

DISTURBI COMPORTAMENTALI NEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA¹

La scarsa capacità di comprendere e dare corretto significato alle informazioni determina, nei pazienti affetti da demenza, una scorretta interpretazione degli stimoli esterni (in generale eventi e situazioni) e un'errata attribuzione emozionale agli stessi stimoli. Succede spesso, così, che pazienti dementi attribuiscono particolari emozioni anche quelle situazioni che noi definiremmo neutre, o alle quali risponderemmo con risposte quasi automatiche. Se una persona non è in grado di percepire e comprendere pienamente una situazione, o se non riesce a dare il corretto senso ad un ambiente, essa avrà anche un'alterazione sul piano emotivo e, di conseguenza, cambierà il suo comportamento.

Per utilizzare un esempio che meglio faccia comprendere quanto appena detto, immaginiamo di camminare, di notte, in un vicolo in cui vi è anche una nebbia fitta. Ad un certo momento sentiamo dietro di noi dei passi senza riuscire bene a vedere chi sia. Probabilmente inizieremo ad entrare in uno stato di allerta: il cuore aumenterà la frequenza dei suoi battiti, affretteremo il passo e inizieremo a girarci sempre più spesso, cominceremo a sudare e, forse, a sentire un tremolio a mani e piedi. In questa situazione il nostro corpo, i nostri sensi e, soprattutto, il nostro cervello, cercheranno di trovare una soluzione, cercheranno di capire prima di tutto se si tratta di una situazione pericolosa o se non succederà nulla.

Seguendo la metafora, è come se il paziente demente sia perennemente nella nebbia, è sempre nella situazione di non sapere quale significato attribuire ad una situazione che sta vivendo; non solo, se e quando riesce a farlo, il deficit di memoria potrebbe impedirgli di ricordarlo! Il sistema di allerta quindi potrebbe continuare ad attivarsi e disattivarsi senza una strategia precisa. Infine, occorre considerare anche che il tutto è aggravato da una alterazione della regolazione interna, che spesso non permette di regolare il bisogno di cibo, sonno, caldo e freddo.

Le categorie dei disturbi comportamentali che si presentano più di frequente nella demenza sono l'alterazione della percezione, del contenuto del pensiero, dell'umore e del comportamento:

- Disorientamento
- Aggressività
- Allucinazioni e deliri
- Irritabilità, agitazione e nervosismo
- Eccessivo attaccamento, ripetitività
- Disturbi dell'umore
- Disinibizione
- Disturbi del comportamento alimentare, di quello motorio e del sonno

¹ Tratto da Bianchin L., Faggian S., *“Guida alla valutazione e al trattamento delle demenze nell'anziano – Strumenti e tecniche per l'operatore”*, Franco Angeli, Milano 2006

Prima di descrivere in modo dettagliato i singoli disturbi comportamentali è opportuno segnalare che, in linea generale, è molto difficile trattarli e che sarebbe meglio lavorare per prevenirli.

Inoltre, bisogna ricordare che oltre ad essere dei sintomi di particolari patologie i disturbi comportamentali esprimono sempre un disagio del paziente: in quel preciso momento e in quel preciso luogo il paziente è disturbato da qualcosa a cui non riesce a dare un significato; l'unico modo che ha di esprimere il suo disagio è quello di usare una forma molto primitiva di comunicazione, quella emotiva che agisce proprio quando la persona non è più in grado di usare la logica, la razionalità per dare spiegazione funzionale ed adattiva ad un problema. Lui non è in grado, ma chi lo assiste sì! È quindi un preciso dovere dell'operatore, per quanto possibile, cercare di risolvere il problema del paziente.

Per gestire al meglio un qualsiasi disturbo comportamentale esistono delle buone regole da rispettare che aiutano il paziente a superare il momento di crisi.

1. È importante cercare di osservare che cosa sta succedendo. Osservare quindi il paziente, i suoi movimenti, di cosa parla o cosa fa.
2. Cercare di mettersi nei suoi panni: se fossi al suo posto perché mi comporterei così?

Disorientamento

Il disorientamento è spesso uno dei primi sintomi della malattia e rappresenta uno dei maggiori disturbi per i pazienti stessi, nel senso che determina uno dei maggiori punti di difficoltà (soprattutto negli stadi lievi della malattia): il non saper riconoscere il luogo in cui ci si trova e di non sapere che giorno, mese e anno sia, sono una fonte di forte preoccupazione.

Dopo aver rassicurato il paziente è utile cercare di aiutarlo a capire il tempo (magari con l'aiuto di calendari e orologi), ripetendogli la data e l'ora e il luogo.

Aggressività

Può essere verbale o fisica. Generalmente è rivolta verso il *caregiver* (soprattutto se non è abituale). Le persone affette da demenza mostrano molta forza: tuttavia questa non riesce ad essere né coordinata né finalizzata, è quindi opportuno evitare di spaventarsi e rimanere controllati, avere una voce calma. Di fondamentale importanza è anche pensare alla propria incolumità, non mettendosi in situazioni senza via di uscita.

Mentre si cerca di valutare la situazione è utile cercare di tranquillizzare e rassicurare la persona.

È importante sapere che l'aggressività non è intenzionale e consapevole ma è frutto di una errata valutazione a causa dei deficit e tenere presente che le reazioni aggressive esprimono paura, confusione, disagio ed incomprensione.

La prima cosa da fare è cercare di individuare la causa scatenante ma non è sempre possibile. Utile risulta anche orientare il paziente nel tempo e nello spazio cercando di diminuire la confusione.

COMPORAMENTI DA EVITARE	COMPORAMENTI DA SEGUIRE
Non avere un atteggiamento di confronto sullo stesso piano dell'anziano, atteggiamenti di sfida	Mantenere tranquillità
Non considerare l'aggressione fisica o verbale un'offesa personale	Rispettare il loro "spazio personale" Tenere una distanza di sicurezza.
Non alzare la voce.	Parlare con tono pacato facendo capire alla persona che non le si farà del male.
Non tentare di spingere via la persona confusa o di mettere in atto un'altra forma di contatto fisico in quanto può essere male interpretato.	Se è possibile, chiedere alle altre persone di ritirarsi e di non interferire.
Non avvicinare la persona da dietro, né con richiami contemporanei di più membri dello staff.	Chiedere alla persona che cosa la turba: cercare di identificare le ragioni del suo comportamento aggressivo (ASCOLTARE, solo dopo rispondere)
Non voler calmare a tutti i costi.	Prevedere alternative al comportamento o distrarre l'attenzione della persona
Non costringere in un angolo una persona confusa perché può far insorgere sentimenti di minaccia e di allarme	Ascoltare le lagnanze, essere flessibili e ricettivi, non rigidi né rifiutanti
Non usare mezzi di contenzione	
Non mostrare paura, timore, ansia che possono spingere l'anziano confuso ad essere ancora più agitato e violento.	

Allucinazioni e deliri

Le allucinazioni sono percezioni sensoriali non corrispondenti alla reale presenza di un oggetto esterno, il paziente ritiene questi fenomeni corrispondenti alla realtà: vede/sente qualcuno/qualcosa con il quale spesso interagisce (vede, ad esempio, un marziano che è lì in quel momento e reagisce con paura o sorpresa come se effettivamente gli extraterrestri fossero sbarcati sulla terra). Il malato si può disporre emotivamente in sintonia col contenuto di queste esperienze, e non della realtà circostante, ed è molto difficile modificare la sua convinzione se egli stesso non ha consapevolezza della alterazione della sua percezione. In questi casi spesso è inutile contrastarla e, come per l'aggressività, è inutile cercare di modificare convinzioni erranee: non si tratta di essere d'accordo o meno su un argomento di carattere generale, ma di un disturbo comportamentale e discuterne potrebbe far aumentare l'angoscia e il disorientamento del soggetto. Occorre aiutare il paziente a superare gli stati di angoscia e ad aggrapparsi alle funzioni residue per aumentare il contatto con la realtà del momento. In questo senso sembra utile utilizzare anche gli elementi delle allucinazioni o dei deliri per

aiutarlo a esprimere il problema e iniziare ad elaborarlo. Questo non significa che bisogna entrare nel comportamento allucinatorio, facendo finta di sentire o vedere quello che sta vedendo o sentendo il paziente: niente di più sbagliato.

Quando invece il paziente ha consapevolezza della presenza di un'allucinazione questa può provocare angoscia ed è quindi opportuno aiutare il paziente a superare la situazione rendendo la cosa accettabile come fenomeno dell'invecchiamento e spostando l'attenzione ad altre aree di funzionamento più integre, valorizzandole.

Deliri

Nel caso dei deliri, invece, il paziente è convinto di cose che non sono vere, ma la percezione non è relativa a quel momento (la persona è convinta che i marziani vivano a casa sua ma non li ha mai visti. Non è possibile convincere il paziente della loro falsità. Il carattere di immodificabilità è ciò che caratterizza il delirio.

Di fronte all'anziano delirante si riscontrano sostanzialmente due tipi di atteggiamento:

1. quello di rifiuto: con conseguente abbandono ed isolamento a causa del timore dell'ambiente circostante che non riesce a creare una barriera di contenimento al delirio;
2. l'estrema disponibilità a soddisfare i bisogni dell'anziano colludendo con il delirio che rischierà di diventare sempre più inattaccabile.

La soluzione ottimale sta nel mezzo: non negare i bisogni di rassicurazione dell'anziano ma stimolare l'autonomia personale e la capacità critica al fine di riportare l'anziano alla realtà quotidiana senza traumi.

Irritabilità, ripetitività, eccessivo attaccamento

Anche in questo caso è utile rimanere calmi e rassicurare il paziente, cercando di orientarlo nello spazio e nel tempo. Risulta utile, in genere per tutti gli anziani, indirizzare l'attenzione e l'attivazione verso qualcosa di utile da fare: piegare indumenti, mandarlo a prendere un bicchiere d'acqua, fargli preparare la tavola per una sola persona. Le cose da far fare ad una persona con demenza devono essere semplici e occorre essere sicuri che siano in grado di farle: in caso contrario probabilmente aumenteremmo angoscia, ansia e disorientamento. E' inoltre importante modificare i propri comportamenti in modo che non appaiono minacciosi, impositivi e non contraddittori.

Per quanto riguarda la ripetitività e l'eccessivo attaccamento bisogna dire che ripetere continuamente le stesse frasi e le stesse domande o fare "l'ombra" delle persone che prestano assistenza dipende dalla malattia. L'atteggiamento migliore sembra essere quello di continuare a rispondere alle domande e alle richieste del paziente, magari cercando di utilizzare un sano umorismo che permetta di sdrammatizzare le emozioni negative di chi accudisce.

Disturbi dell'umore

Per disturbi dell'umore ci si riferisce principalmente a depressione e apatia, che per prima cosa vanno accuratamente distinte, per una loro corretta gestione. Spesso, anche se il paziente non è consapevole della sua malattia, percepisce comunque i propri insuccessi e che qualcosa è cambiato rispetto ad una volta. Questo, di conseguenza, procura frustrazione, angoscia e flessione dell'umore e/o ansia. E' necessario rassicurare il paziente sulla possibilità di compiere degli errori e di non essere più "funzionale" come prima: puntare all'opportunità di far riposare il corpo e la possibilità di essere ancora utile per sé e per gli altri, sono ristrutturazioni che possono funzionare nell'immediato, con i pazienti. E' necessario assumere un atteggiamento di comprensione, per permettere al paziente di aprirsi. Anche in questo caso vale l'opportunità di impiegare il paziente in attività che lo mantengano occupato, facendolo sentire utile, fermo restando che sia qualcosa in cui il paziente possa senz'ombra di dubbio riuscire: anche il più piccolo insuccesso potrebbe essere deleterio per il suo umore.

Disinibizione

Per disinibizione si intende la perdita della capacità di controllare gli impulsi o la diminuita capacità di evitare di dire o fare cose socialmente inopportune. Questa mancanza di freni inibitori si può manifestare anche nel linguaggio come logorrea (eccesso di produzione verbale non adeguato alla situazione). In generale non bisogna compiacersi o incentivare il comportamento del paziente, ma occorre comunque comprendere che non è un "maleducato" ma una persona malata.

Disturbi del comportamento alimentare

Per prima cosa occorre ricordare che i pazienti con demenza amano le abitudini, anche per quanto riguarda l'alimentazione: il mantenimento di orari fissi e di regole che possono contenere l'ansia. Sarà importante allora rispettare gli orari di somministrazione dei pasti. Inoltre, visto che uno degli obiettivi principali della cura in RSA è quello di mantenere il più a lungo possibile le autonomie residue, la cosa importante per i pazienti – da far comprendere anche ai familiari – non è il rispetto del galateo a tavola, ma l'indipendenza: anche se il paziente mangia con le mani o si sporca facilmente non importa. Meglio che si sporchi un po' o che ci metta dieci minuti in più, rispetto a quanto ci metterebbe se lo aiutassimo, piuttosto che perdere del tutto un'altra abilità.