

DISTURBI COGNITIVI E SINDROMI DEPRESSIVE NELL'ANZIANO IN ISTITUTO

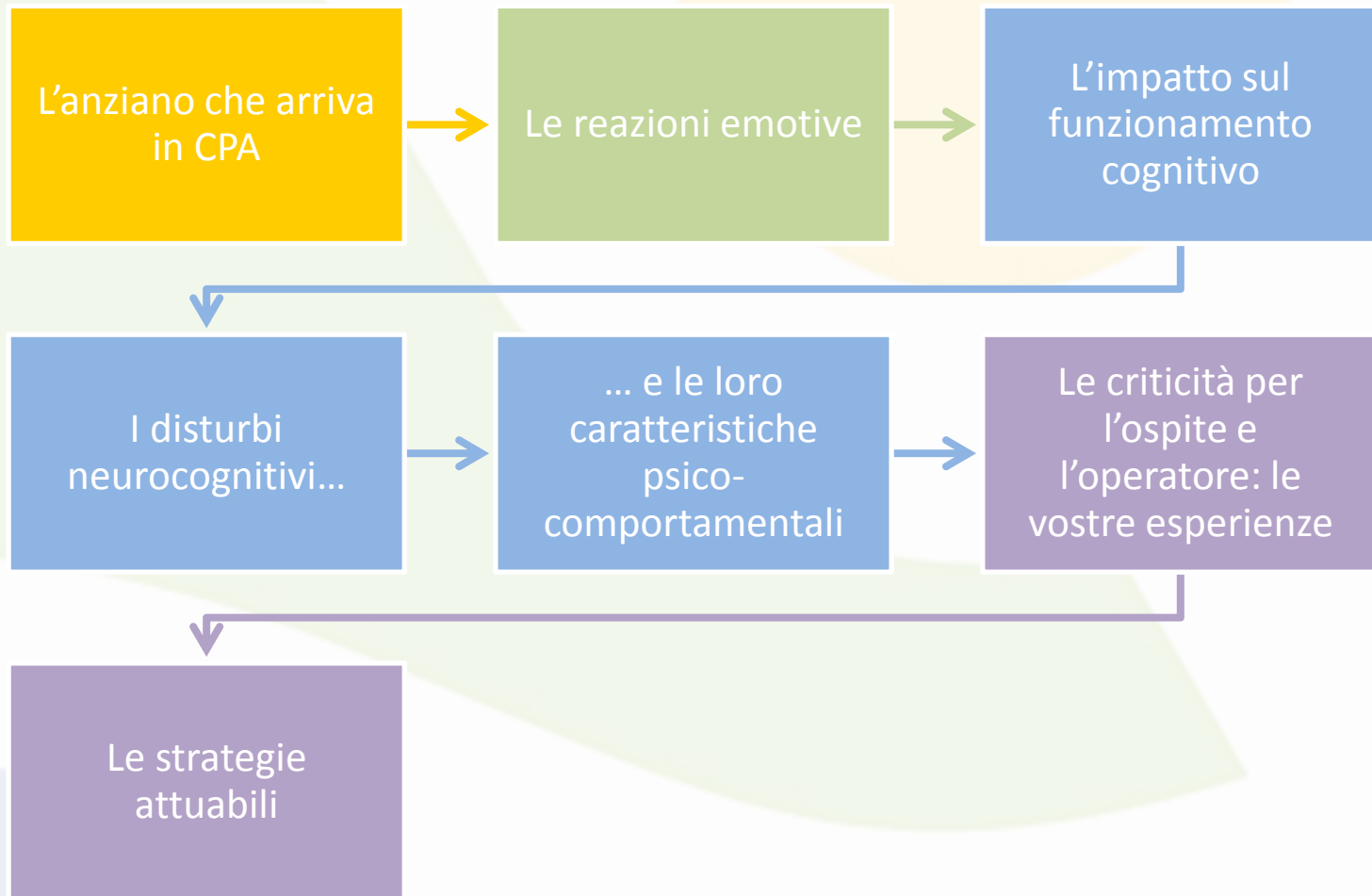
Riflessioni, approcci,
strategie operative sulla base dei punti MDS

Spazio aperto – Bellinzona 24.09.2019

Flavia Zucchetti, neuropsicologa - psicoterapeuta

punto di arrivo ⇔ punto di partenza

struttura della presentazione



Come arriva l'anziano in CPA?

- Passaggio in CPA: previsto oppure mai considerato?
- Scelta autonoma o scelta subita?
- Nel contesto di una malattia cronica e/o progressiva oppure dopo un evento acuto ed improvviso?
- Transitorio oppure definitivo?
- Con quali costrutti? (pregiudizi, convinzioni, idee,...)

Il cambiamento (1)

L'arrivo in CPA è un cambiamento fondamentale nella vita della persona che la segna in modo indelebile e assume diversi significati:

- Ricominciare una nuova vita
- Ricostruire dei rapporti interpersonali
- Perdere il proprio ruolo per acquisirne uno nuovo
- Ricostruire e accettare un nuovo ambiente
- Passare dall'essere persona indipendente e autonoma a persona assistita → perdita di autonomia
- ...

Il cambiamento (2)

È un evento stressante che porta destabilizzazione cognitiva (ad es., disorientamento, confusione) ed emotiva (ad es., tristezza, rabbia → depressione).

Il cambiamento (3)

Depressione...

- condizione patologica a sé?
- parte integrante del cambiamento vissuto dall'anziano istituzionalizzato?

Cambiamento come processo trasformativo che conduce **alla perdita** di alcune parti di noi e permette al contempo di andare incontro a **nuove esperienze**.

Perdita → «Lutto»

Perdere ... il proprio ruolo, la vicinanza dalle persone care, gli spazi che si sono abitati... costituisce di fatto un *lutto*, inteso come insieme delle reazioni emotive successive ad una perdita che modifica in maniera significativa la nostra esistenza.

Il lutto e le sue fasi

secondo Elisabeth Kubler-Ross

1. **NEGAZIONE** ● Ci si difende da ciò che è intollerabile negandolo, rifiutandolo → Sostenere rispettosamente, ascoltare senza invadere
2. **RABBIA** ● Nasconde la frustrazione, la paura, il desiderio di essere aiutati → accogliere, legittimare
3. **PATTEGGIAMENTO** ● Si acquisisce consapevolezza della perdita e si torna a rivolgere lo sguardo al futuro
4. **DEPRESSIONE** ● Sofferenza vissuta «privatamente» → ascoltare con empatia, riconoscere il diritto alla sofferenza
5. **ACCETTAZIONE** ● Adattamento alla perdita... e possibilità di un nuovo inizio!

Disturbo depressivo maggiore (1)

Disturbo depressivo maggiore (DSM-5) (sintesi)

A. Cinque o più dei seguenti sintomi sono stati contemporaneamente presenti durante un periodo di due settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento

- 1) umore depresso
- 2) perdita di interesse o piacere
- 3) significativa perdita di peso o aumento di peso
- 4) insonnia o ipersonnia
- 5) agitazione o rallentamento ideomotorio
- 6) faticabilità o mancanza di energia
- 7) sentimenti di autosvalutazione o di colpa
- 8) ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, indecisione
- 9) pensieri ricorrenti di morte, ricorrente ideazione suicidaria

Disturbo depressivo maggiore (2)

Disturbo depressivo maggiore (DSM-5) (sintesi)

B. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

C. L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica.

Prevalenza della depressione nell'anziano

Anziani a domicilio → 1-4 %

Anziani malato a domicilio 7-36%

Anziani ricoverato 15-43%

Anziani in istituzione 42-51%

Fonte: The Psychiatric Clinics of North America 1998

Potenziale fragilità dell'anziano

La presenza di fattori traumatizzanti-depressivi è molto elevata nell'anziano:

- Uscita dal mondo del lavoro, sentimento di inutilità
- Ritiro della patente
- Lutti
- Malattie proprie o del coniuge
- Cadute a terra
- Solitudine
- Interventi chirurgici con anestesia generale
- Avvicinamento del fine vita
- Ricovero in CpA proprio o del coniuge

Invecchiamento normale vs patologico

Le funzioni cognitive risentono di un normale calo fisiologico durante l'invecchiamento (per talune funzioni ciò avviene già durante l'età adulta), ma vi sono anche molteplici fattori che possono portare ad una drastica diminuzione delle stesse, ad esempio:

- incidenti cardiovascolari (ictus, ischemie, ecc.)
- patologie degenerative del sistema nervoso (Morbo di Alzheimer, Demenza conseguente a Malattia di Parkinson, Malattia da Corpi di Lewy, ecc.)
- fattori psicologici e sociali

Pseudo-demenza depressiva

fattori psicologici e sociali, ad es.
depressione e isolamento sociale



diminuzione dell'interesse verso il mondo esterno, credenza di non essere più utili, eccessivo peso dato ad alcune normali dimenticanze → indici depressivi più frequenti nell'anziano; instaurano spesso un circolo vizioso di pensieri e atteggiamenti di ritiro che portano a un continuo peggioramento delle prestazioni cognitive stesse



quando gli effetti depressivi si manifestano in maniera continuata e con effetti massicci sul comportamento del soggetto, si può giungere anche alla formulazione di una diagnosi di Pseudodemenza

Pseudo-demenza depressiva

Questa patologia viene spesso confusa con lo stato di demenza vera e propria e si rende necessario operare distinzioni su più fronti per l'esecuzione di una corretta diagnosi differenziale: sicuramente escludere la presenza di manifeste patologie del sistema nervoso centrale con l'uso di tecniche di neuroimmagine, ma anche verificare gli eventuali effetti longitudinali di un trattamento antidepressivo.

	Pseudodemenza depressiva	Demenza tipo AD
Esordio	Acuto con depressione	Lento con deficit cognitivi
Progressione	Rapida	Lenta, cronico-progressiva
Andamento nella giornata	Nessuna variazione	Peggioramento notturno
Precedenti psichiatrici	Spesso presenti	Spesso assenti
Rapporto disturbo neurocognitivo (DNC) – depressione (DEP)	DEP precede DNC	DNC precede DEP
Stato psichico	Depressione	Labilità lieve, facciata
Consapevolezza	Preservata, accentuazione	Scarsa, minimizzazione
Atteggiamento al test	«non lo so»	Risposte approssimative
Orientamento S-T, topografico	Conservato	Deficitario
Memoria	Deficit episodici, memoria autobiografica preservata	Amnesia episodica, lacune autobiografiche
Linguaggio	Talvolta presenti e di lieve entità	Anomie, Ridotta fluenza, diff. seguire filo del discorso
Prassia costruttiva (copia di disegni)	Preservata	Deficit, closing-in

Disturbi neurocognitivi (1)

Disturbo neurocognitivo maggiore (DSM-5) → *Demenza*

Criteria diagnostici

- A. Evidenza di un **significativo declino cognitivo** da un precedente livello di prestazioni in uno o più domini cognitivi (attenzione complessa, funzione esecutiva, apprendimento e memoria, linguaggio, funzione percettivo-motoria o cognizione sociale) basato su:
1. Preoccupazione dell'individuo, di un informatore attendibile o del clinico che vi è stato un significativo declino delle funzioni cognitive; e
 2. Una significativa compromissione della performance cognitiva, preferibilmente documentata da test neuropsicologici standardizzati o, in loro assenza, da un'altra valutazione clinica quantificata.
- B. I deficit cognitivi **interferiscono con l'indipendenza nelle attività quotidiane** (per es., come minimo, necessitano di assistenza nelle attività strumentali complesse della vita quotidiana, come pagare le bollette o gestire i farmaci).
- B. I deficit cognitivi non si verificano esclusivamente nel contesto di un delirium.
- C. I deficit cognitivi **non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale** (per es., disturbo depressivo maggiore, schizofrenia).

Disturbi neurocognitivi (2)

Disturbo neurocognitivo lieve (DSM-5)

Criteri diagnostici

- A. Evidenza di un **modesto declino cognitivo** da un precedente livello di prestazioni in uno o più domini cognitivi (attenzione complessa, funzione esecutiva, apprendimento e memoria, linguaggio, funzione percettivo-motoria o cognizione sociale) basato su:
1. Preoccupazione dell'individuo, di un informatore attendibile o del clinico che vi è stato un lieve declino delle funzioni cognitive; e
 2. Una modesta compromissione della performance cognitiva, preferibilmente documentata da test neuropsicologici standardizzati o, in loro assenza, da un'altra valutazione clinica quantificata.
- B. I deficit cognitivi **non interferiscono con l'indipendenza nelle attività quotidiane** (per es., attività strumentali complesse della vita quotidiana, come pagare le bollette o gestire i farmaci, sono conservate, ma richiedono uno sforzo maggiore, strategie compensatorie o adattamento).
- C. I deficit cognitivi non si verificano esclusivamente nel contesto di un delirium.
- D. I deficit cognitivi **non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale** (per esempio, disturbo depressivo maggiore, schizofrenia).

Disturbi neurocognitivi (3)

I disturbi neurocognitivi maggiori e lievi si suddividono in diversi sottotipi che si distinguono per decorso temporale, domini caratteristici colpiti e sintomi associati.

Alcuni hanno una causa chiara (ad es. morbo di Parkinson), altri si riconoscono sulla base dei sintomi cognitivi, comportamentali e funzionali.

Disturbi neurocognitivi (4)

Malattia di Alzheimer

Degenerazione
frontotemporale

Malattia a corpi di Lewy

Malattia vascolare

Morbo di Parkinson

Trauma cranico

Uso di sostanze/farmaci

Infezione da HIV

Malattie da prioni

Malattia di Huntington

Altra condizione medica

Eziologie molteplici

Senza specificazione

Disturbi neurocognitivi (5)

MALATTIA DI ALZHEIMER: deficit mnesico (+ deficit di almeno un altro dominio cognitivo in caso di disturbo neurocognitivo maggiore), declino costantemente progressivo e graduale della cognizione, assenza di altre malattie che spiegano il deterioramento

DEGENERAZIONE FRONTOTemporale:

- Variante relativa al comportamento (disinibizione, apatia o inerzia, perdita di simpatia o empatia, comportamento perseverante, stereotipato, compulsivo, iperoralità e cambiamenti nella dieta)
- Variante relativa al linguaggio (anomie, agrammatismo, difficoltà di comprensione, alterazioni dell'intonazione, ...)

Disturbi neurocognitivi (6)

MALATTIA A CORPI DI LEWY: cognitività fluttuante con variazioni marcate di attenzione e vigilanza, allucinazioni visive ricorrenti, parkinsonismo con esordio successivo al declino cognitivo

MORBO DI PARKINSON: i deficit cognitivi compaiono dopo l'insorgenza della malattia. Generalmente disturbi attentivo-esecutivi (es. flessibilità mentale, pianificazione, memoria di lavoro)

Esordio insidioso, progressione graduale

Disturbi neurocognitivi (7)

MALATTIA VASCOLARE: quadro clinico eterogeneo a seconda dei tipi di lesioni vascolari, della loro estensione e localizzazione. Tipicamente con andamento «a scalini»: comparsa improvvisa di deficit cognitivi che nel tempo possono rimanere stabili e in parte ridursi, e così via.

Esordio acuto, sintomi focali, progressione a gradini

Caratteristiche psico-comportamentali

Depressione → comune nella fase iniziale di malattia di Alzheimer e morbo di Parkinson

Euforia → degenerazione frontotemporale

Agitazione → ad es., resistenza ad attività di accudimento. Comune nei disturbi neurocognitivi maggiori di entità moderata e grave; frequente negli stadi avanzati di tutti i disturbi neurocognitivi. Si osserva in particolare nel contesto di frustrazione o confusione

Apatia → motivazione e reattività emotiva diminuite, ridotta iniziativa. Si manifesta precocemente nel decorso. Frequente nella malattia di Alzheimer e nella degenerazione frontotemporale

... Disturbi del sonno, Irrequietezza motoria, Disinibizione, Iperfagia, Accumulo

Disturbi neurocognitivi e dell'umore ...

- ... quali ricadute sul funzionamento della persona?
- ... quali difficoltà per l'operatore?
- ... esperienze?

Stare con *l'altro* (1)

Nel lavoro con gli anziani è importantissimo beneficiare di strumenti di osservazione e di intervento... ma è opportuno saperli mettere sullo sfondo e lavorare al servizio dell'anziano, centrati sui suoi bisogni, adattando le teorie, le tecniche e l'organizzazione della struttura alla continua mutevolezza delle persone che ci abitano e che ci lavorano... e tra di loro interagiscono di continuo.

Stare con *l'altro* (2)

«dimenticate gli autori (che avete studiato)... perché se avrete in testa tutte le belle teorie e in mano tutte le loro belle tecniche, non ascolterete più la persona ma la incasellerete in qualche punto della teoria»

Charles Devonshire
(ai futuri psicoterapeuti)

Libertà e Disciplina

La libertà e la disciplina sembrano essere proprie di qualsiasi attività creativa... i migliori operatori sono persone molto disciplinate e al tempo stesso molto libere: disciplinate nella padronanza degli strumenti e libere nella loro personale spontaneità.

Libertà e Disciplina sono due qualità che facilitano una relazione d'aiuto efficace.

Strumenti e Caratteristiche... (1)

... del buon operatore da sviluppare durante tutta la vita, nel proprio agire professionale e personale:

- 1) Empatia
- 2) Accettazione positiva incondizionata
- 3) Congruenza

Strumenti e Caratteristiche... (2)

EMPATIA

Stare con l'altro entrando nel suo mondo, divenendo sensibili, momento per momento, al mutare dei suoi vissuti (la paura, la rabbia, la tenerezza, la confusione...), vivendo temporaneamente la sua vita, muovendovisi delicatamente senza formulare giudizi.

Mettere da parte, per un momento, i propri valori, le proprie opinioni.

Verificare con l'altro la correttezza delle proprie percezioni (ho compreso davvero ciò che sta provando?).

Strumenti e Caratteristiche... (2)

ACCETTAZIONE POSITIVA INCONDIZIONATA

Prendersi cura dell'altro senza condizioni. Prendersi cura della persona, riconoscere la sua dignità, per quello che la persona è, in quel momento.

CONGRUENZA

La corrispondenza tra quello che viene sperimentato dentro, ciò che è nella consapevolezza, nell'intelletto e ciò che viene espresso verbalmente.

Essere se stessi, reali, autentici nella relazione con l'altro.



Grazie per l'attenzione!

Bibliografia

- Carl Rogers, *Un modo di essere*. Martinelli & c. s.a.s, Firenze.
- Gian Luca Greggio, *Dietro l'apparenza*. Ed. la Meridiana.
- Gian Luca Greggio, *Nei colori del tramonto. Viaggio fenomenologico nella vecchiaia*. Imago Universal Edizioni.
- A. Zucconi, P. Howell, *La promozione della salute*. Ed. la Meridiana.
- M. Anfossi, M.L. Verlato, A. Zucconi, *Guarire o curare?* Ed. la Meridiana.
- American Psychiatric Association (APA) (2013), *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014.