

# **Psicogeriatría e Psicología dell'invecchiamento**

# ETA' GERIATRICA

Fase del ciclo di vita che ha inizio a partire dai  
65 anni

- Anziano giovane: 65-75 anni
- Grande anziano: >75 anni
  
- Anziano sano: non ha patologie
- Anziano malato: richiede cure mediche e/o psichiatriche

# SENESCENZA

(processo di invecchiamento)

Graduale declino delle funzioni di tutti gli apparati  
dell'organismo

(cardiovascolare, respiratorio, genitourinario, endocrino,  
immune)

Falso Mito: l'età avanzata è invariabilmente associata a profonda  
infermità intellettuale e fisica.

Buona parte delle persone anziane conserva a un livello  
considerabile le proprie capacità cognitive e le funzioni fisiche

# COMPITI DI SVILUPPO

- Integrità personale
  - Soddisfazione v.s. disperazione nei riguardi della vita vissuta
- Mantenimento della stima di sé
  - Lotta contro il danno narcisistico causato dalle perdite biologiche, psicologiche e sociali
- Abbandono delle posizioni di autorità
  - conciliazione con coloro che ora la rivestono
- Accettazione della morte altrui e dell'approssimarsi della propria



# PROBLEMI EMOZIONALI dell'ANZIANO

- TEMA PREDOMINANTE: **PERDITA** (persone care, prestigio e condizione lavorativa, salute, capacità fisiche e mentali)

L'energia impiegata nel rattristarsi, superare il dolore e adattarsi ai cambiamenti è notevole.

DEPRESSIONE con disturbi mnesici, di concentrazione, capacità di giudizio, irritabilità (diagnosi differenziale con Demenza senile)



# Prendersi cura

(non solo "TRATTAMENTO")

- RICONOSCERE I PROPRI SENTIMENTI-PRECONCETTI VERSO LA VECCHIAIA
- RICONOSCERE I SENTIMENTI E I BISOGNI DELL'UTENTE ANZIANO
- ridefinire l'idea della vecchiaia:
  - ✓ FASE DELLA VITA
  - ✓ C'È ANCORA SPAZIO E TEMPO PER CAMBIARE
  - ✓ RICERCARE IL SENSO DEL PROPRIO ESISTERE E DEL PROPRIO AGIRE

# L'ASSISTENZA AL PAZIENTE TERMINALE

La capacità di assistere con efficacia e compassione i malati terminali dipende dalla consapevolezza dei propri atteggiamenti verso la morte e l'agonia

- Se ci si concentra sul controllo e sull'eradicazione della malattia, morte e pz terminale diventano il nemico.



equivalgono a un proprio fallimento



evitamento, irritazione, paura

# L'ASSISTENZA AL PAZIENTE TERMINALE

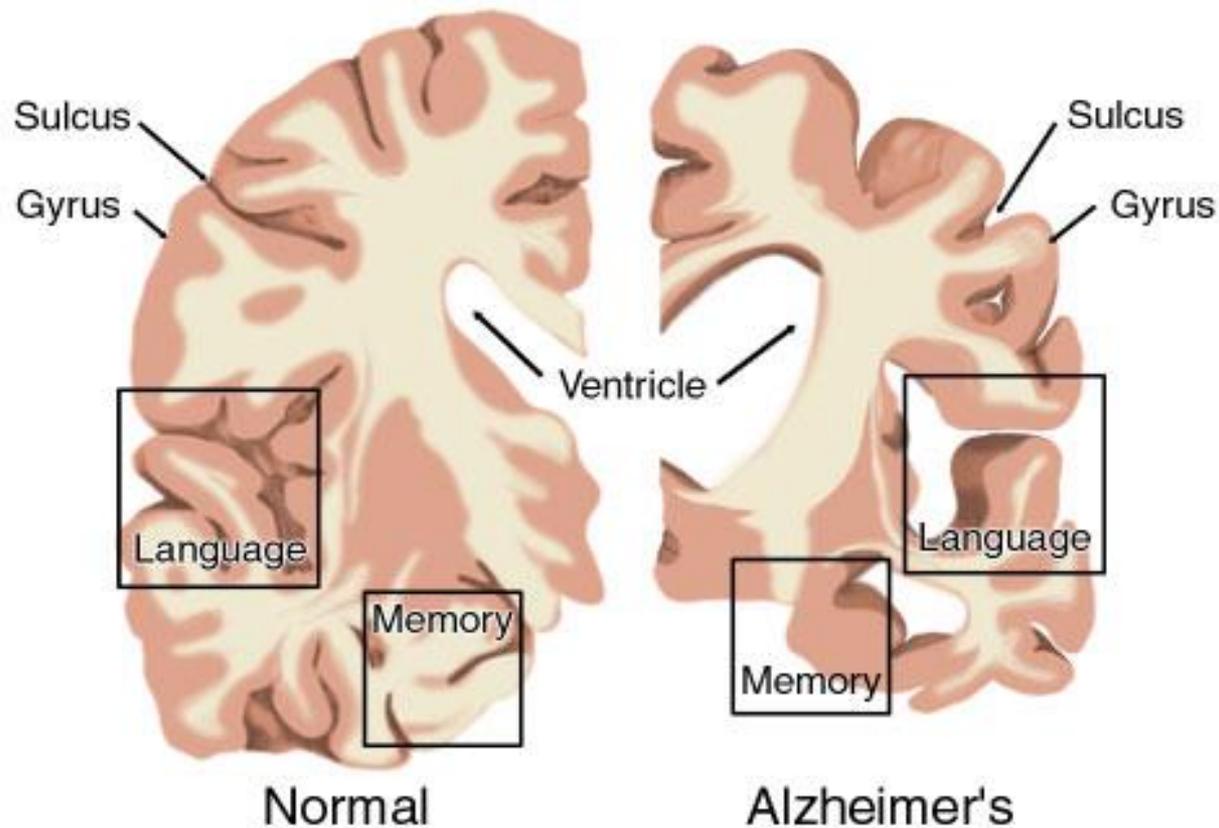
⇒ Fornire in interesse compassionevole e un aiuto continuativo:

- visite regolari, sguardo diretto, tocco appropriato
- Disponibilità ad ascoltare e a fornire informazioni
- Onestà e discrezione (rispettare ciò che i pz vogliono sapere)
- Incoraggiare, laddove possibile, una consapevolezza condivisa di diagnosi, terapia e prognosi



# DISTURBI NEUROCOGNITIVI (Demenze)

Brain Cross-Sections



# Disturbi Neurocognitivi

## Criteria DSM V

- A. Evidenza di declino cognitivo significativo in uno o più domini cognitivi, rispetto a livello di performance precedente
- B. Il deficit cognitivo interferisce con l'indipendenza del soggetto nelle attività quotidiane

In base alla severità dei deficit riscontrata ai test neurocognitivi e all'impatto sul funzionamento del paziente si determina la severità del disturbo (lieve, moderato, severo)

## CLASSIFICAZIONE EZIOLOGICA DELLE PRINCIPALI FORME DI DEMENZA

### **Demenze primarie (degenerative)**

*Senza segni motori prevalenti*

- Demenza di Alzheimer
- forme presenili (prima dei 65 anni)
- forme senili (dopo i 65 anni)

- Demenza fronto-temporale

*Con segni motori prevalenti*

- Demenza a corpi di Lewy
  - Parkinson-demenza
  - Paralisi sopranucleare progressiva\*
  - Degenerazione cortico-basale\*
  - Corea di Huntington\*
- \* più rare nell'anziano

### **Demenze secondarie**

- Demenza vascolare
  - multi infartuale (grandi infarti corticali)
  - sottocorticali (infarti lacunari, leucoaraiosi)
- Idrocefalo normoteso
- Disturbi endocrino-metabolici (soprattutto ipo ed ipertiroidismo)
- Malattie infettive ed infiammatorie del SNC
- Sostanze tossiche (alcool, metalli pesanti)
- Stati carenziali (Vitamina B<sub>12</sub>, folati, tiamina, malnutrizione)
- Processi espansivi endocranici (neoplasie, ematomi, ascessi)
- Varie (trauma cranico, insufficienza cardiaca e respiratoria)

# Mini-Mental State

PUNTI

PUNTI

Memoria di fissazione

Orientamento

1- In quale (anno) (stagione) (giorno del mese)

5- chiedere il nome dei 3 oggetti nominati in precedenza. 1 punto per ogni risposta corretta (punt max =3)

(giorno) siamo? (punt max =5)

2- Dove siamo? (stato) (regione) (città)

Linguaggio (punt max =9)

(ospedale)

(piano) (punt max =5 )

6a Dire il nome della penna e dell'orologio (punt max =2);

Memoria a breve termine

3- Dire il nome di 3 oggetti: un secondo per ciascuno.

6b Ripetere la frase seguente "NON SE, E O MA" (punt max =1);

Chiedere quindi al paziente di ripeterli tutti e 3 subito dopo che gli sono stati detti. 1 punto

6c Eseguire l'ordine in 3 tempi: "PRENDI UN FOGLIO CON LA MANO DESTRA, PIEGALO A META' E BUTTALO IN TERRA" (punt max =3);

per

ciascuna risposta corretta (punt. Max =3)

6d Leggere ed eseguire l'ordine: "CHIUDI GLI OCCHI" (punt max =1);

Ripeterli tutti e 3 finchè non li ha appresi.

6e Scrivere una frase (punt max =1);

Indicare il numero delle ripetizioni necessarie

6f Copiare un disegno (punt max = 1)

Attenzione e calcolo

4- Contare all'indietro per 7. 1 punto per ciascuna

Punteggio totale

risposta corretta. Cessare dopo cinque risposte (punt max = 5)

In alternativa fate dire "VERBO" al contrario

Valutare il livello di coscienza lungo il continuum:

valutare

VIGILE

SONNOLENTO

STUPOROSO

COMATOSO

# Impatto della demenza

## Durata della vita

- aumenta 2-3 volte il rischio di morte
- demenza sottostimata come causa di morte

## Sopravvivenza

- ♦ dopo 5 anni: deceduti il 70% dei dementi ed il 35% dei non-dementi

## Qualità di vita

- deterioramento progressivo
- necessità di controllo e aiuto

## Trattamento

- Inibitori delle colinesterasi: rallentano il decorso per alcuni mesi
- Riabilitazione psico-funzionale
- Accudimento