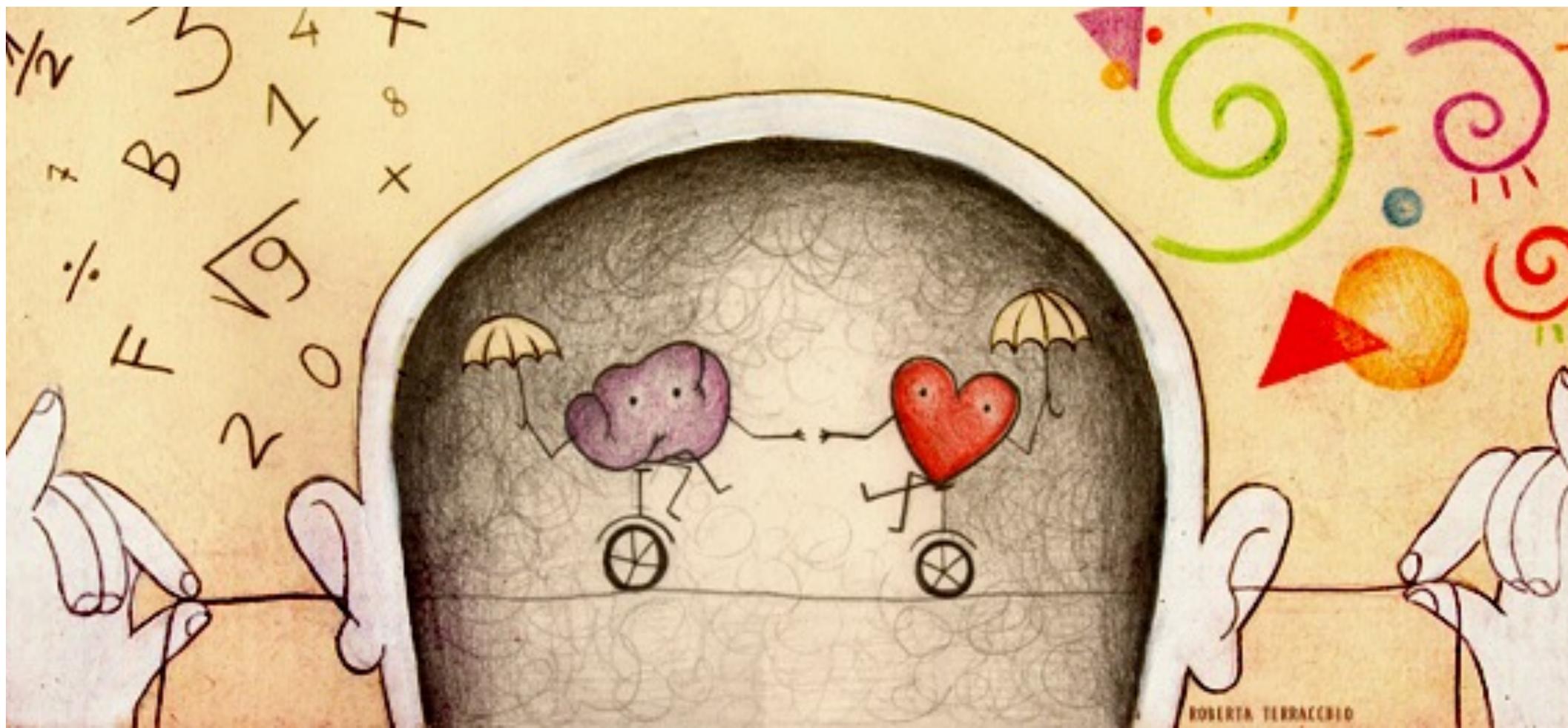


# IL SENSO DELLA COMUNICAZIONE CON IL MALATO DI ALZHEIMER

Funzioni cognitive e relazione

dott.ssa Bado Federica



**Le funzioni cognitive** sono quelle abilità che **ci definiscono come persona** e ci permettono di interagire con l'ambiente intorno a noi e con gli altri.

Sono qualcosa di estremamente complesso, **scaturiscono dall'attività del cervello** e corrispondono a:

- attenzione
- memoria
- linguaggio
- abilità prassiche
- funzioni esecutive (capacità di pianificazione, astrazione ecc...)

Nell'invecchiamento patologico si assiste ad un progressivo decadimento delle funzioni cognitive insieme alla perdita di tessuto cerebrale.

# ATTENZIONE

L'attenzione può essere paragonata ad un **filtro** che riesce a selezionare, tra tutte le informazioni che ci bombardano continuamente, solo quelle importanti per svolgere un certo compito.



L'attenzione ci permette non solo di **selezionare** le informazioni utili, ma anche di mantenere uno **stato di attivazione** adeguato, **monitorare e controllare** i nostri pensieri e le nostre azioni, di modulare l'attività di tutte le altre funzioni cognitive, di usare in modo efficace le risorse che abbiamo a disposizione e, se necessario, **distribuirle** tra più compiti. Ci permette di **elaborare** al meglio le informazioni in entrata nel nostro cervello.



Quindi non è una funzione unitaria!



# COME CAMBIA L'ATTENZIONE NELL'INVECCHIAMENTO PATOLOGICO?

La persona diventa sempre **più sensibile alla distrazione**. Con il progredire della malattia l'attenzione viene continuamente catturata da stimoli interferenti e **la presenza di più elementi diventa disturbante**.

L'attenzione volontaria cala mentre quella automatica, che è guidata dall'ambiente e non dalle intenzioni della persona, si attiva sempre più facilmente.



A. sostenuta: cala provocando facile affaticamento e distraibilità



**si stanca subito**

A. selettiva: cala la capacità di selezionare e rispondere agli stimoli rilevanti, mentre aumenta la risposta alle informazioni non importanti



**è impulsivo**

A. divisa: cala la capacità di gestire più informazioni insieme, di dare le giuste priorità ed essere flessibili di fronte a cambiamenti ambientali



**non riesce a fare più cose insieme**

# COSA POSSIAMO FARE?

- evitare ambienti ricchi di stimoli
- eliminare stimoli superflui (es. TV, radio...)
- rivolgersi alla persona singolarmente (non parlare in tanti alla volta)
- non chiedere di eseguire due attività alla volta (es. se il paziente si sta lavando le mani, aspettare che abbia finito prima di parlargli)
- se necessario scomporre l'attività in parti più piccole da eseguire in successione, sempre una alla volta
- dare tempo: non fare o dire le cose velocemente. Parlare in modo chiaro e pacato e dare, poi, il tempo di rispondere senza porre altre domande o ripetendo la stessa.

# MEMORIA

Che cos'è la memoria?

Tecnicamente si tratta della capacità di **codificare**, **immagazzinare**, **mantenere** e **recuperare** le informazioni.



La memoria non è un sistema unitario, ma complesso e formato da un insieme di elementi strettamente legati tra loro.

Per esempio:

- ✓ possiamo ricordarci del **passato**...più o meno recente!
- ✓ possiamo ricordarci del **futuro** (ho un appuntamento)
- ✓ possiamo ricordarci il nome di una persona, il **significato** di una parola
- ✓ possiamo ricordarci **come si fa** una cosa (andare in bicicletta)



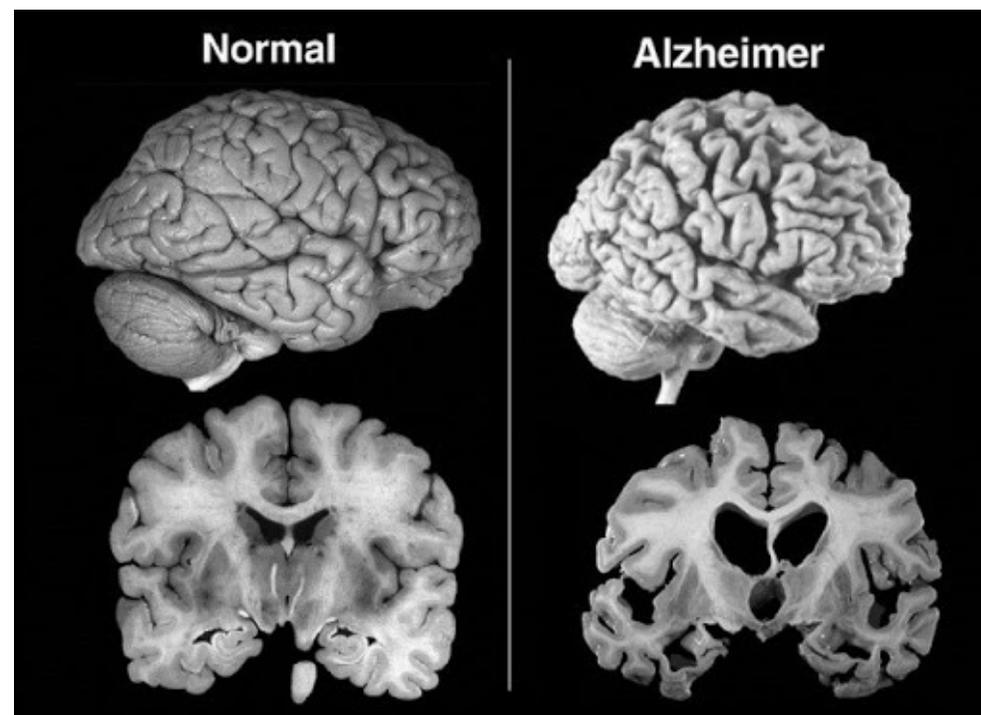
Possiamo paragonare il sistema memoria ad una cassetiera composta da tanti scomparti

# COME CAMBIA LA MEMORIA NELL'INVECCHIAMENTO PATOLOGICO?

La perdita di memoria è uno dei principali e primi sintomi della Malattia di Alzheimer (N.B. non tutte le demenze esordiscono con disturbi di memoria).

La memoria è **fortemente legata all'attenzione**: cali di quest'ultima vanno inevitabilmente a danno della capacità di memorizzazione.

Nell'AD l'importante declino della memoria è collegato alla **degenerazione e all'atrofia dell'ippocampo**, una struttura del cervello che si trova nella parte centrale del lobo temporale. La funzione cognitiva-memoria, la struttura-cervello e lo sviluppo della malattia-demenza sono qualcosa di ben più complesso, tuttavia l'immagine riportata può essere considerata esemplificativa.



Inizialmente si osserva:

- difficoltà a ricordare informazioni ed eventi recenti
- ripetizione delle stesse frasi e domande anche all'interno della stessa conversazione

Restano, invece, conservati i ricordi più antichi.

**deficit di  
immagazzinamento  
=  
impossibilità ad  
acquisire nuove  
informazioni**

Successivamente compaiono (e gradualmente si aggravano):

- difficoltà di memoria procedurale → sequenze delle azioni
- difficoltà di memoria semantica → nomi delle cose, nomi delle persone, significato delle parole...
- difficoltà di memoria prospettica → appuntamenti, cose da fare...
- difficoltà nel recupero dei ricordi antichi → informazioni su se stessi: chi siamo, qual è la nostra vita, dove ci troviamo e in quale tempo
- quindi difficoltà nella memoria autobiografica

# COSA POSSIAMO FARE?

- usare aiuti esterni, ambientali: lavagna, bloc-notes, agenda semplice, calendario...
- creare una routine fatta di abitudini fisse: le azioni si svolgono seguendo sempre gli stessi passaggi, concordare delle giornate fisse per determinati appuntamenti (es. spesa, parrucchiere, attività fisica...)
- mantenere l'ordine: non cambiare la posizione degli oggetti d'uso comune, rendere il più chiara ed evidente possibile la loro localizzazione...
- non sottolineare le dimenticanze: non porta a nulla. Si genera malessere in entrambi e si rischia di peggiorare ulteriormente la situazione.

# LINGUAGGIO

Il linguaggio è quella funzione cognitiva che permette l'uso della lingua, cioè di un insieme di suoni dotati di significato.

- Necessario per **esprimere pensieri, idee, esperienze.**
- Riguarda sia la **produzione** che la **comprensione.**
- Non è un semplice scambio di informazioni, ma permette la creazione ed il mantenimento dei rapporti sociali.
- Comprende anche l'uso delle parole: ad esempio, sto parlando con un mio familiare oppure con un estraneo?
- Richiede l'uso di molte competenze delle quali noi non siamo consapevoli.



# COME CAMBIA IL LINGUAGGIO NELL'INVECCHIAMENTO PATOLOGICO?

Il quadro che si può presentare è, in questo caso, quello dell'**afasia**.

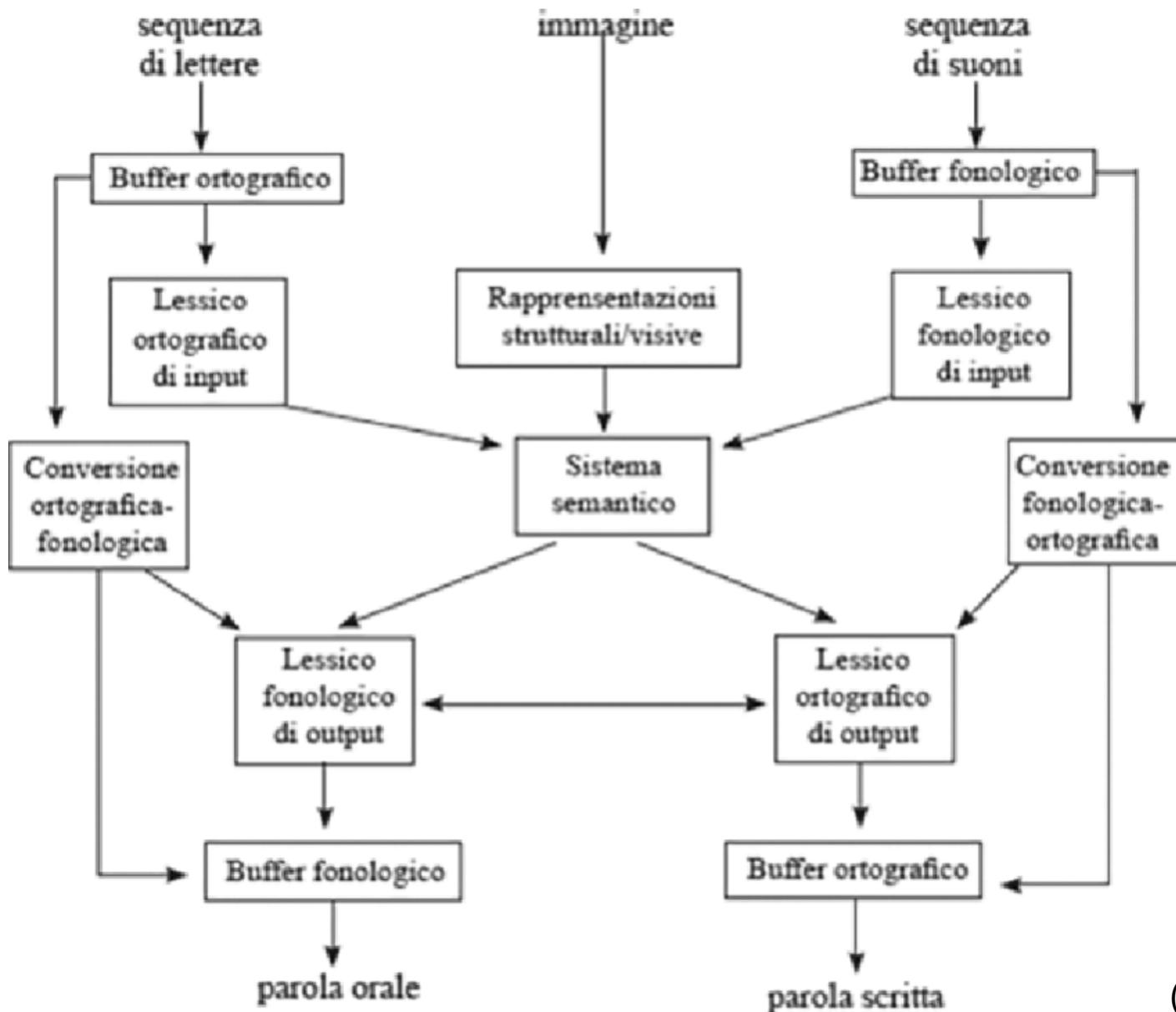
Le difficoltà possono essere di molteplici tipi (grande distinzione tra afasia fluente e non fluente) e di diversa gravità.

Dal non trovare in modo fluido la parola corretta (per denominare e/o per esprimere il proprio pensiero), all'incapacità di portare avanti un dialogo.

La difficoltà risiede nella comprensione e/o nella produzione e diventa via via sempre più grave ed invasiva.

Come per noi diventa difficile comprendere la persona, per quest'ultima è sempre più complicato comprendere le nostre parole.

Un modello neuropsicologico della funzione cognitiva-linguaggio. Se anche uno solo dei passaggi è danneggiato, la funzione avrà un qualche difetto.



(Favilla, 2003)

## Esempi di disturbi del linguaggio:

- **anomia**: non trovare la parola giusta.
- **parafasia fonemica**: la sequenza delle lettere viene modificata (es. benna per penna)
- **parafasia semantica**: viene detta una parola che ha una qualche affinità (es. penna per matita)
- **circonlocuzione**: viene fatto un giro di parole per dire che cos'è (quella che si usa per scrivere)
- **errore visivo** (es. tubo per penna)
- **conduites d'approche**: serie di correzioni spontanee a catena (es. benna...penna)

# COSA POSSIAMO FARE?

- parlare in modo calmo e chiaro
  - usare parole semplici, d'uso comune
  - usare frasi brevi e semplici, evitando giri di parole
  - cercare di essere lineari nel discorso
  - **non parlare al posto della persona**, ma avere pazienza e supportarla nel tentativo di trovare la parola giusta
- ricordarsi che la persona ha ben presenti le proprie difficoltà di linguaggio: sottolinearle non sarà utile a nessuno

# ABILITÀ PRASSICHE

Per prassia s'intende la capacità di **compiere movimenti in modo volontario e finalizzato, corretto e coordinato.**

L'**aprassia** è un deficit dell'attività motoria che compare durante l'esecuzione intenzionale di un movimento finalizzato.

Non è dovuto né ad un deficit di input (sensoriale) né di output (motorio) e neanche di comprensione.

È presente una **dissociazione automatico-volontaria**: incapacità di eseguire il gesto in condizione artificiale, resta integra la capacità di eseguirlo nei contesti ecologici.



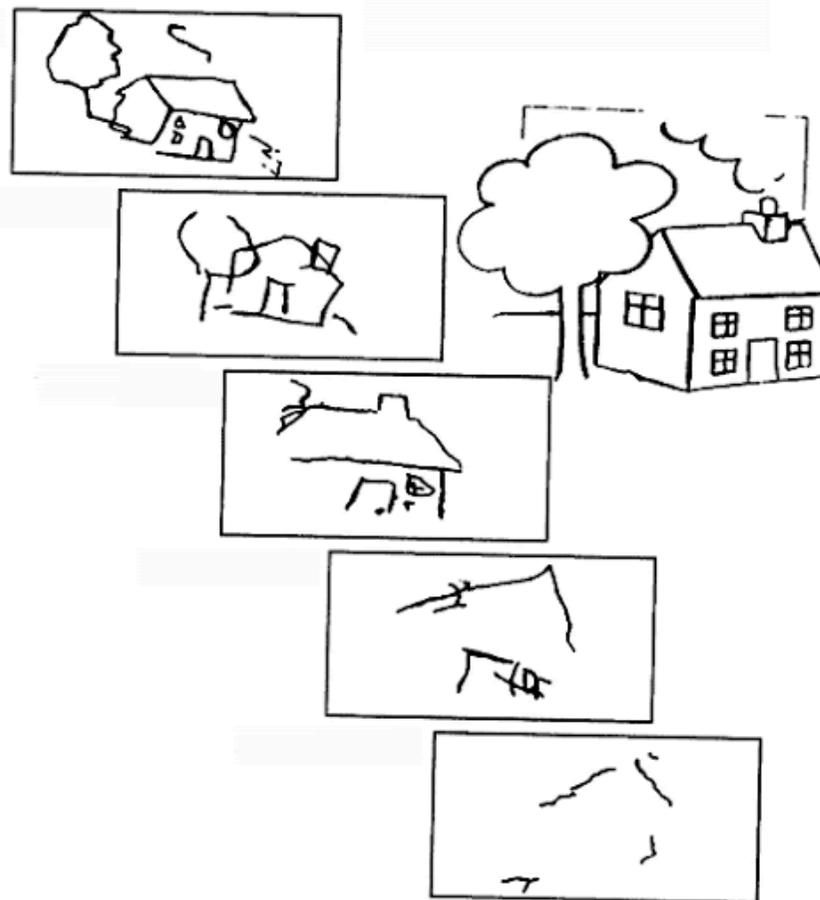
# COME CAMBIA LA PRASSIA NELL'INVECCHIAMENTO PATOLOGICO?

Perdita della motricità fine: i  
movimenti si fanno grossolani,  
sempre maggiore difficoltà a  
scrivere...

Difficoltà a vestirsi e spogliarsi...

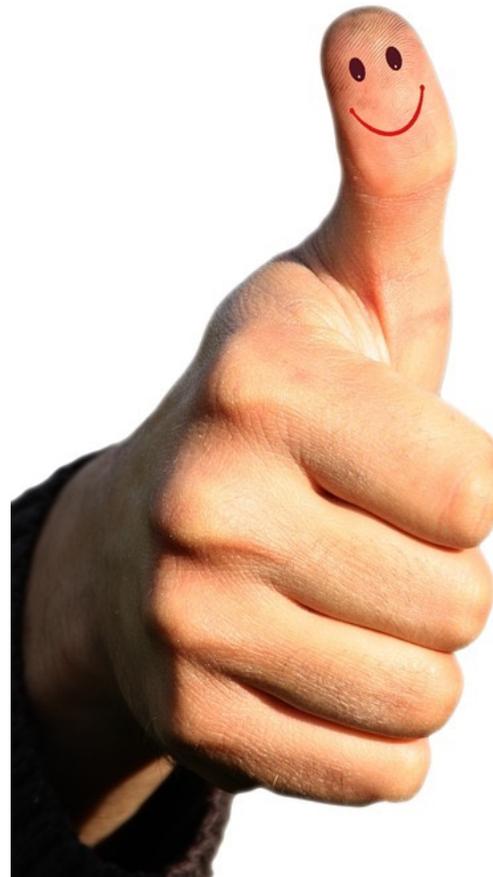
Difficoltà nel copiare  
correttamente un disegno...

Impaccio nell'uso di oggetti  
comuni...



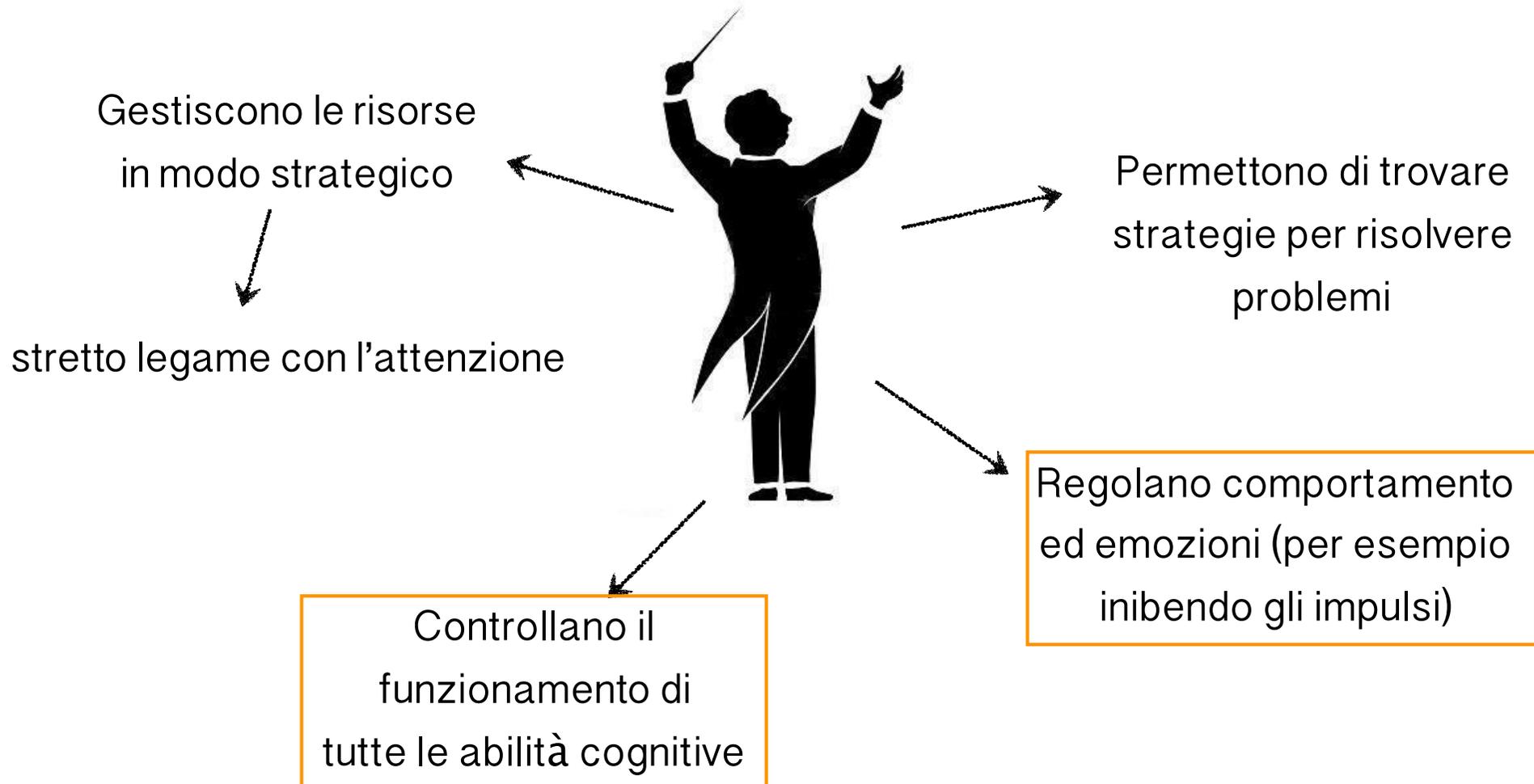
# COSA POSSIAMO FARE?

- ▶ fare in modo che la persona continui a fare più cose possibili nella quotidianità (es. lavare i piatti, apparecchiare e sparecchiare, piegare i vestiti...)
- ▶ ma non introdurre attività nuove o, comunque, troppo difficili: attenzione a non generare frustrazione
- ▶ se necessario possiamo accompagnare la persona scomponendo l'attività in sequenze motorie più piccole



# FUNZIONI ESECUTIVE

Sono il direttore d'orchestra, coordinatore di tutte le altre funzioni cognitive.



Quindi le funzioni esecutive permettono:

- ✓ astrazione
- ✓ pianificazione
- ✓ flessibilità cognitiva
- ✓ regolazione emotiva
- ✓ presa di decisioni
- ✓ risoluzione di problemi
- ✓ controllo dell'impulsività
- ✓ motivazione



definiscono la persona che siamo!



# COME CAMBIANO LE FUNZIONI ESECUTIVE NELL'INVECCHIAMENTO PATOLOGICO?

## 1. Deficit nella pianificazione e programmazione dei compiti e delle strategie

Vengono a mancare:

→ FLESSIBILITÀ COGNITIVA, che permette alla persona di passare agevolmente da un compito all'altro, di adattare il comportamento in base alle richieste del compito e alle situazioni.

→ STRUTTURAZIONE DELLE SEQUENZE TEMPORALI, con la comparsa di confabulazioni a causa delle quali eventi di vita reali vengono "spostati" nel tempo in modo sbagliato

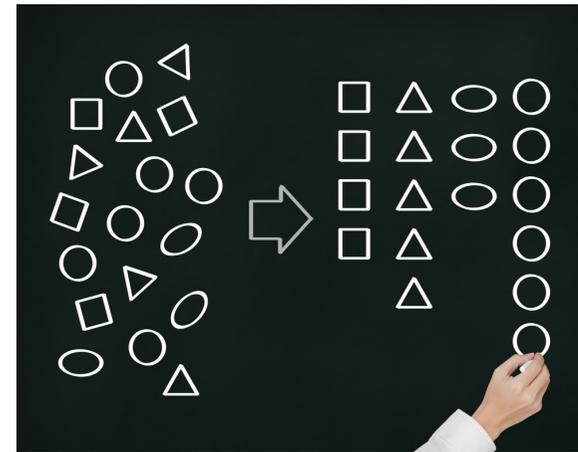
→ CAPACITÀ DI ORGANIZZARE ATTIVITÀ E SPAZI, fino alla mancanza di autonomia.



## 2. Deficit di astrazione

Viene a mancare:

- CAPACITÀ DI CATEGORIZZAZIONE
- CAPACITÀ DI SGANCIARSI DAGLI ASPETTI CONCRETI e, quindi, astrarre.



## 3. Perseverazioni

Compare:

- INCAPACITÀ DI SGANCIARSI DALLA STRATEGIA o COMPORTAMENTO PRECEDENTEMENTE MESSO IN ATTO



## 4. Difficoltà ad inibire le risposte comportamentali automatiche

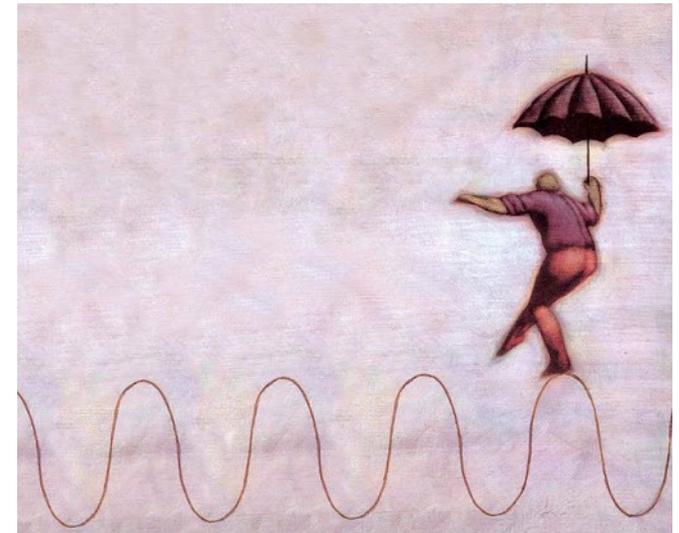
Compaiono:

- SINDROME DA DIPENDENZA AMBIENTALE a causa della quale il paziente mette in atto in modo automatico e incontrollato il comportamento solitamente legato ad un certo oggetto (es. vede un bicchiere d'acqua e quindi lo beve).
- AFFACCENDAMENTO, per cui il paziente mette in atto più volte un comportamento corretto ma non necessario (es. svuotare e riempire cassetti e armadi)

## 5. Difficoltà ad inibire le risposte emotive

Compaiono:

- IRRITABILITÀ e scoppi d'ira, AGGRESSIVITÀ FISICA O VERBALE, IRREQUIETEZZA
- REAZIONI CATASTROFICHE
- EUFORIA
- modificazioni rapide del tono dell'umore



## 6. **Sindrome pseudo-depressiva**

Compaiono:

- INERZIA, MANCANZA DI MOTIVAZIONE, CALO DI TONO DELL'UMORE
- MANCANZA DI INIZIATIVA



## 7. **Difficoltà ad inibire gli impulsi**

Compaiono:

- IMPULSIVITÀ a causa della quale il paziente agisce per avere la gratificazione immediata
- ALTERAZIONI DEL COMPORTAMENTO SOCIALE, per le quali il paziente mette in atto comportamenti non adeguati al contesto (es. mancanza di igiene, assunzione smodata di cibo, abbracciare estranei...)

# COSA POSSIAMO FARE?

- Cercare di essere **tolleranti** e **calmi**: **i comportamenti bizzarri sono sintomi** della malattia.
- Usare **frasi brevi, semplici e dirette**, andando dritti al punto. **Non usare metafore o doppi sensi.**
- Dare una **routine** e **aiutare il malato ogni qual volta ne ha bisogno**: insistere e fare più volte la stessa domanda è frustrante per tutti!
- Quando sono presenti deliri e/o allucinazioni **non ha senso cercare di convincere il paziente della falsità di quel che percepisce o crede**: per definizione non è possibile e, inoltre, è fonte di grande agitazione.



**ATTENZIONE!**



Per pura comodità abbiamo parlato delle funzioni cognitive una alla volta...

...ma nella realtà **è tutto molto più complicato!**

Nessuna funzione può essere considerata separatamente dalle altre, il cervello è una macchina unica (in tutti i sensi).



# CONCLUDENDO...



ho ancora due cose  
da dirvi

le uniche due cose  
che ritengo essere  
davvero importanti!

Abbiamo visto quali comportamenti potrebbero essere utili di fronte alle difficoltà dei vostri cari.

Forse vi state chiedendo se quel fate è **giusto** o **sbagliato**...

ma la domanda che ci dobbiamo fare credo sia:

**HO FATTO QUEL CHE POTEVO FARE SECONDO LE MIE  
POSSIBILITÀ ATTUALI?**

Cambiamo  
il nostro  
lessico



Cambiamo  
il nostro  
pensiero

Tutte le difficoltà di cui abbiamo parlato oggi sono  
**SINTOMI.**

Cerchiamo di ricordarci che, nascosta dietro quei sintomi,  
c'è ancora la persona a noi cara.



Non ti  
scordar di  
me...

...non ti  
scordar di  
loro.

Grazie per  
l'attenzione!

