

L'ESAME NEUROPSICOLOGICO NEL PERCORSO DIAGNOSTICO DELLE MALATTIE NEURODEGENERATIVE

Dott.ssa Barbara Zanchettin

*Dirigente Psicologo/Psicoterapeuta
Dipartimento Dipendenze Salute Mentale
CSM Urbano*

Criteria DSM-V per la diagnosi clinica di demenza (Disturbo neurocognitivo maggiore)

- A. Evidenza di un significativo declino cognitivo in uno o più domini cognitivi basato su asserzioni del soggetto, testimoni, medico curante o su deterioramento della funzione cognitiva preferibilmente documentato da test neuropsicologici
- B. I deficit cognitivi interferiscono con l'indipendenza del soggetto nelle attività del vivere quotidiano
- C. I deficit cognitivi non si manifestano nel contesto di un delirium
- D. I disturbi cognitivi non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (es depressione, schizofrenia)



Demenza

Demenze primarie

Demenze corticali

1. Demenza di Alzheimer
2. Demenza fronto-temporale

Demenze sottocorticali

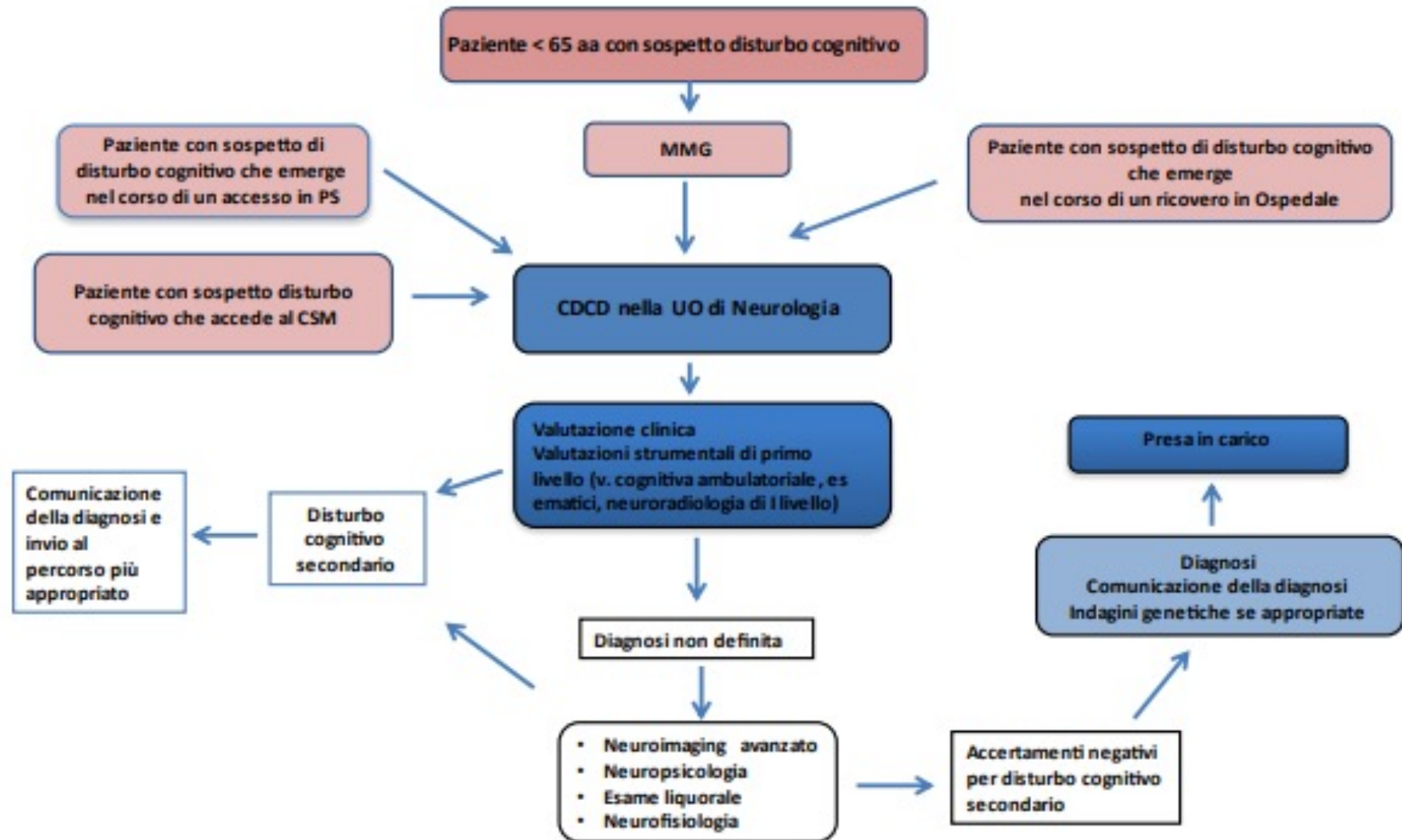
1. A corpi di Lewy
2. Parkinson-demenza
3. Corea di Huntington
4. Paralisi sopranucleare progressiva
5. Degenerazione cortico-basale

Demenze secondarie

(POTENZIALMENTE REVERSIBILI)

1. Demenza vascolare
2. Idrocefalo normoteso
3. Disturbi endocrini metabolici (ipo e ipertiroidismo, ipo e iperparatiroidismo, insuff. renale cronica, ipoglicemia, disidratazione, etc.)
4. Malattie metaboliche ereditarie
5. Malattie infettive e infiammatorie del SNC (meningiti, sclerosi multipla, AIDS dementia complex, malattia di Creutzfeld-Jacob, etc.)
6. Stati carenziali (carenza di tiamina e/o cobalamina e folati, malnutrizione generale)
7. Sostanze tossiche (alcol, metalli pesanti, farmaci, composti organici)
8. Processi espansivi (neoplasie, ematomi o ascessi cerebrali)
9. Miscellanea (traumi cranici, sindromi paraneoplastiche, cardiovascolari, respiratorie)

Fase diagnostica



Diagnosi differenziali

Non solo disturbo di memoria!



Tipo di demenza	Sintomi di esordio	Esame neurologico	Modalità di progressione	Durata (anni)
Malattia di Alzheimer	Deficit di memoria	Normale	Graduale	6-12
Demenza vascolare	Deficit di memoria e di linguaggio, disturbi dell'attenzione e della pianificazione	Segni "focali" Disturbo della marcia	A "gradini" con periodi di apparente stabilizzazione	8-10
Demenza a corpi di Lewy	Deliri e allucinazioni Episodi confusionali	Segni extrapiramidali	Graduale con fluttuazioni	3-7
Demenza frontale	Alterazioni del comportamento; disturbi del linguaggio	Segni di liberazione	Graduale	3-17

Diagnosi differenziali

Non solo disturbo di memoria!



DISTURBI NEUROPSICHIATRICI



CHE COSA È LA VALUTAZIONE NPS?

È un processo diagnostico mirato alla delucidazione e misurazione del funzionamento cognitivo di un individuo colpito da una lesione cerebrale (o con un disordine funzionale).

Include una serie di procedure e strumenti atti a raccogliere, sintetizzare e interpretare le informazioni sullo stato cognitivo dell'individuo

A COSA SERVE?

- Descrizione del quadro cognitivo del paziente, in termini di funzioni cognitive compromesse e risparmiate, nonché della gravità e del livello di compromissione.
- Fare una diagnosi neuropsicologica (diagnosi precocediagnosi differenziale)
- Prognosi
- Dare indicazione circa la gestione quotidiana del paziente e l'assistenza
- Progettare un intervento riabilitativo
- Valutare gli esiti di un intervento (valutazione di controllo - follow up)

1. Diagnostico Discriminare tra diverse condizioni: Fornire informazioni diagnostiche nelle situazioni in cui i dati neuroradiologici risultano negativi (es. demenza, traumi cranici lievi)

2. Prognostico: Fornire indicazioni sugli esiti di alcune patologie (es. trauma cranico)

3. Pianificazione dell'assistenza e degli interventi:

Informare il paziente del suo stato cognitivo per comprendere le alterazioni conseguenti la malattia;

Informare i familiari affinché possano comprendere e adeguarsi;

Valutare il grado di autonomia quotidiana;

Valutare l'opportunità di un intervento riabilitativo

4. Riabilitativo:

Fornire la base di partenza per una terapia

Guidare un programma terapeutico

Monitorarne l'efficacia a breve e a lungo termine

Valutare gli effetti di terapie mediche sull'efficienza cognitiva del paziente

QUALI SONO LE FASI DELLA VALUTAZIONE?

- Invio
- Colloquio clinico (prima visita)
- Raccolta dei dati anamnestici
- Colloquio con il paziente
- Osservazione clinica
- Colloquio con i familiari del paziente
- Somministrazione di test cognitivi + test strumentali
- Somministrazione di strumenti di valutazione funzionale
- Analisi e interpretazione dei risultati emersi dai test
- Stesura della relazione
- Restituzione al paziente e ai familiari

GLI ESAMI STRUMENTALI NELLA NEUROPSICOLOGIA CLINICA

Esami elettrofisiologici Electroencefalogramma (EEG) Registrazione dell'attività elettrica cerebrale spontanea mediante elettrodi posti sulla superficie cranica L'uso in neuropsicologia è limitato:

- misura indiretta
- scarsa risoluzione spaziale

Applicazioni cliniche Diagnosi di epilessia e di alcune forme infettive, monitoraggio di pazienti sottoposti a intervento neurochirurgico

Esami elettrofisiologici Potenziali evento-correlati (ERPs) Sono piccole modificazioni dell'attività elettrica cerebrale spontanea, sincronizzati con un evento definibile sperimentalmente Hanno una dimensione molto ridotta e sono estratti dal rumore di fondo mediando numerose registrazioni

Esami di neuroimmagine Forniscono informazioni:

- anatomiche: relative alla sede e all'estensione della lesione cerebrale strutturale
- funzionali: relative al flusso e al metabolismo cerebrale regionale

SOMMINISTRAZIONE DI TEST COGNITIVI

Misurazione obiettiva e standardizzata di un campione di comportamento, che si suppone rappresentativo della totalità. Permettono di quantificare la prestazione cognitiva della persona in esame e questo consente di:

- Collocare la prestazione del soggetto rispetto a dei valori normativi (e quindi classificarla come normale, patologica ecc..)
- Confrontare la prestazione dei pazienti fra loro;
- Confrontare la prestazione di uno stesso paziente in momenti diversi

Esigenza di poter trasmettere una immagine chiara e quantificabile della situazione cognitiva della persona. Esigenza di poter usare un metodo controllato, standardizzato, comparativo

REQUISITI DI UNO STRUMENTO NEUROPSICOLOGICO:

1. Standardizzazione
2. Attendibilità
3. Validità
4. Sensibilità
5. Specificità

Le Funzioni Cognitive

- La demenza colpisce le funzioni della mente che ci permettono di conoscere e riconoscere il mondo circostante, gli stimoli, i segnali che da esso provengono e tutto ciò che vi si trova
- ma anche la nostra capacità di identificare e riconoscere gli stimoli che provengono dal corpo e di dare loro un significato

Queste funzioni sono dette Cognitive sono indispensabili perché una persona possa acquisire una propria identità e interagire con il mondo e con gli altri e sono:

- MEMORIA, LA CAPACITÀ DI IMPARARE E RICORDARE
- ATTENZIONE
- LINGUAGGIO
- CAPACITÀ DI PIANIFICARE ED ESEGUIRE GESTI COMPLESSI
- CAPACITÀ DI RICONOSCERE GLI STIMOLI
- CAPACITÀ DI ELABORARE PENSIERI ASTRATTI
- DI VALUTARE IN MODO ADEGUATO LE SITUAZIONI

Neuropsicologia delle demenze: piano di esposizione

A. corticali

1. Malattia di Alzheimer
2. Degenerazione lobare fronto-temporale

B. Sottocorticali

1. Parkinsonismi e PDD
2. Demenza a corpi di Lewy
3. Paralisi sopranucleare progressiva
4. Degenerazione cortico-basale

C. vascolari

idrocefalo normoteso

D. Altro

1. Deterioramento cognitivo minimo
2. Sindrome soggettiva di memoria
3. Sindromi ansioso-depressive e pseudodemenza

demenze corticali:

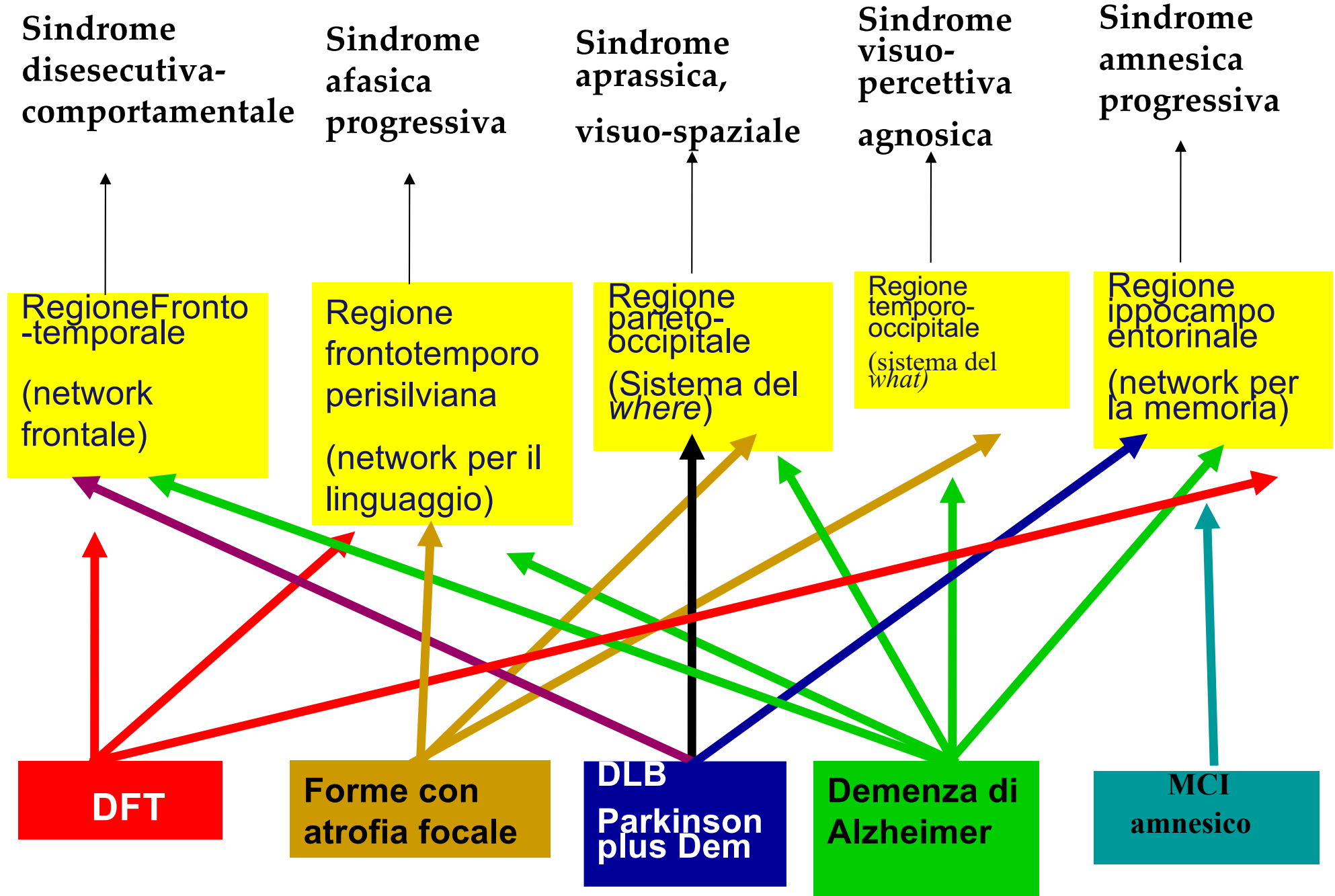
(rappresentate soprattutto dalla malattia di Alzheimer) così definite poiché colpiscono principalmente strutture della corteccia cerebrale e si caratterizzano per un'estesa atrofia corticale, precoci alterazioni della memoria e successivamente perdita del pensiero astratto, agnosie (difficoltà nel riconoscimento), afasia, aprassia (il pz non riesce ad eseguire il gesto richiesto).

demenze sottocorticali: così definite poiché colpiscono principalmente strutture che si trovano al di sotto della corteccia cerebrale e si caratterizzano per più precoce allentamento dei processi cognitivi, minore perdita della memoria, ma alterazioni della personalità e rallentamento motorio.

Caratteristiche cliniche

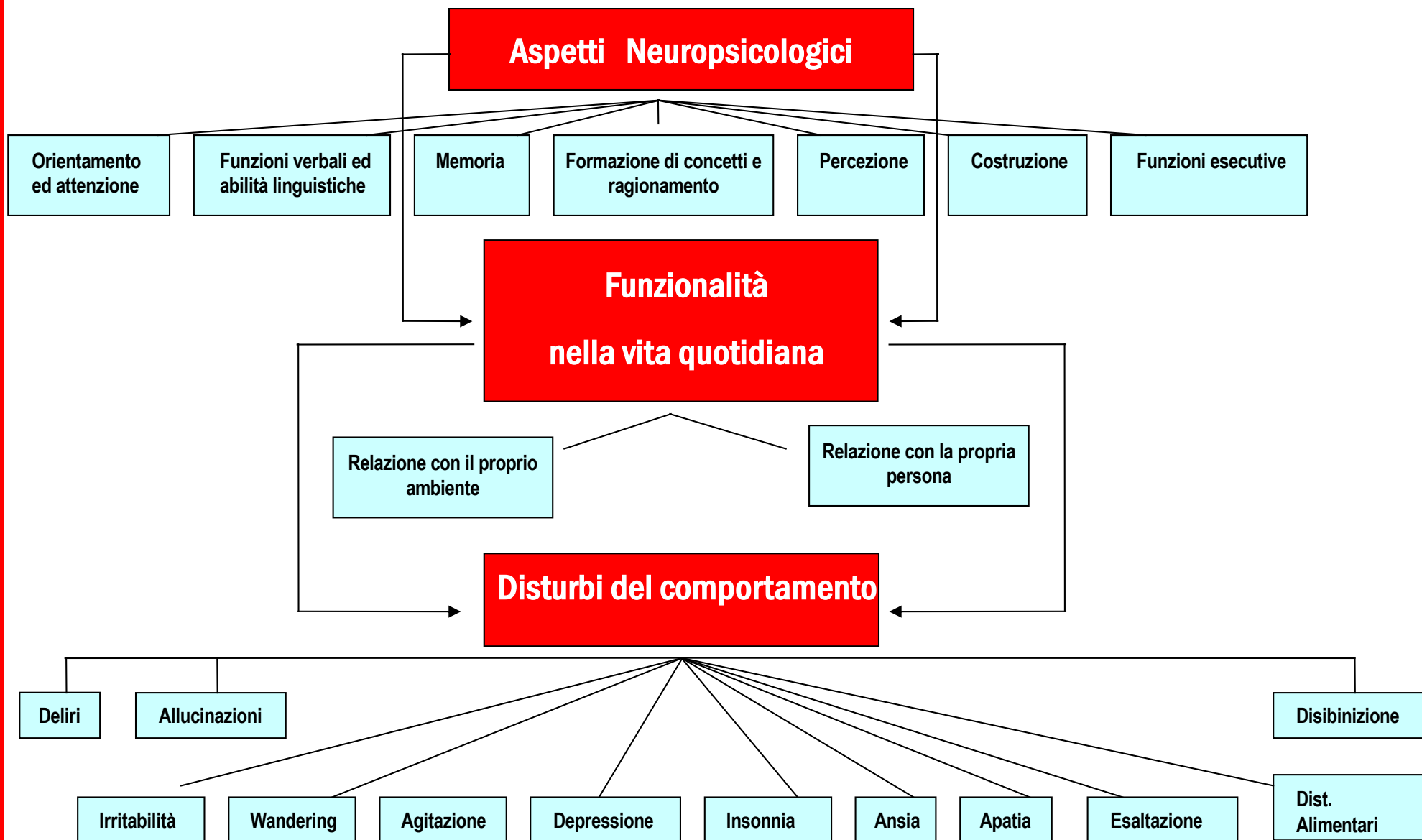
	Corticali	Sottocorticali
Memoria	Disturbo dell'apprendimento	Disturbo di richiamo (sensibile a facilitazione) Apprendimento relativamente conservato
Intelletto	Deficit corticali: aprassia, acalculia, agnosia, deficit di critica-giudizio-pensiero astratto.	Bradifrenia e incapacità nell'utilizzo di conoscenze acquisite
Affettività	Disinibizione o indifferenza	Apatia
Motilità	Normale fino agli stadi avanzati	Rigidità, tremore, corea, paralisi dello sguardo
Linguaggio	Afasia	Incapacità di articolare bene i suoni, ipofonia

Profili neuropsicologici, strutture anatomiche,



Diagnosi differenziale delle demenze basata sulla localizzazione lesionale ed i corrispondenti cluster clinici -neuropsicologici

Manifestazioni Cliniche	Abil. Esecut.	Person. e comport.	Afasia non fluente (x lesioni sin)	Afas flu Deficit semantici (x lesioni sin)	Deficit mem. Episod.	Aprassia Ideomot.	Deficit visuospaz Deficit visuocostruttivi	Deficit percept. e del riconosc. visivo	Disturbi della ideaz. e percez.	Depres. e Ansia	Disturbi del movim.
Tassonomia											
DFT	Green	Red	Yellow		Blue				Brown	Pink	
1)DFT var. temporale dx.	Green	Red							Brown		
2) DFT var. frontale sin.	Green	Red									
3) DFT var. temporale sin (Demenza semantica).				Purple							
PICK	Green	Red	Yellow		Blue						
APP			Yellow								
DA tipica				Purple	Blue		Orange	Grey	Brown	Pink	
DA var. biparietale							Orange	Grey			
DA corticale post							Orange	Grey			
MCI					Blue						
DA FOCALI						Cyan	Orange	Grey			
Lewy Body	Green	Red			Blue		Orange		Brown		Light Green
Deg. corticobasale	Green		Yellow			Cyan					Light Green
Forme fronto-sottocorticali	Green	Red			Blue						Light Green
Aree Corticali	Prefront. Dosolater.	Prefront. orbitario e/o mesiale	Frontoperisilvana sin.	Temporale ant./caudato	Ippocampo/Paraippocampo	Temporoparietale	Parietale/Parietooccipitale	Temporooccipitale			





Perdita di memoria
"Dov'è il mio libretto degli assegni?"



Disorientamento spaziale
"Può indirizzarmi al mio ufficio?
Non riesco a trovare la strada"



Circonlocuzione
"Caro, per favore chiama la donna che mi mette a posto i capelli"



Stadio più avanzato
Paziente trasandato nel vestire, lento, apatico, confuso, disorientato, curvo



Stadio terminale
Paziente costretto a letto, rigido, che non reagisce, quasi muto, incontinente

F. Neri
© Ciba

DISTURBI DELL'ORIENTAMENTO

Temporale:

- che giorno è?
- in che mese siamo?
- in che anno ?
- che stagione è questa?
- all'incirca che ore sono ?

Spaziale:

- in che città ci troviamo?
- in quale regione d'Italia?
- a che piano?
-dov'è casa mia?
-dove si trova il bagno nella mia casa?

Personale:

- quando sono nato?
- che scuole ho fatto?
- che lavoro facevo prima della pensione?
- qual è il mio indirizzo completo o numero di telefono?.....

LA MEMORIA

La memoria non è un sistema monolitico: è costituito da componenti separate che possiedono caratteristiche psicologiche e correlati anatomico-fisiologici distinti, e possono essere dissociate a livello sia funzionale, che neurologico: è la capacità che consente di immagazzinare informazioni alle quali è possibile attingere quando necessario. Comprende due processi: l'apprendimento ed il ricordo o memoria vera e propria.

Le fasi principali nell'elaborazione della memoria sono:

- la **codifica**, l'elaborazione delle informazioni ricevute;
- **consolidamento**, la creazione di registrazioni permanenti delle informazioni codificate;
- il **richiamo**, il recupero delle informazioni immagazzinate, in risposta a qualche sollecitazione.

Sistemi di memoria

Memoria a Breve Termine	Memoria a Lungo Termine	
Fonologica (uditivo-verbale) (visuo)-spaziale Uditiva non-verbale Tattile-proprioceettiva Dolore Emozioni.....	Consapevole Esplicita/dichiarativa	Non Consapevole Implicita/non-dichiarativa
	<i>Memoria episodica</i> ➤ eventi	<i>Abilità</i> ➤ motorie ➤ percettive ➤ cognitive <i>Facilitazione</i> ➤ percettiva ➤ semantica ➤ Modificazione di giudizi e preferenze <i>Condizionamento</i> <i>Apprendimento non-associativo</i> ➤ abitudine
	<i>Memoria semantica</i> ➤ parole ➤ simboli ➤ algoritmi ➤ enciclopedia	

MEMORIA A BREVE TERMINE: consente di ritenere una quantità limitata di informazioni per un breve periodo di tempo (nell'ordine di secondi);

MEMORIA A LUNGO TERMINE: consente di memorizzare quantità di informazioni più ampie per intervalli assai più lunghi (da minuti ad anni)



DEFICIT di MEMORIA o AMNESIA

All'inizio il sintomo più comune può essere una lieve smemoratezza:.....difficoltà nel ricordare eventi recenti, i nomi di persone o di oggetti conosciuti e nell' imparare nuovi compiti, oppure può ripetere le stesse domande durante le conversazioni.....il soggetto non è più in grado di immagazzinare nuove informazioni.

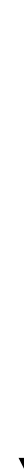
..... Si assiste al calo delle capacità di esercitare abilità funzionali o sociali complesse come ad esempio pagare i conti o gestire le finanze o programmare una cena per gli ospiti.

Inizialmente la memoria remota è conservata, anche se con il progredire della malattia anche i ricordi più lontani vengono "cancellati": infatti il malato spesso mescola i ricordi, attribuendo al presente informazioni e avvenimenti che risalgono invece a molti anni prima.....

Disturbi della memoria nell'AD

- apprendimento memoria episodica (che cosa ho fatto?)
- memoria episodica prospettica
- apprendimento memoria semantica (che cosa conosco?)
- memoria autobiografica (chi sono?)
- recupero informazioni memoria semantica
- working memory
- magazzini della memoria a breve termine
- memoria procedurale (che cosa so fare')

evoluzione



DISTURBI di ATTENZIONE

CHE COS'È?

- Ha funzione di filtro tra le migliaia di stimoli che, in ogni momento e contemporaneamente, bombardano i nostri organi di senso (vista udito tatto olfatto gusto)
- Normalmente: all'aumentare degli stimoli la concentrazione diminuisce e all'aumentare dell'età minor capacità di concentrazione

COSA SUCCEDE NELLA DEMENZA?

- Le limitazioni fisiologiche dell'attenzione aumentano fino a tradursi in problemi enormi. Il malato è continuamente distratto e disturbato dalla presenza simultanea di più stimoli, interni o ambientali.



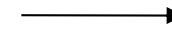
attenzione volontaria
utilizzata quando bisogna affrontare situazioni nuove, richiede impiego volontario di risorse di elaborazione



attenzione automatica
elaborazione guidata dall'ambiente e non dalle intenzioni dell'individuo
difficile da inibire

ATTENZIONE SOSTENUTA O CONCENTRAZIONE

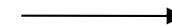
difficoltà a causa della precoce affaticabilità e della facile distraibilità. Il malato è continuamente distratto e disturbato dalla presenza simultanea di più stimoli, interni o ambientali.



Si stanca subito

ATTENZIONE SELETTIVA

- Mancata risposta a Stimoli importanti
- Aumento della reattività a Informazioni irrilevanti



E' impulsivo

ATTENZIONE DIVISA

- Difficoltà a controllare contemporaneamente più informazioni
- Incapacità a stabilire corrette priorità tra diverse informazioni
- no prontezza di R e ridotta flessibilità ai cambiamenti della situazione ambientale mediante opportuna redistribuzione delle risorse attentive



Non riesce a fare più cose assieme

DISTURBI di LINGUAGGIO

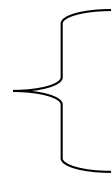
CHE COS'È?

- 2 capacità distinte:

COMPRESIONE

capiamo quello che ci viene detto perchè
associamo significati specifici a parole e a frasi

PRODUZIONE



linguaggio verbale (le parole)

linguaggio non-verbale
(gesti, tono della voce, ...)

L'AFASIA

- In seguito al progressivo deteriorarsi delle aree cerebrali preposte all'elaborazione del linguaggio, sempre maggiori difficoltà a tradurre il proprio pensiero in parole e le parole degli altri nei concetti corrispondenti
- Le parole si svuotano a poco a poco dei loro significati
- Sempre più difficile concludere un discorso iniziato perché non si trovano le parole che servono per illustrare il pensiero
- Soprattutto nelle fasi iniziali della malattia, ciò produce molta ansia e a volte la rinuncia a parlare
- Nelle fasi avanzate, il discorso sempre più incoerente e difficile da comprendere e sempre più povero. Inoltre sempre più difficile per il malato comprendere gli altri

DISTURBI DEL LINGUIAGGIO

“come si chiama?”



ANOMIA: “..si lo so ma non mi viene

PARAFASIA FONEMICA: “...Pane al posto di Cane”



PARAFASIA SEMANTICA: “Frutta al posto di Ciliegia”



CIRCONLOCUZIONE: “Si è quello buono, quello che tremava”



ERRORE VISIVO: “una scatola”

FRASI FATTE: ridotta competenza semantico-lessicale

DEFICIT DI SCRITTURA >DEFICIT DI LETTURA

L'APRASSIA

- **deficit primitivo** dell'attività motoria, compare durante l'esecuzione intenzionale di un **movimento finalizzato**
- non è attribuibile **nè ad un deficit di input** (sensoriale) **nè di output** (motorio primario)
- difetti di moto, senso o coordinazione che giustificano il fallimento
- deficit di comprensione del comando verbale
- deficit di orientamento spaziale
- inerzia frontale
- colpisce l'**ideazione del gesto** e la **selezione dello schema motorio congruente**
 - causata prevalentemente da **lesioni all'emisfero sinistro**

DISSOCIAZIONE AUTOMATICO-VOLONTARIA:

incapacità di eseguire un movimento in condizione artificiale, mentre persiste la capacità di eseguirlo volontariamente

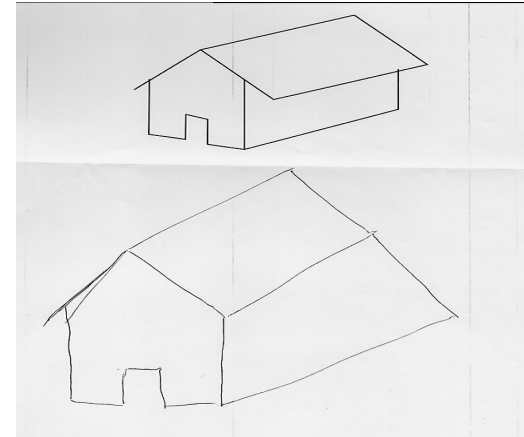
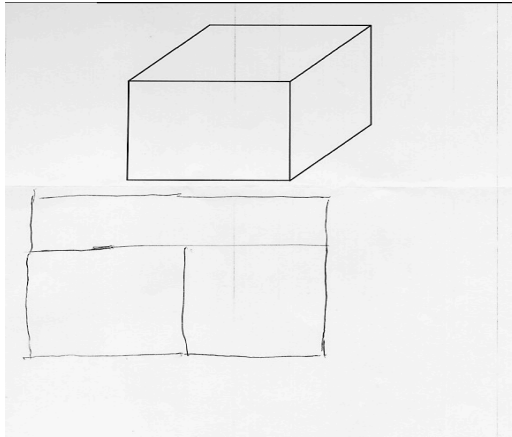
Semeiologia della gestualità

GESTI TRANSITIVI : gesti che interagiscono con il mondo esteriore attraverso un oggetto.
es: le forbici, accendere un fiammifero, ecc.

GESTI INTRANSITIVI :
un atto motorio senza l'ausilio di strumenti:
(a seconda delle loro finalità)



GESTI MIMICI (di minaccia, di rabbia, ecc.)
GESTI SIMBOLICI (saluto militare, segno della croce, ecc.)
GESTI PRIVI DI SIGNIFICATO (inabituali, su richiesta dell'esaminatore)



Ch. 5 D. Grossi and L. Trojano

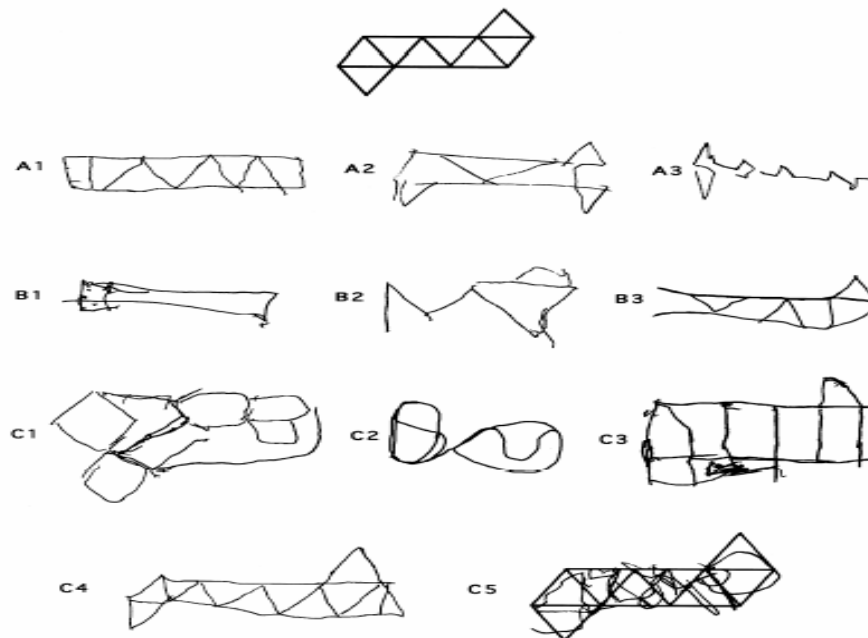


Fig. 3. Copying of geometrical drawings: complex figure (model on the top). (A) Drawings by left-brain-damaged patients. (B) Drawings by right-brain-damaged patients, one of whom with hemineglect (B3). (C) Drawings by demented patients: examples of gross spatial distortions (C1 and C2), simplification (C3), perseveration (C4) and closing-in (C5).

AGNOSIA

indica pazienti con difficoltà di riconoscimento limitate ad un canale sensoriale, che non sono spiegabili da disturbi percettivi elementari, da disordini dell'oculomozione, da compromissione dell'attenzione, da alterazioni afasiche del linguaggio, o da un grave processo di deterioramento mentale

CONDIZIONI PER POTER CONSIDERARE UN DISTURBO COME AGNOSICO:

a) i canali sensoriali devono essere intatti

b) le modalità di risposta devono essere intatte quindi bisogna escludere l'influenza dell'anomia, di turbe dell'indicazione e sincerarsi che il paziente abbia tutti i mezzi per fornire una risposta

LE FUNZIONI ESECUTIVE

Le **funzioni esecutive** sono un complesso sistema di moduli funzionali della mente, che regolano i processi di pianificazione, controllo e coordinazione del sistema cognitivo, e che governano l'attivazione e la modulazione di schemi e processi cognitivi.

Fra queste, troviamo:

Area Cognitiva:

Disattenzione, distraibilità

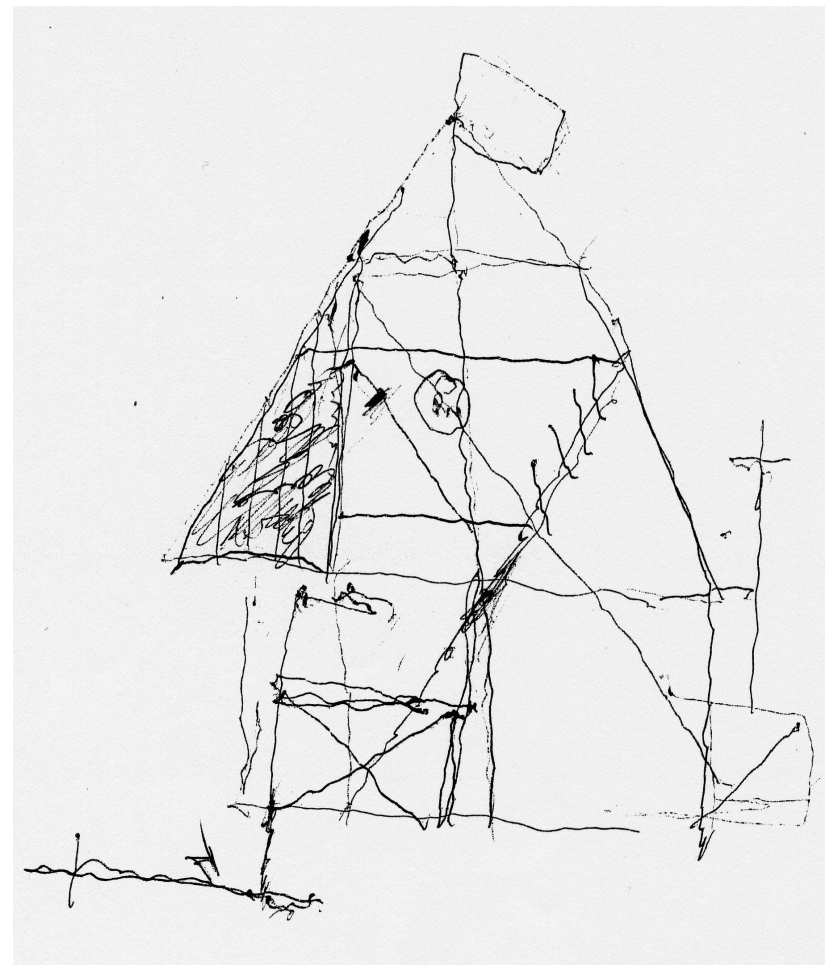
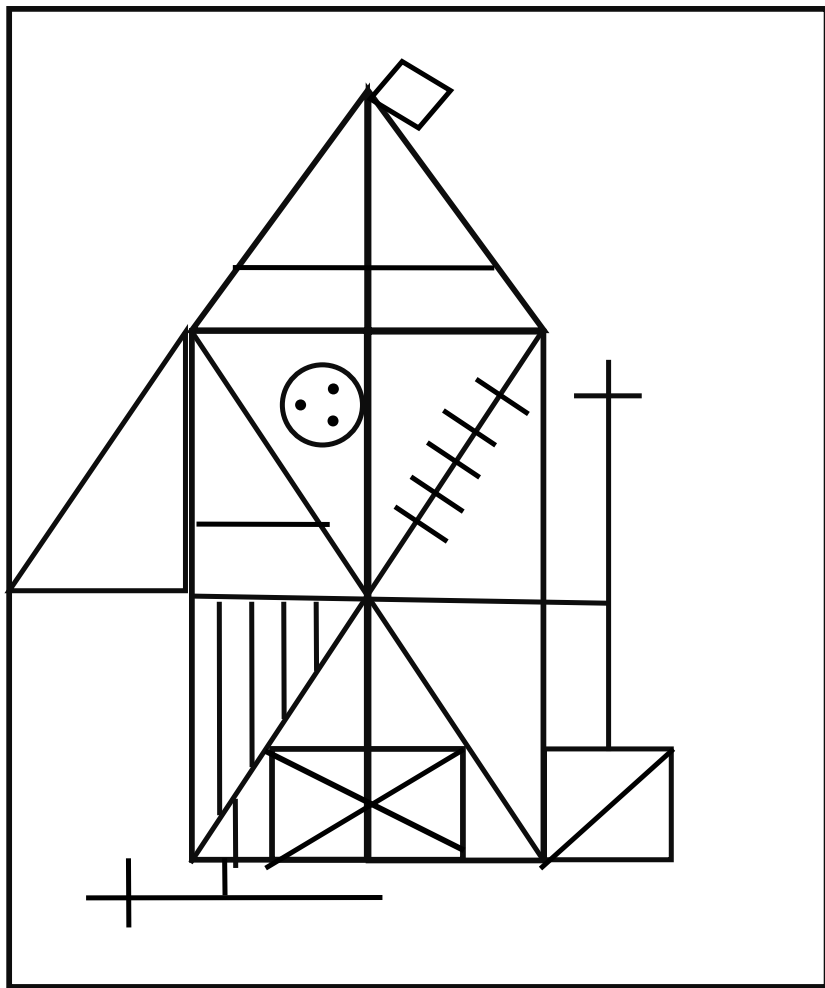
- Assenza di un piano per risolvere i problemi
- Difficoltà nei compiti a più fasi in sequenza
- Problemi nell'anticipare cosa deve succedere
- Difficoltà nel modificare e/o sostituire un metodo di risoluzione del problema quando quello adottato non è efficace
- Difficoltà ad usare il feedback fornito dagli altri per modificare il comportamento
- Memoria inefficiente
- Danni ai procedimenti di organizzazione e difficoltà nei "compiti multipli"
- Problem-solving faticoso o stentato
- Differenze di performance nel tempo e in base alla situazione

Area Comportamentale

- Problemi a controllare gli impulsi
- Mancanza di iniziativa, entusiasmo e verve
- Linguaggio tangenziale (fuori dall'argomento) oppure comportamenti perseveranti (es. ripetere le stesse cose in continuazione, rimanere 'bloccati')
- Eccessiva loquacità o, per converso, mancanza di conversazione spontanea
- Difficoltà sociali dovute a problemi a "leggere" gli indicatori sociali, problemi nell'interpretare situazioni sociali complesse e a imparare dal feedback sociale, modificando in maniera flessibile il comportamento per adeguarlo a nuovi requisiti di ordine sociale
- Mancanza di inibizione sociale, oppure una tendenza a dire o a fare impulsivamente cose inappropriate (es. abbracciare un estraneo, fare una domanda imbarazzante)

Area Emotiva

- Apatia
- Gamma ristretta di affetti
- Labilità emotiva (frequenti e rapidi cambiamenti di umore)
- Inadeguata consapevolezza delle proprie difficoltà (negazione, disinteresse, scarsa conoscenza)



SINTOMI COMPORTAMENTALI E PSICOLOGICI DELLA DEMENZA

“BPSD”

Si osservano frequentemente in pazienti con demenza, costituiscono un nucleo secondario di disturbi rispetto al deficit cognitivo.

Costituiscono un problema clinico di non sempre facile gestione, nonché una pesante fonte di stress e sovraccarico assistenziale per i familiari.

La loro presenza contribuisce a peggiorare ulteriormente il livello di autonomia nelle attività quotidiane già compromesso a causa dei deficit cognitivi

Possono essere suddivisi in:

- Sintomi affettivi: depressione, ansia, irritabilità
- Sintomi psicotici: deliri, allucinazioni
- Disturbi della condotta: sonno, alimentazione, sessualità
- Comportamenti specifici: vagabondaggio, agitazione/aggressività

- Causa più frequente di istituzionalizzazione
- Causa più frequente di prescrizione farmacologica
 - Causa più frequente di intervento medico
 - Aumento della disabilità
 - Causa di stress grave dei *caregiver*
- Ridotta qualità di vita del paziente e del *caregiver*
 - Aumento dei costi economici della malattia

Irrequietezza	64%
Aggressività fisica e verbale	50%
Manierismi e movimenti ripetitivi	43%
Alterazioni ciclo sonno-veglia	39%
Pedinare, spiare	32%
Vagabondaggio	24%
Comportamenti inappropriati	21%
Disturbi dell'appetito	16%



PATOGENESI BIO-PSICO-SOCIALE

- cause iatrogene (assunzioni di anticolinergici e benzodiazepine)
- cause psichiche (depressione)
- cause somatiche (flogosi e dolore)

BPSD

....non debbono essere considerati esclusivamente come sintomi della malattia bensì come modi che un paziente, con difficoltà sensoriali ed intellettive che non gli consentono di interpretare correttamente l'ambiente che lo circonda, ha di reagire agli stimoli ambientali o di esprimere bisogni insoddisfatti che non è più in grado di comunicare verbalmente.....

“comportamenti problematici” del malato di demenza



una risposta ad esperienze di dolore o di disagio fisico, al bisogno di contatti sociali oppure una reazione alla noia e all'inattività

COMPRENDERE IL SIGNIFICATO DI QUESTI SINTOMI



FORNIRE RISPOSTE ADEGUATE

“le persone con l’Alzheimer pensano, forse non le stesse cose delle persone normali, ma pensano. Si domandano come le cose succedano, perché succedano in un dato modo...”.

EMPATIA

“Capacità di mettersi al posto dell’altro, di vedere il mondo come lo vede costui, con una comprensione dell’altro nei suoi significati più intimi e personali come se fossero i propri, senza d’altronde dimenticare che in realtà non lo sono”

(Rogers 1967)

AGITAZIONE

L'agitazione rappresenta la sintomatologia di più comune riscontro, e può presentarsi in vario modo, da una semplice irrequietezza fisica, all'incapacità di stare fermi, sino alle forme più gravi di ansia e di aggressività. Tali atteggiamenti si manifestano più spesso in alcuni momenti particolari della giornata: dopo i pasti o nel tardo pomeriggio.

AGRESSIVITÀ

Il sintomo si manifesta sia come agg. Verbale (parolacce, insulti, linguaggio volgare) sia come agg. Fisica (calci, morsi, sputi, sberle). L'aggressività è spesso una reazione del malato di fronte a qualcosa che avverte come minaccioso (il malato non è in grado di leggere ciò che accade secondo i nostri stessi parametri es. avvicinarsi in fretta senza essere ben visti). Spesso compare quando al malato viene chiesto di compiere delle azioni che implicano un contatto con il proprio corpo (lavarsi o vestirsi) o azioni che non è in grado di comprendere.

COMPORAMENTI ALIMENTARI PARTICOLARI

Spesso la loro comparsa è del tutto imprevedibile ed improvvisa. Tali comportamenti sono in genere caratteristici della fase intermedia e/o avanzata della malattia. Comprendono numerosi comportamenti:

- chiede continuamente cibo e/o si lamenta che non gli si da mangiare
- è possibile che il malato “rubi” il cibo senza rendersi conto di quello che fa
- sono possibili anche comportamenti in antitesi fra di loro quali mangiare con voracità oppure serrare la bocca e rifiutare di alimentarsi e di bere; a volte gioca con il cibo.

DELIRI E ALLUCINAZIONI

Talvolta può accadere che il malato sia convinto di cose non vere; es. qualcuno che voglia avvelenarlo o gli rubi i vestiti. I deliri possono associarsi a allucinazioni: il malato crede di sentire o vedere persone non presenti nella realtà. Questi disturbi possono comparire in qualunque fase della malattia e molto spesso si manifestano durante la fase acuta d'alcune malattie come la febbre, in seguito all'assunzione di farmaci, in seguito a un ricovero in ospedale . Deliri e allucinazioni possono essere fonte di grande angoscia per il malato. È pertanto importante combattere questi sintomi, che possono determinare un grave impatto sulla vita quotidiana. Il loro onere assistenziale spesso porta a ricorrere all'istituzionalizzazione.

ATTIVITÀ MOTORIA ABERRANTE

Tale disturbo si esprime principalmente con vagabondaggio e affaccendamento. Il vagabondaggio consiste in una attività di deambulazione incessante: il malato cammina senza aver necessariamente uno scopo o una meta ben precisi. L'affaccendamento comporta la messa in atto di gesti ripetitivi, che impegnano il soggetto in attività svolte in modo quasi automatico. Altre manifestazioni di questo disturbo possono manifestarsi con ripetizione di parole, filastrocche, ritornelli di canzoni, numeri o con il portare continuamente alla bocca degli oggetti.

ALTERAZIONE DEL RITMO SONNO-VEGLIA

Gli anziani, in generale, tendono a dormire di meno rispetto agli adulti più giovani. In corso di demenza, questa situazione può aggravarsi, affaticando chi assiste il paziente.

I problemi di sonno costituiscono una delle cause principali che motivano la richiesta di istituzionalizzazione. Il malato tende a stare sveglio di notte e ad appisolarsi di giorno. Nella maggior parte dei casi il malato di notte è particolarmente attivo, altre volte rimane a letto ma parla a voce alta, chiama o traffica con le lenzuola o i propri indumenti.

LABILITÀ DEL TONO DELL'UMORE

Quando compare questo disturbo del comportamento, il malato passa rapidamente e improvvisamente dal sorriso al pianto o alla rabbia. ad es. piange per cose che non hanno contenuto triste oppure trova ridicole cose che non sono spiritose o ancora, ride in circostanze inopportune. Compare prevalentemente nelle fasi intermedia e avanzata della malattia



Visione parziale
Un diario dell'Alzheimer

*“Una delle cose peggiori dell’Alzheimer, penso, è che ti senti tanto solo. **Nessuno di quelli che ti stanno accanto si rende veramente conto di che cosa ti succede.** La metà delle volte, anzi quasi sempre, noi stessi non sappiamo cosa ci sta succedendo. Mi piacerebbe scambiare qualche opinione, le nostre esperienze, che, almeno per conto mio, sono una parte molto importante della vita....”*

“Visione parziale. Un diario dell’Alzheimer”

Cary Smith Henderson