

## TERAPII NON-FARMACOLOGICE ÎN DEMENTĂ

ANA-MARIA CÎNDEA<sup>1</sup>, FELICIA IFTENE<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centrul de Recuperare și Reabilitare Neuropsihiatrică pentru Dementă Alzheimer, Beclean, Bistrița-Năsăud

<sup>2</sup>Disciplina de Psihiatrie pediatrică, UMF „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

### Rezumat

*Articolul prezintă principalele modalități de abordare terapeutică non-farmacologică a dementei, cu accent pe terapia cognitiv-comportamentală. Obiectivul major al terapiei cognitiv-comportamentale în demență ar fi încetinirea maximal posibilă a declinului cognitiv și ameliorarea comportamentală. Ideea de reabilitare a memoriei la pacienții suferinzi de demență, câștigă tot mai multă atenție.*

#### *Concluzii:*

*1) Conceptualizarea intervenției nonfarmacologice la pacienții cu demență trebuie să fie cognitivă, protocolul trebuie să fie comportamental, iar tehnicile pot fi eclectice.*

*2) Doar terapiile de management comportamental, alături de un anumit tip de îngrijitor/terapeut, educarea personalului serviciilor rezidențiale și o posibilă intervenție cognitivă, apar ca având o eficiență durabilă în managementul simptomelor neuropsihiatrice asociate dementei.*

*3) Lipsa dovezilor privind eficiența altor terapii, nu indică inexistența lor, ci doar o lipsă a studiilor în acest sens. Concluziile sunt limitate de lipsa cercetărilor de înaltă calitate. Este necesară o preocupare științifică de cercetare în acest sens mult mai intensă.*

**Cuvinte cheie:** demență, terapii non-farmacologice, terapie cognitiv-comportamentală.

### NON-PHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS IN DEMENTIA

#### **Abstract**

*This article presents the main non-pharmacological therapies in dementia emphasizing cognitive-behavioral therapy. The main objective of cognitive-behavioral psychotherapy in dementia would be the maximum reduction of cognitive decline and the behavioral improvement. The idea of memory rehabilitation in patients suffering from dementia is gaining increasing attention.*

#### *Conclusions:*

*1) The conceptualizing of non-pharmacological intervention in patients with dementia should be cognitive, the protocol should be behavioral and the techniques might be eclectic.*

*2) Only behavior management therapies, undertaken by a particular type of caretaker/therapist, the training of the staff of residential services and a possible cognitive intervention, seems to have a long lasting efficiency in the management of dementia-associated with neuropsychiatric symptoms.*

*3) The lack of evidence on the effectiveness of other therapies does not indicate their absence, but merely the lack of studies in this regard. Conclusions are limited by the lack of high quality research. A much more intense concern on scientific research is necessary.*

**Keywords:** dementia, non-pharmacological therapies, cognitive-behavioral psychotherapy.

Este din ce în ce mai recunoscut faptul că tratamentele farmacologice în demență ar trebui utilizate ca abordare de a doua linie și că opțiunile non-farmacologice ar trebui să fie, în cele mai bune practici, aplicate primele. Terapiile non-farmacologice cele mai uzuale sunt împărțite în: terapii standard (terapia comportamentală, orientarea în realitate, terapia de validare și terapia reminiscentelor), terapii alternative (art-terapia, meloterapia, terapia ocupațională, terapiile complementare, aromoterapia, stimularea multisenzorială) și psihoterapii scurte (terapia cognitiv comportamentală și psihoterapia interpersonală) [6].

**Ghidul practic pentru tratamentul pacienților cu demență Alzheimer și alte tipuri de demență**, aprobat spre publicare de APA în 2007, stabilește ca și principii generale de tratament și eventuale alternative următoarele [17]: managementul psihiatric; utilizarea de psihoterapii specifice și alte tratamente psihosociale (abordări diverse); tratarea cu atenție sporită a aspectelor somatice; tratamentul simptomelor cognitive; tratamentul simptomelor psihotice și a agitației; tratamentul depresiei; tratamentul tulburărilor de somn; se vizează problematica specifică îngrijirii pe termen lung. Ca factori de influență în planificarea intervenției trebuie luați în considerare și factorii sociali și demografici cum sunt vârsta, sexul, trăsăturile etno-culturale sau alți factori demografici și psihosociale care ar putea fi relevanți.

Îngrijirea pe termen lung vizează planificarea intervenției din **punctul de vedere al severității bolii pe cele trei nivele** și anume, pacienți cu disfuncție cognitivă: ușoară, moderată sau severă. Este foarte importantă monitorizarea și asigurarea siguranței pacientului (respectiv și a celor implicați în îngrijirea lui) în contextul în care sunt prezente de regulă: ideea suicidară, agitația, agresivitatea, riscul de a cădea, abuzul/neglijarea, vagabondajul. Modelul folosit de către olandezi pentru evaluarea competențelor celor cu demență (a stadiului bolii), stabilirea intervenției și îngrijirii necesare în vederea conservării maxime a resurselor de autonomie personală, este cel elaborat de Franssen & Souren în 1994 [7].

**Psihoterapiile specifice și alte tratamente psihosociale** menționate ca tratamente nonfarmacologice și prezentate de același „Ghid practic pentru tratamentul pacienților cu demență Alzheimer și alte demențe” [17], ca o perspectivă de abordare ce trebuie să conlucreze cu managementul psihiatric, sunt: a) abordări centrate pe comportamente; b) abordări centrate pe trăirile emoționale; c) abordări centrate pe cogniție; d) abordări stimulative.

a) **Abordarea centrată pe comportamente** nu s-a dovedit a ameliora funcționarea generală a pacientului cu demență, dar sunt dovezi pentru faptul că ameliorează

sau elimină unele probleme comportamentale specifice. De exemplu, planificarea riguroasă a mersului la toaletă reduce, de regulă, frecvența incontinenței urinare. Nu sunt suficiente studii care să ateste o superioritate a intervențiilor comportamentale sau a celor farmacologice în acest sens.

b) **Abordările centrate pe trăirile emoționale**, cum ar fi terapia reminiscentelor, nu s-au dovedit a fi foarte eficiente, de exemplu stimularea memoriei și dispoziției în contextul biografiei personale a pacientului s-a dovedit a avea rezultate foarte modeste în ceea ce privește ameliorarea dispoziției, comportamentului sau a cogniției [1].

c) **Abordările centrate pe cogniție**, care includ tehnici de orientare în realitate și antrenamentul abilităților au ca scop restaurarea deficitelor cognitive. Rezultatele raportate de unele studii au arătat o ușoară ameliorare a orientării verbale. Alte studii au demonstrat de asemenea ameliorări în cogniție (conform indicatorilor măsurabili), funcționare, comportament și interacțiune socială. De asemenea, au fost situații în care s-au raportat manifestări de furie și trăiri depresive precipitate de tehnicile de orientare în realitate. Un studiu [18] ce a comparat eficiența unui program de stimulare cognitivă cu a unui de îngrijire de rutină, pe un lot de 201 pacienți asistați într-un serviciu de zi, a arătat o ușoară îmbunătățire a scorurilor MMSE și ADAS-cog.

Un studiu desfășurat într-un serviciu de zi având 72 de subiecți cu Alzheimer și 12 subiecți cu tulburare cognitivă moderată /ușoară [16], a raportat efecte pozitive ale intervenției cognitiv-motorii. Cei din lot au beneficiat de intervenție cognitiv-motorie, pe când cei din lotul de control au primit suportul psihosocial specific centrului de zi. Responsivitatea la intervenție s-a dovedit cu menținerea statusului cognitiv după șase luni, pe când cei care au beneficiat doar de suportul social au înregistrat un declin semnificativ în aceeași perioadă de timp. S-a mai semnalat faptul că cei cu mai puține studii (cu nivel educațional mai scăzut), au avut o responsivitate mai bună la intervenție decât cei cu studii superioare. În plus, statusul afectiv era îmbunătățit.

d) **Abordările stimulative**, includ activități recreaționale sau terapii (colaje, jocuri, animale de companie), elemente de art-terapie (de ex. muzică, dans, artă), exerciții, stimulare multisenzorială, aromoterapie, unele din ele suprapunându-se oarecum cu abordarea orientată de trăirile emoționale (din perspectiva conținutului). Acest tip de abordare tinde să mobilizeze resursele cognitive disponibile, furnizând stimulare și chiar îmbogățire. Beneficiile meloterapiei, de exemplu, pot include îmbunătățirea dispoziției, reducerea problemelor comportamentale, ameliorarea socializării și a calității vieții și încurajarea expresivității emoționale. Un studiu relevant în acest sens [2] a fost efectuat pentru a testa eficiența stimulării multisenzoriale la 50 de pacienți cu demență moderată și severă, beneficiari ai serviciilor unui centru de zi, care a arătat pe termen scurt îmbunătățiri ale dispoziției, atenției și comportamentului.

Articol intrat la redacție în data de: 01.06.2010

Primit sub formă revizuită în data de: 20.10.2010

Acceptat în data de: 03.11.2010

Adresa pentru corespondență: acandea@umfcluj.ro

**Terapia cognitiv-comportamentală** este o combinație teoretico-metodologică, fundamentată științific, a terapiei comportamentale cu terapia cognitivă, cu aplicații în patologie și sănătate, așadar are un caracter clinic (tratarea bolilor) și un profund caracter educațional și prezumtiv (optimizare, promovare a sănătății) [4].

Această formă de terapie are următoarele caracteristici: este structurată clar ca și proces și ca ședință; este orientată pe prezent și pe probleme specifice; este orientată pe scopuri; este orientată pe acțiune; este limitată ca timp/ședință; este colaborativă, empirică, directivă, educativă, fiind orientată pe dezvoltare de strategii, abilități, comportamente și mod de a gândi. Obiectivele generale ale terapiei cognitiv-comportamentale sunt: reducerea simptomelor comorbide (depresie, anxietate); reducerea simptomelor psihotice după caz și îmbunătățirea eficienței personale, a stimei de sine și reducerea autostigmatizării. Două studii de caz au arătat eficiența terapiei cognitiv-comportamentale în tratamentul anxietății la pacienții cu demență [10]. S-a utilizat o versiune modificată a terapiei cognitiv-comportamentale, din perspectiva conținutului, structurii și a strategiilor de învățare, pentru a adapta abilitățile la limitările cognitive. S-a apelat și la implicarea aparținătorilor. Rezultatele finale au arătat reducerea anxietății măsurate cu ajutorul unei scale standardizate (The Neuropsychiatric Inventory Anxiety subscale). S-a concluzionat că terapia cognitiv-comportamentală poate fi utilă în tratamentul anxietății, dar sunt necesare mai multe studii pe viitor.

O amplă revizuire a studiilor științifice privind terapia cognitiv comportamentală versus placebo [21] a inclus mai multe studii de caz și șase cercetări (pe care nu s-a putut realiza metaanaliză, deoarece nu au fost raportate cifrele absolute, analize statistice între grupuri și nici durata desfășurării sau obiectivele nu au fost convergente). S-a raportat faptul că au scăzut tulburările de comportament la ambele grupuri și s-au ameliorat tulburările de somn. Este foarte important că s-a semnalat existența a foarte puține studii în domeniu, dintre care cele mai multe fiind studii de caz, majoritatea având ca rezultat reducerea simptomelor, însă este necesară efectuarea de cercetări științifice mai ample în acest sens.

**Obiectivul major al terapiei cognitiv-comportamentale în demență** ar fi încetinirea maximal posibilă a declinului cognitiv și ameliorarea comportamentală.

Ideea de reabilitare a memoriei la pacienții suferinzi de demență câștigă tot mai multă atenție. În rândul numărului crescător al persoanelor afectate de demență, crește semnificativ numărul de cazuri detectate în stadii timpurii. Explicația este evidentă și anume: îmbunătățirea mijloacelor de diagnosticare în stadii inițiale ale bolii, sensibilizarea vârstnicilor cu privire la deficitul cognitiv ce pot să apară și prescrierea de medicație care întârzie declinul cognitiv. Chiar dacă mai există scepticism cu privire la antrenamentul cognitiv (terapia cognitivă), utilizat în

demență, studiile internaționale mai recente dau motive de optimism. Stimularea memoriei, planificată în conformitate cu problemele individuale-zilnice ale pacientului și bazată pe capacitățile sale cognitive reziduale, poate fi eficientă. Iată de ce este importantă evaluarea eficienței terapiei cognitive în demență, prin intermediul a cât mai multe studii și cercetări.

Pentru persoanele care au și depresie și/sau anxietate, terapia cognitiv-comportamentală cu implicarea activă a îngrijitorilor/terapeuților poate fi eficientă.

Adaptarea terapiei cognitiv-comportamentale la pacienții cu demență presupune ca punct de plecare modelul conceput de Thompson, Gallagher-Thompson și Dick în 1995 [8].

Acest model arată că gândurile, comportamentele și emoțiile au un efect reciproc, interacțional, foarte puternic privind influențarea stării de bine/boală a pacientului. Astfel targetul terapiei poate fi conceptualizat pentru oricare din aceste domenii, deoarece în general pacienții tind să prezinte dificultăți în aria emoțională. Schimbările facilitate în cogniție sau comportamente vor implica într-un mod efectiv schimbări și în starea emoțională și implicit în starea de bine/boală a pacientului.

**Terapia comportamentală** și-a demonstrat eficiența în managementul comportamentelor dificile, agitații, depresii, agresiuni și dispoziții ce pot fi schimbate prin identificarea și implicarea în activități plăcute concomitent potrivirii activităților la statusul cognitiv al individului [19]. Într-o comparație a strategiilor de management comportamental [19], s-au aplicat intervenții comportamentale pentru simptome de depresie la pacienții cu demență Alzheimer. Intervențiile comportamentale au fost de două feluri, unul subliniind maximizarea activităților plăcute și altul subliniind problemele ce trebuie rezolvate de către terapeuți. Programul de activități plăcute (PES) al pacienților cu demență Alzheimer (DA) a fost creat pentru a ajuta îngrijitorii, pe baza stadiului bolii, să identifice activitățile care le-ar plăcea. Un curs progresiv de terapie constă în nouă sesiuni a câte 60 de minute în care pacientul și îngrijitorul participă la activități plăcute de diferite grade de dificultate în funcție de PES. Rezultatele indică faptul că pacienții din grupul de tratament activ au demonstrat diferențe semnificative în scăderea nivelului depresiei. În plus îngrijitorii care au participat la studiu și au primit tratamente comportamentale, fie în evenimente plăcute sau în grupul de rezolvare de probleme, au demonstrat reduceri ale nivelelor simptomelor lor depresive. Aceasta sugerează că intervenția comportamentală poate fi luată în considerare în managementul simptomelor depresive la pacienții cu DA.

Psihoterapia bazată pe tehnici de management comportamental poate ușura, pentru pacientul în stadiul inițial, simptomele de depresie, furie, negare și anxietate. Pacienții în stadiile inițiale pot beneficia de sprijin crescut

oferit și în cadrul terapiei de grup [14]. Siguranța și confortul sunt esențiale în formarea grupului de suport, iar experiența grupului ajută indivizii să-și înțeleagă boala, să interacționeze cu alții care au aceeași boală. S-a postulat un model de terapie al bolii în stadiu timpuriu numit „mainstream model” [8] (modelul principal), care are patru componente inter-relaționate: 1) pacientul ca membru al grupului; 2) grupul în sine; 3) terapeutul; 4) activitatea de grup.

Modelul poate servi la descoperirea abilităților și la ajutarea individului să-și înțeleagă mai bine boala. În stadiile târzii ale dementei psihoterapia s-ar putea să nu mai fie o strategie de efect, în mod particular în ceea ce privește simptomele comportamentale, iar stadiile târzii ale bolii ar putea fi deservite mai bine prin alte metode terapeutice, inclusiv prin artă expresivă, muzică, teatru și mișcare fizică (de ex. terapia prin muzică poate fi foarte eficientă).

**Terapia prin muzică** este un aliat în sănătate. În relațiile terapeutice muzica este folosită ca un mod de exprimare psihologică, cognitivă, socială și fizică a nevoilor pacientului [20]. Tehnicile meloterapiei variază și includ folosirea instrumentelor muzicale, cântecul, respectiv improvizatia, având ca efecte pozitive: ameliorarea simptomelor comportamentale și îmbunătățirea calității vieții. Meloterapia este asociată și cu amplificarea interacțiunilor intrafamiliale și a abilităților sociale. Muzica poate fi folosită pentru a valorifica reminiscentele și a stimula memoria de lungă durată. Terapia poate îmbunătăți recunoașterea în contextul unei linii melodice și verbalizarea gândurilor.

Un studiu de caz [2,20] a vizat efectele meloterapiei în ajutarea pacienților cu demență în acomodarea la mediu instituțional. Pacientul respectiv a fost diagnosticat cu demență, era deprimat, retras și părea furios că a fost trimis la o „casă” și, în plus, manifesta comportament antisocial. Meloterapia a fost instituită o dată pe săptămână, pentru două ore, iar pacientului i s-a permis să-și aleagă melodia preferată. După o preferință inițială pentru sesiuni private, pacientul a început să se alăture sesiunilor de grup. Personalul a notat un efect pozitiv asupra comportamentului său, iar interacțiunea cu grupul a devenit mai adecvată. În general muzica a fost considerată ca fiind o terapie de efect pentru ameliorarea simptomelor comportamentale asociate cu transferul individului de acasă, într-o instituție, pe termen lung.

Persoanele care prezintă simptomatologie comportamentală (foarte frecventă la cei cu demență), ar trebui să fie evaluate, printr-o analiză funcțională și comportamentală, condusă de profesioniști, pentru a se identifica factorii care ar fi putut genera, agrava sau ameliora tulburările de comportament (de ex. o durere neidentificată) [11].

Literatura de specialitate ce compară tratamentul medicamentos cu tehnicile de management comportamental indică faptul că, în unele cazuri, acestea din urmă pot avea efect în ameliorarea simptomelor la fel de eficient

ca și intervenția farmacologică. Teri și colaboratorii [19] au comparat tratamentul farmacologic și nonfarmacologic în managementul agitației și simptomelor de depresie la pacienții cu demență, rezultatele indicând eficiență în schimbările comportamentale. Este interesant că în acest studiu, pe populație, terapia comportamentală a avut efect în comparație cu grupurile care au primit medicamente active.

### Modificări strategice - ambientale

O altă abordare, în vederea obținerii ameliorării tulburărilor comportamentale este modificarea ambianței în conformitate cu nevoile de acomodare a pacientului cu demență [11,12]. Activitățile care în mod natural servesc ca activități recreaționale pot oferi și stimulare senzorială, de exemplu jocul de Bingo.

Bucătăria terapeutică a fost folosită pentru a sprijini programul de zi în așezămintele rezidențiale. „Bucătăria” este un mediu suportiv pentru pacient. Itemii cu potențial periculos, precum agenții de curățare și ustensilele sunt depozitate în dulapuri închise cu acces restricționat. Dulapurile sunt mai joase pentru un acces mai facil, colțurile mobilei sunt rotunjite, dulapurile sunt etichetate, podeaua nu este alunecoasă.

Modificarea mediului ambiental al pacientului poate include folosirea de aparate, obiecte, înscrisuri, pentru a ajuta pacientul cu simptome comportamentale precum rătăcirea și neatenția. Pentru a preveni și împiedica rătăcirea se poate utiliza de ex. pictura murală care poate deghiza o ușă, iar o alarmă instalată, poate emite un sunet atunci când ușa se deschide (pentru avertizare). Telefoanele specializate au numere mari și imagini pe butoane pentru identificarea numerelor. În stabilimente de îngrijire, semnele mari cu numele pacientului pe ele și poza sa au fost de mare ajutor în încercarea de a-și găsi camera.

Totuși îngrijirea trebuie să ia în considerare stadiul bolii pacientului atunci când se operează schimbarea mediului, deoarece nevoile pacientului se schimbă progresiv în funcție de stadiul bolii.

### Concluzii

1) Conceptualizarea intervenției nonfarmacologice la pacienții cu demență trebuie să fie cognitivă, protocolul trebuie să fie comportamental, iar tehnicile pot fi eclectice.

2) Doar terapiile de management comportamental, alături de un anume tip de îngrijitor/terapeut, educarea personalului serviciilor rezidențiale și o posibilă intervenție cognitivă, apar ca având o eficiență durabilă în managementul simptomelor neuropsihiatrice asociate dementei.

3) Lipsa dovezilor privind eficiența altor terapii nu indică inexistența lor, ci doar o lipsă a studiilor în acest sens. Concluziile sunt limitate de lipsa cercetărilor de înaltă calitate. Este necesară o preocupare științifică de cercetare în acest sens mult mai intensă [14].



# Bibliografie

1. Baines S., Saxby P., Ehler K., (1987) Reality orientation and reminiscence therapy: a controlled cross-over study of elderly confused people. *Br J Psychiatry*; 151:222-231 [A-]
2. Baker R., Bell S., Baker E., Gibson S., Holloway J., Pearce R., Dowling Z., Thomas P., Assey J., Wareing L.A., (2001), A randomized controlled trial of the effects of multisensory stimulation (MSS) for people with dementia. *Br J Clin Psychol*; 40:81-96 [A-].
3. Belleville S., (2008), Cognitive training for persons with mild cognitive impairment, mini conference paper, *International Psychogeriatrics*, 20:1, 57-66, UK.
4. David D., (2000) *Intervenție Cognitiv-comportamentală în Tulburări Psihice*, Editura Risoprint, Cluj-Napoca.
5. DSM IV – TR, (2000) Editura Asociația Psihiatrilor Liberi din România
6. Douglas S., James I., Ballard C., (2004), *Advances in Psychiatric treatment*, vol. 10.171-179
7. Franssen, E., Souren, L., (1994), *Broken Connections: Alzheimer's Disease: Part II*, Informa Healthcare, UK.
8. Hyer L., Intrieri R., (2006), *Geropsychological interventions in long-term care*, cap. *Cognitiv-Behavioural Therapy for long-term care patients with dementia*, Springer Publishing Company, New York.
9. Kaplan –Saddock (2005)- *Comprehensive Textbook of psychiatry*, eighth edition on CD.
10. Klaus C.A., et al., (2008), *Cognitiv-behavioural treatment for anxiety in patients with dementia : two case studies*, DeBakey Medical Center, Houston, TX 77030, USA, *J. Psychiatr. Pract.* 2008 May; 14(3):186-92.
11. Kooreman J., (1997), *Agressief gedrag in de psychogeriatric*, Utrecht.
12. Kramer, A. F., Bherer, L., Colcombe, S.J., Dong, W. And Greenough, (2004), W. T., *Environmental influences on cognitive and brain plasticity during aging*, *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 59, 940-957.
13. Lawton, M. P. (2001). The physical environment of the person with Alzheimer's disease. *Aging and Mental Health*, 5(Suppl. 1), S56-S64.
14. Lichtemberg P.A., Murman D.L., Mellow A.M., (2003), *Handbook of dementia. Psychological, neurological and psychiatric perspectives*, Edited by Wiley and Sons, Inc.
15. National Institute for Health and Clinical Excellence, (2006), *Quick reference Guide, Dementia, Supporting people with dementia and their carers in health and social care*, SCIE, UK.
16. Olazaran, J. et al., (2004) Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease. *Neurology*, 63, 2348-2353.
17. Peter S., Rabins, V., Blacker, D., Rovner, B. W., Rummans, T., Schneider, L.S., Tariot, P.N. Blass, D. M. (2007), *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Alzheimer's Disease and Other Dementias*, Second Edition, Work group on Alzheimer's Disease and other Dementia of APA.
18. Spector A., Thorgrimsen L., Woods B., Royan L., Davies S., Butterworth M., Orrell M., (2003), Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*; 183:248-254 [A].
19. Teri, L., Borson, S., Kiyak, H. A., & Yamagishi, M. (1989). Behavioral disturbance, cognitive dysfunction, and functional skill: Prevalence and relationship in Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 109-116.
20. Wall M., Duffy A., (2010), The effects of music therapy for older people with dementia, *St. Vincent's Hospital, Athy, Co Kildare, Ireland*, *Br J Nurse*, 2010 Jan 28-Feb 10; 19(2):108-13.
21. Warner J., Butler R., Gupta S., (2010), *Dementia, Mental Health, Clinical evidence*, updated on 8 apr. 2010, based on April 2008 search, <http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/meh/1001>.