere. La collaborazione tra queste due figure professionali, pur evidenziando un approccio e una formazione diversi, è caratterizzata da una comune attenzione ai bisogni, al vissuto e alle caratteristiche peculiari del paziente, superando una visione della cura centrata unicamente sulla patologia.

#### **4.2.2 La diagnosi educativa iniziale**

A conclusione di quanto discusso fin'ora, risulta necessario focalizzarsi sulle premesse essenziali per un adeguato intervento educativo di recupero dei ricordi basato sulla terapia della reminiscenza. Più volte è stata sottolineata l'importanza dell'utilizzo di materiali e strumenti familiari per la persona affetta da Alzheimer: in particolare è stata attestata una maggiore efficacia nel recupero dei ricordi dopo l'ascolto di musica familiare piuttosto che di musica generica. Questo suggerisce la necessità di conoscere ciò che è familiare e significativo per la persona destinataria e *partner* dell'intervento

educativo, ma anche la necessità di sapere quali sono i ricordi più profondi e importanti della persona. Questa conoscenza permette di strutturare l'intervento in modo consapevole e preparato, ossia sapendo quali sono i mezzi più efficaci per il recupero autobiografico e quali ricordi possono emergere anticipando così eventuali eventi critici. Affinché questo approccio si renda possibile, è necessario, prima di progettare l'intervento, conoscere la persona e la sua storia di vita, affiancando all'anamnesi medica, specifica per la patologia e la sua evoluzione, una conoscenza personale dell'individuo che permetta di giungere ad una visione globale della persona. Si ritiene auspicabile che l'Educatore Professionale, in concerto con lo psicologo, svolga degli incontri conoscitivi per realizzare una diagnosi educativa iniziale in grado di ricostruire la storia di vita della persona e conoscere le sue caratteristiche individuali, le sue passioni e i suoi interessi. Per avere una visione completa di tutti questi aspetti, non è sufficiente svolgere incontri individuali con il paziente che, affetto da una patologia molto invalidante come l'Alzheimer, potrebbe fornire informazioni frammentarie, ma si ipotizza la necessità di coinvolgere anche i familiari del paziente e gli altri professionisti impegnati nel processo di cura. Infatti, la conoscenza dell'altro è un processo che non potrà mai essere pienamente concluso data la complessità della Persona, ma che si accresce nella quotidianità della relazione e può avvenire anche casualmente; per questo si ritiene necessario coinvolgere anche quei professionisti, come gli infermieri e gli operatori socio-sanitari, che condividono con il paziente solo qualche momento della giornata, per la sua alimentazione, l'igiene personale o l'assunzione della terapia farmacologica. Questa conoscenza globale della persona permette, quindi, all'Educatore Professionale di compiere una scelta consapevole rispetto alla strutturazione dell'intervento educativo, per quanto riguarda: le tematiche da trattare, i materiali da utilizzare come stimoli per la rievocazione dei ricordi personali e le combinazioni di pazienti all'interno dei gruppi di reminiscenza (es.: sulla base di passioni, interessi condivisi, esperienze di vita comuni, ecc.). La diagnosi educativa iniziale, in questo senso, risulta un elemento indispensabile per la progettazione e l'implementazione di interventi educativi che hanno come oggetto tutti quegli aspetti, come i ricordi, che vanno oltre la patologia radicandosi nella storia di vita della persona.

# CONCLUSIONE

## **Valutazione degli obiettivi**

A conclusione del lavoro di tesi si può affermare di aver dato risposta alle domande di ricerca iniziali. In particolare, è stata riscontrata l'efficacia della terapia della reminiscenza soprattutto nelle dimensioni di umore depresso, qualità della vita, benessere e impegno sociale, sia per gli interventi individuali (centrati sulla persona), sia per gli interventi di gruppo (centrati sulla relazione). Inoltre, è stata evidenziata l'effettiva capacità della musica di far emergere ricordi autobiografici, specialmente se si utilizza musica familiare legata significativamente alla storia di vita della persona. Questi risultati hanno permesso di sviluppare una riflessione sul ruolo dell'Educatore Professionale che, in quanto professionista della riabilitazione in possesso di competenze psicologiche e riabilitative, risulta essere una figura professionale adeguata nell'implementazione di interventi educativi basati sulla terapia della reminiscenza. In particolare, è stata evidenziata l'importanza di una collaborazione con l'équipe multidisciplinare e i familiari, e la necessità di realizzare, per ogni paziente, una diagnosi educativa iniziale in grado di guidare consapevolmente la progettazione e l'implementazione dell'intervento educativo.

## **Limiti e punti di forza**

La revisione della letteratura è stata condotta con attenzione e oggettività ma, nonostante ciò, presenta alcuni limiti di ricerca rispetto ai criteri di inclusione ed esclusione degli articoli scientifici. La scelta di includere solamente gli articoli di libero accesso può aver determinato l'esclusione di alcuni articoli significativi per lo sviluppo del lavoro di tesi, mentre le scelte di includere anche studi osservazionali e di non filtrare gli articoli a seconda della zona geografica, ha esposto il lavoro di tesi ad includere da un lato articoli con diverso grado di evidenza scientifica e dall'altro articoli con risultati potenzialmente influenzati da fattori socio-culturali. Tali scelte sono state dettate dalla necessità di acquisire una quantità di informazioni sufficiente per poter approfondire adeguatamente la tematica scelta. I punti di forza del lavoro di tesi, invece, derivano dall'aver avuto la possibilità di trattare un argomento stimolante e di interesse

personale che ha incrementato la motivazione nello studio e nella ricerca. Inoltre, si ritiene che aver sostenuto una riflessione educativa nell'analisi dei risultati della revisione possa essere un valore aggiunto che contribuisce ad una più ampia riflessione sulla pratica professionale dell'Educatore.

### **Prospettive future**

Si ritiene possa essere interessante ampliare la ricerca sulla terapia della reminiscenza e sulla musica come suo strumento "facilitatore". In particolare, è stata evidenziata la necessità di: 1) individuare una struttura e delle modalità di valutazione più standardizzate della terapia della reminiscenza per poter giungere ad una maggiore evidenza della sua efficacia; 2) trovare un compromesso tra necessità di standardizzazione per la ricerca e necessità di personalizzazione per rispondere ai bisogni individuali di ogni paziente; 3) comprendere maggiormente i benefici dell'utilizzo della musica nel lavoro di reminiscenza realizzando interventi basati sulla terapia della reminiscenza in cui la musica venga utilizzata come strumento principe. Inoltre, la riflessione sul contributo dell'Educatore Professionale stimola ad implementare la ricerca rispetto agli interventi educativi basati sulla terapia della reminiscenza e sul ruolo dell'Educatore all'interno degli stessi, prestando attenzione alla necessità di realizzare una diagnosi educativa iniziale, con il coinvolgimento di familiari e professionisti, in grado di indirizzare le scelte progettuali dell'intervento. Infine, si auspica che la ricerca condotta per il lavoro di tesi possa essere una base da cui partire per poter implementare interventi educativi per il recupero di ricordi autobiografici per anziani con Alzheimer in un futuro contesto lavorativo, al fine di permettere alla ricerca di trovare concretizzazione nella pratica professionale.

## BIBLIOGRAFIA

### ARTICOLI SCIENTIFICI

- Amieva, H., Robert, P.H., Grandoulier, A.S., Meillon, C., De Rotrou, J., Andrieu, S., Berr, C., Desgranges, B., Dubois, B., Girtanner, C., Joël, M.E., Lavallart, B., Nourhashemi, F., Pasquier, F., Rainfray, M., Touchon, J., Chêne, G., Dartigues, J.F. (2016). Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial. *International Psychogeriatrics*, 28(5), 707–717. doi: 10.1017/S1041610215001830
- Arroyo-Anlló, E.M., Poveda Díaz, J., Gil, R. (2013). Familiar music as an enhancer of self-consciousness in patients with Alzheimer's disease. *BioMed Research International*, Art. ID752965. doi: 10.1155/2013/752965.
- Ashida, S. (2000). The effect of reminiscence music therapy sessions on changes in depressive symptoms in elderly persons with dementia. *Journal of Music Therapy*, XXXVII(3), 170-182.  
Disponibile da <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10990595>
- Basaglia-Pappas, S., Laterza, M., Borg, C., Richard-Mornas, A., Favre, E., Thomas-Antérion, C. (2013). Exploration of verbal and non-verbal semantic knowledge and autobiographical memories starting from popular songs in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 25(5), 785–795. doi: 10.1017/S1041610212002359.
- Duru Aşiret, G. & Kapucu, S. (2016). The effect of reminiscence therapy on cognition, depression, and activities of daily living for patients with Alzheimer disease. *Geriatric Psychiatry and Neurology*, 29(1), 31-37. doi: 10.1177/0891988715598233.
- El Haj, M., Antoine, P., Nandrino, J.L., Gély-Nargeot, M.C., Raffar, S. (2015). Self-defining memories during exposure to music in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 27(10), 1719–1730. doi:10.1017/S1041610215000812.

- El Haj, M., Clément, S., Fasotti, L., Allain, P. (2013). Effects of music on autobiographical verbal narration in Alzheimer's disease. *Journal of Neurolinguistics*, 26, 691–700. doi: 10.1016/j.jneuroling.2013.06.001.
- El Haj, M., Postal, V., Allain, P. (2012). Music enhances autobiographical memory in mild Alzheimer's disease. *Educational Gerontology*, 38(1), 30-41, doi: 10.1080/03601277.2010.515897.
- Finnema, E., Dröes, R.M., Ribbe, M., Van Tilburg, W. (2000). The effects of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: a review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 141-161.
- Disponibile da  
[https://modernedementiezorg.nl/upl/kwaliteit\\_van\\_zorg/Finnema%202000%20review.pdf](https://modernedementiezorg.nl/upl/kwaliteit_van_zorg/Finnema%202000%20review.pdf)
- Gonzalez, J., Mayordomo, T., Torres, M., Sales, A., Meléndez, J.C. (2015). Reminiscence and dementia: a therapeutic intervention. *International Psychogeriatrics*, 27(10), 1731–1737. doi: 10.1017/S1041610215000344.
- Hsieh, C.J., Chang, C., Su, S.F., Hsiao, Y.L., Shih, Y.W., Han, W.H., Lin, C.C. (2010). Reminiscence group therapy on depression and apathy in nursing home residents with mild-to-moderate dementia. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 2(2), 72–78. Disponibile da  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878331710600125>
- Irish, M., Cunningham, C.J., Walsh, J.B., Coakley, D., Lawlor, B.A., Robertson, I.H., Coen, R.F. (2006). Investigating the enhancing effect of music on autobiographical memory in mild Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorder*, 22, 108–120. doi: 10.1159/000093487.
- Istvandity, L. (2017). Combining music and reminiscence therapy interventions for wellbeing in elderly populations: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 28, 18-25. doi: 10.1016/j.ctcp.2017.03.003.
- Kwon, M.H., Cho, B.H., Lee, J.S. (2013). Reminiscence therapy for dementia - meta analysis. *Advanced Science and Technology Letters*, 40, 10-15. doi: 10.14257/astl.2013.40.03.
- Lai, C.K.Y., Chi, I., Kayser-Jones, J. (2004). A randomized controlled trial of a specific reminiscence approach to promote the well-being of nursing home residents with

- dementia. *International Psychogeriatric Association*, 16(1), 33–49. doi: 10.1017/S1041610204000055.
- Lalanne, J., Gallarda, T., Piolino, P. (2015). “The Castle of Remembrance”: New insights from a cognitive training programme for autobiographical memory in Alzheimer’s disease. *Neuropsychological Rehabilitation*, 25(2), 254–282. doi: 10.1080/09602011.2014.949276.
- Melendez, J.C., Torres, M., Redondo, R., Mayordomo, T., Sales, A. (2017). Effectiveness of follow-up reminiscence therapy on autobiographical memory in pathological ageing. *International Journal of Psychology*, 52(4), 283–290. doi: 10.1002/ijop.12217.
- Moos, I. & Björn, A. (2006). Use of the life story in the institutional care of people with dementia: a review of intervention studies. *Ageing & Society*, 26, 431–454. doi: 10.1017/S0144686X06004806.
- O’Shea, E., Devane, D., Cooney, A., Casey, D., Jordan, F., Hunter, A., Murphy, E., Newell, J., Connolly, S., Murphy, K. (2014). The impact of reminiscence on the quality of life of residents with dementia in long-stay care. *International Journal of Geriatr Psychiatry*, 29, 1062–1070. doi: 10.1002/gps.4099.
- Osman, S.E., Tischler, V., Schneider, J. (2016). ‘Singing for the Brain’: a qualitative study exploring the health and well-being benefits of singing for people with dementia and their carers. *Dementia*, 15(6), 1326–1339. doi: 10.1177/1471301214556291.
- Serrani Azcurra, D.J.L. (2012). A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with Alzheimer’s disease. A randomized controlled trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34, 422-433. doi: 10.1016/j.rbp.2012.05.008.
- Subramaniam, P. & Woods, P. (2012). The impact of individual reminiscence therapy for people with dementia: systematic review. *Expert Reviews Neurother*, 12(5), 545-555. doi: 10.1586/ern.12.35.
- Tadaka, E. & Kanagawa, K. (2007). Effects of reminiscence group in elderly people with Alzheimer disease and vascular dementia in a community setting. *Geriatric and Gerontology International*, 7, 167–173. doi: 10.1111/j.1447-0594.2007.00381.x.

- Van Bogaert, P., Tolson, D., Eerlingen, R., Carvers, D., Wouters, K., Paque, K., Timmermans, O., Dilles, T., Engelborghs, S. (2016). SolCos model-based individual reminiscence for older adults with mild to moderate dementia in nursing homes: a randomized controlled intervention study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23, 568–575. doi: 10.1111/jpm.12336.
- Wang, J.J. (2007). Group reminiscence therapy for cognitive and affective functions of demented elderly in Taiwan. *International Journal of Geriatric and Psychiatry*, 22, 1235–1240. doi: 10.1002/gps.1821.
- Wang, J.J., Yen, M., OuYang, W.C. (2009). Group reminiscence intervention in Taiwanese elders with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 227-232. doi: 10.1016/j.archger.2008.08.007.
- Woods, R.T., Bruce, E., Edwards, R.T., Hounscome, B., Keady, J., Moniz-Cook, E.D., Orrell, M., Russell, I.T. (2009). Reminiscence groups for people with dementia and their family carers: pragmatic eight-centre randomized trial of joint reminiscence and maintenance versus usual treatment: a protocol. *Trials*, 10(64). doi: 10.1186/1745-6215-10-64.
- Woods, B., Spector, A.E., Jones, C.A., Orrell, M., Davies, S.P. (2009). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD001120. doi: 10.1002/14651858.CD001120.pub2.
- Yang, Y.P., Lee, F.P., Chao, H.C., Hsu, F.Y., Wang, J.J. (2016). Comparing the effects of cognitive stimulation, reminiscence and aroma-massage on cognition and depressive mood in people with dementia. *Jamda*, 17, 719-724. doi: 10.1016/j.jamda.2016.03.021.

## **FONTI TRADIZIONALI**

- Bobbo, N. (2012). *Fondamenti pedagogici di educazione del paziente*. Padova: Cleup.
- Blazer, D.G., Petersen, R.C., M.D., Ganguli, M., Blacker, D., Faison, W., Grant, I., Lenze, E.J., Paulsen, J.S., Sachdev, P.S. (2013). Neurocognitive disorders. In American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition* (pp. 591-643). Arlington, VA: American Psychiatric Association.



- Boccardi, M. (2012). *La riabilitazione nella demenza grave. Manuale pratico per operatori e caregiver*. Trento: Erickson. (Originariamente pubblicato nel 2007)
- Bruce, E., Hodgson, S. & Schweitzer, P. (2003). *I ricordi che curano. Pratiche di reminiscenza nella malattia di Alzheimer* (L. Formenti, trad.). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Carbone, G. (2013). *Invecchiamento cerebrale, demenze e malattia di Alzheimer. Una guida informativa per i familiari e gli operatori con l'elenco delle Unità Valutative Alzheimer (UVA)*. Milano: FrancoAngeli. (Originariamente pubblicato nel 2007)
- Ciarrocchi, R.A., (2012). Il senso innovativo dell'animazione nei servizi per anziani. In W. Orsi, C. D'Anastasio, & R.A. Ciarrocchi, *Animazione e demenze. Memorie, emozioni e buone pratiche sociali* (pp. 41-47). Rimini: Maggioli Editore.
- Demetrio, D. (2014). *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*. Milano: Raffaello Cortina Editore. (Originariamente pubblicato nel 1996)
- Dynes, R. (2016). *Il laboratorio della memoria. Cento giochi per stimolare strategie a breve e lungo termine*. Trento: Erickson. (Originariamente pubblicato nel 1998)
- Iurlaro, F. (2013). Dall'utopia di un modello assistenziale centrato sulla persona e i suoi bisogni, alla realizzazione di un progetto esclusivo per le necessità di pazienti e familiari. In S. Angelini, *Alzheimer: curarlo e gestirlo in RSA* (pp. 9-90). Rimini: Maggioli Editore.
- Marfisi, S. (2012). *Il racconto che cura: la narrazione autobiografica come terapia possibile nella malattia di Alzheimer*. Roma: Aracne.
- Miodini, S. & Zini, M.T. (2005). *L'Educatore Professionale. Formazione, ruolo e competenze*. Roma: Carocci Faber.
- Moser, F., Pezzati, R., Luban-Plozza, B. (2002). *Un'età da abitare. Identità e narrazione nell'anziano*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Perini, G. (2015). Delirium, demenze e altri disturbi cognitivi. In L. Perini (cur.), *Clinica Psichiatrica* (pp. 89-121). Padova: Cleup. (Originariamente pubblicato nel 2006)
- Quattropani, M.C. & Coppola, E. (2013). *Dimenticare se stessi. La continuità del Sé nei pazienti Alzheimer*. Padova: Piccin.
- Scortegagna, R. (2005). *Invecchiare*. Bologna: Il Mulino.

Scortegagna, R. (2015). Gli obiettivi del progetto Alzheimer: i presupposti, le risorse, l'ambiente culturale. In M.C. Santin (cur.), *Alzheimer: il benessere possibile. Pratiche e modelli nella cura della demenza: le esperienze di un territorio di montagna* (pp. 17-25). Trento: Erickson.

Tartarelli, R. (1996). *Il paziente anziano. Dalla valutazione del disagio psichico all'intervento terapeutico*. Milano: FrancoAngeli.

## **NORMATIVE**

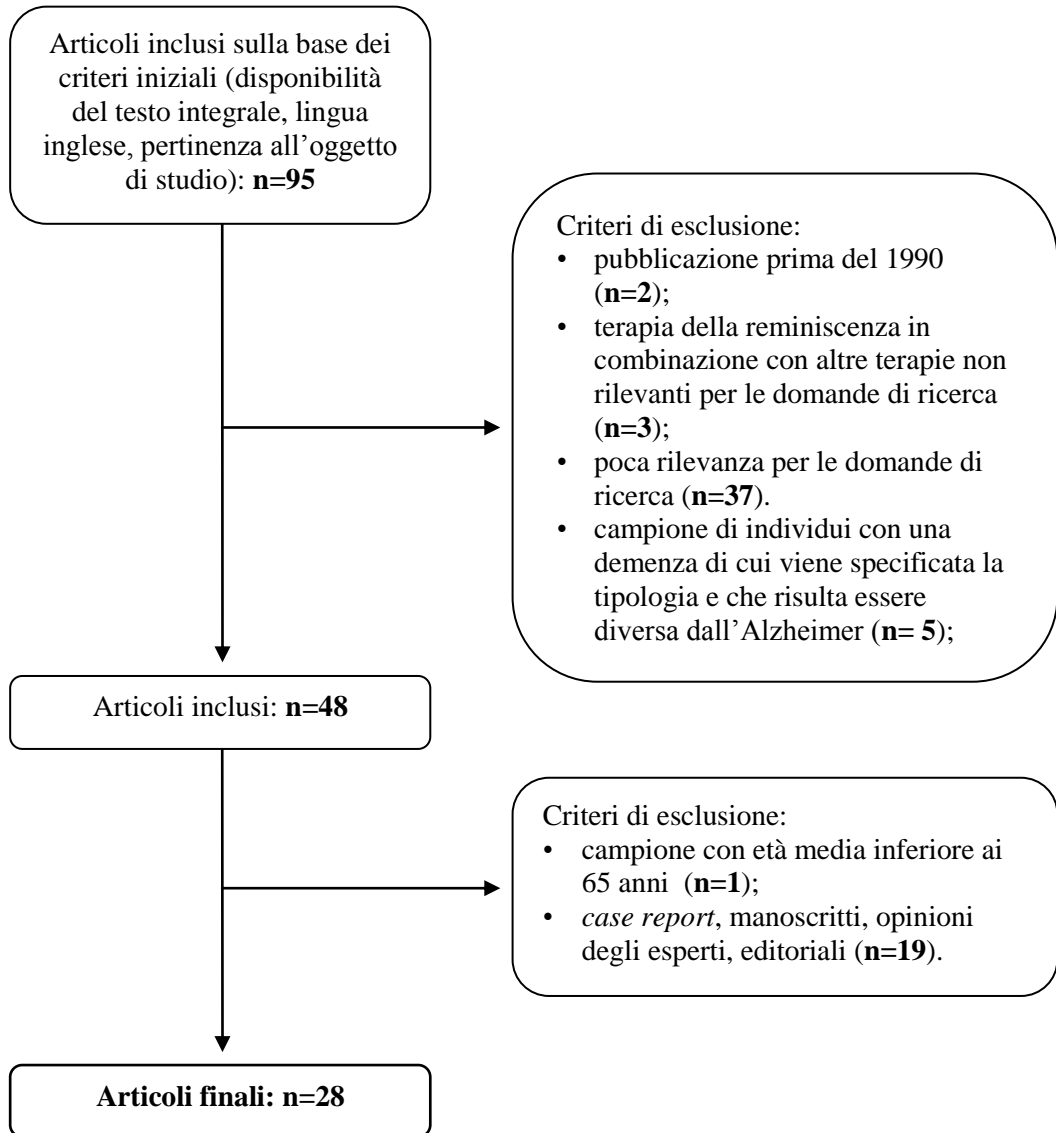
Decreto Ministeriale 29 marzo 2001 recante norme di *Definizione delle figure professionali di cui all'articolo 6, comma 3, del Dlgs 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251 (articolo 6, comma 1, legge n. 251/2000)*

## **SITOGRAFIA**

Istituto nazionale di statistica. (2015). La popolazione in Italia per l'anno 2015: infografica. Disponibile da <http://www.istat.it/it/archivio/197802>

Istituto nazionale di statistica. (2012). Le principali cause di morte in Italia. Disponibile da <http://www.istat.it/it/archivio/140871>

## ALLEGATO 1: Processo di selezione della letteratura



**ALLEGATO 2: Tavole riassuntive di estrazione dati**

**EFFETTI DELLA TERAPIA DELLA REMINISCENZA DI GRUPPO**

Autore, anno e titolo	Tipologia di studio	Campione	Descrizione dell'intervento	Tempistiche	Strumenti di valutazione	Figure professionali	Risultati
Amieva et al. (2016)  Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial	RCT	653 partecipanti (172 RT, 170 training cognitivo, 157 terapia cognitiva individuale, 154 controllo)  Età media: 78.7 ± 6.7  AD lieve-moderata	RT con 5-8 pazienti e affiancamento <i>caregivers</i> . Varie tematiche personali. Materiali: oggetti personali.	Aprile 2008 – dicembre 2009  1 h e 30 min 1 volta a settimana per 12 mesi	ADAS NPI DAD AGGIR MADRS QoL-AD  Follow-up a 3 mesi e 24 mesi dalla fine dell'intervento	Psicologi	No differenze significative
Duru Aşiret & Kapucu (2016)  The effect of reminiscence therapy on cognition, depression, and activities of daily living for patients with Alzheimer	RCT	62 partecipanti (31 gruppo sperimentale e 31 gruppo controllo)  Età media: 82.1 ± 4.9 anni	RT con 2-5 pazienti. Tematiche: infanzia e famiglia, scuola, lavoro, momenti di divertimento, piante, animali, bambini, cibo e cucina, vacanze, viaggi e avvenimenti importanti. Materiali: oggetti antichi e	1 luglio 2013 - 20 dicembre 2014  30-45 min, 1 volta a settimana per 12 settimane	MMSE GDS Daily Living Activities Observation Form  Misurazioni pre-post test	-	Miglioramento funzioni cognitive. Diminuzione umore depresso. No cambiamenti significativi nelle attività quotidiane se non in: comunicazione, collaborazione e socializzazione

disease		AD lieve-moderata	immagini/fotografie.				
Finnema et al. (2000)  The effects of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: a review of the literature	Revisione  7 studi	Soggetti anziani con demenza	Riporta gli effetti delle terapie orientate alle emozioni: Validation Therapy, Snoezelen, Stimulated Presence Therapy, RT	60-90 min 6-40 incontri	Questionari Osservazione MACC CAPE Report scritti o verbali Riunioni d'equipé MMSE SEQ-3 Checklist su aspetti comportamentali Sociogrammi	-	Aumento di: interesse, interazione sociale e funzioni cognitive. Diminuzione disturbi comportamentali.
Gonzales et al. (2015)  Reminiscence and dementia: a therapeutic intervention	Studio quasi-sperimentale a singolo cieco	42 partecipanti (23 gruppo sperimentale e 19 gruppo controllo)  Età >65 aa (media: 80.24 ± 9.22)  Demenza	RT di gruppo. Tematiche riguardanti tutti gli stadi della vita. Materiali facilitatori (musica, immagini, oggetti)	60 min a settimana per 10 settimane	CES-D RSES PWB  Misurazioni pre- e post-intervento	1 psicologo	Miglioramento di: umore e benessere percepito. Peggioramento nell'autostima.
Hsieh et al. (2010)  Reminiscence group therapy on depression and	Studio sperimentale controllato	61 partecipanti (29 gruppo sperimentale e 32 gruppo	RT di gruppo. Tematiche su diverse questioni della vita.	40-50 min a settimana per 12 settimane	GDS AES-C  Misurazioni pre- e post-intervento	Infermieri specializzati in geriatria	Miglioramento in depressione e apatia.

apathy in nursing home residents with mild-to-moderate dementia		controllo) Età media: 77.56 ± 8.46  Demenza lieve-moderata			(1 settimana prima e 3 mesi dopo)		
Kwon et al. (2013)  Reminiscence therapy for dementia - meta analysis	Metanalisi  10 RCT	Soggetti con demenza ed età >60 aa	Riporta gli effetti della RT	-	MMSE GDS GQoL	-	Miglioramento significativo in: funzioni cognitive, umore e qualità della vita. Miglioramento non significativo nei problemi comportamentali.
Melendez et al. (2015)  Effectiveness of follow-up reminiscence therapy on autobiographical memory in pathological ageing	Studio quasi-sperimentale a singolo cieco	30 partecipanti (15 gruppo sperimentale e 15 gruppo controllo)  Età media: 84.60 ± 7.17 gr. sper. e 83.80 ± 5.53 gr. contr.  AD	RT di gruppo. Tematiche: infanzia, giovinezza e anzianità. Materiali: musica, immagini, oggetti	30 min 2 volte a settimana per 10 settimane	AMI  Misurazioni pre-test, post-test e due mesi follow-up	2 psicologi	Miglioramento nella memoria autobiografica, soprattutto la componente episodica
Serrani Azcurra (2012)	RCT a singolo cieco	135 partecipanti	RT di gruppo, a volte con affiancamento dei	Due sessioni settimanali di	SRQoL SES	3 psicologi, 1 neurologo, 3	Incremento significativo della

A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with Alzheimer's disease. A randomized controlled trial	e gruppi paralleli	(45 gruppo sperimentale, 45 gruppo controllo attivo, 45 gruppo controllo passivo)  Età media: 85.7 ± 4.8  AD	<i>caregivers.</i> Tematiche: ricoprono tutto l'arco della vita . Materiali: fotografie, registrazioni e ritagli di giornale.	1 h ciascuna per 12 settimane (tot 24 h)	Misurazioni pre-intervento, a sei mesi dall'inizio e post-intervento	infermieri e 2 assistenti sociali	QoL e dell'impegno sociale
O'Shea (2014)  The impact of reminiscence on the quality of life of residents with dementia in long-stay care	RCT a singolo cieco su due gruppi	304 soggetti (153 gruppo sperimentale e 151 gruppo controllo)  Età media: 85.2 ± 7.1 gr. sper. e 85.7 ± 7.1 gr. contr.  Demenza	Programma educativo strutturato per i professionisti e RT con 3-4 pazienti	4 sessioni a settimana	Self-report e proxy QoL-AD, Agitation Inventory, CSDD  Misurazioni pre-intervento e 18-22 settimane dopo la randomizzazione	1 infermiera e 1 operatore formati da infermieri-educatori	Miglioramento nella qualità della vita
Tadaka & Kanagawa (2007)  Effects of reminiscence group in elderly people with Alzheimer disease	RCT	24 partecipanti (12 gruppo sperimentale e 12 gruppo controllo)  Età media:	RT con 6 pazienti. Tematiche a seconda delle caratteristiche dei pazienti.	60-90 min una volta a settimana per 8 settimane	MOSES MMSE  Misurazioni pre-, post-intervento e 6 mesi dopo il suo termine	1 operatore e 2 specialisti (psicologi o infermieri)	Riduzione della chiusura in sé nel breve termine ma non lungo termine. No miglioramento funzioni cognitive.

and vascular dementia in a community setting		82.5 ± 6.6 gr. sper. e 81.2 ± 6.2 gr. contr.					
		AD					
Wang (2007)  Group reminiscence therapy for cognitive and affective functions of demented elderly in Taiwan	RCT	102 partecipanti (51 gruppo sperimentale e 51 gruppo controllo)  Età media: 79.76 ± 6.29 gr. sper. e 78.92 ± 7.64 gr. contr.  Demenza lieve, moderata, severa	RT con 8-10 pazienti. Tematiche: primo incontro, infanzia, cibo tradizionale, musica del passato, manifestazioni, famiglia, giovinezza, successi. Materiali: fotografie, cibo, musica.	60 min a settimana per 8 settimane	MMSE GDS-SF CSDD  Misurazioni pre- e post-intervento	2 infermieri con esperienza nel campo geriatrico con formazione di 32h nella RT e nelle dinamiche di gruppo	Miglioramento significativo in funzioni cognitive e umore depresso
Wang et al. (2009)  Group reminiscence intervention in Taiwanese elders with dementia	Studio sperimentale longitudinale	77 partecipanti (38 gruppo intervento e 39 gruppo controllo)  Età media: 79.32 ± 6.35 gr. sper. e 78.76 ± 7.60	RT con 8-12 pazienti. Tematiche: primo incontro, infanzia, cibo tradizionale, musica del passato, manifestazioni, famiglia, giovinezza, obiettivi. Materiali: fotografie, cibo, musica.	1 h a settimana per 8 settimane	BI ADL CAPE-BRS  Misurazioni pre- e post-intervento (settimana prima e dopo l'intervento)	Professionisti con esperienza nel campo geriatrico con formazione di 32h nella RT	Miglioramento solo nei comportamenti sociali. No miglioramento in altre componenti dei disturbi comportamentali e nelle attività quotidiane



		gr. contr.  Demenza lieve-moderata					
Woods et al. (2009)  Reminiscence therapy for dementia	Revisione  5 RCT	Circa 171 soggetti con età media >76 aa e demenza	Riporta gli effetti della RT su pazienti e caregivers	6-20 sessioni	MMSE CAPE AMI Communication Scale SES MDS-ADL PBRS Life Sadsfaction Index QOL-AD WIB GDS	-	Miglioramento in funzioni cognitive, umore depresso, in dipendenza e comportamento
Yang et al. (2016)  Comparing the effects of cognitive stimulation, reminiscence and aroma-massage on cognition and depressive mood in people with dementia	Studio di coorte	99 partecipanti (43 RT, 29 Cognitive Stimulation, 27 Aroma-Massage)  Età media: 80.1 ± 7.6  Demenza	RT di gruppo. Tematiche: primo incontro, infanzia, cibo tradizionale, musica del passato, manifestazioni, famiglia, obiettivi, cose più memorabili, città natale. Materiali: musica, foto.	50 min 1 volta a settimana per 10 settimane	CCMAI CSDDC	1 assistente ricercatore	No cambiamenti significativi

## EFFETTI DELLA TERAPIA DELLA REMINISCENZA INDIVIDUALE

Autore, anno e titolo	Tipologia di studio	Campione	Descrizione dell'intervento	Tempistiche	Strumenti di valutazione	Figure professionali	Risultati
Lai et al. (2004)  A randomized controlled trial of a specific reminiscence approach to promote the well-being of nursing home residents with dementia	RCT a singolo cieco e gruppi paralleli	101 partecipanti (36 gruppo intervento, 35 gruppo di paragone, 30 gruppo controllo)  Età media: 84.6 ± 7.0  Demenza lieve-moderata	RT individuale con approccio <i>life-story</i> . Tematiche: esperienze di vita ed eventi del passato. Materiali per stimolare il ricordo.	30 min a settimana per 6 settimane	SES WIB  Misurazioni pre-intervento (T0), post-intervento (T1) e 6 settimane dopo (T2)	3 assistenti sociali e 1 terapeuta occupazionale	Miglioramento significativo nel benessere percepito nel gruppo sperimentale, ma non a confronto con gli altri gruppi.
Lalanne et al. (2015)  “The Castle of Remembrance”: New insights from a cognitive training programme for autobiographical memory in Alzheimer’s disease	RCT	33 partecipanti (16 gruppo sperimentale e 17 gruppo controllo)  Età media: 71.4 ± 8.81 gr. sper. e 73.06 ± 6.90 gr. contr.  AD lieve-moderata	Sessioni di REMau individuali. Tematiche: recupero di informazioni ed eventi autobiografici di 5 periodi di vita Materiali: linea del tempo, stimoli visivi e stimoli musicali	1 h alla settimana per 6 settimane	SAM EAM GDS  Misurazioni in T1 (pre-intervento), T2 (pochi giorni post intervento), T3 (2 sett. dopo l'intervento)	-	Miglioramento nella memoria semantica per i primi 3 periodi con mantenimento in T3 della memoria dei periodi 18-30 aa e >30 aa. Miglioramento nella memoria episodica del periodo 18-30 aa. Miglioramento dell'umore in T2
Moos & Björn (2006)	Revisione	Soggetti anziani istituzionalizzati	Riporta gli effetti della RT secondo	5-105 min Per una	Valutazioni quantitative,	-	Miglioramento in: stima di sé e

Use of the life story in the institutional care of people with dementia: a review of intervention studies	28 studi	con demenza	l'approccio <i>life-story</i>	durata massima di 10 mesi	qualitative e analitiche		integrazione identitaria, qualità della vita e disturbi comportamentali
Subramaniam & Woods (2012)  The impact of individual reminiscence therapy for people with dementia: systematic review	Revisione sistematica  5 RCT	Circa 225 soggetti anziani con demenza	Riporta gli effetti della RT individuale	30 min-1 h per 6-12 sessioni	Non specificati, riguardanti funzioni cognitive, umore, attività quotidiane, comportamento, memoria autobiografica, benessere, qualità di vita, impegno sociale	-	Miglioramento in: funzioni cognitive, attività sociali, benessere e qualità della vita
Van Bogaert (2016)  SolCos model-based individual reminiscence for older adults with mild to moderate dementia in nursing homes: a randomized controlled intervention study	RCT	60 partecipanti (29 gruppo sperimentale e 31 gruppo controllo)  Età media: 84 aa  Demenza lieve-moderata	RT individuale standardizzata basata sul modello SolCos. Tematiche: famiglia, professione, vacanze, giochi.	45 min 2 volte a settimana per 8 settimane	CSDD MMSE FAB NPI  Misurazioni pre- e post-intervento	18 infermieri volontari formati con un <b>programma educativo</b>	Miglioramento significativo dell'umore. No cambiamenti significativi in funzioni cognitive e disturbi comportamentali

## MUSICA E MEMORIA AUTOBIOGRAFICA

Autore, anno e titolo	Tipologia di studio	Campione	Descrizione dell'intervento	Tempistiche	Strumenti di valutazione	Figure professionali	Risultati
<p>Arroyo-Anllò et al. (2013)</p> <p>Familiar music as an enhancer of self-consciousness in patients with Alzheimer's disease</p>	RCT	<p>40 partecipanti (20 gruppo intervento, 20 gruppo controllo)</p> <p>Età media: 74.38 ± 3.56 gr. sper. e 75.15 ± 4.23 gr. contr.</p> <p>AD lieve-moderata in entrambi i gr.</p>	<p>Intervento sperimentale: ascolto di musica familiare</p> <p>Intervento controllo: ascolto di musica non conosciuta</p>	3 sessioni a settimana di 2-4 min per 3 mesi	<p>Self-consciousness questionnaire, MMS, FAS</p> <p>Misurazioni pre-intervento (1-2 settimane prima), post-intervento (1-2 settimane dopo)</p>	-	Miglioramento significativo della consapevolezza di sé e nessuna variazione delle funzioni cognitive
<p>Basaglia-Pappas et al. (2013)</p> <p>Exploration of verbal and non-verbal semantic knowledge and autobiographical memories starting from popular songs in Alzheimer's disease</p>	Studio quasi-sperimentale	<p>24 partecipanti (12 gruppo sperimentale e 12 gruppo controllo)</p> <p>Età media: 75 gr. sper. e 75 gr. contr.</p> <p>AD moderata nel gr. sper. e</p>	Ascolto di 10 canzoni popolari francesi (POP 10)	1 ora	Interviste ad hoc per valutare: evocazione, riconoscimento, conoscenza semantica e rievocazione autobiografica	-	Risultati positivi per il recupero della memoria autobiografica

		in salute nel gr. contr.					
El Haj et al. (2015)  Self-defining memories during exposure to music in Alzheimer's disease	Studio quasi-sperimentale	46 partecipanti (22 gruppo sperimentale e 24 gruppo controllo)  Età media: 71.73 ± 6.99 gr. sper. e 72.88 ± 7.34 gr. contr.  AD moderata nel gr. sper. e in salute nel gr. contr.	Raccontare in modo dettagliato un evento della propria vita in tre condizioni: in silenzio, dopo l'ascolto di musica scelta dai ricercatori e dopo l'ascolto di musica scelta dal partecipante	3 sessioni a distanza di una settimana circa di 3 min per raccontare l'evento	TEMPau scale	-	Migliori risultati positivi nel recupero della memoria autobiografica dopo l'ascolto della musica scelta dal partecipante
El Haj et al.(2013)  Effects of music on autobiographical verbal narration in Alzheimer's disease	Studio quasi-sperimentale	36 partecipanti (18 gruppo sperimentale e 18 gruppo controllo)  Età media: 75.83 ± 5.85 gr. sper. e 73.61 ± 6.27 gr. contr.  AD nel gr.	Raccontare in modo dettagliato un evento della propria vita in due condizioni: in silenzio, dopo l'ascolto della musica preferita dal partecipante	2 sessioni a distanza di una settimana circa di 5 min per raccontare l'evento. 2 min di esposizione alla musica preferita.	TEMPau scale, Valutazioni linguistiche ad hoc o validate	-	Migliori risultati positivi nel recupero della memoria autobiografica e nelle caratteristiche linguistiche della narrazione dopo l'ascolto della musica preferita dal partecipante

		sper. e in salute nel gr. contr.					
El Haj et al. (2012)  Music enhances autobiographical memory in mild Alzheimer's disease	Studio quasi-sperimentale	24 partecipanti (12 gruppo sperimentale e 12 gruppo controllo)  Età media: $76.17 \pm 5.84$ gr. sper. e $73.17 \pm 4.67$ gr. contr.  AD moderata nel gr. sper. e in salute nel gr. contr.	Raccontare in modo dettagliato un evento della propria vita in tre condizioni: in silenzio, dopo l'ascolto della <i>Primavera</i> di Vivaldi e dopo l'ascolto della musica scelta dal partecipante	5 min per raccontare l'evento	TEMPau scale, Valutazioni quantitative qualitative dei contenuti emozionali	-	Migliori risultati positivi nel recupero della memoria autobiografica e nella valenza emozionale della narrazione dopo l'ascolto della musica scelta dal partecipante
Irish et al. (2006)  Investigating the enhancing effect of music on autobiographical memory in mild Alzheimer's disease	Studio quasi-sperimentale	20 partecipanti (10 gruppo sperimentale e 10 gruppo controllo)  Età media: $76.3 \pm 7.5$ gr. sper. e $76.5 \pm 5.2$ gr. contr.  AD nel gr.	Test compilati in due condizioni: in silenzio e dopo l'ascolto della <i>Primavera</i> di Vivaldi	Non specificate	STAT AMI GSRT SART	-	Migliori risultati positivi nel recupero della memoria autobiografica e nello stato d'ansia dopo l'ascolto di musica

		sper. e in salute nel gr. contr.					
--	--	----------------------------------	--	--	--	--	--

### REMINISCENZA E MUSICA

Autore, anno e titolo	Tipologia di studio	Campione	Descrizione dell'intervento	Tempistiche	Strumenti di valutazione	Figure professionali	Risultati
Ashida (2000)  The effect of reminiscence music therapy sessions on changes in depressive symptoms in elderly persons with dementia	Studio comparativo	20 partecipanti  Età media: 86.2  Demenza	Sessioni di reminiscenza musicale di gruppo (4-7 persone). Tematiche: differenti in ogni sessione e analizzate partendo dalle canzoni. Materiali: canzoni familiari, chitarra acustica e tamburi.	45 min per 5 sessioni in 3 settimane	CSDD  Misurazioni pre-intervento, durante e post-intervento	Musicoterapeuta	Miglioramento significativo dell'umore depresso
Istvandity (2017)  Combining music and reminiscence therapy interventions for wellbeing in elderly populations: a systematic review	Revisione  3 studi	circa 82 partecipanti  Età media <69 aa  Demenza	Riporta gli effetti di interventi che combinano reminiscenza e musica	45-90 min per 5-24 sessioni	CSDD DASS Salivazione e pressione sanguigna	-	Migliori risultati positivi nel recupero della memoria autobiografica dopo l'ascolto della musica scelta dal partecipante
Osman et al. (2016)	Studio di caso	10 partecipanti	Programma "Singing for the	Sessioni di 1 o 2 ore per un	Interviste semi-	Musicista e infermieri	Risultati positivi in: inclusione e supporto

<p>‘Singing for the Brain’: a qualitative study exploring the health and well-being benefits of singing for people with dementia and their carers</p>		<p>Anziani con demenza</p>	<p>Brain”, un intervento che combina musica e reminiscenza.          Tematiche: differenti in ogni sessione e analizzate partendo dalle canzoni.          Materiali: canzoni familiari.</p>	<p>periodo di 2 mesi (pazienti e caregiver insieme)</p>	<p>strutturate</p>		<p>sociale recupero, condivisione e relazionalità, memoria, umore e benessere, accettazione della diagnosi</p>
---	--	----------------------------	---	---	--------------------	--	--