



# Anziano e umore depresso

Analisi del caso clinico  
della sig.ra X.X

Fabrizio Rini  
Formazione ACD 9 - 4 - 2013

# DATO STATISTICO

- Da uno studio condotto nei Paesi Bassi della durata di sei anni su anziani con sintomi depressivi significativi:
  - 23% guarivano
  - 44% presentavano sintomi fluttuanti
  - 33% cronicizzavano

(Beekman A., Geerlings S., Deeg D. et al.,  
*The natural history of late of depression. 2002*)

# Timori dell'anziano

- Cambiamento con l'età
- Solitudine e abbandono
- Malattia, disabilità
- Non autosufficienza
- Declino mentale
- Povertà indigenza
- Emarginazione
- Istituzionalizzazione
- Morte

# Invecchiamento e pregiudizi

- Anziano inutile , improduttivo, disadattato, ripetitivo, malato , depresso, passivo, superato, indigente, se non privo di idee, interessi e progettualità
- Anche nelle gravi situazioni di declino non si spengono, i sentimenti , il dolore, i desideri e talvolta pare accentuarsi la loro sensibilità ed il loro bisogno di ascolto e compartecipazione
- Non esiste una modalità comune di invecchiare , come di vivere

*"Il tempo viaggia con diversa andatura a seconda delle persone "*

*( W. Shakespeare)*

# La “fatica” nell’invecchiamento

- Perdita e cambiamento (inteso come minaccia)
- Aumento dipendenza
- Necessità di continui adattamenti
- Non accettazione della dipendenza
- Riduzione delle motivazioni
- Aumento delle possibilità di crisi
- La crisi espone alla sofferenza

# Le facce della crisi

- Sofferenza individuale
- Sofferenza familiare
- Crisi progressiva: si instaura nel corso degli anni diventando via via meno sostenibile (conseguenza della sommatoria degli "insulti") che produce frustrazione e affaticamento
- Crisi improvvisa: rapida insorgenza come cadute, traumi, lutti, decadimento cognitivo (panico e smarrimento)

# Relazione curante / anziano

- **NON CI PUO' ESSERE CONTENUTO SENZA RELAZIONE**
- Compito del curante: accompagnare, contenere, rassicurare, anticipare la crisi
- Ripristinare il miglior equilibrio possibile (individuale / familiare attraverso una **co-costruzione del percorso**)
- Relazione d'aiuto individualizzata finalizzata all'Empowerment dell'utente dove non deve affiorare il concetto IO ti aiuto TU sei aiutato (acquisizione fiducia)
- Lavoro di Rete

# In viaggio con il curante

- **Mezzo** : relazione come **scelta consapevole di stare con l'altro e possibilità dell'altro (anziano) di rivelare la sua identità**
- **Tragitto** : **percorso individuale**, chiaro e condiviso in equipe multidisciplinare
- **Meta** : rispondere al **bisogno di sicurezza** contenendo gli effetti destabilizzanti sull'umore degli insulti dell'invecchiamento



# Centralità...dell'altro nel viaggio

- Sviluppare una profonda conoscenza e la "narrative personale" dell'anziano (empatia)
- Centralizzare l'anziano nel rapporto e creare i presupposti perché si senta incondizionato nel proprio agire e in grado di decidere il meglio per lui
- Sostenerlo nel continuo adattamento dove cambia la percezione del sé (**ruolo**)
- Evitare che si areni nella crisi e percepisca la sensazione di perdita di controllo

# Per stare con l'altro

- Per cogliere una sofferenza è necessario sincronizzarsi, oltre che sulle azioni, anche sui sentimenti (alleanza terapeutica): sono fondamentali **l'osservazione , l'ascolto attivo e una comunicazione efficace**
- **Osservazione partecipata** : *osservazione attiva in cui soggetto osservante e osservato interagiscono insieme; azione educativa finalizzata a prendersi cura dell'altro e realizzarlo*
- **Ascolto** (*strumento che permette all'altro di liberare la parola...*) **attivo** : *pratica comunicativa basata sull'empatia e sull'accettazione in un clima in cui una persona possa sentirsi compresa e non giudicata*
- **Comunicazione efficace** : *il contenuto viene recepito dal ricevente con il significato attribuitogli da chi lo trasmette*

# Per stare con l'altro : come porsi

- **Voce:** deve avere un ritmo costante , un'intonazione armonica, un volume sintonizzato alle capacità uditive dell'utente
- La **postura** del corpo non deve trasmettere chiusura
- La **distanza** tra i due interlocutori non deve essere eccessiva ma deve "parlare di vicinanza" cercando allo stesso tempo di non invadere lo spazio dell'altro
- **Gesti:** devono essere posati, armoniosi e i contatti ben ponderati

## ...cosa non fare...

- Usare tono supponente: "lei deve...bisogna che lei..."
- Minacciare: "se non farà così finirà che..."
- Giudicare: "se si comporta così...non va bene..."
- Interpretare: "in realtà lei dice questo..." oppure "...fa così perché..."
- Investigare: "ma è proprio sicura/o che..."
- Argomentare: "...la regola sarebbe che..." oppure "per lei sarebbe meglio che..."
- Minimizzare: "non è così grave se..."

# Rischi ... sul “dare consigli”

- fare filtro attraverso le proprie esperienze
- deresponsabilizzare l'utente
- svalorizzare l'utente
- sottrarre potenziale e accrescere dipendenza
- sbilanciare il rapporto (IO ti aiuto TU sei aiutato)

....valutare bene il consiglio che rischia di essere una soluzione dell'operatore (che si sta centrando su se stesso)

# ...e altri suggerimenti

- Isolarsi il più possibile dalle proprie rappresentazioni e dai propri vissuti
- Non essere troppo impostato o tecnico (il 93% della comunicazione passa tramite relazione non verbale); potrebbe essere percepito come "falso"
- Dimostrare (autentico) interesse all'interlocutore
- Evitare "l'intellettualizzazione", cioè usare troppe parole, anche complesse, per esprimere concetti semplici
- Non usare l'ironia
- Ascoltare prima di dire o fare (importanza dei silenzi in una condivisione emozionale)
- Esplorare insieme difficoltà ed ostacoli
- Valorizzare le scelte fatte ed i comportamenti messi in atto
- Soffermarsi più sulle risorse che sui limiti

# Chi è l'utente

- Anno di nascita 1927
- Vedova da ca 3 anni
- Vive sola
- Demenza senile e sindrome depressiva (12/06)
- Disturbi cognitivi (sindrome demenziale, M.bo di Alzheimer, Malattia a colpi di Levy, disturbo del comportamento a carattere ossessivo e ansioso (10/10)
- Sostegno informale: una figliastra (tre i figli del marito da unione precedente) lavora a Lugano;

# Terapia farmacologica in uso

- Remeron 15 mg 0-0-1-0
- Trittico 100 mg 0-0-0-1
- Seresta 15 mg 0-0-0-1
- Transipeg 1 bst 1-0-0-0
- Atrovent 1 fl 1-0-0-0
- Pulmicort 1 fl 1-0-0-0
- Dafalgan 1g IR se dolori



# Breve storia di vita

- Cresciuta a Chiasso
- Presenti 2 fratelli maschi; legame forte con fratello minore
- Ha lavorato come operaia in una azienda che trattava tabacco
- Sposata in tarda età con marito, all'epoca vedovo e padre di tre figli che dopo il matrimonio sono stati affidati ad una zia con la prospettiva di una soluzione temporanea
- Il successivo tentativo di una convivenza della famiglia è fallito. Figliastri tornati a vivere con zia
- 2 figliastri hanno interrotto rapporti con padre e matrigna
- Presenza costante e "faticosa" della figliastra
- Marito deceduto ottobre 2010

# Situazione pregressa

- Figliastro definiva coppia: "persone complicate, chiuse e diffidenti" e la sua famiglia "disastrata e spezzata"
- Quando marito ancora in vita utente si presentava ansiosa, con una vita sociale ridotta (sporadiche uscite con marito)
- Scarsamente incline a relazionarsi con terzi
- Poco propositiva e routinaria;
- Presente tendenza a delegare a marito decisioni del quotidiano (marito figura dominante)
- Rapporto distaccato con figli marito
- Umore tendenzialmente deflesso
- Fratello minore deceduto circa 10 anni addietro

# Dopo decesso marito

- Insorgenza depressione reattiva (confusa, calo dell'umore, necessitante aiuto nella cura di sé)
- Ricovero in Clinica a ridosso decesso marito
- Uscite ridotte, insicurezza, destabilizzazione e aggressività verbale se fuoriesce da routine, lamentosa, solitudine
- Fiscale su orari (ritardi destabilizzanti)
- Incessante nelle richieste (ripetitiva e ossessiva)
- Telefonate ripetute a figliastra (e ACD) durante il giorno
- Memoria più lacunosa
- Ulteriore radicamento delle abitudini quotidiane e diminuzione flessibilità

# Risorse

- Supporto informale: figliastra collaborante (passa il sabato per spesa, ED/bucato, gestione finanziaria e si rivela disponibile al telefono in settimana). Utente non mostra toni affettuosi e la definisce imperativa e poco tollerante
- Supporto formale ACD: 7/7 passaggio mattina e sera per somm th e calze elastiche, 2/7 doccia, 1/7 c/s e preparazione th
- Pasti a domicilio 6/7
- 1/7 ED e 1/7 uscita per spesa
- Medico curante per visite a domicilio
- Medico Geriatra (ultima traccia 11/08)

# Strategie messe in atto

- Passaggi quotidiani per assicurare riferimento costante
- Turnazione numero ristretto di operatori (partendo da quelli già conosciuti e che già conoscevano vissuto)
- Accoglienza della sofferenza attraverso un atteggiamento di ascolto ed empatico
- Argomentazioni relative a vicende passate che inducono rilassatezza e appagamento (si decentra rispetto al bisogno di controllo)
- Biglietto orari di arrivo compatibili ad esigenze utenti (per evitare interferenze e destabilizzazione)
- Frequentazione ritrovo anziani in Comune
- Consegne estemporanee tra operatori

# Esiti

- Numero telefonate ridotte
- Minor frequenza di episodi di confusione e aggressività verbale
- Maggior predisposizione a raccontarsi
- Lacune mnemoniche meno evidenti
- Picchi negativi di umore più contenuti
- Espressioni negative nei confronti di terzi rarefatte

# Criticità

- Condivisione/discussione “programmata” in equipe della situazione in divenire, PdS, obiettivi, nuove strategie condivise
- Percezione operatori di “non dedicare sempre il tempo necessario”
- Umore sempre fluttuante
- Non evidente la presenza di una rete (incontro operatore, figura medica, figliastra, referente in Comune)

# Criticità

- Utente polipatologica, non figura attualmente medico specialista (ultima traccia di consultazione con Geriatra risale a 11/2008) per evt valutazioni multiprofessionali costanti finalizzate ad un intervento individualizzato
- Permanenza disturbi di tipo depressivo : bene protesica iniziale in fase di depressione reattiva. Investimento in interventi riabilitativi?