



CORSO MASSAGGIATORE CAPO BAGNINO

3 - 4 GIUGNO 2023

LEZIONI DI PSICOLOGIA

DOTT.SSA ELENA AGIO

PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA

DOMINI COGNITIVI

Percezione

Riconoscimento

Attenzione

Spaziale
Selettiva
Divisa
Sostenuta
Vigilanza

Linguaggio

Abilità prassiche

**Abilità
matematiche**

Memoria

Breve termine
Verbale / spaziale

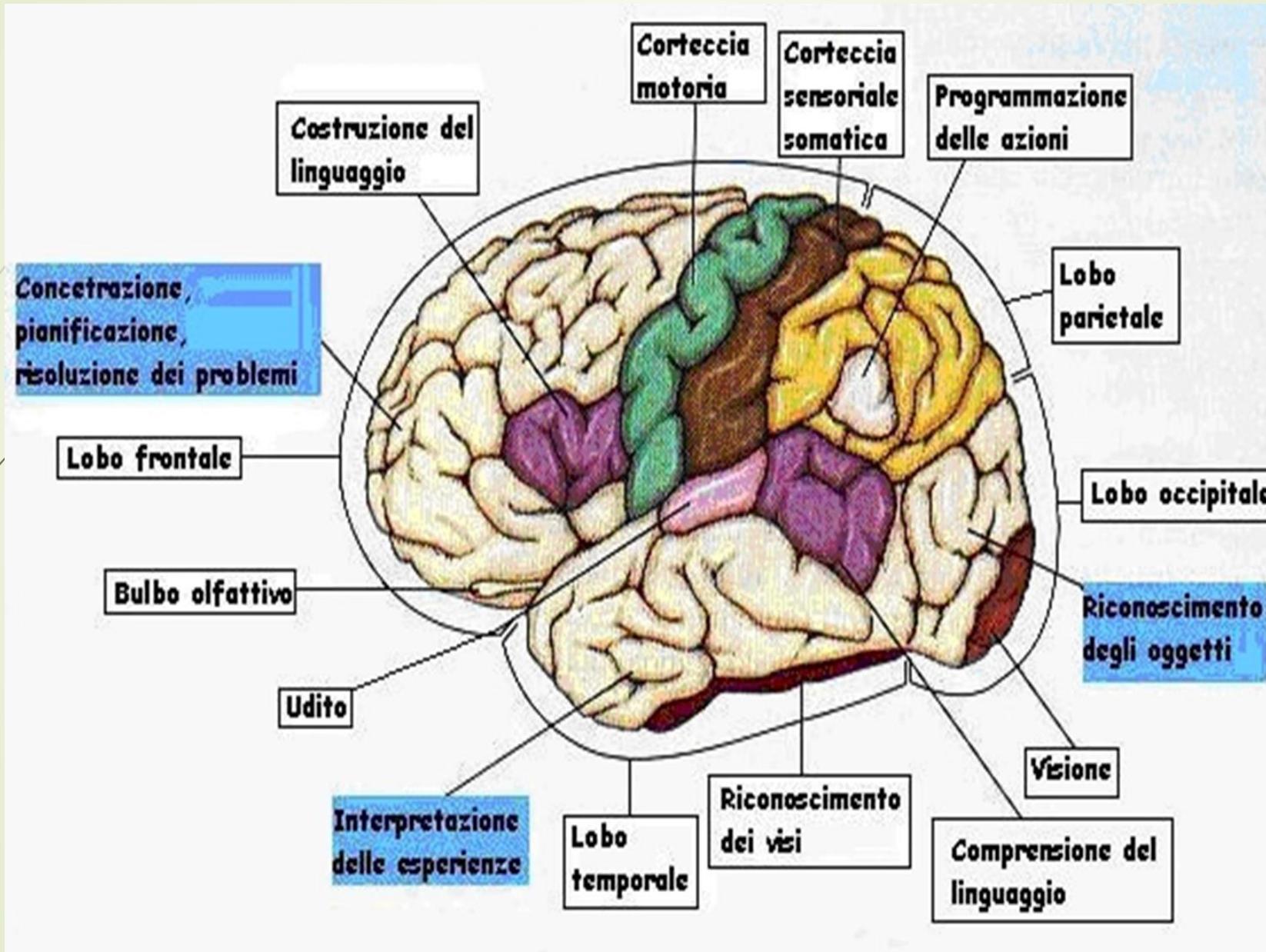
Lungo termine
Verbale / spaziale

Memoria di lavoro

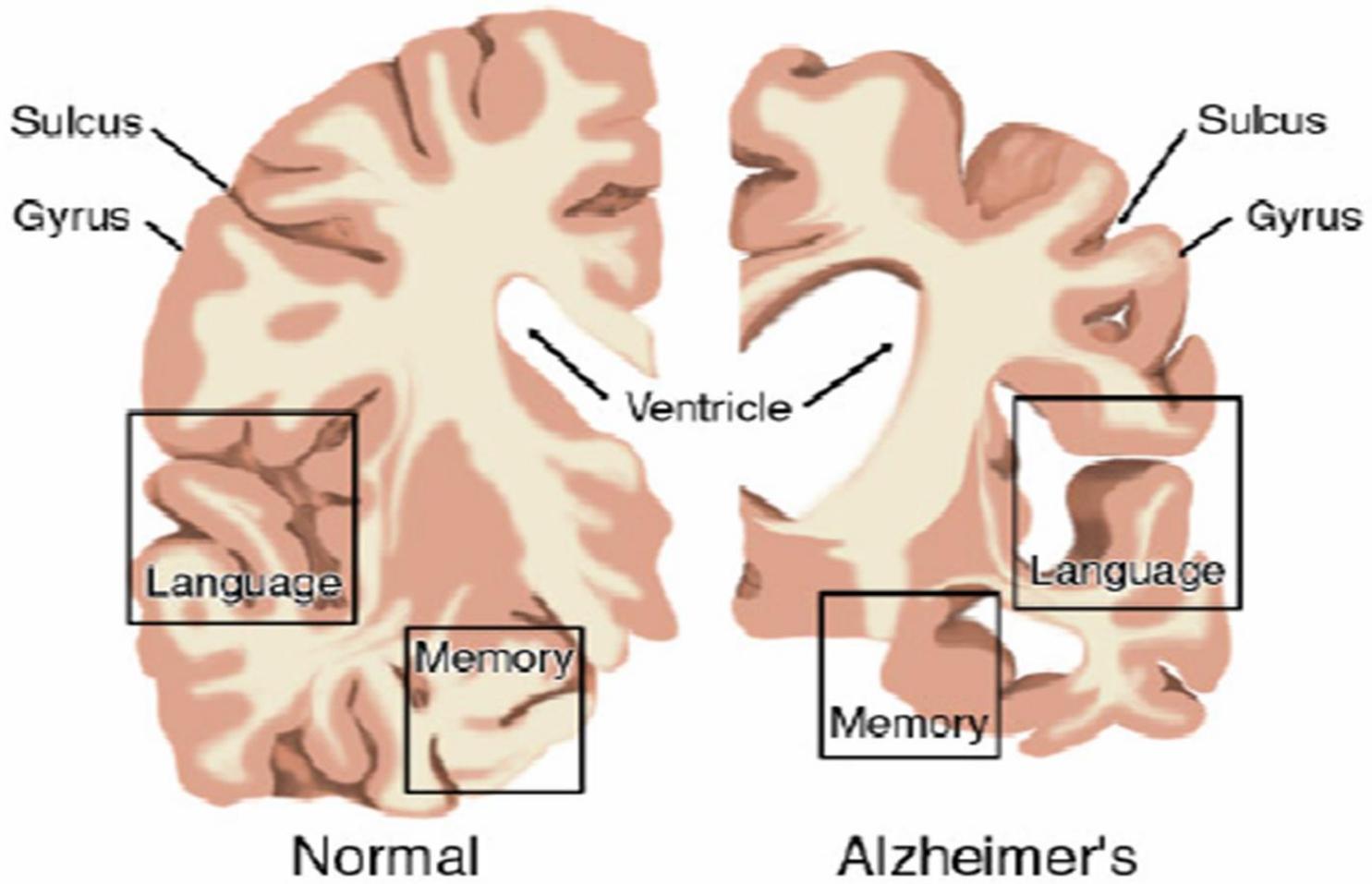
Episodica
Semantica
Autobiografica
Prospettica
Dichiarativa vs.
procedurale
Anterograda vs.
retrograda

Funzioni esecutive

Pianificazione
Programmazione di strategie
Risoluzione di problemi
Giudizio
Stima
Astrazione
Controllo degli impulsi
Inibizione
Comportamento sociale
Comportamento sessuale



Brain Cross-Sections



Definizione di Demenza

Spinnler 1985

La demenza è un'incompetenza cognitiva
cronico-progressiva ad espressività
ecologica

**DISTURBO NEUROCOGNITIVO MAGGIORE
(DSM V)**



**MALATTIA DI ALZHEIMER:
PROGRESSIONE GERARCHICA DELLA MALATTIA**

Decorso lento e progressivo

Fase iniziale:

- 1) minimo disorientamento temporale;
- 2) difficoltà nel ricordare eventi recenti;
- 3) difficoltà nel trovare le parole con relativa conservazione della capacità di comprensione;
- 4) aprassia costruttiva per disegni tridimensionali;
- 5) ansia, depressione, negazione di malattia;
- 6) difficoltà sul lavoro;
- 7) assenza di alterazioni motorie;



MALATTIA DI ALZHEIMER: PROGRESSIONE GERARCHICA DELLA MALATTIA

Fase intermedia:

- 1) disorientamento spazio-temporale;
- 2) deficit di memoria di entità moderato-grave interferente con le attività quotidiane;
- 3) chiaro disturbo del linguaggio (parafasie, anomie, circonlocuzioni e deficit di comprensione);
- 4) aprassia costruttiva;
- 5) aprassia ideativa, ideomotoria e dell'abbigliamento
- 6) agnosia;
- 7) alterazioni comportamentali (deliri, allucinazioni, wandering);
- 8) bradicinesia e segni extra-piramidali;
- 9) necessità di essere stimolato alla cura della propria persona.



MALATTIA DI ALZHEIMER: PROGRESSIONE GERARCHICA DELLA MALATTIA

Fase terminale:

- 1) completa perdita delle abilità cognitive con difficoltà nel riconoscere volti o luoghi familiari;
- 2) perdita del linguaggio fino a gergo semantico o mutismo;
- 3) rigidità, bradicinesia, crisi epilettiche e mioclono;
- 4) aggressività e wandering;
- 5) completa perdita dell'autosufficienza per lavarsi, vestirsi e alimentarsi;
- 6) incontinenza sfinterica.

PRINCIPALI DIFFERENZE TRA LA DEMENZA DI ALZHEIMER E LA DEMENZA VASCOLARE

Demenza di Alzheimer

- ▶ -inizio insidioso;
- ▶ -lenta progressione;
- ▶ -deficit generalizzato;
- ▶ -TAC: atrofia cerebrale;
- ▶ -RMN: atrofia cerebrale;
- ▶ -EEG: normale o alterazioni aspecifiche
- ▶ -Insight**: scarso;
- ▶ -fluttuazioni sintomi: meno presente;

*SEP= potenziali evocati sensoriali;

**Insight= consapevolezza di malattia;

Demenza vascolare

- esordio improvviso;
- evoluzione a gradini;
- deficit a scacchiera;
- TAC: aree ipodense singole o multiple. Vasculopatia
- RMN: lesioni iperintense singole o multiple;
- EEG: onde lente nel 50% dei casi, SEP* anormali;
- Insight: presente a lungo;
- fluttuazioni sintomi: più presente.

PRINCIPALI DIFFERENZE TRA LA DEMENZA DI ALZHEIMER E LA DEMENZA DI PICK

Demenza di Alzheimer

- -inizio insidioso;
- -lenta progressione;
- -deficit cognitivo generalizzato;

- -TAC : atrofia cerebrale parieto-temporo-occipitale;
- -RMN: atrofia cerebrale parieto-temporo-occipitale;
- -insight**: scarso

**insight= consapevolezza di malattia

Demenza di Pick

- esordio insidioso;
- lenta progressione;
- inizialmente minori deficit cognitivi e maggiori deficit comportamentali

- TAC: atrofia frontale, fronto-temporale;
- RMN: ipoperfusione fronto-temporale;
- insight:scarso

CARATTERISTICHE DISTINTIVE TRA DEMENZA E PSEUDO-DEMENZA DEPRESSIVA

Demenza

- -insorgenza insidiosa;
- -progressione lenta;
- -paziente poco consapevole;
- -deficit cognitivi rilevanti e multipli

- -risposte assenti o errate;
- -peggioramenti notturni (sindrome del tramonto);
- -umore variabile e incongruo;
- -scarsi sintomi vegetativi;
- -precedenti psichiatrici non frequenti
- -rischio di suicidio basso;

Pseudo-demenza depressiva

- insorgenza improvvisa (databile);
- progressione rapida;
- paziente consapevole, enfatizza i deficit;
- deficit cognitivi presenti, ma non rilevanti (soprattutto la memoria)
- risposte globali (tipo non so)
 - non variazioni notturne
 - umore depresso;
- frequenti sintomi vegetativi;
- precedenti psichiatrici;
- rischio di suicidio elevato.

DEMENZA A CORPI DI LEWY

CARATTERISTICHE CLINICHE

Sintomi cardine:

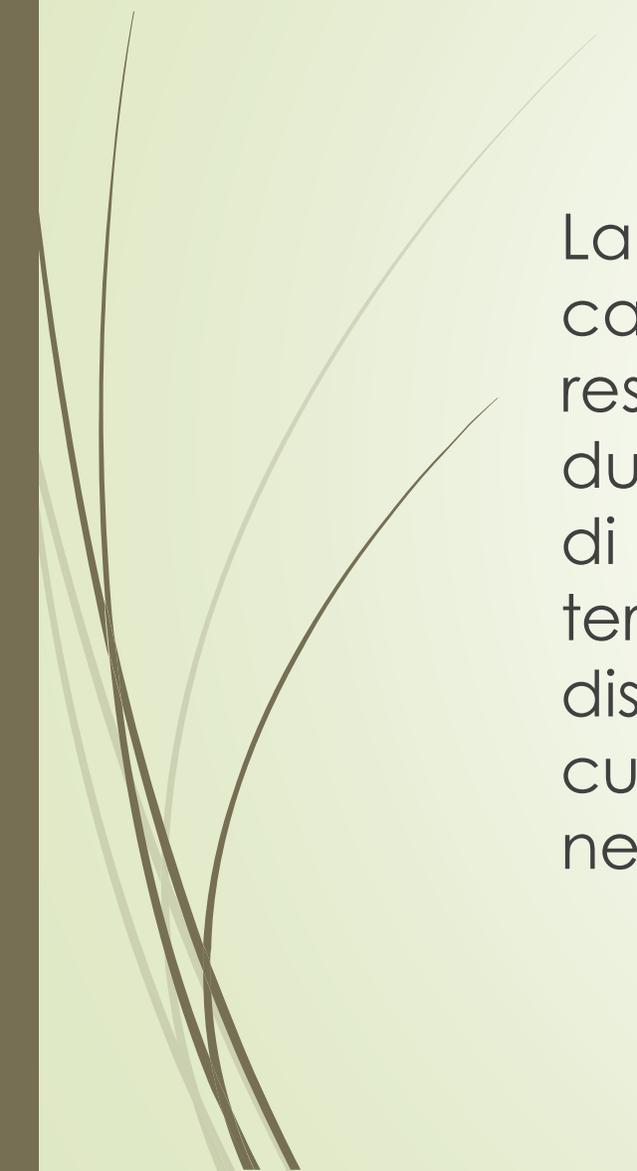
- ▶ fluttuazioni della vigilanza e conseguentemente della cognitiv  e dello stato funzionale;
- ▶ allucinazioni visive ricorrenti particolarmente floride, spesso contenenti oggetti animati (animali, bambini);
- ▶ sintomatologia extra-piramidale con esordio non pi  di un anno prima dell'inizio del
- ▶ declino cognitivo, di tipo ipocinetico-ipertonico bilateralmente;

Sintomi che suffragano la diagnosi:

- ▶ cadute ripetute (drop attacks, sincope o perdita improvvisa di coscienza);
- ▶ sensibilit  ai neurolettici;
- ▶ Ideazioni deliranti ben strutturate e misidentificazioni;
- ▶ Allucinazioni di tipo non visivo;
- ▶ Depressione;
- ▶ REM sleep behaviour disorder;
- ▶ Esordio (sub)acuto; Incontinenza urinaria entro quattro anni dall'esordio della malattia.



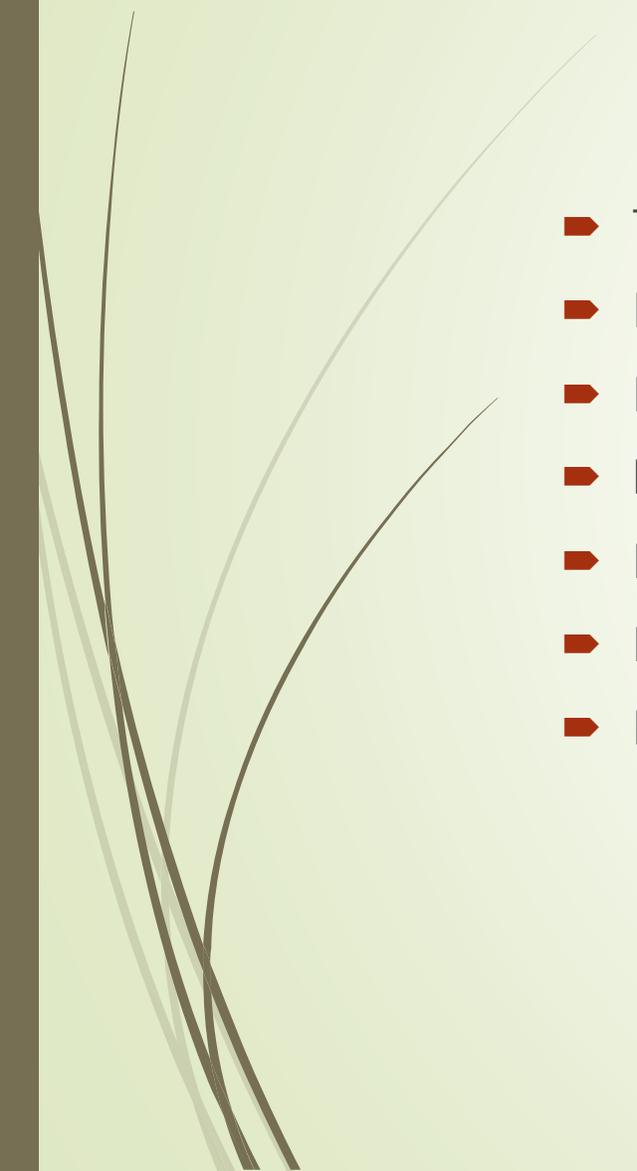
IL PARKINSON



La malattia di Parkinson è una sindrome extrapiramidale caratterizzata da rigidità muscolare che si manifesta con resistenza ai movimenti passivi, tremore che insorge durante lo stato di riposo e può aumentare in caso di stato di ansia e bradicinesia che provoca difficoltà a iniziare e terminare i movimenti. Questi sintomi si risolvono poi in disturbi dell'equilibrio, andatura impacciata e postura curva. Altri sintomi possono essere depressione e lentezza nel parlare.



SINTOMI

- Tremore a riposo
 - Rigidità
 - Bradicinesia
 - Instabilità posturale
 - Facies amimica
 - Disturbi del sonno
 - Eccessiva sonnolenza diurna
 - Umore depresso e/o ansioso
 - Lentezza nel parlare
 - Apatia
 - Allucinazioni
 - Deliri
 - Cambiamenti di personalità
 - Alterazioni comportamentali
- 

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO BPSD

AGGRESSIVITA'

Aggressività verbale
Aggressività fisica
Opposizione

AGITAZIONE PSICOMOTORIA

Wandering
Pedinamento
Pacing
Acatisia
Svestirsi
Insonnia

APATIA

Mancato interesse
Ritiro sociale
Ridotta
motivazione

DEPRESSIONE

Melancolia
Pianto
Disperazione
Bassa autostima
Sensi di colpa
Ansia

PSICOSI

Allucinazioni
Deliri
Misidentificazioni

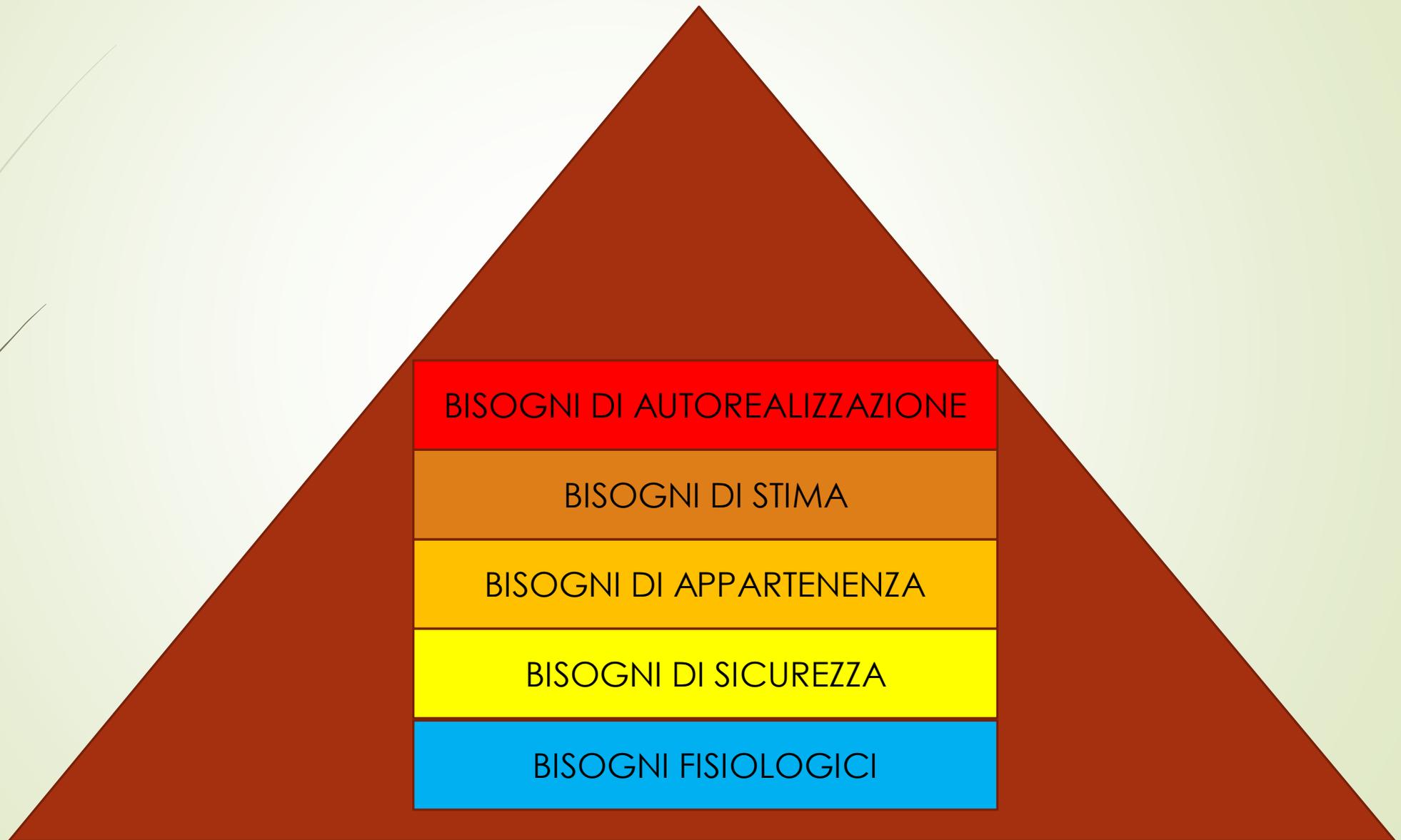


La formula arricchita di Kitwood

- DANNO NEUROLOGICO
- SALUTE FISICA
- BIOGRAFIA E STORIA DI VITA
- PERSONALITA'
- AMBIENTE SOCIALE

La demenza è il risultato dell'interazione fra il danno neurologico e la psicologia sociale maligna

La Piramide dei bisogni di Maslow (1954)



I COMPORTAMENTI CHE OSTACOLANO O FACILITANO L'ESSERE PERSONA

NEGATIVI

- Infantilizzazione
- Esautorazione
- Stigmatizzazione
- Invalidamento
- Oggettivazione
- Ignoramento
- Prendere in giro
- Imporre
- Accusa
- Etichettatura
- Intimidazione
- Esclusione
- Ingannare
- Umiliare

POSITIVI

- Rispetto
- Favorire l'autonomia
- Riconoscimento
- Validazione
- Collaborazione
- Inclusione
- Divertire
- Facilitare
- Riconoscimento
- Accettazione
- Calore
- Appartenenza
- Genuinità
- Celebrare

Come comunicare col paziente affetto da demenza

- NON FARE DOMANDE
- NON DIRE NON
- ASCOLTARE
- NON GIUDICARE
- RICONOSCERE LA COMPETENZA A CONTRATTARE
- RICONOSCERE L'INTENZIONE A COMUNICARE
- RESTITUZIONE DEL MOTIVO NARRATIVO
- RISPOSTA IN ECO
- RISPOSTE DI AMPLIAMENTO
- RISPONDERE CON EMPATIA
- RISPONDERE ALLE DOMANDE
- RESTITUIRE EFFETTIVITA'
- SOMMINISTRAZIONE DI FRAMMENTI DI AUTOBIOGRAFIA
- RICONOSCIMENTO DELLE EMOZIONI
- NON COMPLETARE LE FRASI
- NON INTERROMPERE
- NON CORREGGERE
- RISPETTARE I SILENZI E LA LENTEZZA

La Psicosomatica

La Psicosomatica è quella disciplina a cavallo tra medicina e psicologia clinica, che si interessa di quei disturbi somatici, la cui possibile causa risiede in un problema psicologico, piuttosto che in un effettivo deficit organico.

Alla base abbiamo il concetto di unità mente-corpo, che presuppone una loro interconnessione e interdipendenza. Non è possibile considerare salute e malattia come entità che appartengono al corpo o alla mente in modo distinto.

La Somatizzazione

In alcune patologie l'alterazione somatica è l'espressione di un conflitto psichico, come:

- L'isteria di conversione
- L'ipocondria
- Le malattie psicosomatiche



LA MALATTIA



REAZIONI EMOTIVE ALLA MALATTIA

- ▶ La malattia frustra la soddisfazione dei bisogni, la frustrazione a sua volta scatena delle reazioni emotive (in particolare ansia e depressione) che essendo penose mettono automaticamente in moto delle difese psicologiche.
 - ▶ Fa vivere il senso di essere stato ostacolato e quindi uno stato di delusione personale.
- 



LE MINACCE DELLA MALATTIA

- ▶ **Minacce alla vita, timore di morire**
- ▶ **Minacce (da parte della malattia, dei procedimenti diagnostici o del trattamento) all'integrità e al benessere organico**
 - ▶ Lesioni o invalidità somatiche, deturpazioni permanenti
 - ▶ Dolore, disagio e altri segni negativi della malattia o del trattamento
 - ▶ Menomazione



LE MINACCE DELLA MALATTIA

► **Minacce all'immagine di sé e ai progetti per il futuro**

- Bisogno di modificare il concetto di sé o il proprio sistema di valori
- Incertezza sul decorso della malattia e sul proprio futuro
- Pericolo per gli obiettivi ed i valori della vita
- Perdita dell'autonomia e del controllo

► **Minacce al proprio equilibrio emotivo**

- Pericolo di provare ansia, aggressività e altre emozioni che accompagnano i vari aspetti della malattia



Le minacce della malattia

- ▶ **Minacce alla realizzazione dei normali ruoli sociali**
 - ▶ Separazione dalla famiglia, dagli amici e da altri appoggi sociali
 - ▶ Perdita di importanti ruoli sociali
 - ▶ Bisogno di dipendere da altri
- ▶ **Minacce legate alla necessità di adattarsi ad un nuovo ambiente fisico o sociale**
 - ▶ Adattamento all'ambiente ospedaliero
 - ▶ Difficoltà nel comprendere le abitudini e i termini medici
 - ▶ Necessità di prendere delle decisioni in condizioni non familiari o stressanti



Meccanismi di difesa dalla malattia grave

- Aggressività
 - Ricerca di informazioni
 - Negazione
 - Regressione
 - Razionalizzazione
- 



Aggressività

- ▶ E' positiva quando aiuta ad affrontare il male con grinta, dedicando tutte le energie alla ricerca di una via di uscita
- ▶ E' dannosa quando è esagerata, immotivata e induce il malato ad un comportamento che significa "ce l'hanno con me!"
- ▶ Appaiono:
 - ▶ Diffidenza
 - ▶ Insoddisfazione
 - ▶ Sospettosità (i famigliari non mi seguono come dovrebbero, i medici sono incompetenti, gli infermieri fanno solo confusione, le medicine non servono ad altro che ad avvelenare)



Ricerca di informazioni

- ▶ Reazione involontaria ed automatica con cui si tende a rendere noto e familiare ciò che è ignoto non familiare
- ▶ La consultazione di enciclopedie, o tutto ciò che si riesce a recuperare fa acquisire l'impressione di avere un certo controllo della situazione sentendosi meno isolato e incapace
- ▶ E' positiva quando è contenuta, diviene negativa quando assorbe troppe energie o diviene fonte di disappunto e tensione (il paziente comincia a ritenere di saperne più del professionista della salute).



Negazione



- ▶ Reazione involontaria e automatica con la quale l'individuo rifiuta di accettare un aspetto non piacevole della realtà.
- ▶ Può presentarsi positiva di fronte all'impatto fisico e psichico della malattia, impedendo con un'azione protettiva di essere sopraffatti dall'ansia e dalla depressione
- ▶ Diviene negativa quando impedisce di far riconoscere l'importanza del male rendendo difficile la terapia



Regressione

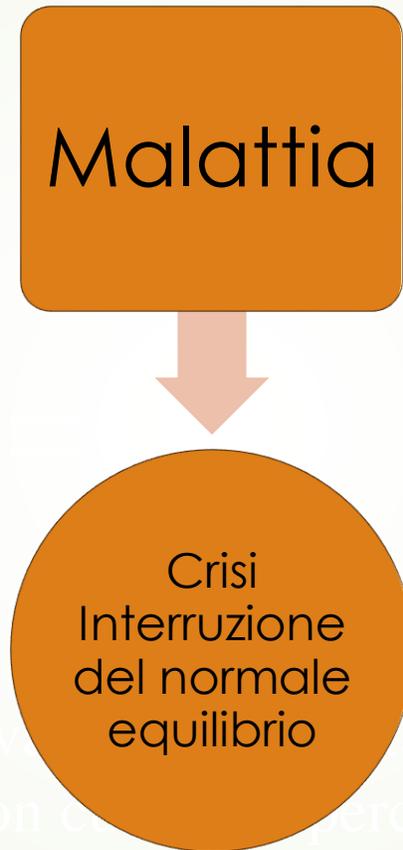
- ▶ Meccanismo involontario e automatico col quale l'individuo cerca di tornare in modo più o meno simbolico ad un comportamento ormai passato, ma preferibile.
- ▶ Certi professionisti lavorano meglio con questo tipo di malato, comunque la regressione può essere utile nei disturbi gravi o nel caso di prove diagnostiche in cui occorre che il paziente assuma prontamente il ruolo di malato
- ▶ Nei disturbi benigni e passeggeri la regressione è negativa, soprattutto se esagerata (stare a letto per giorni per un nonnulla trascinando convalescenze più lunghe del necessario)



Razionalizzazione

- ▶ Meccanismo con il quale si rende accettabile un fatto inaccettabile e fonte di ansia
- ▶ La razionalizzazione può essere positiva solo se diviene uno stratagemma per alleviare l'ansia (Bene, avevo proprio bisogno di riposarmi un po')
- ▶ Tuttavia in molti casi può portare più pericoli che giovamenti (la tosse insistente diviene solo una bronchitina mal curata) non consentendo di affrontare la malattia in modo pronto e adeguato

IL MECCANISMO DI COPING



Modo in cui viene valutata e percepita emotivamente la malattia. Gravità con cui è percepito il male, intervallo di tempo che intercorre prima di rivolgersi al professionista e il modo in cui alla fine verrà superata la crisi nella malattia



FATTORI PERSONALI SUL MECCANISMO DI COPING: PERSONALITÀ DEL PAZIENTE

- ▶ Biografia del paziente, esperienze precedenti
- ▶ Assunzione del ruolo di malato (comportamento nuovo che implica una diminuzione di responsabilità e l'impegno a ricorrere al parere e all'aiuto di persone competenti e nel medesimo tempo l'impegno a uscire dallo stesso ruolo di malato al momento della guarigione)



NATURA DELLA MALATTIA

- ▶ Le reazioni psicologiche alla malattia non dipendono dalla gravità obiettiva quanto dalla funzione colpita, che a sua volta può assumere un significato particolare per ogni paziente
- 



Bibliografia



Kitwood T. (1997) *Dementia Reconsidered: the Person Comes First*. Open University Press.

McShane, R. (2000). *What Are the Syndromes of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia?* *International Psychogeriatrics*, 12(S1), 147-153.
doi:10.1017/S1041610200006943

Pasini W. (1987) *Il corpo in Psicoterapia*. Raffaello Cortina Editore

Trabucchi M. (200) *Le demenze* UTET

Vigorelli P. (2004). *La conversazione possibile con il malato Alzheimer*. Franco Angeli