



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in INFERMIERISTICA

**STUDIO COMPILATIVO: IL POTERE DELLA
COMUNICAZIONE TRA INFERMIERE E
PERSONA AFFETTA DA DEMENZA.**

Relatore: Chiar.mo
CINAGLIA SIMONA

Tesi di Laurea di:
RODELLI MARTINA

A.A. 2019/2020

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE	1
---------------------------	----------

CAPITOLO I – LE DEMENZE

1.1 QUADRO GENERALE.....	3
1.2 PRINCIPALI CAUSE DELLE DEMENZE	4
1.3 SINTOMATOLOGIA PRINCIPALE DELLE DEMENZE	5
1.4 TRATTAMENTO DEMENZE.....	6
1.5 ASSISTENZA INFERMIERISTICA	8

CAPITOLO II – LA COMUNICAZIONE

2.1 LA COMUNICAZIONE INFERMIERISTICA	11
2.2 COME CAMBIA LA COMUNICAZIONE NEL DECORSO DELLA MALATTIA	12
2.3 TECNICHE E OSTACOLI DELLA COMUNICAZIONE	13
2.4 TECNICHE PER UNA BUONA COMUNICAZIONE VERBALE NEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA.....	15
2.5 L'IMPORTANZA DELLA COMUNICAZIONE NON VERBALE.....	19

CAPITOLO III- ANALISI DELLA REVISIONE

3.1 MATERIALI E METODI.....	22
3.2 RISULTATI	23

CAPITOLO IV- DISCUSSIONE.....	27
--------------------------------------	-----------

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	29
--	-----------

ABSTRACT

Nella Tesi che segue si è concentrati sulla comunicazione nei pazienti affetti dalla patologia di demenza.

La demenza è una patologia cronica e degenerativa, e il decadimento della comunicazione è uno dei primi sintomi che possiamo notare in questi pazienti.

Si è svolto un lavoro compilativo, su vari testi individuati che parlavano delle varie tecniche di approccio per un'ottima comunicazione con essi.

Sono stati valutati tutti i tipi di comunicazioni da quella verbale a quella non verbale, che si è scoperta importante tanto quanto quella verbale che ha come scopo quella di far sbloccare il paziente e aiutarlo nella comunicazione.

Sono stati elencati, inoltre, tutti i comportamenti consoni e non per ottimizzare la comunicazione con i pazienti dementi. E si sono individuate delle tecniche come il Conversazionalismo, l'approccio Capacitante, il programma FOCUSED, per migliorare la comunicazione con le persone dementi, e ancora per la comunicazione non verbale si sono individuati delle tecniche come la Doll Therapy, che aiutano il paziente a risvegliare la comunicazione arcaica

Nell'elaborato troviamo, prima di arrivare alla parte saliente, un excursus su cos'è la demenza e i vari trattamenti che passano dall'essere farmacologici al "semplice" ascoltare.

INTRODUZIONE

La tesi in oggetto riguarda circa il potere della comunicazione nei pazienti con disturbi mentali, concentrandoci particolarmente sulle persone affette da demenza.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità insieme all'Alzheimer Disease International hanno definito la demenza come una “*priorità mondiale di salute pubblica*” (Oms, 2020). Attualmente il numero totale dei pazienti con demenza è stimato in oltre 1 milione (di cui circa 600.000 con demenza di Alzheimer) e circa 3 milioni sono le persone direttamente o indirettamente coinvolte nella loro assistenza, con conseguenze anche sul piano economico e organizzativo (Osservatorio demenze dell'istituto superiore della sanità, 2020).

Le demenze sono patologie croniche, degenerative e molto lunghe, che possono durare dai 2 ai 20 anni.

La demenza colpisce le persone con età superiore ai 65 anni, anche se vi sono rari casi dove la malattia può esordire anche in soggetti più giovani.

La scelta è caduta su questo argomento in quanto durante il tirocinio clinico svolto in questi tre anni ho incontrato molti pazienti affetti da questa patologia, in tutte le sue forme, ed è scaturita in me la voglia di approfondire questo argomento concentrandomi sulla comunicazione in quanto molto spesso è carente se non assente.

L'aspetto principale di questo elaborato è la comunicazione, in quanto questa già dal primo stadio è compromessa; ma come ben sappiamo la comunicazione è una componente umana fondamentale per far sentire la persona meno incompresa, depressa ed isolata.

L'obiettivo di questo elaborato è quello di capire se e come una buona comunicazione possa incidere sul miglioramento del comportamento della persona affetta da demenza, e individuare quali sono le migliori tecniche da usare per far sentire il paziente compreso, in modo tale da migliorare l'aggressività, una caratteristica delle persone affette da questa patologia.

La tesi che si andrà ad esaminare è una revisione della letteratura.

L'elaborato è composto da 4 capitoli, il primo dove si introduce la patologia della demenza e tutto ciò che la connota, andando ad approfondire nell'ultimo paragrafo l'assistenza infermieristica alla persona demente. Per poi passare al secondo capitolo, nel

quale si va ad analizzare la comunicazione in generale e in particolar modo la comunicazione infermieristica; nei paragrafi del capitolo II si andranno, inoltre, ad analizzare le varie tecniche e strategie sulla tipologia di comunicazione da intraprendere. Il III capitolo è quello dove si analizzano i materiali e i metodi per poi finire con il IV nel quale vi troviamo le conclusioni.

CAPITOLO I- LE DEMENZE

1.1 Quadro generale

Nell'ambito delle malattie neurodegenerative che colpiscono l'encefalo vi troviamo anche le demenze. Quest'ultime insorgono solitamente in età avanzata (>65 anni) andando a determinare un progressivo declino delle facoltà cognitive, un processo che a lungo andare rende la persona completamente dipendente dal caregivers.

In tutto il mondo, riporta la WHO (World Health organization), circa il 50% delle persone anziane soffre di demenza e si prevede che con il passare degli anni questa stima possa aumentare.

La formulazione del concetto di demenza, secondo gli studi di G. Cipriani, C. Dolciotti, L. Picchi e U. Bonuccelli, risale già dagli antichi greci, ma acquista una connotazione medica intorno al XVIII secolo, momento in cui si capisce che la demenza non è solo quella senile ma esistono anche altri tipi, questo succede anche grazie al medico Alois Alzheimer che studiò il primo caso del morbo che per l'appunto porta il suo nome. Al giorno d'oggi l'Alzheimer è la forma di demenza più conosciuta e frequente negli anziani.

Esistono molti tipi di demenza ma i più frequenti sono:

- Morbo di Alzheimer;
- Demenza vascolare;
- Demenza con i corpi di Lewy;
- Demenza frontotemporale.

A queste tipologie di demenze li accomuna la stessa sintomatologia.

Una seconda suddivisione viene fatta per le demenze reversibili e quelle irreversibili. Le demenze reversibili sono quelle dove è possibile, tramite le cure, compiere un processo di regressione della malattia. Queste occupano la minor percentuale di demenze. Le demenze irreversibili, invece, sono quelle demenze dove il processo è solo degenerativo, e non vi sono trattamenti che possono arrestare o sospendere il processo di decadimento cognitivo. Queste rappresentano la maggior parte dei casi.

Il percorso diagnostico, come il dottor Mauro Colangelo precisò, prevede il coinvolgimento di due figure: il medico di famiglia e il neurologo. Il medico di famiglia è fondamentale per la prima fase ovvero quella del riconoscimento della patologia e dello screening. Solitamente lo strumento di screening più utilizzato è l'MMSE (Mini Mental State Exam) che valuta 30 item che fanno riferimento a sette aree cognitive diverse. La diagnosi di demenza è una diagnosi prettamente clinica fatta attraverso una buona anamnesi, l'esame neurologico e i test neuropsicologici per escludere le varie diagnosi differenziali. Tuttavia, è anche importante fare una diagnosi strumentale attraverso esami di laboratori e neuroimmagini.

Le diagnosi differenziali della demenza possono essere:

- Delirium: è una distinzione cruciale, in quanto hanno entrambi sintomi simili, con la differenza che il delirium è reversibile;
- Compromissione della memoria legata all'età: questa non va ad intralciare il funzionamento quotidiano;
- Sintomi cognitivi legati alla depressione: questi disturbi si risolvono con il trattamento della depressione.

1.2 PRINCIPALI CAUSE DELLE DEMENZE

Le cause della demenza ancora non sono state chiarite ed esplicitate, questo perché l'encefalo è una struttura molto complessa. L'unico dato certo sono i fattori scatenanti, comuni a tutti i tipi di demenza. Questi fattori comunicanti sono: malfunzionamento della comunicazione intercellulare o la morte delle cellule nervose cerebrali.

Il cervello ha molte regioni distinte, ciascuna delle quali è responsabile di diverse funzioni (ad esempio, la memoria, il giudizio e il movimento). Quando le cellule in una determinata regione sono danneggiate, tale regione non può svolgere le proprie funzioni normalmente.

Molte forme di demenza, tra cui quelle più comuni come il morbo d'Alzheimer, demenza frontotemporale e la demenza con corpi di Lewy, sono caratterizzate dalle formazioni di anomali aggregati proteici, chiamati anche inclusioni.

Le proteine più comuni che formano questi aggregati sono:

- Proteina precursore della beta-amiloide (APP), questa va a formare le cosiddette placche amiloide che si vanno ad interporre tra neurone e neurone. Sono la principale causa del morbo di Alzheimer;
- La proteina TAU, che dà origine a grovigli neurofibrillari, e si sviluppano all'interno del neurone;
- L'alfa sinucleina che forma degli agglomerati insolubili all'interno del citoplasma.

Ma gli agglomerati proteici non sono l'unica causa delle demenze. Alcuni studi affermano che, ad esempio, nella demenza vascolare i problemi cerebrovascolari sono la causa principale; ovvero l'impedimento del normale afflusso di sangue ai tessuti cerebrali. Ancora, la demenza pugilistica, nota anche come encefalopatia traumatica cronica, compare successivamente a ripetuti traumi alla testa. È tipica di coloro che un tempo praticavano boxe (ecco da dove deriva il nome), football americano, wrestling o rugby.

Altri studi inerenti alle demenze, hanno portato all'individuazione di alcuni fattori di rischio. Questi fattori di rischio possiamo distinguerli in reversibili come l'ipercolesterolemia, l'aterosclerosi, il fumo di sigaretta, gli elevati livelli di omocisteina nel sangue, l'abuso di alcol e il diabete. Mentre quelli irreversibili sono età avanzata, la ricorrenza all'interno della stessa famiglia di una determinata forma di demenza, l'essere affetti da sindrome di Down e il declino cognitivo lieve.

1.4 SINTOMATOLOGIA PRINCIPALE DELLE DEMENZE

Per essere considerata demenza c'è bisogno che almeno due delle seguenti funzioni siano compromesse:

- Memoria, con le cosiddette amnesie;
- Comunicazione e linguaggio, quindi il paziente diventa afasico, ovvero l'incapacità di parlare e/o capire il linguaggio;
- Capacità di concentrarsi e di prestare attenzione;
- Ragionamento e giudizio;
- Percezione visiva;

- Aggressività.

Ma i sintomi, a parte quelli principali descritti precedentemente, variano in base al tipo di demenza.

Se parliamo del Morbo di Alzheimer, possiamo vedere come i sintomi variano in base alla fase che il paziente sta vivendo. Ad esempio, nella prima fase la persona avrà delle amnesie, sarà anomico, avrà una perdita dell'orientamento con aggiunta di alterazioni della personalità e variazione del tono dell'umore. Nella seconda fase, invece, la persona avrà una perdita completa dell'orientamento, comportamenti bizzarri, umore instabile e apatia verso gli altri e il mondo. Nella fase finale, il soggetto non sarà più capace di deambulare, avrà difficoltà di linguaggio, non riconoscerà le persone e diventerà incontinente.

Se andiamo ad analizzare la demenza con i corpi di Lewy, troveremo sintomi diversi a quelli del morbo di Alzheimer. Di fatti nella demenza con corpi di Lewy includono le allucinazioni molto vivide, disordini del movimento simili a quelli del morbo di Parkinson, difficoltà a dormire, attenzione fluttuante che in alcuni casi può portare a letargia e nella fase terminale possono presentarsi anche crisi epilettiche.

Ancora diversi sono i sintomi della demenza vascolare, questa ad esempio la perdita di memoria, rispetto agli altri tipi di demenza, è tardiva, ma influenza fin da subito la funzione esecutiva; inoltre i sintomi possono variare a seconda di dove si verificano gli eventi ischemici.

Tutta questa serie di differenze di sintomi per capire che comunque i sintomi principali accomunano tutte le demenze, ma ognuna di esse ha una particolarità che la contraddistingue.

1.5 TRATTAMENTO DEMENZE

Le strategie terapeutiche messe a disposizione al giorno d'oggi per le demenze sono la terapia farmacologica e gli interventi riabilitativi. Ad oggi sono in corso numerosi progetti di ricerca per individuare terapie efficaci nella cura della malattia. Purtroppo, però, gli interventi disponibili non sono ancora risolutivi.

La terapia farmacologica ha due finalità ovvero cercare di migliorare i disturbi delle funzioni cognitive oppure tenere sotto controllo quelle alterazioni del comportamento indotte dalla malattia quali l'agitazione, l'aggressività, l'insonnia e la depressione. Molti sono stati gli studi per l'impedimento del declino cognitivo senza una comprovata efficacia terapeutica. Dopo che la ricerca negli U.S.A. dimostrò che nei pazienti affetti da morbo d'Alzheimer c'era un'insufficienza di acetilcolina, il neurotrasmettitore principalmente coinvolto nella comunicazione intercellulare. Da quella scoperta si è iniziato a prescrivere farmaci inibitori dell'acetil-colinesterasi puntando a mantenere nel cervello una più elevata concentrazione di acetilcolina integra. Pertanto, uno dei cardini odierni della terapia dell'Alzheimer è incentrato sul meccanismo della neurotrasmissione colinergica attraverso farmaci quali il donepezil, la rivastigmina e la galantamina. Purtroppo, gli inibitori dell'acetil-colinesterasi hanno una efficacia clinicamente evidente solo in un numero limitato di pazienti inferiore al 50% ed esclusivamente nelle forme di malattia di Alzheimer di gravità lieve-moderata, ossia essi sono del tutto inefficaci nelle altre forme di demenza e nella malattia di Alzheimer in fase grave. Bisogna anche dire che questi farmaci non sono esenti da effetti collaterali, quindi i pazienti che ne fanno uso sono in continua sorveglianza. Un farmaco introdotto nella cura delle demenze è la memantina, la quale si comporta come antagonista non competitivo del recettore postsinaptico dell'acido glutammico (dottor. Mauro Colangelo, 2014)

La terapia farmacologica non è l'ultima spiaggia per il trattamento delle demenze, ma ancora più importante è la terapia riabilitativa, che si avvicina al paziente soprattutto per attenuare i sintomi non cognitivi. L'effetto positivo è che, quando la persona risponde positivamente alla terapia, si riesce a mantenere un livello più alto di autonomia.

Di terapie riabilitative ce ne sono molte, ora andremo ad analizzare quelle più conosciute se non quelle più efficaci. Una delle terapie riabilitative più conosciute è la terapia di riorientamento nella realtà, questa terapia è basata su una metodologia ideata da Folsom nel 1958. Questa modalità si pone l'obiettivo di migliorare l'autostima del paziente facendolo sentire parte integrante nelle relazioni sociali. Questo intervento riabilitativo si prefigge in sostanza di "riprogrammare" il paziente per riacquisire l'attitudine ad orientarsi nel tempo e nello spazio, anche solo limitatamente all'ambiente in cui vive, e principalmente rispetto a sé stesso ed alla propria storia.

La ROT può essere somministrata in due modi: la formale e l'informale. L'informale è quella più utilizzata in quanto prevede un processo di stimolazione continuo sia da parte degli infermieri che dai caregivers, e questa non ha un luogo stabilito o degli orari, al contrario di quella formale che per l'appunto viene somministrata in un gruppo dalle 4 alle 6 persone in tempi stabiliti. La critica maggiore rivolta a questa terapia è quella che la sua efficacia è rivolta solo alle persone affette da demenze lievi. Un'altra terapia è quella di stimolazione della memoria, quella colpita nelle demenze è principalmente la memoria a breve termine. Per questo motivo si adotta la tecnica del memory training, un programma riabilitativo che si fonda principalmente sulla mnemotecnica. Con questa tecnica si mira a riabilitare i deficit mnesici attraverso l'uso stereotipato e ripetitivo delle capacità residue.

Oltre alle terapie sopracitate con farmaci e con programmi di intervento riabilitativo, occorre menzionare brevemente la terapia neurochirurgica che viene adottata in caso di idrocefalo normoteso. Il solo trattamento ritenuto efficace è lo shunt, vale a dire l'applicazione di un catetere di drenaggio del liquor dal ventricolo laterale verso una cavità sierosa del corpo, generalmente il peritoneo. Negli ultimi anni, in virtù della sua minore invasività, si tende a trattare l'idrocefalo normoteso con la procedura alternativa della ventricolocisternostomia che consiste nel praticare mediante il neuro-endoscopio, introdotto attraverso un piccolo foro della teca cranica, una comunicazione fra il pavimento del terzo ventricolo e gli spazi subaracnoidei che sono alla base dell'encefalo. L'intervento neurochirurgico, nei casi accuratamente selezionati con diagnosi posta correttamente, ha maggiori probabilità di successo nei pazienti che manifestano una sindrome classica e nei quali i disturbi sono presenti da non più di un anno e sono relativamente lievi.

1.6 ASSISTENZA INFERMIERISTICA

L'assistenza infermieristica in questi pazienti è piuttosto difficile ed è correlata alla formazione e all'esperienza. Gli interventi infermieristici diretti al paziente affetto da demenza sono finalizzati a mantenere la sicurezza fisica dell'assistito, ridurre l'ansia e l'agitazione e i disturbi legati al sonno, a promuovere l'indipendenza nelle attività di cura di sé, mantenere un'alimentazione adeguata, migliorare la comunicazione e la socializzazione. L'assistenza al paziente interessa particolarmente il caregiver, in quanto

molte volte le persone dementi vengono accuditi a casa dai loro familiari ed è per questo che l'infermiere gioca un ruolo fondamentale sull' educazione al caregiver.

Affinché il paziente si senta bene deve essere predisposto un ambiente familiare, sicuro e ordinato che permetta al paziente di muoversi senza difficoltà e senza pericoli, togliendo tutte le possibili fonti di rischio per le cadute (esempio tappeti scivolosi) ed evitando le contenzioni per non creare sentimenti di agitazione ed irrequietezza.

Importante è mettere della segnaletica in casa per potere far orientare la persona e soprattutto renderla indipendente. In questo modo potrebbe migliorare anche la sua autostima proprio perché si accorge di non dover chiedere aiuto per trovare una stanza.

Sempre per il discorso dell'autonomia e dell'indipendenza sarebbe utile semplificare l'abbigliamento della persona, magari facendogli indossare scarpe con i velcri evitando le stringhe, favorire abiti con apertura del collo ampio con allacciatura anteriore.

La notte è preferibile far dormire il paziente con una luce soffusa per evitare stati di agitazione.

Dobbiamo porre attenzione all'alimentazione della persona in quanto olfatto e gusto possono essere compromessi ed inoltre queste persone possono dimenticarsi di mangiare e bere. Per questo motivo bisogna insegnare ai caregiver vari accorgimenti, come controllare personalmente la temperatura del cibo, assicurarsi di una buona idratazione (almeno 1-1.5 litro al giorno), mantenere le abitudini del malato come stessi orari e stesso luogo.

Bisogna ricordare alla persona di prendersi cura di sé stesso attraverso l'igiene personale, l'igiene del cavo orale, in quanto queste sono le prime attività che la persona dimentica. Un metodo molto efficace è quello di pianificare una sorta di routine su un tabellone e abituare la persona a visionare quest'ultimo, ovviamente questo metodo è efficace principalmente nel primo stadio della malattia.

Le persone dementi già dai primi stadi hanno difficoltà nel comunicare, ed è questa la parte difficile del nostro lavoro, in quanto dobbiamo essere in grado attraverso le varie strategie di poterci far capire dalla persona e che la persona abbia una fiducia tale da poter esprimere le sue richieste. Per questo motivo è molto importante instaurare una relazione basata sulla fiducia.

Secondo le best practice ci sarebbe bisogno di coordinare l'assistenza, ovvero di individuare, dove possibile, un unico operatore sanitario responsabile dell'attività infermieristica, proprio perché a causa della loro precaria stabilità mentale, sono persone instabili che si chiudono in un mondo tutto loro. A tal proposito una delle strategie per far sì che la persona abbia fiducia è quella di assecondare i loro modi di fare e di entrare lentamente nel loro mondo, mantenendo comunque una distanza tale da non immedesimarsi completamente in quella che è la nuova realtà per il paziente.

CAPITOLO II- LA COMUNICAZIONE

2.1 LA COMUNICAZIONE INFERMIERISTICA

L'assistenza infermieristica è essenzialmente una relazione d'aiuto, oltre che ai numerosi contenuti tecnici, in quanto si occupa dell'impatto che la patologia, qualsiasi essa sia, ha sulla vita della persona e dei suoi cari.

Per sviluppare delle buone competenze relazionali è importante iniziare attraverso lo studio del processo di comunicazione e di tutte le sue tecniche e i suoi principi in modo tale da garantire il nostro supporto alle persone che esprimono un bisogno di aiuto.

Comunicare con una persona malata, a prescindere dal tipo di patologia più o meno grave, non è sempre facile, perché le persone possono non volere supporto in quel momento, o possono chiudersi a riccio e non esprimere i loro sentimenti, proprio per questo motivo non è importante solo comunicare, ma è importante saper comunicare non solo verbalmente ma anche con quella chiamata comunicazione non verbale.

La comunicazione è un processo circolare, e gli elementi che la costituiscono sono:

- L'emittente, ovvero il soggetto da cui parte il processo comunicativo;
- Il ricevente, il soggetto a cui è destinato il messaggio;
- Il canale, il mezzo attraverso il quale il messaggio viene trasmesso;
- Il codice, un sistema di regole, il quale deve essere conosciuto da entrambi i soggetti;
- Il messaggio o il contenuto, tutto ciò che l'emittente intende comunicare al ricevente. Questo messaggio all'interno del processo subisce un processo di codificazione e decodificazione;
- Il contesto, che si riferisce all'ambiente fisico.

Ci sono due principali forme di comunicazione, quella verbale e quella non verbale. La comunicazione verbale, come dice la parola è quella riferita al linguaggio verbale, alla parola, mentre quella non verbale è quella riferita ai segni corporei (comunicazione gestuale, mimica facciale, postura). Nelle interazioni sociali il linguaggio non può fare a meno della comunicazione non verbale. In linea di massima, mentre il linguaggio verbale

è adatto a trasmettere pensieri e descrizioni di fatti, la comunicazione non verbale è più adatta a trasmettere emozioni, sentimenti e segnalare ruoli o posizioni sociali. È importante anche saper parlare con il corpo, di fatti il linguaggio del corpo ha una propria grammatica e di conseguenza deve essere letto e interpretato.

Nella comunicazione è anche importante il silenzio, una forma di comunicazione non verbale e l'infermiere dovrà analizzare e capire il silenzio.

La relazione tra infermiere/paziente-famiglia non è una relazione paritaria, ma è una relazione asimmetrica di saperi diversi, in quanto l'infermiere ha il sapere tecnico sulla malattia ma la famiglia e il paziente la vive in prima persona.

La relazione interpersonale venne descritta da Hildegard Peplau, una leader del nursing psichiatrico. Nel suo trattato *Interpersonal Relation in Nursig* (1952) lei esorta appunto ad usare il rapporto interpersonale come strumento terapeutico. La Peplau ha riassunto un cambiamento nel paradigma dell'infermieristica che passa dal "fare per il paziente" al "fare con il paziente".

2.2 COME CAMBIA LA COMUNICAZIONE NEL DECORSO DELLA MALATTIA

La comunicazione durante il decorso della malattia delle demenze cambia, e purtroppo essendo una malattia a decorso degenerativo, peggiora.

Nel testo elaborato da L. P. Verrese, si può delineare un profilo comune correlato alle 3 fasi (iniziale, intermedia e avanzata) che accumuna il deterioramento della capacità di comunicare.

Nella fase iniziale che dura da uno a quattro anni, i problemi espressivi nascono principalmente dalla difficoltà di convertire il pensiero in parola o nella ricerca di un buon lessico. Di fatti il discorso apparirà confuso. Questo stato confusionale nasce dalla difficoltà di tenere a mente quello che il soggetto intende comunicare mentre il suo pensiero conscio lo elabora linguisticamente. Inoltre, il discorso presenta anche meno coesione, questo è dovuta all'anomia e alla parafasia verbale. Essendo ancora cosciente in questa fase della demenza, la persona, tenderà ad avere un linguaggio veloce e sostituire le parole che non ricorda con "coso" o "roba", quindi con sostantivi generici. Nella fase intermedia, che può durare da due a dieci anni, aumentano notevolmente le

difficoltà a livello pragmatico e semantico. La persona comincia ad esprimersi più lentamente e si ripete spesso sia nelle affermazioni sia nelle domande. Spontaneamente parla quasi esclusivamente di cose che avvengono nell'immediato non essendo più in grado di mettere in ordine cronologico gli eventi, né di distinguere ciò che è già successo da quello che deve ancora accadere né di rappresentare il futuro e di metterlo in collegamento con le proprie emozioni. I discorsi saranno incentrati principalmente su sé stessi, o saranno discorsi nel quale la persona descriverà qualcosa.

In questa fase, il malato commette anche delle parafasie fonemiche (a volte ancora riconoscibili: "gabilotto" per "gabinetto"). Il quadro complessivo corrisponde a quello che gli anglosassoni definiscono "empty speech", cioè l'eloquio sussiste ma è vuoto, privo di contenuto. Il paziente non riuscirà neanche più a seguire una semplice conversazione e non comprende più ordini semi-complessi (ad es., "Prendi il latte nel frigorifero e versalo nella tazza.") o complessi (ad es. "Prima di venire a tavola, vai a lavarti le mani.").

Nella fase avanzata, che può durare anche dodici anni, le risorse linguistiche sono molte scarse. Il malato diventa sempre più laconico parla solo se stimolato, con risposte spesso stereotipate, intossicate da parole sue dette prima o da altri. Questo crea delle perseverazioni verbali che possono essere immediate (ad es., "Ilaria chiamo...eh...mi chiamo...chiamo Enrico...ecco" per dire "Mi chiamo Ilaria e mio marito Enrico.") o differite (vedi il colloquio con Auguste D.) oppure dà luogo ad eco-risposte in cui il malato si appoggia alle parole dell'interlocutore (ad es., "Come stai oggi? "Come sto? Sto bene, grazie") o ancora ad ecolalie che sono ripetizioni di domande anziché risposte e che possono essere mitigate (ad es., "Hai fame?" "Ho fame?") o pure (ad es., "Hai fame?" "Hai fame?").

2.3 TECNICHE E OSTACOLI DELLA COMUNICAZIONE

Nella ricerca per capire quali fossero le tecniche principali per una buona comunicazione con il paziente è venuto fuori che una delle tecniche più importanti è l'ascolto. L'ascolto è un processo attraverso il quale selezioniamo le informazioni che destano la nostra attenzione. L'ascolto può essere di 2 tipi: l'ascolto attivo e l'ascolto passivo. Con l'ascolto attivo si riuscirà a comprendere le informazioni inviate dall'emittente e soprattutto si entra in sintonia con l'emittente grazie ad un accordo empatico. L'ascolto attivo si manifesta attraverso le parole, la postura e l'orientamento del corpo. Mentre nell'ascolto passivo

l'emittente non riceverà nessun feedback dal ricevente. L'ascolto comprensivo, ovvero quello attivo, deve essere effettuato con tutto noi stessi per capire anche le emozioni che l'emittente vuole trasmetterci. L'ascolto attivo ha comunque degli ostacoli come la troppa soggettività, ovvero fare un'interpretazione soggettiva oppure fermarsi al significato solo letterale della frase.

Alcune tecniche che facilitano l'ascolto nella relazione con il paziente sono:

- Non interrompere il paziente per chiedere chiarimenti, ma aspettiamo la fine del suo discorso;
- Rispettare le pause e i silenzi, perché al contrario di quanto si possa pensare i silenzi sono fondamentali nella comunicazione in quanto permette l'accesso a informazioni più profonde;
- Utilizzare le tecniche di incoraggiamento rappresentate da frasi brevi e con tono di voce che invita il paziente a continuare.

Un'altra tecnica comunicativa è la tecnica della riformulazione, o anche chiamata tecnica eco.

Questa tecnica consiste nel ridire o riformulare lo stesso concetto con le stesse parole o con sinonimi, ottenendo l'approvazione dall'emittente nel caso questa non ci fosse ci correggerà subito. Con questa tecnica il soggetto che parla è sicuro che l'altro lo stia sentendo, è come se il ricevente volesse far capire che lui è lì per ascoltarlo e capirlo.

Ci sono, inoltre, anche degli atteggiamenti che non facilitano la comunicazione come l'utilizzo di frasi stereotipe o fuori luogo, queste sono frasi usate in situazioni critiche che però fanno sentire sminuiti i sentimenti della persona.

Un altro atteggiamento è quello di dare consigli non richiesti oppure ancora dare giudizi di valore sulle scelte della persona, questi atteggiamenti vanno ad impedire la libera d'espressione dell'altro.

2.4 TECNICHE PER UNA BUONA COMUNICAZIONE VERBALE NEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA

Comunicare con una persona affetta da demenza non è facile, di fatti la compromissione della comunicazione è uno dei primi sintomi. In questa patologia non sempre vanno di pari passo la difficoltà di comunicare con la comprensione. Di fatti tra gli infermieri che sono a contatto con questa tipologia di pazienti si nota un sentimento di frustrazione, proprio perché non tutti riescono a stabilire una buona comunicazione e un buon rapporto con loro.

Molto spesso queste persone non riescono a farsi capire bene quando parlano o magari pongono le stesse domande, quando ci troviamo di fronte a queste situazioni non dobbiamo spazientirci, bensì dobbiamo mantenere la calma e assecondarli.

Quando parliamo con persone affette da demenza dobbiamo cercare di creare un ambiente privo di rumori o comunque di eliminare oggetti che possono disturbare e dobbiamo comunicare con più canali possibili, quindi non solo verbalmente ma anche con la mimica facciale e gestualità. Molti studi sostengono che con un linguaggio non verbale ci si riesce a far capire meglio da queste persone, soprattutto durante le cure infermieristiche quotidiane.

La perdita della competenza comunicativa determina frustrazione e rabbia, tali da indurre l'abbandono dell'utilizzo della parola, con la diretta conseguenza della perdita indotta anche della competenza conversazionale.

Tra i vari studi trovati ho avuto modo di confrontare vari modelli e tecniche di comunicazione messe in atto per poter migliorare la comunicazione di queste persone.

Una tecnica molto diffusa è l'“elderspeak”, questa è una modello di comunicazione molto contestato. Consiste nel parlare al paziente con un tono di voce alto, scandendo bene le parole, usare una grammatica e un vocabolario semplice e una frequenza elevata di pause; questo tipo di comunicazione viene anche chiamata “comunicazione infantile”. Le caratteristiche di elderspeak includono, inoltre, diminutivi, riferimenti nominali inadeguatamente intimi, come "tesoro" e "brava ragazza" (Williams, K. N., Herman, R., Gajewski, B., & Wilson, K. (2009).).

Ci sono studi che vanno a sfavore di questa tipologia di comunicazione in quanto potrebbe arrestare prima del dovuto il processo della comunicazione e che inoltre con questo tipo di comunicazione potrebbe iniziare un processo di depersonalizzazione proprio perché il paziente non viene più chiamato con il suo nome ma questo viene sostituito da pronomi o nomignoli. Studi consenzienti a questa visione dell'elderspeak affermano che la persona potrebbe manifestare maggiore aggressività perché si sente confuso. Il paziente che è affetto da demenza, soprattutto ai primi stadi, capisce che lo si sta trattando come una persona incompetente nel capire ciò che gli si dice, quindi la conversazione inizia già in modo negativo, perché la persona non si fiderà di noi.

Altri studi, invece, sostengono che l'elderspeak aiuta la persona con demenze proprio perché ha bisogno di qualcuno che gli parli lentamente e che si faccia capire con vocaboli elementari.

Un approccio molto interessante è il Conversazionalismo il quale nasce negli anni '80 grazie ad un medico Giampaolo Lai, viene usato principalmente per le demenze da Alzheimer, ma può essere usato anche in altri tipi di demenza. La terapia conversazionale parte dal presupposto che comunicare con un paziente affetto da malattia di Alzheimer è difficile, ma non impossibile e che anche quando un paziente ha compromessa la capacità di utilizzare le parole a scopo comunicativo in realtà è ancora in grado di conversare. Il conservare l'uso della parola per più tempo possibile è un importante obiettivo terapeutico strettamente correlato al mantenimento della dignità e della felicità della persona assistita. Viene utilizzato sia come conversazione terapeutica, che come punto di partenza per formare i caregiver (Giornale di Gerontologia, pg 484-485).

Si distinguono due tipi di linguaggio: quello comunicativo (scambio di significato), che nel paziente decade precocemente, e la funzione conversazionale (scambio di parole), che invece viene conservata. Si distinguono inoltre, la conversazione materiale e quella immateriale.

Per arrivare allo scopo del conversazionalismo ci sono delle regole, queste sono regole solo per l'infermiere o il caregiver, mentre il paziente deve essere libero di poter dire ciò che vuole, senza alcuna regola, in questo modo il paziente non sbaglia mai e non viene mai giudicato. È molto importante nel conversazionalismo, capire il grado di felicità a

fine conversazione, questa viene misurata attraverso il discostamento e l'accostamento dei termini usati durante tutta la conversazione.

Per iniziare una conversazione conversazionale è necessario uno spazio adeguato, tranquillo e senza rumori di sottofondo; due o più persone, solitamente un conversante e l'interlocutore (paziente).

L'algoritmo conversazionale che adottiamo si può riassumere così:

1. il terapeuta non fa domande;
2. non completa le frasi che il paziente lascia in sospeso;
3. non interrompe le frasi del paziente;
4. restituisce al paziente il motivo narrativo, cioè il tema, del suo dire;
5. somministra frammenti della propria autobiografia (il terapeuta prendendo spunto dalle parole del paziente risponde proponendo frammenti dei ricordi della propria storia).

Un noto medico psicoterapeuta Pietro Vigorelli, durante un suo studio a proposito "L'arte della conversazione con la persona affetta da demenza", ha ideato un nuovo approccio, ovvero l'approccio Conversazionale e Capacitante, questo si basa sull'approccio Conversazionalismo, approfondito prima.

L'ACC (approccio conversazionale e capacitante) è rivolto a tutti i tipi di demenza, in questo approccio la persona potrà comunicare così come è in grado di fare senza avere timor di sbagliare o sentirsi inadeguato, perché è proprio il senso di inadeguatezza che fa sentire loro frustrati, andando poi pian piano a chiudersi a riccio. L'ACC si pone come uno stile di comunicazione che dovranno usare tutti gli operatori e non solo anche i caregivers 24h su 24h.

Questo metodo prevede la formazione di alcuni gruppi di autoaiuto chiamati gruppi ABC, dove i caregivers, in questi gruppi si aiutano appunto i familiari a capire come comunicare con loro senza aver timore di una reazione aggressiva o senza essere capiti.

Nei gruppi ABC vengono insegnati i 12 passi base dell'ACC, che devono imparare non solo i caregivers ma anche tutti gli operatori che lavorano a contatto con le persone dementi.

I Dodici Passi sono:

1. Non fare domande;
2. Non correggere;
3. Non interrompere;
4. Ascoltare;
5. Accompagnare con le parole;
6. Rispondere alle domande;
7. Comunicare anche con i gesti;
8. Riconoscere le emozioni;
9. Rispondere alle richieste;
10. Accettare che faccia quello che fa;
11. Accettare la malattia;
12. Occuparsi del proprio benessere.

I primi cinque Passi si ispirano liberamente all’algoritmo delle conversazioni messo a punto dal Conversazionalismo, i secondi cinque s’intersecano con il Capability Approach e gli ultimi due presentano evidenti concordanze con la prassi dei gruppi dei familiari di alcolisti (accettare la malattia, occuparsi del proprio benessere).

Un programma di comunicazione realizzato principalmente per la demenza di Alzheimer è il programma FOCUSED. Questo programma si basa sul modello di scambio conversazionale. Gli obiettivi del programma sono principalmente quello di educare gli infermieri a parlare con persone affette da demenza di Alzheimer. FOCUSED è un acronimo che sta per:

F: face to face, ovvero parlare vis a vis con il paziente; continuare a mantenere il contatto visivo;

O: orientation, orientare il paziente e dare il tempo di comprendere ciò che gli si dice;

C: continuity, continuare lo stesso discorso per più tempo possibile, e preparare il paziente nel caso si dovesse cambiare argomento;

U: unsticking, aiutare il paziente a sbloccarsi quando non riesce a dire una parola o la dice in modo errato;

S: structure, strutturare delle domande semplici di facile comprensione;

E: exchange, continuare il normale scambio di idee senza bloccarlo;

D: direct,, essere diretti, usare il suo nome, mantenere un discorso molto diretto.

L'uso di queste strategie per mantenere i pazienti più coinvolti durante la comunicazione, hanno l'ulteriore vantaggio di migliorare il morale. Ovviamente per fare sì che questo programma venisse applicato hanno impartito delle lezioni agli infermieri inerenti a questo nuovo programma (Danielle N.Ripich, MayWykle, SheilaNiles, 1995, Volume 16, Issue 1)

I metodi prima elencati sono quelli più diffusi per la comunicazione con pazienti dementi, tuttavia un elemento molto importante è anche la formazione del personale per raggiungere appunto un'ottima comunicazione.

Questo perché senza formazione noi tratteremmo queste persone come se fossero dei bambini, quindi avremmo un linguaggio più autoritario, di fatti alcuni studi dimostrano proprio come grazie alla formazione delle capacità comunicative il personale adottava un linguaggio più rispettoso e premuroso e di conseguenza anche i comportamenti dei pazienti cambiava.

2.5 L'IMPORTANZA DELLA COMUNICAZIONE NON VERBALE

Finora abbiamo posto l'attenzione sulla comunicazione verbale, ma da alcuni studi trovati si è notato come anche la comunicazione non verbale sia molto importante per i pazienti dementi. I pazienti dementi con problemi di linguaggio riconoscono non ciò che viene detto ma soprattutto come viene detto, quindi il tono di voce, la gestualità e così via. Molto spesso gli atteggiamenti aggressivi o di negazione che usano è proprio per farci capire che c'è qualcosa che non va.

Nelle demenze bisogna fare molta attenzione alla distanza fisica soprattutto quando sono in atto episodi di aggressività, allo stesso tempo è importante sapere che anche il contatto corporeo è fondamentale. Gli operatori devono stare attenti a non rendere la troppa vicinanza, invadenza, soprattutto quando ancora non si è creata una relazione con la persona.

Chi interagisce con la persona affetta da demenza deve porre attenzione ai movimenti e alla propria gestualità corporea per evitare che il messaggio inviato venga percepito come una minaccia. Contemporaneamente è utile osservare ciò che il corpo dell'altro comunica per esempio: se quando ci avviciniamo la persona indietreggia forse si sente spaventato e insicuro. Inoltre, i gesti delle mani dovrebbero essere congruenti con il messaggio verbale inviato e rinforzarlo. Il tono di voce è altresì importante in quanto la persona riesce a capire il nostro stato d'animo nei suoi confronti, se siamo arrabbiati, se siamo sereni.

Uno studio olandese ha utilizzato come metodo per la stimolazione non verbale i libri della memoria, questo intervento è indicato principalmente per i primi stadi di demenza. Questi sono libri personalizzati e contengono informazioni sulla loro vita e la loro routine giornaliera. I libri della memoria, si è visto, sono utili anche nelle conversazioni, perché il paziente, tramite questi, riesce a parlare con gli altri ed inoltre si è potuto evincere che fungono da elementi di distrazione durante le attività routinarie per evitare atteggiamenti aggressivi e favorire la collaborazione con gli infermieri o qualsiasi altro professionista.

Per far comprendere che non solo il linguaggio verbale è importante, uno studio si è incentrato sui benefici della musicoterapia. Anche se dal punto di vista teorico questo argomento ha delle lacune, si è visto come nei pazienti affetti da demenza questa terapia ha degli ottimi risultati. La musicoterapia risveglia una comunicazione arcaica legata a percorsi sensoriali ed espressivi vissuti. Questi possono far rivivere il passato al paziente, ma caratteristica molto importante è che si può creare una connessione tra presente e futuro. È inoltre sorta l'ipotesi che la musicoterapia possa riattivare ed ampliare le capacità espressive e relazionali arcaiche ma persistenti per tutta la vita dell'individuo, questo può favorire nel paziente demente il mantenimento del senso di identità ed il riconoscimento del mondo esterno.

Un altro esempio di terapia non farmacologica che aiuta nel dialogo e nelle capacità relazionali è la Terapia delle Bambole, questa nasce in Svezia negli anni '90 grazie a Britt

Marie Egedius Jakobsson, che ideò questa sorta di terapia per via del figlio autistico. Molti centri italiani che curano demenze hanno riscontrato solo che effetti positivi con questa terapia proprio perché, anche in questo caso, si ha una stimolazione arcaica di alcune sensazioni. Si è anche notato che questa forma di terapia aiuta nel gestire al meglio comportamenti aggressivi o di negazione. Inoltre, proprio con l'uso dell'Empathy Therapy Doll c'è stata una riduzione della terapia farmacologica.

La bambola terapeutica è di grande aiuto per mantenere e stimolare momenti emotivi e affettivi. Quando la persona comincia a distaccarsi dalla realtà e perdere capacità cognitive (memoria, linguaggio, attenzione, orientamento nel tempo e nello spazio) la bambola può diventare un bambino vero, che la persona coccola e stringe a sé con affetto amorevole.

CAPITOLO III- ANALISI DELLA RICERCA

3.1 MATERIALI E METODI

La presente revisione della letteratura è stata elaborata partendo dal problema che ci si è posti all'inizio ovvero, come la comunicazione può essere importante, come possa cambiare la gestione del paziente affetto da demenza e come comunicare in modo efficace con persone affette da demenza. Per rispondere ai questi si è fatto un excursus su cosa fosse la demenza con le varie terapie, con la relativa assistenza infermieristica, poi si è approfondita la comunicazione infermieristica e le relative tecniche, per finire con le varie tecniche da utilizzare per poter avere una buona comunicazione e relazione con il soggetto affetto da demenza.

Si è usato inoltre il metodo PIO:

Paziente/popolazione	Persone affette da demenza
Interventi	Strategie di comunicazione efficace
Outcome	Saper comunicare con il paziente affetto da demenza, e vedere una maggior soddisfazione nei pazienti e nei caregiver grazie ad una buona comunicazione.

Ho condotto questa revisione attraverso la ricerca di articoli medici, riviste e libri, usando un arco temporaneo dagli anni '90 al 2015 circa. La ricerca è stata effettuata consultando le banche dati come PubMed, Google Scholar, libri, EBN e vari siti internet di associazioni per le demenze.

Gli articoli trovati sono stati presi in considerazione o scartati dopo aver letto l'abstract e/o il full text. I filtri applicati alla ricerca del materiale sono stati: full text, popolazione adulta sopra i 65 anni, lingua inglese o italiana.

Le parole chiave per la ricerca sono state: Dementia AND Nursing, Dementia AND Nursing AND Communication, Dementia's disease, Dementia AND Communication, Change Communication during Dementia, Not Verbal Communication AND Dementia, Risk factors of Dementia.

3.2 RISULTATI DELLA RICERCA

La comunicazione è stata il perno della ricerca del materiale per questo elaborato.

Alcuni articoli che si andavano ad analizzare rimarcavano il fatto che in qualsiasi tipo di demenza la deteriorazione della comunicazione è uno dei primi segni che possiamo notare e di conseguenza anche il benessere del paziente e la sua autostima andavano a diminuire. Inoltre, in questi articoli si poneva accento anche ai caregiver, i quali avevano difficoltà a capire e a comunicare con loro:

- ALZHEIMER: CONOSCERE LA MALATTIA PER SAPERLA AFFRONTARE Fabio Izzicupo, Rabih Chattat, Sabina Gainotti, Gabriele Carbone, Teresa di Fiandra, Francesca Galeotti, Francesca Menniti-Ippolito, Roberto Raschetti, Nicola Vanacore;
- Evidence best practice: Linee guida per la diagnosi, il trattamento e il supporto dei pazienti affetti da demenza Antonino Cartabellotta, Roberto Eleopra, Simone Quintana, Luca Pingani, Carlo Ferrarese, Fabrizio Starace, Marco Masina , Gianluigi Mancardi.

In altri articoli si analizzano le strategie da utilizzare per una corretta comunicazione con il paziente affetto da demenza, sia per quanto riguarda come approcciarsi, sia per sapere cosa è meglio evitare:

- Guardare negli occhi il paziente;
- Parlare lentamente e con chiarezza;
- Mantenere una postura aperta;
- Trattare il paziente con rispetto;
- Attendere la risposta del paziente;
- Dare delle indicazioni visive per aiutare la comprensione;
- Utilizzare la comunicazione non verbale che è un mezzo molto importante per il benessere e per instaurare una comunicazione empatica;
- Ridurre al minimo le distrazioni, come i rumori di sottofondo;

- Includere e far partecipare la persona nelle conversazioni;

Le situazioni da evitare sono:

- Non correggere;

- Non criticare:

- Non rimproverare;

- Non discutere;

- Non fare troppe domande.

Inoltre, in alcuni studi si sosteneva che le passeggiate, quindi la deambulazione, possa aiutare nella comunicazione, in quanto è incoraggiato e stimolato a parlare a lungo.

Gli articoli dove troviamo le informazioni sopra citate sono:

- SUGGERIMENTI PER L'ASSISTENZA AL PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA.

A cura di: Giovanni Zuliani, Stefania Magon, Margherita Cavalieri.

- EVIDENCE BEST PRACTICE: LINEE GUIDA PER LA DIAGNOSI, IL TRATTAMENTO E IL SUPPORTO DEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA.

Antonino Cartabellotta, Roberto Eleopra, Simone Quintana, Luca Pingani, Carlo Ferrarese, Fabrizio Starace, Marco Masina, Gianluigi Mancardi.

- LA COMUNICAZIONE POSSIBILE NELLA DEMENZA DI ALZHEIMER, a cura dello psicologo Giorgio della Pietà.

Per arrivare ad un'ottima comunicazione si sono ricercati le strategie migliori che esistono, tra queste abbiamo usato l'elderspeak, il conversazionalismo, l'approccio conversazionale e capacitante e il modello focused, questi sono approcci che vanno a sensibilizzare la comunicazione verbale in questi pazienti.

Ogni modello ha delle peculiarità diverse, ad esempio nell'elderspeak si parla al paziente come se questo fosse un bambino, quindi usando vocaboli e una grammatica molto semplicistica, mentre nel conversazionalismo l'obiettivo principale è quello di far conversare quanto più a lungo possibile il paziente fino ad arrivare ad una conversazione

felice, ancora il programma FOCUSED, ha 7 indirizzamenti per arrivare a far conversare in modo esaustivo il paziente.

Questi approcci sono stati ricercati attraverso articoli e pagine di libri trovati su Google Scholar:

- ELDERSPEAK COMMUNICATION: IMPACT ON DEMENTIA CARE.

Kristine N. Williams, RN, PhD, Ruth Herman, PhD, Byron Gajewski, PhD, and Kristel Wilson, BS;

- ALZHEIMER'S DISEASE: THE FOCUSED PROGRAM: A COMMUNICATION SKILLS TRAINING PROGRAM HELPS NURSING ASSISTANT TO GIVE BETTER CARE TO PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE.

PhD Danielle N. Ripich (associate professor and chair) a PhD MayWykle (professor and associate dean) Ma Sheila Niles.

- Vigorelli P. (2010): L'ARTE DELLA CONVERSAZIONE CON LA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA. *Psicogeriatría*, 1 (suppl.), 90-93.
- DALLA RIABILITAZIONE ALLA CAPACITAZIONE: un cambiamento di obiettivo e di metodo nella cura dell'anziano con deficit cognitivi Pietro Vigorelli Gruppo Anchise, Milano.ù
- COMMUNICATION SKILLS TRAINING IN A NURSING HOME: effects of a brief intervention on residents and nursing aides

Suzan Sprangers, Katinka Dijkstra, and Anna Romijn-Luijten

- *Giornale di Gerontologia*: COMMUNICATING WITH PATIENTS SUFFERING FROM DEMENTIA: from ineffective communication to happy conversation P. VIGORELLI AO Ospedale "San Carlo Borromeo", Milano.

In questo elaborato, però non si è dato peso solo alla comunicazione verbale ma anche a quella non verbale, in quanto attraverso gli studi trovati si è visto come anche attraverso essa i pazienti dementi riescono ad aprirsi con il personale e ad avere fiducia in esso.

Altri studi, ancora, hanno valutato come l'arteterapia e l'Empathy Therapy Doll, hanno effetti positivi sulla comunicazione in pazienti con questi problemi.

Gli studi inerenti a questi sono:

- TERAPIE NON FARMACOLOGICHE INNOVATIVE PER LA CURA DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER.

Ivo Cilesi da nuovi arti terapia.

- THE EVOLUTION OF MUSIC THERAPY

P.L. Postacchini Psichiatra, Neuropsichiatra Infantile, Psicoterapeuta, Responsabile del Comitato Tecnico Scientifico del Corso Quadriennale di Musicoterapia della Pro Civitate Christiana di Assisi.

- MUSIC THERAPY AND PSYCHIATRY, THEORETICALS AND PRACTICALS ASPECT

G. Manarolo.

DISCUSSIONI

In questo elaborato si è parlato della demenza concentrandoci sulla comunicazione e sul benessere che può indurre questa.

L'obiettivo della tesi è stato quello di far capire come la comunicazione è fondamentale in questi pazienti. Si è, inoltre, trovati varie tecniche e approcci per arrivare ad una buona comunicazione.

Queste tecniche sono state approfondite nel corso dell'elaborato, e si è notato come tra tutte le tecniche trovate, quella meno efficace è l'Elderspeak, questo perché con l'elderspeak il paziente avvia una sorta di processo di depersonalizzazione. Quando si parla con questi pazienti si ha come la sensazione di doversi avvicinare con dei bambini ed è per questo motivo che anche il nostro modo di comunicare nei loro confronti cambia, perché appunto iniziamo ad avvicinarci a loro come fossero dei bambini, di conseguenza avremo un tono di voce alto, andremo a scandire le parole e a parlare piano, peggio ancora andremo a non chiamare per nome la persona ma gli daremo dei nomignoli. E tutto questo approccio destabilizza il paziente, che quindi al posto di migliorare ed essere stimolato nel conversare resterà impassibile e non avrà voglia di conversare, piuttosto potrà avere dei comportamenti aggressivi.

Negli altri approcci selezionati e approfonditi non c'erano tante discordanze tra loro; molti degli approcci selezionati si rifacevano al conversazionalismo, che fino ad ora è una delle tecniche più conosciute e che ha avuto risultati positivi.

Inoltre, oltre alle tecniche della comunicazione verbale, si è approfondito anche la parte della comunicazione non verbale, la quale, si è vista essere molto importante per i pazienti affetti da demenza. Per comunicazione non verbale non intendiamo solo la gestualità, il tono di voce ecc.... ma intendiamo anche la musicoterapia, la terapia della bambola e altre terapie, che aiutano il paziente a risvegliare sentimenti ed emozioni che con la malattia si erano affievolite. Anche se queste terapie hanno ancora molte lacune dal punto di vista teorico si è visto che ha avuto un impatto positivo nelle persone demenze.

La comunicazione è un aspetto fondamentale nell'arco della nostra vita, e diventa ancora più importante nelle situazioni di patologie come la demenza. Il problema principale è che questa molto spesso nei pazienti dementi viene a mancare perché ci si va a concentrare

sul processo di decadimento fisico e cognitivo, senza dare importanza alla comunicazione che se ben sfruttata può essere un'ottima terapia per il rallentamento del decadimento cognitivo.

Una cosa molto importante che mi sarebbe piaciuto affrontare è la formazione degli infermieri circa la comunicazione con pazienti affetti da queste patologie. Spesso gli infermieri non sanno come approcciarsi anche per via della paura che possono incutere quando i pazienti diventano aggressivi, questo l'ho notato soprattutto durante il mio tirocinio clinico. Io penso che un'ottima formazione prima agli infermieri e in seguito ai caregivers possa risolvere la maggior parte dei problemi che si hanno per assistere questi pazienti.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Antonino Cartabellotta, Roberto Eleopra, Simone Quintana, Luca Pingani, Carlo Ferrarese, Fabrizio Starace (2018). *Linee guida per la diagnosi, il trattamento e il supporto dei pazienti affetti da demenza*.

Disponibile in:

<https://www.evidence.it/articoli/pdf/e1000190.pdf> [novembre 2018]

A. Raglio, D. Villani. *Musicoterapia e demenze: teoria, applicazione e ricerca*. Giornale di Gerontologia (pag. 528-532)

Cilesi Ivo, (2017), *Terapie non farmacologiche innovative per la cura della malattia di Alzheimer*. Nuovi Arte Terapie. Disponibile in:

<https://www.nuoveartiterapie.net/terapie-non-farmacologiche-innovative-la-cura-della-malattia-alzheimer/> [22 marzo 2017]

Danielle N. Ripich, May Wykle, Sheila Niles. (1995) *Alzheimer's Disease Caregivers: The FOCUSED Program A communication skills training program helps nursing assistants to give better care to patients with Alzheimer's disease*. Geriatric Nursing, volume 16, January-February 1995, pages 15-19.

Disponibile in:

[https://doi.org/10.1016/S0197-4572\(05\)80073-4](https://doi.org/10.1016/S0197-4572(05)80073-4)

Dott. Mauro Colangelo (2014). *Demenze: diagnosi e terapia*.

Disponibile in:

<https://www.idoctors.it/articolo/demenze--diagno/415/19> (15/09/2014)

Eloisa Stella (2014a). *Le forme più comuni di demenza*.

Disponibile in:

<https://novilunio.net/le-forme-piu-comuni-di-demenza/> (25/03/2014)

Eloisa Stella (2014b). *Sintomi della demenza*.

Disponibile in:

https://novilunio.net/sintomi_demenza/

Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. 4th ed. New York (NY): Springer Publishing Company; 2012. p. 163-85

Fabio Izzicuppo, Rabih Chattat, Sabrina Gainotti, Gabriele Carbone, Teresa di Fiandra, Francesca Galeotti et al. *Alzheimer: conoscere la malattia per saperla affrontare*. [opuscolo]

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_109_allegato.pdf

G. Cipriani, C. Dolciotti, L. Picchi M. U. Bonuccelli. *Alzheimer e la sua malattia: una breve storia*.

Disponibile in:

<http://www.ainat.it/files/alzheimer.pdf>

Luca P. De Vreese (2009). *La comunicazione- I suggerimenti*. Dal notiziario Alzheimer Italia.

Juebin Huang, MD, PhD (2019) *Memory Impairment and Neurodegenerative Dementia (MIND) Center, University of Mississippi Medical Center*.

Disponibile in:

<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/malattie-neurologiche/delirium-e-demenza/demenza?query=demenza> [dicembre 2019]

Ministero della salute (2020). *Dati epidemiologici*.

Disponibile in:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=2402&area=demenze&menu=vuoto [18 settembre 2020]

National Guideline Clearinghouse (NGC). Fletcher K. Dementia. In: Boltz M, Capezuti E, Fulmer T, Zwicker D, editor(s). *Recognition and management of dementia*

Osservatorio demenze dell'istituto Superiore della Sanità (2020). *Epidemiologia delle demenze*.

Disponibile in:

<https://demenze.iss.it/epidemiologia/>

Osservatorio demenze Istituto Superiore della Sanità. *Trattamenti e gestione integrata della demenza*.

Disponibile in:

<https://demenze.iss.it/trattamenti/>

Pietro Vigorelli, *Comunicare con il demente: dalla comunicazione inefficace alla conversazione felice*. Giornale di Gerontologia (pag. 483-487).

Saiani- Brugnoli. *Trattato di cure infermieristiche* II edizione, 3 capitolo (pag. 65-82)

Savundranayagam MY, Lee C. (2017) *Roles of Communication Problems and Communication Strategies on Resident-Related Role Demand and Role Satisfaction*. [2017 Marzo]

Vigorelli P. (2007). *Dalla Riabilitazione alla Capacitazione: un cambiamento di obiettivo e di metodo nella cura dell'anziano con deficit cognitivi*. Geriatria, 4, 31-37.

Vigorelli P. (2010). *L'arte della conversazione con la persona affetta da demenza*. Psicogeriatria, 1 (suppl.), 90-93.

Disponibile in:

<http://www.formalzheimer.it/images/2010%20arte%20conv%20aipx.pdf>

Williams, K. N., Herman, R., Gajewski, B., & Wilson, K. (2009). *Elderspeak Communication: Impact on Dementia Care*. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 11–20.

Disponibile in:

<https://doi.org/10.1177/1533317508318472>

In questa pagina vorrei ringraziare tutte le persone che durante questo percorso mi sono state vicine.

Inizio con il ringraziare la mia famiglia, senza il loro sostegno non sarei arrivata fin qui. Grazie a voi che riuscite ad esaudire ogni mio desiderio e che mi appoggiate in ogni mia scelta senza influenzare le mie idee. Siete dei genitori esemplari.

Un grazie alla metà del mio cuore, mia sorella Giulia, che nonostante la sua tenera età con un solo sorriso riesce a far passare tutto. E grazie anche a te fratello mio.

Un grazie speciale va ad una persona importante, il mio compagno di vita, colui che mi ha sempre sostenuta e che mi ha amata anche nei periodi bui di questo percorso senza stancarsi delle mie lamentele, grazie Michele, con te è stato tutto più semplice.

A loro un grazie importante, zia Catia e Luana, i miei punti di riferimento, coloro che ad ogni sconforto erano lì a supportarmi senza mai stancarsi. Siete speciali e sono fortunata ad avervi nella mia vita.

Alle mie compagne di corso, nonché coinquiline Alessia e Fortunata, che hanno assistito a tutti i miei momenti e nonostante tutto vi si vuole bene.

Un grazie a Linda, che nonostante il poco tempo di amicizia mi è stata vicina ed ha ascoltato tutte le mie paranoie.

E grazie a me, alla mia caparbia, alla mia voglia di non mollare.