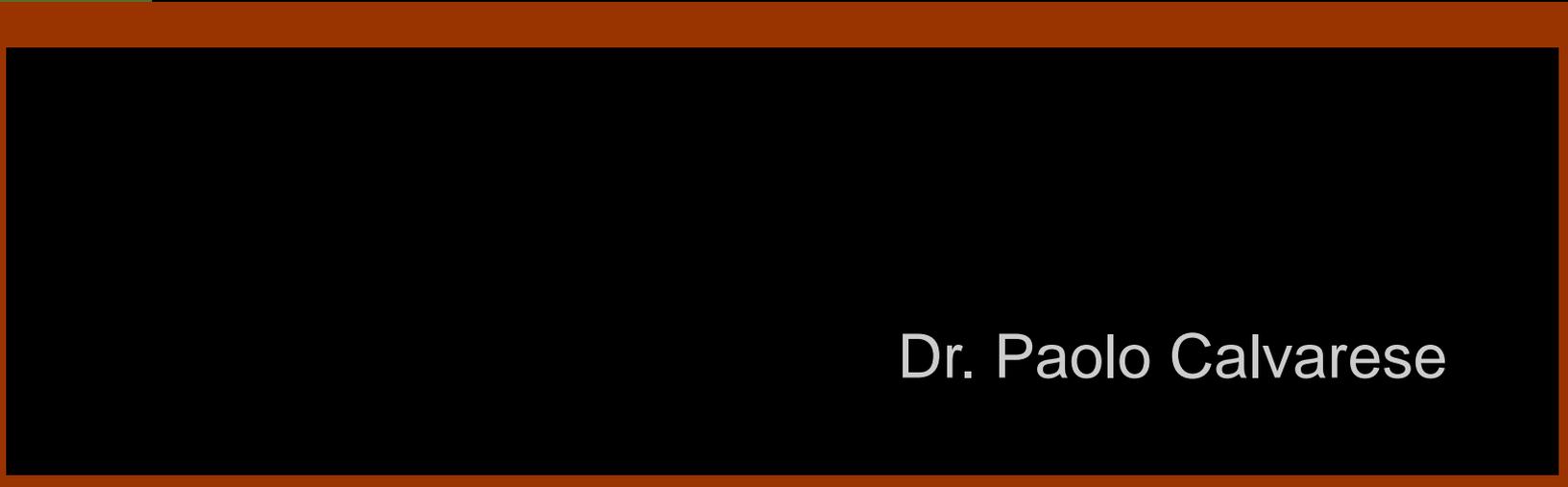




CELVA

Consorzio degli enti locali della Valle d'Aosta

La corretta gestione del paziente psichiatrico – II° parte



Dr. Paolo Calvarese

Riassumendo:

- Delirio e allucinazione
- Non colludere e non collidere;
- Sintonizzarsi sulla sofferenza e l'angoscia e non sui contenuti;
- Non iperstimolare;
- Richiesta consulenza psichiatrica in caso di riacutizzazione sintomatologica

Strumenti dell'operatore

Consapevolezza del proprio ruolo

Conoscenza della psicopatologia

Strutturazione di un progetto terapeutico

Definizione dei limiti della relazione con il malato
e con la famiglia

Supervisione

Rapporto con la famiglia

- Favorire il contatto con il CSM
- Definire il proprio ruolo
- Contenimento emotivo e restituzione bonificata dei vissuti
- Psichiatra di riferimento
- Risorse e limiti (guida)
- Vissuti di: colpa, rabbia, sconforto, sfiducia, vergogna, emarginazione, incomprensione

Classificazione delle demenze

Demenze Primarie

- Degenerativa tipo Alzheimer
- Malattia di Parkinson
- Malattia di Pick
- Corea di Huntington
- Paralisi sopranucleare progressiva
- Malattia di Lewy

Demenze secondarie

- **Demenze Vascolari**
 1. Demenza multiinfartuale
 2. Malattia di Biswanger
- **Demenze tossiche**
- **Demenze metaboliche**
- **Demenze meccaniche**
- **Demenze infiammatorie**
- **Demenze neoplastiche**
- **Demenze da altre cause**

Epidemiologia

- Dopo i 65 anni la prevalenza è del 3% - 4%
- La percentuale aumenta con l'età

65 anni  0.6%

Oltre i 90 anni  36% – 41%

Decorso

- FASE I: Prodromica → spesso subdola
- FASE II: Stato → 3-7 anni con momenti di sosta
- FASE III: Terminale → problematiche internistiche

I CONSIGLI DEI FAMILIARI

1. Non vivere con l'angoscia della fase III
2. Mantenere flessibilità: le problematiche mutano nel tempo

LE TRE A

AFASIA

APRASSIA

AGNOSIA

+

MEMORIA

Demenza di Alzheimer

AD

**Demenze di Alzheimer
presenio**

SDAT

**Senile Dementia of the
Alzheimer's Type**

Memoria di fissazione

Esordio insidioso

Funzioni Esecutive; Afasia; Aprassia e Agnosia

Decorso ingravescente con periodi di stasi

Scarsa consapevolezza

Demenze multiinfartuali

Lesioni multifocali di tipo ischemico

Minor compromissione della Personalità

Deterioramento a scacchiera

Esordio acuto

Decorso a gradini con regressione parziale

Maggior consapevolezza



Depressione

FATTORI DI RISCHIO MALATTIA ALZHEIMER

■ IPOTIZZATI E NON ACCERTATI:

1. Età della madre alla nascita
2. Mancinismo
3. Fattori ambientali (mancinismo)
4. Assenza di storia di fumo di sigaretta

■ POSSIBILI

1. Traumi cranici
2. Malattia cerebrovascolare
3. Sindrome depressiva ad esordio tardivo
4. Familiarità per malattia di Parkinson
5. Ipotiroidismo
6. Sesso femminile
7. Mancata assunzione di estroprogestinici o farmaci anti-infiammatori

■ ACCERTATI

1. Età
2. Familiarità per demenza e sindrome di down
3. Assetto allelico ApoE
4. scolarità

FATTORI DI RISCHIO PER LA DEMENZA VASCOLARE

Età avanzata

Sesso maschile

Ipertensione arteriosa

Episodi di ipotensione arteriosa

Diabete mellito

Storia di ictus

Malattie cardiache

Abuso alcolico

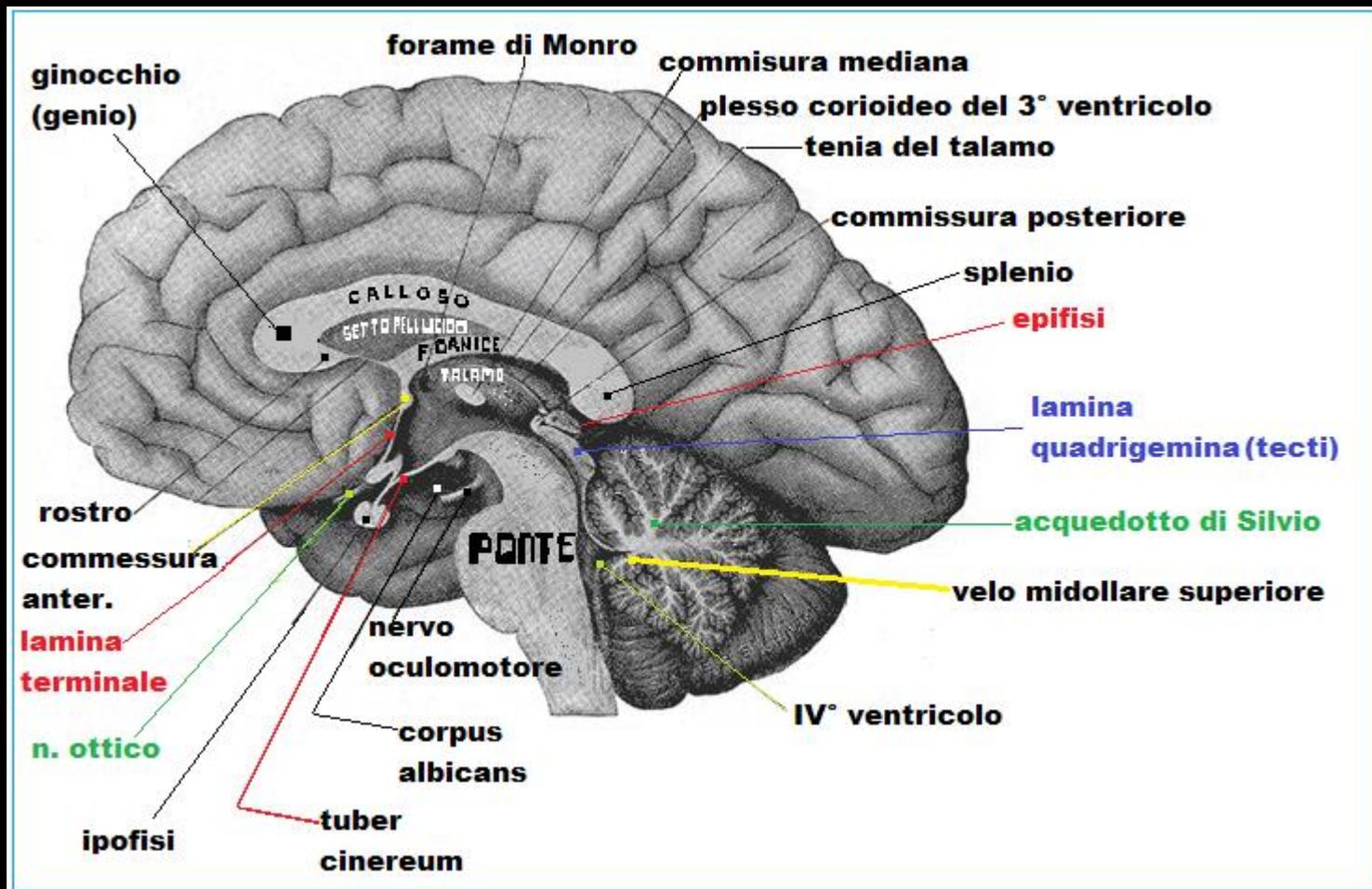
Anestesia generale

Familiarità per malattie vascolari

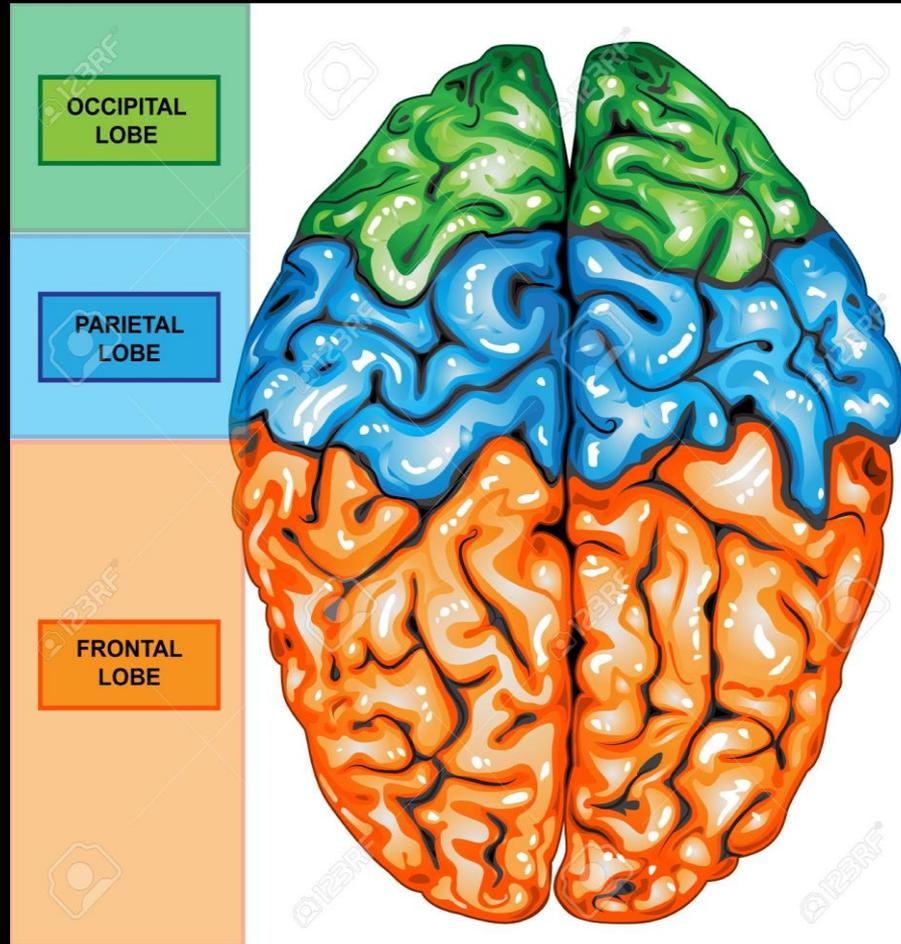
Prevenzione della demenza e del declino cognitivo nell'anziano

- Controllo ipertensione arteriosa
- Estroprogestinici nelle donne in menopausa
- Uso di acido acetilsalicilico in soggetti a rischio di ischemia cerebrale
- Regolare attività fisica
- Mantenere l'attività mentale
- Evitare abuso etilico
- Consumare dieta ricca di frutta e vegetali
- Evitare carenze di vitamine E e B12
- Curare la depressione

SEZIONE SAGITTALE



VISTA DALL'ALTO



VISTA LATERALE



Gestione disturbi cognitivi:

Attenzione

- Evitare troppi rumori
- Non compiti difficili (li abbandonerebbe)
- Non chiedere due cose contemporaneamente

Gestione disturbi cognitivi: Memoria

- Suggestire indizi
- Minimizzare le difficoltà
- Utilizzo di cartelli (contenuto armadi, stanze, stagioni,
- Albero genealogico
- Ambiente semplice, oggetti utili ben visibili
- Luci adeguate
- Libro della memoria da fare con i parenti

Gestione disturbi cognitivi: Linguaggio

- Parole sulla punta della lingua (suggerire)
- Parola non compresa (cambiare parola)
- Porsi di fronte al malato
- No toni acuti
- No frasi lunghe e giri di parole
- Usare i nomi e non i pronomi
- Usare verbi al presente
- No frasi indirette e domande aperte

Gestione disturbi cognitivi: Linguaggio

- Accompagnare con la mimica le parole
- Contatto fisico per mantenere l'attenzione
- Attenzione alla conversazione tra operatori
- Colludere con il delirio per tranquillizzare

Gestione disturbi cognitivi:

Riconoscimento

- Non rimproverare se non riconosce
- Semplificare l'ambiente se non riconosce
- No superfici riflettenti
- Utilizzo dei contrasti cromatici
- Attenzione a dislivelli e linee sul pavimento
- Trasformazione del bagno

Gestione disturbi cognitivi: Prassia

- Sostituirsi solo se indispensabile
- Correggere con delicatezza
- Favorire l'imitazione dal vivo
- Scomporre le sequenze motorie
- Semplificare l'abbigliamento
- Avviare i gesti con il paziente

Gestione disturbi cognitivi: Giudizio critico

- Usare frasi con contenuti concreti
- Usare nomi di battesimo
- No proverbi e metafore
- Individuare segni premonitori
- Distrarre il malato

Gestione degli altri disturbi :

Deliri e allucinazioni

- Non entrare in conflitto
- Tono di voce rassicurante
- Proporre attività alternative
- Atteggiamento empatico (come con i bimbi)
- Trovare soluzioni al delirio
- Annotarsi i luoghi in cui nasconde gli oggetti

Gestione degli altri disturbi :

Aggressività

- Persona non gradita (cooperazione operatori)
- Malessere fisico
- Troppa confusione
- Troppo caldo
- Abbigliamento non adeguato
- Paura dell'acqua (fare il bagno)
- Proposta di compiti che non riesce a svolgere

Gestione degli altri disturbi : Aggressività

Non è possibile prevedere quindi:

- Non sgridare
- Non sfidarlo
- Non avvicinarsi in più persone
- Non amplificare l'accaduto, poi dimentica
- Non rimanerci male
- Intervenire se strettamente necessario

Gestione degli altri disturbi :

Tono dell'umore

- Mantenere il contatto con la quotidianità
- Coinvolgerlo nei momenti ludici
- Rinforzare positivamente
- Sorridere (anche di fronte alle sue risate incongrue)
- Favorire il contatto fisico

Gestione degli altri disturbi :

Ritmo sonno-veglia

- Limitare i sonnellini diurni
- Impegnarlo durante la giornata
- Non svegliarlo troppo presto al mattino
- Ritualità per l'addormentamento
- Insonnia: bisogni fisiologici, comodità del letto, temperatura stanza, terapia farmacologica, paura del buio, sensibilità ai rumori
- Ha fame o ha sete

Sindrome del Sole calante

- Aumentare l'illuminazione
- Meglio eliminare la televisione ascoltare musica rilassante
- Non coinvolgere troppo il malato con domande

Gestione degli altri disturbi : Alimentazione

- Monitorare i parametri del paziente
- Verificare infezioni del cavo orale
- Posate e stoviglie adeguate
- Apparecchiare in modo adeguato
- Controllare la temperatura dei cibi
- No doppie consistenze

Gestione degli altri disturbi :

Attività motoria aberrante

- Motivazioni: ansia, fame, sete, dolore, confusione, bisogno di andare in bagno
- Vagabondaggio: favorire delle pause
- Affaccendamento: creare uno spazio

Prevenzione del Burn-out

- Entusiasmo
- Stagnazione
- Frustrazione
- Apatia
- Supervisione
- Formazione
- Progetto terapeutico
- Riunione d'equipe