



Accanto alla persona con demenza

Essere persona significa vivere in un
mondo i cui significati sono condivisi.

San Giorgio di Nogaro 10 settembre 2019

LE DIFFICOLTA' MAGGIORI DEI CAREGIVERS

DISTURBI DELLA MEMORIA: *“Mi chiede 100 volte la stessa cosa”*

PERDITA DI CAPACITA' DI GIUDIZIO/RAGIONAMENTO ASTRATTO:

“ha prelevato 2000 euro in una settimana”... “ha acquistato delle cose inutili a prezzi folli” ASSENZA DI CONSAPEVOLEZZA

ORIENTAMENTO: lo accompagnano a casa i vicini perché si è perso, «dov'è il bagno?» «devo andare dalla mamma... dov'è mio marito? (in realtà deceduto)»

DELIRI: *“Mi dice che gli rubo i soldi”... “dice che lo picchiamo”... “vuole andare a casa”... “pensa che abbia un'amante”*

ALLUCINAZIONI: *“Vede una vecchia sul letto”... “ci sono i bambini e bisogna dargli da mangiare”... “sente la gente che parla male...”*

LINGUAGGIO: non trova le parole, usa solo frasi semplici, parla poco

PRASSIA IDEO-MOTORIA: «voleva mettersi la maglia al posto dei pantaloni»
«non sa più coordinare i movimenti»... *“non sa più come si fa la pasta”*

I disturbi del comportamento nelle persone con demenza



I DISTURBI COMPORTAMENTALI

AGGRESSIVITA': "Non vuole lavarsi...fare il bagno diventa uno scontro "

DEPRESSIONE "vado a buttarmi sotto un treno" "meglio morire" "cosa sto a fare ancora qua"

DISINIBIZIONE: "mi fa fare di quelle figure... offende la gente.. per strada... dice volgarità"

ANSIA: "si agita senza motivo" "non posso allontanarmi neanche per andare in bagno"

DISTURBI DEL SONNO: "In piena notte si alza, va a mangiare e tenta di uscire da casa".... "Non si può più dormire"

VAGABONDAGGIO/ATTIVITA' MOTORIA ABERRANTE: mi scappa fuori in un attimo... mette sottosopra i cassetti... è sempre affaccendata e fa disastri



Il comportamento problematico deve
essere visto come un tentativo di
azione che chi si prende cura deve
cercare di capire



Delirio

DEFINIZIONE:

Il delirio (o idea delirante) è un giudizio errato di realtà, immodificabile anche di fronte all'evidenza dei fatti e a tentativi di convincimento.

Il carattere di immodificabilità è ciò che caratterizza il delirio.

La persona è convinta dunque di qualcosa che non trova corrispondenza nella realtà e nelle relazioni circostanti, ritiene, sostanzialmente, che le cose di cui crede stiano accadendo realmente.

Nella ideazione delirante in particolare nella crisi delirante acuta, il cervello riattiva modalità di funzionamento arcaiche, che assolvono il compito di trovare un senso a ciò che accade.

Il contenuto del delirio può essere fonte di ulteriore stress per la persona e quindi aggravare il quadro.



Delirio: misidentificazioni

La misidentificazione è un tipo particolare di delirio che viene spesso confuso con un comportamento allucinatorio

- Il malato tratta stimoli non viventi (figure, fotografie, immagini televisive, immagini riflesse allo specchio, bambole, ecc.) come se fossero reali nello spazio tridimensionale, viventi, e corrispondenti a persone significative della sua esistenza.
- Può capitare che in situazioni inaspettate utilizzino i medesimi oggetti in modo appropriato, mostrando in tal modo di avere in realtà un'adeguata percezione



come si manifesta il delirio

La persona crede ed è convinta :

- Di essere in pericolo o che qualcuno voglia fargli del male (delirio di sospettosità/paranoia)
- Che qualcuno la stia derubando o l'abbia derubata. (delirio di sottrazione)
- Che qualcuno la tradisca. (delirio di infedeltà)
- Che ospiti indesiderati vivano in casa sua
- Che i familiari lo abbandonino (delirio di abbandono) (tale delirio probabilmente ha maggiore ragione d'essere in un contesto domiciliare, in una struttura istituzionale tale pensiero potrebbe sembrare giustificato ma risulta a questo punto importante valutare se la persona percepisce l'ambiente come situazione domestica o come struttura sanitaria).
- Che il coniuge o qualcuno della famiglia non sia chi dice di essere. (ciò accade nel momento in cui la persona non è in grado di riconoscere i volti familiari)
- Che le immagini della televisione o delle fotografie o degli oggetti inanimati siano reali e presenti, interagendo con loro. (Deliri altro/Misidentificazioni)



Come si automantiene:

- Se il delirio è provocato da una causa identificabile, il permanere della causa induce il persistere del delirio. In tali casi l'intervento dovrà essere mirato all'estinzione della causa.
- La reazione delle persone attorno alla persona con delirio può mantenerlo, tale reazione può essere :
 - a. Spaventarsi:
 - b. Contrastare il delirio
 - c. Cercare di immobilizzare la persona

Queste reazioni vanno evitate poiché non funzionali alla risoluzione dell'episodio delirante.



Tecniche di intervento 1:

- Ascoltare con molta attenzione quello che ha da dirci
- non smentire il malato e di dimostrargli che si comprende il suo stato d'animo.
- Fornire al paziente gli elementi mancanti che gli permettono di formarsi una migliore interpretazione della realtà
- Utilizzare i medesimi elementi del delirio del paziente per aiutarlo ad elaborare il problema che egli cerca di esprimere
- È assolutamente inopportuno deriderlo, ma è meglio assecondare i suoi discorsi, cercando nel contempo di tranquillizzarlo e di riportarlo, con tatto, alla realtà assumendo un ruolo protettivo e rassicurante.
- È sempre utile individuare, al fine di ridurle o eliminarle, quando possibile, le fonti ambientali del disturbo (ad es. coprire gli specchi e/o il televisore; ridurre i rumori di fondo) e cercare di distrarlo attirandone l'attenzione su qualcosa che normalmente gli risulta piacevole.



Tecniche di intervento 2

- Evitare di fissare lo sguardo sul paziente (per esempio guardare più in basso e lateralmente, ma cambiando punto di fissazione ogni pochi istanti lentamente)
- “entrare” nel delirio, cioè accettarlo come se il contenuto fosse vero e discutere dei suoi diversi aspetti.
- Sostanzialmente “sposare” le sue tesi senza confutarle.
- Accertarsi che eventuali persecutori siano stati allontanati



Allucinazioni

DEFINIZIONE:

Le allucinazioni sono percezioni sensoriali alterate, non corrispondenti alla reale presenza di un oggetto esterno, esse **non** sono in relazione ad alcuna fonte reale di stimolo.

Chi soffre di allucinazioni vede, ode, avverte sensazioni tattili, olfattive, gustative relativamente a cose che gli altri non vedono, odono o sentono.

Si tratta di “esperienze mentali” che si manifestano in forma di immagini, suoni o altro.

Il soggetto percepisce con carattere di concretezza, obiettività, oggetti, suoni, parole ecc. assolutamente inesistenti e li vive come reali, non dubita minimamente della realtà della sua allucinazione.



Come si manifestano:

La persona si comporta coerentemente con ciò che percepisce, e il comportamento è quindi imprevedibile,

- dice di sentire voci o si comporta come se le sentisse (allucinazioni Uditive)
- parla con persone che non sono presenti (allucinazioni visive ed uditive)
- riferisce di vedere cose che altri non vedono o si comporta come se vedesse cose che altri non vedono (luci, animali, fuoco) (allucinazioni visive)
- riferisce di sentire odori che gli altri non sentono (allucinazioni olfattive)
- riferisce di percepire cose o animali che strisciano o lo toccano sulla pelle (allucinazioni Tattili)
- riferisce di percepire sapori senza una causa nota (allucinazioni gustative)



Come si automantengono

I tentativi di negare la realtà delle allucinazioni, l'ansia provocata nei presenti dal sentirsi raccontare ciò che accade, giudizi negativi, inducono spesso il peggioramento della situazione, praticamente i meccanismi di mantenimento o peggioramento sono gli stessi visti nel delirio



Tecniche di intervento:

- È importante non smentire il malato, ma dimostrargli che comprendiamo il suo stato d'animo, evitare di confutare, contraddire o confutare minimizzare.
- “sposare” le allucinazioni, comportarsi come se anche noi le avessimo, reagire di conseguenza, nei limiti del possibile.
agire come per i deliri



Aggressività

I comportamenti aggressivi sono intesi come qualsiasi comportamento in grado di causare danni ad un individuo o a oggetti inanimati.

Questo comportamento può manifestarsi sia sotto forma di aggressività verbale (insulti, parolacce, bestemmie, maledizioni, linguaggio scurrile) che sotto forma di aggressività fisica: il malato picchia, graffia, cerca di mordere, scalcia, sputa, oppone resistenza, respinge.

In tale categoria vanno incluse le manifestazioni di rifiuto a collaborare o di rifiuto a farsi aiutare :

- si irrita con chi cerca di aiutarlo o assisterlo nelle attività assistenziali
- è ostinato volendo fare le cose a modo suo

chi è demente non è in grado di leggere, decodificare, interpretare, comprendere pienamente ciò che accade intorno a lui o ciò che gli si richiede.



Aggressività possibili antecedenti

un semplice nostro avvicinarsi senza preavviso, un tono di voce un po' aspro o irritato può essere vissuto dal malato come un attacco rivolto a lui: il malato potrebbe cioè non comprendere il significato delle nostre parole.

Frequentemente i comportamenti aggressivi del malato compaiono in concomitanza con la richiesta di compiere alcune manovre assistenziali: l'igiene della persona, il bagno, il vestirsi, lo svestirsi. Tutte queste operazioni implicano un contatto con il corpo del malato che può essere vissuto come un'invasione, una violazione, una violenza.

Anche il tentativo di obbligare il malato a svolgere qualsiasi altra azione che in quel momento egli non comprende può indurre una sua risposta comportamentale aggressiva, così come l'interferenza, anche involontaria, in qualche azione che egli sta svolgendo.

Interrompere una qualsiasi attività del malato per indurlo ad altra occupazione.

Comportamenti aggressivi possono altresì essere indotti da un malessere fisico presente nel malato: il malato può avere qualche dolore (male di stomaco, dolori artrosici, dolori addominali per stitichezza) o sta 'covando' qualche malattia (una influenza, una infezione).



Come si manifesta:

AGGRESSIVITÀ VERBALE: sono considerate parte di tale categoria parolacce, insulti, bestemmie, maledizioni, urla.

AGGRESSIVITÀ FISICA: sono considerate parte di tale categoria calci, pugni, botte, schiaffi, morsi, sputi...

In tale categoria vanno specificati se l'aggressività fisica è:

- **Rivolta verso se stessi**, colpirsi, sbattere la testa contro il muro, autolesioni per cui la gravità risulta proporzionale alla difficoltà nel controllare il comportamento
- **Rivolta verso altre persone** la persona vuole fare del male e colpire altri, anche con utilizzo di oggetti.
- **Rivolta verso l'ambiente e/o oggetti** la persona sbatte le porte, dà calci a i mobili, lancia gli oggetti



Tecniche di intervento

Alcuni consigli per la gestione:

1. Partire dall'assunto “aggressività= sintomo di paura”
2. Evitare domande
3. Evitare reazioni controaggressive
4. Trasmettere con la comunicazione non verbale il messaggio “sono inoffensivo”
5. Trasmettere con la comunicazione non verbale il messaggio “sono dalla tua parte”
6. Confermare con le parole questi messaggi



Agitazione psicomotoria

L'agitazione è un disturbo del comportamento caratterizzato da eccitazione psicomotoria e da incapacità di controllare i propri atti e pensieri.

Il malato non riesce a stare fermo oppure continua a chiedere di qualcuno che deve arrivare. Spesso si disorienta sia nel tempo che nello spazio.

La comparsa di questo disturbo del comportamento è un chiaro segnale:

- delle difficoltà che il malato incontra nell'interazione con l'ambiente che lo circonda (presenza di un numero elevato di stimoli rispetto alle sue capacità di controllo)
- di qualche suo disagio fisico: il malato ha dolori, ha un'infezione in atto, ha una malattia in corso oppure ha appetito, stanchezza, sete, o bisogni fisiologici.
- richiedere al malato di eseguire compiti che risultino troppo difficili per le capacità residue rimastegli può causare tensione e agitazione.

Ogni momento del giorno e della notte può vedere l'insorgenza del disturbo, anche se vi sono alcuni momenti del giorno nei quali il disturbo si manifesta con maggiore frequenza: sono soprattutto le prime ore dopo il pranzo, il tardo pomeriggio, le prime ore della serata.



Agitazione psicomotoria

COME SI MANIFESTA:

La persona manifesta tensione e/o inquietudine.

Il soggetto non riesce a stare fermo, si alza dalla sedia/letto, vaga per le stanze come se fosse alla ricerca di qualcosa.

Continua a chiedere di qualcuno che deve arrivare, mostrando impazienza, irritabilità

Reagisce in modo sproporzionato rispetto alla situazione, pertanto potrebbe precedere l'innesco di comportamenti aggressivi.



Agitazione psicomotoria

COME SI AUTOMANTIENE

Tutto ciò che spaventa il paziente è un fattore di mantenimento della crisi: si ricordi che il demente può non riconoscere le persone, compresi i familiari.

La crisi può insorgere bruscamente, in pochissimi istanti, per cui le persone attorno potrebbero continuare a trattare la persona come se capisse o fosse lucida, senza comprendere che in quel momento la persona non è in sé. Ciò induce alcuni ad ammonire, sgridare o pretendere dalla persona con demenza un comportamento che invece non è possibile ottenere in alcun modo ricorrendo alle semplici esortazioni o alla logica



Agitazione psicomotoria

TECNICHE DI INTERVENTO 1

Attribuire il comportamento disturbante alla malattia e non credere che il paziente cerchi volontariamente di rendersi fastidioso

assecondare

parlare lentamente

evitare movimenti bruschi

evitare di violare lo spazio personale

evitare di toccare la persona

allontanargli o distoglierli con pretesti dallo stimolo che ha provocato la reazione

illuminare la stanza



Agitazione psicomotoria

TECNICHE DI INTERVENTO 2

velare specchi e superfici riflettenti

spegnere il televisore

Rassicurare

ripetere spesso se continuano a chiedere

assecondare le richieste se dettate da presenza di deliri o allucinazioni

sfruttare la labilità dell'attenzione, la distraibilità e i disturbi della memoria.

Una volta che la persona si è tranquillizzata , può essere utile toccarla leggermente, fare qualche massaggio.



Ansia

Per ansia si intende uno stato psico-fisico caratterizzato da una sensazione di paura non connessa ad alcuno stimolo specifico. Tale termine si riferisce ad uno stato di allarme, di marcata inquietudine e attesa affannosa di un pericolo imminente e indefinibile.

Tale stato si associa a vissuti di impotenza e sentimenti di incertezza.

L'ansia è una paura senza oggetto e compare, anche, senza che vi sia una reale minaccia.

In tale categoria va inclusa anche la paura della persona nel rimanere sola



Ansia

COME SI MANIFESTA:

Il paziente è molto nervoso, allarmato, spaventato senza veri motivi. Sembra molto teso o agitato. È impaurito dal rimanere lontano dall'operatore o da altre persone significative.

Può esprimersi acutamente, sotto forma di crisi, o in modo più persistente e continuo.

Di seguito verranno riportati alcuni sintomi che permettono di identificarla, attraverso un'osservazione:

Ansia psichica:

- Stato di allarme.
- Apprensione.
- Irrequietezza.
- Paura di morire.
- Paura di perdere il controllo.
- Timori ipocondriaci.



Ansia

Ansia somatica (segni che possono essere visibili dalle persone che stanno attorno)

- Palpitazioni e tachicardia.
- Pallore
- Rossore
- Alternanza di pallore e rossore
- Pupille dilatate
- Deglutizione disturbata
- Eloquio perturbato (voce sottile o poco controllata, eloquio accelerato o rallentato)
- Sudorazione profusa (a volte a grosse gocce fredde)
- Mani sudate
- Tremore alle mani e agli arti
- Stereotipie
- Dolore/fastidio al petto.
- Senso di soffocamento.



Ansia

Esempi:

- L'ospite dice di essere allarmato per le cose che succederanno nel futuro
- La persona teme di rimanere sola e ricerca la presenza di qualcuno che gli stia accanto, e solo così riesce a tranquillizzarsi.
- La persona ha momenti in cui si sente debole, incapace di rilassarsi, oppure si sente eccessivamente teso
- La persona ha momenti (o si lamenta) di respiro corto, è ansimante, sospirante senza apparente ragione se non nervosismo.
- La persona si lamenta di avere il batticuore (sintomi non spiegabili da malattie)
- La persona evita certi posti o persone che lo rendono nervoso
- Si innervosisce se deve stare da solo o viene separato da chi lo assiste



Ansia

COME SI AUTOMANTIENE

Non raramente l'ansia, in fase acuta, si mantiene nel tempo a causa dei tentativi messi in atto da altre persone per porvi rimedio: si crea una situazione paradossale in cui il tentativo di risolvere il problema diventa un problema ancora maggiore, poiché induce la persistenza e l'aggravamento dell'ansia stessa.

Alcuni degli errori messi in atto dai presenti sono:

- L'invito a fare respiri profondi
- Cercare di rassicurare
- Minimizzare
- Usare argomenti razionali complessi
- Mentire in modo evidente
- Deridere o ridicolizzare
- Sfidare



Ansia

TECNICHE DI INTERVENTO

- Avvicinare la persona,
- Ascoltarla
- Rispondere in maniera calma, controllata con voce pacata e rassicurante ma ferma
- Adottare una posizione fianco a fianco (ma non del tutto, per permettere alla persona di vedere movimenti)
- Avvicinare la testa a quella della persona (non troppo, e lentamente, ritirarla se si vede che questo movimento provoca paura)
- Se possibile, stabilire un contatto fisico con zone del corpo neutre (mano sulla spalla)
- Rivolgere in positivo le forme negative (dire per esempio “calmati” al posto di “non agitarti”)
- Evitare di guardare l’orologio
- Sincronizzarsi con i ritmi della persona, cioè respirare con il ritmo del suo respiro, muoversi con il ritmo dei suoi movimenti.



Attività afinalistiche (ripetitive)

Si possono identificare due aree di espressione di questo disturbo del comportamento:

il vagabondaggio
l' affaccendamento.



Attività afinalistiche (ripetitive)

COME SI MANIFESTA WANDERING O VAGABONDAGGIO:

Il vagabondaggio, meglio conosciuto come wandering, è il continuo girovagare senza meta tipico delle persone affette da demenza.

Questi pazienti camminano per moltissime ore, anche per l'intera giornata, incredibilmente senza mostrare mai segni di stanchezza, non si ferma né per dolore, né per fame, né per bisogni fisiologici.



Attività afinalistiche (ripetitive)

COME SI AUTOMANTIENE IL VAGABONDAGGIO

Non si conoscono le cause del wandering, ma questo comportamento, se permesso in spazi protetti, non è pericoloso né nocivo.

Alla base potrebbe esserci uno stato d'ansia; nella demenza la persona prova uno stato d'ansia, poiché perdendo quasi tutti i suoi punti di riferimento non sa più chi è, che cosa è stato, dove e come trovare le parole giuste, come arrivare alla fine di una sequenza di movimenti, dove deve andare, dove si collocano le cose attorno a lui, che cosa aveva intenzione di fare pochi istanti prima

Questi comportamenti motori, che compaiono in genere in una fase intermedia della malattia, possono essere innescati anche dalla presenza di stimoli ambientali che causano disagio nel malato: ad es. momenti di confusione, ambienti vasti, noia.

Il vagabondaggio può iniziare anche in seguito all'impulso di alzarsi per andare a fare qualcosa: andare in bagno, bere, mangiare. Pochi istanti dopo l'avvio del cammino, però, il malato non ricorda più il motivo per cui si è mosso e, forse con l'intenzione di cercare qualcosa che gli ricordi l'intenzione iniziale, continua a camminare senza riuscire più a fermarsi.



Attività afinalistiche (ripetitive)

TECNICHE DI INTERVENTO SUL VAGABONDAGGIO:

- È meglio assecondare questo suo irrefrenabile impulso, piuttosto che cercare di farlo smettere: occorre comprendere cioè che il malato si comporta così non perché lo vuole coscientemente, ma perché non ne può fare a meno; è come se dentro di lui si fosse rotto l'interruttore che spegne/interrompe/inibisce quel comportamento e funzionasse soltanto quello che lo attiva.
- È importante però permettergli di camminare in un ambiente possibilmente protetto, cioè limitando al massimo i rischi e pericoli a cui può andare incontro. Indicazioni utili sono dunque accompagnarlo, anche seguendolo a distanza in modo da intervenire esclusivamente in caso di bisogno, per non accentuare l'ansia derivante dalla costante presenza di qualcuno che il malato può avvertire come limitazione della propria libertà, come un fastidio; essere attenti al tipo di calzature che indossa; evitare l'uso di ciabatte o di calzature che non consentono un appoggio sicuro del piede perché non sostengono la caviglia aumentando pertanto il rischio di caduta.



Attività afinalistiche (ripetitive)

Se si nota che il malato è stanco e trascina l'andatura, oppure ha le gambe gonfie ecc., può essere utile, per indurlo a riposare un poco fermandosi, proporgli attività semplici o semplificate che lo interessino e lo tengano impegnato per qualche tempo, anche se per pochi minuti.

- Attenzione particolare dovrà essere riservata alle condizioni generali del malato in quanto la ridotta tendenza a bere e a mangiare di molti di questi malati associata ad un maggiore consumo energetico derivante dall'attività motoria, determinano con più facilità l'insorgenza di fenomeni di malnutrizione e disidratazione.

Se si desidera che il paziente rimanga seduto, per esempio per seguire attività educative o animative, è comunque preferibile non contenerlo, ma invitarlo a rimanere, magari offrendogli cibi o bevande, lasciandolo comunque libero di tornare a camminare.

Utile avvicinarsi e cercare di tranquilizzarla, attraverso il ricalco e un'attenzione al rispetto del suo spazio fisico.



Attività afinalistiche (ripetitive)

COME SI MANIFESTA L' AFFACCENDAMENTO :

L'affaccendamento indica tutti quei gesti e comportamenti ripetitivi svolti senza una finalità apparente. Il malato appare indaffarato in attività prive di un fine logico, di cui non sempre è facile comprendere il senso, ma che lo vedono 'impegnato' in una continua ripetizione, quasi automatica.

Esempi:

- apre e rovista dentro cassetti, armadi, borsette, contenitori vari come se stesse cercando qualcosa.
- Ripete gesti stereotipati come strofinare abiti, lenzuola; lisciare superfici; manipolare bottoni, orli, maniche; si toglie vestiti; si arrotola maniche o alza la gonna....
- Sottrae e nasconde oggetti.
- Svita, smonta, lacera, distrugge oggetti.
- sottrae o nasconde anche addosso a sé oggetti vari
- sposta oggetti da una parte all'altra dell'ambiente.
- Ripete di continuo numeri, parole, brani, richieste
- Digrigna i denti.



Attività afinalistiche (ripetitive)

COME SI AUTOMANTIENE L'AFFACENDAMENTO:

Come per il vagabondaggio alla base potrebbe esserci ansia o confusione mentale.

Accade che alcuni dei gesti e comportamenti ripetuti dal malato richiamino parte della gestualità legata ad attività svolte nel periodo di vita precedente la malattia è spiegabile come modalità di riempimento di un tempo che molto spesso diviene vuoto per il malato.

Se poi si tiene conto del fatto che il processo di deterioramento della memoria sgretola i ricordi recenti rendendo attuali le tracce del passato, pur senza conservarle perfettamente integre, si comprende che la ripetizione parziale di vecchi gesti è il riflesso dello stadio di regressione della memoria autobiografica del malato. Questa spiegazione aiuta a capire la ripetizione di gesti che ricordano il filare piuttosto che la sistemazione dei tralci della vite o la raccolta di erba o la misurazione delle pezze di stoffa. Ognuno di questi gesti rimanda a un compito o a un mestiere svolto per esempio in età giovanile dal malato.



Attività afinalistiche (ripetitive)

TECNICHE DI INTERVENTO SULL'AFFACENDAMENTO:

- È utile lasciarlo fare, assicurandosi che utilizzi, eventualmente fornendoglieli, materiali che possa manipolare senza pericoli per sé e per gli altri.
- Altrettanto utile può essere predisporre mobili e spazi totalmente a sua disposizione nei quali possa rovistare, riporre, ordinare a suo modo oggetti, materiali, suppellettili che abbiano le caratteristiche sopra descritte.
- Anche tenerlo occupato in attività gradevoli alla sua portata (ad es. parti di attività domestiche, parti di attività conosciute lavorative e/o hobbistiche) può servire a orientare l'impulso motorio su attività meno afinalistiche e in grado di produrre nel soggetto soddisfazione per il risultato ottenuto e quindi benessere complessivo.



Depressione

Per depressione si intende uno stato protratto nel tempo (almeno due settimane) di persistente umore depresso, triste accompagnato da idee di rovina, inutilità della propria esistenza, rimorso, senso di colpa, desiderio di essere morti o morire e/o idee suicidarie, modificazione delle capacità mentali (cognitive (attenzione, percezione, ideazione) e da un rallentamento della psicomotricità.

Quando è presente questo sintomo il malato appare malinconico, il suo volto è triste, compare spesso il pianto. Oltre a questi sintomi, il malato può lamentare dolori vaghi e diffusi, dormire meno e male, agitarsi facilmente; spesso appare stanco e affaticato; a volte perde l'appetito e cala di peso. Può apparire nervoso e irritabile.



Depressione

La persona si presenta inerte, spesso immobile, passiva, restia a prendere iniziative e/o ad eseguire ordini (oppure li esegue passivamente, con atteggiamento indifferente o rassegnato). Può rifiutare il dialogo, rimanere in uno stato di mutacismo (non dovuto a cause fisiche), indifferente rispetto ai tentativi di distoglierla dallo stato in cui si trova.



Depressione

La persona appare:

- Malinconica.
- si abbatte e dice di sentirsi un fallito
- dice di essere una persona cattiva e ritiene di essere punito
- sembra molto scoraggiato e dice di non avere speranze per il futuro
- Piange spesso.
- Il suo volto è triste.
- Lamenta dolori vaghi e diffusi
- Si agita facilmente.
- Dorme male.
- Appare stanco ed affaticato.
- Perde appetito.
- Appare nervoso ed irritabile.
- Desidera la morte o tenta di suicidarsi



Depressione

COME SI AUTOMANTIENE

Non raramente i tentativi di aiuto, anziché giovare, causano danni peggiori.

Per esempio alcune frasi come le seguenti inducono il paziente a sentirsi ancora più in colpa o a soffrire maggiormente: “c’è chi sta peggio di te, fallo per me (per i tuoi figli), fatti coraggio, devi essere forte”



Depressione

TECNICHE DI INTERVENTO:

- Se possibile toccarlo con leggerezza
- Sincronizzare il proprio respiro con quello del paziente
- Se possibile, lasciare la propria mano poggiata in zone emotivamente neutre del corpo della persona (spalla avambraccio, dorso della mano)
- È possibile che il tocco provochi il pianto; questo deve essere considerato un segnale di sblocco; in tal caso, procedere subito a parlare con la persona, senza porgli subito domande;
- Se possibile, effettuare lenti massaggi in sincronia con il ritmo respiratorio della persona
- Modificare il proprio ritmo del respiro per verificare se il paziente è in sintonia con l'operatore (in tal caso, la persona, imiterà i cambiamenti del ritmo del respiro dell'operatore) a quel punto iniziare a parlare, con volume sommesso scandendo le parole.

.....



Depressione

.....TECNICHE DI INTERVENTO

- È opportuno, provare a stimolare il malato a svolgere qualche attività che lo interessa e che è ancora in grado di svolgere al fine di produrre in lui la soddisfazione per la riuscita.
- È opportuno consultare il medico che valuterà l'utilità di farmaci antidepressivi.

Il contenuto di ciò che viene detto deve essere:

- Escludere domande premature
- Condividere con trasporto sincero ciò che la persona sta vivendo in quel momento
- Raccontare di aver vissuto esperienze analoghe, e di come fosse difficile essere capito dagli altri.



Apatia/indifferenza

Si tratta di un disturbo che viene spesso sottovalutato dal momento che non crea particolari difficoltà di gestione a chi si prende cura del malato.

Il malato non mostra interesse verso il mondo che lo circonda, è poco attivo, tende a non avviare la conversazione per primo. A volte sembra indifferente a tutti gli stimoli e agli avvenimenti che accadono intorno a lui e nei confronti dei quali non esprime affettività: entusiasmo, simpatia, gradimento, insofferenza sembrano non appartenere più al bagaglio emotivo del malato.

Egli non partecipa ad alcuna attività o, se invitato a farlo, smette subito; non dimostra interesse verso le attività degli altri e dimostra scarso o nullo interesse verso le persone o verso cose nuove. Appare quieto, buono, non disturba, non dà preoccupazioni.



Apatia/indifferenza

COME SI MANIFESTA:

Il malato è:

- Poco attivo.
- Non avvia conversazioni per primo.
- Non reagisce agli stimoli e agli avvenimenti.
- Non esprime affettività.
- Non partecipa ad attività o smette subito.
- Non mostra interesse verso persone, cose nuove...



Apatia/indifferenza

COME SI AUTOMANTINE

Lasciandolo da solo e non stimolandolo, perché non produce disturbo all'ambiente, dimenticando che per la persona è uno stato di disagio.



Apatia/indifferenza

TECNICHE DI INTERVENTO:

- È opportuno sforzarsi di stimolare il malato in ogni occasione, non rinunciando a cercare di attirarne l'attenzione su qualcosa.
- Talvolta le nostre sollecitazioni possono provocare come unica risposta un moto di insofferenza: tale reazione è comunque un risultato importante, perché costituisce di fatto una risposta all'ambiente.
- Talvolta lo sfruttamento di alcuni automatismi motori quali il canto, il ballo, la ripetizione di filastrocche, può smuovere il malato dallo stato di inerzia nel quale si trova e costituire fattore di comunicazione.
- È importante non dimenticare che si tratta di un disturbo del comportamento per il malato, anche se non provoca disturbo in chi si occupa di lui.



Labilità del tono dell'umore

COME SI MANIFESTA:

Quando compare questo disturbo del comportamento, il malato:

- passa rapidamente e improvvisamente dal sorriso al pianto o alla rabbia e viceversa in assenza di cause evidenti.
- reagisce emotivamente in modo non coerente rispetto alla situazione, al contesto, allo stimolo.
- trova ridicole cose che non sono spiritose.
- ride in circostanze inopportune.

Compare prevalentemente nelle fasi intermedia e avanzata della malattia.



Labilità del tono dell'umore

TECNICHE DI INTERVENTO:

- Occorre assumere un atteggiamento rassicurante se il malato piange o mostra tristezza, cercare di comprendere se è riaffiorato un ricordo del passato con contenuti tristi ed evitare di contraddire il malato se ride per qualcosa che non è spiritoso. Può essere anche utile unirsi al suo riso.
- Si può altresì tentare di assumere un atteggiamento materno: accarezzare, abbracciare, cullare il malato come se fosse un bambino piccolo può essere efficace.
- Anche distrarlo, introducendo nell'ambiente nuove persone oppure facendo parlare il malato al telefono con qualcuno che lo rassicuri rispetto al suo problema, può essere altrettanto efficace.
- Non sempre gli interventi di chi si prende cura del malato, anche se corretti, producono un risultato.
- Occorre allora lasciare che il disturbo si esaurisca da solo.



Attività inappropriate (disinibizione)

Il malato agisce in modo impulsivo, o assume comportamenti o azioni non consone al luogo, al momento in cui si trova, non considerando le conseguenze di ciò che fa.

Utilizza luoghi o oggetti in modo non adatto alla funzione per la quale comunemente vengono usati.



Attività inappropriate (disinibizione)

COME SI MANIFESTA:

Il malato:

- Parla ad estranei come se li conoscesse. (comportamento sociale inadeguato)
- Tocca o abbraccia persone sconosciute.
- Dice cose offensive o irrispettose.
- Dice cose volgari e fa apprezzamenti sessuali. (avances sessuali verbali e fisiche)
- Esibisce i genitali, si masturba in pubblico.
- Urina in pubblico. (o in luoghi non adatti)
- Si sveste in luoghi non opportuni.
- Utilizza oggetti in modo non appropriato
- Mangia o beve cose non commestibili



Attività inappropriate (disinibizione)

TECNICHE DI INTERVENTO:

- È utile lasciarlo fare, assicurandosi che utilizzi, eventualmente fornendoglieli, materiali che possa manipolare senza pericoli per sé e per gli altri.
- Intervenire senza accusarlo o facendogli notare la non adeguatezza del comportamento
- avere come obiettivo l'incolumità e la dignità della persona
- proporgli attività gradevoli alla sua portata (ad es. parti di attività domestiche, parti di attività conosciute lavorative e/o hobbistiche) che lo impegnino e lo distraggano
- In ogni caso, il malato non va mai né rimproverato né deriso ed è fuoriluogo pretendere che il malato rispetti le regole formali



Alterazioni ritmo sonno veglia

La malattia in fase moderata produce una disorganizzazione dei normali ritmi circadiani, cioè di quei ritmi fisiologici che, nel corso della giornata, indicano all'individuo se è ora di mangiare, di dormire, di essere attivi, ecc. dovuta ad alterazioni organiche dei centri nervosi che regolano il normale ritmo del sonno determinandone uno sconvolgimento più o meno grave

Questo disturbo può comparire precocemente, ma in genere caratterizza le fasi intermedie e avanzate della malattia.

Il sonno del soggetto demente risulta alterato dal momento che diviene più leggero, meno riposante e frammentato: il malato cioè può svegliarsi più volte nel corso della notte.

Va anche ricordato che tutte le malattie organiche e gli eventuali disturbi provenienti dall'ambiente (rumori, suoni, luci, freddo) interferiscono con il sonno del malato così come avviene per gli altri anziani



Alterazioni ritmo sonno veglia

COME SI MANIFESTA:

- ✓ Si tratta di un disturbo del comportamento del malato che mette particolarmente in crisi chi convive con lui.
- ✓ Infatti, il malato tende a stare sveglio di notte e a dormire di giorno, ma soprattutto durante la notte è molto attivo: una volta alzatosi autonomamente, incomincia a lavarsi, a vestirsi e può chiedere di uscire o di iniziare una attività, anche se è notte fonda. Talvolta invece rimane a letto, parlando a voce alta, chiamando, trafficando con la biancheria del letto.
- ✓ In altri casi, il malato non dorme di notte, ma dorme poco anche durante il giorno.



Alterazioni ritmo sonno veglia

TECNICHE DI INTERVENTO:

- verificare che il malato non abbia freddo, fame, sete, o bisogno di andare in bagno oppure che non ci sia qualcosa che lo infastidisce impedendogli il sonno (luci, buio, dolore fisico) al fine di cercare di eliminare la fonte del disturbo.
- non costringere il malato a stare o a ritornare a letto, se non lo vuole fare; né insistere a spiegargli che è notte se si verifica che tale informazione risulta per lui priva di senso, visto che non lo induce a modificare le sue richieste e il suo comportamento. Piuttosto, anche se ciò affatica, è meglio ‘rassegnarsi’ a proporgli attività che lo tengano occupato in qualcosa di piacevole come se fosse giorno.
- Tenerlo maggiormente occupato durante il giorno proponendogli passeggiate e varie attività manuali che lo interessino e lo stanchino.
- Nel caso in cui il disturbo persista, è sempre indispensabile informare il medico curante che valuterà la situazione.



COMPORTAMENTI ALIMENTARI PARTICOLARI

Sotto questa voce sono annoverati numerosi comportamenti particolari che possono verificarsi nel malato, singolarmente o in associazione fra di loro, e in stadi diversi della malattia.

i comportamenti più comuni:

- ✓ Il malato chiede continuamente cibo e/o si lamenta, anche con insistenza, che non gli si dà da mangiare, anche se ha appena terminato di mangiare. (attività ripetitive)
- ✓ È possibile anche che il malato ‘rubi’ il cibo approfittando di momenti di distrazione degli astanti, senza naturalmente rendersi conto di ciò che fa. (attività inappropriate)
- ✓ Sono possibili anche comportamenti in antitesi fra di loro quali mangiare con voracità oppure serrare la bocca e rifiutare di alimentarsi e di bere. (aggressività fisica o verbale)



COMPORTAMENTI ALIMENTARI PARTICOLARI

....

- ✓ ... Altre volte il malato gioca con il cibo (es.: mescola i cibi, travasa, manipola...) dentro e fuori dal proprio piatto, assolutamente ignaro di ogni etichetta.(attività inappropriata)
- ✓ Può anche accadere che il malato sputi i pezzi di cibo più solido ritenendoli corpi estranei. (attività inappropriata)
- ✓ Soprattutto nelle fasi più avanzate della malattia, il soggetto può ruminare il cibo senza deglutire, anche per periodi brevi, prima di ritornare a periodi in cui ritorna a masticare normalmente.



COMPORTAMENTI ALIMENTARI PARTICOLARI

COME SI AUTOMANTENGONO:

Tali comportamenti sono in genere caratteristici della fase intermedia e/o avanzata della malattia.

Talvolta la loro comparsa è del tutto imprevedibile e improvvisa: in tali casi potrebbe collegarsi alla presenza di malattie organiche o all'assunzione di alcuni farmaci.

Ambienti in cui si ha la presenza di un numero eccessivo di stimoli rispetto alle capacità attentive del malato possono essere fonte di un peggioramento dei comportamenti alimentari, come sopra descritto.



COMPORTAMENTI ALIMENTARI PARTICOLARI

Tecniche di intervento:

quando il malato continua a chiedere cibo:

- È utile frazionare i pasti principali in tanti spuntini. È importante infatti che la persona mangi a sufficienza, quindi ha scarsa rilevanza che lo faccia ai pasti principali.
- è importante che siamo noi ad adeguarci alle loro necessità ed esigenze, piuttosto che insistere a chiedere loro di rispettare convenzioni e abitudini che ormai sono più ‘nostre’ che loro.
- È dunque utile non negare loro sempre il cibo ogni volta che lo chiedono, ma tenere a disposizione qualche boccone o alimento anche di facile somministrazione
- Altrettanto utile può essere distrarlo tenendolo occupato in altre attività che risultino per lui piacevoli.
- È sempre importante rendere inaccessibile ogni sostanza non commestibile quando il malato tende ad ingerire qualsiasi cosa.
- non spazientirsi in presenza di questi comportamenti del malato ricordando anche che talvolta il tempo a lui necessario per mangiare diventa molto più lungo rispetto alle abitudini precedenti la malattia.



COMPORTAMENTI ALIMENTARI PARTICOLARI

Tecniche di intervento:

quando il malato non mangia e non beve:

- Si può provare a ricercare alimenti e bevande che siano particolarmente graditi al malato (per es. cibi dolci oppure cibi che si sapevano molto ambiti dal malato prima della malattia o quando era più giovane).
- È importante anche non insistere ad alimentare il malato negli orari tradizionali, ma sfruttare tutti i momenti della giornata e della notte per provare a farlo bere e mangiare.
- È utile ricordare anche che le infezioni della bocca o problemi legati a un cattivo utilizzo della protesi dentaria sono frequenti in questi ammalati e provocano spesso difficoltà ad alimentarsi o rifiuto del cibo.
- Se il rifiuto del cibo perdura per qualche giorno è necessario consultare il medico curante perché valuti l'opportunità di impiego di integratori alimentari o di modalità di nutrizione artificiale.



COMPORTAMENTI ALIMENTARI PARTICOLARI

Tecniche di intervento:

quando il malato gioca con il cibo:

- Innanzitutto è importante verificare che nell'ambiente non vi siano condizioni che creano confusione nel malato;
- Si può provare a dargli un cibo alla volta, a fornire una posata alla volta e solo quella funzionale al cibo che deve mangiare e che il malato è in grado di usare
- Provare a farlo mangiare a tavola da solo, in modo che non riceva disturbo dalla presenza di altri commensali, la cui presenza e i cui movimenti potrebbero distrarlo e rendergli quindi più difficile organizzare i gesti e le azioni necessarie al compito di mangiare. Il fatto di isolarlo, separarlo dagli altri non deve essere visto come una azione contro il malato, ma a suo favore. Tale scelta deve infatti essere modificata non appena ci si renda conto che non è efficace per il malato.
- In ogni caso, il malato non va mai né rimproverato né deriso ed è fuoriluogo pretendere che il malato rispetti le regole formali

L'ALZHEIMER è definito anche LA MALATTIA DELLA FAMIGLIA

Per prendersi cura del proprio caro spesso i caregivers:

- Abbandonano il lavoro
- Riducono le relazioni sociali
- Trascurano i propri bisogni
- Trascurano il proprio nucleo familiare
- Rinunciano temporaneamente alla propria vita

MA

Per prendersi cura del proprio caro è necessario prendersi cura di sé:



- Ⓢ *Suddividere i compiti assistenziali tra i caregivers*
- Ⓢ *Prendersi e difendere degli spazi personali*
- Ⓢ *Creare una panchina lunga*
- Ⓢ *Chiedere aiuto*

Campanelli d'allarme per i caregivers

SEGNALI FISICI:

- ✓ difficoltà ad addormentarsi, insonnia svegliarsi molto presto al mattino;
- ✓ sentirsi stanchi e spossati
- ✓ avere spesso mal di stomaco
- ✓ avere spesso mal di testa
- ✓ essere dimagriti o ingrassati in modo vistoso negli ultimi tempi



SEGNALI PSICOLOGICI

- Avere spesso delle CRISI DI RABBIA, (a detta dei familiari spesso per futili motivi);
- Avere spesso VOGLIA DI PIANGERE;
- Sentirsi IRRITATI se altre persone si interessano alla propria situazione;
- PERDERE forte INTERESSE per i propri *hobbies*;
- Sentirsi spesso SCORAGGIATI **E AVERE L'IMPRESSIONE CHE NON VI SIANO SOLUZIONI AI PROBLEMI.**

LE DIFFICOLTA' MAGGIORI DEI CAREGIVERS

Accettare il CAMBIAMENTO del familiare

SEPARAZIONE DALLA STORIA PASSATA

SENSO DI COLPA:

- Scegliere il BENE DEL FAMILIARE
 - scegliere il PROPRIO BENE
- gestire i SENTIMENTI AMBIVALENTI nei confronti del caro

Accettazione dei CAMBIAMENTI di vita

il primo modo di prendersi cura è:

ATTIVARE UN BUON PROCESSO DIAGNOSTICO

1. MEDICO DI MEDICINA GENERALE: valutazione ed invio a specialista

2. CDC: valutazione clinica obiettiva, prescrizione tac, esami ematochimici, test neuropsicologici

AFFETTUAZIONE DIAGNOSI E INDICAZIONI AL TRATTAMENTO



Tattamento

- ⇒ ***TERAPIA FARMACOLOGICA***
- ⇒ ***RIABILITAZIONE COGNITIVA E COMPORTAMENTALE***
- ⇒ ***ADATTAMENTO AMBIENTALE: riduzione dell'impatto dei deficit cognitivi e non***
- ⇒ ***PREVENZIONE e TRATTAMENTO delle COMPLICANZE***
- ⇒ ***PLANNING dell'assistenza e del supporto familiare***
- ⇒ ***Istruzione, educazione e sostegno dei CARE-GIVER***



TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO

- INTERVENTI DI MODIFICAZIONE AMBIENTALE;
- PET-THERAPY;
- DOLL-THERAPY;
- STIMOLAZIONE COGNITIVA;
- INTERVENTI SUI CAREGIVERS



il secondo modo di prendersi cura è

ACCOMPAGNARE I CAREGIVER
NELL'OCCUPARSI DELLA DEMENZA
E NEL PRENDERSI CURA DEL PROPRIO
CARO



~~Cosa fare?~~

COSA PENSARE?

COME FARE

SITUAZIONE	SENSO COMUNE	STRATEGIA
sperpera il denaro	mi faccio spiegare perchè	lo accompagno, gli lascio a disposizione piccole somme di denaro
vuole andare a casa	cerco di convincerlo che è a casa sua	lo assecondo e lo distraigo
non vuole lavarsi	insisto	riprovo più tardi
mi offende	lo rimprovero	lascio correre, ironizzo
mi fa perdere la pazienza	mi difendo e reagisco	esco
vede formiche sul tavolo	gli faccio vedere che non c'è niente	Fingo di cacciarle via

COME FARE

SITUAZIONE	SENSO COMUNE	STRATEGIA
Fa pipì in giardino	Lo sgrido e mi vergogno	Informo i vicini
Non mi riconosce	Insisto	accetto identità diverse senza contrastarlo
Si agita per la visita del dottore	Lo avviso prima	Glielo dico all'ultimo momento
Sbaglia stanza	Lo sgrido e gli dico che il bagno è sempre stato lì	Rendo la porta del bagno riconoscibile
Dimentica ciò che gli ho detto 5 minuti fa	Lo rimprovero e gli dico spazientito che gliel'ho appena detto	Faccio finta di niente e gli ripeto la risposta (cercando di non trasmettere la mia irritazione)



“Per capire se stesso, l’uomo ha bisogno di essere capito dall’altro. Per essere capito dall’altro, ha bisogno di capire l’altro”.

(Hora Thomas)



Grazie per l'attenzione