- UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BRESCIA, DIPARTIMENTO DI SCIENZE CLINICHE E SPERIMENTALI, SEZIONE DI NEUROSCIENZE

- FONDAZIONE BRESCIA SOLIDALE

- X CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN PSICOGERONTOLOGIA E PSICOGERIATRIA

LA DEMENZA: ASPETTI AFFETTIVI E RELAZIONALI

Carlo Cristini, Gianbattista Guerrini

Brescia, sabato 21 aprile 2018

“La vecchiaia sorprende gli uomini quando nello spirito non sono ancora cresciuti, e li coglie impreparati e inermi; non l’avevano previsto infatti; e ci si trovano dentro da un momento all’altro, senza aspettarselo: non si rendevano conto che la vecchiaia si avvicinava un po’ tutti i giorni”, *Seneca*, *De Brevitate Vitae*

“Approdiamo sprovveduti alle diverse età della vita, e vi manchiamo spesso di esperienza nonostante gli anni trascorsi”,
François de La Rochefoucauld, Réflexions ou sentences et maximes morales

“E se tu intendi la vecchiezza aver per suo cibo la sapienza, adoprati in tal modo in gioventù, che a tal vecchiezza non manchi il nutrimento”,

Leonardo da Vinci, Cod. Atl.

“Nell’avvenire che ci aspetta è in gioco il senso della nostra vita; non sappiamo chi siamo, se ignoriamo chi saremo: dobbiamo riconoscerci in quel vecchio, in quella vecchia; è necessario, se vogliamo assumere interamente la nostra condizione umana”, *Simone de Beauvoir, La vieillesse*

LA DEMENZA

“Ma di ogni guasto fisico, il peggiore è la demenza, per cui il vecchio, poi non ricorda il nome dei servi, né riconosce il volto dell’amico con cui ha cenato la sera prima, né quello dei figli che ha messo al mondo ed allevati”

Giovenale, *Satire*

“Ma tu non avresti dovuto diventar vecchio prima di diventare assennato”
Re Lear 1, V, (Buffone)

“Voi potete vedermi, o dèi! Vedete questo povero vecchio, pieno egualmente e d’anni e d’affanni: e infelice a causa d’entrambi!”, 2, IV, (Re Lear)

William Shakespeare

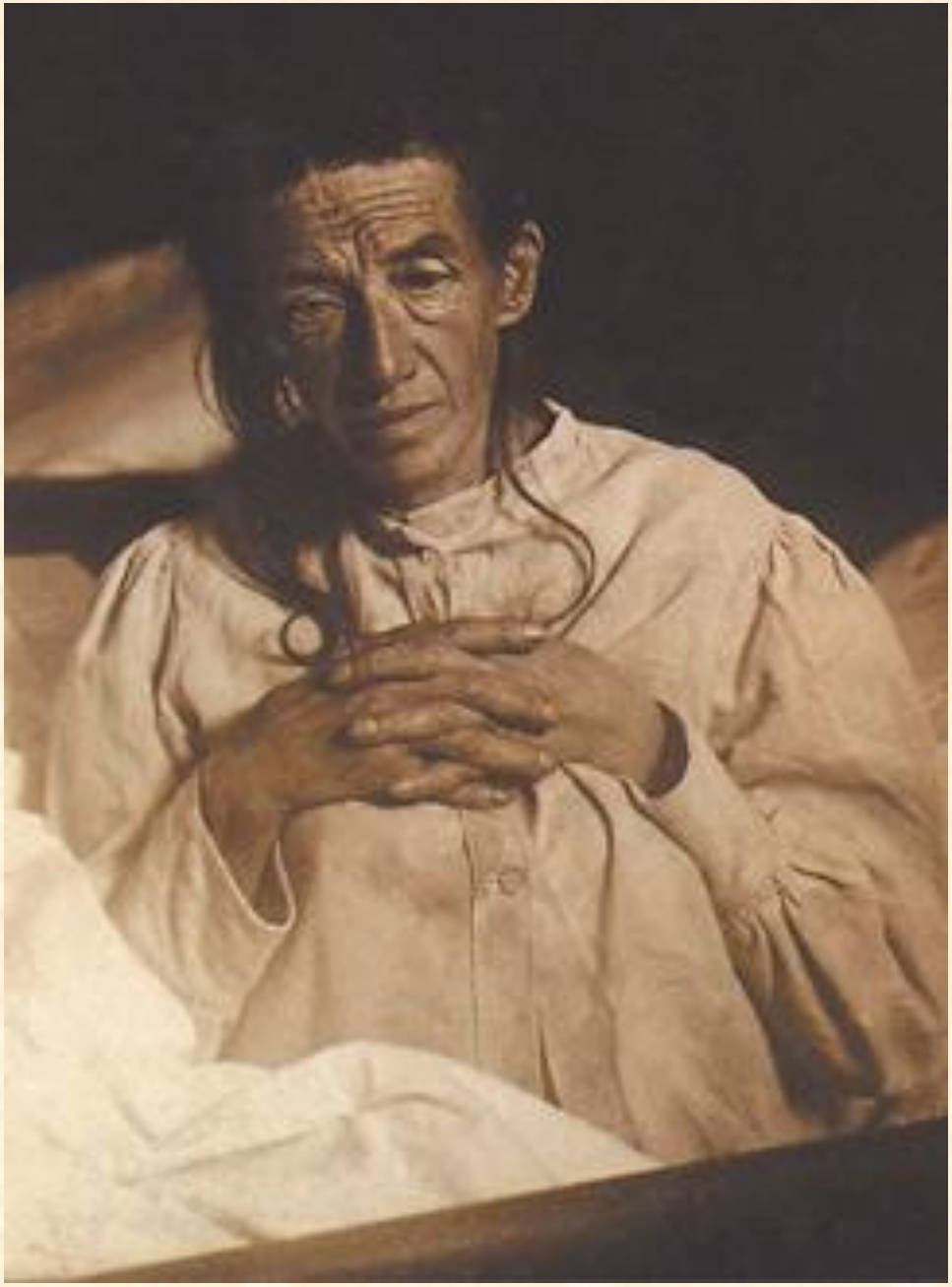
“Ti prego, non prenderti gioco di me: io non sono che un povero vecchio sciocco e vaneggiante, ed ho passato gli ottant’anni, né un’ora di più, né un’ora di meno. E, per dir delle cose come stanno, temo di non connettere più perfettamente le idee. Penso anch’io che dovrei riconoscere te e quest’uomo: eppure non so liberarmi dal dubbio; perché ignoro affatto qual luogo sia questo, e per quanti sforzi io faccia, non so ricordarmi di questi abiti, né del sito dove ho alloggiato la notte scorsa. Non vogliate ridere di me”

William Shakespeare, 4, VII (Re Lear)

Alois
ALZHEIMER
(1864-1915)

Gaetano Perusini descrisse, con 80 anni di anticipo, la sostanza costituente le placche (oggi nota come proteina Beta-amiloide): “un prodotto metabolico patologico di origine sconosciuta” che si comportava come “una specie di cemento che incolla le fibrille insieme”

Seduti da sinistra: Adele Grombach, Ugo Cerletti, sconosciuta, Francesco Bonfiglio, Gaetano Perusini. In piedi da sinistra: Fritz Lotmar, sconosciuto, Stefan Rosental, Allers, sconosciuto, Alois Alzheimer, Nicolás Achucarro, Friedrich Heinrich Lewy



Auguste DETER
(51 anni)

D. Nr. II.

Sitzt im Bett mit ratlosem Gesichtsausdruck.

Wie heißen Sie? Auguste.

Familienname? Auguste.

Wie heißt Ihr Mann? Ich glaube Auguste.

Ihr Mann? Ach so mein Mann (antwortet, scheinbar die Frage nicht verstehend)

Sind Sie verheiratet? Zu Auguste.

Frau D.? Ja, ja Auguste D.

Wie lange sind Sie hier? scheint sich zu besinnen; 3 Wochen.

Was ist das? (Bleistift) Federhalter

Portemonnaie und Schlüssel, Tagebuch, Zigarre werden richtig benannt.

Beim Mittagessen ißt sie Blumenkohl und Schweinefleisch.

Befragt was sie esse, sagt sie Spinat.

Als sie das Fleisch kaut, sagt sie auf Befragen, was sie tue, sie esse Kartoffeln und dann Meerrettig.

Zeigt man ihr Gegenstände, so weiß sie nach kurzer Zeit nicht mehr, was ihr gezeigt wurde. Dazwischen spricht sie immer von Zwillingen.

Aufgefordert zu schreiben, hält sie das Buch so, daß man den Eindruck gewinnt, als hätte sie einen Gesichtsfeldausfall.

Sagt man ihr, sie solle Frau Auguste D. schreiben, so schreibt sie, statt ... Frau zu schreiben ..., das andere vergessen, man muß ihr jedes Wort wiederholen. Amnestische Schreibstörung (sic!).

Am Abend ist ihre spontane Rede voller paraphasischer Ausdrücke und Perseverationen.

“Come si chiama?”
“Auguste”
“Cognome?”
“Auguste”
“Qual è il nome di suo marito?” - Esita, poi risponde:
“Credo ... Auguste”

“Mi sono, per così dire, persa”

“Durante il ricovero i suoi gesti mostravano una completa incapacità. Era disorientata nel tempo e nello spazio. Ogni tanto diceva che non capiva niente, che si sentiva confusa e totalmente persa (…) Nelle sue conversazioni usava spesso frasi confuse, singole espressioni parafasiche (come ‘lattiera’ invece che ‘tazza’), a volte smetteva del tutto di parlare (…) La regressione mentale avanzava costantemente (…) La paziente morì dopo quattro anni e mezzo di malattia. Nell’ultimo periodo era completamente apatica…”
(A. Alzheimer, Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde, in «Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin», 1907)

MULTIFATTORIALITA’

(VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE)

- Genetiche, metaboliche, biochimiche, neurologiche
- Ambiente familiare, sociale e culturale
- Stile di vita (Personalità)
- Eventi ed esperienze

Neuropsicologia delle demenze,
D. Grossi, A. Orsini, 1979

A) Storia dei sintomi di esordio

B) Storia vera e propria

(precisare tutte le abitudini di vita)

“Molte volte prima dell’esordio si verificano eventi particolarmente ricchi di risonanza emotiva (…) indagare bene la personalità premorbosa”

FATTORI DI RISCHIO O DI AGGRAVAMENTO

- Età avanzata
- Bassa scolarità
- Attività manuali ripetitive ed esecutive
- Capacità e attività intellettive poco esercitate
- Attività di tempo libero poco esercitate
- Attività fisica non praticata
- Essere single e/o vivere soli (isolamento)
- Scarse relazioni familiari e amicali
- Scarse relazioni sociali
- Scarse relazioni intergenerazionali
- Stress
- Comportamento alimentare inadeguato
- Depressione

FATTORI DI RISCHIO O DI AGGRAVAMENTO

- **SITUAZIONI DI CAMBIAMENTO**

  - Pensionamento
  - Separazioni o lutti
  - Nuova abitazione
  - Nuovo posto di lavoro
  - Emigrazione
  - Matrimonio dell’unico/a figlio/a
  - Malattia di una persona cara
  - Perdita di riferimenti significativi
  - Dissesto economico

- **INVALIDITA' O MALATTIA**

- ALTRI EVENTI NEGATIVI/STRESSANTI

MANIFESTAZIONI CLINICHE

- Mimica: poco espressiva (tristezza, apatia)
- Trascuratezza
- Ripetitività vocale, gestuale e comportamentale
- **AMNESIA** - AFASIA
- **AGNOSIA** - APRASSIA
- Adinamia (affaticamento, lentezza)
- Disorientamento spazio-temporale, Confusione
- Disturbi del pensiero astratto, della capacità di critica e giudizio
- Dislessia, Disgrafia, Discalculia
- Iperemotività (labilità emotiva)
- Scomparsa delle norme etiche
- Comportamento afinalistico (wandering)
- Sundown Syndrome
- Rummaging
- Modifiche della personalità
- Perdita attitudini, interessi
- Perdita di identità, perdita dell’autonomia globale
- Pericolosità (per il malato se lasciato solo)

MEMORIA

esplicita/dichiarativa

implicita/non dichiarativa

semantica

episodica
autobiografica

priming procedurale emozionale
percettiva, somatosensoriale

“e mi venne fatto di incontrarvi il mio io, quell’io identico a se stesso, che non voleva, non poteva morire”, *Alda Merini*

“Nessun maggior dolore che ricordarsi del tempo felice ne’ la miseria” *Dante*

“Ai turbamenti della memoria sono legate le intermittenze del cuore” *Marcel Proust*

“(…) al punto che la memoria, guardiano del cervello, sarà soltanto una nebbia” *William Shakespeare*

“Sì come il mangiare sanza voglia fia dannoso alla salute, così lo studio sanza desiderio guasta la memoria, e no’ ritiene cosa ch'ella pigli” *Leonardo da Vinci*

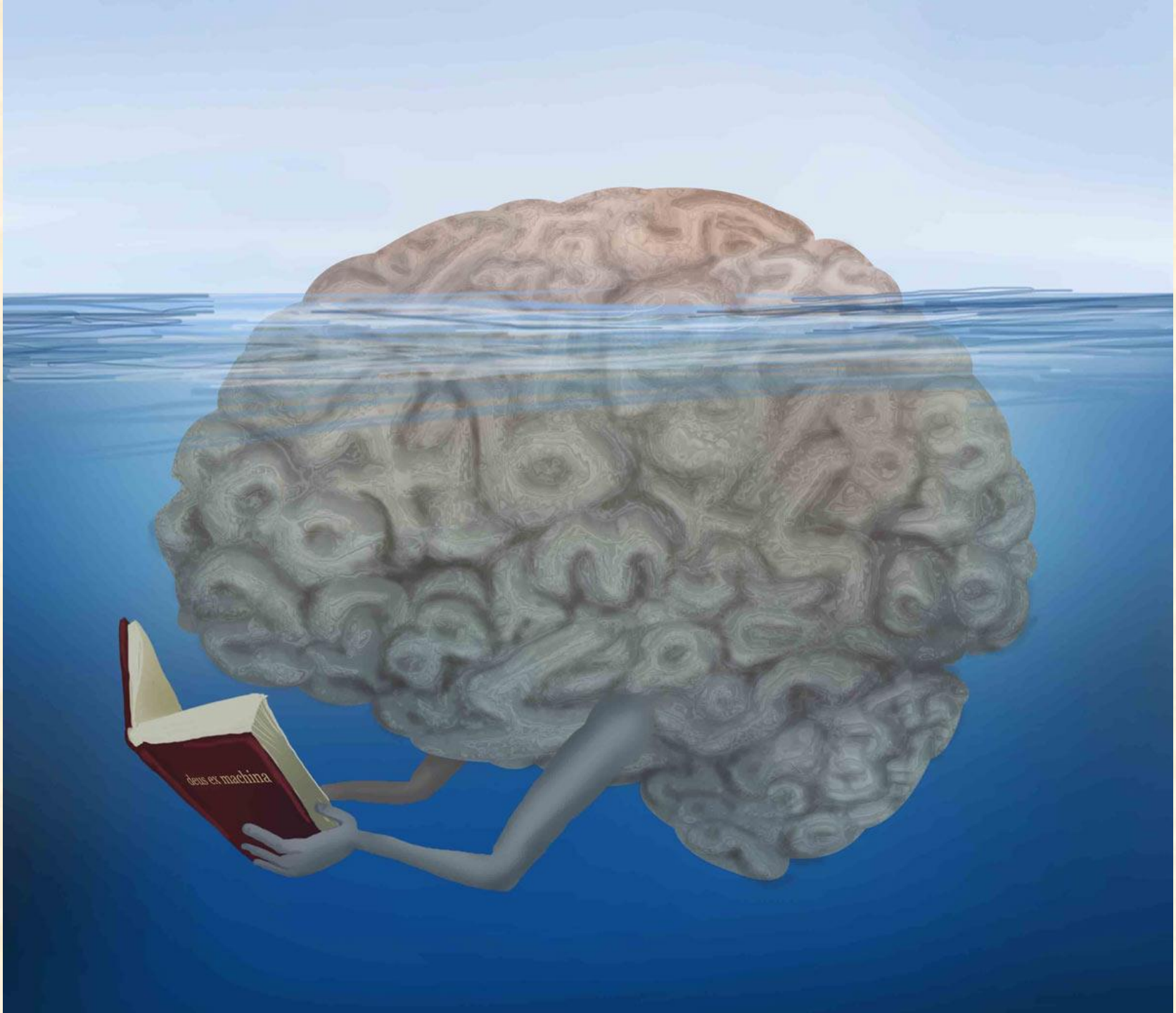
“Ma, si dice, la memoria diminuisce! Lo credo, se non la eserciti” *Cicerone*

“Non esistono occhiali per la memoria stanca” *Javier Marìas*

“Si deve cominciare a perdere la memoria, anche solo brandelli di ricordi, per capire che in essa consiste la nostra vita. Senza la memoria la vita non è vita. La nostra memoria è la nostra coerenza, la nostra ragione, il nostro sentimento, persino il nostro agire”

“Ognuno di noi ha una propria storia di ciò che ha vissuto, un racconto interiore, la cui continuità, il cui senso è la nostra vita. Si potrebbe dire che ognuno di noi costruisce e vive un racconto, e che questo racconto corrisponde a noi stessi, è noi stessi, la nostra identità. Per essere noi stessi, dobbiamo avere noi stessi, possedere, se necessario ripossedere, la storia del nostro vissuto. Dobbiamo ripetere noi stessi, nel senso etimologico del termine, rievocare il dramma interiore, il racconto di noi stessi. L’essere umano ha bisogno di questo racconto, di un racconto interiore continuo, per conservare (*e sviluppare*) la sua identità, il suo sé”

Oliver Sacks


deus ex machina

DEMENZA E SCHIZOFRENIA destino comune

Demenza precox, Morel, 1860

Demenza precox, Kraepelin, 1898

Schizofrenia, Bleuler, 1911

Donne e uomini condannati a un destino svuotato di significati (Ploton, 2003)

Cure giuste e diagnosi sbagliate?

Chronic Schizophrenia, T. Freeman, J.L. Cameron, A. McGhie, 1958

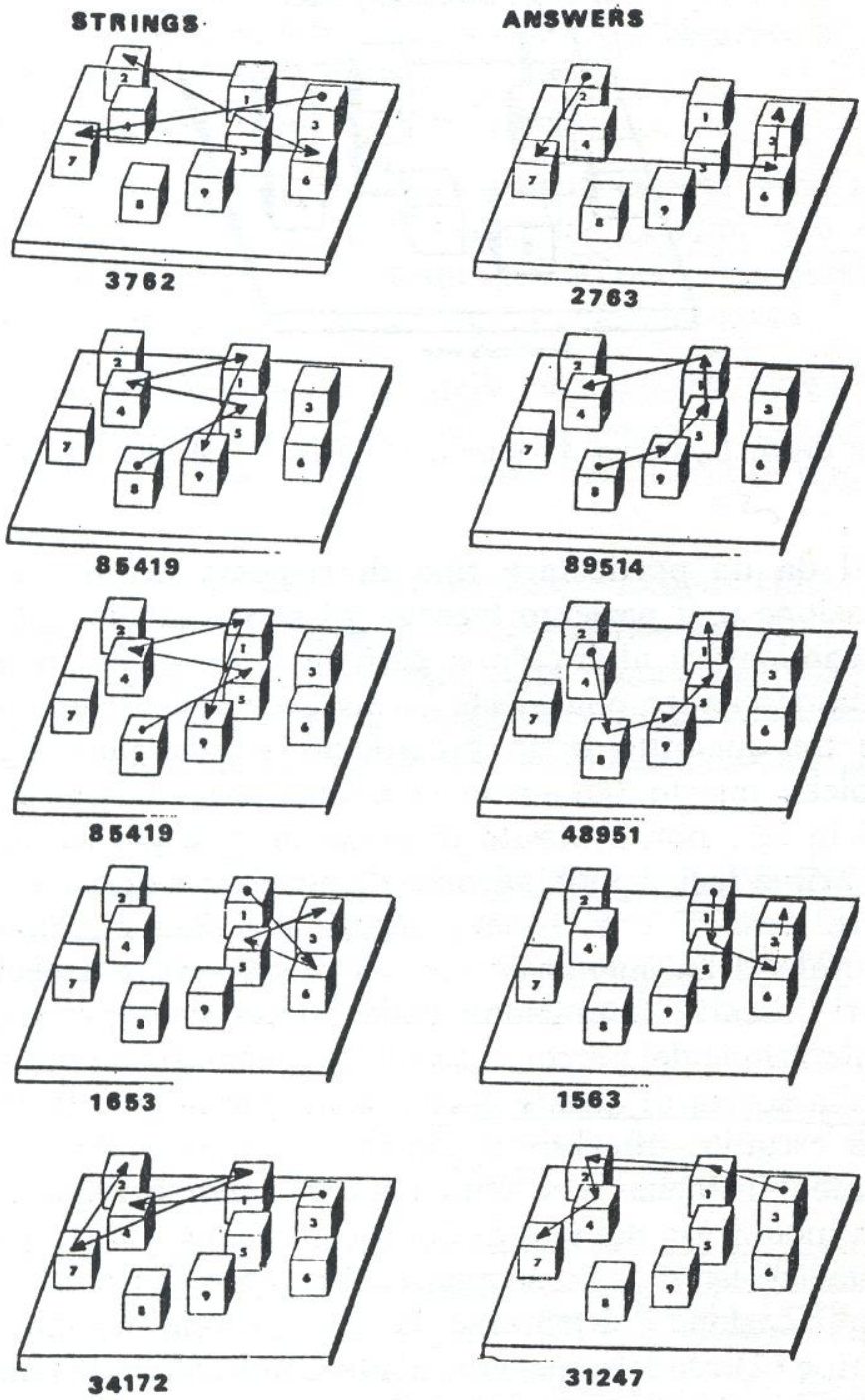
Riadattamenti continui e non risposte anomale

RETROGENESI (Reisberg, 1982)

Il fenomeno del “closing in”

Analogie nelle fasi iniziali dell’evoluzione e in quelle terminali della demenza

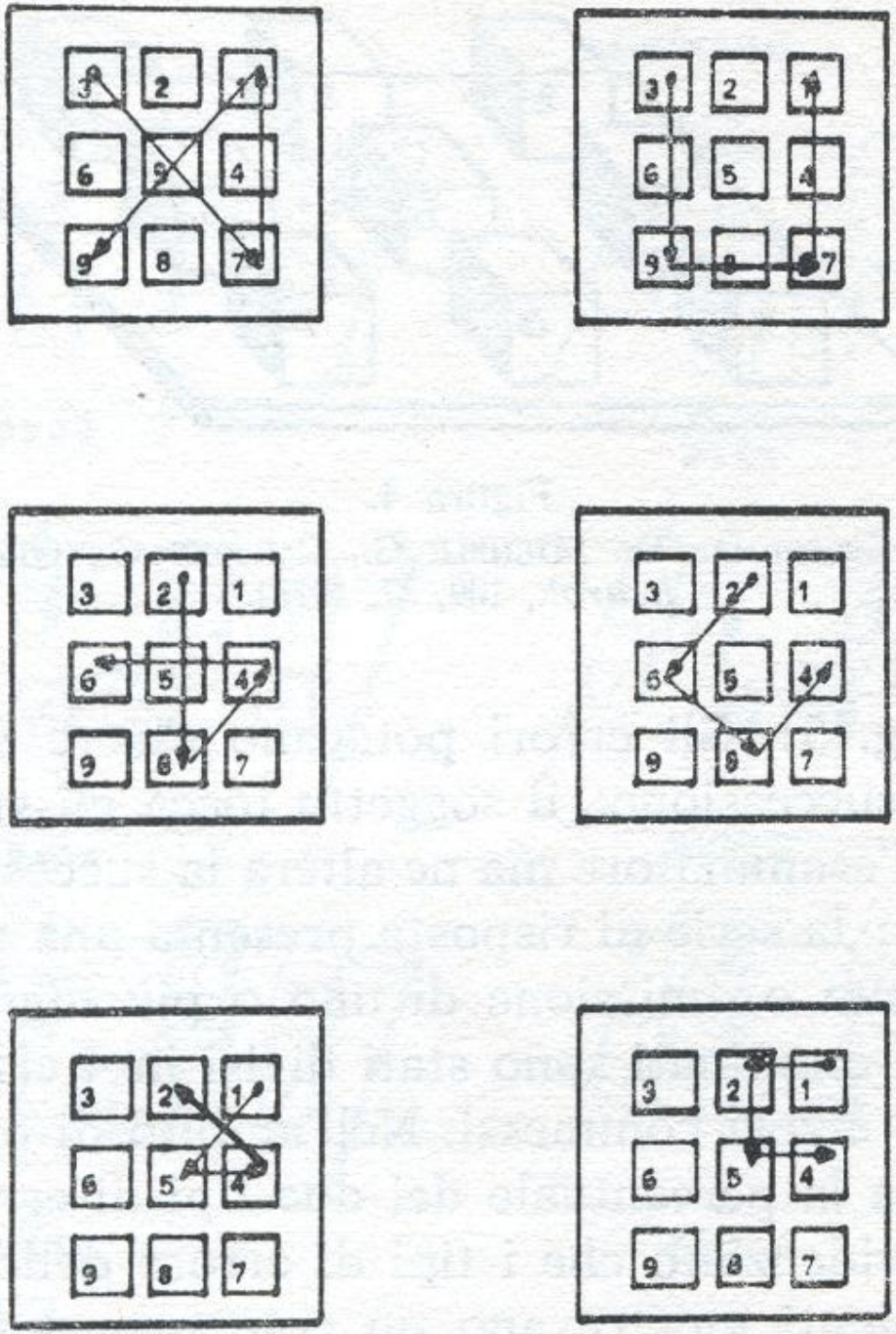
Dissoluzione della psicomotricità



Semplificazione

Nella colonna di sinistra l'esaminatore traccia una linea che collega dei cubetti e chiede alla persona demente di riprodurre la stessa cosa a destra.

La persona con demenza comprende a suo modo, come può, attraverso un'organizzazione mentale differente, mediante un differente *livello di coscienza e di pensiero creativo*, ma comprende.



Semplificazione

La persona con demenza semplifica il tracciato; traduce gli stimoli in risposte essenziali. Disegna un percorso differente, semplificato; *più o meno creativo*?

La Scuola anglosassone studia la demenza a partire dai deficit funzionali rilevati da vari test neuropsicologici

La scuola di Ginevra (riferendosi a Piaget) considera la demenza come un processo involutivo lungo il corso del quale vengono meno le organizzazioni più differenziate del pensiero e riemergono i livelli operazionali evidenziabili durante lo sviluppo del bambino

Stretto parallelismo fra evoluzione infantile ed involuzione demenziale

Riadattamento cognitivo - Riorganizzazione di un nuovo equilibrio

“I fenomeni che caratterizzano lo sviluppo e l’invecchiamento si collegano tanto strettamente che il separarli risulterebbe artificioso”, *Marcello Cesa-Bianchi*

DEMENZA: minus o plus?

Il cervello non è più quello di prima

La persona non è più quella di prima

La relazione non è più quella di prima

La storia è quella passata? o quella che inizia?

“Non riesco proprio a conversare bene e questo è molto limitante (…) Le parole si confondono facilmente fra loro e quando non trovo una parola provo un senso di frustrazione. Ogni volta che sto conversando con qualcuno c’è sempre una parola che non riesco a ricordare. E allora impreco”, *C.S. Henderson*

Conversazionalismo, motivo narrativo, parole felici - G. Lai, P. Vigorelli

CARATTERISTICHE DELLA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA

- Sofferenza
- Espressività emotiva e comportamentale
- Comunicazione di un bisogno
- Comunicazione non verbale
- Incapacità di essere diverso da come è
- Incapacità alla modifica spontanea, volontaria
- Assenza di simulazione
- Necessità di essere aiutato, compreso

PREGIUDIZI

- INCAPACE DI COMUNICARE
- INACAPACE DI UNA RELAZIONE
- NON IN GRADO DI RICORDARE
- NON IN GRADO DI COMPRENDERE
- PRIVO DI EMOZIONI E SENTIMENTI
- PRIVO DI INTENZIONI E DI SENSO
- INSENSIBILE, INANIMATO
- INUTILE

LINGUAGGIO E COMUNICAZIONE

- Il Malato d'Alzheimer (MA) compone normalmente le frasi (soggetto, verbo, complemento).
- Il liguaggio progressivamente si impoverisce:
- Errori nelle parole;
- Anomie, afasie (ricorso a perifrasi);
- Nel lungo periodo:
    - Egli sa ciò che vuole dire, ma non riesce a farlo;
    - Può comprendere i messaggi verbali;

Il pensiero progressivamente si svuota:

- Perdita del discorso interiore;
- Riduzione (e assenza) di immagini mentali;
- Sensazioni di vuoto del pensiero

Il deficit si presenta in modo variabile fra un malato e un altro; Certi malati sono consapevoli delle loro afasie (e delle loro anmesie), altri non sembrano averne coscienza.

Comunicazione non-verbale

Il primo assioma ‘metacomunicazionale’ della pragmatica della comunicazione sostiene che non si può non comunicare

- Aspetto fisico
- Modo di camminare e di muoversi
- Gestualità e postura

Quali immagini evoca il corpo, la figura di una persona affetta da demenza?

- Posizione nello spazio relazionale (prossemica)
- Contatto fisico (psicosensorialità)
- Mimica - Sguardo - Contatto oculare
- Sorriso, pianto, sussurro (emotività)
- Silenzio

COMPRENSIONE

La comprensione dell'anziano disabile (persona con demenza) è fondamentale per la cura e la riabilitazione

La possibilità di comprendere globalmente una persona rappresenta un modo per superare schemi prestabiliti, caratteristiche e condizioni

La possibilità di farsi capire permette di costruire e mantenere un legame significativo, affettivo, 'vitale', indispensabile per ogni processo assistenziale, terapeutico o riabilitativo

Comunicazione non verbale

Relazione con chi è colpito da demenza: **la ricerca di un senso**

Sensibilità nell'ascolto e nella comunicazione

Sentimenti ed emozioni - Senso e significato relazionali

Che cosa ci dicono le forme? Quale 'transizione' rappresentano? E quali messaggi, contenuti trasmettono? Quali immagini si hanno di un anziano disabile, di una persona con demenza?

Oltre le caratteristiche fisiche, le apparenze

MODALITA' RELAZIONALI (1)

I rapporti che si stabiliscono nei confronti di una persona sono generalmente influenzate da quanto, consapevolmente o inconsapevolmente, si percepisce e si pensa di lei.

Il comportamento riflette idee, intenzioni e sentimenti.

Se si ritiene che il demente sia inutile o incapace ne seguirà generalmente una reazione verbale e soprattutto non-verbale, coerente con tale concezione.

Le persone fragili tendono ad assimilare e subire con più facilità gli atteggiamenti degli altri e talvolta trovano conferme ai dubbi, debolezze e disistima di sé.

MODALITA' RELAZIONALI (2)

Il malato è in grado, anche nelle fasi molto avanzate della malattia, di cogliere il significato delle situazioni e delle interazioni con gli altri.

La madre affetta da demenza, mentre attende la figlia, afferma, spesso più volte, che sta aspettando la propria madre (arriva la mamma!, arriva la mamma!) ed in tal modo chiama e saluta la figlia che la accarezza, la veste, la lava, la pettina, l'aiuta ad alimentarsi, la accudisce, le *fa da mamma*.

La signora colpita da demenza non riconosce la propria figlia come tale, poiché il declino cognitivo ha compromesso le capacità gnosiche, di riconoscimento del volto (prosopoagnosia), ma sa comprendere senso e significato della relazione, ha perso la funzione cognitiva, ma conserva, generalmente con maggior sensibilità, la funzione affettiva.

MODALITA' RELAZIONALI (3)

Una signora con grave demenza, ricoverata in RSA assiste alla conversazione fra suo figlio ed uno psicologo; ad un certo punto il figlio le chiede: "Mamma tu sai chi è questo signore, indicando lo psicologo"; la madre alza la testa, rimane con lo sguardo fisso verso l'alto e non risponde; si parla d'altro, qualche minuto dopo il figlio ripete la stessa domanda e la madre questa volta abbassa la testa e dice: "*Certamente, so chi è, ma sono io che non so più chi sono*".

"*Ma i dolori fanno perdere la memoria*?" una signora con grave demenza, con un basso livello di scolarità, che elabora un concetto di psicologia dinamica (la rimozione)

"*Non capisco quello che dite, ma sento quello che provate*"

Le espressioni dei malati possono rappresentare importanti chiavi di lettura della demenza in cui si evidenzia la dicotomia fra il registro cognitivo e quello affettivo.

Tutto il giorno la signora era agitata, girovagava continuamente nei corridoi del reparto in cui era ricoverata, sempre in apprensione, sudata, ansimante; spesso la figlia la seguiva per controllarla, tranquillizzarla, accompagnarla.
Con grande fatica si riusciva ad assicurare un'adeguata alimentazione.
La situazione appariva veramente difficile e preoccupante.
Gli operatori socio-sanitari, la figlia, la direzione della struttura, la paziente erano alquanto affaticati, esasperati. Non sapevano più cosa fare per aiutare e contenere il disturbo della signora.
Che cosa si può fare, si chiedevano tutti? La domanda venne rivolta unanimamente allo psicologo della residenza.
Al momento nemmeno lui sapeva quale intervento proporre. L'osservazione della paziente nel suo girovagare, soprattutto la sua espressione sofferente, angosciata, gli evocò l'immagine di un bambino che perde la propria mamma al supermercato: il bambino si spaventa, si angoscia, si sente perduto, smarrito, cerca disperatamente fra uno scaffale e l'altro, fra un corridoio e l'altro, non ha più il suo punto di riferimento, la sua sicurezza.

Lo psicologo decide di seguire e parlare con la paziente durante il suo vagabondaggio, il suo wandering, per diversi giorni.
Qualche settimana dopo sembrano intravedersi i primi segnali del lavoro svolto.
La signora pare esprimere per la prima volta un certo interesse per chi la segue e le parla in modo costante; sembra attendere il suo interlocutore, si dirige verso di lui, lo guarda in volto, si ferma per un istante e passa oltre.
Un giorno, si ferma ed appoggia il suo viso sulla spalla dello psicologo e piange a dirotto.
Le settimane successive la paziente lo aspetta, gli si avvicina, lo prende sottobraccio e lo segue; ora è la signora ad accompagnare, a seguire lo psicologo; i ruoli si sono invertiti.
Sei mesi dopo, la paziente trascorre i pomeriggi a guardare la televisione, a partecipare alle proposte ricreative con gli altri ospiti.
Nei mesi successivi lo psicologo e gli operatori socio-sanitari scoprono la sua voce e ciò che esprime.
Prima camminava in continuazione e non comunicava verbalmente, ora rimaneva seduta e parlava.

Un giorno la figlia chiede un colloquio con lo psicologo e lo informa piangendo che è costretta, per ragioni economiche, a trasferire la madre in un'altra struttura geriatrica.
Il giorno della dimissione la signora appare tranquilla, un po' triste, ma rassegnata. Accoglie lo psicologo con un cenno della testa e poi gli allunga la mano per salutarlo.

Ma il racconto non termina qui.

Lo psicologo teneva corsi di aggiornamento in varie sedi. Un giorno, guardando dalla finestra dell'aula, chiede ai suoi studenti che incontrava da circa due mesi, che tipo di edificio fosse quello vicino alla scuola. Gli rispondono che si tratta di una casa di riposo.
Da due mesi lo psicologo passava davanti al cancello di quell'edificio.
Terminata la lezione, saluta gli studenti, esce dall'istituto e ripassa davanti al cancello, sente dei passi in corsa, si gira e vede quella paziente afferrare le sbarre del cancello e gridare: dottore! dottore! Dopo circa sei mesi, aveva riconosciuto lo psicologo, per strada, senza camice.

FAMIGLIA DELLA PERSONA CON DEMENZA

REAZIONI NEGATIVE POSSIBILI:

- Negazione, Rifiuto
- Paura, Angoscia
- Smarrimento
- Rabbia, Senso di ingiustizia
- Impotenza
- Senso di colpa
- Disperazione
- Imbarazzo
- Vergogna
- Depressione
- Vuoto
- Inadeguatezza (anche grave)

ROTTURA DELL'EQUILIBRIO FAMILIARE
QUASI SEMPRE UNA FIGLIA SI OCCUPA DELL'ASSISTENZA

CONSIGLI PER FAMILIARI ED OPERATORI (1)

- Controproducente aggredire il paziente

- Parlare pacatamente e ripetere, se necessario

- Il malato deve essere costantemente tutelato per evitare che arrechi danno a se stesso

- La persona affetta da demenza non è pericolosa per gli altri, ma per sé, se lasciata sola: agli esordi della malattia, i vissuti depressivi possono complicarsi e sfociare in gesti autolesivi, anche gravi; in casa può dimenticare il gas aperto, se esce può smarrirsi; nelle fasi avanzate può ingerire inconsapevolmente sostanze nocive, reperite casualmente

- Non sostituirsi al paziente, ma sollecitarlo a prendersi cura di sé, ad essere il più possibile autonomo

- Non sostituirsi ai familiari in mansioni con le quali si sentono utili e possono attenuare eventuali sensi di colpa (problema/risorsa)

CONSIGLI PER FAMILIARI ED OPERATORI (2)

- proporre al malato compiti semplici, incoraggiarlo a svolgerli

- elogiare ogni sua piccola conquista; mantenere orari e riferimenti stabili; il demente è particolarmente sensibile ai cambiamenti

- informare sempre il paziente di eventuali mutamenti

- ponderare e mantenere le promesse, anche perché non è sempre vero che il malato dimentica

- evitare le discussioni, puntando sulla possibile distraibilità della persona demente

- stimolare la curiosità e la cura di sé

CONSIGLI PER FAMILIARI ED OPERATORI (3)

- verificare e possibilmente eludere la presenza di potenziali pericoli: tappeti, moquette, pavimenti scivolosi, gradini (o altri dislivelli), spigoli, sporgenze varie

- prevedere percorsi facilitanti, orientativi (colori tenui)

- controllare gli ausili percettivi (occhiali, apparecchi acustici) e le protesi dentarie

- prestare attenzione alla comunicazione non-verbale, propria e del paziente

- considerare i limiti dei farmaci *anti-demenza*

- sapere che la malattia è grave ed ha un andamento progressivo

- valutare in certi casi un'eventuale interdizione;

- considerare alcuni interventi terapeutici, di sostegno

“Trovarsi davanti a un pazzo sapete che significa? trovarsi davanti a uno che vi scrolla dalle fondamenta tutto quanto avete costruito in voi, attorno a voi, la logica di tutte le vostre costruzioni”

Luigi Pirandello, *Enrico IV*

L'EMOTIVITA' DEI CURANTI

ASCOLTO, COMPRENSIONE, SINTONIA ED EMPATIA

"Comprendere dunque e *comprendere* sono due cose diverse",
Søren Aabye Kierkegaard

"Abbiamo acquisito la consapevolezza della 'controtraslazione' che insorge nel medico per l'influsso del paziente sui suoi sentimenti inconsci, e non siamo lungi dal pretendere che il medico debba riconoscere in sé questa controtraslazione e padroneggiarla",
S. Freud (1910)

"Tutta la gamma di emozioni - dall'odio all'amore - deve essere a disposizione dello psichiatra e applicata in rapporto alle esigenze momentanee del paziente", *K.R. Eissler* (1943)

"Homo sum: nihil humani a me alienum puto", *Publio Terenzio Afro*

INIBIZIONE DEL PENSIERO

La persona con demenza ci pone, suo malgrado, in difficoltà a formulare e a sviluppare un pensiero valido, efficace (alterazione della nostra capacità di pensare) tramite: le sue continue domande, le sue parole talvolta incomprensibili, le grida, il vagabondare, l'aggressività, i comportamenti bizzarri, la confusione, l'assenza di feed-back, i deliri (tutte possibili strategie, modalità difensive per contenere lo smarrimento, il vuoto, l'angoscia).

Sono modalità utilizzate in mancanza di alternative - di qualcosa di meglio e di più appropriato - per gestire lo spazio relazionale, ambientale; il malato è troppo fragile e sguarnito per controllare le proprie emozioni in modo ottimale, per esprimerle verbalmente, per consentire una possibile elaborazione mentale (associazioni di idee, rappresentazioni, attivazione dell'immaginario, etc.).

RISONANZA AFFETTIVA

Quali emozioni, stati d'animo, sentimenti?

- Individuali
- Gruppali
- Ambientali

Quale spazio emotivo?

Quali sviluppi?

Che cosa provo e che cosa ne faccio di ciò che provo e di ciò che proviamo?

Il registro emotivo come sismografo della relazione

Non ci sarà mai un paziente uguale ad un altro

Siamo unici e irripetibili, sempre

Siamo sempre noi, fra luci e ombre

Concezione olistica

“E’ un errore assai diffuso fra gli esseri umani quello di intraprendere separatamente la cura del corpo e la cura dell’anima”, *Platone*

Medico ipse farmacum

Quale dosaggio? Quali effetti collaterali?

DECLINO COGNITIVO (1)

- Quale idea della demenza? Quali sentimenti?

- Cambiare il modo di pensare e descrivere la demenza e la persona con demenza

- “Vedere attraverso gli occhi del paziente” *L. Nissim-Momigliano*

- E’ un azzardo immedesimarsi nella condizione - emotiva, esistenziale - di una persona demente?

- Conoscerne il vissuto. E chi lo può rivelare, se non lo stesso interprete

- Spesso appaiono estranei a loro stessi

- Non sono persone svuotate di significati e di destino

- Comunicano, esprimono emozioni e desideri, pensano, ricordano, interagiscono

DECLINO COGNITIVO (2)

- Se la persona con demenza migliora è sbagliata la diagnosi
- Lutto bianco
- Il tempo appare ‘congelato’
- Demenza e contesto relazionale
- Rotazione familiare del sintomo (Ploton, 2001)
- La figlia come caregiver privilegiato (Simeone, 2001)
- Enigma clinico, culturale, esistenziale, relazionale
- Meno si sa e più c’è da fare
- Quali interventi? Quale psicoterapia?

INTERVENTI POSSIBILI (1)

- attività psicomotorie e ricreative
- terapia occupazionale
- socioterapia, musicoterapia, teatroterapia
- laboratori artigianali e artistici
- ROT: terapia di orientamento e confronto con la realtà
- memory training e terapia della reminiscenza: esercizi di memoria e recupero di ricordi e esperienze
- tecnica di spaced-retrieval: recupero di una stessa informazione a intervalli crescenti
- subjetct performed task: espressioni verbali combinate con l'azione corrispondente
- terapia della rimotivazione: riscoperta di interessi e obiettivi

INTERVENTI POSSIBILI (2)

- tecniche di mediazione corporea; stimolazione psicosensoriale
- terapia della bambola
- validation therapy: legittimazione, conferma, riconoscimento, rispetto delle emozioni e dei sentimenti espressi dal demente
- gentle care: supporto protesico al malato nelle sue varie esigenze
- conversazionalismo; approccio capacitante
- pet therapy: compagnia di animali domestici
- **programma personalizzato**
- **clima relazionale e comunicativo**
- milieu therapy
- strutturazione di un ambiente di vita
- psicoterapie

“Tutto nel mondo sta dando risposte, quel che tarda è il tempo delle domande”, *José Saramago*

QUALE IDEA ABBIAMO DELLA VECCHIAIA, DELLA DISABILITA’, DELLA DEMENZA, DELLA PERSONA DEMENTE?

“E’ più facile spezzare un atomo che un pregiudizio”, *Albert Einstein*

“Il vero viaggio di scoperta non consiste nel cercare nuove terre, ma nell’avere nuovi occhi”, *Marcel Proust*

“Una delle qualità più essenziali del clinico è la sua umanità. Il segreto del curare consiste nell’aver cura del paziente”

Francis Weld Peabody

“La vita conserva un valore finché si dà valore a quella degli altri, attraverso l’amore, l’amicizia, l’indignazione, la compassione”,

Simone de Beauvoir