

DISTURBI COMPORTAMENTALI NELLA PERSONA CON DEMENZA

Antonio Nieddu
Geriatra

The global impact of dementia

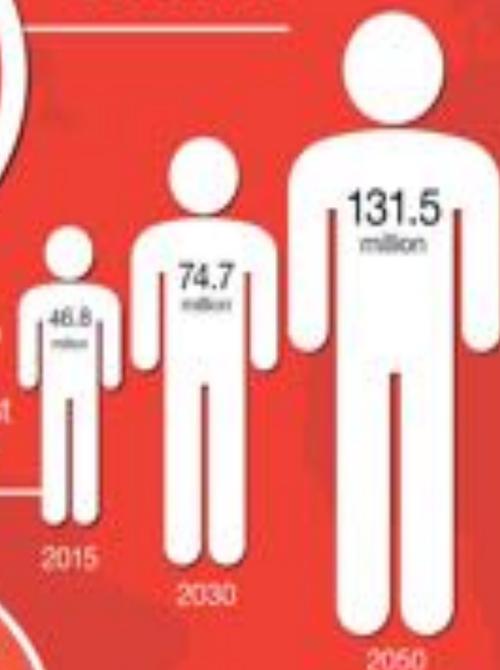
Around the world, there will be 9.9 million new cases of dementia in 2015.

one every
3 seconds



46.8 million people worldwide are living with dementia in 2015.

This number will almost double every 20 years.



Much of the increase will take place in low and middle income countries (LMICs): in 2015, 58% of all people with dementia live in LMICs, rising to 63% in 2030 and 68% in 2050.

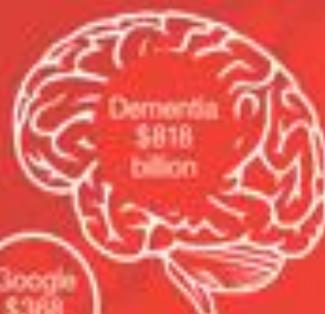


The total estimated worldwide cost of dementia in 2015 is US\$ 818 billion. By 2018, dementia will become a trillion dollar disease, rising to US\$ 2 trillion by 2030.

If global dementia care were a country, it would be the

18th largest economy

in the world exceeding the market values of companies such as Apple and Google.



Source: Forbes 2015 website



This map shows the estimated number of people living with dementia in each world region in 2015.

We must now involve more countries and regions in the global action on dementia.

Rilevanza clinica dei sintomi ai fini della valutazione di efficacia

- Numerosi studi clinici convergono nel concludere che circa il 90% dei pazienti con AD sviluppano BPSD nel corso della malattia e sono elementi integranti della malattia.
- I BPSD rappresentano un grave problema per chiunque interagisca con il paziente affetto al pari dello stesso paziente.

Sintomi neuropsichiatrici

Pre-demenza

I pazienti possono essere depressi o socialmente emarginati

Demenza lieve

Depressione, irritabilità, alterazione del tono dell'umore, mancanza di iniziativa, deficit volitivo

Demenza moderata

Agitazione, aggressività, errato riconoscimento, ideazione paranoide, deliri

Demenza grave

Agitazione, lamenti, grida, allucinazioni, comportamenti motori anormali

CAMBI DI PERSONALITÀ E MODIFICHE COMPORTAMENTALI

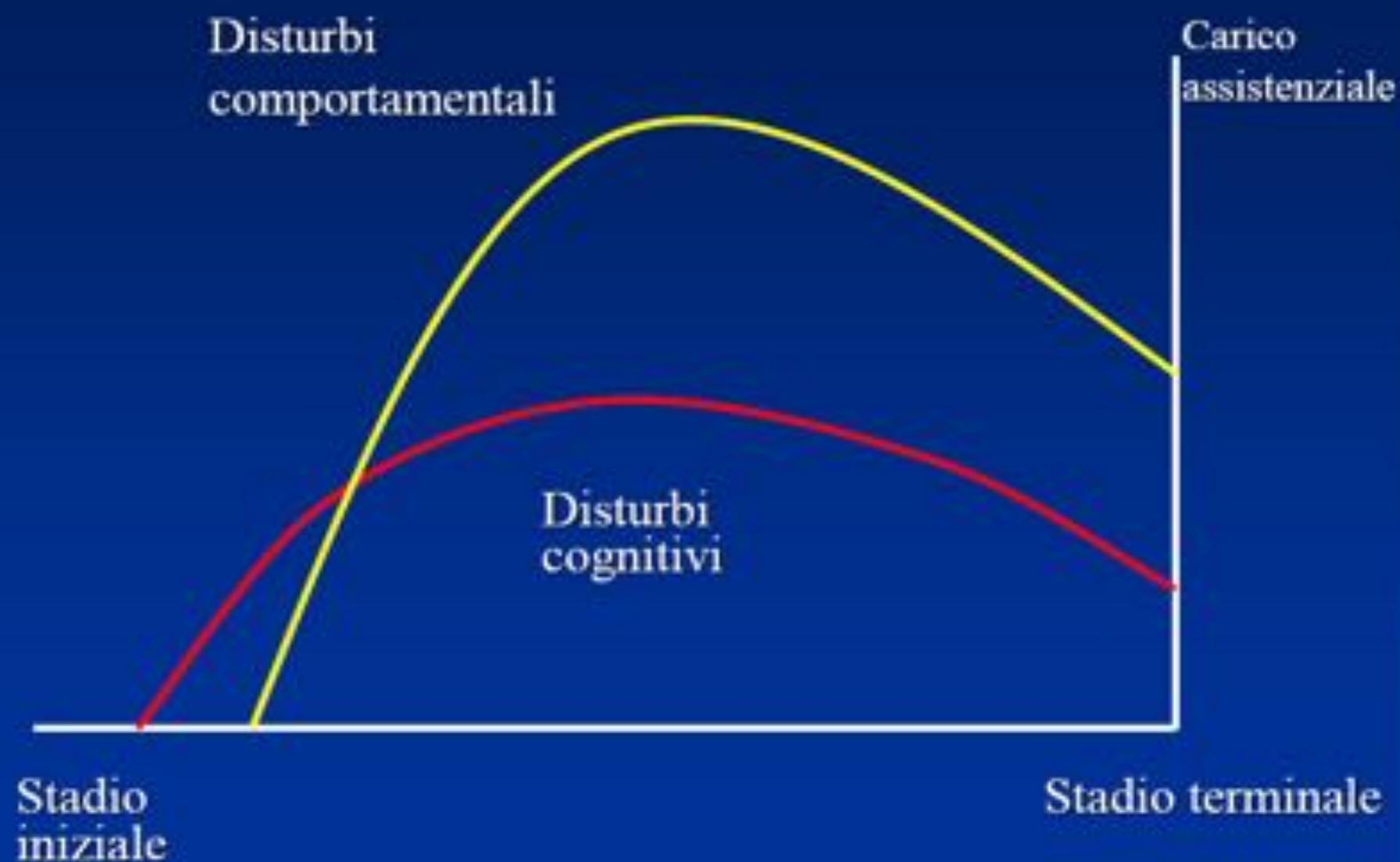
Personalità

- ◆ indifferenza
- ◆ assenza di preoccupazioni
- ◆ ridotto interesse
- ◆ ridotta affettività
- ◆ scarsa motivazione
 - ◆ agitazione
- ◆ depressione (50%)
- ◆ delirio di furto/gelosia
 - ◆ allucinazioni

Comportamento

- ◆ caparbiazza
- ◆ opposizione alle cure
 - ◆ diffidenza
- ◆ linguaggio offensivo
- ◆ nascondere oggetti
 - ◆ accessi d'ira
 - ◆ irrequietezza
- ◆ vagabondaggio
- ◆ reazioni catastrofiche

La demenza di Alzheimer: il carico assistenziale





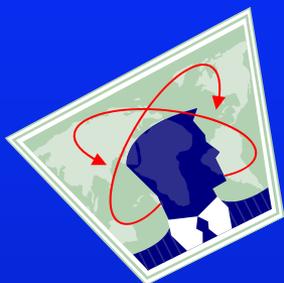
Il carico del caregiver

- I caregiver utilizzano in media dalle 69 alle 100 ore settimanali per fornire assistenza.
- I caregiver di soggetti dementi (rispetto a soggetti di controllo) hanno fatto riscontrare
 - Il 46% in più di visite mediche
 - Il 70% in più di farmaci prescritti
 - Una superiore frequenza di ospedalizzazione.
- Oltre il 50% dei caregiver è a rischio di depressione maggiore.

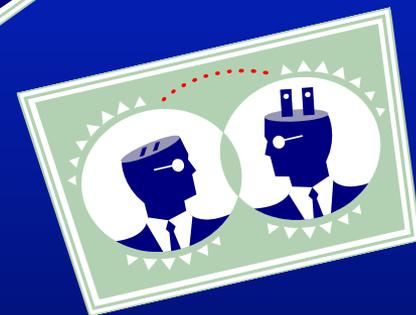


Conseguenze e cambiamenti dei deficit cognitivi nella vita quotidiana

Disturbi Cognitivi



Inabilità nella vita quotidiana



- **Riduzione dell'autonomia personale**
- **Perdita del ruolo sociale e familiare**

Reazioni frequenti:
depressione e/o ansia

Ambiente di vita e Malattia di Alzheimer

- Il malato di Alzheimer non riconosce più i propri luoghi, la città, il quartiere, la casa dove ha abitato per anni.
- Non identifica più i suoi familiari, dimentica l'uso degli oggetti.
- Si costruisce una **realtà autonoma** che ricodifica “in modo proprio”.
- L'incapacità di comprendere il mondo esterno genera **angoscia** (ha uno spiccato “senso del presente” e lo vive in modo emotivamente intenso).

- Se anche il demente ha perso identità di pensiero e la possibilità di comunicare attraverso processi verbali comprensibili, non significa che non gli sia possibile relazionarsi con gli altri.
- I processi affettivi resistono, c'è un ripiegamento sulla percezione delle emozioni e dei sentimenti, attorno a cui si organizza una nuova forma di comunicazione.

La memoria degli eventi lascia il posto alla memoria degli affetti, la logica lascia il posto all'emotività.



DELIRIUM

Lo stato confusionale acuto è
spesso **misconosciuto**:

il 70% dei pazienti con **Delirium**
non viene identificato correttamente
nei diversi *setting* (*home nursing*,
pronto soccorso, reparti ospedalieri di
degenza)

STATO CONFUSIONALE ACUTO negli anziani

- Prevalenza al momento dell'arrivo al pronto soccorso:

10 ~ 30 %

STATO CONFUSIONALE ACUTO

→ **prognosi severa**

- Impatto sfavorevole dello stato confusionale acuto su outcome a lungo termine (durata dell'ospedalizzazione, performance cognitive e funzionali, rischio di ri-ospedalizzazione, istituzionalizzazione e decesso).

STATO CONFUSIONALE ACUTO

→ **prognosi severa**

La mortalità ospedaliera dei pazienti con stato confusionale acuto

varia dal **25%** al **33%**

(simile alla mortalità per IMA o sepsi)

STATO CONFUSIONALE ACUTO

→ **prognosi severa**

- Nei pazienti che presentano delirium durante l'ospedalizzazione
 - Rischio di mortalità 62%
 - Perdita in media del 13% di anni di vita rispetto ai soggetti senza delirium.

STATO CONFUSIONALE ACUTO e demenza

- La **Demenza** incrementa il rischio di
Delirium da **2 a 5 volte**

STATO CONFUSIONALE ACUTO

DIAGNOSI

La diagnosi è sostanzialmente **clinica**

- Osservazione
- Anamnesi
 - ✓ Caregiver
 - ✓ Farmaci
- Esame obiettivo
- Valutazione cognitiva accurata

STATO CONFUSIONALE ACUTO

Accorgimenti diagnostici

- ✓ **Valutare i cambiamenti rispetto al baseline**
- ✓ **Identificare la multifattorialità dei fattori scatenanti: molti sono trattabili (se non trattati, possono peggiorare la prognosi)**



**Disturbi
comportamentali
nelle demenze**

Sintomi psichiatrici e comportamentali nella demenza

- Si presentano frequentemente e precocemente durante il decorso della malattia.
- Morbidità
 - Paziente: distress, abuso, ridotta qualità di vita
 - Caregiver: carico, depressione, uso di farmaci
 - Istituzionalizzazione e uso dei servizi sanitari.

Spettro dei disturbi comportamentali nella demenza

72% Apatia

70% Illusioni

60% Aggressività/Agitazione

48% Ansia

46% Disturbi psicomotori

42% Irritabilità/Labilità

42% Disturbi Sonno/Veglia

38% Depressione/Disforia

36% Disinibizione

18% Sundowning

15% Allucinazioni

3% Ipersessualità

2% Euforia

2% Tratti Ossessivo-
Compulsivi

David Craig et al.

A Cross-Sectional Study of Neuropsychiatric Symptoms in 435 Patients With Alzheimer's Disease

Am J Geriatr Psychiatry, June 2005



- Apatia → sintomo più comune e persistente (75%).
- Deliri → sintomi meno persistenti.
- Depressione e apatia → sintomi più precoci.
- Allucinazioni, esaltazione/euforia, comportamento motorio aberrante → sintomi più tardivi.
- Allucinazioni → più comuni nella demenza avanzata.
- Irritabilità → più frequente negli stadi iniziali.

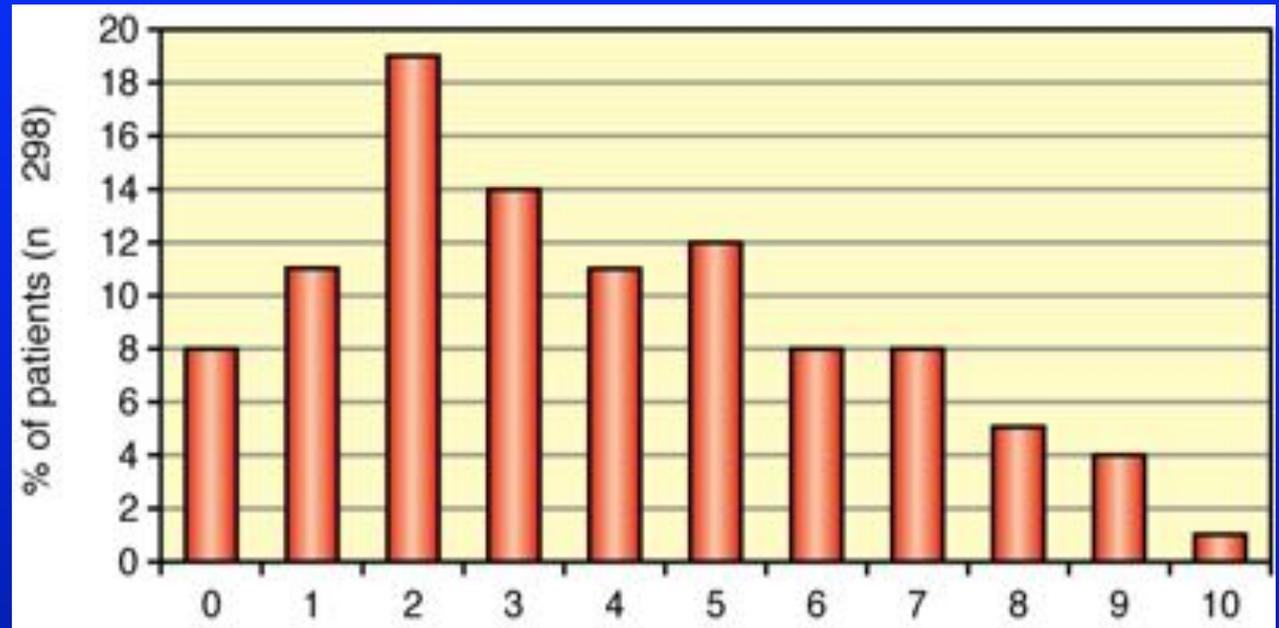
Sintomi neuropsichiatrici nelle demenze

Neuropsychiatric Inventory (NPI):

92% dei pazienti → almeno 1 sintomo

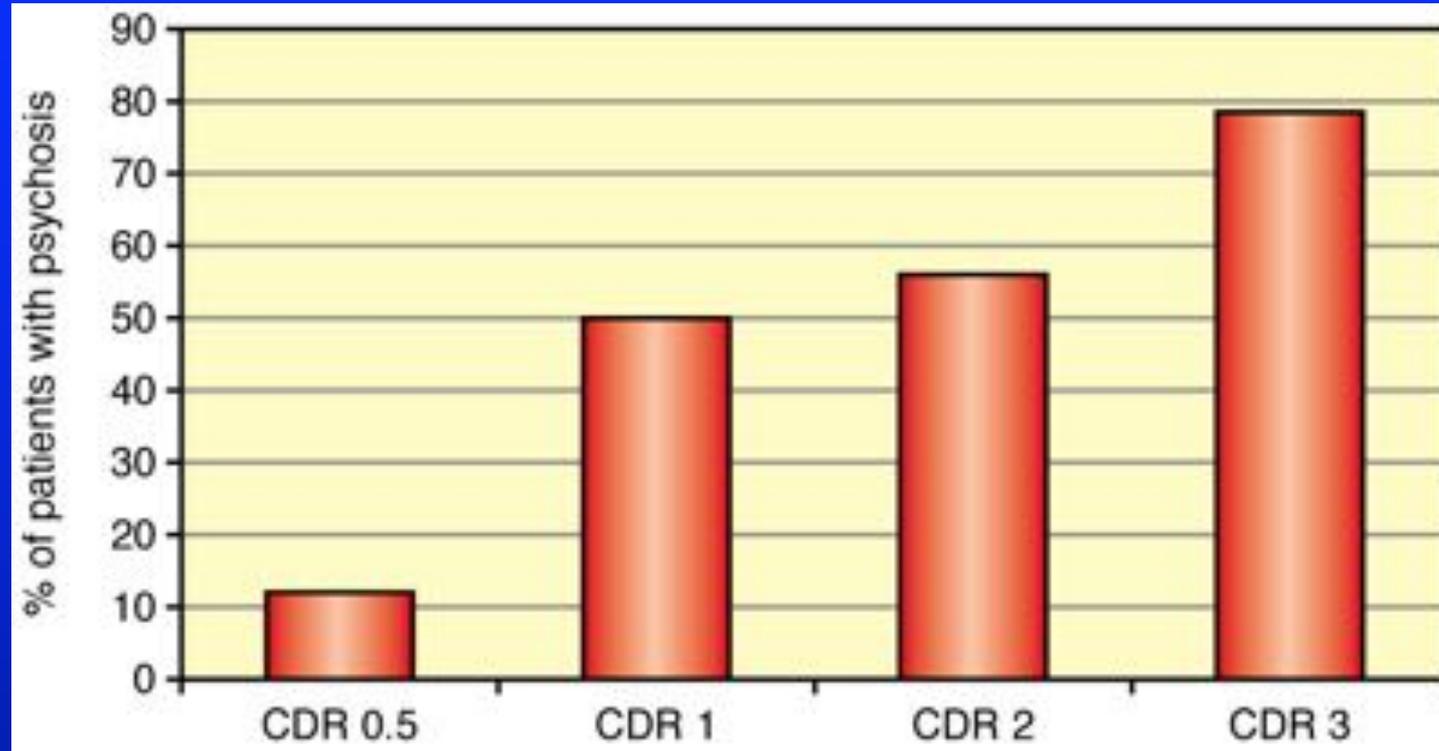
81% → 2 o più sintomi

51% → 4 o più sintomi



La maggior parte dei pazienti presenta diversi sintomi neuropsichiatrici contemporaneamente

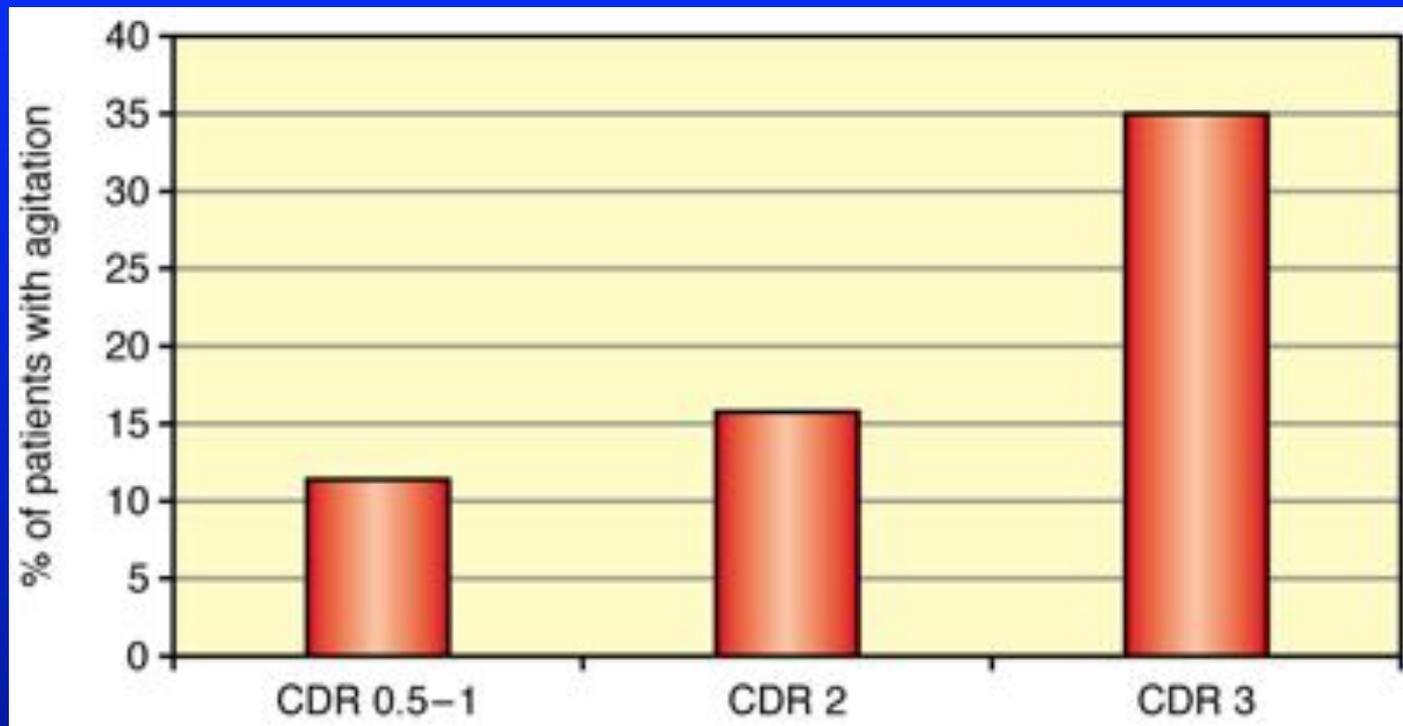
Sintomi neuropsichiatrici nelle demenze



Il rischio di sviluppare BPSD aumenta con il progredire della malattia

Clinical Dementia Rating (CDR) scale stage

Sintomi neuropsichiatrici nelle demenze



Aumentata prevalenza dell'agitazione con il progredire della malattia

Clinical Dementia Rating (CDR) scale stage

CG Lyketsos - Am J Psychiatry 2000

JL Cummings - 2003



DEPRESSIONE NEL
PAZIENTE CON
MALATTIA DI
ALZHEIMER

Depressione (1)

- Umore depresso; perdita di interesse o piacere.
- Deficit di serotonina e norepinefrina.
- Nell'AD, la depressione è presente nel 14-85% dei pazienti; di solito non si tratta di disturbo depressivo maggiore.
- Il 70% dei caregiver è preoccupato in maniera moderata o grave per la depressione del paziente.

Depressione (2)

La diagnosi di depressione nel paziente demente è tutt'altro che facile in quanto demenza e depressione condividono alcuni sintomi fondamentali tra cui ad esempio la perdita di interesse, la tendenza ad isolarsi e a ridurre i contatti sociali.

La depressione nei pazienti dementi è poi non facilmente differenziabile dall'apatia che è invece sintomo specifico della demenza.

Helen C. Kales, et al

Rates of Clinical Depression Diagnosis, Functional Impairment,
and Nursing Home Placement in Coexisting Dementia and Depression.

Am J Geriatr Psychiatry, June 2005



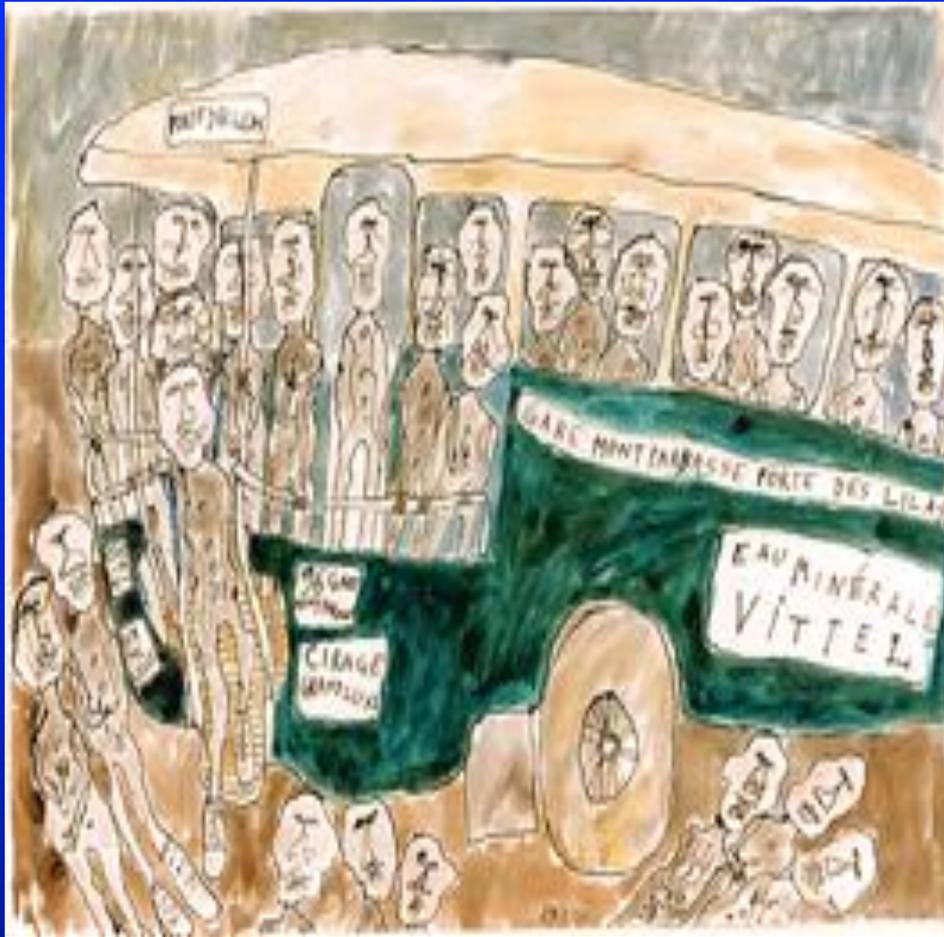
- La depressione non diagnosticata, non trattata o trattata inadeguatamente, può risultare in un alto tasso di istituzionalizzazione nei pazienti con demenza a causa dell'aumentata disabilità funzionale.
- Il trattamento aggressivo della depressione nei pazienti ambulatoriali potrebbe migliorare il decorso sia della demenza che della depressione.



APATIA NEL
PAZIENTE CON
MALATTIA DI
ALZHEIMER

Apatia

- Perdita di motivazione, ritiro sociale e diminuito interesse per ogni attività.
- Può presentarsi senza depressione quando il pianto è assente e l'umore non è triste.
- E' presente in oltre il 70% dei pazienti con AD.
- Può essere grave nella demenza frontale e nella demenza a corpi di Lewy.



ANSIA NEL
PAZIENTE
CON
MALATTIA DI
ALZHEIMER

Ansia

- Preoccupazione, nervosismo, fobie, paura di essere lasciato solo e lamentele somatiche.
- **Sindrome di Godot – ansia per eventi futuri.**
- Spesso precoce nella demenza.
- **Può condurre a irritabilità e aggressività.**

Disfunzioni neurovegetative

- **Disturbi del sonno**
- **Disturbi dell'appetito**
- **Disfunzioni sessuali**
- **Comportamento motorio aberrante**
- **Tratti ossessivo-compulsivi**



**DISTURBI DEL
SONNO NEL
PAZIENTE CON
MALATTIA DI
ALZHEIMER**

Disturbi del sonno

- Alterazioni del ritmo sonno-veglia; risvegli frequenti; insonnia.
- Disorientamento e confusione di pomeriggio e di notte (sundowning) spesso dovuti a perdita di stimoli sensoriali e stanchezza; potrebbe portare ad agitazione e vagabondaggio.



Sundowning Syndrome

Sundowning (declino serale)

- Sindrome, costituita dalla confusione ricorrente e dall'aumento dell'agitazione nei pazienti con demenza, che insorge nel tardo pomeriggio o nelle prime ore della sera.
- Legata ad alterazioni dei ritmi circadiani e degli stimoli sensitivi.

Diagnosi differenziale

- I pazienti con **delirium**, contrariamente al comune riscontro del sundowning, sono sintomatici sia durante il giorno che durante la notte, sebbene la deprivazione sensitiva nel corso della notte possa sicuramente esacerbare il delirio.

**NIGHTTIME INSOMNIA TREATMENT AND EDUCATION FOR
ALZHEIMER'S DISEASE: A RANDOMIZED, CONTROLLED TRIAL**

McCurry SM et al.

JAGS 2005

- Pazienti con AD non istituzionalizzati affetti da disturbi del sonno possono beneficiare di tecniche comportamentali come educazione all'igiene del sonno, passeggiate quotidiane, aumentata esposizione alla luce.



**DISTURBI
DELL'APPETITO
NEL PAZIENTE
CON MALATTIA
DI ALZHEIMER**

Disturbi dell'appetito

- Riduzione dell'appetito e perdita di peso sono comuni negli stadi medio-avanzati dell'AD.
- Dovuti a diminuita abilità nel preparare i cibi, dimenticanza del cibo, difficoltà alla deglutizione, aprassia per l'uso del coltello, irrequietezza, psicosi, effetto dei farmaci.
- Iperoralità.
- Iperfagia, mangiare anche dai piatti degli altri.



DISINIBIZIONE
NEL PAZIENTE
CON MALATTIA
DI ALZHEIMER

Disinibizione

- Causata da impulsività e povertà di giudizio.
- Spesso porta a comportamento invadente.
- Non è tipica dell'AD severo.
- Molto comune nelle demenze fronto-temporali.

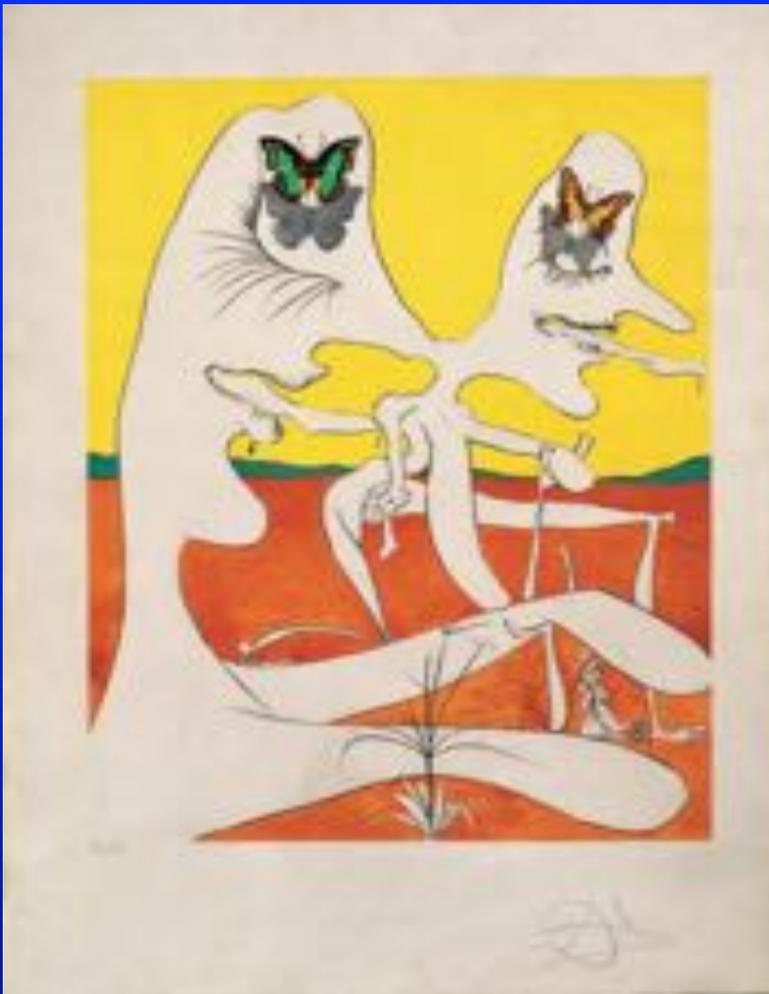


COMPORTAMENTO
MOTORIO
ABERRANTE NEL
PAZIENTE CON
MALATTIA DI
ALZHEIMER

Comportamento motorio aberrante

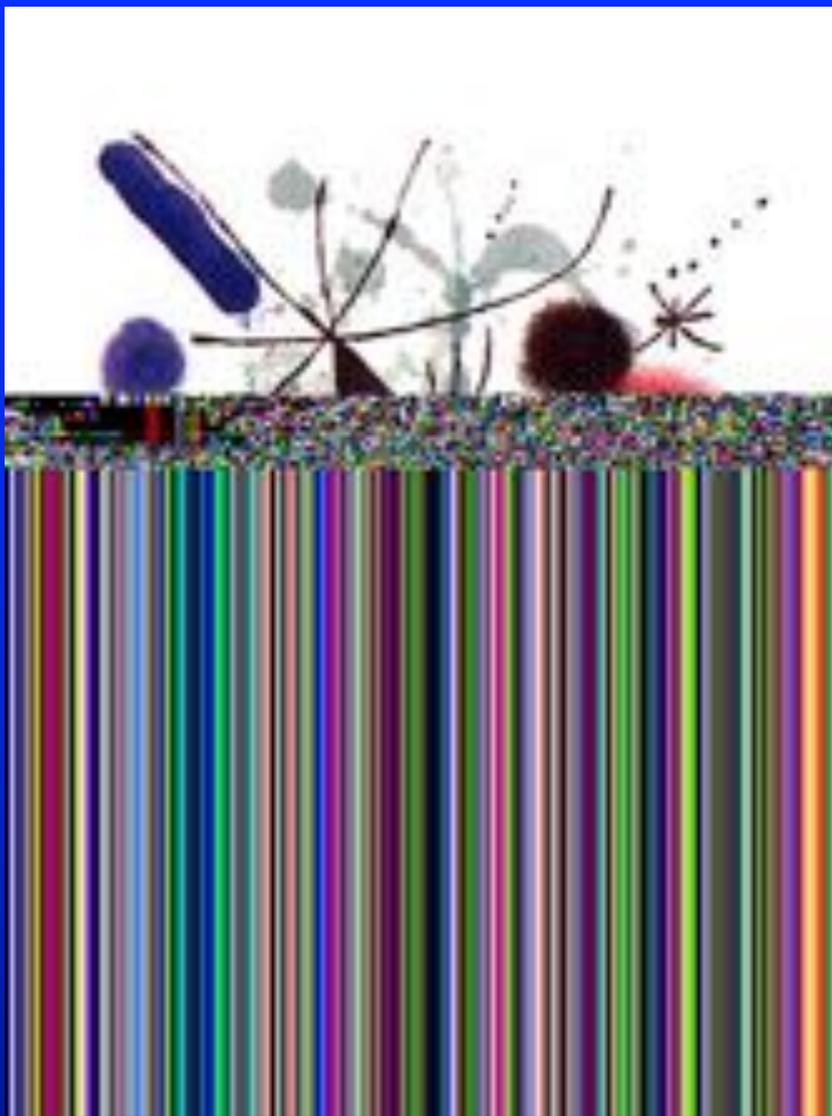
- Il vagabondaggio è presente nel 3-26% dei pazienti con AD.
- I disturbi dell'attività psicomotoria includono:
 - agitazione motoria
 - attività afinalistiche
 - accumulare e nascondere
 - vestirsi e svestirsi
 - contatto fisico invadente
 - ripetizioni verbali insistenti
 - ipercinesia
 - marciare
 - fare e disfare bagagli
 - verbalizzazione eccessiva
 - battere, tamburellare
 - borbottare

TRATTI
OSSESSIVO-
COMPULSIVI NEL
PAZIENTE CON
MALATTIA DI
ALZHEIMER



Tratti ossessivo-compulsivi

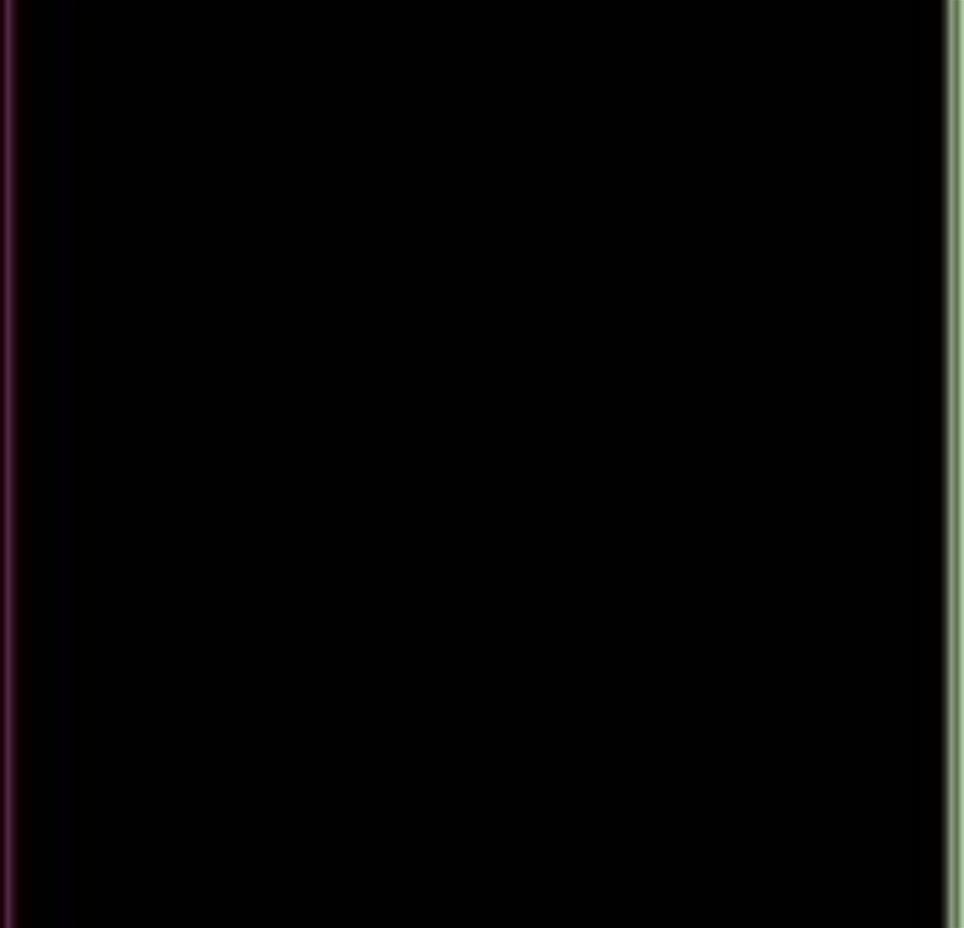
- comportamenti rituali
- comportamenti ripetitivi
- marciare o camminare lungo percorsi rigidamente stabiliti
- toccare in maniera ripetitiva ed eccessiva
- ossessione per i numeri
- urlare o borbottare lamentosamente.



DELIRI NEL
PAZIENTE
CON
MALATTIA DI
ALZHEIMER

Deliri

- **Prevalenza: 30-40%**
- **Contenuti: persecuzione, misidentificazione**
- **Transitori**
- **Associati con demenza avanzata, agitazione, rapido declino.**



AGITAZIONE
NEL PAZIENTE
CON
MALATTIA DI
ALZHEIMER

Agitazione

- Definizione: inappropriati comportamenti verbali o motori
- Prevalenza: agitazione 30-50%, aggressività fisica 10-30 %
- Associata con demenza avanzata, aggressività premorbosa, rapido declino.

Interventi?

- Sicurezza, distress, distruzione.

Gestione dei BPSD

Per il trattamento dei BPSD è necessario identificare gli eventuali fattori scatenanti ed intervenire sull'ambiente e sul comportamento dei caregiver, successivamente si potranno mettere in atto strategie non farmacologiche; solo alla persistenza dei sintomi si passerà alla terapia farmacologica.

I sintomi maggiormente responsivi alla terapia sono l'agitazione, la depressione, l'insonnia ed i sintomi psicotici.

Cambiamenti improvvisi nel comportamento

- Le variazioni comportamentali (rispetto al comportamento abituale) ci possono fornire preziose indicazioni sullo stato di salute del malato, a patto che si cerchi di capirne le cause.
- In questi casi non bisogna dare per scontato che il problema comportamentale dipenda dalla normale evoluzione della demenza.
- Solo attraverso un'osservazione attenta e continuativa del malato è possibile cogliere le motivazioni del suo disagio e, in seguito, verificare l'efficacia delle misure correttive eventualmente adottate.

Cambiamenti improvvisi nel comportamento

Considerare sempre:

- Possibili infezioni e disidratazione
- Modificazioni delle condizioni cliniche
- Reazioni avverse ai farmaci
- Inadeguato controllo del dolore

Condizioni mediche che contribuiscono all'agitazione nella demenza

- Delirio
- Depressione agitata
- Dolore
- Disuria
- Dispnea
- Stipsi
- Prurito

Management dei principali BPSD (1)

- Provare tecniche di modificazione comportamentale
- Modificare l'ambiente, se necessario
- Impiegare attività quotidiane routinarie stabili
- Garantire una adeguata supervisione
- Minimizzare l'impatto dei deficit sensoriali
- Ottimizzare la stimolazione sociale/fisica
- Istruire e sostenere il paziente ed i caregiver

Interventi terapeutici

- Ausili “ecologici”
- Attività fisica/Riabilitazione cognitiva
- Dieta/Integratori/Medical food
- Farmaci (?)

Ausili “ecologici”



“Stare soli il meno possibile!”

- socializzare
- fare volontariato
- frequentare centri sociali
- cantare in un coro
- andare al teatro
- tornare sui banchi di scuola

«Stimolare la mente»

- Leggere
- Scrivere a mano
- Fare le parole crociate
- Giocare a carte
- Imparare cose nuove
- Essere aperti alle novità tecnologiche

**AUTO-MUTUO-
AIUTO**

**VALUTAZIONE
MULTIDIMENSIONALE**

**COMUNICAZIONE
DIAGNOSI**

FORMAZIONE

RICERCA

**APPROCCIO
PSICO-GERIATRICO**

COUNSELING

**INTERVENTI
RIABILITATIVI**

**INTERVENTI PSICO-
EDUCAZIONALI**

Tecniche di Modificazione Comportamentale

- **Approccio dolce e tranquillo**
 - Avvicinarsi lentamente
 - Utilizzare un tono di voce gradevole
 - Spiegare la terapia al paziente
 - Non avventarsi o muovere il paziente troppo rapidamente

Tecniche di Modificazione Comportamentale

- **Comunicazione non verbale**
 - Sorridere sempre
 - Usare un atteggiamento di apertura
 - Utilizzare gesti positivi:
 - Cenni di assenso
 - Cenni di saluto
 - Scrollare le spalle
 - Porgere gli oggetti che desiderano per distrarsi

Tecniche di Modificazione Comportamentale

- **Rassicurare**
 - Tutto è meraviglioso
 - Complimenti: bel look! Bel lavoro! Grazie
- **Manifestare interesse**
 - Non discutere
 - Non essere intransigenti riguardo alle convinzioni sbagliate
 - Mostrare apprezzamento per le loro affermazioni

Tecniche di Modificazione Comportamentale

- **Non dare ordini**

- Alle persone non piace ricevere ordini su cosa fare e quando farlo
- Evitare di comandare, pretendere, dare istruzioni
- Far credere che ciò che verrà fatto sia una propria idea:
 - “Hai deciso di fare il bagno prima che il dottore ti visiti?”
 - “Vado a fare il bagno. Vuoi andare per primo?”

Tecniche di Modificazione Comportamentale

- **Utilizzo dei comportamenti**
 - Comportamento normale; momento o luogo inappropriato
 - Spingere il carrello del supermercato, piegare i vestiti per ridurre i comportamenti indesiderati
- **Lontano dalla vista, lontano dalla mente**
 - Prendere gli oggetti o il cibo lontano dalla vista per evitare comportamenti indesiderati
 - Coprire o togliere gli specchi

Tecniche di Modificazione Comportamentale

- Mantenere le solite abitudini
- Incrementare le attività durante la giornata
- Ambiente aperto, sicuro e controllato
- Evitare gli ambienti con stimoli eccessivi
- Controllare l'iperoralità
- Aumentare la stimolazione sensoriale tranquillizzante
 - Musica, socializzazione, animali, luci, aromi
- Ridurre la confusione notturna
- Illuminazione notturna

Tecniche di Modificazione Comportamentale

- **Aggressività, agitazione, irritabilità**
 - Ricercare infezioni (IVU, polmoniti, dermatiti..)
 - Trattare le malattie sistemiche (scompenso cardiaco, malattie metaboliche..)
 - Eliminare farmaci e tossici
 - Ricercare malattie cerebrali (ictus, ematoma subdurale..)
- **In ospedale:** disponibilità di una figura che rassicuri, calmi e riindirizzi
- **Modificazioni ambientali per l'aggressività reattiva**

Tecniche di Modificazione Comportamentale

- **Sospettosità, deliri, allucinazioni, psicosi**
 - Mantenere le solite abitudini
 - Evitare gli ambienti non familiari
 - Correggere il deterioramento sensoriale
 - I farmaci non sono necessari se i sintomi psicotici non disturbano il paziente o il caregiver

Tecniche di Modificazione Comportamentale

- **Depressione**
 - Incrementare le attività piacevoli
 - Praticare attività durante il giorno o altri stimoli
- **Ansia**
 - Valutare dolore, dispnea, sete, necessità di pulizia
 - Tecniche di rilassamento
 - Rassicurare

Tecniche di Modificazione Comportamentale

- **Alterazione del ritmo sonno-veglia**
 - Regolari abitudini del sonno
 - Evitare la siesta
 - Incrementare le attività svolte durante la giornata
 - Evitare caffeina, alcol e non mangiare tardi
- **Ipersessualità**
 - Riindirizzare
 - Separazione, modificazioni ambientali
 - Stretta supervisione in nursing home

Tecniche di Modificazione Comportamentale

- **Disturbi dell'attività psico-motoria**
 - Permettere il vagabondaggio in un ambiente sicuro, chiuso
 - Praticare regolare esercizio fisico, passeggiare
- **Tratti ossessivi-compulsivi**
 - Stabilire dei compiti (piegare i vestiti...)
 - Adeguata supervisione

Trattamenti non farmacologici per il paziente demente

- **Adattamenti ambientali:**
 - queste tecniche identificano gli antecedenti e le conseguenze dei problemi comportamentali e suggeriscono modifiche all'ambiente che minimizzano i disturbi del comportamento o le sue conseguenze.
- **Stimolazione sensoriale:**
 - attività ricreative, arte terapia, terapia occupazionale. Questi interventi determinano il piacere derivante al paziente dallo svolgimento di una attività.

Trattamenti non farmacologici per il paziente demente

- **Stimolazione emozionale:**
 - interventi quali la psicoterapia di supporto, la reminiscenza, la terapia di validazione e l'integrazione sensoriale.
- **Stimolazione cognitiva:**
 - interventi quali la terapia di riorientamento alla realtà, il memory training, il training procedurale.

Obiettivi corso psico-educazionale

- Dare informazioni sulla patologia e sui bisogni assistenziali nelle varie fasi della demenza
- Fornire consigli sulla gestione dei disturbi comportamentali
- Favorire una migliore compliance con il trattamento farmacologico
- Informare sulla normativa a favore della famiglia (aspetti economici e legali)

Le fragilità, le perdite, le malattie devastanti come la demenza sono vicende che trovano nel rispetto di dignità e diritti almeno un piccolo lenimento.

Trabucchi M. 2008



La prassi geriatrica:

Esercitare una presenza solidale e flessibile, non distante e passiva (o peggio aggressiva), che si traduce in una pratica umile e colta, anche se il pensare è difficile e incerto ed i riferimenti lontani e mutevoli.

In ogni attività la passione toglie
gran parte della difficoltà...

Erasmus da Rotterdam



Grazie
per
l'attenzione