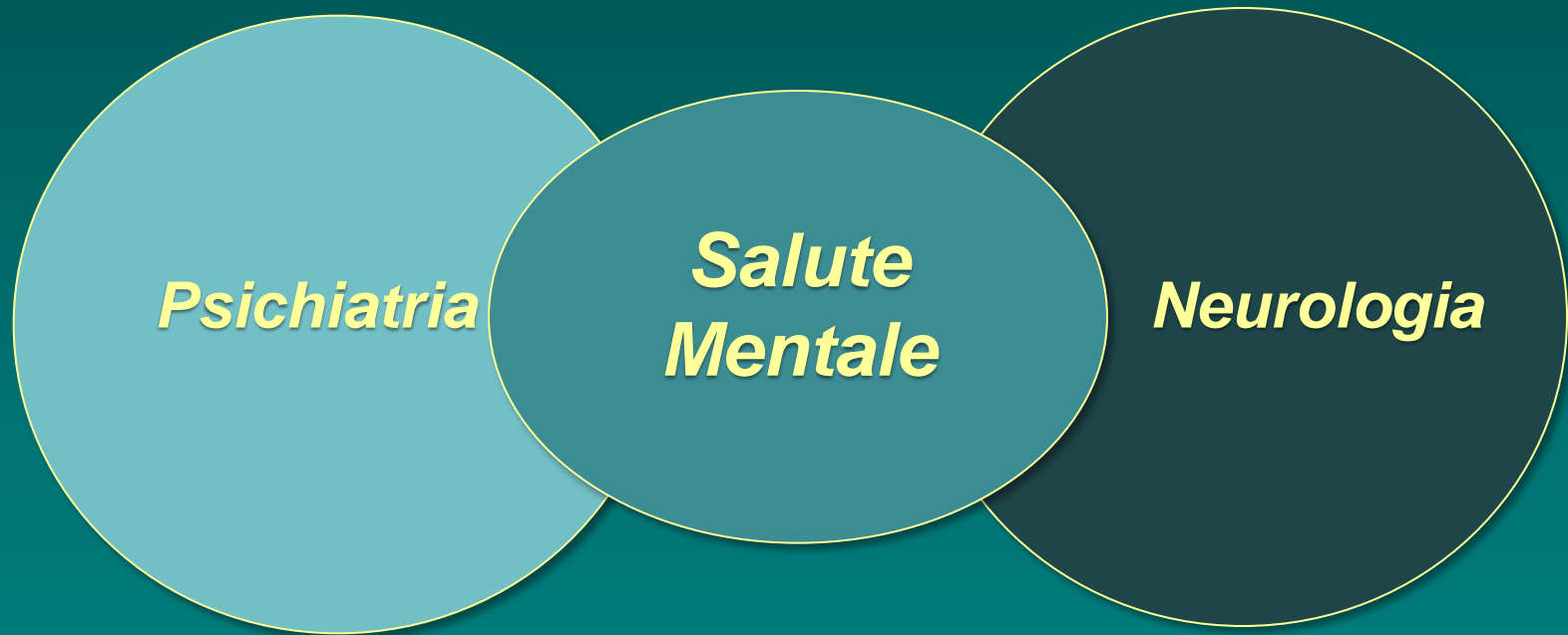


# ***Il ruolo del Neurologo e la Salute Mentale***

***Barbara Poletti*** <sup>PhD</sup>

*Coordinatore Servizio di Psicologia e Psicologia Clinica  
U.O. di Neurologia e Laboratorio di Neuroscienze - "Centro Dino Ferrari" -  
Università degli Studi di Milano - IRCCS Istituto Auxologico Italiano (Milano)*

# ***Salute Mentale: tra Psichiatria e Neurologia***



# Detezione del disagio psico-emotivo in contesto neurologico

---

- Le sindromi algiche hanno maggiori probabilità di essere rilevate e trattate in contesto neurologico rispetto alla patologia depressiva (Williams et al., 2003).
- Ruolo secondario spesso attribuito alla presenza di vissuti depressivi se confrontati con problematiche primarie in termini di sussistenza (disfagia in pazienti affetti da ALS o HD, deambulazione in pazienti affetti da PD, ecc.).

# Depressione: Specificazioni descrittive

La diversità delle manifestazioni depressive dal punto di vista sindromico chiarisce, almeno in parte, l'ampia variabilità delle stime di prevalenza della depressione nel contesto di malattie neurologiche.

## *Prevalenza stimata*

- **Range %:**
  - PD: 7- 68 %** (*Slaughter et al., 2001*)
  - MS: 25 – 54 %** (*Rickards et al., 2005*)
  - Demenza 30 - 50%** (*Bianchetti et al., 2001*)

# Aspetti psico-emotivi nelle Malattia Neurodegenerative

---

- Cronicità
- Degeneratività
- Limitazione funzionale, di attività, di ruolo
- Perdita di un equilibrio personale (sociale, lavorativo, emotivo-affettivo) precedentemente raggiunto
- Dipendenza (oggettiva, soggettiva)
- Minaccia per il senso di integrità personale (somatica e psichica)
- Identità di Sé

# Comorbidità



- Disagio psico-emotivo può indurre o aggravare malattie mediche attraverso meccanismi psicologici



- Le malattie mediche possono a loro volta causare distress come reazione psicologica alla malattia o alla disabilità oppure attraverso meccanismi biologici

**Ruolo della depressione in comorbidità con la patologia neurologica ed in particolare neurodegenerativa: reazione alla disabilità conseguente alla patologia primitiva o parte integrante del quadro clinico con condivisione dei comuni substrati neurochimici e neuropatologici?**



**Condivisione in termini di neuropatogenesi**

**Modalità reattiva alla disabilità**

# Assessment del disagio psico-emotivo

---

- L'uso di scale malattia-specifiche, ove possibile, che valutano l'entità del disagio emotivo in quella malattia.
- La parziale sovrapposizione di alcuni sintomi neurologici con la sintomatologia depressiva (es. il ritardo psicomotorio nel PD, l'astenia e la fatica nella MS) ha spesso creato bias di detezione della patologia depressiva.
- Il setting di valutazione (es., pazienti ospedalizzati vs pazienti ambulatoriali o domiciliari).
- Specifico momento valutativo rispetto all'esordio della malattia neurologica (es., momento immediatamente successivo all'esordio dei sintomi o della compromissione funzionale, in seguito alla comunicazione della diagnosi, od in seguito ad una riacutizzazione).



# Aspetti psicologici e psicosociali delle malattie Neurodegenerative

---

- **Reazione alla disabilità** (fasi precoci o di aggravamento sintomatologico/funzionale) e **difficoltà di integrazione** della disabilità nella propria identità
- Isolamento e percezione di scarso supporto sociale (**evitamento/ritiro sociale**)
- Difficoltà relazionali e di inserimento lavorativo
- Perdita di controllo sulla propria vita/autonomia quotidiana
- **Dipendenza dagli altri**
- Tratti di personalità, abilità di **coping** ed adattamento sociale premorbose
- Ridefinizione delle dinamiche relazionali-affettive di coppia e genitoriali (**Narrativa/Narrative familiari**)

# Aspetti psicologici e Malattie Neurodegenerative: Elementi da tenere in considerazione

---

- Ruolo del disagio psico-emotivo nell'adesione ai trattamenti proposti – *Compliance* (minore partecipazione ai programmi terapeutico-riabilitativi e conseguente ridotto recupero funzionale)
- Ruolo del *caregiver*, potenzialmente a rischio di sindromi disadattive
- Rischio *burn-out* medici, caregiver, operatori sanitari
- Concetto di *adattamento continuo* al progredire ingravescente della sintomatologia vs *cronicità* stabilizzata
- Importanza fondamentale di un *approccio interdisciplinare* delle differenti figure professionali coinvolte nella gestione e trattamento delle patologie neurodegenerative

# Aspetti Psico-emotivi nelle Malattie Neurologiche

- Malattie Cerebro-Vascolari (MCV): Post-Stroke Depression (PSD)
- Demenza/Pseudodemenza
- Malattia di Parkinson's (Parkinson's Disease – PD)
- Malattia di Huntington (Huntington's Disease – HD)
- Epilessia (Temporal Lobe Epilepsy, TLE)
- Sclerosi Multipla (Multiple Sclerosis, MS)
- Sclerosi Laterale Amiotrofica (Amyotrophic Lateral Sclerosi, ALS)
- Traumi Cranici
- Infezione da HIV

# La Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)

Primo motoneurone (sistema piramidale):

Emiparesi, paraparesi ecc.

Ipertonia spastica

Aumento dei riflessi osteotendinei

Babinski alla stimolazione plantare

Secondo motoneurone:

Paresi con distribuzione radicolare

Atrofia, fascicolazioni

Ipotonia

Riduzione o assenza dei riflessi

**Table 3** Revised El Escorial research diagnostic criteria for ALS (summary)

---

**Clinically definite ALS**

UMN and LMN signs in three regions

**Clinically definite ALS – Laboratory supported**

UMN and/or LMN signs in one region *and* the patient is a carrier of a pathogenic gene mutation

**Clinically probable ALS**

UMN and LMN signs in two regions with some UMN signs rostral to the LMN signs

**Clinically probable ALS – laboratory supported**

UMN signs in one or more regions *and* LMN signs defined by EMG in at least two regions

**Clinically possible ALS**

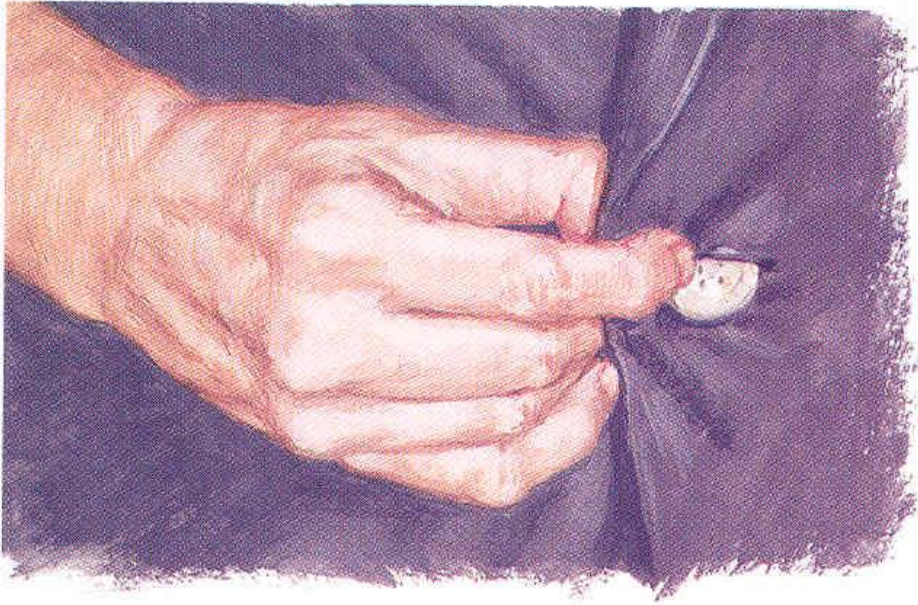
UMN and LMN signs in one region, or

UMN signs in at least two regions, or

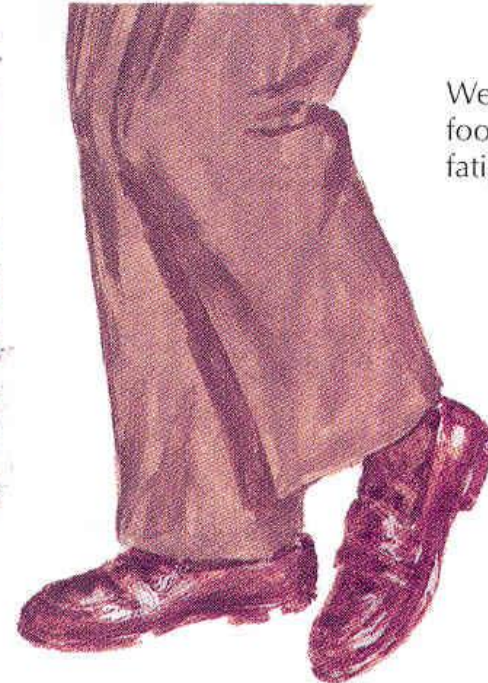
UMN and LMN signs in two regions with no UMN signs rostral to LMN signs

---

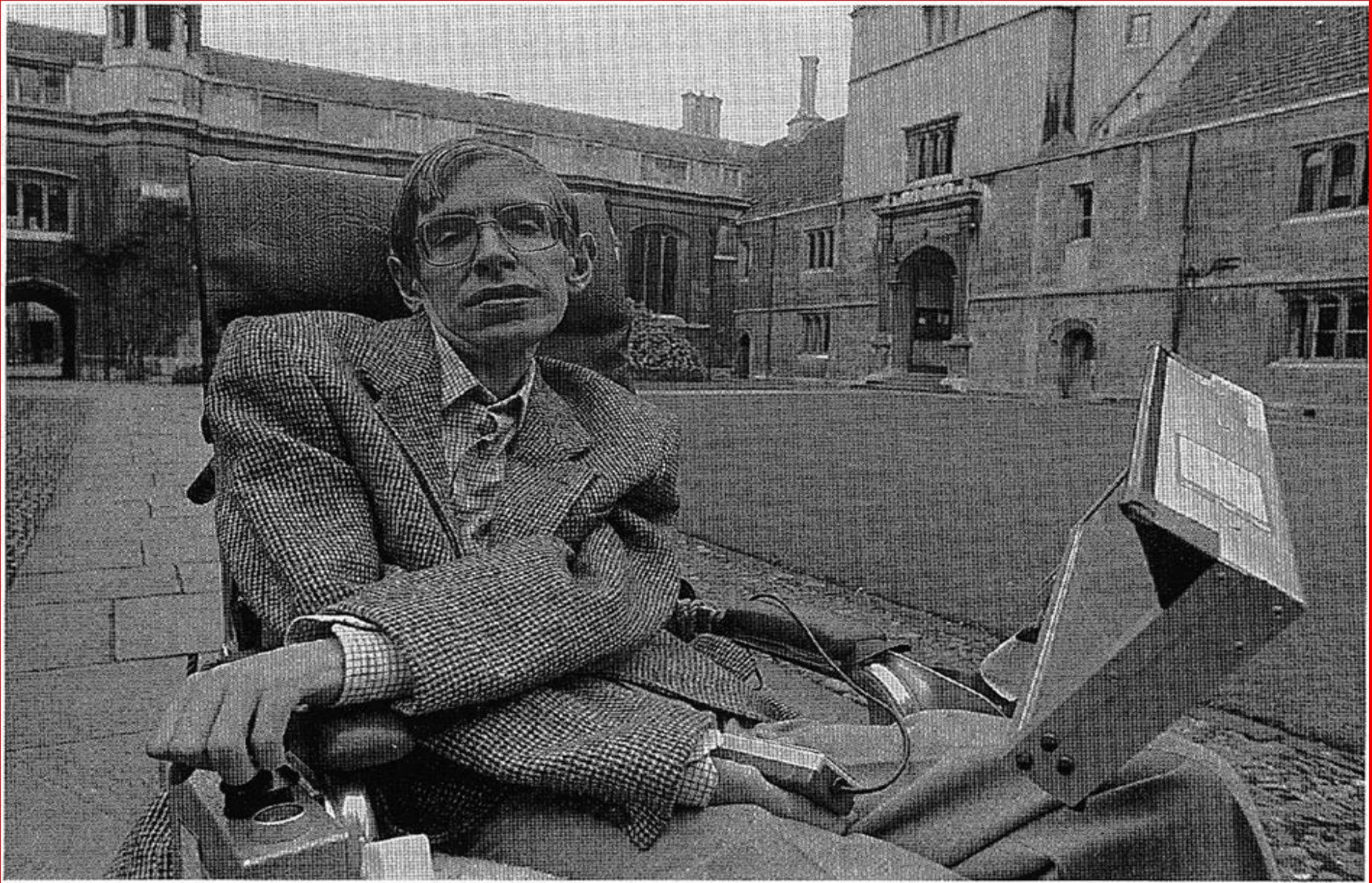
## Motor Neuron Disease: Early Clinical Manifestations



Fine movements of hand impaired; prominent metacarpal bones indicate atrophy of interossei muscles



Weak, dragging gait; foot drop or early fatigue on walking



Stephen Hawking

# Depressione, malattie neurologiche e ALS: Aspetti epidemiologici



## Prevalence of depressive disorders and change over time in late-stage ALS

J.G. Rabkin, PhD, MPH; S.M. Albert, PhD; M.L. Dal Bona, MS, NP-P; I. O'Sullivan, MS, NP-P;  
T. Tider, MSW; L.P. Rowland, MD; and H. Mitsumoto, MD

---

**Abstract—Objective:** To determine the prevalence of depressive disorders and symptoms in patients with late-stage ALS, to identify possible risk and protective factors associated with depression, and to determine whether depression increases as death approaches. **Methods:** Semistructured interviews were conducted monthly with hospice-eligible patients with ALS and caregivers until the study endpoints of death or tracheostomy. Standardized measures were administered to assess depressive disorders and symptoms, hopelessness, spiritual beliefs, attitudes toward hastened death, quality of life, and related constructs. **Results:** Sixty-three percent of eligible patients were enrolled. Of the 80 participants, 17 were seen only once; the number of monthly assessments for the others ranged from 2 to 18. For the 63 patients who died, median interval between last assessment and death was 90 days. At study baseline, 81% had no depressive disorder, 10% had minor depression, and 9% had symptoms consistent with major depression. Diagnoses of depression were made on 16% of 989 monthly assessments. Fifty-seven percent of patients never had a depression diagnosis at any visit, and 8% were depressed at all visits. There was no trend toward increasing depression as death approached. Presumed protective factors including spiritual beliefs, spouse as care partner, financial situation, depression in caregiver, and hospice participation did not distinguish between those who were depressed and those who were not. **Conclusions:** Results of multiple measures of depression and distress converged to indicate that major depression in people with late-stage ALS is rare, although transient depressive symptoms may occur, and depression does not generally increase as death approaches.

**Table 1.** Overview of depression rates found in patients with amyotrophic lateral sclerosis (ALS) in different studies. For studies that used the Standard Clinical Interview according to DSM-IV (SCID), the percentage of patients with major depressive disorder or subthreshold major depression is reported; for the studies that used questionnaires, the percentage of patients with moderate and severe symptoms of depression is reported

Study	Year	No. of patients	Instruments	Depression rate (%)
Ganzini et al. <sup>[23]</sup>	1999	100	SCID	11
Rabkin et al. <sup>[22]</sup>	2000	56	SCID	9
			BDI	28
Rabkin et al. <sup>[6]</sup>	2005	80	SCID	9
		78	PHQ	33
		66	BDI-R	24
Bungener et al. <sup>[26]</sup>	2005	27	MADRS	0
Haupt et al. <sup>[27]</sup>	1977	40	BDI	35
Massman et al. <sup>[28]</sup>	1996	131	MDI	6.5
Tedman et al. <sup>[29]</sup>	1997	40	BDI	20
			HAD	35
Trail et al. <sup>[30]</sup>	2003	27	BDI-II	3.7
Moore et al. <sup>[31]</sup>	1997	66	BDI	23
Moore et al. <sup>[5]</sup>	1998	18	BDI	6
Hogg et al. <sup>[32]</sup>	1994	52	HAD	44
Lou et al. <sup>[33]</sup>	2003	25	CES-D	44

**BDI** = Beck Depression Inventory; **BDI-II** = Beck Depression Inventory II; **BDI-R** = Beck Depression Inventory – Revised; **CES-D** = Center for Epidemiologic Study – Depression; **HAD** = Hospital Anxiety and Depression scale; **MADRS** = Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; **MDI** = Multiscore Depression Inventory; **PHQ** = Patient Health Questionnaire.



# *Eziologia del disagio psico-emotivo*

*Condizioni relative alle fasi più importanti dello sviluppo (0-3 anni, attaccamento e reciprocità, vissuti di perdita e abbandono)*

*Eventi di vita stressanti/supporto affettivo*

*Abilità di coping/Adattamento e Integrazione alla Malattia*

**Fattori genetici**

*Condizioni predisponenti di base (geneticamente determinate)*

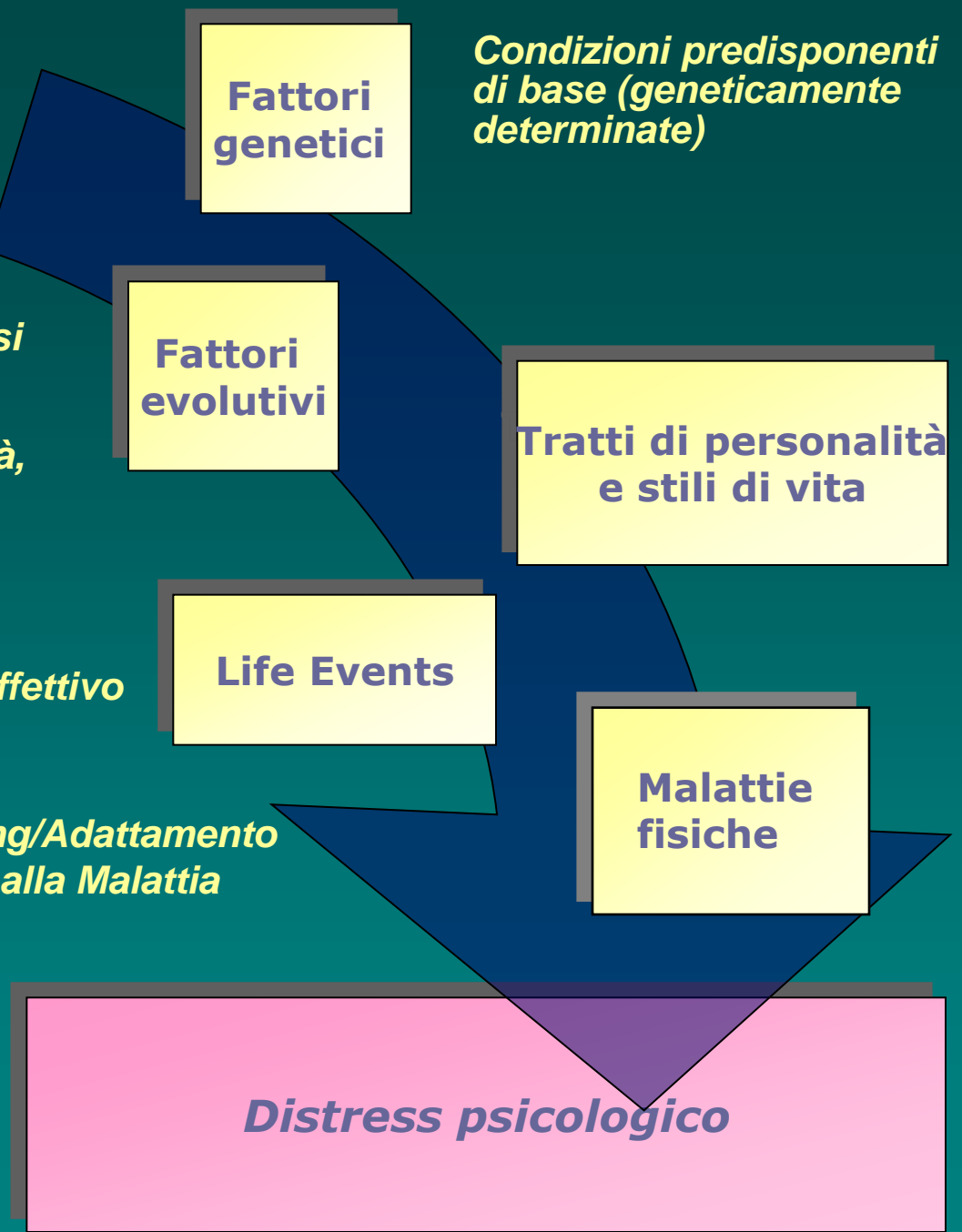
**Fattori evolutivi**

**Tratti di personalità e stili di vita**

**Life Events**

**Malattie fisiche**

***Distress psicologico***



- La prevalenza della depressione maggiore nel soggetto anziano varia dal 3% (popolazione generale) fino al 42% (istituzionalizzazione e comorbilità organica).
- Depressione maggiore 15% in AD, 25% vaD;
- Depressione minore 25% soggetti anziani
- 85% riferita dai familiari (Alexopoulos, 2005, 1993)

# Depressione: Aspetti nosografici

- Disturbo Depressivo Maggiore, Episodio Singolo
- Disturbo Depressivo Maggiore, Ricorrente
- Disturbo Distimico
- Disturbo Depressivo Non Altrimenti Specificato (NAS)
- Disturbo dell'Umore Dovuto ad una Condizione Medica Generale
- Disturbo dell'Adattamento con Umore Depresso

# Criteri per il disturbo depressivo - DSM-IV-TR: dovuto ad una condizione medica generale

---

- A** Il quadro clinico è dominato da un'alterazione rilevante e persistente dell'umore caratterizzata da umore depresso o riduzione marcata di interessi o del piacere per tutte o quasi le attività.
- B** Vi è dimostrazione dalla storia, dall'esame fisico, o dai reperti di laboratorio che il disturbo è la conseguenza fisiologica diretta di una condizione medica generale.
- C** Il disturbo non è meglio giustificato da un altro disturbo mentale.
- D** Il disturbo non si verifica esclusivamente durante il corso di un delirium.

# Condizioni mediche generali che possono indurre depressione

---

## MALATTIE NEUROLOGICHE

Malattia di Parkinson  
Malattia di Huntington  
Paralisi sopranucleare progressiva  
Malattia di Alzheimer e altre demenze  
Alterazioni cerebrovascolari  
Traumi cerebrali  
Neoplasie cerebrali  
Infezioni cerebrali  
Sclerosi multipla  
Epilessia  
Cefalee  
Narcolessia  
Idrocefalo  
Apnea notturna  
Malattia di Wilson  
.....

## MALATTIE INFETTIVE

Batteriche  
Virali

## MALATTIE ENDOCRINE

Morbo di Cushing  
Iperaldosteronismo  
Ipotiroidismo  
Ipertiroidismo apatico  
Ipoparatiroidismo  
Iperparatiroidismo  
Disturbi del ciclo mestruale  
Disturbi correlati al post-partum  
.....

## MALATTIE INFIAMMATORIE

LES  
Artrite reumatoide  
Arterite temporale  
Sindrome di Sjögren  
.....

## DEFICIT VITAMINICI

Folati  
Vitamina B12  
Niacina  
Vitamina C  
Tiamina  
.....

## ALTRE MALATTIE

Cancro (in particolare pancreatico e polmonare)  
Neoplasie sistemiche  
Malattie cardiopolmonari  
Malattie renali e uremia  
Porfiria  
AIDS  
Sindrome di Klinefelter  
.....

## DECORSO DI CONDIZIONI MEDICHE

Disturbo depressivo post-partum  
Disturbo depressivo post-operatorio

# Sintomi della depressione

---

**COGNITIVI** (minor capacità di prendere iniziative, di decidere, di fare strategie a medio-lungo periodo)

**COMPORAMENTALI** (parziale evitamento e ridotta funzionalità sociale, intesa come qualità delle relazioni, interessi e hobby, socievolezza, soddisfazione del proprio lavoro)

**AFFETTIVI** (parziale anedonia somatica e psichica)

# Sintomi della depressione umore

- Sensazione di tristezza, preoccupazione, depressione
- Perdita di interesse e di piacere nelle cose
- Perdita di energia, vitalità, speranza, progettualità
- La depressione dell'umore è di solito insensibile a fatti positivi

# Sintomi della depressione

## processi cognitivi

- Pensieri negativi circa se stessi, il presente ed il futuro
- Ruminazioni depressive: pensieri pessimistici ricorrenti
- Scarsa concentrazione, perdita di memoria, difficoltà a prendere decisioni
- Sensazione che possa accadere qualcosa di pericoloso e paure esagerate
- Disperazione
- Pensieri di morte e idee di suicidio
- Pensieri irreali di colpa, malattia, povertà

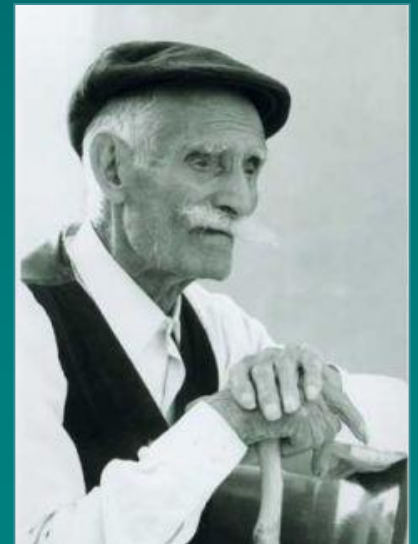


# Sintomi della depressione somatici

- Disturbi del sonno
- Disturbi dell'appetito
- Affaticabilità e diminuzione dell'energia
- Perdita di interesse in numerose attività, compreso il sesso
- Sintomi gastrointestinali, come bocca secca, nausea, costipazione
- Dolori inspiegabili
- Alterazioni neuroendocrine

# Sintomi della depressione comportamenti

- Espressione triste, pianto
- Rallentamento dei movimenti e della parola
- Irrequietezza



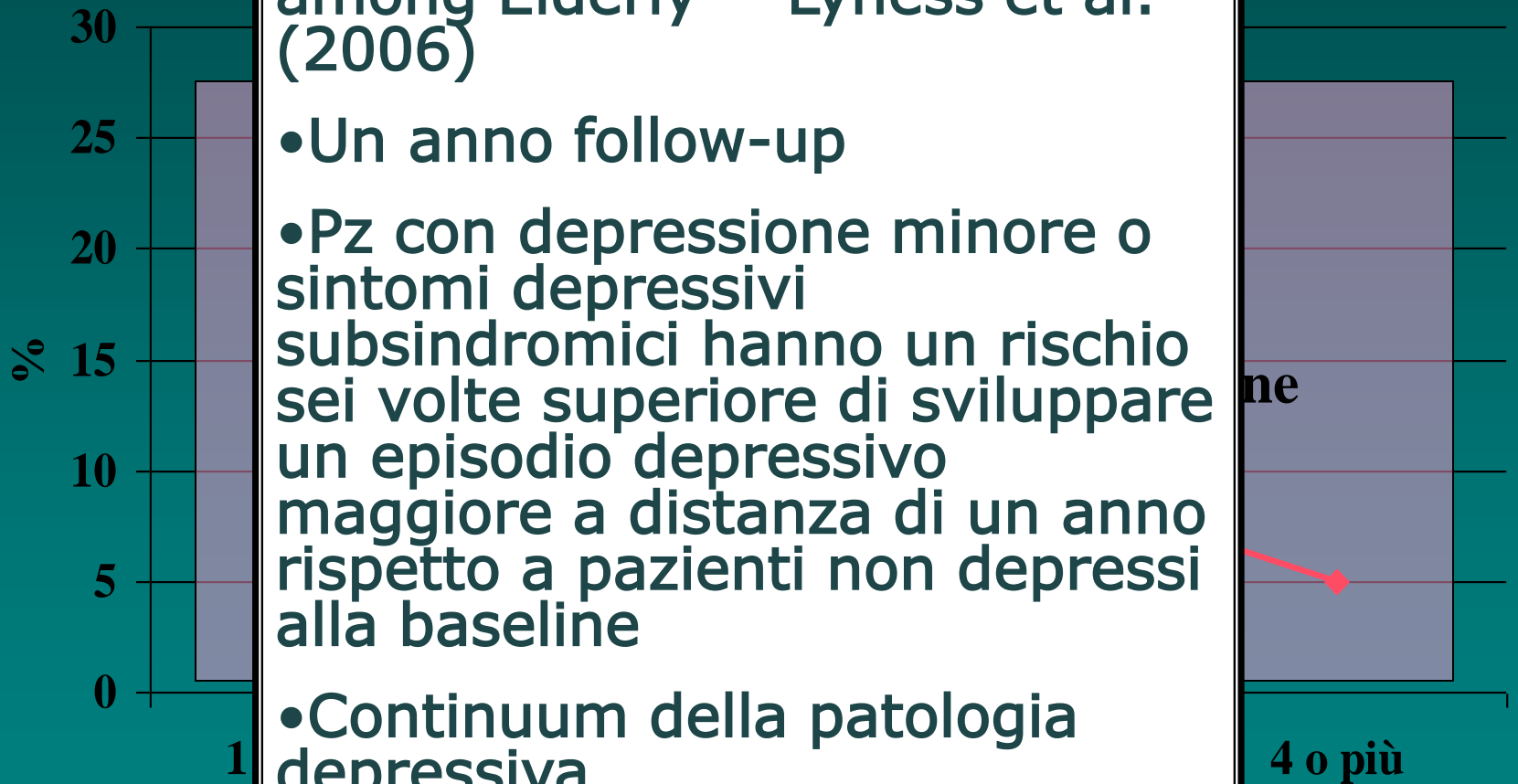
# Continuum depressivo

• Outcome of *Minor and Subsyndromal Depression* among Elderly - Lyness et al. (2006)

• Un anno follow-up

• Pz con depressione minore o sintomi depressivi subsindromici hanno un rischio sei volte superiore di sviluppare un episodio depressivo maggiore a distanza di un anno rispetto a pazienti non depressi alla baseline

• Continuum della patologia depressiva



# Depressione Mascherata

- Il paziente depresso può manifestare ed esternare la depressione in forma prevalentemente somatica, e considerare il proprio malessere come conseguenza di una malattia somatica
- Enfasi sui Sintomi fisici della depressione piuttosto che su quelli psichici
  - Prevalenza dei sintomi somatici della depressione
  - Essere maggiormente accettato e capito dal medico
  - Evitare lo stigma associato alle malattie mentali
  - Ottenere meglio il “ruolo di malato”

# ***Cause reversibili di demenza***

- **Depressione**
- **Disordini metabolici**
- **Intossicazione da farmaci**
- **Infezioni del SNC**
- **Lesioni strutturali**
- **Idrocefalo normoteso**

# **Depressione come campanello d'allarme**

- **IL DISTURBO DEPRESSIVO SPESSO INAUGURA O PRECEDE DI POCO IL DECADIMENTO COGNITIVO**
- **L'INTERPRETAZIONE DI QUESTO FENOMENO E' ANCORA INCERTA**
- **FATTORI CHE POSSONO INFLUENZARE I SINTOMI DEPRESSIVI NELLA DEMENZA:**

**PERSONALITA' PREMORBOSA**

**COSCIENZA DI MALATTIA**

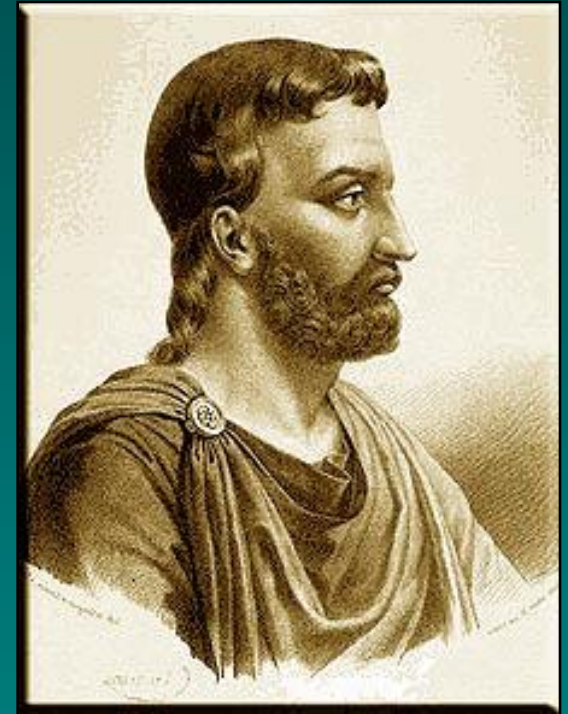
**STATO SOCIALE**

**LIVELLO CULTURALE**

**LIVELLO FUNZIONALE**

# Demenza

Il termine demenza (dal latino *demens*; fuori della propria mente) venne impiegato nel *De Medicina* da Aulo Cornelio Celso nel 20 d.C. per indicare, in modo generico, le condizioni di alterazione dell'intelligenza e del comportamento.

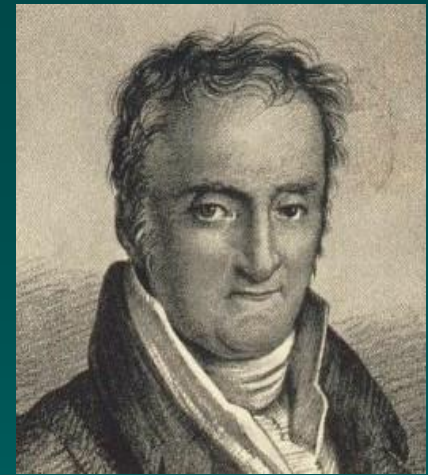


Aulo Cornelio Celso  
(I secolo d.C.)

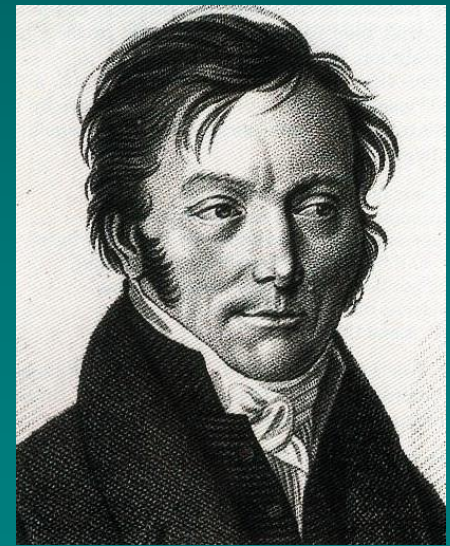
Gli psichiatri Philippe Pinel e il suo allievo Jean Esquirol scindono il concetto di demenza dalle nozioni più generali di idiozia e di follia. Nel 1838 Esquirol scrive:

*'Il demente è un ricco divenuto povero, mentre l'idiota è sempre stato povero'.*

Per molto tempo, comunque in ambito psichiatrico non venne effettuata alcuna distinzione fra disturbi su base organica o funzionale, cosicché il termine assunse un significato ampio e generico.



Philippe Pinel  
(1745-1826)

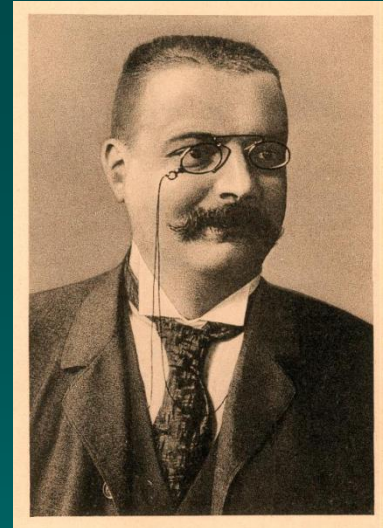


Jean Esquirol  
(1782-1840)

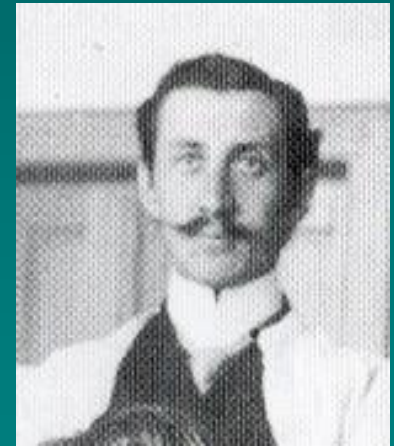


Alla fine dell'800 e nei primi anni del '900 si assiste ad un importante sviluppo della ricerca neuropatologica congiuntamente alla valutazione clinica.

Il termine demenza viene impiegato per definire una precisa malattia mentale; la demenza senile, affezione dell'età involutiva, caratterizzata da un progressivo deterioramento mentale e accompagnata da lesioni del sistema nervoso.



Alois Alzheimer  
(1864-1915)



Gaetano Perusini  
(1879-1915)

## ***LA DEMENZA: attuali punti chiave***

- **Sindrome clinica, non necessariamente senile, caratterizzata da deficit a carico non solo della memoria, ma anche di altri aspetti cognitivi come orientamento, linguaggio, attenzione, etc;**
- **Oltre ai sintomi cognitivi sono presenti sintomi non cognitivi che riguardano la sfera della personalità, l'affettività, le funzioni vegetative, etc;**
- **Il disturbo deve essere di gravità tale da interferire con le capacità sociali e/o lavorative.**

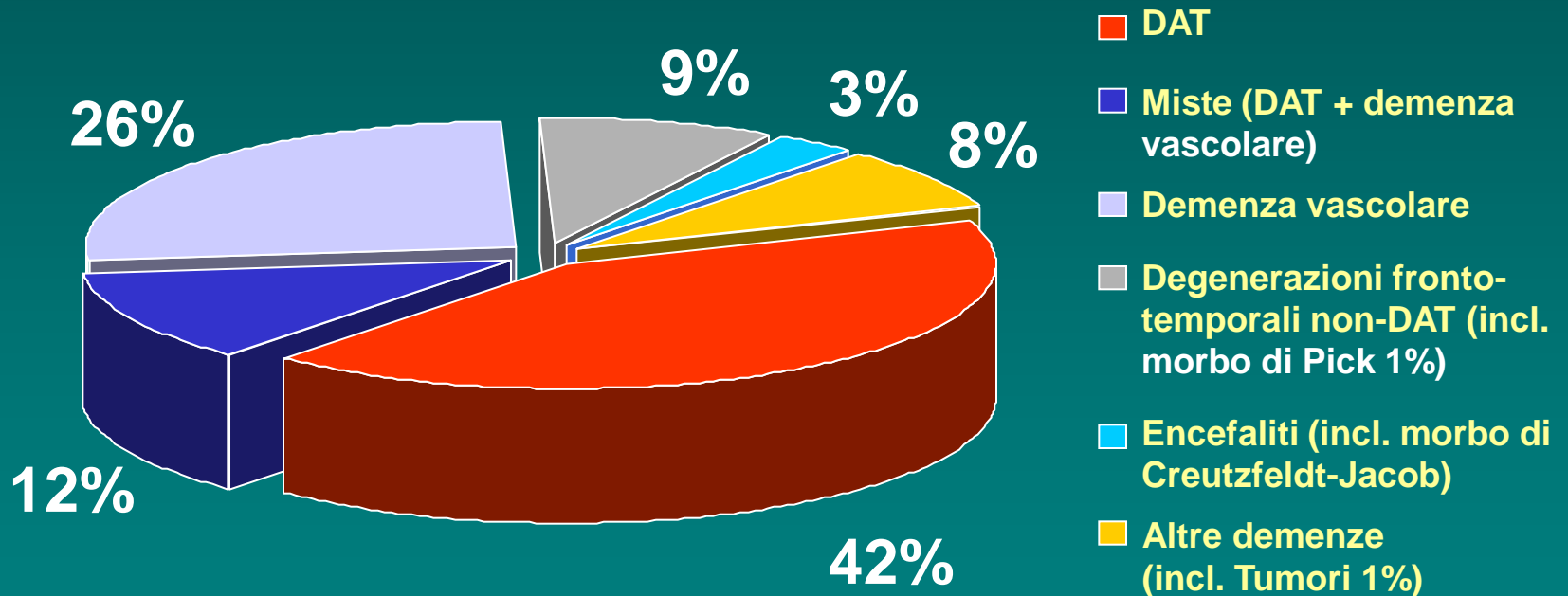
# Quanto è frequente ?

<b>Gruppi di età (anni)</b>	<b>Meta-analisi della Prevalenza</b>			
	<b>Jorm et al, 1987 (Worldwide)</b>	<b>Hofman et al, 1991 (Europe)</b>	<b>Ritchie et al, 1992 (Worldwide)</b>	<b>Ritchie &amp; Kildea, 1995 (Worldwide)</b>
<b>60–64</b>	0.7	1.0	0.9	–
<b>65–69</b>	1.4	1.4	1.6	1.5
<b>70–74</b>	2.8	4.1	2.8	3.5
<b>75–79</b>	5.6	5.7	4.9	6.8
<b>80–84</b>	10.5	13.0	8.7	13.6
<b>85–89</b>	20.8	21.6	15.5	22.3
<b>90–94</b>	38.6	32.2	24.5	31.5
<b>95–99</b>	–	34.7	36.7	44.5

# Cause di demenza organica

## Diagnosi neuropatologica in 400 pazienti

Studio longitudinale di Lund (1992) - DAT: demenza tipo Alzheimer



## Cause di demenza (percentuali) (Fonte: Corey-Bloom, 2004)

Malattia di Alzheimer		50-80%
Demenza a corpi di Lewy		20%
Demenza mista (Alzheimer/vascolare)	10%	
Pseudodemenza depressiva	5-10%	
Demenza vascolare	5%	
Disturbi metabolici		< 5%
Intossicazione da sostanze	< 5%	
Infezioni		< 5%
Lesioni strutturali		< 5%
Demenza alcolica		< 5%
Idrocefalo		< 5%
Parkinson-demenza	< 5%	
Demenze fronto-temporali e malattia di Pick	< 1%	

# **CLASSIFICAZIONE DELLE DEMENZE (1)**

## **DEGENERATIVE O PRIMARIE**

- **CORTICALI:**
  - ▶ **Malattia di Alzheimer**
  - ▶ **Fronto-temporale e malattia di Pick**
- **SOTTOCORTICALI:**
  - ▶ **Demenza a corpi di Lewy**
  - ▶ **Parkinson-demenza**
  - ▶ **Corea di Huntington**
  - ▶ **Paralisi sopranucleare progressiva**
  - ▶ **Degenerazione cortico-basale**

# **CLASSIFICAZIONE DELLE DEMENZE (2)**

## **SECONDARIE**

- **Demenza vascolare ischemica**
  - **Idrocefalo normoteso**
  - **Disturbi endocrini e metabolici**
  - **Malattie metaboliche ereditarie**
  - **Malattie infettive ed infiammatorie del**
  - **SNC**
  - **Stati carenziali**
  - **Sostanze tossiche**
  - **Processi espansivi intracranici**
- Altre**

# SINTOMI COGNITIVI

## *Esordio*

- Deficit mnesici
- Disorientamento temporale e spaziale

## *Progressione*

- Aprassia
- Afasia; alessia, agrafia
- Deficit di ragionamento astratto, di logica di giudizio
- Acalculia
- Agnosia
- Deficit visuospaziali



# SEGNALI DI ALLARME

- Deficit di memoria che condiziona lo svolgimento delle attività quotidiane
- Difficoltà nell'eseguire compiti usuali
- Difficoltà di linguaggio di tipo anomico (difficoltà a trovare parole)
- Disorientamento nel tempo e nello spazio
- Ridotta capacità di giudizio (es. vestirsi in maniera inadeguata)
- Difficoltà di ragionamento astratto (es. nell'esecuzione di operazioni aritmetiche semplici)
- Collocazione degli oggetti in posti sbagliati
- Cambiamenti di umore e comportamento
- Cambiamenti di personalità
- Perdita di iniziativa

Cummings JL et al. Alzheimer's disease: etiologies, pathophysiology, cognitive reserve, and treatment opportunities. *Neurology* 1998; 51: S2-S17

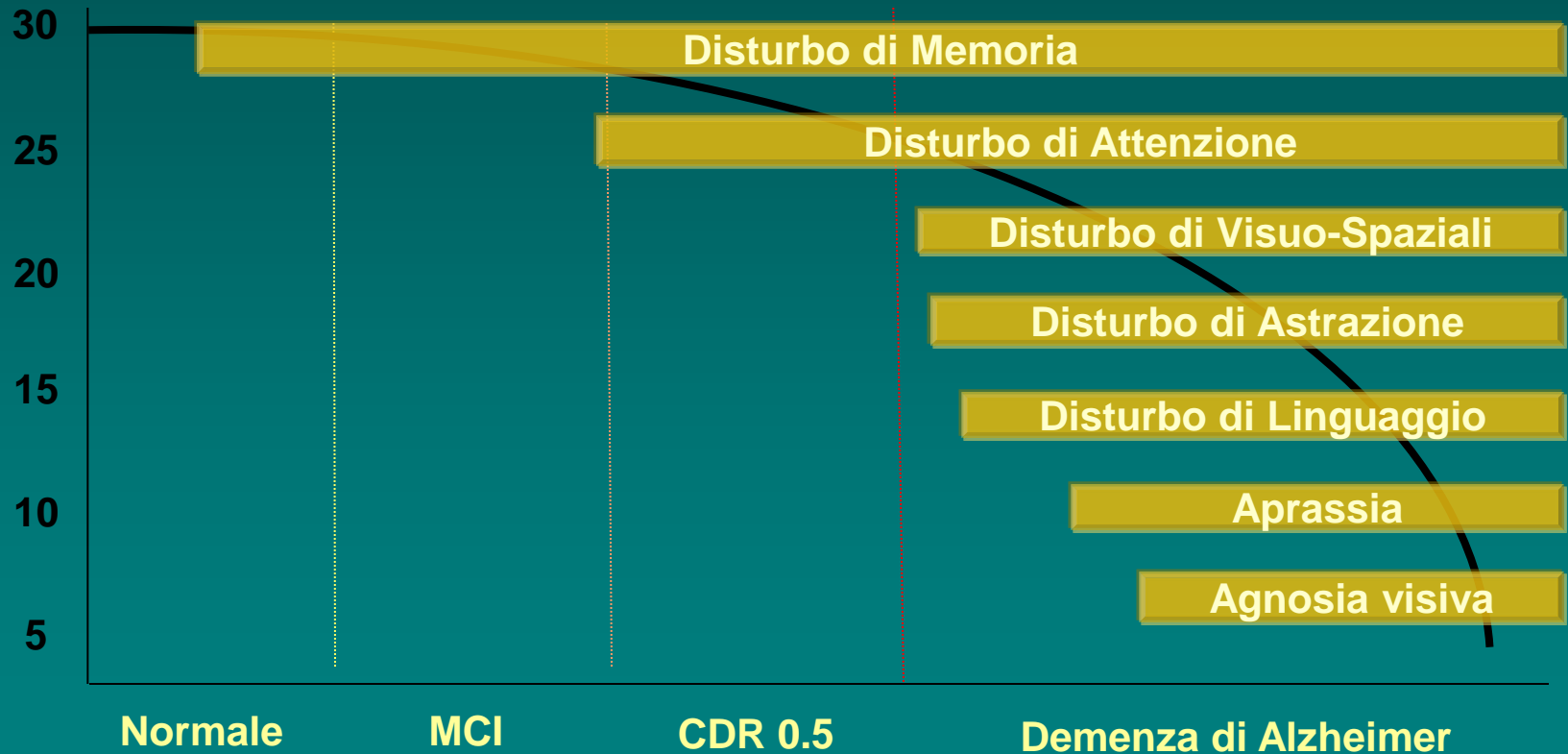
Geldmacher DS, Whitehouse PJ. Evaluation of dementia. *N Engl J Med* 1996; 335: 330-336

# QUADRO CLINICO

Tipo di demenza	Sintomi d'esordio più comuni	Esame Neurologico	Modalità di Progressione	Durata (anni)
Malattia di Alzheimer	Deficit di memoria	Normale	Graduale	10-12
Demenza vascolare	Deficit di memoria e di linguaggio; disturbi dell'attenzione e della pianificazione	Segni "focali" disturbo della marcia	A "gradini" con periodi di apparente stabilizzazione	8-10
Demenza a corpi di Lewy	Deliri e allucinazioni episodici confusionali	Segni extrapiramidali	Graduale con fluttuazioni	3-7
Demenza Frontale	Alterazione del comportamento; disturbi del linguaggio	Segni di liberazione	Graduale	3-17

# La progressione dei disturbi neuropsicologici

MMSE



# SINTOMI NON COGNITIVI

## **Alterazione dell'umore**

*(depressione, euforia, labilità emotiva)*

## **Ansia**

## **Alterazione della personalità**

*(indifferenza, apatia, disinibizione, irritabilità)*

## **Psicosi**

*(deliri paranoidei, strutturali o misidentificazioni;  
allucinazioni)*

## **Agitazione**

*(aggressività verbale o fisica, vocalizzazione persistente)*

## **Disturbi dell'attività psicomotoria**

*(vagabondaggio, affaccendamento afinalistico, acatisia)*

## **Sintomi neurovegetativi**

*(alterazione del ritmo sonno-veglia, dell'appetito,  
del comportamento sessuale)*

# Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)

Definizione:

Alterazioni della percezione,  
del contenuto del pensiero,  
dell'umore o del comportamento,  
che si osservano frequentemente  
in pazienti con demenza

# “BPSD”

- **Sintomi affettivi**
  - depressione, ansia, irritabilità
- **Sintomi psicotici**
  - deliri, allucinazioni
- **Distubi della condotta**
  - sonno, alimentazione, sessualità
- **Comportamenti specifici**
  - vagabondaggio, agitazione/aggressività

# Disturbi psichici e comportamentali nelle demenze

- **Causa più frequente di istituzionalizzazione**
- **Causa più frequente di prescrizione farmacologica**
- **Causa più frequente di intervento medico**
  - **Aumento della disabilità**
  - **Causa di stress grave dei *caregiver***
  - **Ridotta qualità di vita del paziente e del *caregiver***
  - **Aumento dei costi economici della malattia**

## Aggressività

Resistenza aggressiva  
Aggressività fisica  
Aggressività verbale

## Agitazione

Affaccendamento  
Vagabondaggio  
Pedinamento, Irrequietezza, Grida  
Disinibizione, Stereotipie,  
Vestirsi/svestirsi  
Disturbi del sonno

## Apatia

Ritiro  
Mancanza di interessi  
Demotivazione

Tristezza  
Pianto  
Disperazione  
Bassa autostima  
Ansia  
Colpa

## Depressione

Allucinazioni  
Deliri  
Falsi riconoscimenti

## Psicosi



# Disturbi psichici e comportamentali nelle demenze

- Elevata prevalenza in tutte le forme di demenza
- Precoci nelle demenze frontotemporali e nella demenza a corpi di Lewy
- Tardivi e correlati all'evoluzione della malattia nella M. di Alzheimer e nelle demenze vascolari

# Disturbi psichici e comportamentali nelle demenze

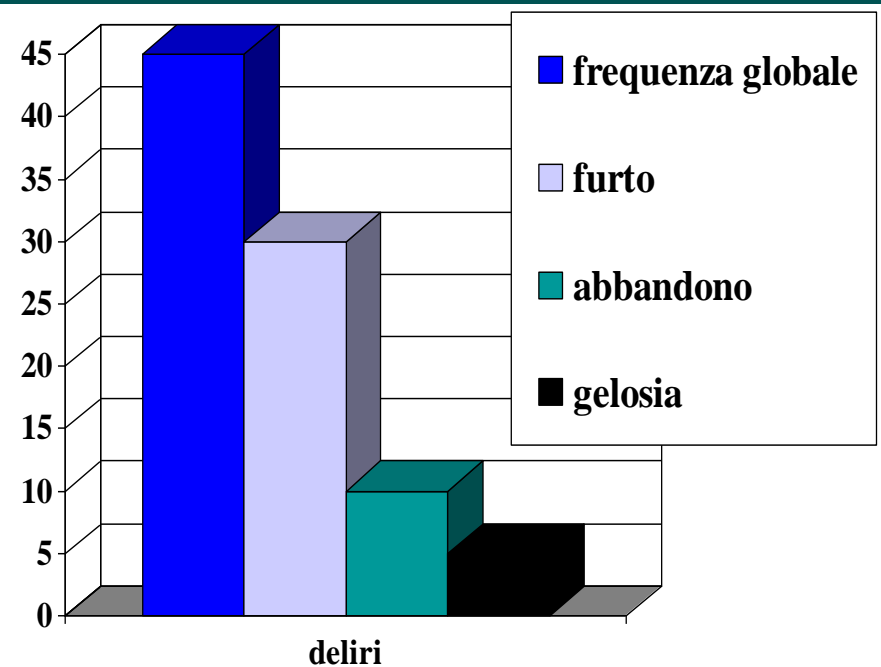
**cluster  
“psicotico”**

**Deliri**

**Convincimenti deliranti**

**Misidentificazioni**

**Allucinazioni**



**fattore di rischio  
per l'aggressività fisica**

# Disturbi psichici e comportamentali nelle demenze

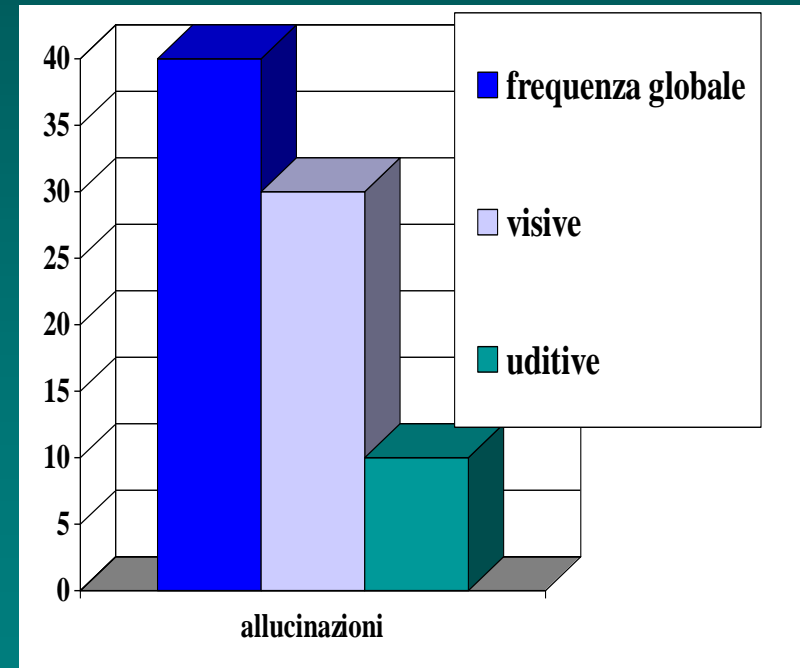
**cluster  
“psicotico”**

**Deliri**

**Convincimenti deliranti**

**Misidentificazioni**

**Allucinazioni**



# Disturbi psichici e comportamentali nelle demenze

## cluster “psicotico”

Deliri

Convincimenti deliranti

Misidentificazioni

Allucinazioni

Presenza di estranei in casa del paziente

Misidentificazione di se stesso

Misidentificazione di altre persone

Misidentificazione di eventi in televisione

# Disturbi psichici e comportamentali nelle demenze

**cluster  
“depressivo”**

**Alterazione del tono  
dell'umore**

**depressione**

**euforia**

**labilità emotiva**

**agitazione psicomotoria**

**comportamento negativo (rifiuti)**

# Disturbi psichici e comportamentali nelle demenze

**cluster  
“comportamentale”**

**Ansia**

**Agitazione psicomotoria**

**Aggressività verbale o fisica**

**Vocalizzazione persistente**

**Vagabondaggio**

**Affaccendamento incongruo**

**Perseverazione**

**Acatisia**

**Indifferenza – Apatia/abulia**

**Disinibizione – Irritabilità**

**Disturbi del comportamento alimentare**

**Disturbi del comportamento sessuale**

**Disturbi dei ritmi circadiani**

# Disturbi psichici e comportamentali nelle demenze

- **Sindrome di Godot**  
(chiedere ripetitivamente informazioni su un evento futuro)
- **Paura di essere lasciato solo**
- **Irrequietezza**
- **Torcersi le mani di continuo**
- **Cantilenare**

# Pattern distintivi di caratteristiche psico-comportamentali tra le Demenze

## Distinctive Neurobehavioral Features Among Neurodegenerative Dementias

**Nobutsugu Hirono, M.D.**

**Etsuro Mori, M.D.**

**Satoshi Tanimukai, M.D.**

**Hiroaki Kazui, M.D.**

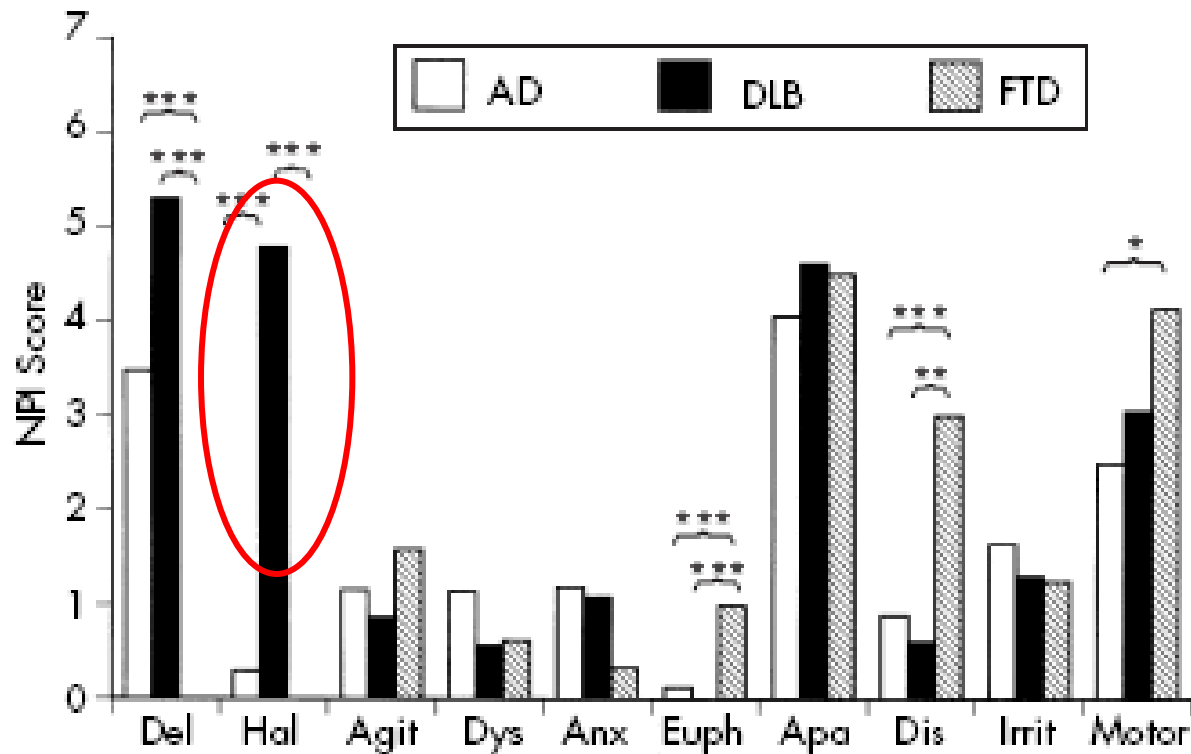
**Mamoru Hashimoto, M.D.**

**Tokiji Hanihara, M.D.**

**Toru Imamura, M.D.**



# Pattern distintivi di caratteristiche psico-comportamentali tra le Demenze



# Pattern distintivi di caratteristiche psico-comportamentali tra le Demenze



- Pz. FTD hanno > euforia, attività motoria aberrante e disinibizione e < deliri rispetto a Pz. LBD e AD
- Pz. DLB hanno > allucinazioni rispetto AD e LBD.
- Differenti pattern di coinvolgimento cerebrale = differenti caratteristiche neurocomportamentali

# Pattern distintivi di caratteristiche psico-comportamentali tra le Demenze



ELSEVIER

Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)



European Psychiatry 20 (2005) 490–496

---

---

EUROPEAN  
PSYCHIATRY

---

---

<http://france.elsevier.com/direct/EURPSY/>

Original article

Grouping for behavioral and psychological symptoms in dementia:  
clinical and biological aspects.

Consensus paper of the European Alzheimer disease consortium

Philippe H. Robert <sup>a,\*</sup>, Frans R.J. Verhey <sup>b</sup>, E. Jane Byrne <sup>c</sup>, Catherine Hurt <sup>c</sup>,  
Peter Paul De Deyn <sup>d</sup>, Flavio Nobili <sup>e</sup>, Roberta Riello <sup>f</sup>, Guido Rodriguez <sup>e</sup>, Giovanni B. Frisoni <sup>f</sup>,  
Magda Tsolaki <sup>g</sup>, Nora Kyriazopoulou <sup>g</sup>, Roger Bullock <sup>h</sup>, Alistair Burns <sup>c</sup>, Bruno Vellas <sup>i</sup>

# Pattern distintivi di caratteristiche psico-comportamentali tra le Demenze



ELSEVIER

Group

Con

PH

Peter Paul D

Magda T

- Identificare più che il singolo sintomo, il cluster di sintomi su cui progettare un'intervento.

- Presenza di evidenze cliniche di gruppi di BPSD (apatia-umore/agitazione-psicosi).

- Differenze patologiche tra soggetti con e senza BPSD

- Necessità di ulteriori studi su ansia e urla

N  
Y

PSY/

i<sup>f</sup>,

**Processo demenziale**

**Comorbilità**

**Fattori genetici**

**Personalità  
premorboza**

**Predisposizione**

**FATTORI  
BIOLOGICI**

**FATTORI  
PSICHICI**

**BPSD**

**FATTORI  
INTERPERSONALI**

**FATTORI  
AMBIENTALI**

**Stress del caregiver**

**Scarse relazioni  
sociali**

**Trasloco –  
trasferimento**

**Ospedalizzazione**

**Finkel, 2000**

**Processo demenziale**

**Comorbidità**

**Fattori genetici**

**Personalità  
premorboza**

**Predisposizione**

**FATTORI  
BIOLOGICI**

**FATTORI  
PSICHICI**

**PATOGENESI BIO-PSICO-SOCIALE**

**FATTORI  
INTERPERSONALI**

**FATTORI  
AMBIENTALI**

**Stress del caregiver**

**Scarse relazioni  
sociali**

**Trasloco –  
trasferimento**

**Ospedalizzazione**

**Finkel, 2000**

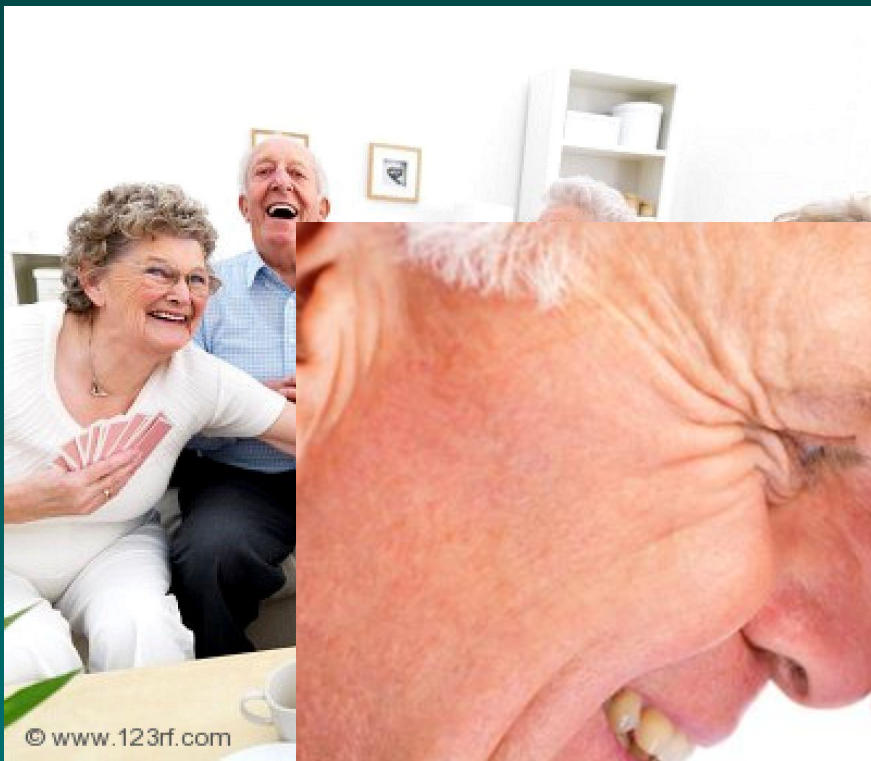
# ***Considerazioni conclusive***

- **Overlapping competenze neurologiche e psichiatriche sulla salute mentale (es. sintomo depressivo)**
- **Depressione, prodromo dementigeno/ manifestazione reattiva a malattia neurologica**
- **Corpo/mente bidirezionalità interpretativa: la depressione mascherata degli anziani/la depressione prodromica**
- **Alterazioni comportamentali: BPSD vs disagio di natura psichiatrica**
- **Importanza sinergie di competenza nella gestione della salute mentale**

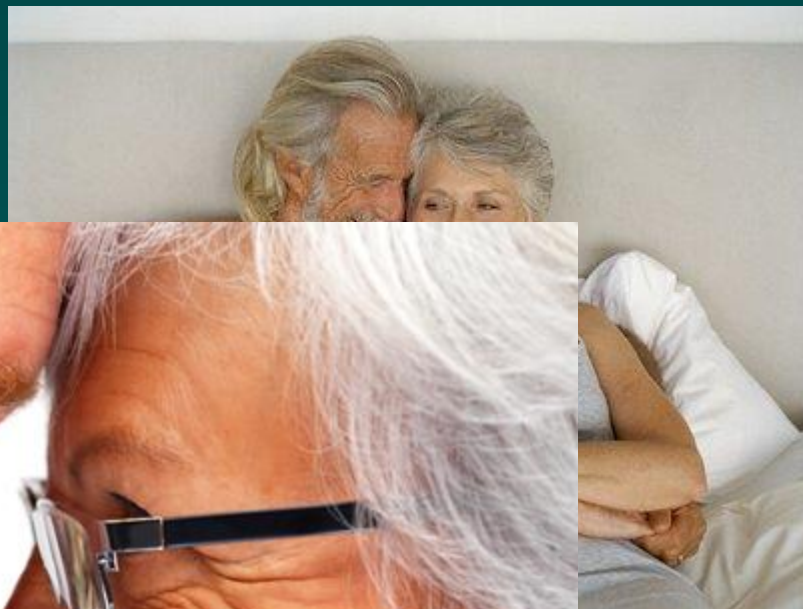
# Il Limite







© www.123rf.com



MARTA, NON RIESCO A RICORDARE  
COME SI CHIAMAVA QUEL TEDESCCO  
PER CUI HO PERSO  
LA TESTA...

ALZHEIMER,  
NONNA.



LUPO ALBERTO © 2003 Silver/McK

SIL  
McK



*Grazie*