

# Gestire la progressione di malattia

**Dott. Paolo Bongioanni**  
U.O. di Neuroriabilitazione  
Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

# Classificazione delle demenze

## Demenze con prevalente coinvolgimento corticale

Demenza di Alzheimer

Demenza frontale e fronto-temporale  
(associate a malattia di Pick)

Demenza vascolare corticale

## Demenze con prevalente coinvolgimento sottocorticale

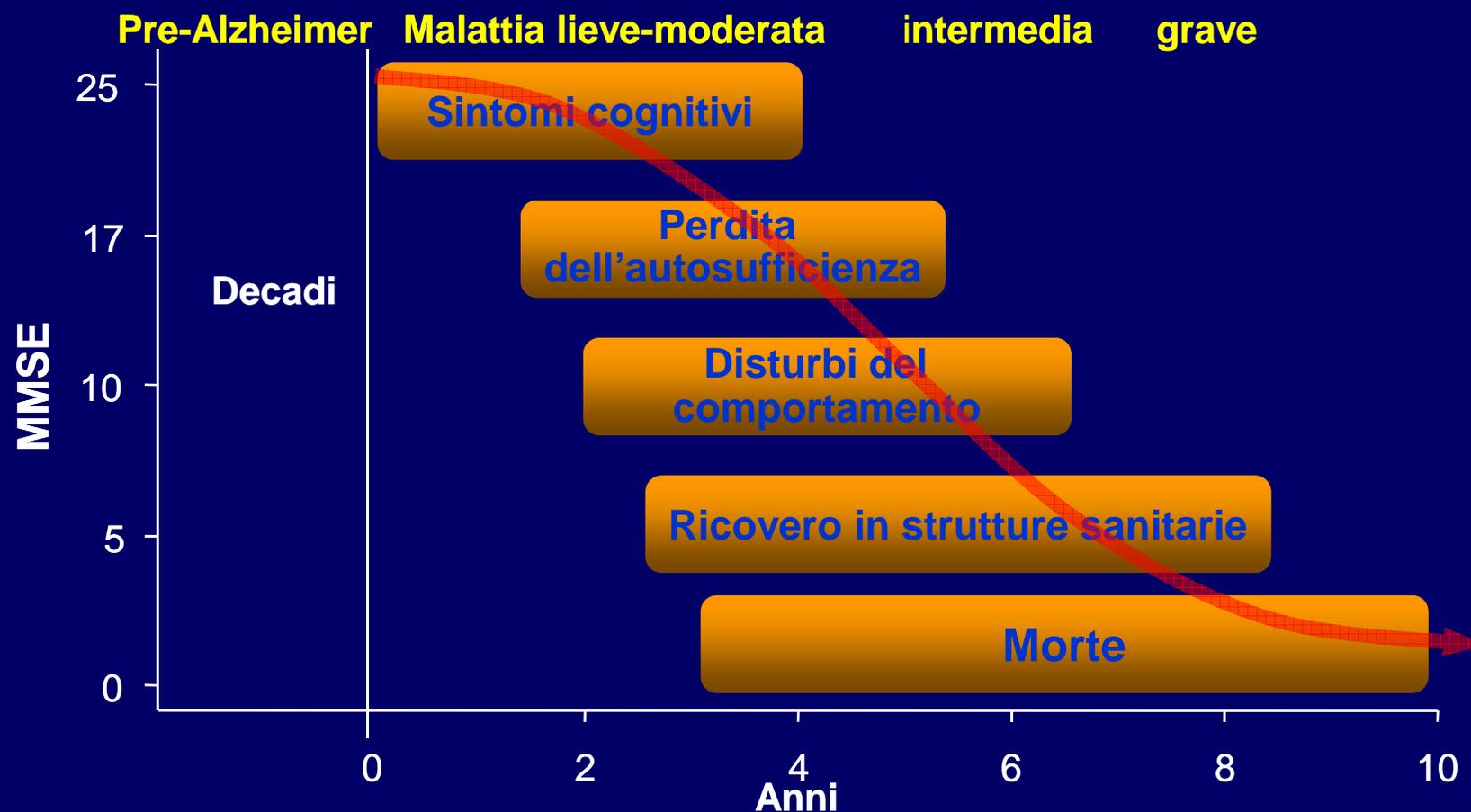
Demenza con corpi di Lewy

Parkinson-demenza

Corea di Huntington

Demenza vascolare sottocorticale

# Storia naturale della Malattia di Alzheimer



Adattata da Gauthier S. ed. Clinical diagnosis and management of Alzheimer's Disease. 1996.

# Sintomi delle demenze

## Sintomi cognitivi

sono sintomi primari, diretta conseguenza del processo morboso cerebrale.

## Sintomi psichiatrici

spesso si tratta di sintomi secondari, espressione di un tentativo di adattamento del soggetto ai sintomi primari ed al deficit di funzionamento che ne consegue.

# Sintomi delle demenze

## Sintomi cognitivi

- deficit della memoria (compromissione della capacità di apprendere o di ricordare)
- afasia (alterazione del linguaggio)
- aprassia (compromissione della capacità di eseguire attività motorie)
- agnosia (incapacità di riconoscere o identificare oggetti)
- disturbi delle funzioni di pianificazione, ordinamento, astrazione, ecc.

Sintomi non cognitivi o sintomi psichiatrici o sintomi psicologici e comportamentali (BPSD = Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia)

# Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)

## Sono alterazioni

- della percezione
- del contenuto del pensiero
- dell'umore
- del comportamento

che si osservano frequentemente nei pazienti con demenza.

IPA Consensus Conference, 1996

# Sintomi psichici e comportamentali delle demenze

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

# Sintomi “non cognitivi” delle demenze

- **I sintomi “non cognitivi” delle demenze sono considerati manifestazioni relativamente indipendenti dal deficit cognitivo.**
- **Hanno un’alta variabilità sia interindividuale, sia nei diversi tipi di demenza, in gravità ed epoca di comparsa.**
- **Il decorso non è lineare, a differenza del declino cognitivo.**

# Disturbi psichici e comportamentali nelle demenze

- **Elevata prevalenza** in tutte le forme di demenza
- **Precoci** nelle demenze fronto-temporali e nella demenza a corpi di Lewy
- **Tardivi** e correlati all'evoluzione della malattia nella M. di Alzheimer e nelle demenze vascolari

Baron & Scarpini, 2000

# BPSD

## Modificazioni della personalità

E' frequente che la demenza si manifesti precocemente con alterazioni del carattere, generalmente nel senso di una accentuazione dei tratti caratteristici della personalità, talvolta con la comparsa di caratteristiche opposte.

Dal punto di vista psicopatologico, si può interpretare:

- l'accentuazione di caratteristiche preesistenti come un tentativo del soggetto di riconfermare la propria identità,
- la comparsa di tratti opposti come un tentativo di adattamento ad una situazione mutata, con la ricostruzione di una nuova identità.

# BPSD

## Alterazioni dell'umore

L'umore è quasi sempre alterato; la depressione è il sintomo più frequente; si possono osservare anche disforia, euforia, ansia, labilità emotiva.

Dal punto di vista psicopatologico si può interpretare

- la depressione come una reazione comprensibile alla situazione clinica caratterizzata dalla perdita della forza, della salute, delle persone care, del ruolo, dell'autonomia...
- la mania come una negazione della perdita.

# BPSD

## Affaccendamento

Aumento dell'attività motoria afinalistica, fino alla manipolazione inconcludente di tutti gli oggetti che capitano sottomano; tipica è la "spinta verso casa", che si osserva quando il soggetto si trova in ambienti non familiari e che lo induce a raccogliere tutto ciò che trova ed a farne fagotto per "andare a casa"; frequente è l'irrequietezza motoria, che può sfociare in incremento deambulatorio simil-acatisiaco (continuo, senza scopo, con impossibilità di stare fermo).

La spinta verso casa è una reazione comprensibile tenendo conto del disorientamento spazio-temporale e dei deficit mnestici.

# BPSD

## Aggressività

Può essere verbale o fisica, diretta contro cose o contro persone.

In genere è espressione di rabbia, frustrazione o timore, talvolta non immediatamente comprensibili, dovuti ad erronea interpretazione delle situazioni o dei comportamenti altrui.

## Vocalizzazione persistente

Il soggetto dice o domanda le stesse cose più volte o si lamenta in maniera continua.

Dipende dal deficit di memoria e della capacità critica.

# BPSD

## Dispercezioni

Possono essere secondarie all'alterazione dell'attenzione o dello stato di coscienza, come le **illusioni** o i **falsi riconoscimenti**, oppure francamente allucinatorie, prevalentemente di tipo visivo o uditivo; non rare le allucinazioni ipnagogiche, soprattutto quando il ritmo sonno-veglia è alterato.

Le **allucinazioni** vere e proprie sono probabilmente espressione del danno cerebrale causato dal processo morboso.

# BPSD

## Disturbi del contenuto del pensiero

Possono essere idee prevalenti o vere e proprie idee deliranti, che non raggiungono mai una sistematizzazione.

Possono essere sviluppi di personalità, conseguenti a disturbi della memoria, a disturbi percettivi, al ridotto apporto sensoriale e/o sociale; i contenuti dei deliri esprimono spesso delle preoccupazioni comprensibili (il **delirio di latrocinio** si collega al tema della perdita, spostato su oggetti materiali e vissuto in chiave paranoica, anziché depressiva; il **delirio di gelosia** esprime il timore di perdere le persone care; il **delirio di nocumento/veneficio** ed il **delirio ipocondriaco** si collegano al timore della perdita della salute ed al timore della morte; il **delirio di Cotard** esprime la negazione del timore della morte).

# BPSD

## Disturbi del sonno

Difficoltà nell'addormentamento, risvegli precoci o frequenti durante la notte, inversione del ritmo sonno-veglia.

L'insonnia iniziale può rientrare in un quadro ansioso, l'insonnia terminale può essere una delle manifestazioni di una sindrome depressiva; l'inversione del ritmo sonno-veglia è probabilmente legata ad un'alterazione dei centri neurologici che regolano i ritmi circadiani, dovuta al processo morboso cerebrale.

# BPSD

## Disturbi dell'appetito

Riduzione dell'appetito, meno frequentemente iperfagia ed iperoralità.

La riduzione dell'appetito può rientrare in un quadro depressivo, l'aumento dell'appetito e l'iperoralità in un quadro di disinibizione, come negazione della depressione o conseguenza del processo morboso.

## Disturbi della sessualità

Riduzione-assenza del desiderio sessuale nei quadri depressivi; ipersessualità, anche con comportamenti socialmente inopportuni, nei quadri di euforia-disinibizione.

# BPSD

## Confabulazione

Produzione di falsi ricordi a riempimento delle lacune mnestiche del passato recente; questa neoproduzione, accurata e fantasiosa, attinge a diversi frammenti mnemonici dell'esperienza passata ed agli stimoli dell'ambiente; è tipicamente influenzabile per via suggestiva.

Rappresenta un tentativo di mantenere la continuità nel tempo, e quindi il senso di sé, nonostante i deficit mnestici.

# BPSD

## Reazioni catastrofiche

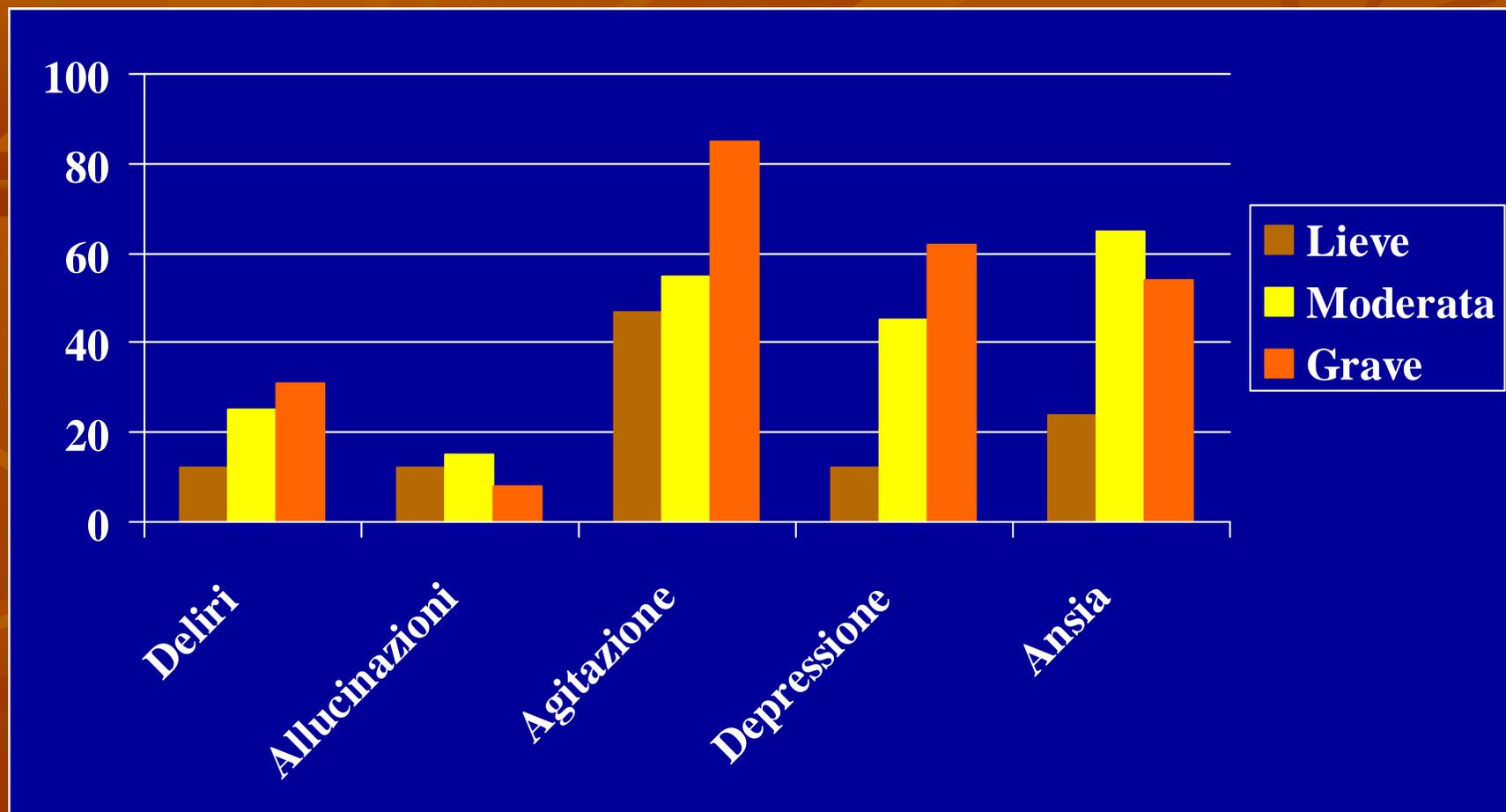
Reazioni eccessive a piccoli contrattempi o critiche di poco conto: il soggetto può gridare, fare accuse irragionevoli, agitarsi, diventare molto testardo, cominciare a piangere o ridere in maniera incongrua.

## Collezionismo

Continua ed incessante raccolta ed accumulo di oggetti, generalmente irrilevanti e di nessuna utilità.

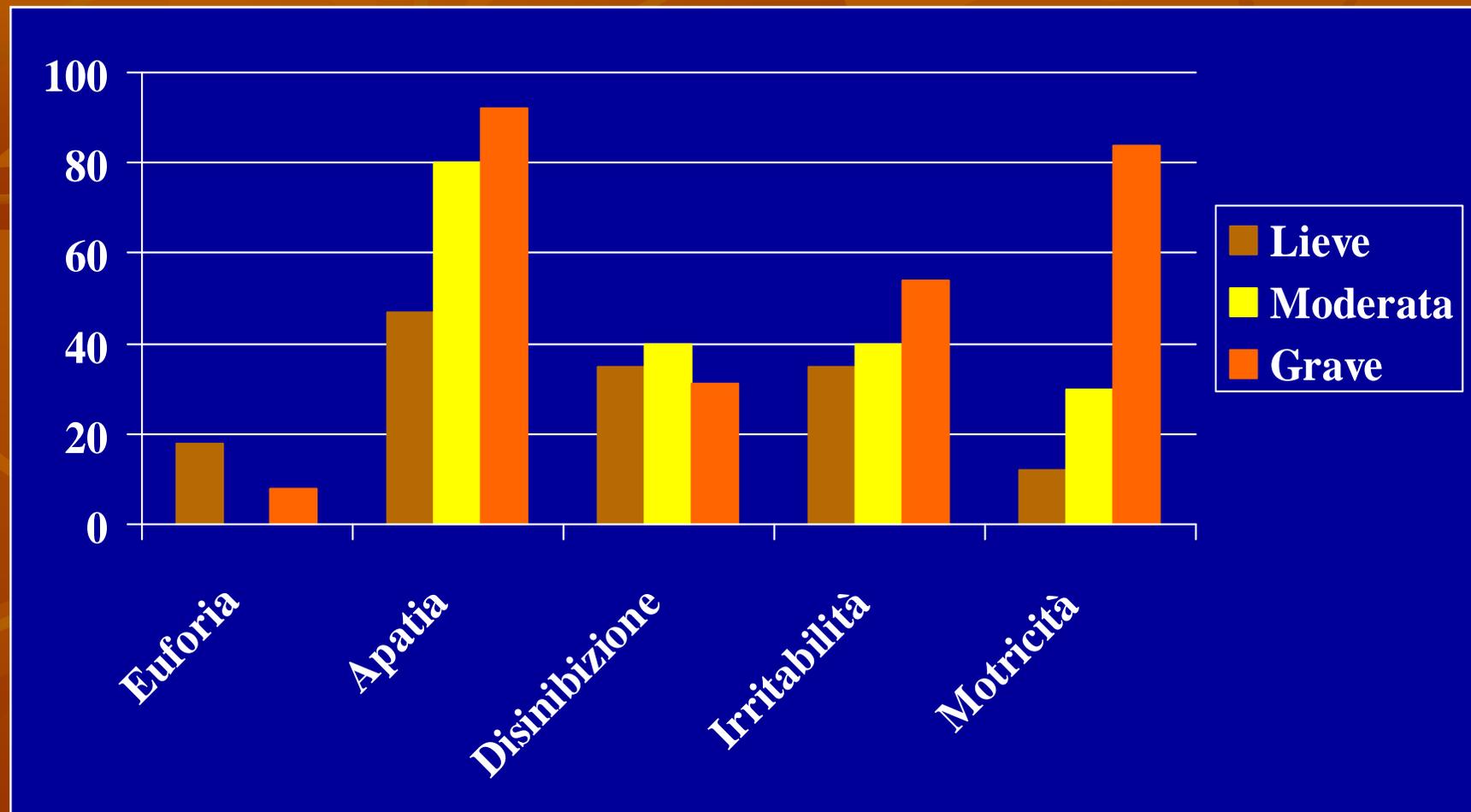
Tentativo di reazione al timore della perdita, alimentato dalle perdite reali e dai deficit mnestici.

# Prevalenza dei BPSD nei diversi stadi di Morbo di Alzheimer



Mega et al. 1996

# Prevalenza dei BPSD nei diversi stadi di Morbo di Alzheimer



Mega et al. 1996

# Sintomi psichiatrici nella Demenza di Alzheimer

Prevalenza: 50-80%

- In generale i **sintomi psicotici** sembrano essere poco persistenti, ma si aggravano con l'aggravarsi del declino cognitivo.

Le allucinazioni, in particolare, sono poco frequenti nella fase iniziale di malattia, ma tendono ad aggravarsi durante il decorso.

# Sintomi psichiatrici nella Demenza di Alzheimer

- La prevalenza di **depressione** nella fase preclinica di malattia (o **Mild Cognitive Impairment, MCI**), circa 39 % dei casi, risulta intermedia tra quella riscontrata nella popolazione generale e quella riscontrata nei soggetti con diagnosi di Morbo di Alzheimer.
- L'**apatia** è la dimensione comportamentale più grave nei pazienti con Morbo di Alzheimer nella fase iniziale di malattia.

Più del 50% dei pazienti con Morbo di Alzheimer soffre di apatia al momento della prima valutazione clinica.

L'apatia si aggrava parallelamente all'aggravarsi del deficit cognitivo.

(Spalletta et al, 2004; Starkstein et al, 2006)

# Diagnosi differenziale tra demenza e pseudodemenza depressiva

## Demenza

- insorgenza insidiosa
- progressione lenta
- paziente non consapevole
- confabulazioni
- il paziente sminuisce le disabilità
- comportamento congruo all'entità del deficit

## Pseudodemenza

- insorgenza improvvisa
- progressione rapida
- paziente consapevole
- disturbi della memoria
- il paziente enfatizza la disabilità
- comportamento spesso incongruo all'entità del deficit

# Diagnosi differenziale tra demenza e pseudodemenza depressiva

## Demenza

- spesso mancanza di risposte
- peggioramenti notturni
- umore incongruo
- scarsi sintomi vegetativi
- precedenti psichiatrici infrequenti
- basso rischio di suicidio

## Pseudodemenza

- risposte globali (ad es. "non so")
- non variazioni notturne
- umore depresso
- frequenti sintomi vegetativi
- presenza di precedenti psichiatrici
- alto rischio di suicidio

# Diagnosi differenziale tra Delirium e Demenza

## Delirium

## Demenza

## Bouffé delirante

• <b>esordio</b>	acuto	insidioso	acuto
• <b>decorso</b>	fluttuante	progressivo	fluttuante
• <b>stato di coscienza</b>	confuso	mantenuti fino	stato oniroide
• <b>orientamento</b>	alterato	agli ultimi	conservato
		stadi	
• <b>attenzione e memoria</b>	attenzione alterata, memoria a breve termine compromessa	attenzione alterata, memoria a breve termine compromessa	attenzione alterata, memoria non compromessa
• <b>sintomi psicotici</b>	frequenti	meno frequenti	frequenti

# Perché si verificano i BPSD?

**Le cause dei BPSD possono essere molteplici:**

- A. correlate alla salute fisica ed emotiva della persona
- B. dipendenti dall'ambiente circostante
- C. correlate all'attività proposta alla persona
- D. connesse con le interazioni interpersonali

Processo demenziale

Comorbilità

Fattori genetici

FATTORI  
BIOLOGICI

Personalità  
premorboza

Predisposizione

FATTORI  
PSICHICI

## PATOGENESI BIO-PSICO-SOCIALE

FATTORI  
INTERPERSONAL

Stress del caregiver

Scarse relazioni sociali

FATTORI  
AMBIENTALI

Trasferimento

Ospedalizzazione

# Modelli neurotrasmettitoriali

## Sistema colinergico



**Il deficit colinergico contribuisce alla comparsa delle allucinazioni nella Demenza di Alzheimer e nella Demenza a corpi di Lewy.**

**La gravità delle manifestazioni psicotiche è legata al deficit colinergico nelle aree temporali e parietali (Perry et al., 1990).**

**La condizione ipocolinergica determina un sovradosaggio relativo dopaminergico, che potrebbe contribuire alle manifestazioni psicotiche.**

# Modelli neurotrasmettitoriali

## **Sistema serotoninergico** **Sistema adrenergico**

Ridotti livelli di serotonina giocano un ruolo importante nell'agitazione e nell'impulsività.

I disturbi dell'umore nei dementi migliorano con l'uso di farmaci inibitori della ricaptazione della serotonina - SSR (Lebert et al., 1994; Nyth et al., 1990).

**La norepinefrina (NE) si riduce in caso di depressione.**

**Aumentati livelli di NE sono spesso associati ad un inadeguato controllo della rabbia e del comportamento violento.**

# Individuare di chi è il problema

I BPSD sono motivo di grave disagio per i pazienti e di stress per i caregiver.

Fondamentale è la valutazione corretta della situazione per capire chi può trarre maggior beneficio dal controllo del disturbo comportamentale.

# APPROCCIO “A B C”

Metodica di analisi dei BPSD basata su un'attenta osservazione della situazione comportamentale.

Si tratta di un *approccio multimodale* che prevede, oltre alla valutazione del comportamento del paziente,

- il counselling individuale per i caregiver,
- la manipolazione dell'ambiente,
- la farmacoterapia.

# Farmacoterapia

**Neurolettici**

**Benzodiazepine**

**Antipsicotici  
atipici**

**Agitazione  
Psicosi**

**Beta-bloccanti**

**Farmaci  
serotoninergici**

**Stabilizzatori  
dell'umore**

# Impiego degli Antipsicotici nella Demenza

Gli antipsicotici sono i farmaci di prima scelta per il trattamento di:

## SINTOMI PSICOTICI

- Deliri
- Allucinazioni

## DISTURBI COMPORTAMENTALI

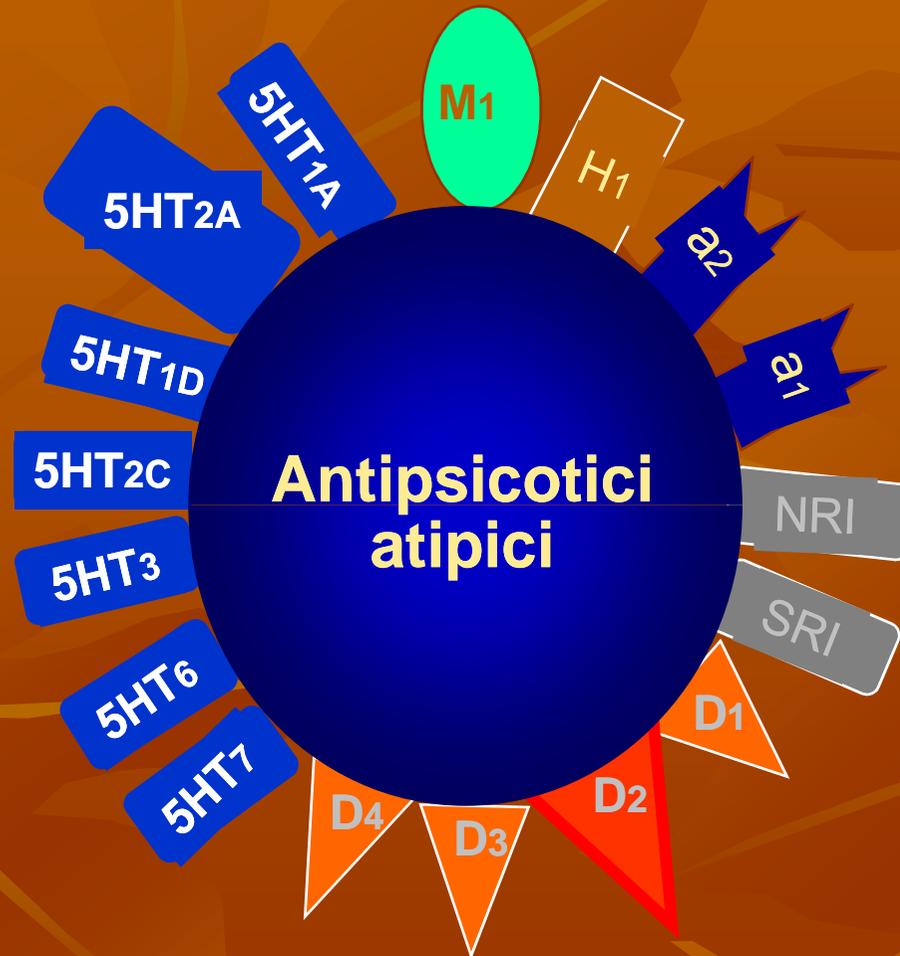
- Aggressività verbale e fisica
- Iperattività/agitazione
- Disinibizione

# Antipsicotici tradizionali (Neurolettici)

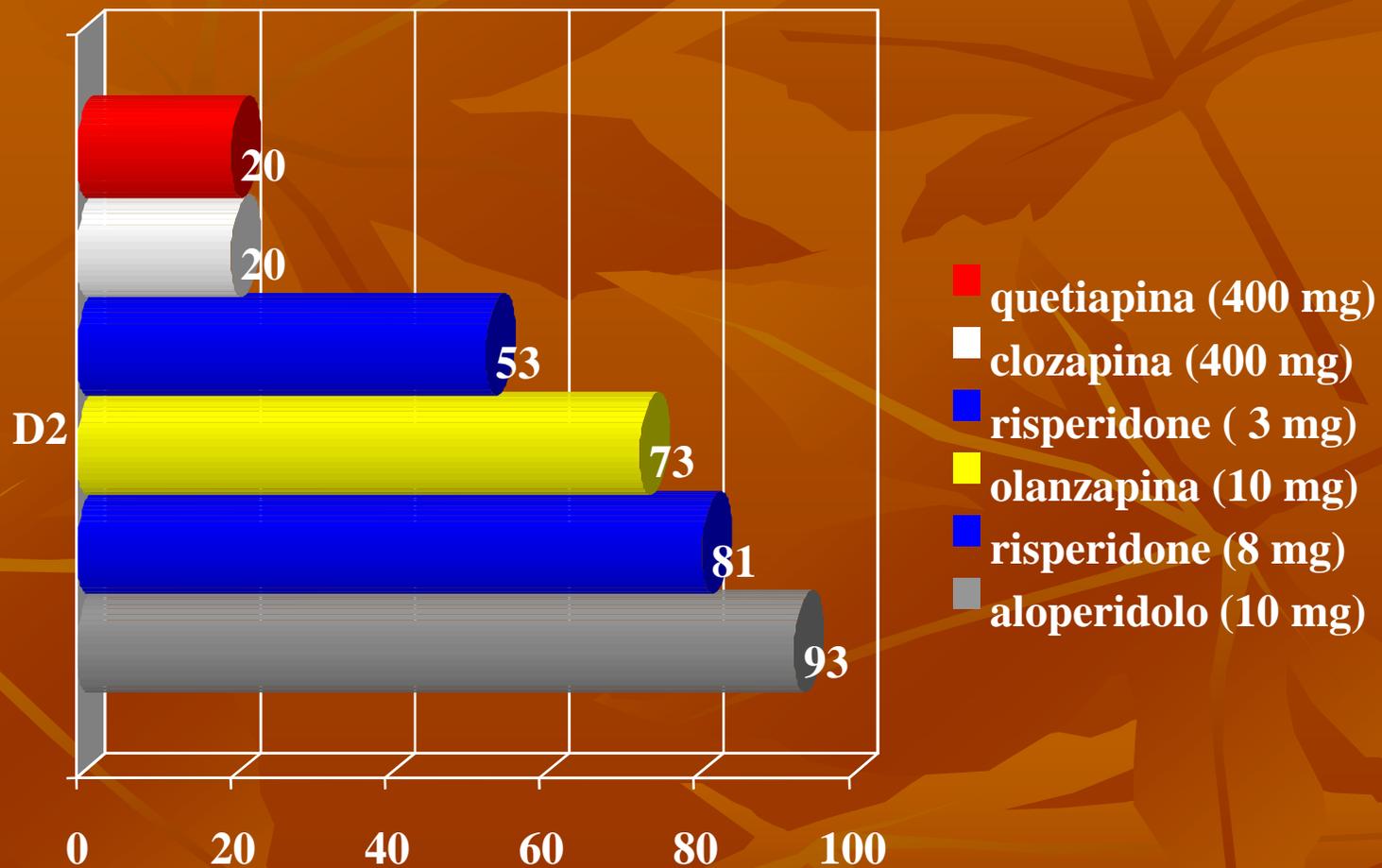
- Vasto impiego clinico nei BPSD
- Pochi studi controllati
- Neurolettici migliori del placebo solo nel 18% dei casi
- Effetti extrapiramidali nel 70% dei casi  
Discinesia tardiva almeno nel 20% dei casi
- Effetti anticolinergici (tachicardia, ipertensione, sedazione, deficit cognitivo, iperprolattinemia)

Schneider et al, 1990

# Profilo Antipsicotici atipici



# OCCUPAZIONE DEI RECETTORI D<sub>2</sub> (%)



**Clozapina**

**Sertindolo**

**Olanzapina**

**Antipsicotici  
atipici**

**Quetiapina**

**Ziprasidone**

**Risperidone**

Raccomandazioni secondo le  
Linee Guida di Consenso

**AAGP** (American Association for Geriatric Psychiatry)  
**ARDA** (Alzheimer's and Related Disorders Association)  
**AGS** (American Geriatric Society)

**APA** (American Psychiatric Association)

1997

Consensus Guideline Series

1998

Poichè nessun antipsicotico atipico appare  
emergere sugli altri, la scelta dipende  
dal profilo degli effetti collaterali

Blocco  $\alpha_1$

*quetiapina*  
*clozapina*  
*risperidone*

*olanzapina*  
*sertindolo*  
*ziprasidone*

*amisulpride*

IPOPENSIONE

*clozapina*  
*quetiapina*

*risperidone*  
*ziprasidone*  
*sertindolo*

*olanzapina*  
*amisulpride*

Blocco  $H_1$

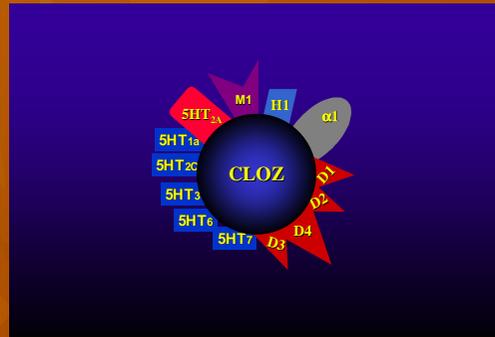
*quetiapina*  
*clozapina*  
*olanzapina*

*risperidone*  
*sertindolo*  
*ziprasidone*

*amisulpride*

Antipsicotici  
atipici nella  
demenza

## Clozapina



Miglioramento dei  
sintomi bersaglio  
(agitazione e deliri)

Nessun  
miglioramento  
significativo

Oberholzer et al. 1992

Salzman et al. 1995

Frankenberg and Kalunian  
1994

Mintzer 1996

# Antipsicotici atipici nella demenza

## Clozapina nell'anziano

- Antipsicotico efficace, ma effetti collaterali gravi
- Può avere un'utilità particolare per le psicosi associate a Morbo di Parkinson o Demenza a corpi di Lewy
- Considerare un dosaggio iniziale di 6,25–12,5 mg alla sera

Chengappa *et al.*, 1995; The Parkinson Study Group, 1999;  
Pitner *et al.*, 1995; Salzman *et al.*, 1995

# Antipsicotici atipici nella demenza

## Risperidone nei BPSD

### Efficacia e tollerabilità a lungo termine

De Deyn, 1999

RIS-INT-24



RIS-INT-26

83 pazienti (28 M, 55 F)  
Dose media di risperidone  
all'end-point = 1mg/die

Katz, 1999

RIS-USA-63



RIS-USA-70

330 pazienti (102 M, 228 F)  
Esposizione media = 230 gg  
Dose media = 0,96mg/die

In aperto, fino a 12 mesi

Davidson 1998

## Katz et al., 1999

625 pazienti (73% con Demenza di Alzheimer)

Durata dello studio in doppio cieco: 12 settimane

Diagnosi: Demenza tipo Alzheimer, Demenza vascolare

Dosaggio: Risperidone a dosi fisse (0,5-1-2,0 mg)

Obiettivo: > 50% BEHAVE-AD

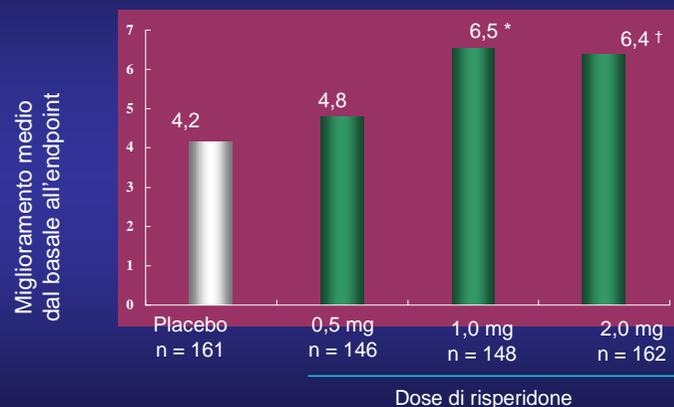
N. pazienti migliorati

## Antipsicotici atipici nella demenza

### Risperidone nella Demenza

Studio RIS-USA-63

BEHAVE-AD punteggio totale



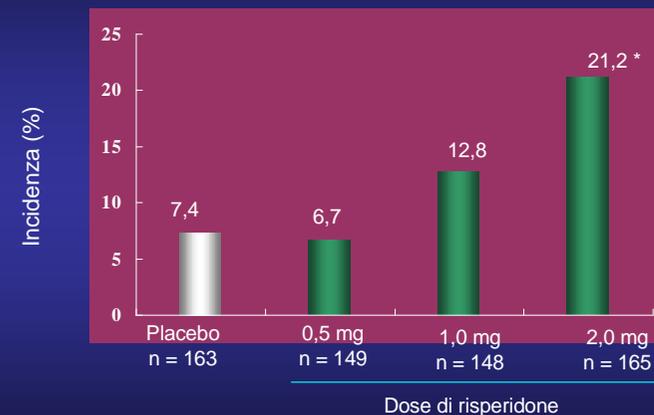
\*  $p = 0,002$  †  $p = 0,001$  vs placebo

Katz et al, 1999

### Risperidone nella Demenza

Studio RIS-USA-63

Incidenza di EPS



\*  $p \leq 0,05$  vs placebo

Katz et al, 1999

# Antipsicotici atipici nella demenza

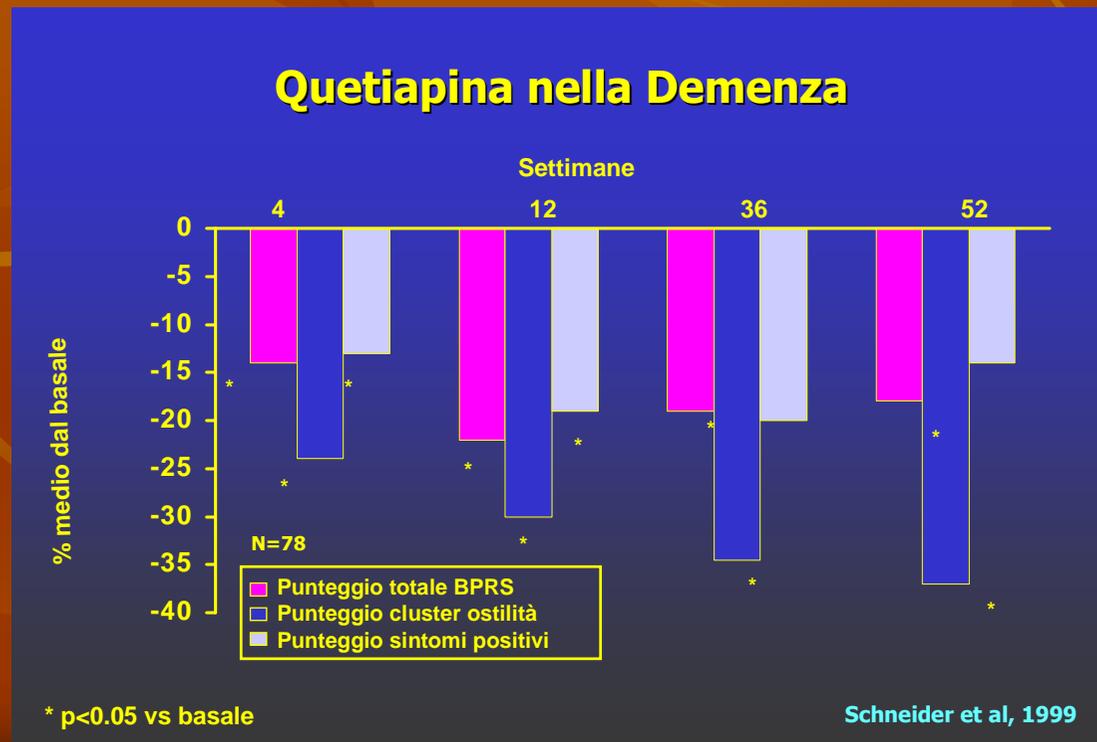
Schneider et al., 1999

78 pazienti con psicosi in Morbo di Alzheimer

Durata dello studio in aperto: 1 anno

Posologia: dose iniziale di Quetiapina di 25 mg/die fino ad una dose media di 100 mg/die

Misure d'efficacia: punteggio totale BPRS e punteggio cluster ostilità



# Antipsicotici atipici nella demenza

## Quetiapina nei Disturbi Psicotici degli Anziani Punteggi EPS alla Simpson-Angus



(N = 151)

\* p < 0.001 rispetto al basale

Mc Manus et al, 1999

# Antipsicotici atipici nella demenza

Street et al., 1999

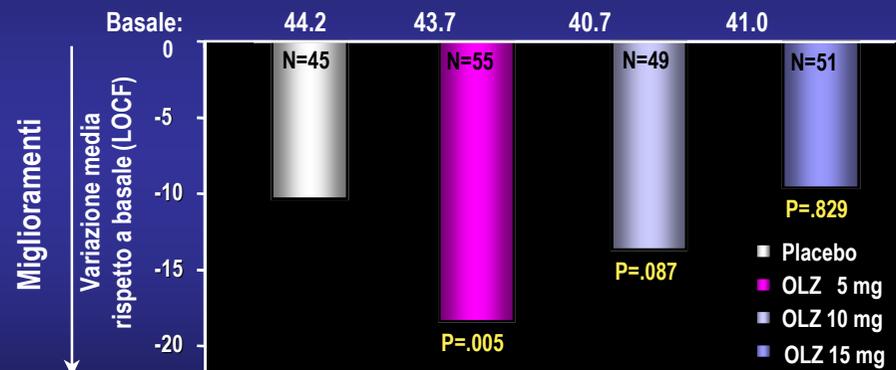
206 pazienti con Demenza tipo Alzheimer

Studio in doppio cieco, controllato verso placebo, di 6 settimane

Posologia: Olanzapina a dosi fisse di 5-10-15 mg/die

Misure d'efficacia: NPI-NH

Olanzapina – Disturbi del comportamento nell'AD  
Punteggio totale Neuropsychiatric Inventory (NPI)/NH



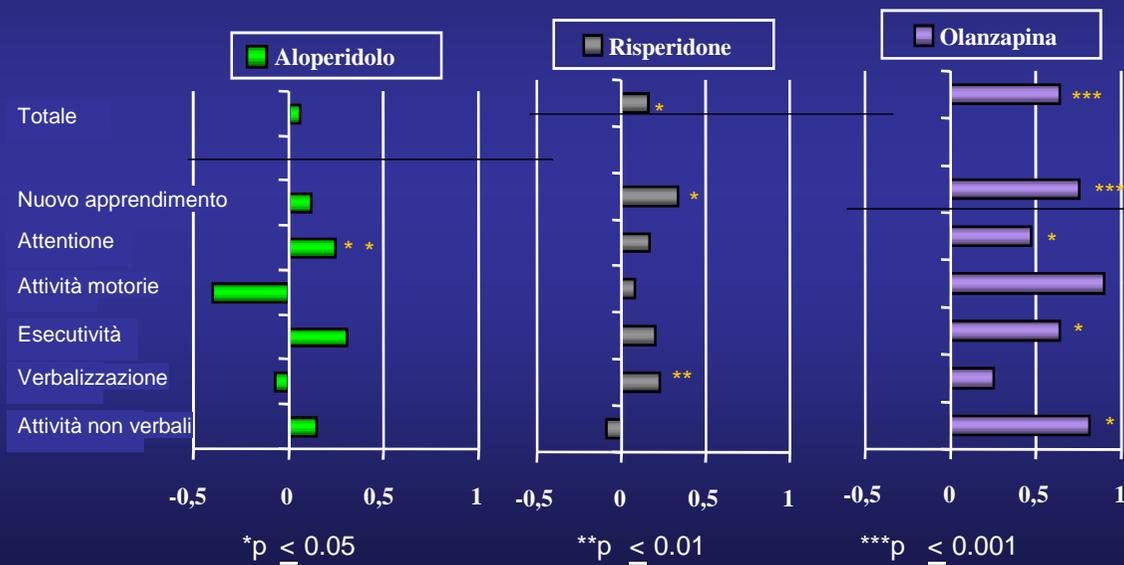
Street JS, et al. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(10):968-976.

# Antipsicotici atipici nella demenza

## Antipsicotici e funzione cognitiva

(Purdon et al. *Arch Gen Psychiatry*. 2000)

Variazione media rispetto basale, LOCF (n=15, 20, 20)



Significatività statistica entro trattamenti

## **RISPERIDONE**

**dosaggio**  
**0,5 - 2 mg/die**

## **OLANZAPINA**

**dosaggio**  
**2,5 - 5 mg/die**

## **QUETIAPINA**

**dosaggio**  
**25 - 100 mg/die**

## **CLOZAPINA**

**dosaggio**  
**25 - 100 mg/die**

# *Interventi di stimolazione cognitiva*

***Suggerimenti per un trattamento a domicilio***

# Riabilitazione del demente

- Implica la presa in considerazione dei deficit cognitivi, funzionali, comportamentali e neurovegetativi, che insorgono nel corso della demenza.

**Più che di “riabilitazione” si dovrebbe parlare di “attivazione”.**

# Attivazione cognitiva

## Processo interattivo

**bi-direzionale che coinvolge malato,  
familiari e tutte le figure professionali  
in contatto con il malato.**

# Attivazione cognitiva

**Si basa su**

- **aspetti relazionali (alleanza terapeutica, comunicazione, motivazione)**
- **aspetti tecnici e metodologici (progettazione, setting e materiali, tempi)**

# Aspetti relazionali

- **alleanza terapeutica**: rapporto di fiducia tra paziente, familiare e specialista
- **comunicazione**: linguaggio chiaro e semplice, modalità di comunicazione non verbale, rispetto dei tempi del malato
- **motivazione**: scelta di attività adeguate, informazioni al malato sull'attività proposta, sensibilizzazione dei familiari

# Aspetti tecnici e metodologici

- **progettazione:** valutazione, obiettivi, metodo, misure di efficacia
- **setting e materiali:** luogo predisposto, il più possibile ecologico, attrezzato con materiali adeguati
- **tempi:** frequenza prestabilita, durata in base all'attività proposta ed alle capacità attentive della persona, cicli di stimolazione ripetuti

# Valutazione pre-intervento

## Mira

- **all'individuazione delle aree cognitive e funzionali relativamente preservate**
- **all'individuazione di eventuali disturbi comportamentali che possono compromettere l'intervento.**

# Progettazione pre-intervento

**Individuate le abilità residue, è necessario, con l'aiuto di un familiare, scegliere tra queste le abilità che possono piacere al malato, per mantenere alta la sua motivazione e la sua autostima.**

# Attivazione cognitiva

**Potenziamento delle risorse cognitive residue, miglioramento delle prestazioni funzionali, del tono dell'umore e del comportamento con**

**l'obiettivo finale e primario di garantire una buona qualità di vita.**

# Metodiche

**Stimolazione della memoria procedurale:**  
training delle attività di base e strumentali della vita quotidiana.

**Musicoterapia.**

**Terapia occupazionale:** attivazione e potenziamento delle abilità cognitive residue mediante il coinvolgimento in attività finalizzate alla creazione di un prodotto finito.

# Attivazione cognitiva

**E' necessario che gli interventi di attivazione siano applicati in un clima sereno, rilassato e rassicurante, evitando di chiedere al malato più di quanto sia in grado di fare ed interrompendo l'attività al primo segno di stanchezza e di frustrazione.**

**Una scarsa stimolazione, al pari di una eccessiva, porta ad uno scompenso emotivo, e quindi ad un adattamento negativo.**

# APPROCCIO “A B C”

- *Identificazione del comportamento target* che si vuole modificare
- *Osservazione* sistematica del comportamento target (Antecedent = evento scatenante; Behaviour = comportamento; Consequence = conseguenza)
- *Annotazione* di tipo, frequenza e durata del comportamento target
- *Progettazione* di un programma d'intervento
- *Monitoraggio* del comportamento target e del programma d'intervento

# APPROCCIO “A B C”

**Cambiare l'ABC del comportamento significa:**

- *definire ed osservare il problema “B”*: descrivere il comportamento target, il luogo in cui si verifica più spesso, la frequenza con cui si presenta.
- *cercare l'antecedente “A”*: identificare situazioni o persone che hanno scatenato il comportamento target.
- *identificare la conseguenza “C”*: verificare che cosa è successo in seguito al comportamento, come hanno reagito le altre persone presenti.

# *1° esempio: AGGRESSIVITA'*

**Signore di 70 aa seguito a casa dalla moglie**

**B = Comportamento:** aggressività, ansia.

**A = Antecedente:** aggredisce la moglie verbalmente e fisicamente, poi quando si rende conto di ciò che ha fatto rivolge l'aggressività contro se stesso.

**C = Conseguenza:** stress psicofisico per la moglie.

# *1° esempio: AGGRESSIVITA'*

**Analisi della situazione:** la moglie talvolta lo corregge, scatenando la reazione aggressiva e, dopo l'attacco, minaccia di andarsene.

## **Interventi proposti:**

- assecondare, non contrastare
- counseling e sostegno per la moglie
- terapia farmacologica

## *2° esempio: MISIDENTIFICAZIONI*

**Signora di 78 aa seguita a casa dal marito**

**B = Comportamento:** misidentificazioni della casa e del coniuge, vagabondaggio ed aggressività, in particolare nel pomeriggio.

**A = Antecedente:** vuole tornare a casa, reagisce quando non viene accontentata.

**C = Conseguenza:** difficoltà di gestione, stress per il marito.

## **2° esempio: MISIDENTIFICAZIONI**

**Analisi della situazione:** non accettazione della malattia; il marito cerca di spiegarle chi è e dove si trova; a volte con fermezza le impedisce di uscire, scatenando la reazione aggressiva; probabile scarsa stimolazione.

### **Interventi proposti:**

- counseling e sostegno per il marito
- evitare di contrastarla ed accompagnarla ogni volta che è possibile
- coinvolgimento nelle attività quotidiane semplici
- terapia farmacologica

## **3° esempio: DELIRI DI GELOSIA**

**Signore di 83 aa seguito a casa dalla moglie**

**B = Comportamento:** deliri di gelosia, di abbandono, e quindi aggressività.

**A = Antecedente:** gelosia nei confronti della moglie e convinzione che tutta la sua famiglia stia complottando qualcosa contro di lui.

**C = Conseguenza:** stress per tutta la famiglia.

## ***3° esempio: DELIRI DI GELOSIA***

**Analisi della situazione:** non accettazione della malattia, tentativi di fargli capire che sta sbagliando.

### **Interventi proposti:**

- counseling per la moglie
- terapia farmacologica

## **4° esempio: DELIRI DI GELOSIA**

**Signora di 75 aa seguita a casa dal marito**

**B = Comportamento:** deliri di gelosia e di abbandono.

**A = Antecedente:** gelosia nei confronti di una cugina e convinzione che il marito stia pensando di abbandonarla.

**C = Conseguenza:** stress per il marito.

## **4° esempio: DELIRI DI GELOSIA**

**Analisi della situazione:** visita della cugina (che vede raramente), scarsa comunicazione con il marito che esce da solo e non dice dove va.

### **Interventi proposti:**

- suggerire alla cugina di evitare di farsi vedere
- suggerire al marito di dire sempre dove va quando esce e, se possibile, di portare anche la moglie
- sostegno e counseling per il marito
- terapia farmacologica

## **5° esempio: DELIRI DI FURTO**

**Signora di 78 aa istituzionalizzata**

**B = Comportamento:** accusa il tutor di furto, è agitata ed ansiosa.

**A = Antecedente:** tendenza a nascondere i propri oggetti.

**C = Conseguenza:** stress per il tutor, aumento dell'ansia nell'ospite.

# *5° esempio: DELIRI DI FURTO*

**Analisi della situazione:** errato intervento del tutor.

**Interventi proposti:**

- suggerire al tutor come rispondere alle accuse
- rifocalizzare l'attenzione dell'ospite su un'attività diversa (riordinare i cassettei nel tentativo di ritrovare gli oggetti mancanti).

# *6° esempio: ATTIVITA' MOTORIA INCESSANTE*

**Signora di 81 aa, vedova, istituzionalizzata**

**B = Comportamento:** attività motoria incessante, vagabondaggio, ansia, agitazione.

**A = Antecedente:** vuole tornare a casa, cerca il marito, chiede in continuazione che cosa può fare.

**C = Conseguenza:** reazione della sua compagna di stanza, tentativi di fuga, stress per gli operatori.

# ***6° esempio: ATTIVITA' MOTORIA INCESSANTE***

**Analisi della situazione:** buone capacità residue;  
probabile scarsa stimolazione.

## **Interventi proposti:**

- attività occupazionali (cucito, apparecchiare la tavola, coinvolgimento nelle attività quotidiane semplici)
- distrarla quando chiede del marito (“è al lavoro, è al bar con gli amici...”) o di tornare a casa (“ora non è possibile, non c’è l’automobile, stasera si rimane qui, abbiamo già avvisato a casa...”)

## **7° esempio: ANSIA, VOCALIZZAZIONI**

**Signora di 88 aa, vedova, istituzionalizzata**

**B = Comportamento:** ansia, agitazione, aggressività, irritabilità.

**A = Antecedente:** continue richieste di aiuto, di attenzione e di acqua, urla.

**C = Conseguenza:** stress per gli operatori, reazione degli altri ospiti, isolamento.

# *7° esempio: ANSIA, VOCALIZZAZIONI*

**Analisi della situazione:** deficit dell'attenzione e della concentrazione.

## **Interventi proposti:**

- scandire le giornate con attività poco impegnative e di breve durata (creare una routine)
- dare maggior attenzione personalizzata
- prevenire le sue richieste

# *8° esempio: REAZIONI CATASTROFICHE*

**Signora di 80 aa istituzionalizzata**

**B = Comportamento:** ansia, agitazione.

**A = Antecedente:** uscite dalla struttura protetta,  
partecipazione ad un grande gruppo di attività.

**C = Conseguenza:** reazione degli altri ospiti, stress  
per gli operatori.

# 8° esempio: REAZIONI CATASTROFICHE

**Analisi della situazione:** cambiamenti nella routine quotidiana.

**Interventi proposti:**

- limitare le uscite, dopo averle attentamente programmate
- ridurre la partecipazione a gruppi di lavoro troppo grandi e preferire le attività individuali o per piccoli gruppi.
- mantenere le abitudini giornaliere

# *Strategie di Problem - Solving*

Quando ci si trova a fronteggiare un comportamento difficile è importante :

- cercare di riconoscere gli elementi che possono aver causato il comportamento;
- tentare di sviluppare diverse strategie;
- non scoraggiarsi se i tentativi non funzionano sempre o addirittura falliscono;
- ricordarsi che

***la persona NON sta cercando deliberatamente di infastidirci !!!***