

## Luoghi della cura: luoghi della mente

*Il pensiero, spesso inconsciamente influenza comportamenti, modalità relazionali e comunicative, verbali e non verbali. "Avere cura" significa esprimere se stessi, come operatori e come esseri umani, che rivelano nel loro lavoro la concezione dell'Uomo, della malattia, del malato, della sofferenza e della cura.*

*di Carlo Cristini (Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università degli Studi di Brescia)*

*Per quanto si possa camminare, neppure seguendo ogni via,  
non si potrebbero trovare i confini dell'anima: così profondo è il suo lógos  
(Eraclito)*

I pensieri generano comportamenti, modalità relazionali e comunicative. Ci si rapporta alle altre persone in funzione di quanto pensiamo di loro. L'interazione con i malati cronici e non autosufficienti, con le persone affette da demenza è regolata da quanto si pensa e si prova nei loro confronti, indipendentemente dal grado di consapevolezza. Ogni nostro atteggiamento o iniziativa presuppone una forma di pensiero. Più ne siamo consapevoli e maggiori sono le probabilità di essere soggetti curanti.

## Luoghi del pensare

Che cosa pensiamo del lavoro che quotidianamente svolgiamo? Del luogo dove operiamo come professionisti della salute? Dei pazienti a quali dedichiamo il nostro tempo? Dei loro familiari? Dei colleghi con i quali condividiamo giornate, spazi e servizi alla persona? Quali modalità comunicative e relazionali prevalentemente utilizziamo? Che cosa pensiamo della malattia, della cronicità, dell'invalidità, della demenza? Che cosa pensiamo della sofferenza, del dolore che affligge la vita di un malato o di un suo familiare?

Che cosa pensiamo della vecchiaia, dei vecchi, delle persone con la demenza, di quelle che muoiono? Che cosa pensiamo effettivamente, profondamente dell'assistenza e della cura, dei malati e dei morenti? Non solamente ciò che ammettiamo di pensare, ma ciò che realmente, intimamente pensiamo. **I pensieri (e le loro matrici affettive) orientano o determinano i comportamenti, i rapporti interpersonali, le modalità comunicative e assistenziali, le intenzioni e le finalità di un servizio di cura**(Cristini et al., 2014).

Ciò che caratterizza il nostro pensiero, spesso inconsciamente, influenza propositi e comportamenti, modalità relazionali e comunicative, verbali e soprattutto non verbali. Le idee promuovono decisioni, scelte, atteggiamenti, dinamiche interattive, organizzative, nel mondo privato e in quello pubblico, sociale. Si educa, si trasmettono cognizioni, informazioni, si stabiliscono legami, si fanno progetti, ci si occupa degli altri – vecchi, donne, bambini, disabili – del loro destino in funzione di quanto e come pensiamo. Le idee costituiscono la base, la memoria ed il futuro della vita psichica, si formano, si costruiscono e si modificano attraverso l'esperienza. La mente è una struttura pensante, fin dalle sue origini: dallo sviluppo del bambino e dalla evoluzione della specie. **Siamo figli dei nostri pensieri, delle esperienze che li hanno generati, della memoria – familiare, sociale, culturale, transgenerazionale – che li ha assimilati e trasmessi.**

Ciò che le persone pensano in rapporto a determinate situazioni, vicende, realtà, può rimanere stabile nel tempo, ripetersi indefinitamente, da una generazione all'altra, a volte per secoli, millenni. **L'atto creativo, la curiosità, l'intuizione, l'esercizio della critica, il desiderio della ricerca, della scoperta, della conoscenza, il vivere nuove e significative esperienze, tendono a modificare la qualità, il senso del pensare e dell'agire.** E riecheggiano le parole di Dante (*Inferno*, XXVI): "*Fatti non foste a viver come bruti, ma per seguir virtute e canoscenza*", e quelle di Marcel Proust (*La Prisonnière*): "*Le seul véritable voyage (...) ce ne serait pas d'aller vers de nouveaux paysages, mais d'avoir d'autres yeux*". L'averne una nuova visione della realtà implica un cambiamento interiore, un'acquisizione diversa di sé e dell'ambiente in cui si vive. E' un processo che avviene attraverso un continuo apprendimento, rappresenta una conquista della mente mediante l'esperienza ed i suoi significati. E' un cammino arduo, quello della formazione e dello sviluppo del pensiero cosciente e rimane sempre difficile determinarne con precisione i confini.

L'intero arco della vita può essere considerato come un costante processo di apprendimenti, di modificazioni che richiedono continui adattamenti (Riva, 2012).

Quanti atteggiamenti, comportamenti, individuali e collettivi, appaiono decisamente opinabili, impropri, e pure resistono da secoli, da millenni? Il pensiero sembra essersi fermato, sospeso nel tempo e replicarsi meccanicamente, irrigidirsi e privarsi di un senso creativo, di una libertà espressiva, di una capacità di critica. E' un pensiero dogmatico, assolutistico che non ammette alternative, divergenze. Sono modelli di pensiero dai quali derivano norme e comportamenti predeterminati, intransigenti, irreversibili.

Quanti atteggiamenti, comportamenti, individuali e collettivi, appaiono decisamente opinabili, impropri, e pure resistono da secoli, da millenni? Il pensiero sembra essersi fermato, sospeso nel tempo e replicarsi meccanicamente, irrigidirsi e privarsi di un senso creativo, di una libertà espressiva, di una capacità di critica. E' un pensiero dogmatico, assolutistico che non ammette alternative, divergenze. Sono modelli di pensiero dai quali derivano norme e comportamenti predeterminati, intransigenti, irreversibili.

L'essere umano risulta in tal modo un esecutore, un ripetitore, un replicante di pensiero e non fautore, un costruttore, un creatore di un pensiero proprio, originale, innovativo. Scriveva Kierkegaard nel *Diario*: "*L'uomo non fa quasi mai uso della libertà, come ad esempio la libertà di pensiero*". Si ripetono, si tramandano, si impongono, acriticamente, idee, norme e comportamenti – sui vecchi, sui bambini, sulle donne, su chiunque sia considerato un "diverso". I pregiudizi hanno condizionato le esperienze del passato e rischiano, in molti settori sociali e culturali, non esclusi i luoghi della cura, di adombrare, di inibire nuove concezioni riguardo al vivere civile ed alla complessa espressività della sofferenza clinica. Sosteneva Jean-Paul Sartre (*L'antisemitismo*) "*Coloro che nutrono pregiudizi cercano solo quello che hanno trovato, diventano solo quello che già erano*".

Quanti pensieri deprivati di un nome, di un diritto di cittadinanza? Riguardo alla vecchiaia sono state spesso associate varie attribuzioni negative e si sono sottaciuti, nascosti, ignorati aspetti positivi e sostanziali. Il pensiero, con le sue matrici affettive, domina la scena dei comportamenti, delle comunicazioni, fuori e dentro i luoghi della cura e della salute. Specialmente con i malati cronici e invalidi che richiedono interventi prolungati nel tempo, la relazione intersoggettiva, il lavoro in équipe, il coordinamento fra i servizi, il confronto acquistano un'essenziale valenza terapeutica.

*"Ciò che caratterizza il nostro pensiero, spesso inconsciamente, influenza propositi e comportamenti, modalità relazionali e comunicative, verbali e soprattutto non verbali."*

## L'esperienza di cura

La relazione quotidiana con la disabilità e la sofferenza implica generalmente in chi assiste un impatto emotivo, da riconoscere, comprendere, controllare. Quali pensieri e sentimenti emergono in modo prevalente? E sono questi pensieri e sentimenti che tendono a caratterizzare comportamenti e modalità comunicative, soprattutto se non sono riconosciuti ed elaborati. **Il simbolico, il pensiero – più o meno consapevoli – rappresentano l'espressione di quanto si è vissuto, sperimentato. Le esperienze producono, 'forniscono' immagini, pensieri, stati emotivi. Più esperienze si elaborano e migliore dovrebbe essere la qualità del sentimento e del pensiero.** Diventando vecchi e longevi si può affinare ciò che si sente e si pensa, ed acquisire un pensiero saggio, un 'pensiero-anziano', quale forma elevata di pensiero (Cristini et al., 2014).

Scrivendo Immanuel Kant (*Antropologia dal punto di vista pragmatico*): *"Più avrai pensato e operato e più a lungo avrai vissuto (anche nella tua stessa immaginazione)"*. L'esperienza di cura nel tempo dovrebbe potenziare i sentimenti, i pensieri, i comportamenti che caratterizzano la relazione di aiuto.

Il malato cronico ha diritto di ricevere i presidi sanitari necessari alla sua condizione clinica, spesso complessa, di essere seguito da professionisti della salute competenti, ma anche il diritto di essere considerato e trattato come una persona nella sua completezza, nella sua realtà affettiva ed esistenziale.

Che cosa pensano e provano i malati cronici, i disabili, i morenti? Di che cosa hanno bisogno, oltre a diagnosi e terapie accurate? Che cosa significa essere professionisti della salute? Che cosa vuol dire curare, assistere? Ci sono parole, atteggiamenti, stili comunicativi, espressioni, sguardi, silenzi, modi di essere, di accostarsi a chi vive una condizione meno fortunata che costituiscono fattori di cura, irrinunciabili, essenziali. L'attenzione alla relazione di cura, il modo di proporsi e di proporre terapie e assistenza non sono elementi aggiuntivi, quali 'optional' in sovrappiù, dettati da un peculiare, momentaneo stato positivo, generoso dell'animo, dei quali se ne può fare a meno il giorno dopo.

Le modalità corrette di rapportarsi al malato ed ai suoi familiari, la personalizzazione degli interventi fanno parte del patrimonio e del sapere professionale di un operatore della salute, della deontologia di ogni curante. **Non si tratta di essere o diventare operatori inossidabili, integerrimi, ma persone disposte a confrontarsi** con le esigenze del malato e dei suoi familiari, a mediare, a cercare un'intesa, una ragionevole e positiva convivenza (Vigorelli, 2014) – per quanto ci è dato di conoscere – fra curanti e pazienti, fra il mondo emozionale degli uni e degli altri.

Scrivendo Michel de Montaigne (*Saggi, II, 17*): *"Non potendo regolare gli avvenimenti, regolo me stesso e mi adatto ad essi, se essi non si adattano a me"*. Gli affetti, il sentimento di sé, l'immagine del futuro giocano un ruolo fondamentale sulla salute, sull'autonomia, sulla voglia di star meglio e di vivere. Che l'essere umano non sia composto solamente di

biologia, ma anche di una dimensione psicologica e relazionale, può apparire come una considerazione pleonastica, tautologica, tuttavia **non è infrequente constatare come in ambito sanitario ci si dimentica e si osservano comportamenti assistenziali distratti o superficiali, insufficienti o privi di cura, di attenzione e sensibilità, di pensiero riflessivo e di regolazione emotiva.**

La pratica quotidiana dell'assistenza tende spesso a relegare la psicologia ai margini del lavoro sanitario, come se fosse un'ancella ausiliaria alla quale possiamo disinvoltamente rinunciare oppure disporre – più o meno occasionalmente e consapevolmente – in determinate e circoscritte situazioni. A volte non ci si rende pienamente conto che il modo in cui ci accostiamo e guardiamo un malato, gli atteggiamenti, le parole, i silenzi, i gesti, i tempi che intercorrono nell'interazione attengono alla 'psicologia', appartengono alla natura profonda, alla mente dell'essere umano.

*"Ci sono parole, atteggiamenti, stili comunicativi, espressioni, sguardi, silenzi, modi di essere, di accostarsi a chi vive una condizione meno fortunata che costituiscono fattori di cura, irrinunciabili, essenziali."*

**La psicologia non è un'aggiunta accessoria, facoltativa, ma rappresenta ciò che noi siamo, la nostra identità e personalità, il nostro modo di essere e di vivere.** E soprattutto concerne le nostre matrici affettive e relazionali, il nostro mondo interiore e viene implicata, coinvolta nel promuovere e/o determinare una condizione complessiva di salute.

Non è possibile rinunciare a quanto ci caratterizza e qualifica come esseri umani. Non ci è dato autonomamente di esistere in assenza di un organo vitale, e la psiche lo è. Il termine psiche nel suo significato etimologico più antico corrisponde a 'soffio o respiro vitale'. Noi siamo la nostra mente, con le sue esperienze, la sua storia, indipendentemente dalla nostra consapevolezza. Meno ne sappiamo della nostra psiche e maggiormente, per vari aspetti, ne siamo condizionati. La conoscenza profonda di sé è la sola via verso la libertà di pensiero. Conoscere approfonditamente la storia di un malato aiuta a individuare gli atteggiamenti più consoni, a personalizzare gli interventi.

Pertanto **per curare un individuo sofferente di una malattia cronica, di una disabilità è opportuno attivare ogni misura che ne consideri la complessità, la sua vicenda personale, il vissuto e la concezione di sé e del suo avvenire.** La cura di un paziente con una grave patologia, di un morente riguarda il suo completo percorso clinico ed esistenziale, compreso l'essere accompagnato verso il suo futuro, fosse anche breve.

Diceva Francis Weld Peabody (*The care of the patient*, 1927): *"Una delle qualità più essenziali del clinico è la sua umanità. Il segreto del curare consiste nell'aver cura del paziente"*.

Nella concezione di 'aver cura' si esprime il significato più profondo e complessivo del curare, poiché implicitamente contempla l'attivazione e l'applicazione di strumenti e capacità che riguardano gli atteggiamenti, le modalità comunicative, verbali e non, dell'operatore della salute, oltre le doverose, ineccepibili competenze di tecnica medico-sanitaria e assistenziale. Vi sono **modalità comunicative e relazionali** – accoglienza, ascolto, comprensione,

sensibilità, rispetto, gentilezza, umiltà e altre – **che vengono spesso considerate come segni di debolezza o di ingenuità oppure come apprezzabili qualità umane**, se non ‘moralì’, una sorta di attitudini innate a disposizione di qualche persona fortunata, generosa, di buona volontà.

In realtà sono strumenti potenzialmente presenti in ogni operatore della salute che li può apprendere e sviluppare mediante un adeguato processo di formazione, pur considerando le differenze individuali connesse alla personalità ed alla multifattorialità della storia e delle esperienze di ciascuno. Queste capacità definite qualità umane **vengono pertanto facilmente relegate nell’ambito del privato**, assimilabili alle arbitrarie facoltà individuali. Sono in effetti competenze professionali, da acquisire o potenziare, che aiutano a star meglio, che attivano il processo di ripresa, che formano e fanno cura.

## Il luoghi della gentilezza

Si parla spesso di umanizzazione e di umanità nei servizi alla persona, nell’operato di chi assiste, di chi si occupa dei malati e dei loro familiari. Si promuovono varie, lodevoli iniziative per diffondere e realizzare un siffatto orientamento culturale ed applicativo. Ma forse è anche opportuno richiamare ciò che realmente significa svolgere una professione della salute e dell’autonomia possibili.

Lavorare in un ambulatorio, un ospedale, una residenza, specialmente per disabili, per malati cronici, fare il medico, lo psicologo, l’infermiere, il fisioterapista, l’educatore o altro implica ‘aver cura’ del paziente, vale a dire attivare quelle capacità relazionali e comunicative che spesso vengono equiparate alle qualità definite umane. **Se oggi in vari ambiti sanitari si parla, anche con insistenza, di umanizzazione significa che il mandato professionale dell’operatore della salute è stato, per diverse ragioni, dimenticato e privato di contenuti, in altri termini di cura.** L’esercizio della professione sanitaria comporta un impegno responsabile e competente, un attivo e costante confronto con la sofferenza, con persone in difficoltà che ad altri affidano il loro destino di salute e di vita, significa predisporre percorsi di assistenza e riabilitazione, consapevoli che le qualità relazionali e comunicative rappresentano fattori determinanti, inalienabili del processo di cura.

Qualsiasi possa essere la motivazione a svolgere una professione di aiuto, ciò che rimane inamovibile è la formazione personale, l’acquisizione e il perfezionamento degli strumenti di cura: le disposizioni e capacità relazionali. Fra queste competenze indubbiamente si annovera la gentilezza che riflette come altre funzioni – ospitalità, ascolto, comprensione, tenerezza, compassione, empatia, ecc – un modo di fare e di essere, un atteggiamento prosociale (Gilbert et al., 2019) ed uno stile professionale che corrisponde anche ad uno stato della mente, ad una condizione dell’animo umano, ad una concezione della malattia e del malato, della sofferenza e della cura.

La gentilezza implica una serie di requisiti e di esperienze che richiamano l’immagine ideale dell’operatore della salute. Può costituire la condizione di base per lo sviluppo di altre capacità, ma può anche rappresentare la sintesi delle abilità professionali acquisite. L’essere gentili nel modo di pensare ed agire non è mai un errore. **La gentilezza è uno stile di vita, di pensiero, di cura.** Essere un operatore della salute e svolgere accuratamente ogni giorno il proprio lavoro appare un impegno faticoso, difficile. Le competenze relazionali non piovono dal cielo, ma si imparano. Si diventa gentile promuovendo e praticando gentilezza.

La gentilezza rappresenta spesso una forza silenziosa, nascosta che sensibilmente agisce e qualifica le comunicazioni e le relazioni interpersonali, promuove sentimenti di fiducia e di benessere anche in presenza di sofferenze emotive (Curry et al., 2018; Gherghel et al., 2019). Gli operatori della salute sono donne e uomini che hanno deciso di dedicare il loro tempo ad aiutare chi si trova in difficoltà, in condizioni di sofferenza. E' una scelta decisamente onorevole, ma anche molto delicata che richiede una preparazione psicologica impegnativa e continua al fine di costruire e sviluppare nella propria mente i luoghi della cura.

Ciò che si apprende a livello professionale, come operatore della salute in termini di competenze comunicative, interattive e sociali viene generalmente acquisito anche a livello personale. Il lavoro continuativo nell'ambito della salute e della cura può (e dovrebbe) complessivamente rappresentare un fattore proattivo di formazione e conoscenza. Essere un valido professionista della salute aiuta anche ad essere una persona più preparata e disposta a confrontarsi con le situazioni della vita quotidiana, con quanto l'esistenza propone.

*"La gentilezza implica requisiti ed esperienze che richiamano l'immagine ideale dell'operatore. L'essere gentili nel modo di pensare ed agire non è mai un errore. La gentilezza è uno stile di vita, di pensiero, di cura."*

## Pensieri sulla demenza

Nella demenza vengono progressivamente compromesse varie funzioni cognitive. Tuttavia il mondo delle sensazioni e degli affetti rimane presente nelle relazioni interpersonali, anche in modo particolarmente recettivo (Cristini, 2018). La persona colpita da demenza, nonostante le difficoltà comunicative, continua ad avere desideri, emozioni, pensieri che vorrebbe esprimere e condividere.

Nell'interazione con il malato di demenza vi è sempre un senso, un'intenzione da ricercare e scoprire (Ploton, 2003). I comportamenti, le espressioni creative dei malati sono da considerare come tentativi finalizzati ad entrare in rapporto, in contatto con un mondo che percepisce e vive a suo modo.

Quali esperienze, sentimenti e pensieri caratterizzano la vita mentale di una persona colpita dall'Alzheimer? Quali esperienze, sentimenti e pensieri in chi la assiste? Quale idea realmente si ha del declino cognitivo, della demenza? E se quella idea rappresentasse l'orientamento nascosto delle modalità interattive, degli atteggiamenti assistenziali, specialmente quelli più profondi e sconosciuti? E se la persona affetta da demenza fosse in qualche modo interprete inconsapevole della stessa idea? La comunicazione e la relazione, l'ambiente di accoglienza, di cura e riabilitazione possono risultare determinanti nel seguire e sostenere il malato (Cristini, 2012).

Quali opportunità, soggettività, espressività si riconoscono a chi è, suo malgrado, interprete della demenza? **I luoghi della cura rappresentano anche i luoghi della mente di chi cura e di chi organizza la cura.** La demenza – come molte altre patologie – interroga sulla vita e sul destino dell'essere umano. Sappiamo dalle neuroscienze che il

cervello è l'archivio attivo e dinamico della evoluzione della specie e dello sviluppo di un individuo (Siegel, 2001). Quanti incalcolabili anni, in chiave filogenetica, sono stati necessari per realizzare un cervello umano? E una irrisoria quantità di anni risulta sufficiente a invalidare il cervello di una singola persona, la sua storia. Rimane come ultimo baluardo il mondo emozionale, forse l'unico che il cervello non dimentica, forse la ragione del suo creativo apparire e del suo ritornare, malgrado od oltre la demenza.

Un interrogativo riguarda le compromesse capacità di mentalizzazione: un derivato della demenza o suo malgrado? Si dice che i "bambini ragionano con gli affetti", e sappiamo quanto le persone colpite da demenza comunicano e interagiscono tramite il registro affettivo. Le persone con demenza – come molti altri malati di mente – sono spesso considerate donne e uomini condannati ad un destino vuoto di significato, privo di simbolizzazione. L'apparente inespressività o apatia che talvolta enigmaticamente traspare dal volto di una persona con demenza – e non solo nelle fasi avanzate – e che sembra richiamare un senso di vuoto, costituisce solamente una manifestazione della patologia o può rappresentare l'esperienza di una identità smarrita che non necessariamente segue la comparsa della malattia?

Nello sviluppo ontogenetico il cervello viene a "sapere" ciò che la coscienza ancora ignora. Le relazioni primarie formano le matrici psicobiologiche di ogni percorso narrativo. **Siamo ciò che siamo stati, dagli inizi. Ciò che è stato sperimentato, in termini positivi e negativi, rimane nella storia biografica di una persona.** *"Gli stati primitivi possono sempre ristabilirsi: quel che vi è di primitivo nella psiche è imperituro, nel vero senso della parola",* sosteneva Sigmund Freud (Freud, 1915).

La demenza evidenzia la complessità e la completezza dell'essere umano. Quando si separano in termini aprioristici la biologia dalla psicologia, il cervello dalla mente, il registro emotivo da quello cognitivo, i pensieri dai comportamenti, si rischia di perdere (o di non sviluppare) la capacità di comprendere compiutamente il fenomeno variegato della demenza e di non considerare le tante opportunità e "libertà" che una persona può, più o meno inconsciamente, utilizzare per nascondere, per difendersi, per evitare angosce e dolori ritenuti intollerabili, ma anche per chiedere, spesso inconsapevolmente, di essere aiutato, di continuare a vivere aldilà o attraverso i propri disturbi cognitivi.

**La demenza costituisce realmente un enigma clinico, culturale, relazionale e simbolico.** La persona che viene colpita da demenza presenta varie manifestazioni cliniche, caratterizzate in particolar modo dalla progressiva perdita delle funzioni cognitive. **Ma effettivamente la persona perde o non ha mai acquisito qualcosa di sé?** Si pone la questione fra cognitività e affettiva, fra sapere cognitivo e sapere emotivo. E' solo la componente biologica, il danno cerebrale a far crollare l'intera architettura cognitiva? Quale ruolo esercitano le dimensioni emotiva ed esistenziale? Le esperienze modulano, arricchiscono, 'fabbricano' il cervello e forse anche lo impoveriscono e lo demoliscono?

Quali effetti hanno realmente le angosce del vuoto e della perdita di sé nel corso dell'esistenza? Quale significato e incognito destino? La demenza è composta ed è caratterizzata dalla storia di una persona. Nessuna demenza è come un'altra. Ogni persona affetta da demenza è diversa e ha bisogno di un trattamento e una relazione personali, appropriati alla sua storia, individuale e clinica. La biografia di una persona è sempre unica, formata da esperienze, trama narrativa, ricordi, immagine di sé (Cesa-Bianchi, 2012). Esprime la relazione tra mente e cervello, persona e ambiente, significato e simbolizzazione di quanto si è vissuto e rimane da vivere. E come è l'immagine profonda di sé prima dello sviluppo della demenza?

Qual è la relazione fra memoria autobiografica e funzione simbolica prima della demenza? E come si pone la questione dei sogni che rappresentano la parte più profonda di un essere umano, la 'via regia' (Freud, 1899) di accesso per poter

interpretare e conoscere il suo mondo interiore, anche quello più antico? La persona affetta da demenza veramente sogna? E prima della comparsa della demenza come e quali erano i sogni? Quali incogniti pensieri o quali loro assenze caratterizzano la vita psichica profonda? Quali simboli o fantasmi rispetto al senso ed al completamento dell'esistenza? Quali capacità e prospettive di autonomia, di sopravvivenza psichica? Quale esperienza o formazione simbolica e affettiva?

**Per cambiare il modo di pensare alla demenza ed alle persone che ne sono afflitte può essere necessario cambiare il modo di pensare a se stessi, alla complessità ed allo svolgersi della propria e altrui esistenza.** Per comprendere meglio le ragioni della demenza può essere necessario comprendere meglio le ragioni dell'esistenza. Durante l'involuzione clinica le funzioni psichiche si disorganizzano e riorganizzano continuamente. Si può osservare un parallelismo neuropsicologico (e forse anche simbolico) fra sviluppo ontogenetico e retrogenesi della demenza (Reisberg et al., 2002).

Il malato di demenza, anche nelle fasi avanzate della malattia percepisce e comprende, a suo modo, prova sentimenti, ricorda, riesce talvolta ad esprimersi in termini creativi, simbolici – e tuttavia progressivamente regredisce, continuando a manifestare il suo mondo psichico, la sua vita interiore, fra complessità e semplicità (Cristini, 2012). **La persona colpita da demenza sembra diventare ciò che è stata, agli inizi della sua avventura esistenziale, in un mondo dominato dalla psicosensorialità e soprattutto dagli affetti. Ed è forse fra le matrici e le memorie di quel mondo antico che attende le risposte del suo smarrito e incognito presente.**

*“Per quanto si possa camminare, neppure seguendo ogni via, non si potrebbero trovare i confini dell'anima: così profondo è il suo *lógos*”, sosteneva Eraclito da Efeso (Frammenti). Scoprire i confini della mente è indubbiamente un'impresa ardua, considerata la sua profondità, come il filosofo richiama, ma appare certamente meno arduo scoprire ciò che i luoghi della mente (e della cura) da sempre richiedono.*

## Bibliografia

- Cesa-Bianchi, M., (2012), *Il vissuto di un'autobiografia*. In E. Mancino (a cura di), *Sempre in anticipo sul mio futuro. Autobiografia di Marcello Cesa-Bianchi*, Napoli, Guida, pp. 17-122.
- Cristini, C., (2012), Demenza e creatività, in *Ricerche di Psicologia*, Fasc. 2-3, ed. Franco Angeli.
- Cristini, C., Cesa-Bianchi, G., Cesa-Bianchi, M., (2014), *Il “pensiero-anziano”: verso l'ultima creatività*, in *Ricerche di Psicologia*, XXXVII, 4.
- Cristini, C., (2018), *La demenza: il lato incognito del destino*. E-Book, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore.
- Curry, O.S., Rowland, L., Van Lissa, C. J., Zlotowitz S., McAlaney, J., & Whitehouse, H., (2018), *Happy to help? A systematic review and meta-analysis of the effects of performing acts of kindness on the well-being of the actor*, in *Journal of Experimental Social Psychology*, Maj, Vol. 76, 320–329
- Freud, S., (1899), *L'interpretazione dei sogni*, in *Opere*, vol. 3, Torino, Boringhieri, 1966.
- Freud, S., (1915), *Considerazioni attuali sulla guerra e sulla morte*, in *Opere*, vol. 8. Torino, Boringhieri, 1976.
- Gherghel, C., Nastas, D., Hashimoto, T., Takai, J., (2019), *The relationship between frequency of performing acts of kindness and subjective well-being: A mediation model in three cultures*, in *Current Psychology*, Aug.
- Gilbert, P., Basran J., MacArthur M., & Kirby, J. N., (2019), *Differences in the Semantics of Prosocial Words: an Exploration of Compassion and Kindness*, in *Mindfulness*, Jul, 10, 2259–2271.

Peabody, F. W., (1927), *The care of the patient*, Cambridge, Harvard University Press.

Ploton, L., (2003), *La persona anziana. L'intervento medico e psicologico. I problemi delle demenze*, Milano, Raffaello Cortina.

Reisberg, B., Franssen, E. H., Souren, L. E. M., Auer, S. R., Akram, I., Kenowsky, S., (2002), *Evidence and mechanisms of retrogenesis in Alzheimer's and other dementias: management and treatment import*, in American journal of Alzheimer's disease and other dementias, July 1

Riva, L. (2012), *Il proprio sé come luogo di cura*, in I luoghi della cura, Giugno, n. 2.

Siegel, D. J., (2001), *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Milano, Raffaello Cortina.

Vigorelli, P. (2014), *Sugli effetti del parlare e del fare degli operatori geriatrici*, in I luoghi della cura, Sep, n. 3.