



**“LA PAURA DI *PERDERSI*
NELLA PERSONA ANZIANA”
Un Progetto Terapeutico**

Dr.ssa *Claudia Gambetti*

Negli ultimi 27 anni, il numero di individui della popolazione italiana over-65 è cresciuto del 50% con un popolazione di 12 milioni di individui, contro gli 8 milioni registrati un quarto di secolo fa.

Aumento della speranza di vita



Aumento di molte patologie eta-correlate

Termine *Vecchiaia* o *Senescenza*

Raggruppa in un'unica categoria molteplici fattori - classi di eventi di ordine diverso:

- Neurofisiopatologico
- Somatico
- Psicico
- Cognitivo
- Comportamentale
- Sociale

Invecchiamento → Processo Silente

Si osservano processi di varia natura che vanno ad alterare come prima componente la **QUALITA' DELLA VITA** che incide su:



Componenti psichiche
e
percezioni mentali di una PROGRESSIVA PERDITA

■ II *Cambiamento:*

Caratteristica principe delle diverse fasi vitali che con la terza e quarta età assume il significato di

“perdita” **funzionale**

“perdita” della propria *integrazione psico-sociale*



crisi di adattamento ad una nuova identità

Cambiamenti:

Successi / guadagni / riuscite



Delusioni / perdite / rimpianti / riduzioni delle attività della vita quotidiana, delle abitudini, delle modalità di vita



Aumento progressivo di *introspezione* / *riflessione* dei mutamenti del mondo e di condurre la propria vita



Ritiro Sociale

I tappa significativa dell'ultimo ciclo di vita

Primo Grande Cambiamento



Pensionamento

Ulteriori fattori di trasformazione:

- biologico
 - mentale
 - relazionale
 - sensoriali-percettivi
- ↓
- creatività
 - emotività
 - intelligenza
 - insorgenza deterioramento cognitivo

Andamento progressivo dell'“invecchiamento” è sottoposto a continue trasformazioni interpretate PERDITE che la persona anziana subisce, accusa, che vanno a turbare e DESTRUTTURARE il suo mondo psichico

Perdite → *Lutto*

La *vecchiaia* porta ad un confronto con una serie di perdite che causano il *disintegrarsi del proprio sé*
della propria identità

Perdita della propria identità:

- Perdita in/di sé stessi
- Perdita nei rapporti con gli altri (nel sociale)
- Perdita nei rapporti familiari
- Perdita nello spazio e nel tempo: perdita delle capacità cognitive

La paura della perdita del sé

L'arrivo della terza età, del pensionamento è seguito da una crisi correlata al

- cambiamento del soma – cambiamento irreversibile
- cambiamento della psiche

Cambiamenti a livello neurologico, vascolare, metabolico -disorientamento spazio/temporale e personale – alterazione dell'integrità



mancata integrità si esprime in "paura" "disperazione"
nascondendola nell'"amarezza.. *Nella paura della perdita*

Disintegrazione dell'identità

Erikson: il tema centrale di ogni individuo è la ricerca dell'identità.

Erikson in "*Vital Involvement Old Age*" (1986) individua la fase senile come la ottava fase, la cui crisi di sviluppo è contrassegnata da due forze in antitesi:

La Generatività *contro* *La Stagnazione*

Il conflitto continuo caratteristico di ciascuna fase provoca un disequilibrio psichico nel passaggio di fase in cui l'individuo deve usare *forze sane* e resistere agli stimoli patogeni.

Dall'antinomia tra Generatività e Stagnazione deriva la virtù della cura, termine che indica un tipo di impegno e di premura in continua espansione, ove confluiscono le forze positive dell'età anteriore → che devono essere sorgente di forza e vita per superare la fase successiva

Diniego → Disperazione → Accettazione → Adattamento

Passaggi in cui la persona deve far leva sulle risorse interne, forze acquisite in giovane età..

- L'individuo anziano vive un conflitto tra i propri desideri, le emozioni, gli istinti e la possibilità sempre più ridotta di soddisfarli a causa dei *tabù della società contemporanea*

("ormai è vecchio, non può avvertire alcuna emozione, non si rende conto delle situazioni, di ciò che diciamo..")



Manifestazione di "emarginazione" – "ritiro sociale"
Causando conseguentemente la

Paura della perdita in sé stessi

La soggettività della manifestazione della *senescenza*

- La percezione e reazione dell'ultima crisi esistenziale è soggettiva fa sì che ciascun ciclo di vita sia vissuto in modo diverso secondo i valori acquisiti e gli approcci alla vita assunti:
- La reazione, l'affronto alla fase di regressione o di inizio di malattia (che spesso nascondono "paura" "sofferenza") si diversificano soggettivamente

In caso di mancato adattamento:

- L'individuo invaso dalle paure verso qualcosa che non conosce e che non vede come proprio non riesce a far uso delle *Proprie risorse* e di *quelle ambientali* (Kubler Ross)

*“Le persone sono come le vetrate.
Scintillano e brillano quando c'è il sole,
ma quando cala l'oscurità
rivelano la loro bellezza
solo se c'è una luce dentro”*

Elisabeth Kübler Ross

Fasi di elaborazione del Lutto

NEGAZIONE

il paziente rifiuta la verità – incredulità funzionale al malato per proteggerlo da un'eccessiva ansia



RABBIA

emozioni forti quali rabbia e paura, che esplodono in tutte le direzioni verso se stessi – verso gli altri



PATTEGGIAMENTO

verifica cosa è in grado di fare in quali progetti investire la speranza: senso di ribellione e rifiuto al cambiamento
consapevolezza delle perdite che sta subendo



DEPRESSIONE

tipi di depressione: una reattiva ed una preparatoria
si manifesta quando il livello di sofferenza aumenta



ACCETTAZIONE

accettazione della propria condizione (della nuova identità)
consapevolezza di quanto sta per accadere

Demenza:

Molte energie vengono impiegate nello sforzo di **negare la verità al malato** e talvolta anche ad alcuni familiari. Ma la congiura del silenzio, a cui spesso aderisce collusivamente anche il malato, **impedisce di creare uno spazio affettivo di riconoscimento, di consolazione reciproca e di condivisione** per elaborare il dolore della separazione da quella che era l'identità di sempre.

Le paure

- Buio
- Abbandono
- Essere derubati
- perdere i cari
- perdere capacità di inserimento sociale
- perdersi nello spazio
- disintegrazione

Paura di perdersi in sé stessi

- la persona perde le abitudini - Il proprio sé
 - Perde le proprie storie di vita
 - Perde le proprie memorie



Strutture portanti della propria IDENTITA'

la minaccia di perdere ciò che si è stato è alla base della vulnerabilità della persona IN CRISI:

Il superamento significa superare la perdita di senso per raggiungere una Nuova Identità

La paura della perdita nel Sociale

- Seconda Grande Paura ———> perdersi nel rapporto con gli altri / nel sociale
- La perdita dell'Identità è legata all'immagine che gli altri hanno di sé:
- La persona non si sente più parte integrante della SOCIETA'

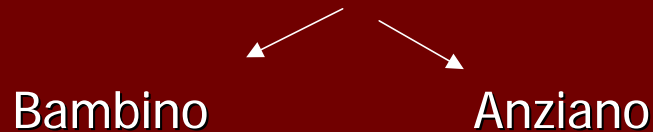
La nostra è una natura sostanzialmente sociale
l'allontanamento che la persona subisce dai propri cari,
amici.. Conduce ad una perdita progressiva dei nostri sé

La personalità richiede una relazione viva con almeno un'altra persona, se c'è un vincolo sentito o un legame.

Senza questo minimo, la psiche umana si disgrega, tranne nei casi più eccezionali. E' anche necessario per un individuo avere un posto significativo in un raggruppamento umano, tenuto assieme sulla base di relazioni di famiglia, amicizia, occupazione, religione, vicinato o altro. E' come se il gruppo venisse a esistere nell'individuo, così come l'individuo all'interno del gruppo.

(Kitwood, 1997)

Tale dipendenza reciproca può essere mascherata dalla psiche adulta, ma viene **APERTAMENTE rivelata dal bisogno di INTERSOGGETTIVITA'** mostrata nelle fasi di sviluppo più vulnerabili



Necessità di relazione MA anche di un riconoscimento di uno STATUS che per etica e per legge è quello di un essere umano con pari diritto di rispetto e considerazione.

STATUS SOCIALE: ciò che richiede un riconoscimento della propria soggettività e unicità in quanto individuo

(Kitwood, 1997)

La paura di perdersi nei rapporti familiari

- La persona anziana richiede una sempre maggiore assistenza che va a sconvolgere il sistema familiari: i ruoli di ciascun componente.



Inversione della funzione parentale:
il figlio diventa, soprattutto, se presente una demenza,
Genitore del proprio Genitore



Ulteriore perdita della propria identità
Causa di sentimenti di VERGOGNA – SENSI DI COLPA

Perdita del sistema neurale

- L'invecchiamento si basa sulla morte di tutte le cellule dell'organismo tale da compromettere le rispettive funzionalità: specificatamente quelle cerebrali.
- La morte neurale è tipica delle altre fasi del ciclo di vita di un essere umano, tuttavia si manifesta una riproduzione continua.
- Con il procedere degli anni si rallenta questo movimento di vitalità
- La perdita neuronale è permanente

L'invecchiamento cerebrale consiste nella graduale perdita di connessioni e ramificazioni neurali oltre all'ulteriore perdita neuronale che si verifica inevitabilmente con il trascorrere degli anni.

- L'andamento della perdita neuronale che avviene nella fase di invecchiamento muta con il mutare delle arborizzazioni dendritiche formatasi in età adulta, di numero diverso secondo il titolo di studio, l'attività lavorativa e i propri interessi acquisiti e coltivati nella vita trascorsa.



E' frequente trovare dissociazioni tra quadri strutturali e funzionali.

Le prime riduzione neuroanatomiche

Le parti che si atrofizzano per prime sono quelle *temporali*, specificatamente quelle *ippocampo* – più arcaiche



Capacità cognitive compromesse:

- Capacità di memoria
- Orientamento temporale: il ricordo della sequenza temporale degli eventi (strutture prefrontali destre)

Perdita della funzionalità cognitiva

Invecchiamento primario : invecchiamento normale

- Perdita di velocità nel processamento ed elaborazione delle informazioni
- rallentamento abilità visuo-spaziali
- Intelligenza Fluida → Intelligenza Cristallizzata

Invecchiamento secondario e terziario ("invecchiamento a cascata")

- Disorientamento
- Destabilizzazione dell'organizzazione della personalità

La vulnerabilità interindividuale non è età specifica, né dominio specifica MA è riconducibile ad una multifattorialità:

- Versante biologico
- Versante Cognitivo
- Versante della Personalità

Ciascuno utilizza strategie di pianificazione e controllo di eventi biologici, sociali che si sovrappongono all'organizzazione dei comportamenti adattivi e utili alla longevità

Il bisogno di aiuto , come la perdita dell'integrità delle capacità cognitive e l'andamento del processo d'invecchiamento è influenzato da:

- Funzionalità sensoriale- motoria
- Funzionalità intellettiva

La perdita sensoriale, infatti, diventa funzionalmente rilevante quando innesca altre perdite in altri domini (effetto a cascata, Birren 1964) come la "deprivazione sensoriale", le cui conseguenze a lungo termine riducono la stimolazione delle abilità intellettive e logico-astratte e inducono l'isolamento sociale

Domini cognitivi maggiormente compromessi:

- Attenzione: Riguardo alle abilità attentive ad essere maggiormente compromessa è quella per modalità *divisa* se nei compiti è implicata la memoria
- Memoria: Nel dominio della memoria, invece, spicca il declino del ricordo episodico già dopo i 30-40 anni. La *memoria di lavoro* sembra essere la più ridotta se correlata alle abilità di elaborazione delle informazioni, processo che richiede capacità attentiva

Attenzione- memoria – linguaggio sono così dei processi strettamente interconnessi e in relazione alla vita quotidiana, al punto che una perdita in alcuni processi mnestici può incidere anche nella perdita di attenzione e linguaggio

Progetto terapeutico

Da considerare:

La persona necessita di un AIUTO ad ampio spettro:

- Aiuto alla persona coinvolta
- Aiuto al personale coinvolto nell'assistenza
- Aiuto ai familiari



I tappa: valutazione multidimensionale

- Psicologica
- Comportamentale
- Cognitiva
- Neurologica

Approccio centrato sulla persona – presa in carico nella sua Globalità

TAKE CARE

Presa in cura nella totalità:

- trattamento farmacologico
- Trattamento di stimolazione cognitiva
- Sostegno psicologico alla persona anziana
- Sostegno psicologico al familiare
- Sostegno psicologico ai caregiver

Sostegno psicologico all'anziano

Il lavoro con gli anziani, da un punto di vista psicologico, va a battersi con l'identità disorganizzata della persona che il terapeuta deve cercare di ricomporre attraverso l'accettazione del cambiamento continuo, lavorando principalmente su:

- l'adattamento alla nuova condizione
- sulla stimolazione delle risorse psichiche
- sulla stimolazione delle potenzialità utili ad affrontare situazioni di crisi, di cambiamento.. di perdita progressiva
- Sui sensi di colpa che l'anziano ha nei confronti della DIPENDENZA dai propri cari.

- SCOPO:

Lavoro sul QUI ED ORA poiché c'è il bisogno di recuperare ciò che è ancora presente e ristrutturare un sé cambiato-una persona nuova

FASI che la psiche attraversa:

- shock (rifiuto)
- rabbia (che nasconde la paura della perdita)
- patteggiamento (accettazione e Ricostruzione)

Setting:

- Setting terapeutico deve essere "elastico" adeguandosi alle richieste del paziente che si trova in una fase particolare di vita..("malato cronico con patologia progressiva.. Che va incontro a CONTINUE PERDITE)

Colloqui di supporto → momenti di "socializzazione"

- I colloqui possono avvenire in:
 - giardino
 - in stanza
 - davanti ad una tazza di caffè

Da considerare:

- capacità deambulatoria
- urgenze fisiologiche
- RICORDARE gli oggetti per sentire- vedere- sentire caldi e comodi
- regolare la distanza di colloquio (dati i problemi sensoriali)

Sostegno psicologico ai caregivers

L'ipotesi di partenza consiste nella considerazione che il caregiver, usufruendo di un supporto informativo e psicologico, possa trarre beneficio affrontando diversamente la problematica in quella che è l'accettazione della malattia e l'adozione di comportamenti più adattivi con conseguenze positive sul proprio stato di salute psicologica.

Sono due gli interventi da offrire al caregiver:

- intervento di formazione
- Intervento di sostegno psicologico

Intervento formativo:

E' dimostrato come sia necessario, soprattutto in istituto, un intervento di tipo psicoeducativo, così da fornire indicazioni di comportamento, indicazioni pratiche, strategie di coping che aiutino il caregiver ad assumere sia verso sé stesso che verso la persona malata comportamenti adattivi

Il carico dell'assistenza provoca:

- Stanchezza
- Distacco, nelle relazioni interpersonali
- Ridotta realizzazione personale
- Adozione di procedure stereotipate e standardizzate
- Indifferenza
- Perdita dei propri sentimenti
- Senso di fallimento causato da una mancata risposta del paziente



BURN - OUT

La valutazione ai caregivers

- la CBI (Caregiver Burden Inventory) di Novak e Guest.

composto da 24 items, suddivisi in 5 dimensioni di *burden*:

- *Time-Dependence Burden* (T/dep-B): restrizioni nel tempo personale del *caregiver*;
- *Developmental Burden* (Dev-B): senso di fallimento relativo alle proprie speranze e aspettative;
- *Physical Burden* (Phys-B): stress fisico e disturbi somatici;
- *Social Burden* (Soc-B): conflitti nel lavoro e nella famiglia;
- *Emotional Burden* (Emot-B): sentimenti negativi verso il paziente,

Dalla valutazione del carico soggettivo, fisico e psicologico percepito dal caregiver, viene proposto un **intervento di counseling individuale**, quando necessario, nei periodi di maggiore crisi, **in alternanza a gruppi di auto-aiuto** e di sostegno psicologico che possano quindi costituire una solida rete di supporto atta a rispondere ai diversi bisogni dei caregiver e che possano fornire strategie di lavoro da seguire e mettere in pratica

Sostegno ai familiari

sfaldamento del sistema familiare soprattutto se è presente
demenza



*La malattia cronica è la presenza irreversibile, con
aggravamento o latenza di stati di malattia o di
deterioramento che impegnano tutto l'ambiente umano
nell'assistenza, nel mantenimento dell'autonomia o delle
funzioni vitali e nella prevenzione di nuovi handicap*

Lubkin, 1986

Intervento terapeutico:

Il lavoro del terapeuta con i familiari mira a prepararli lentamente alla fase seguente, alla crisi probabile, alle problematiche che insorgeranno nel futuro prossimo (emotive e PRATICHE).

L'intervento terapeutico, si basa su un lavoro

- sull'OGGI e COME_affrontare le difficoltà quotidiana che si presentano OGGI
- sul DOMANI, su ciò che si verificherà, nelle fasi seguenti di malattia: il sostegno psicologico sui familiari, infatti, accoglie il familiare nella continua perdita della struttura familiare precedente

Da un punto di vista pratico

- l'intervento terapeutico offre la possibilità al familiare di acquisire strategie di coping, sul comportamento da assumere e sulle modificazioni ambientali da effettuare, prendendo spunto dalla psicologia ambientale, al fine di facilitare il movimento nella casa alla persona anziana,



- Ecco perché il terapeuta deve:

DEVE SAPER, OLTRE CHE OFFRIRE ASCOLTO E SUPPORTO.. DEVE CONOSCERE I PROBLEMI E LE ATTITUDINI di questi pazienti così da suggerire a coloro che si occupano di loro l'atteggiamento da adottare, nella relazione diretta e negli aspetti ambientali

Intervento di Stimolazione cognitiva

- Si propone un intervento di stimolazione cognitiva in grado di riattivare alcune abilità che l'anziano ha smesso di utilizzare (sia a causa dei deficit conseguenti a perdite funzionali di regioni neurologiche, sia a perdita di interesse e motivazione) e tenere attive quelle residue

RIABILITAZIONE :

“processo di cambiamento attivo” mirato a permettere alle persone disabili a causa di un evento traumatico o di una malattia cronica di raggiungere un livello di funzionamento fisico, psicologico e sociale ottimale”.

McLellan (1991)

“qualsiasi tecnica o strategia di intervento che intende permettere ai pazienti e alle loro famiglie di vivere *con*, controllare, escludere, ridurre o far terminare un deficit”.

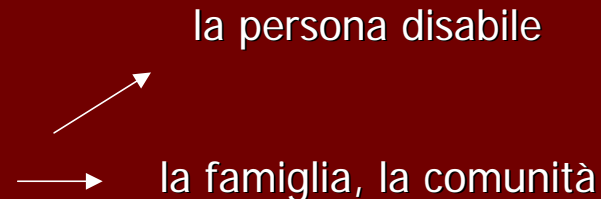
Wilson, 1997

Scopi:

- deve avere una ricaduta ecologica nella vita quotidiana della persona (Sohlberg e Mateer, 1989; Ben-Yishay e Prigatano, 1990) e portare un maggior benessere
- deve favorire il processamento e elaborazioni delle informazioni offerte e proposte dall'ambiente

Caratteristiche:

- un processo interattivo a due vie



Stimolazione Cognitiva:

un lavoro basato “sull’insegnamento di strategie sostitutive” che, se messe in atto, permetteranno al paziente di raggiungere quegli obiettivi che non riesce a perseguire a causa del danno cognitivo corrispondente all’area neurologiche implicate.. seguendo la teoria della compensazione..

Insegnamento di nuove modalità di azione atte a facilitare l’adattamento all’ambiente e il mantenimento delle capacità cognitive

“tecniche di intervento specifiche”

- *spaced-retrieval* (Cherry et al)
- *visual-imagery*
- Validation Therapy (Naomi Feil)



- ripetizioni di nomi
- riconoscimenti dell'orologio e delle ore (orientamento temporale)
- riconoscimento di capi di vestiario
- riattivazione delle storie di vita

Ulteriori strumenti:

- strumenti computerizzati (presentazione di stimoli visivi, acustici, utilizzo di programmi specifici e di esercitazioni pensate e costruite per ogni singola persona o gruppo)
- di esercizi carta e matita, completamento di figure,
- metodologie di utilizzo della cartina geografica (orientamento spaziale).

Un approccio che può essere sia individualizzato sia di gruppo (che possa anche stimolare le capacità relazionali e di socializzazione) che affronta l'espressione dei singoli deficit permettendo alla persona disabilitata di migliorare le competenze funzionali nelle situazioni quotidiane.

Ecco che la riabilitazione o stimolazione cognitiva diventa un processo per mezzo del quale la persona con danno cerebrale lavora assieme ai professionisti dei servizi sanitari e alle persone parte del proprio habitat al fine di eliminare o ridurre i deficit cognitivi e di favorire un adattamento all'ambiente sociale e relazionale, che inevitabilmente subisce dei cambiamenti o perdite (ecco che vengono forniti anche ai familiari o caregiver strumenti per facilitare la vita quotidiana al proprio caro, considerando le difficoltà del paziente..., che non deve essere demotivato né fatto sentire un disagio, incapace di comprendere).

Si evince che

- è necessario evidenziare la funzionalità (le risorse) al fine di alimentare l'autoefficacia e la percezione del sé, caratteristiche che interagiscono con il buon funzionamento dei neurotrasmettitori. Il mantenimento dell'autostima è fondamentale sia per il mantenimento della patologia sia perché molto spesso se presente l'anziano può NON presentare il deficit funzionale, seppur il danno organico sia di elevata entità

il vissuto di patologia è più importante della gravità di patologia

Terapia della reminescenza

In questo tipo di intervento (affrontato in gruppo) si incoraggia il richiamo e lo scambio di eventi e vicende della vita personale

Tale approccio è centrato sulle emozioni (Emotion-centered) e caratterizzato da:

- riformulazione delle storie di vita per migliorare l'immagine di sé
- Ricostruzione degli avvenimenti, in particolare di quelli legati al contesto delle tradizioni e degli usi
- Recupero dell'identità, senso di appartenenza ad una comunità.

SOLO UN APPROCCIO MULTIDIMENSIONALE può intervenire
sulla conservazione delle capacità adattive sia della persona
anziana /o affetta da demenza che del sistema socio-familiare
a lui circostante così da favorire la RIPARAZIONE e la
RISTRUTTURAZIONE di un'identità NUOVA:
un approccio multidisciplinare aiuterà la persona a
CONTINUARE A VIVERE

GRAZIE PER L'ATTENZIONE



Dr.ssa CLAUDIA GAMBETTI