

# ESPERIENZA DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO NELL'ANZIANO AFFETTO DA DEMENZA

Valentina Papalia

## Premessa

Alzi la mano chi, arrivato alla soglia dei sessant'anni, non ha qualche vuoto di memoria: scorda il nome di un'attrice, il telefono di un amico, l'autore di un libro.

Quando accade, ci si chiede se il blackout è conseguenza dell'età o sintomo di una malattia. Ed il pensiero corre alle demenze senili, il pensiero corre all'Alzheimer, la più frequente tra queste patologie che ruba non solo i ricordi ma anche la parola, l'attenzione, l'orientamento, il pensiero. In una parola si porta via la personalità.

Oggi sono 24,3 milioni le persone con diagnosi di demenza nel mondo, 4,6 milioni i nuovi casi l'anno, uno ogni 7 secondi. Inoltre non è ancora stata individuata la miccia che innesca la devastazione del cervello e i farmaci incidono solo sui sintomi. In attesa che la scienza sveli che cosa ci sia esattamente alla base di questo processo, una possibile strategia di difesa esiste. Anche se il mandante, per così dire, Alzheimer è sconosciuto, sono note le impronte digitali che lascia sul cervello: riduzione dell'ippocampo, essenziale per la memoria, e di altre aree cerebrali.

Sono tracce che nel cervello di chi ha vuoti di memoria benigni non si trovano, e che quindi possono servire per la diagnosi precoce della malattia. La diagnosi precoce non evita la patologia, ma aiuta a migliorare la vita del paziente e della famiglia.

I problemi possono essere affrontati affiancando ai farmaci interventi riabilitativi e comportamentali. Aiutano a costruire un "ambiente amico" attorno al malato, potenziano le funzioni mentali residue, stimolano la memoria, riportano a galla le emozioni, danno la possibilità di riconoscersi al di là di un male che ottenebra la mente e che rende estranee persone che una volta estranee non erano.

## 2. L'esperienza.

L'esperienza che riporto è quella di S. un uomo di 72 anni affetto da circa tre anni da Alzheimer.

### 2.1 L'anamnesi clinica

S. nasce nel 1934, trascorre i primi anni dell'infanzia in un piccolo paese. Qui aiuta per diverso tempo i genitori a gestire il bar di famiglia insieme alla sorella; qualche tempo dopo incontra una ragazza e si sposa. Dal matrimonio nascono due bambini.

I figli crescono ma purtroppo la moglie di S è colpita da un carcinoma alla mammella e muore dopo poco tempo. S rimane solo con i figli, i quali, in seguito alla morte della madre cominciano ad assumere eroina e diventano entrambi tossicodipendenti.

S ricorda questi anni con grande dolore, dai suoi racconti si evince una grande sofferenza; riporta un profondo senso di colpa per ciò che è accaduto. Poco tempo dopo incontra una nuova compagna, M, con la quale comincia una nuova relazione. Col passare degli anni le cose però peggiorano, i due figli non riescono a disintossicarsi ed entrambi perdono la vita. S vive in una cittadina da ormai sette anni, i momenti vissuti con M sono stati piacevoli.

Nonostante S abbia trovato una nuova compagna e dei nuovi amici ultimamente a causa della patologia è sempre più difficile gestire i rapporti che instaura con gli altri e le dinamiche famigliari. Da circa tre anni S. è affetto da Alzheimer; in seguito alla chiusura del centro diurno presso il quale si recava quotidianamente è stato richiesto un intervento riabilitativo domiciliare.

### 2.2 Definizione degli obiettivi

S appare sin dal nostro primo incontro un uomo piuttosto distinto, adeguato nella cura del sé e nell'abbigliamento, si mostra fin da subito collaborativo e disponibile. Esprime con grande sofferenza la difficoltà che prova nell'instaurare una conversazione con gli altri; mi riferisce infatti di "non riuscire più a trovare le parole"...

Tale sofferenza e frustrazione è determinata dal fatto che S è piuttosto consapevole della malattia e di ciò che gli sta succedendo. Accanto al quadro demenziale S presenta un marcato delirio di gelosia nei confronti della moglie; tale aspetto rappresenta un fattore che compromette in maniera piuttosto rilevante la loro vita.

Accanto ad una prima osservazione e ad un primo colloquio sia con S che con la moglie ho utilizzato per definire gli obiettivi del progetto riabilitativo specifiche scale di valutazione con le quali ho focalizzato i bisogni, le potenzialità e le risorse del soggetto.

Il MINI MENTAL STATE mi ha permesso di valutare la gravità del disturbo cognitivo, al test S riporta un punteggio di 20 il quale mi rimanda ad un lieve deficit cognitivo.

In particolare risultano maggiormente compromesse le aree riguardanti la memoria, il linguaggio e l'orientamento temporale. La scala IADL<sup>1</sup> che misura l'autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana (uso del telefono, fare la spesa, uso dei mezzi di trasporto, capacità di gestire la terapia farmacologica, uso del denaro, cucinare, accudire la casa, fare il bucato) riporta il mantenimento totale di 4 aree su 8; in particolare S non presenta problematiche nella capacità di fare la spesa e di gestire il denaro, nelle abilità di cucinare ed accudire la casa.

### 2.3 Tempi e strumenti d'intervento utilizzati

Una volta individuati gli obiettivi specifici del progetto riabilitativo su S ho adottato tecniche differenti al fine di valorizzare e fortificare ciò che di sano e intatto permane nel suo quadro clinico stimolando le potenzialità latenti e sviluppando quelle abilità che costituiscono elementi basilari del vivere quotidiano.

#### Linguaggio

Il linguaggio rappresenta una delle aree maggiormente compromesse; S convive con la costante sensazione di “avere una parola sulla punta della lingua senza riuscire mai a trovarla”. Ho utilizzato a tal fine semplici esercizi; la funzione del linguaggio viene esercitata attraverso la produzione categoriale, lo spelling di parole e la denominazione di oggetti attraverso immagini proposte.

#### AREA DI INTERVENTO ➔ IL LINGUAGGIO

- 1- Elenchiamo insieme tutti gli oggetti che “si trovano in cucina”.
- 2- Troviamo insieme un nome proprio, un animale ed un oggetto che comincino con la lettera “A”.
- 3- Mostriamo all'utente un'immagine che deve riconoscere.
- 4- Mostriamo all'utente l'immagine di un cibo; dopo averlo riconosciuto l'utente proverà a rispondere col nostro aiuto ad alcune domande:  
Come si chiama questo cibo?  
Di quale colore è?  
Dove si compra?  
Si mangia cotto o crudo?  
Dove si conserva questo cibo?

#### Orientamento

S presenta una moderata compromissione dell'orientamento temporale mentre quello spaziale non risulta alterato.

A tal fine ho lasciato che S continuasse a fare tutte le mattine le attività quotidiane che compie da diverso tempo; la riabilitazione in tal senso è basata sul mantenimento dell'apprendimento implicito indotto dalla continua ripetizione dello stesso percorso e della stessa attività.

Al contrario S presenta una compromissione piuttosto marcata dal punto di vista dell'orientamento temporale; l'intervento che ho attuato nei riguardi di tale area si rifà all'utilizzo di strumenti e strategie che hanno aiutato S ad orientarsi nel tempo.

#### ● Memoria

La memoria rappresenta in questo caso una delle aree che risultano maggiormente compromesse. Al fine di promuovere il rallentamento della perdita di memoria ho utilizzato diverse tecniche. Ho proposto a S un semplice esercizio che lui stesso ha trovato molto divertente, anagrammare semplici parole; gli fornivo alcune lettere (per esempio A C S A) e gli chiedevo di formare una parola di senso compiuto, il compito veniva immediatamente semplificato nel momento in cui la parola risultava troppo difficile; in questo caso fornivo l'iniziale, poi la seconda lettera e così via fino a che S non era in grado di recuperare l'informazione richiesta.

Un'altra modalità utilizzata è stata quella di far descrivere a S la giornata trascorsa il giorno precedente momento per momento.

Inoltre è stata utilizzata la terapia di reminescenza in base alla quale le risorse mnesiche residue vengono stimolate attraverso il recupero di esperienze passate emotivamente piacevoli.

#### ● Attività strumentali della vita quotidiana

<sup>1</sup> .....

<b>AREA DI INTERVENTO → LE ATTIVITA' STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA</b>
<p>Promuoviamo nuove strategie al fine di risolvere alcune problematiche che l'utente incontra nella gestione del quotidiano (tecnica del problem solving).</p> <p>-utilizziamo la tecnica dello shaping (scomporre un'azione complessa in azioni più semplici)</p> <p>-utilizziamo la tecnica del prompting (“accompagniamo” il gesto del paziente che sta svolgendo un attività).</p>

Come emerge dal risultato della scala IADL S è ancora in grado di svolgere molte attività della vita quotidiana. Il mio intervento si è basato sul mantenimento di tali abilità e sul “semplificare” l'ambiente in cui

vive al fine di promuovere nuove strategie per risolvere alcune problematiche che il soggetto incontra nella vita di tutti i giorni (*problem solving*).

### 2.5 Fasi di verifica

Le verifiche del programma riabilitativo sono state fatte attraverso la somministrazione ciclica delle scale di valutazione utilizzate nella fase iniziale del progetto, al momento della presa in carico.

La prima fase di verifica è stata definita a tre mesi dalla valutazione iniziale.

A tale livello è da osservare come il quadro clinico osservato presenti alcuni items rimasti invariati rispetto alla somministrazione iniziale ed altri che sono invece moderatamente peggiorati in relazione al decorso della patologia.

In relazione a tale verifica il progetto riabilitativo non ha subito particolari modifiche.

La seconda fase di verifica definita a sei mesi dalla prima fase, ha messo in luce un peggioramento piuttosto rilevante.

Va precisato che in tale quadro clinico il peggioramento è stato in gran parte favorito dalla gravità del delirio che S presenta.

Alla luce di tali nuovi risultati è stato necessario modificare il progetto riabilitativo e le modalità d'intervento che sono state utilizzate fino a questo momento.

La situazione di S è, infatti, diventata col passare del tempo quasi del tutto ingestibile; la gravità con la quale sono comparsi i sintomi ha determinato non solo la compromissione della qualità della sua vita bensì anche l'alterazione dei rapporti con M e l'impossibilità di creare una situazione all'interno della quale vivere in maniera serena.

In seguito al cronicizzarsi dei sintomi ed al grado di disabilità che la patologia ha generato si è arrivati alla conclusione che S necessita di un'assistenza totale. S è stato inserito in una residenza per anziani al fine di continuare la fase riabilitativa di mantenimento delle capacità residue in un ambiente più adeguato ai suoi bisogni.

### 3.2 Conclusioni

Penso che l'esperienza riportata metta in luce sia i limiti che le possibilità di quella che viene definita riabilitazione psicogeriatrica.

In considerazione di ciò se da un lato si è verificato come il decorso della patologia abbia causato non solo il cronicizzarsi di alcuni sintomi ma anche la compromissione di alcune abilità del soggetto, dall'altro si può osservare come l'intervento riabilitativo abbia comunque determinato un modesto rallentamento del processo di deterioramento stesso.

In relazione al percorso terapeutico-riabilitativo posso infatti constatare come questo abbia determinato, nel corso di questi mesi, una condizione di generale benessere soggettivo sia per S che per l'ambiente familiare nel quale questo ha vissuto.

Questa esperienza di trattamento ha permesso di creare un ambiente più favorevole intorno al paziente, più adeguato alle condizioni causate dalla patologia; ha fatto in modo che S conservasse, per più tempo possibile, le sue capacità residue; ha cercato quindi di contrastare la perdita delle abilità ancora possedute dal soggetto e di recuperare capacità che si stavano compromettendo.

La creazione di una relazione terapeutica con S e la forte “intesa empatica” che si è creata nel corso di questi mesi mi ha permesso inoltre di offrire ad S un valido supporto psicologico, mi ha aiutato a gestire le situazioni più difficili e mi ha dato la possibilità di intervenire in maniera efficace anche nei rapporti conflittuali con M che sono stati in molte situazioni ridimensionati.

Questa esperienza mi ha fatto capire come sia impossibile impedire alla demenza di fare il suo decorso, possibile però ridurre gli effetti negativi del decadimento cognitivo e migliorare la qualità della vita di un anziano affetto da questo tipo di malattia.

## **RIERMENTI BIBLIOGRAFICI**

Lara Bianchin - Silvia Faggian, *Guida alla valutazione e al trattamento delle demenze nell'anziano*, FrancoAngeli editore, Milano, 2006

- Costanzo Gala, *Psicogeriatría*, Masson editore, Milano, 1990

- Luigi Ravizza, *Demenze* in *Trattato italiano di psichiatria* (a cura di Cassano G.B., Pancheri P., Pavan L., Pazzagli A., Ravizza L., Rossi R., Smeraldi E., Volterra V.), Masson editore, Milano, 1999

- Robert Liberman, "*La riabilitazione psichiatrica*", Raffaello Cortina editore, Milano, 1997