



FONDAZIONE
CASA DI RISPARMIO
DI PISTOIA E PIANA

Centro Monteoliveto

"Casa dell'Orziano"

7° CONVEGNO
NAZIONALE
SUI CENTRI
DIURNI
ALZHEIMER

L'origine dei BPSD: dai modelli teorici all'assistenza

Luc Pieter De Vreese

Associazione Italiana di Psicogeriatría
Centro Geriatrico Fondazione Luigi Boni
Suzzara (MN)

10 - 11 Giugno 2016

Auditorium
Via Pancorini, 14 - Pistoia



fondazione
Luigi Boni
Onlus



Origine dei BPSD

- Fattori predisponenti
- Fattori scatenanti

Danni ai *network* del comportamento umano

- I circuiti fronto-sottocorticali
 - Dorso-laterale
 - pianificazione, organizzazione e le funzioni esecutive
 - Mediale
 - controllo del comportamento finalistico
 - Orbito-frontale
 - controllo inibitorio e condotta sociale
- il sistema cognitivo (di riflesso) cortico-corticale
 - codifica stimoli affettivi e li analizza nel contesto di esperienze e ricordi del proprio passato.

Genetica e polimorfismi neurotrasmettoriali

Sistema serotonergico

- T102C is a gene - SNP variation - in the human HTR2A gene that codes for the 5-HT_{2A} postsynaptic receptor - is a significant risk factor for psychosis in AD
- Polymorphisms of the Serotonin Transporter (SERT) - the 12-repeat allele (STin2.12) - have been associated with less psychosis and apathy in 1008 AD
- Serotonergic genes might modulate antipsychotic response
- Weaker evidence for 5-HT system in aggression & depression

Sistema dopaminergico

- DRD3 Ball polymorphisms are associated with lower depression
- Psychosis is linked with polymorphisms in dopamine receptors, particularly D3 receptors in most studies
- Irritability is linked with polymorphisms of the D1 dopamine receptor gene
- Aberrant motor behavior and irritability linked with variations in the dopamine transporter gene (DAT10R)

Sistema noradrenergico

- Main link is with Aggression
- Aggressive behavior correlates with the combination of locus coeruleus neuronal loss and postsynaptic sensitivity to NA, suggesting that a lower concentration of NA produces an amplified effect

Standardised Assessment of Personality (SAP)

- Cluster A
 - P. solitaria, paranoide, schizoide e schizotipico
 - Tendenza ad una integrazione sociale impoverita
- Cluster B
 - P. antisociale, *border*, istrionica e narcisista
 - Tendenza a dimostrare una relativa mancanza di preoccupazione per gli altri
- Cluster C
 - P. ossessivo–compulsiva, ansiosa, dipendente
 - Tendenza all'emoattività negativa

Are premorbid abnormal personality traits associated with behavioural and psychological symptoms in dementia?

Jack Prior¹, Rajesh Abraham¹, Helen Nicholas², Tom Chan³, Jeremy Vanvlymen³, Simon Lovestone⁴ and Harry Boothby¹

Table 3 NPI symptom scores (frequency × severity) in the presence of Cluster B (antisocial) personality traits

NPI	Cluster B (antisocial)		
	Traits present	Not present	p-value
N	7	163	—
Delusions	2.57	2.57	0.986
Hallucinations	0	0.00	0.122
Aggression	6	2.75	0.039*
Depression	1.14	3.03	0.113
Anxiety	2.86	2.11	0.394
Elation	0.00	0.33	0.42
Apathy	5.29	4.59	0.740
Disinhibition	0.57	1.12	0.509
Irritability	4.00	1.69	0.035*
Abb. Motor	0.43	2.50	0.116
Sleep	1.29	3.22	0.519
Eating	3.43	3.19	0.913

*p<0.05

NPI, neuropsychiatric inventory.

Table 2 NPI symptom scores (frequency × severity) in the presence of Cluster A (solitary/paranoid) personality traits

NPI	Cluster A (solitary/paranoid)		
	Traits present	Not present	p-value
N	35	135	—
Delusions	3.34	2.37	0.106
Hallucinations	1.94	0.89	0.002*
Aggression	3.40	2.74	0.133
Depression	4.54	2.54	0.007*
Anxiety	3.17	1.87	0.038*
Elation	0.46	0.27	0.926
Apathy	5.37	4.42	0.240
Disinhibition	1.29	1.04	0.325
Irritability	1.89	1.76	0.965
Abb. Motor	3.09	2.24	0.199
Sleep	4.00	2.92	0.215
Eating	3.74	3.06	0.387

*p<0.05

NPI, neuropsychiatric inventory.

Table 1 Associations between whole personality clusters and NPI syndromes. Behaviour (euphoria, disinhibition, apathy, aberrant motor behaviour), psychosis (hallucinations, delusions) and affective (depression, anxiety, irritability, agitation) (Garre-Olmo *et al.*, 2010).

SAP personality traits	N	Behaviour	p-value	Psychosis	p-value	Affective	p-value
Any trait	64	2.04	0.013*	1.145	0.038*	1.6461	0.003*
Cluster A traits	41	2.38	0.063	2.01	0.004*	3.2	0.002*
Cluster B traits	10	1.45	0.57	-1.13	0.555	-1.25	0.574
Cluster C traits	35	0.84	0.088	0.89	0.254	1.5	0.045*

*p<0.05

NPI, neuropsychiatric inventory.

Cluster A = paranoid, schizoid and schizotypal

Cluster B = antisocial, borderline, histrionic and narcissistic.

Cluster C = obsessive-compulsive personality disorder, avoidant and dependent.

Severe Psychiatric Disorders in Mid-Life and Risk of Dementia in Late-Life (Age 65-84 Years): A Population Based Case-Control Study

Renate R. Zilkens^{1*}, David G. Bruce², Janine Duke³, Katrina Spilsbury¹ and James B. Semmens¹

Table 1. Frequencies and Unadjusted Relative Odds for Mid-Life Risk Factor Categories in 13,568 Dementia Cases (65-84 years old) and their 1:1 Age- and Sex-Matched Controls, Western Australia, Australia, 2000-2009.

Exposure	Controls		Cases		OR	LL	UL
	n	%	n	%			
Unipolar Major Depression	101	0.7	201	1.5	1.99	1.56	2.53
Dysthymia/Neurotic Depression	287	2.1	571	4.2	2.07	1.79	2.39
Depression	349	2.6	656	4.8	1.95	1.70	2.22
Bipolar Disorder	9	0.1	59	0.4	6.56	3.25	13.20
Schizophrenia Spectrum Disorder	28	0.2	117	0.9	4.42	2.89	6.77
Anxiety Disorder	204	1.5	379	2.8	1.88	1.59	2.24
Alcohol Dependence Syndrome	82	0.6	275	2.0	3.16	2.44	4.10
Head Injury	228	1.7	353	2.6	1.56	1.32	1.85
Diabetes	216	1.6	538	4.0	2.56	2.18	3.01
Ischaemic Heart Disease	830	6.1	1056	7.8	1.31	1.19	1.44
Atrial Fibrillation	136	1.0	231	1.7	1.71	1.38	2.12
Heart Failure	243	1.8	389	2.9	1.61	1.37	1.89
Cerebrovascular Disease	222	1.6	535	3.9	2.50	2.13	2.93
Hypertension	1124	8.3	1451	10.7	1.33	1.23	1.45
Lipids	239	1.8	282	2.1	1.19	1.00	1.42
Past or current smoking	5047	37.2	5626	41.5	1.22	1.16	1.28

«Una lotta contro l'impotenza, contro la rottura dell'esistenza quotidiana, contro il collasso emotivo, simile alla reazione basica di chiunque dopo un trauma di qualsiasi natura e impatto»

Paura, ansia, depressione, isolamento, ricerca di sicurezza

Una risposta **normale** ad una situazione **anomala**, ossia la demenza

Possibili espressioni di questa lotta...?

**RICHIESTE
INCESSANTI DI
ATTENZIONE**

**AGITAZIONE
PSICOMOTORIA**

LAMENTOSITA'

**RICHIESTE DI
CONTATTO
FISICO**

PIANTO

**REAZIONI
AGGRESSIVE**

PEDINAMENTO

Anosognosia/consapevolezza/insight:

- Primaria (deficit della meta-cognizione)
- Secondaria (deficit della *working memory*)
- "the petrified self"

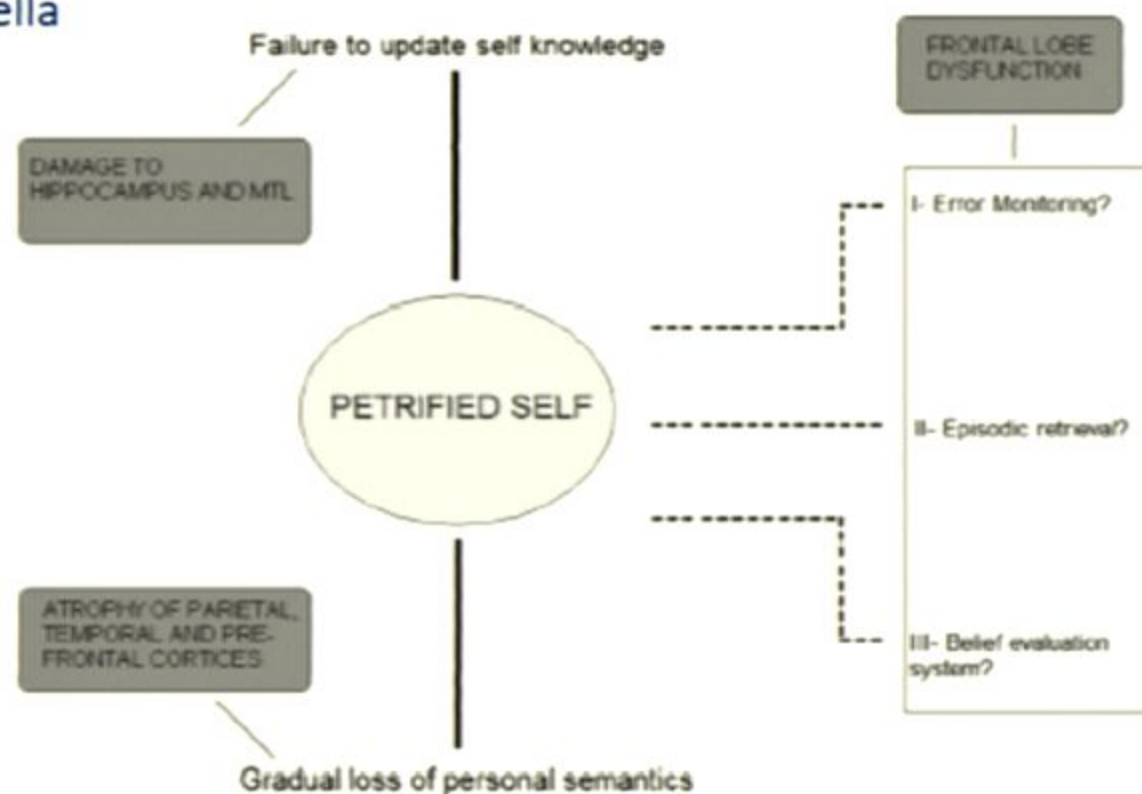


Fig. 2. The petrified self model and three potential explanations for the association between frontal lobe dysfunction and anosognosia in AD.

Origine dei BPSD

- Fattori scatenanti

Undiagnosed Illness and Neuropsychiatric Behaviors In Community-residing Older Adults with Dementia¹

Nancy Hodgson, Ph.D., RN², Laura N. Gitlin, Ph.D.³, Laraine Winter, Ph.D.⁴, and Kathleen Czekanski, Ph.D., RN⁵

Diagnosis	Definition	Total Study Sample (N=265)
Bacteriuria	Urinalysis results positive for nitrates, blood, or leukocytes, urine culture and sensitivity tests positive for bacteriuria	37 (14%)
Anemia	Hemoglobin level less than 11.7 g/dl and hematocrit <35%	16 (6%)
Hyperglycemia	Serum glucose above 200.0 mg/dl	15 (5%)
Dehydration	Physical assessment findings of skin tenting (new or worse), dry mucus membranes, OR symptomatic orthostasis (new and not explained by medication)	9(3%)
Hypernatremia	Serum sodium above 140.0 mEq/L	8 (3%)
Hyperkalemia	Serum potassium levels exceed 5.3 mmol/l	1 (1%)
Hypokalemia	Serum potassium less than 3.5 mmol/l	1 (1%)
Hyperthyroid	Reflex T4 less than 0.4	6 (2%)
Hypothyroid	Reflex T4 higher than 5.5	7 (2%)
TOTALS	Subjects with one or more detected illnesses in sample	96 (36%)

Illness	Neuropsychiatric Behavior	Phi [*]
Bacteriuria	Incontinence	.174 **
	Agitation	.124 **
Hyperglycemia	Repeated questioning	.108
	Agitation	.102
Anemia	Crying out	.108
Metabolic disorder	Agitation	.128 **
	Delusion	.124 **
	Hallucinations	.107

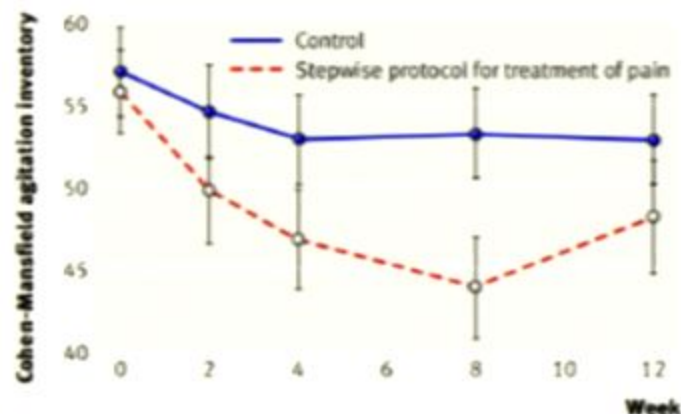
* p<.05 unless otherwise indicated

** p<.01

RESEARCH

Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial

Bettina S Husebo *postdoctoral fellow*¹, Clive Ballard *professor*², Reidun Sandvik *registered nurse*¹, Odd Bjarte Nilsen *statistician*³, Dag Aarsland *professor*⁴



Study treatment	Dosage	No (%) of residents (n=175)
Paracetamol (acetaminophen)	Maximum dose 3 g/day	120 (69)*
Morphine	5 mg twice daily, maximum dose 10 mg twice daily	4 (2)
Buprenorphine transdermal patch	5 µg/h, maximum dose 10 µg/h	39 (22)†
Pregabalin	25 mg once daily, maximum dose 300 mg/day	12 (7)

BPSD da dolore sono spesso confusi con BPSD primari

- Barry HE, Parsons C, Passmore AP, Hughes CM. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014 Apr 15. doi: 10.1002/gps.4111. [Epub ahead of print]
 - High proportions of residents were prescribed with psychoactive medications. **Antipsychotic drug use** was associated with **presence of pain** ($p = 0.046$).

Integrating unmet needs into dementia health-related quality of life research and care: Introduction of the Hierarchy Model of Needs in Dementia

Carla J.M. Schölzel-Dorenbos^{a*}, Els J. Meeuwse^b and Marcel G.M. Olde Rikkert^b

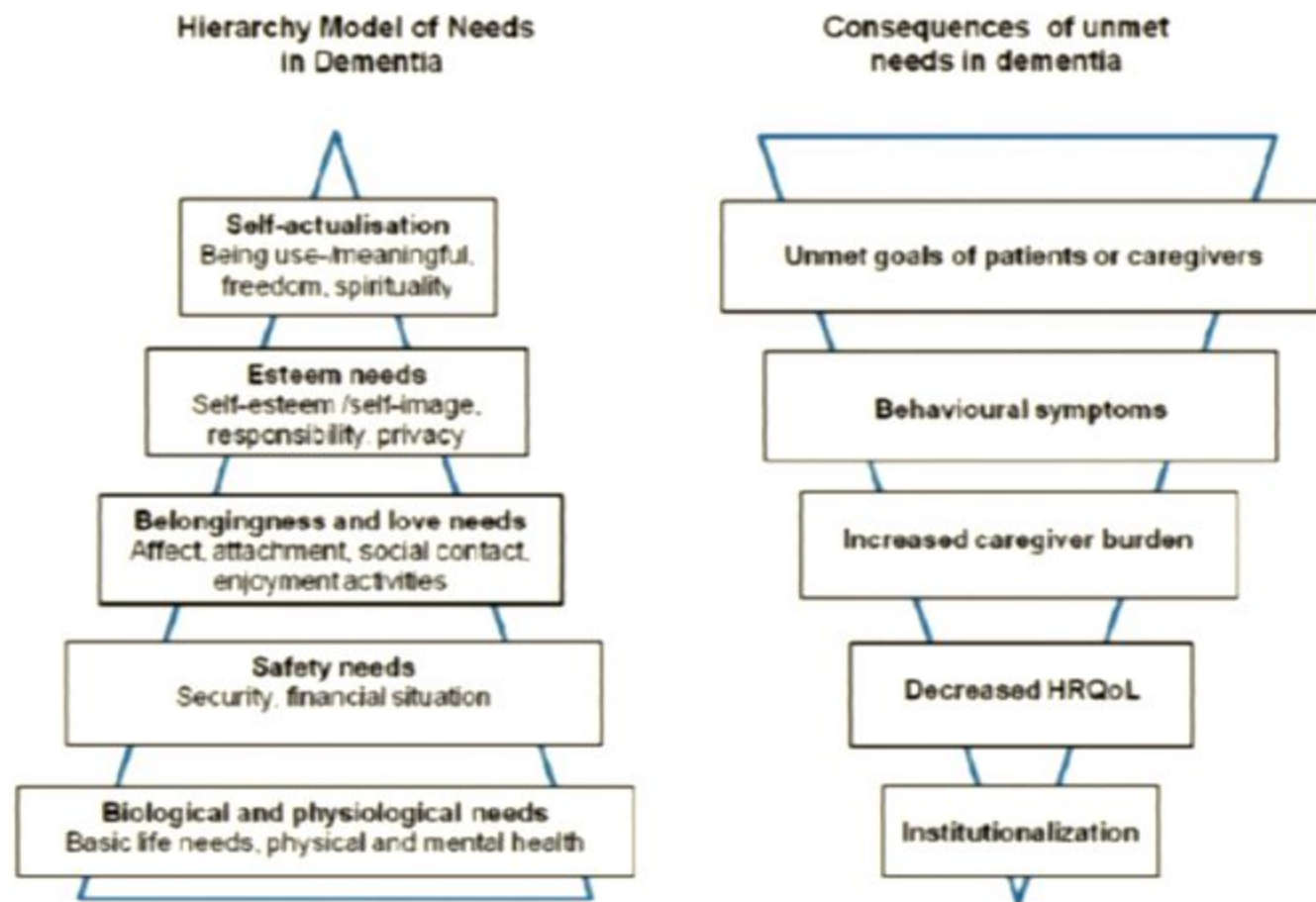
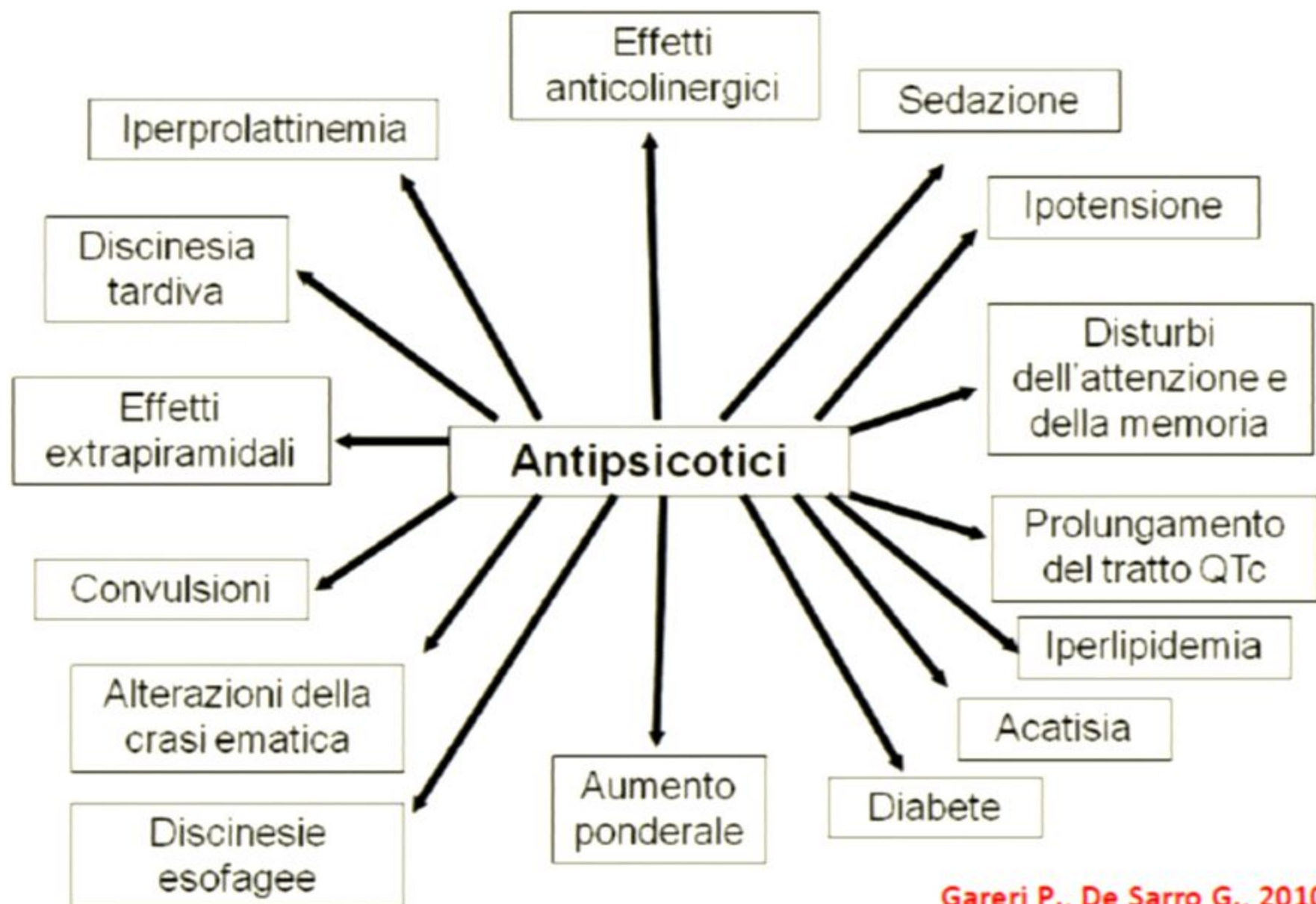


Tabella 7. Effetti collaterali correlati all'uso di antipsicotici nell'anziano



Behavioural and psychological symptoms in dementia and the challenges for family carers: systematic review

Alexandra Feast, Martin Orrell, Georgina Charlesworth, Nina Melunsky, Fiona Poland and Esme Moniz-Cook

Family carers' perceptions of BPSD as challenging are associated with a sense of a declining relationship, transgressions against social norms and underlying beliefs that PWD inevitably lose their 'personhood'. **Interventions for the management of challenging behaviour in family settings should acknowledge unmet psychological need in family carers.**

Third-order constructs

Third-order constructs are listed with associated theme categories and themes for why behaviours are seen as challenging by family carers.

Feeling 'bereft'

Changes in communication^{12,26,27,29-33,34}

- repetitive interactions²⁹⁻³²
- decline in conversation and isolation^{12,26,27,33,34}

Changes in relationships^{12,13,26,27,33,35,36}

- loss of care and nurture – 'feeling unloved/rejected'^{27,33,35}
- loss of companionship^{26,27,34}
- role reversal/captivity^{12,13,33,34,36}

'Misunderstandings about behaviour' due to perceived transgressions against social norms

Personal expectations^{12,22,23,25,28,31,35,34-38}

- understanding meaning and carer efficacy^{12,22,23,34,37}
- carer threshold/tolerance^{25,28,31,38}

Sociocultural expectations

- social context, gender and culture^{28,35,36}

La gerarchia dell'ambiente

- **Oggetti** (utensili, mobili o altri elementi in casa)
- Le **attività** che compongono la routine della vita quotidiana (vestirsi, lavarsi, uso bagno)
- I **gruppi sociali** e le loro organizzazioni (composizione del nucleo familiare e altre risorse sociali)
- **Cultura** (valori e credenze che modellano le modalità di assistenza in casa).

Modelli di approcci globali di cura: controllo (proattivo) dei BPSD

- *Antecedent-Behaviour-Consequence*
- *Competence-Environmental Press Model*
- *Progressively lowered stress threshold*
- *Person-centered care*
- *Gentle Care*
- *Need-Driven Dementia-Compromised Behaviour*

The Behavior of organisms: An experimental analysis.
New York: Appleton-Century, 1938



BF Skinner
1904 –1990

Approccio comportamentale: Modello ABC



- **Escalation e de-escalation**
 - Verificare sempre e pensare in ABC
 - Evento attivatore
 - Quale comportamento determina
 - Quale sono le conseguenze
 - Modificare l'evento attivatore
 - Modificare il proprio comportamento
 - Riflessione sul proprio stato

Functional analysis-based interventions for challenging behaviour in dementia

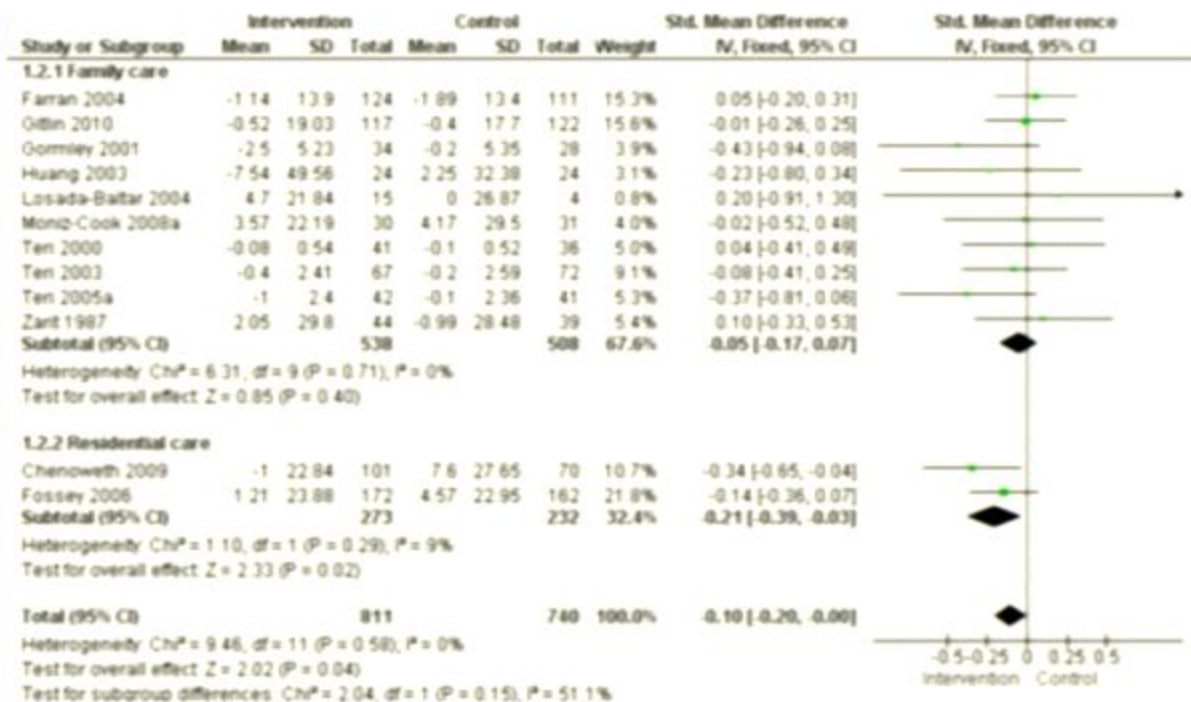
2013

Esme D Moniz Cook^{1,*}, Katie Swift¹, Ian James², Reem Malouf³, Marjolein De Vugt⁴, Frans Verhey⁵

Database Title

The Cochrane Library

- FA è una estensione del model 'ABC' che ha la limitazione di dover ricavare una singola ipotesi esplicativa per il comportamento della PWD
- FA esplora il significato e lo scopo di un comportamento formulando alcune ipotesi
- FA applica una serie di strategie in funzione di queste ipotesi con l'obiettivo di ridurre o risolvere il disagio della PWD e le sue manifestazioni comportamentali associati.



II Competence-Environmental Press Model

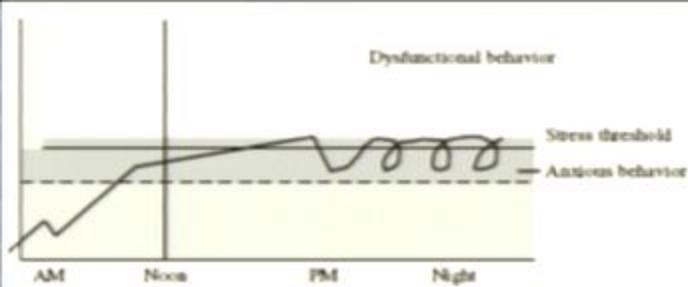
people adapt most effectively when there is a good match between their competence(abilities) and the environmental "press" or demands put on them by the environment

- Un buon equilibrio tra le esigenze ambientali esterni e le capacità residue della PWD si traduce in comportamenti positivi adattivi;
- Ambienti che sono troppo impegnativi oppure sottostimolanti provocano BPSD o sintomi comportamentali negativi della PWD

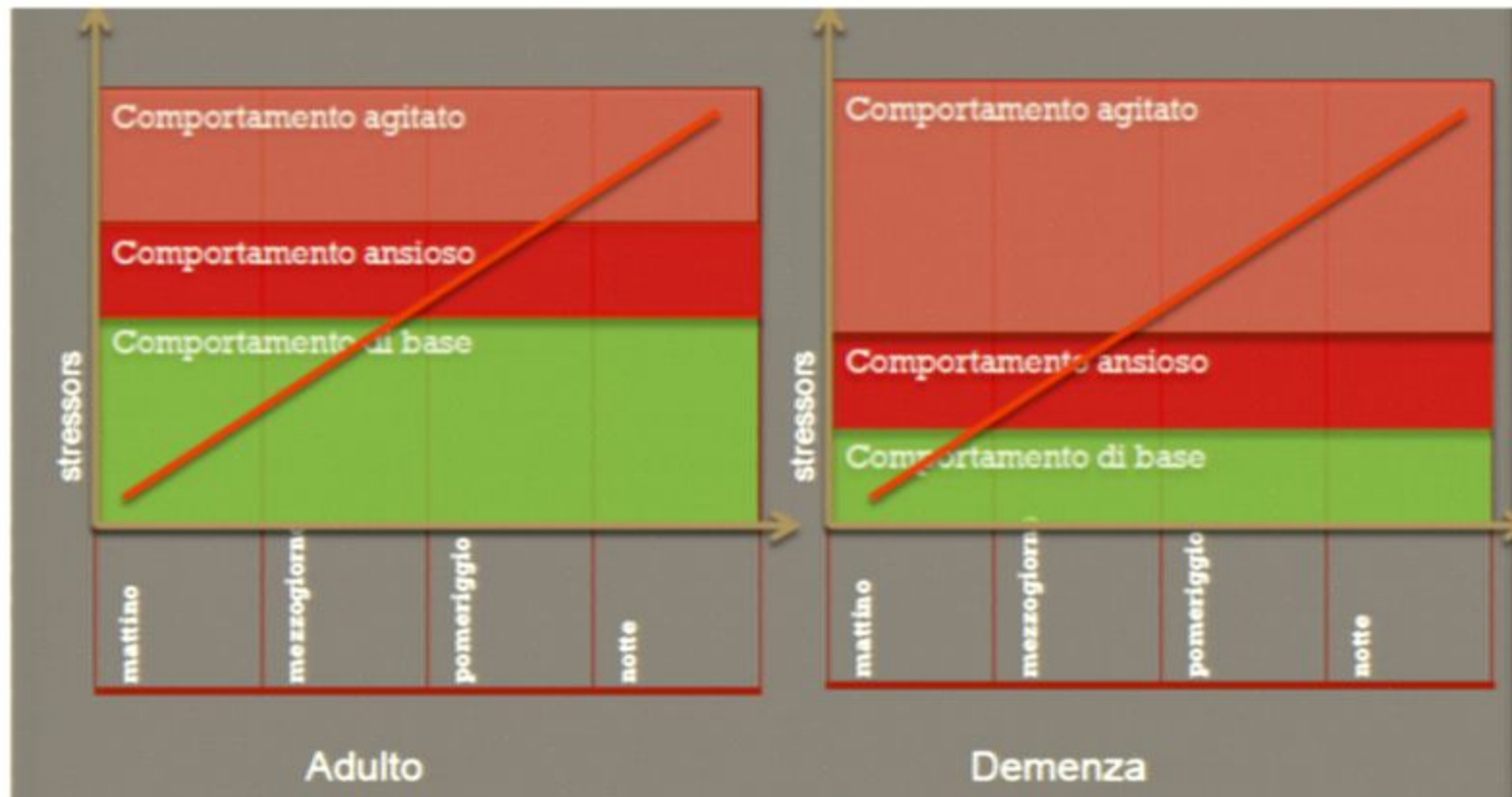
Caregiving

A Stimulation-Retreat Special Care Unit for Elders With Dementing Illness

Over time, most functions worsened, including negative attributes and affects. Lesser decline in positive affect and increases in external engagement, however, led to the conclusion that the intervention showed a marginally significant and selective effect on positive behaviors and affect.



Hall, G.R., & Buckwalter, K.C. Progressively lowered stress threshold: A conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing* 1987;1:399-406.

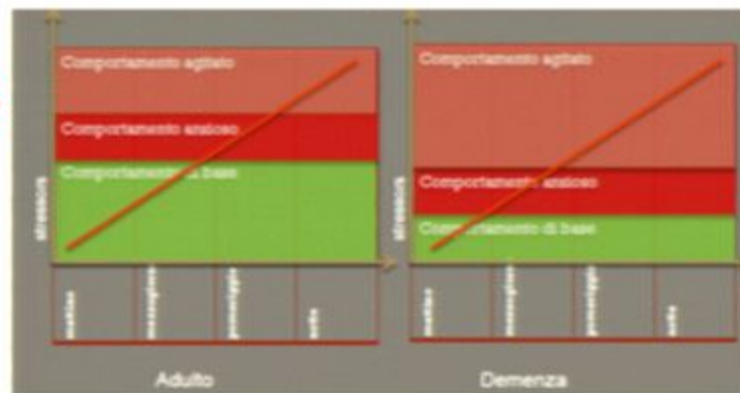


Nella PWD la soglia tra il comportamento di base (normale) e ansioso-agitato si restringe, dovuto a una minore abilità nel far fronte agli stimoli stressogeni.

Quali sono gli *stressors*?

- Persona con demenza
 - Stanchezza
 - Risposte affettive alla percezione della perdita
 - *Stress* fisico (malattia, effetti collaterali dei farmaci) e altre richieste interne alle quali la persona non riesce rispondere
- Ambiente
 - Cambiamenti nella routine, dell'operatore o familiare
 - Richieste esterne alle quali la persona non riesce rispondere
 - Stimoli complessi o multipli

Disfunzionalità nell'interazione persona-ambiente



- L'aumento dell'ansia
 - perdita di contatto oculare
 - tentativo di evitare lo stimolo stressogeno (es., allontanarsi dalla folla)
- Disturbi gnosisici per persone, oggetti e ambiente
- Interpretazioni errate a convincimento delirante
- Regressioni temporali
- Attività ripetitive e aberranti rispetto al contesto
- Reazioni catastrofiche

Psychotic Events in Alzheimer's Disease:

Application of the PLST Model

Pamela L. Lindsey, DNSc, RN[Undergraduate Program Director][Assistant Professor] and Illinois State University Mennonite College of Nursing, Normal, Illinois, and a 2007-2009 John A. Hartford Foundation and Atlantic Philanthropies Claire M. Fagin Fellow

Kathleen C. Buckwalter, PhD, RN, FAAN[Sally Mathis Hartwig Professor of Gerontological Nursing Research][Director]

John A. Hartford Center of Geriatric Nursing Excellence, The University of Iowa College of Nursing, Iowa City, Iowa

A number of the caregivers participating in the National Institute of Nursing Research study reported that their family members with AD experienced psychotic events, including paranoid delusions, hallucinations, and misidentification syndrome. Caregivers also reported severe behavioral disturbances associated with the care recipient's experience of psychotic events (Hall, 1999). Care recipients in the experimental group (whose caregivers received the PLST training intervention) had a 2.9% incidence of psychosis compared with 28.3% in the control group. Hall (1999) proposed that the higher incidence of reported psychotic symptoms in the control group may have occurred because these symptoms are stress related and, in the experimental group, stress was mediated by the PLST intervention. Caregivers who received the PLST intervention identified fewer episodes of psychosis in their care recipients (Hall, 1999).

RETHINKING AGEING

DEMENTIA RECONSIDERED

the person comes first



TOM KITWOOD



Person- centered care



T. Kitwood
1937 –1999

“Considerando quale immane tragedia sia perdere le proprie facoltà mentali – e quindi ogni potenzialità per una buona qualità di vita - come si può parlare di benessere (*wellbeing*) in uno stato di demenza?”

Person to Person: A guide to the care of those with failing mental powers (1991)

Understanding Senile Dementia: A Psycho-biographical Approach (1992)

Dementia Care Mapping (1997)

La risposta di Tom Kitwood

- Enfatizzare meno le abilità prettamente cognitive
- Concentrarsi di più sulla persona nella sua interezza (*personhood*) e sui suoi bisogni psicologici
 - Comfort¹, dare/ricevere calore umano
 - L'attaccamento, la costruzione di legami specifici
 - Inclusione, essendo parte di un gruppo
 - Occupazione, essere coinvolti nel processo della vita
 - Identità, avere un senso e sentimento di chi si è
 - Lasciare una eredità
- Possibilità di vedere una gamma di *relativi* stati di benessere anche in una PWD

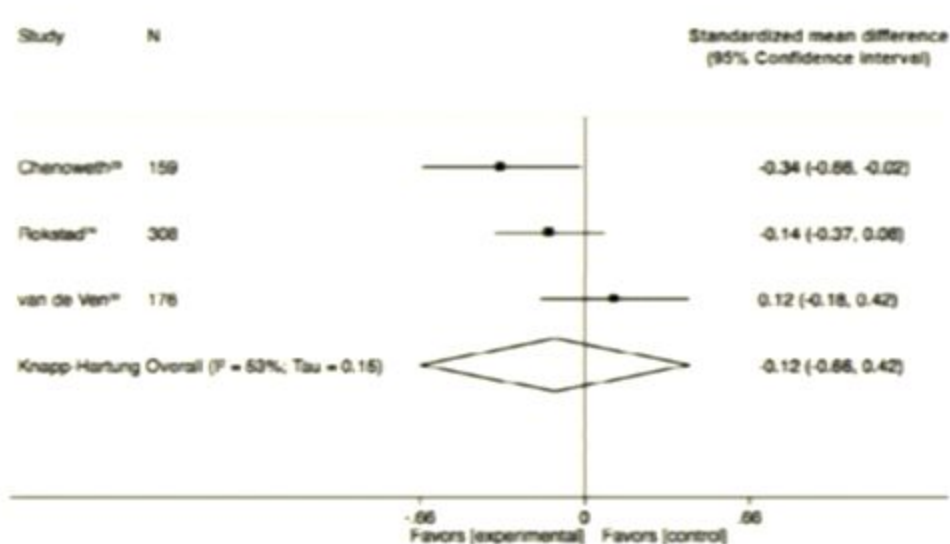
¹assenza di stati emotivi negativi soggetto a variazioni in risposta a condizioni interne o ambientali

Dementia Care Mapping

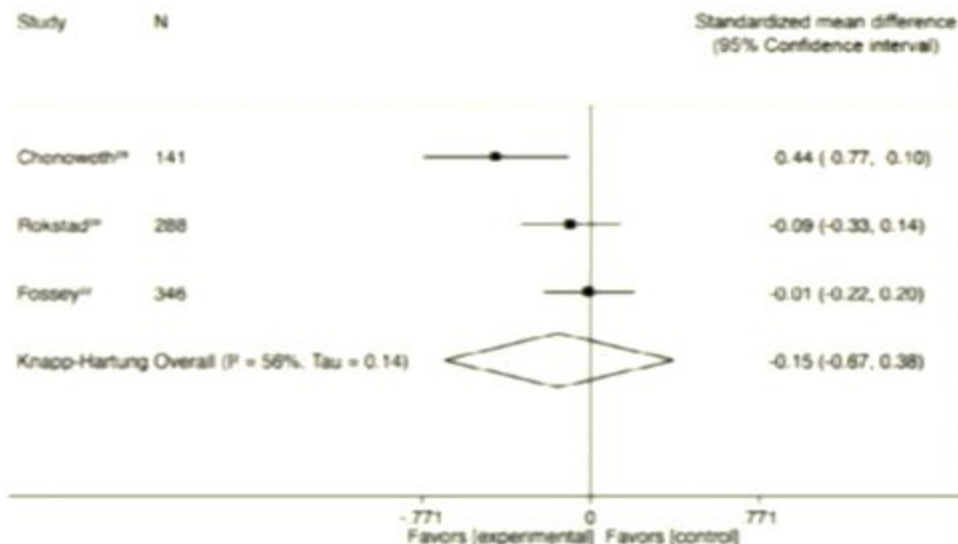
- Intervento multicomponentenziale centrato sulla persona ideato da Kitwood e perfezionato dal Gruppo *Dementia Research* dell'Università di Bradford (Brooker, 2004)
 - Il DCM consiste nell'osservare la cura, l'ambiente, e fattori indicativi di ben(mal)essere individuando attraverso i comportamenti gli aspetti positivi e negativi di erogazione delle cure. Le risposte sono date agli operatori e utilizzate per informare i piani d'azione a vari livelli
- Ha un doppio obiettivo
 - Valorizzare i sentimenti che rende un individuo unico, distinto da tutti gli altri:
 - identità
 - appartenenza
 - attaccamento e inclusione
 - attività significative
 - valutare la qualità di cura delle PWD dal punto di vista dell'utente

Care-Delivery Interventions to Manage Agitation and Aggression in Dementia Nursing Home and Assisted Living Residents: A Systematic Review and Meta-analysis

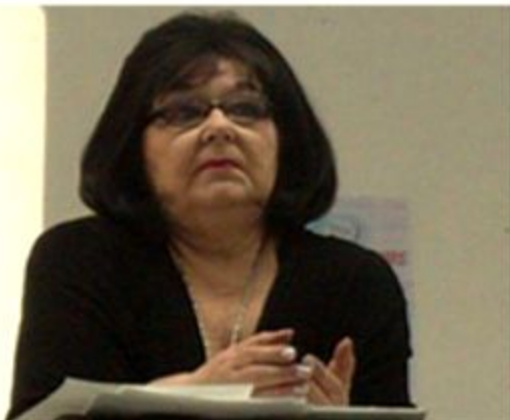
Eric Jutkowitz, BA,^{*†} Michelle Brasure, PhD, MSPH, MLIS,^{*†‡} Erika Fuchs, PhD, MPH,^{*†§}
Tetyana Shippee, PhD,^{*} Rosalie A. Kane, PhD,^{*} Howard A. Fink, MD, MPH,^{†‡}
Mary Butler, PhD,^{*†} Tonye Sylvanus, MBBS,^{*} and Robert L. Kane, MD^{*†}



DCM



PCC



Moyra Jones

1948 – 2015

Jones M. *Gentle Care: Changing the experience of Alzheimer's Disease in a positive way*. Moyra Jones Resources, Burnaby BC, Canada 1996.

- **Lo spazio protesico**
- **La persona protesica**
“agente terapeutico”
- **I programmi protesici**
- **L'alleanza terapeutica**

- Demenza = ‘amputazione’ funzionale che non trova compensi interni, né possibilità di ricrescita
- Costruzione dall'esterno di una ‘protesi’ che sostenga le funzioni ancora preservate permettendone l'uso senza procurare *stress* mediante le seguenti procedure:
 - Valutare/stadiare
 - Identificare e controllare le influenze esterne
 - Modificare le strategie
 - Modificare l'ambiente
 - Programmare opportunità di attività significative

Gentlecare

Un modello positivo di assistenza
per l'Alzheimer

Moyra Jones

Edizione italiana a cura di Luisa Bartorelli



Carocci Faber

CLOSE X



*Elena Bortolomiol,
Laura Lionetti e Enzo Angiolini
(a cura di)*

Gentlecare: cronache di assistenza

Soluzioni, modalità
e idee di applicazione del metodo

Erickson



INFO-CONNECT

Need-Driven Dementia- Compromised Behavior (*NDB*)

The Facts . . .

- ⇒ *Disruptive, agitated, and aggressive behaviors often result from one or more unmet needs — physical, psychological, emotional or social.*
- ⇒ *Loss of ability to express needs in language causes the person to “communicate” through behavior.*
- ⇒ *NDB Model emphasizes the interaction between stable individual characteristics and fluctuating environmental factors that may cause stress or discomfort.*
- ⇒ *Assessment is the key to accurate interventions and quality of care.*

The NDB Model

Need-Driven Dementia-Compromised Behaviors (NDB) Model presents a different way of thinking about “problem” behaviors.

- Developed by a group of nurse researchers¹ who sought to better understand and manage “problem” behaviors in dementia.
- Arose out of the desire to “re-frame” caregivers’ thinking and provide an alternative view.
- Provides a framework to understand behaviors that have been called
 - ⇒ Difficult
 - ⇒ Disturbing
 - ⇒ Disruptive
 - ⇒ Problematic

Essential Features

- Problem behaviors are the result of interaction between:
 - ⇒ Relatively stable **INDIVIDUAL CHARACTERISTICS**
 - ⇒ Ever-changing **ENVIRONMENTAL TRIGGERS**
- Problem behaviors are an “expression” of one or more “unmet needs” — physical, psychological, emotional, or social.
- Persons with dementia are unable to form thoughts or express needs in language.
- Unmet need emerges in behavior symptom(s).
- Comfort and quality of care depend on accurate assessment and intervention.

NDB Behaviors

NDBs take many forms, including the following:

- Wandering, elopement
- Disruptive vocalizations
- Agitation and aggression
- Sleep disturbance
- Resistance to personal cares

¹Algase, D., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Rickards, K., & Beattie, E. (1996). Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 11(6), 10-19.

Management Strategies

- Are highly individualized.
- Arise out of assessment data.
- Rely on thoughtful review and assessment of
 - ⇒ **INDIVIDUAL CHARACTERISTICS** that are fairly stable and longstanding:
 - ✓ Health conditions
 - ✓ Level of disability due to dementia
 - ✓ Personal history and experiences
 - ✓ Long-standing personality traits and coping patterns
 - ⇒ **ENVIRONMENTAL TRIGGERS** that tend to fluctuate and vary:
 - ✓ Personal environment
 - ✓ Social environment
 - ✓ Physical environment

Assessment is Key

Comprehensive and ongoing assessment is vital.

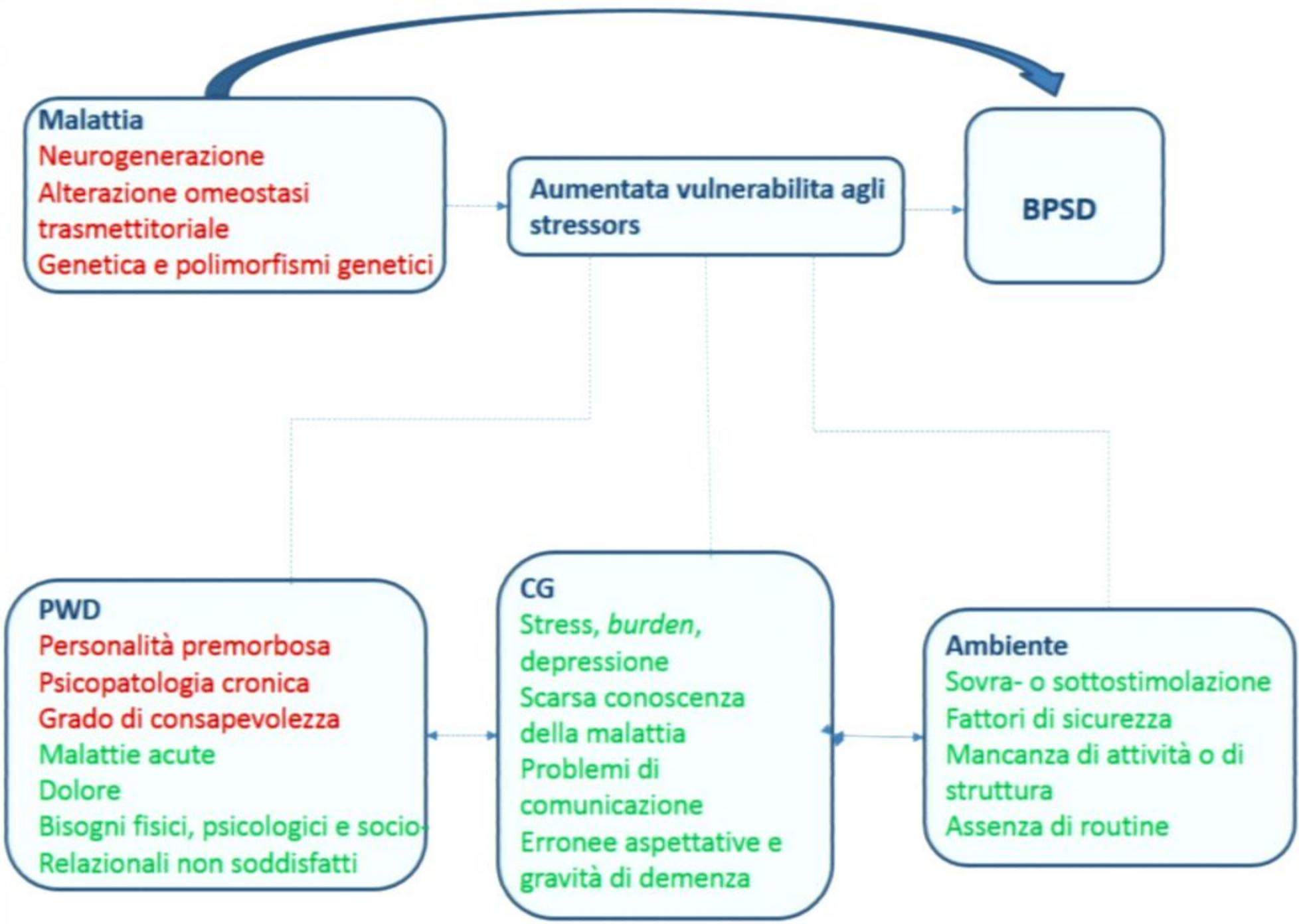
- Describe the behavior: **WHO? WHAT? WHEN? WHERE? HOW LONG? HOW OFTEN?**
- Ask: Who is this a problem for?
 - ⇒ The patient?
 - ⇒ Others around him/her?
- Listen carefully for the message the person is attempting to convey.
- Observe for possible “hidden meanings” in actions, words.
- Involve family who may understand meanings of words or phrases.
- Look for patterns and document habits.
- Attend to nonverbal cues and messages.
- Rule in, rule out medical and/or physical problems.
- Seek to understand the person’s internal reality.
- Re-frame the problem: Think of the person as **DISTRESSED vs. DISTRESSING**.
- Brainstorm with staff and family regarding possible causes and interventions that work even *part* of the time.
- Reevaluate frequently.
 - ⇒ As person’s status changes due to dementia, so will the response to interventions. Keep trying!

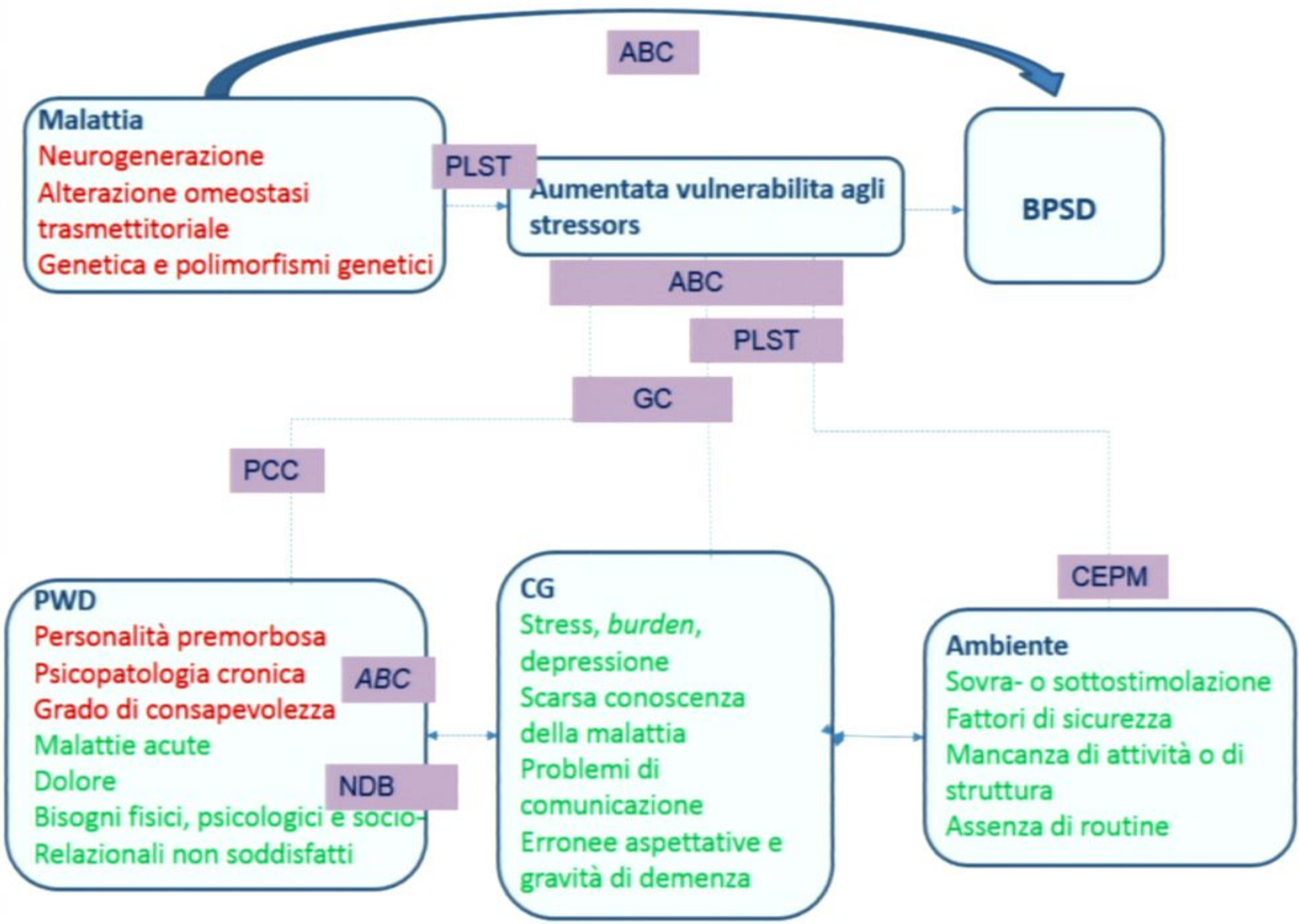
Efficacy of Nonpharmacologic Interventions for Agitation in Advanced Dementia: A Randomized, Placebo-Controlled Trial

Jiska Cohen-Mansfield, PhD; Khin Thein, MD; Marcia S. Marx, PhD; Maha Dakheel-Ali, MD; and Laurence Freedman, PhD

Background: A randomized, placebo-controlled clinical trial was undertaken to determine the efficacy of nonpharmacologic individualized interventions (individualized to address unmet needs such as boredom or pain) in decreasing agitation in persons with dementia.

Results: Relative to a control group, TREA interventions for unmet needs produced statistically significant declines in total ($P < .001$), physical nonaggressive ($P < .001$), and verbal agitation ($P = .004$) and significant increases in pleasure ($P < .001$) and interest ($P < .05$).





Malattia
Neurogenerazione
Alterazione omeostasi
trasmettitoriale
Genetica e polimorfismi genetici

Aumentata vulnerabilità agli
stressors

BPSD

Descrivere

Indagare



Creare


Verificare


PWD
Personalità premorbosa
Psicopatologia cronica
Grado di consapevolezza
Malattie acute
Dolore
Bisogni fisici, psicologici e socio-
Relazionali non soddisfatti

CG
Stress, *burden*,
depressione
Scarsa conoscenza
della malattia
Problemi di
comunicazione
Erronee aspettative e
gravità di demenza

Ambiente
Sovra- o sottostimolazione
Fattori di sicurezza
Mancanza di attività o di
struttura
Assenza di routine

Comportamento	Possibili motivi	Possibili approcci
<p>L'ospite cerca di uscire dal nucleo</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Semplicemente dovuto alla demenza • Cerca la casa, la famiglia, o un ambiente familiare perchè si sente solo • Segue gli operatori o i visitatori che lasciano il nucleo • Mancanza di attività 	<ul style="list-style-type: none"> ★ Camuffare le porte ★ Approfondire e validare i sentimenti dell'ospite ★ Evitare di insistere nell'orientario (evitare di dire "sei in casa di riposo" o "hai l'alzheimer") ★ Distrarre l'ospite ★ Coinvolgere l'ospite in conversazioni sulla vita passata ★ Coinvolgere l'ospite in attività per lui significative ★ Ridurre il rumore e la confusione nell'ambiente ★ Usare parole semplici
<p>L'ospite entra nelle stanze degli altri</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Non trova il bagno • Fatica • Incapacità di riconoscere la propria stanza • Cerca contatto umano 	<ul style="list-style-type: none"> ★ Verificare se l'ospite ha dei bisogni fisici: fame, sete, bisogno del wc, sonno... ★ Fornire all'ospite la possibilità di socializzare (chiacchierare, passeggiare insieme...) ★ Tutti gli approcci del comportamento sopra vanno bene
<p>Aggressività fisica o verbale verso altri</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Disinibizione dovuta alla demenza • Comportamento fastidioso di ALTRI ospiti • Fatica a comprendere ciò che dicono o fanno gli operatori • Non va bene l'approccio dell'operatore (tono di voce, linguaggio corporeo...) 	<ul style="list-style-type: none"> ★ Stare all'erta e vigili nel mantenere la salvaguardia dell'ospite aggressivo e degli altri ospiti ★ IMMEDIATAMENTE: <ul style="list-style-type: none"> ★ Terminare ogni attività che sta facendo ★ Rimuovere altri ospiti dallo spazio personale dell'ospite aggressivo ★ Prestare attenzione all'ambiente circostante se può essere pericoloso ★ Per rendere la situazione più calma: <ul style="list-style-type: none"> ★ Rispondere con calma, usare un atteggiamento del corpo non aggressivo ★ Non reagire rispondendo a tono, nè difendendosi o facendo ragionare l'ospite ★ Validare l'ospite: accogliere i suoi sentimenti ★ Dare istruzioni chiare e semplici ★ Attenzione a che l'ospite non si stia solo sfogando ★ Dopo che l'ospite è più calmo: <ul style="list-style-type: none"> ★ Cercare di capire perchè è comparsa l'aggressività ★ Osservare cosa succede ★ Cercare possibili "inneschi" cioè bisogni inespressi, modo di approcciarsi oppure problemi ambientali

<p>Cercare di scavalcare le sponde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Non ha sonno • E' annoiato o si sente solo • Perdita di senso di sicurezza • Dolore • Bisogno di usare il bagno • Fame o sete 	<ul style="list-style-type: none"> ★Ritardare la messa a letto o far dormire l'ospite sotto sorveglianza ★Distrarre l'ospite con musica, tv, libri, snoezelen ★Portare l'ospite in bagno con regolarità ★L'ospite ha preso gli eventuali anti-dolorifici? ★Riposizionare i cuscini ★Provare ad abbassare il letto
<p>L'ospite non vuole farsi fare l'igiene o essere aiutato</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Movimenti involontari a causa di riflessi primitivi • Si sta andando troppo veloci a fare le cose • Si stanno usando tecniche non familiari all'ospite (e. non ha mai fatto la doccia) • Precedente esperienza traumatica • Dolore o paura del dolore a causa di problemi fisici • Mancanza di senso del "bisogno di aiuto" 	<ul style="list-style-type: none"> ★Dare degli oggetti all'ospite che possa manipolare ★Mettere l'ospite seduto mentre lo si veste ★Utilizzare solo tecniche familiari all'ospite ★Trattare il dolore ★Far fare all'ospite tutto quello che riesce: dividere le azioni in piccoli passi, guidare verbalmente ★Andare più piano ★Usare indicazioni verbali o ambientali ★Lavorare per fare sì che l'ospite non resista all'assistenza <ul style="list-style-type: none"> ★Socializzare prima dell'igiene ★Lasciare il l'ospite e ricominciare dopo un po' ★Andare piano ★Evitare di dire "NO" dire piuttosto "SI MA..."

Comportamento	Possibili motivi	Possibili approcci
Afferra o pizzica gli operatori durante l'igiene o l'assistenza	<ul style="list-style-type: none"> • Può essere un riflesso inconscio • Depressione, rabbia • Dolore • Approccio dell'operatore sbagliato (tono di voce, linguaggio del corpo, mimica) • Paura 	<ul style="list-style-type: none"> ★ Dare un asciugamano all'ospite da afferrare e tenere in mano ★ Se l'ospite è sdraiato sul fianco incoraggiarlo ad afferrare la sponda ★ Usare tutte le tecniche corrette di assistenza col tempo giusto ★ Verificare con fisioterapista o terapeuta occupazionale quale possa essere la miglior posizione per effettuare l'igiene ★ Verificare che l'ospite abbia preso gli anti-dolorifici prescritti eventualmente
Chiamare o urlare ripetutamente	 <ul style="list-style-type: none"> • Bisogni inespressi (dolore, bisogno di attenzione, ricerca della persona amata, paura) • Disturbi psichiatrici • Auto-stimolazione 	<ul style="list-style-type: none"> ★ Indagare possibili bisogni inespressi ★ Proporre attività per adulti e significative alla persona ★ Snoezelen ★ Verificare ed eventualmente trattare il dolore ★ Dare attenzione regolarmente all'ospite ★ Validare i sentimenti dell'ospite ★ Rassicurare l'ospite fisicamente e verbalmente
Disinibizione o comportamento inappropriato	<ul style="list-style-type: none"> • Filtro sociale ormai danneggiato a causa del danneggiamento frontale del cervello • Possibili patologie mentali sottostanti 	<ul style="list-style-type: none"> ★ Facilitare e guidare conversazioni appropriate fra l'ospite e gli operatori o gli altri ospiti ★ Ignorare le "provocazioni" dell'ospite: non metterla sul personale o reagire ★ Distrarre e ri-dirigere l'attenzione verso altro ★ Gestire il resto degli ospiti per mantenere la calma ★ Proteggere la dignità dell'ospite concedendogli spazi privati

GRAZIE DELL'ATTENZIONE

“Quando il cervello subisce dei cambiamenti che impattano la memoria, il ragionamento, il linguaggio e le altre forme di comunicazione, il comportamento diventa il metodo primario di espressione non verbale”

Rehabilitation Nursing 2006; 31(5): 188-192

“Il comportamento non ha un suo opposto. Non esiste qualcosa che sia un *non comportamento* o, per dirla anche più semplicemente, non è possibile *non avere un comportamento*. *Non si può non comunicare.*”

Paul Watzlavick