

**“Viaggio al cuore delle demenze”**  
*Il paziente*

Incontri Uni-ATENeO

***dr.ssa Anna Galeotti***

# Diagnosi secondo DSM - IV

La demenza è una “sindrome”: è costituita da un insieme di sintomi, che possono colpire più organi.

I criteri per la diagnosi sono:

- invariabilmente, un deficit mnestico: compromissione della capacità di apprendere nuove informazioni o di ricordare quelle già acquisite

# Diagnosi secondo DSM - IV

- almeno un disturbo tra:

afasia = alterazione del linguaggio,

aprassia = compromissione della capacità di eseguire attività motorie con l'integrità della funzione motoria,

agnosia = incapacità di identificare oggetti con l'integrità della funzione sensoriale,

disturbi delle "funzioni esecutive"  
(pianificare, organizzare, ordinare in sequenza, astrarre).

# Diagnosi secondo DSM - IV

Il **deficit cognitivo** determina una significativa riduzione delle capacità lavorative, sociali o relazionali.

Il **grado di disabilità** dipende dalle abitudini e dall'occupazione della persona, precedenti e contemporanei all'esordio sintomatico.

# Comportamenti problematici

Non necessari alla diagnosi, ma spesso presenti:

- *Agitazione e reazioni catastrofiche*

Sono condizioni di inappropriata attività verbale, vocale, motoria, spropositate, rispetto alla situazione.

La reazione è spesso aggravata dalla constatazione da parte del malato del proprio fallimento in relazione a semplici compiti.

# Comportamenti problematici

- *Aggressività*
- *Insonnia, turbe del ritmo sonno/veglia:*  
sonnolenza diurna ed irrequietezza notturna.

Il risveglio può essere determinato da necessità fisiologiche (il bisogno di urinare o uno stato di malessere), ma l'incapacità di soddisfare il bisogno o di esprimerlo, per avere l'aiuto necessario, determina irrequietezza.

# Comportamenti problematici

Altre volte allucinazioni visive e uditive possono interferire con il processo di addormentamento

→ nel tardo pomeriggio il viraggio della luminosità influisce sullo stato di vigilanza del paziente e si viene a creare la “*sun downing syndrome*”, una condizione di irrequietezza, agitazione psichica e motoria, che può condurre anche ad insonnia.

# Comportamenti problematici

- *Wandering e tendenza alla fuga*  
= vagabondaggio afinalistico.

I più a rischio sono soggetti con capacità motoria conservata, precedente stile di vita attivo, grave deficit cognitivo e che si trovino in situazioni in cui vengono richieste prestazioni cognitive (cui non sono più in grado di rispondere correttamente) per adattarsi all'ambiente.

# Comportamenti problematici

Il wandering può voler esprimere:

- la sensazione del paziente di estraneità,
- la sua difficoltà a ritrovare elementi familiari che lo aiutino a collocarsi correttamente nell'ambiente,
- la necessità di sottrarsi alla sovrastimolazione da parte di un ambiente incomprensibile per il paziente.

# Comportamenti problematici

- *Disturbi del comportamento alimentare*

È facile riscontrare iperoralità (= tendenza a portare tutto alla bocca → modalità di esplorazione degli oggetti tipicamente infantile).

- *Incontinenza*

Compare soprattutto nelle fasi intermedie ed avanzate del disturbo.

# Comportamenti problematici

- *Disturbi del comportamenti sessuale*

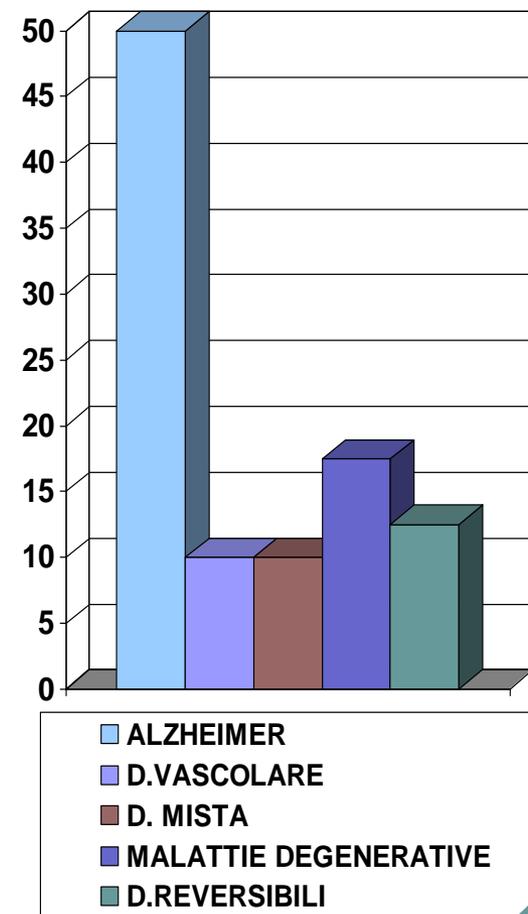
Sono spesso associati ai disturbi del comportamento alimentare.

Sono rappresentati da una frenetica attività masturbatoria, atti stereotipati di esibizionismo e ricerca ossessiva di rapporti.

# Le cause della demenza

Nel **50%** dei casi è l'Alzheimer;  
nel **10%** è l'arteriosclerosi  
cerebrale (d. vascolare);  
in un altro **10%** è la compresenza  
di Alzheimer e lesioni ischemiche  
(d. mista).

Altre malattie degenerative  
causano il **15-20%** dei casi. I  
restanti casi presentano demenze  
“reversibili” (con possibilità di  
recupero parziale).



# Epidemiologia

Le demenze colpiscono *meno di un milione di italiani*.

**Tendenza all'aumento** a causa di:

- maggiore aspettativa di vita,
- aumento delle patologie che concorrono all'insorgenza delle demenze (ipertensione, diabete, arteriosclerosi, eventi cardio-vascolari, tumori...)
- peggioramento degli stili di vita.

# Epidemiologia

Incidenza della malattia di Alzheimer:

circa l'1% nei soggetti di età compresa tra i 60 e i 64 anni;

tra il 10 e il 15% nella popolazione con più di 70 anni;

tra il 20 e il 40% per gli ultraottantenni.

# Stadiazione clinica

## Fase iniziale

Lenta evoluzione, in cui si manifestano:

- disturbi mnestici, riferiti come distraibilità;
- sospettosità verso gli altri, accusati di sottrarre oggetti che il malato non trova.

Spesso i familiari tendono ad attribuire ad un evento (es. un lutto) la causa della malattia; in realtà, gli elementi stressanti rendono solo manifesta una malattia già presente.

# Stadiazione clinica

La memoria temporalizza la vita

→ ad una sua compromissione segue disorientamento temporale.

Il paziente può diventare anomico

(= difficoltà a trovare il sostantivo corrispondente ad un dato oggetto).

Il pensiero astratto risulta impoverito,

→ con ridotta capacità di ragionamento logico, di giudizio e di concettualizzazione.

# Stadiazione clinica

Si manifestano:

- **labilità emotiva e mutamento della personalità;**  
→ spesso sono esagerati i caratteri premorbosei (atteggiamenti ossessivi, aggressività...)
- **difficoltà ad interpretare la realtà ed incapacità ad organizzarsi;**
- **scarsa lettura dei propri sintomi**  
→ il paziente può ignorare i propri disturbi, mentre i familiari notano comportamenti “strani”.

# Stadiazione clinica

## **Fase intermedia**

Il paziente è incapace di apprendere nuove informazioni e spesso si perde.

Ha difficoltà nel cogliere differenze e somiglianze, definire situazioni e concetti (capacità interpretativa).

→ perdita MBT e compromissione MLT.

Può richiedere assistenza nelle attività di base, ma generalmente deambula autonomamente.

# Stadiazione clinica

La riduzione e perdita del vocabolario è sia su base degenerativa, che relazionale

→ durante i fallimenti comunicativi il paziente sperimenta frustrazione e tende a parlare sempre meno per evitare quest'emozione.

# Stadiazione clinica

## Fase avanzata

Il paziente è incapace di svolgere qualsiasi attività autonoma (es. compare incontinenza).

MBT e MLT sono perse.

Il paziente può divenire mutacico (o ecolalico) e acinetico → la comunicazione viene svuotata di significato.

# Demenza e deficit metacognitivi

L'impairment include spesso:

- scarsa consapevolezza degli stati e processi mentali propri e altrui;
- scarso padroneggiamento delle condizioni problematiche.

Queste difficoltà dipendono da un danno organico connesso alla degenerazione neuronale.

# “Gli occhiali” della demenza

- I deficit cognitivi limitano l'uso delle strategie di adattamento, la capacità di problem solving e la comprensione di nuove situazioni.
- I deficit della memoria di fissazione e di rievocazione ostacolano il recupero delle conoscenze acquisite (deficit valutativo).
  - la demenza influisce sulla capacità di esplorare il mondo e interpretare i dati

# Gli “occhiali” della demenza

*Demenza lieve e moderata* → l'individuo si avvale di valutazioni elaborate nel corso della vita.

*Demenza grave* → il paziente si avvale di automatismi innati.

Se ci si trova in difficoltà e si non dispone delle facoltà per valutare la presenza di un pericolo, è più conveniente pensare che la situazione sia pericolosa (→ reazione di ansia come unica risposta di evitamento del danno).

# Personalità e disturbi comportamentali

La visione del mondo  
precedente alla patologia  
("i propri occhiali" sul mondo)  
influirebbe in parte anche sulla  
manifestazione di disturbi  
comportamentali.

# Personalità e disturbi comportamentali

- I disturbi comportamentali sono legati a:
- la presenza di uno stimolo-bisogno,
  - la capacità di coglierlo e di reagirvi (capacità inficiata dai deficit, che alterano la comprensione e l'adattamento all'ambiente, e dalle ridotte capacità di comunicazione)
  - la personalità del soggetto.

# Personalità e disturbi comportamentali

Il deterioramento cognitivo a cui i pazienti vanno incontro comporta la perdita progressiva di modelli comportamentali, tra cui le regole del vivere in società, le convenzioni e la sovrastruttura etico/morale

→ drastico impoverimento del repertorio comportamentale socialmente riconosciuto.

# Interpretazione cognitiva dei disturbi comportamentali

- tentativi di *regolazione emotiva e di controllo su di sé*

→ i comportamenti problematici potrebbero essere usati per gestire sentimenti di vergogna, ansia o tristezza, anche conseguenti alla valutazione del proprio stato;

# Interpretazione cognitiva dei disturbi comportamentali

- tentativi di *controllo sull'ambiente*

→ a fronte di un'incapacità nel gestire le situazioni e le emozioni con strategie funzionali, i disturbi comportamentali potrebbero essere un adattamento ad avversità non controllabili.