USO APPROPRIATO DEI FARMACI NEGLI ANZIANI SVILUPPO DELLE TERAPIE NON FARMACOLOGICHE E APPROCCIO SOCIO-ANIMATIVO NELLE CRA

MODULO 1 |
CAMBIARE I PARADIGMI SU TERZA ETÀ E CURA:
ANALISI DEL COMPORTAMENTO PROBLEMA
Conoscere e riconoscere le manifestazioni comportamentali degli anziani nelle CRA

Affrontare situazioni problematiche individuando le risorse adeguate

“Durante l’attesa per la visita un paziente fece un giro con la moglie nel giardino dell’ospedale.

Di ritorno, mentre faceva le scale, di punto in bianco e senza apparente motivo iniziò a tirare calci a ogni gradino che faceva e a urlare alla moglie “*mi devi lasciare in pace”*. La moglie non riusciva a capire cosa potesse essere successo da giustificare questo brusco cambiamento di comportamento, con tale agitazione e aggressività. E nemmeno il medico, una volta entrati nello studio, era in grado di spiegarsi cosa stesse succedendo. Si stava creando una certa tensione a un allarme crescente, dal momento che il paziente continuava a ripetere la stessa frase e a scalciare anche nello studio del medico.

A un certo punto il medico ha l'accortezza di chiedere alla moglie di allontanarsi dal marito e di mettersi ad osservare accanto a lui. Il comportamento non cambiava: per più di tre minuti il paziente urlava *lasciami stare* e tirava calci con il piede destro.

Solo con il piede destro.

Inizia a farsi strada l'ipotesi che ci fosse qualcosa che non andasse al piede destro, ed effettivamente la causa di tutta questa apparentemente inspiegabile agitazione era un sasso nella scarpa".

Se fossi al suo posto perché mi comporterei così?

I comportamenti disturbanti del paziente, anche quelli più disfunzionali come l'aggressività, non vogliono ledere consapevolmente o intenzionalmente qualcuno ma rappresentano la migliore strategia possibile per gestire al meglio la propria quotidianità.

Quotidianità che al paziente risulta poco chiara e di difficile decodifica.

Comportamenti problematici

Impatto Assistito	Incolumità Stato cognitivo– funzionale Aspettativa di vita
Impatto caregiver	Salute Emotivo
Impatto operatore	Sicurezza
Impatto ambiente e altre persone	Sicurezza Serenità altri degenti

Comportamenti problematici

- Eziologia multipla
- Impossibile trovare “indicatori universali”

↓

- Impossibile disporre di “trattamenti universali”

Comportamenti problematici es. Allucinazioni e deliri

- Errori di riconoscimento (Deficit Sensoriale o Percettivo)
- Errori dovuti alla mancanza di memoria del contesto presente (Deficit cognitivo)
- Risposta emotiva a eventi del passato (Meccanismo di difesa)

Comportamenti problematici es. Vocalizzazione Dirompente

Attività vocale sia verbale che non verbale.
Questo comportamento può includere l'urlare, il lamento, il linguaggio osceno, la ripetitività ossessiva di alcune parole e le richieste inappropriate e ripetitive

- Deprivazione sensoriale e isolamento sociale: ipotesi dell'autostimolazione;
- Espressione di disagio e/o sofferenza: ipotesi della mancanza di abilità comunicative;
- Apprendimento operante: ipotesi del rinforzo selettivo tramite attenzione;
- Processi psicopatologici connessi alla demenza: ansia

Comportamenti problematici

- Deficit cognitivi;
- Processi psicopatologici: ansia, depressione;
- Ridotta capacità sensoriale (es .studio del 2013 su insufficiente conduzione dello stimolo sensoriale del tratto retino-ipotalamico)
- Condizioni cliniche generali: infezioni o delirium;
- Fattori fisiologici: fame, sete dolore;
- Fattori assistenziali: cure personali, approccio del caregiver;
- Fattori ambientali: temperatura, rumorosità dell'ambiente, persone, illuminazione.
- Esperienza e storia individuale

Nella salute come nella malattia le persone sono organismi massimamente complessi, refrattari a ogni semplificazione teorica.

Ogni malattia attacca una persona con una storia personale e una vulnerabilità specifica, e la stessa malattia si manifesterà in modo diverso in persone diverse, per storia, personalità ecc…

L'esperienza e la storia individuale possono spiegare buona parte delle differenze individuali.

Alleanza terapeutica e memoria implicita

L'alleanza terapeutica è da intendere come una sorta di patto, più o meno esplicito tra il paziente e il curante.

Un paziente grave quasi mai ricorda esplicitamente il nome e il volto di una persona ma può avere risposte avversive se questa persona è associata a ricordi sgradevoli: la memoria implicita, resta relativamente integra a lungo negli AD e deve essere valorizzata per creare una sorta di "Alleanza terapeutica" implicita.

“Se si inizia un viaggio con le informazioni sbagliate si rischia di perdersi” (A. Lazarus)

ASSESSMENT

- Definizione del “comportamento problema” e sua scomposizione
- Antecedenti
- Conseguenti
- Risorse
- Variabili interne (stato emotivo e cognitivo)

Esempio scheda osservazione

Ora e data Comportamento	Situazione	Antecedenti	Conseguenti	Intensità (da 1 a 10)	Durata (in min.)

RISORSE

Abilità cognitive residue del paziente;

Modalità relazionali dei caregiver (familiari e/o formali)

STRATEGIE DI GESTIONE

Sono state descritte tre principali strategie di gestione del paziente:

- "sostituzione": supplire ai deficit del paziente nella maggior parte delle attività;
- "non-adattive": ignorare i deficit del paziente o utilizzare il confronto verbale diretto per cercare di correggerlo;
- "di supporto": adattare le attività al livello di funzionamento del paziente e stimolare le abilità residue.

VARIABILI INTERNE

tutti quegli aspetti del funzionamento individuale che influenzano la percezione dell'ambiente e consentono di darne una rappresentazione mentale adeguata per potervi interagire adeguatamente:

- Fisiologici;
- Cognitivi;
- Emotivi.

PROCESSI COGNITIVI

I Processi Cognitivi sono operazioni mentali che ci consentono di

- orientare l'attenzione sugli oggetti e sulle persone dell'ambiente che ci circonda (sugli "stimoli" appropriati, tralasciando quelli irrilevanti);
- riconoscere gli stimoli (oggetti, ambienti, persone) e comprendere la situazione in cui ci troviamo;
- decidere (anche in base ad esperienze e conoscenze) quale comportamento sia meglio mettere in atto nelle varie situazioni e agire in modo appropriato.

Sono operazioni che consentono di costruire una *mappa* della realtà che ci circonda in modo da potervi interagire; di conoscere il nostro ambiente e gli stimoli che ci circondano, di avere con questi stimoli una relazione e di organizzare e finalizzare il nostro comportamento

PROCESSI COGNITIVI

- Attenzione
- Percezione
- Memoria
- Pensiero
- Funzioni espressive (Linguaggio e Prassie)

Attenzione

Funzione: concentrare l'energia mentale su uno o pochi stimoli rilevanti per ottimizzarne l'elaborazione, ignorando i distrattori.

- Attenzione selettiva o focale: individuare e selezionare oggetti e situazioni presenti nell'ambiente (Il paziente fa molta fatica a dirigere volontariamente l'attenzione, che spesso viene catturata dagli stimoli ambientali più evidenti, indipendentemente dalla loro importanza)
- Attenzione sostenuta: Concentrazione protratta nel tempo (la malattia tende a ridurre la capacità del soggetto di mantenere l'attenzione su uno stesso stimolo per un periodo relativamente lungo)
- Attenzione divisa è quella che ci consente di fare più compiti contemporaneamente (per esempio guidare e parlare).
- Attenzione spaziale.

Percezione

Insieme dei processi che determinano il passaggio dalla *sensazione* alla *percezione*, ossia

l'integrazione delle impressioni sensoriali in dati psicologicamente significativi, attraverso il processamento attivo del continuo torrente di sensazioni, in stadi successivi e interattivi

MEMORIA

Funzioni della memoria:

Apprendimento e immagazzinamento di nuove informazioni;

Recupero di informazioni precedentemente acquisite per utilizzarle quando necessarie;

Possibilità di tenere attive e presenti alla coscienza tutte le informazioni necessarie su cui stiamo facendo operazioni mentali (ragionamento, calcolo, valutazione di ipotesi… ….)

Strutture e processi della memoria:

Codifica: prima formazione di una traccia mnestica;

MBT;

WM;

MLT.

ARCHITETTURA MEMORIA

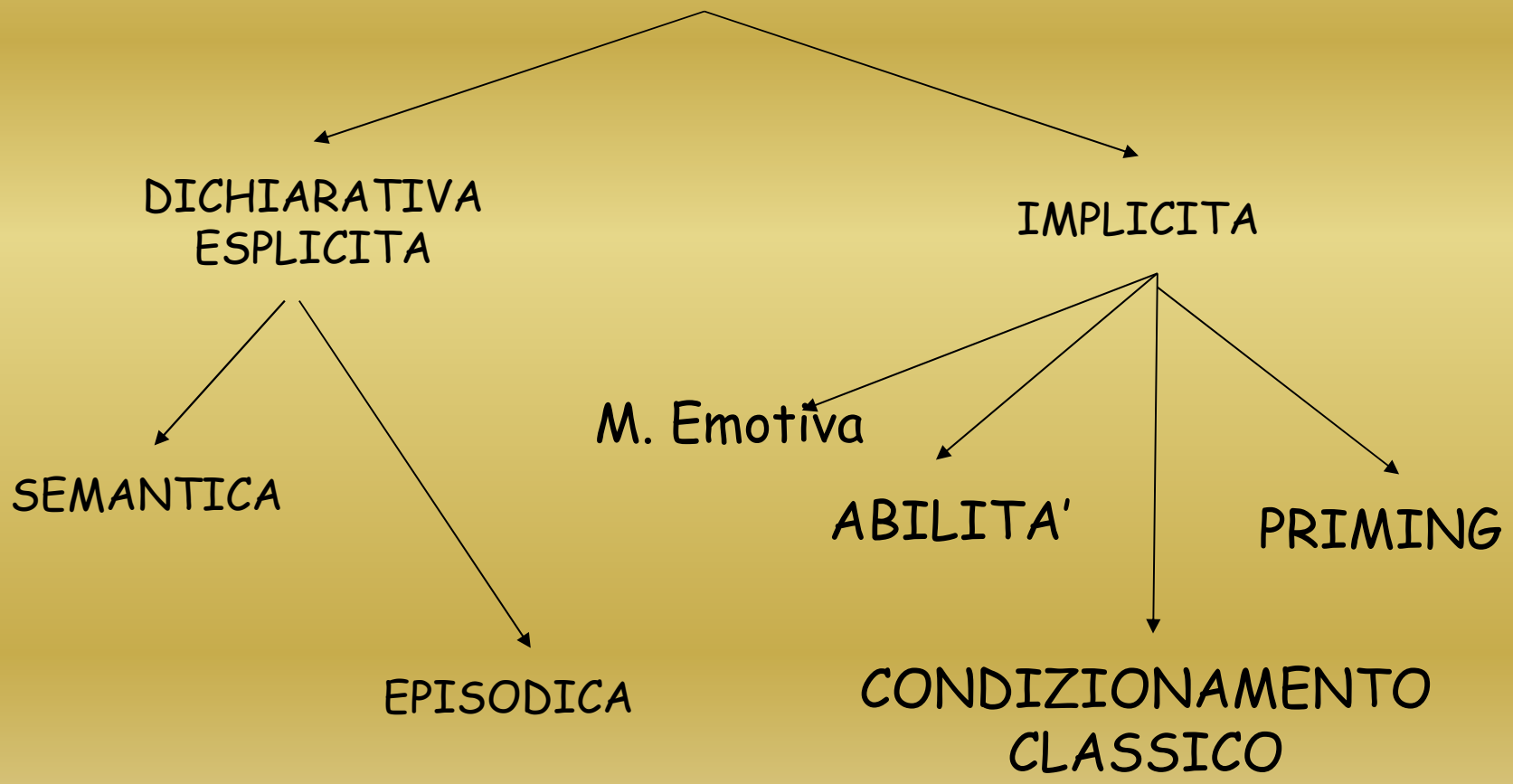
MBT

Deposito temporaneo a breve termine (span)

Memoria di lavoro

ARCHITETTURA MEMORIA

MLT



La **memoria implicita** è relativa a conoscenze espresse nel corso di una prestazione senza che i soggetti abbiano consapevolezza fenomenologica di possederle.

Comprende:

M. affettiva;

M. di abilità;

Condizionamento classico;

Priming (forma di rievocazione suggerita nella quale, senza che il soggetto ne sia consapevole, una precedente esposizione a determinati stimoli facilita la risposta)

Un fenomeno al confine tra deficit della memoria e delirio è quello che si può osservare in fasi avanzate della malattia quando i pazienti diventano incerti e non sono in grado di recuperare informazioni sulla propria vita personale (memoria autobiografica). Un esempio tipico è la convinzione che il coniuge o i genitori siano vivi.

In genere questi fenomeni dipendono dal fatto che i pazienti non riescono più ad accedere coscientemente alle nozioni riguardanti la loro vita e attivano conoscenze e schemi comportamentali più spesso adottati in passato (iperappresi). Questo renderebbe meno drammatica l'esperienza presente.

- A volte non si tratta di veri e propri deficit ma di ricostruzioni arbitrarie che consentono al paziente di crearsi una rappresentazione il più possibile congruente e meno drammatica possibile con la vita e la condizione attuale.

Funzioni Esecutive

Sono mediate da circuiti neurali molto ampi.

Si tratta di comportamenti intelligenti che includono **la capacità di tradurre, in termini "operativi" ogni informazione che arriva al cervello, al fine di "programmare**" la giusta sequenza di azioni (in senso sia temporale che spaziale), per raggiungere uno specifico obiettivo e **utilizzare adeguatamente i feed-back per il monitoraggio, la regolazione e la correzione di tali azioni.**

Funzioni Esecutive

Esempi di funzioni esecutive:

- Capacità di coordinare attività simultanee,
- Flessibilità cognitiva
- Capacità di affrontare problemi nuovi
- Volontà nel dare inizio alle azioni

Funzioni Esecutive e Pensiero

"Qualsiasi operazione mentale che mette in relazione informazioni in modo *esplicito* (per es. nell'esecuzione di un calcolo aritmetico) o *implicito* (per es. nel dare un giudizio confrontando diversi elementi):

- Calcolo
- Ragionamento
- Valutazione
- Formazione di concetti
- Pianificazione
- Problem Solving
- Ragionamento astratto

Funzioni Espressive: Linguaggio

per facilitare la comunicazione verbale è bene

- Assicurarsi che il malato presti attenzione prima di rivolgergli la parola: un accorgimento per catturare l'attenzione del paziente consiste nel chiamarlo per nome prima di iniziare il discorso, abbinando il contatto fisico e lo sguardo
- Il tono della voce non deve essere troppo alto, per evitare di mettere il malato in agitazione.
- Le pause sono importanti, e vi dobbiamo ricorrere spesso, anche perché in questo modo si sottolinea l'intenzione di offrire all'altro l'opportunità di parlare.
- Inoltre è meglio conversare in un ambiente tranquillo e ben illuminato, privo di distrazioni di sottofondo (tipo tv, radio ecc…)
- Anche nella fase avanzata della malattia, quando non è più possibile una conversazione in senso stretto è necessario che i familiari e i caregiver continuino a cercare un contatto con il malato e a parlargli, per evitare che si senta escluso da tutti e da tutto. Sorrisi, gesti o il semplice tenergli la mano rafforzano la trasmissione del messaggio.

Funzioni Espressive: Linguaggio

- Non bisogna dimenticare che rimane sensibile a un clima sereno e rassicurante in cui l'attenzione al tono della voce e le parole gentili creano un'atmosfera adatta alla sua vulnerabilità.
- Bisogna anche prestare attenzione all'emozione che si nasconde dietro le parole che il malato dice, anche se sono poche.
- Attenzione alla postura: deve essere coerente con quello che diciamo. La postura è in larga misura involontaria: non possiamo esprimere verbalmente simpatia e affetto assumendo una posizione distaccata che "dice" tutt'altro.
- L'interlocutore dovrebbe avvicinarsi al malato, la distanza ideale è 1m e ½, mettersi dinanzi a lui possibilmente all'altezza degli occhi per favorire il contatto visivo, per favorire l'instaurarsi di un senso di intimità. In questo modo si sentirà accolto e rispettato e sarà maggiormente disposto a collaborare.

Funzioni Espressive: Linguaggio

- Particolarmente importante è il volto, canale privilegiato per l'espressione delle emozioni. Il contatto visivo è molto importante (così come l'evitare lo sguardo!)
- Espressioni del volto rassicuranti e coerenti con il contenuto del discorso possono rappresentare anche in questo caso fonti di informazioni preziose per il malato.
- È importante guardare sempre il paziente negli occhi e chiamarlo per nome. Ciò permette di catturare la sua attenzione, coinvolgerlo e trasmettergli emozioni e sentimenti.

Funzioni Espressive: Linguaggio

per facilitare la comunicazione verbale è bene

- Assicurarsi che il malato presti attenzione prima di rivolgergli la parola
- Parlare con chiarezza, lentamente e guardandolo negli occhi,
- mostrarsi affettuosi anche attraverso il contatto fisico
- **evitare il linguaggio metaforico**, che potrebbe essere di difficile comprensione per il malato che tende accogliere solo il significato letterale delle parole
- Se si tratta di un discorso lungo è bene procedere per gradi, concetto per concetto e se necessario ripetere spesso le stesse informazioni
- Evitare i pronomi (per es. non dire “tuo figlio…” ma “Luca…”)

Funzioni Espressive: Linguaggio

per facilitare la comunicazione verbale è bene

- Non usare verbi o soggetti sottointesi, esprimere i concetti attraverso frasi dirette e positive (evitare frasi del tipo “non sarebbe ora di fare un bagno?” ma dire “adesso andiamo a fare un bagno”.)
- Non interromperlo quando parla, rispettare i suoi tempi lunghi e le pause, aiutarlo a mantenere il filo del discorso ricordandogli di cosa stiamo parlando. Se si cambia argomento è bene avvisarlo (Per es. “adesso parliamo dei nostri vicini di casa, hai visto che hanno comprato una macchina nuova?”).
- Ricordare che le frasi negative richiedono maggiori risorse attentive per essere decodificate. La comprensione della frase “non posso non essere d’accordo” richiede più risorse e attenzione rispetto a “sono d’accordo” che veicola lo stesso significato.
- Ricordare che gli aspetti “non verbali” della comunicazione resistono più a lungo, sia per quel che riguarda la comprensione che per quel che riguarda la produzione

Funzioni Espressive: Linguaggio

- La capacità di comunicare di solito è conservata anche se dice cose “strane” e non sempre immediatamente comprensibili, il paziente ha sempre qualcosa che desidera comunicare, con l’espressione del volto, con il corpo, con i gesti, con le parole, con il tono della voce…. È molto importante quindi cercare di cogliere i segnali che fornisce, decodificarli e cercare di comprenderli per poter offrire una risposta adeguata ai bisogni.

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

I disturbi cognitivi appena descritti riducono la capacità di decodifica della realtà, e quindi di interazione adeguata con essa e ci offrono una possibile chiave di lettura per alcuni dei disturbi comportamentali.

Per esempio, il *delirio di latrocinio* del paziente con AD che non ricorda dove ha nascosto oggetti di valore né che ha disturbi di memoria è sostanzialmente diverso, anche dal punto di vista biologico, del delirio dello psicotico.

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Aggressività: l'aggressività non è mai intenzionale ma frutto di errata interpretazione della realtà circostante, di disorientamento o errate interpretazioni determinate da amnesia o incapacità di tener conto contemporaneamente di tutti gli elementi di una determinata situazione (memoria di lavoro).

Il fatto di non comprendere la propria situazione attuale disorienta il paziente, determinando ansia e spavento, se non franca angoscia.

Generalmente le reazioni aggressive esprimono paura, confusione, disagio, incomprensione: riuscire a individuare queste cause aiuterà a trovare la soluzione ottimale per il comportamento aggressivo ma, soprattutto a prevenirlo, disponendo gli ambienti e le spiegazioni del contesto in modo che il malato abbia le informazioni che gli servono per orientarsi e sentirsi sicuro man mano che si succedono le fasi della giornata.

.

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Aggressività:

Di fronte a una reazione catastrofica e aggressiva è necessario ricordare di mantenere una grande tranquillità, parlare con tono di voce pacato ed essere rassicuranti nei gesti. È fondamentale ascoltare attentamente il paziente e mostrare di voler sentire innanzitutto quale sia il suo problema e solo in un secondo momento rispondere. Si sottolinea che il tentativo di calmarlo a tutti i costi viene sistematicamente respinto dal paziente aggressivo che reagisce a tali tentativi come oppositivi e a lui ostili, in quanto l'aiuto che desidera consiste nell'essere ascoltato e rispettato nei suoi bisogni.

Il paziente percepisce nel caregiver l'atteggiamento dell'ascolto, caratterizzato dal fatto che il caregiver *non fa delle cose* ma appunto *ascolta*, con attenzione, premura e complcità.

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Allucinazioni. Percezioni sensoriali non corrispondenti alla reale presenza di un oggetto esterno.

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Deliri. idee non corrispondenti al reale, ma fermamente ritenute vere dal paziente. Non è possibile convincere il paziente della loro falsità. Il carattere di immodificabilità è ciò che caratterizza il delirio. Inutile e controproducente cercare di modificare i deliri.

In larga parte costituiscono compensazione delle funzioni cognitive non ben funzionanti. Parte dei deliri dei pazienti costituiscono il loro modo per comunicare la realtà che stanno vivendo in quel momento.

Nel paziente permane il ricordo dello stato d'animo ma i deficit cognitivi sono tali da impedirgli di associarlo a un certo evento esterno e verificabile. La persona ha tutta la ricchezza della vita emotiva interiore, la motivazione, la frustrazione, i timori ecc… ma non riesce più ad agganciarli cognitivamente agli elementi esterni concreti e verificabili.

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Deliri.

Questi vissuti possono essere risvegliati da eventi ed elementi reali dei quali però non rimane alcuna traccia nella memoria del paziente che quindi attribuirà il suo vissuto emotivo, talora molto intenso, a una situazione che è solo l'ombra di quella reale che ha innescato la sua reazione emotiva.

Ne uscirà un racconto bizzarro che sarà comunque veicolo di una importante verità: lo stato d'animo del paziente in relazione a certi eventi che per lui hanno certi significati (es. del delirio di gelosia → timore di essere abbandonato; l'elemento scatenante potrebbe essere stato una modalità troppo sbrigativa del partner)

Il delirio è la traduzione nel linguaggio possibile per il paziente demente, del suo stato d'animo, della sua percezione di un vissuto problematico di un desiderio o di una paura e noi, cognitivamente più capaci abbiamo la possibilità e il dovere di ascoltarlo e tradurlo negli elementi rilevanti che ha bisogno di comunicare.

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Alla base del delirio possono esserci meccanismi diversi.

- Delirio come tentativo di ricostruire una realtà solo parzialmente percepita, ricordata e rappresentata a causa dei disturbi cognitivi.

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Alla base del delirio possono esserci meccanismi diversi.

- Delirio come metafora del paziente per rappresentare se stesso e la sua situazione a se stesso e per comunicarla agli altri

Il delirio permetterebbe in questo caso di rappresentare le proprie emozioni anche quando non sono cognitivamente disponibili tutti gli elementi per identificarle in modo realistico

es. 85nne convinta di essere incinta e timori sottostanti: quanto è lontana la paura di essere discriminata per l'inadeguatezza della propria condotta da quella immaginabile per una persona demente effettivamente allontanata da casa perché ingestibile a domicilio?

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Alla base del delirio possono esserci meccanismi diversi.

- Delirio come meccanismo di difesa

(procedimento psicologico automatico che protegge l'individuo dall'ansia e dalla consapevolezza dei pericoli e fattori di stress esterni ed interni. I meccanismi di difesa mediano le reazioni del soggetto ai conflitti emozionali e ai fattori stressanti esterni)

la *malattia è egodistonica*, non si accorda con una immagine accettabile di sé e il suo carattere incontrollabile sancisce nel sistema cognitivo del paziente così come di qualunque altra persona la connotazione di elemento *estraneo al sé.*