



Le dipendenze nell'anziano

Gennaio 2017

La dipendenza - definizione:

- La dipendenza è un bisogno assoluto ed irrefrenabile, di tipo psicologico e/o fisiologico, di una certa situazione, oggetto o sostanza.
- L'OMS ha definito il concetto di dipendenza patologica come "quella condizione psichica e talvolta anche fisica, derivata dall'interazione fra un organismo vivente e una sostanza tossica, e caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni, che comportano sempre un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico allo scopo di provare i suoi effetti psicologici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione" (Pigatto, 2003).

- Le dipendenze variano storicamente anche in relazione ai cambiamenti sociali, culturali e tecnologici e hanno caratteristiche diverse da quelle tradizionali del secolo scorso (uso di droghe, alcol ecc..).
- Oggi, il concetto di dipendenza abbraccia una visione ben più ampia, includendo al suo interno anche sintomatologie provocate dalla messa in atto incontrollata di attività socialmente accettate.

Tipologie di dipendenza:

Dipendenze da sostanze:

- **Droga** – dipendenza da droghe, illegali o legali (come farmaci e psicofarmaci)
- **Alcool** – dipendenza da bevande alcoliche o superalcolici
- **Sigarette** – dipendenza dalla nicotina
- **Cibo** – dipendenza alimentare

Dipendenze comportamentali o sociali:

- **Gioco d'azzardo** – dipendenza da slot machine, scommesse, lotterie, casinò
- **Sesso** – dipendenza da rapporti sessuali compulsivi
- **Amore romantico** – dipendenza dalle aspettative dell'Amore romantico

- **Ortoressia** – dipendenza ossessiva dal controllo della presunta qualità del cibo
- **Codipendenza** – dipendenza affettiva da un altro essere umano
- **Internet Addiction** – dipendenza da Internet e dai Social Media
- **Phone e TV Addiction** – dipendenza dal cellulare e dalla televisione

- **Videogiochi** – dipendenza da videogiochi elettronici e mondi alternativi virtuali
- **Lavoro** – dipendenza “workaholism”, sia per soldi che per evitare qualcosa
- **Porno** – dipendenza dal guardare film, riviste, scene porno
- **Fitness** – dipendenza da esercizio fisico estenuante, legato all’immagine di sé (Vigoressia)

- **Shopping** – dipendenza dagli acquisti compulsivi
- **Tatuaggi** – dipendenza dal tatuarsi tutto il corpo con simboli e disegni
- **Religione** – dipendenza dall'osservanza ossessiva di riti e regole religiose.

- I sintomi tipici possono essere allora sia di tipo psico-cognitivo, che fisiologico e comportamentale; inoltre la dipendenza comporta problematiche sempre più serie e cronicizzanti a livello sociale, lavorativo, familiare ed affettivo, ovvero in tutte le parti vitali dell'esistenza della persona.

Chi è afflitto da Dipendenza non riesce più allora ad avere il controllo sui propri impulsi psico-fisici raggiungendo certi sintomi e conseguenze come:

- discontrollo sui pensieri e sui comportamenti
- continui pensieri sulla sostanza e/o sulle modalità con le quali procurarsela
- elevati livelli di ansia
- depressione e/o altri disturbi dell'umore
- impulsività ed aggressività
- senso di colpa, di vergogna e abbassamento dell'autostima
- ossessioni e compulsioni
- problemi del sonno
- problemi di concentrazione, attenzione e memoria
- isolamento
- elevato dispendio di energie e risorse per la ricerca dell'oggetto di dipendenza

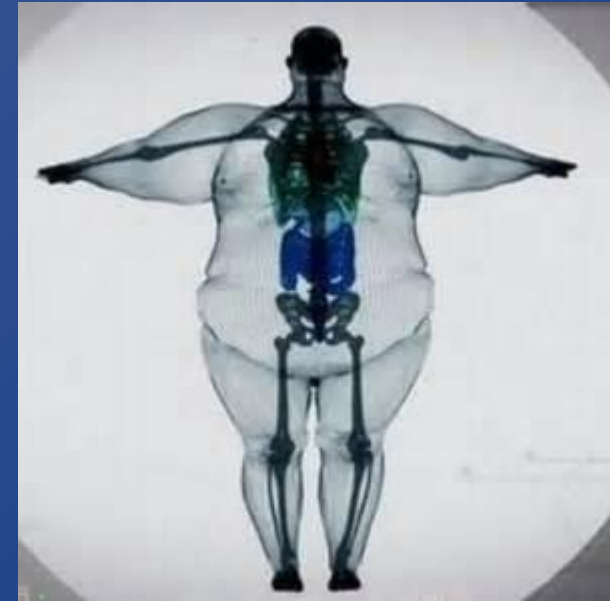
La somiglianza fenomenologica tra dipendenza da sostanze e dipendenze comportamentali ha portato i clinici a compararle. Il parallelismo tra le due risulta infatti evidente, tanto che è possibile individuarne alcuni fattori comuni:

- Impossibilità a resistere all'impulso di mettere in atto il comportamento (compulsività).
- Sensazione crescente di tensione che precede l'inizio del comportamento.
- Piacere o sollievo durante la messa in atto del comportamento.
- Percezione di perdita di controllo.
- Persistenza del comportamento nonostante la sua associazione con conseguenze negative.

- **Dominanza:** i pensieri e l'agire dell'individuo sono incentrati esclusivamente sulla sostanza da assumere o, nel caso delle dipendenze comportamentali, sull'attività da svolgere.
- **Tolleranza:** si manifesta attraverso la crescente esigenza della persona di incrementare sempre di più la quantità di sostanza o di attività svolta, per ottenere lo stesso effetto di piacevolezza.
- **Astinenza:** Si manifesta nel momento in cui la persona si trova impossibilitata ad assumere la sostanza o mettere in atto il comportamento oggetto della dipendenza.
- **Conflitto:** trae origine dal comportamento disturbato portando a conseguenze negative che si ripercuotono nella sfera familiare, sociale e lavorativo/scolastica della persona.
- **Negazione:** si riferisce alla negazione del problema stesso. Tale comportamento è caratteristico della cosiddetta "fase della luna di miele", cioè quando la condotta determina ancora la sensazione di piacevolezza portando la persona a non rendersi consapevole della propria dipendenza.
- **Ricaduta:** può presentarsi durante i tentativi di interruzione della dipendenza, nel momento in cui la persona torna alle precedenti condotte dopo un periodo di astinenza.

Dipendenze alimentari o *Food Addiction*:

- Con il termine Food Addiction si intende una “nuova dipendenza”, quella da cibo.
- Dal latino il termine “addictus” indica chi veniva venduto come schiavo per pagare un debito, da qui l’uso originale del termine “addiction” che significa “subire una sottomissione... da parte di qualcuno o qualcosa”



- Per quanto riguarda la dipendenza da cibo e i disturbi dell'alimentazione, non sussiste ancora una definizione precisa, ma l'interesse verso questa problematica è molto forte.
- Negli ultimi anni la letteratura scientifica sull'argomento ha proposto un inquadramento differente dei Disturbi Alimentari, avvicinando alcuni di questi alla diagnosi di dipendenza da sostanze. In particolare, il Binge Eating Disorder (BED), che prevede la presenza di episodi di abbuffate in assenza di comportamenti finalizzati a eliminare le calorie ingerite, è stato ampiamente concettualizzato come dipendenza dal cibo e da particolari ingredienti, come lo zucchero.

- Alcuni studi hanno evidenziato che: le immagini di risonanza magnetica delle persone con BED hanno mostrato un'alterazione nel sistema della dopamina, simile a quanto si osserva nelle risonanze magnetiche delle persone con una dipendenza da sostanze (Hadad & Knackstedt, 2014).

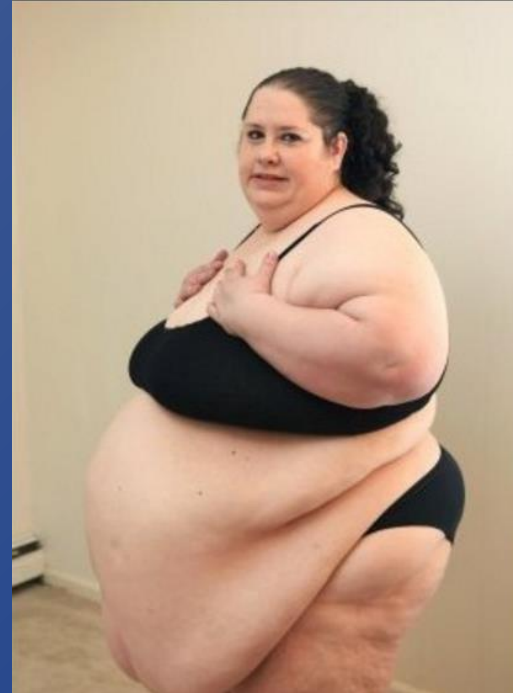
- Anoressia, bulimia ed obesità sono disturbi che denotano un profondo disagio interiore, occorre dunque cercare di comprendere l'origine di questo malessere.
- Il denominatore comune a tutti questi disturbi è la fame, negata o meno, non si tratta evidentemente di una questione puramente alimentare, è una “fame esistenziale”: di affetto, di vita, di relazioni con gli altri, di stima verso se stessi.
- Spesso la dipendenza e, nel nostro specifico caso quella alimentare, è un modo per bypassare la sofferenza psichica e la consapevolezza dei propri stati interiori.

DIETETICA – ALIMENTAZIONE E OBESITA’



Definizione:

L'obesità è una condizione caratterizzata da un **eccessivo accumulo di grasso corporeo**, condizione che determina gravi danni alla salute. E' causata nella maggior parte dei casi da stili di vita scorretti: da una parte, un'alimentazione scorretta ipercalorica e dall'altra un ridotto dispendio energetico a causa di inattività fisica. L'obesità è quindi una condizione ampiamente prevenibile (OMS, 2014).

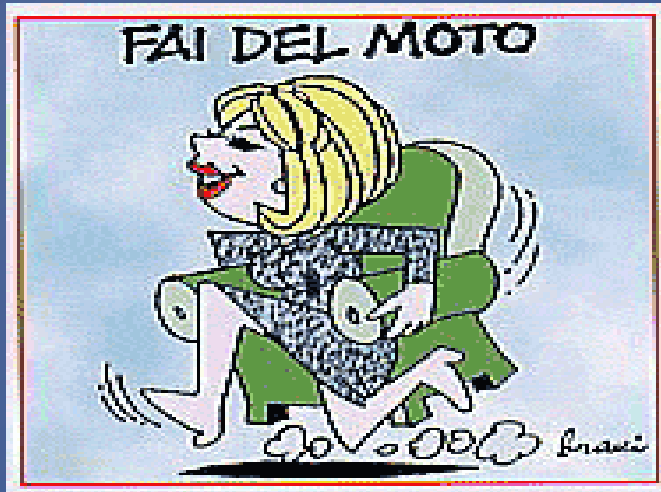


- Si definisce obesa la persona che ha un indice di massa corporea (**BMI – Body Mass Index**) superiore/uguale a 30.
- Oggi gli obesi vengono considerati degli ammalati che necessitano di cure e controlli periodici.

Raccomandazioni dietetiche:

- ridurre il peso corporeo attraverso la riduzione dell'apporto calorico.
- distribuzione equilibrata dei nutrienti.
- aumentare l'attività fisica e il dispendio energetico.
- dieta personalizzata.

Attività fisica



- Secondo **l'organizzazione mondiale della sanità** nella definizione di attività fisica rientrano le attività sportive, ma anche semplici movimenti quotidiani come **camminare, andare in bicicletta, ballare, giocare, fare giardinaggio e lavori domestici.**

- La **sedentarietà** è un fattore di rischio per le malattie cardiovascolari, il diabete e i tumori.
- Un'attività fisica regolare di **almeno 30 minuti** al giorno è uno degli elementi più importanti per mantenersi in buona salute.
- L'**attività aerobica** aumenta la richiesta di ossigeno da parte del corpo e il carico di lavoro di cuore e polmoni, rendendo la circolazione più efficiente.

ALIMENTAZIONE E OBESITA'

COMPLICANZE:

- dislipidemie
- ipertensione arteriosa
- aterosclerosi
- diabete
- malattie cardiovascolari
- complicanze articolari
- difficoltà respiratorie



Caso clinico/assistenziale

La dipendenza dell'anziano

Caso clinico - dipendenze in età geriatrica

- X.X nome di fantasia Ugo
- Maschio – nato nel 1955
- Vive solo, separato dal 2007

Diagnosi

- Demenza progressiva
- Ipertensione arteriosa trattata
- Iperlipidemia in trattamento
- Sindrome depressiva in trattamento
- Crisi di panico trattate (ricovero ■■■ 2015 CPC)

TERAPIA ATTUALE:

• Cipralex 10 mg	1-0-0-0
• Aspirina cardio ASA 100 mg	1-0-0-0
• Allopurinolo 100 mg	1-0-0-0
• Torem 5 mg	1-0-0-0
• Candesatan 16 mg	1-0-0-0
• Vitamina D3	10 gocce al mattino
• Pantazol 20 mg	1-0-1-0
• Risperdal 1 mg	0-0-½-0
• Atorvastatin 20 mg	0-0-2-0

CASO CLINICO:

Utente ricoverato per la prima volta in CPC a Mendrisio nel [REDACTED] 2015 a causa di una crisi di panico [REDACTED]

Utente ha accumulato importanti debiti in quanto truffato da una persona che approfittando del peggioramento cognitivo dell'utente (perdita importante di memoria recente) e della sua ingenuità, [REDACTED]

[REDACTED] Utente seguito da psichiatria SPS Mendrisio.

Attualmente mostra un tono dell'umore stabile, situazione favorita anche dal nuovo ambiente abitativo più tranquillo, spazioso e luminoso. Fino a qualche mese fa, utente mostrava dei periodi di una decina di giorni ogni mese, in cui viveva ossessivamente e con angoscia il suo debito accumulato e la perdita del lavoro. Attualmente è impegnato nel volontariato [REDACTED]

[REDACTED]

Utente mostra un'importante compromissione della memoria a breve termine: si aiuta molto con bigliettini e promemoria, calendario e telefonino. Questa sua criticità verso la perdita di memoria lo attiva nella ricerca di strategie alternative funzionali che gli permettano di vivere da solo. Utente comunque mostra un'alterazione della capacità di giudizio e critica quando parla di trasferirsi a fare il contadino in Russia o Ungheria [REDACTED] senza fare un esame di realtà con la sua situazione fisica e cognitiva. La terapia neurolettica prescritta dallo psichiatra che lo segue, ha contribuito a diminuire gli stati d'angoscia, sia in frequenza che in intensità.

Utente fino a febbraio 2016 circa, ha verbalizzato momenti di crisi, ideazioni suicidali senza progettualità. Non sono noti comportamenti autolesivi. Sempre in tale periodo ha verbalizzato ideazioni violente verso chi lo ha truffato ritenendoli responsabili della sua situazione finanziaria e di solitudine. Utente separato dal 2007 ha 2 figli che non vede più dallo stesso periodo. Racconta che ne moglie ne figli lo vogliono vedere e sentire. Utente non si spiega tale interruzione dei rapporti da parte dei figli con lui. Negli ultimi mesi utente raramente ha ripreso discorsi di violenze

Il quadro cognitivo permette una vita da solo al domicilio (autonomo per AVQ) ma rende improponibile un'attività lavorativa retribuita. Utente mostra comunque una discreta capacità di organizzarsi con strategie alternative (GPS e calendario telefonino, vari bigliettini promemoria). Le attività quotidiane ripetute nel tempo lo aiutano nel mantenere una giornata tipo strutturata e funzionale.

Utente pranza e cena presso ■ CPA ■, autonomo per la colazione. Curatore amministrativo garantisce la parte amministrativa e finanziaria. Preparazione dei farmaci e passaggio quotidiano per l'assunzione corretta terapia, garantita da ACD mattino, da operatori CPA alla sera (supervisione). Utente accompagnato da curatore per visite mediche. Autonomo per BADL e IADL.

Utente presenta una compulsività verso il cibo, con tendenza di aumento di peso costante (situazione di sovrappeso). Utente presenza lievi edemi declivi, rifiuta di posizionare le calze elastiche prescritte. Utente verbalizza presenza di appetito costante che sta cercando di controllare con una dieta in CPA e con un monitoraggio costante da parte dei curanti di peso e alimentazione al domicilio. Ciò nonostante si è verificato un aumento di peso negli ultimi 6 mesi di circa 8 kg, nonostante incontro con specialisti e medico curante. Utente riferisce che mangiare è una delle poche soddisfazioni che gli sono rimaste nella vita e che non è molto interessato alle conseguenze. Obesità BMI di 43.3.

PESO E BMI UTENTE

[illegible]

PESO E BMI UTENTE

18- OTT- 2016	25- OTT- 2016	02- NOV- 2016	08- NOV- 2016	15- NOV- 2016	22- NOV- 2016	29- NOV- 2016	06- DIC- 2016	13- DIC- 2016	20- DIC- 2016	27- DIC- 2016	03- GEN- 2017	10- GEN- 2017
43.34	43.34	43.71		43.71	43.16	43.38	43.42	43.16	43.45	44.44	44	44.19
Regolare	Regolare	Regolare	Regolare	Regolare	Regolare	Regolare		Regolare	Regolare	Regolare	Regolare	Regolare
20	19	19	19		18	20	20	19	18		18	19
118	118	119		119	117.50	118.10	118.20	117.50	118.30	121	119.80	120.30
Si	Si	Si	Si		Si	Si	Si		Si	Si	Si	Si

Utente non ha rete informale, non vede i figli dal 2007 ed esprime rassegnazione verso tale decisione. In alcuni momenti verbalizza rabbia verso la moglie che la ritiene aver influenzato i figli nel convincerli ad interrompere i rapporti con lui. Utente verbalizza fiducia nel curante e nel curatore. Afferma di avere vecchi amici appassionati di auto che lo chiamano mensilmente per recarsi a raduni o esposizioni di auto. Rimane pendente una richiesta di sospendere il permesso di domicilio [REDACTED]

[REDACTED]

- La presa a carico iniziale da parte del servizio ACD risale a giugno 2015
- Prevedeva: preparazione terapia e CS 1/7 – somministrazione terapia 7/7 mattino e sera

Comportamenti dell'utente:

- Compulsività ad alimentarsi inadeguatamente (sup. al fabbisogno giornaliero, soprattutto la mattina, effettuando due colazioni e la sera con dolci).
- Tendenza a sdrammatizzare con ironia/sarcasmo l'aumento ponderale (spesso fa battute sulla pancia e sul suo comportamento alimentare).
- Verbalizzazione di sfogo dei disagi attraverso nutrizione compulsiva (descritta come una delle poche soddisfazioni rimastegli).

- Impossibilità di utilizzare alcuni indumenti (non riesce a chiudere la giacca o allacciare la camicia per l'adipe pronunciata).
- Supervalutazione del sé e non accettazione di malattia (utente convinto di poter essere ancora spendibile sul mercato del lavoro nonostante il suo importante deficit mnestico e la crisi nel mercato del lavoro).
- Verbalizzazione di frustrazione e irritazione verso la ex moglie e figli che non vede da molti anni (non comprende ad oggi perché non lo vogliano nemmeno sentire al telefono).

- Astio verso [redacted] chi l'ha truffato [redacted] lasciandolo con importanti debiti e contenziosi giudiziari (in passato verbalizzazione di intenti violenti [redacted]).
- Proposte da parte dell'utente di andare a vivere in vari posti dell'Europa con la compagna [redacted] (mai conosciuta né vista dai curanti).
- Discorsi spesso concernenti a desideri di grandezza (comprarsi [redacted] [redacted] che sostiene di aver avuto in passato), in riferimento a giornate passate in compagnia di amici facoltosi del passato ([redacted] [redacted]).
- Difficoltà di accettazione della morte di ospiti CpA [redacted] – verbalizzazione di ricordi piacevoli legati alla famiglia di origine (valori della famiglia, religiosi).

Cosa è stato fatto...

- Attraverso curatore (operatore CpA) pranzo e cena in CpA per offrire una dieta ipocalorica.
- Coinvolgimento del Medico Curante in un progetto di cura comprensivo di una dieta ipocalorica e stimolazione ad un comportamento alimentare adeguato.
- Aggancio utente al Servizio Psicosociale di Mendrisio con adeguamento terapia per provare a contrastare aspetti compulsivi.

- 
- Proporsi ad utente come mediatori ad riprendere dei contatti con i familiari.
 - Trasloco (miglioramento dell'ambiente di vita).

Come possiamo osservare un disagio?

- Ascolto attivo dell'utente (verbalizzazione di progetti non sempre sostenibile per il suo futuro, aggressività verbale espressa verso la sua ex famiglia [redacted], frasi ricche di ironia cinismo nei confronti del suo sovrappeso e adipe, idee di grandezza e scarsa autocritica).
- Non verbale dell'utente (spesso muove nervosamente la gamba dx quando è seduto, alimentazione compulsiva soprattutto di dolci, iperindaffarato nel sistemare la casa [redacted] [redacted], molto tempo passato in internet, non emerge emotività legata al lutto dovuto a perdita di famiglia/lavoro/stato sociale).

- Limiti (assenza di rete informale, perdita di radici familiari, importante deficit di memoria, sovrappeso, difficoltà nel proporre un progetto adeguato per il suo futuro, paura di elaborare il lutto della perdita familiare e di un ruolo sociale/lavorativo).

Cosa si potrebbe ancora fare...

- Concordare con utente l'importanza di una visita specialistica (nutrizionista).
- Terapia psicologica (poco attuabile per aspetti economici e di riconoscimento cassa malati/ [redacted]).
- Rendere maggiormente oggettivabili i propri progetti futuri (indagare sulle reali fattibilità dei progetti che pz propone) per sostenerlo in un percorso realistico (aiuto nel riconoscere ed accettare i propri limiti).
- Nuove strategie per tentare di sensibilizzare l'utente ad un riavvicinamento familiare (almeno verso i figli).
- Introdurlo in un gruppo sportivo (ragazzi con disabilità).

... proposte ...

Bibliografia e sitografia:

- www.salute.gov.it
- www.epicentro.iss.it
- www.stateofmind.it
- www.centro-hikikomori.it
- www.cpsico.com
- www.istat.it
- www.ingrado.ch
- www.radixsvizzeraitaliana.ch