

# **Parte IV - TRATTAMENTO PSICO-SOCIALE**

**Luc De Vreese, Rabih Chattat, Guido Gori, Elisabetta Mecatti, Anna Maria Mello, Sara De Montis, Pier Luigi Oscari, Silvia Ragni**

# INTRODUZIONE (1)

- I farmaci oggi a disposizione per il trattamento dei disturbi cognitivi nella Malattia di Alzheimer (AD) si sono dimostrati efficaci nel rallentare l'inevitabile progressione della malattia solo in un terzo circa dei pazienti.
- Questo dato rafforza l'importanza dei **trattamenti psico-sociali (TPS)** orientati alla **stimolazione cognitiva e sensoriale**, al **benessere psicologico** e alla **riduzione dei disturbi del comportamento**, con l'obiettivo di potenziare le **capacità di adattamento** della persona alle conseguenze della malattia.

# INTRODUZIONE (2)

- Gli **interventi orientati alla cognitivtà** si basano su **tecniche di stimolazione cognitiva, di arricchimento sociale e di attivazione comportamentale**; possono essere effettuati nell'ambito di protocolli formalizzati o inseriti nella routine quotidiana, con lo scopo di **mantenere le capacità cognitive e le abilità residue**.
- Un ruolo cruciale dei TPS è legato al **trattamento dei BPSD** (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia), che sono generati dall'interazione fra gli esiti del danno neurologico da una parte e la personalità premorbosa, il contesto socio-relazionale, la condizione fisica e la comorbidità del soggetto colpito dall'altra.

# INTRODUZIONE (3)

- I BPSD (aggressività, agitazione psicomotoria, psicosi, disturbi affettivi, apatia, alterazioni neurovegetative), oltre ad essere causa di sofferenza per il paziente, ne *aggravano la disabilità, peggiorano la sua qualità di vita e quella dei suoi familiari* e rappresentano la principale causa di “burn-out” del caregiver e di istituzionalizzazione. L’impiego di farmaci per il trattamento dei BPSD, a causa della loro limitata efficacia e dell’aumentato rischio di effetti avversi e mortalità, è riservato a disturbi gravi e persistenti, non responsivi ai soli TPS.
- I TPS per i BPSD sono orientati principalmente a migliorare la qualità della vita dei pazienti attraverso la **costruzione di una relazione interpersonale positiva**, la **risposta ai bisogni insoddisfatti** e la realizzazione di **modificazioni ambientali ed attività specifiche**.

# INTRODUZIONE (4)

- I CDA, caratterizzati dal lavoro in equipe multidisciplinare, sono strutture assistenziali ottimali per la messa in pratica dei TPS, che devono essere individualizzati a seconda dello stadio di malattia, delle problematiche e dei desideri dei singoli ospiti.
- Per la scelta dei TPS l'ospite deve essere valutato dal punto di vista clinico, del profilo neuropsicologico, funzionale e comportamentale e della storia personale, compresi gli interessi pregressi e attuali.
- L'utilizzo mirato dei TPS potrà essere integrato, nei pazienti con gravi BPSD, con la prescrizione delle necessarie terapie psicofarmacologiche, da mantenere alla dose minima efficace per il tempo minimo necessario.

# Trattamenti psico-sociali e comportamentali dei disturbi cognitivi e della disabilità *(cognition-oriented therapy) (1)*

Modalità di approccio non farmacologico con dimostrata efficacia nella demenza in **stadio iniziale ed intermedio** :

- **Esercizio fisico** di cui è stato dimostrato un beneficio sulle funzioni cognitive fin dalla fase di Mild Cognitive Impairment;
- **Training neuropsicologico** di specifiche aree cognitive, eseguito individualmente o in gruppo (Memory Training, Cognitive Training);
- **Stimolazione cognitiva** individuale o di gruppo, formale o mediante attività ludico-ricreative: Reality Orientation Therapy, Terapia della Reminiscenza, Terapia della Rimotivazione ;

# Trattamenti psico-sociali e comportamentali dei disturbi cognitivi e della disabilità (*cognition-oriented therapy*) (2)

- **Terapia Occupazionale** (kitchen therapy, ortoterapia, giardinaggio, cura della persona...) volta a ridurre la disabilità e il carico assistenziale;
- **Utilizzo della musica** che potrebbe potenziare le capacità di apprendimento e rievocazione.

Alcuni interventi di stimolazione comportamentale sono proponibili anche in fase di demenza grave, in particolare l'esercizio fisico, volto a prevenire il declino dell'autonomia funzionale e, in fase più avanzata, della immobilizzazione.

# Terapie psico-sociali e comportamentali dei BPSD (*behavior-, stimulation-, emotion- oriented therapy*) (1)

- La **formazione degli operatori** è l'approccio che ha mostrato maggiore evidenza in questo ambito, in particolare quella relativa **all'identificazione dei bisogni insoddisfatti**, alla **personalizzazione della cura**, all'adozione di modelli comunicativi con le persone con demenza.
- Per quanto riguarda i familiari l'intervento che è risultato più efficace è la **formazione** finalizzata alla comprensione delle problematiche connesse con la malattia, associata al **supporto psicologico**.
- Molti di tali interventi mantengono efficacia nel tempo. Altri interventi specifici si basano su studi generalmente di piccole dimensioni e di breve durata, con efficacia prevalentemente sui comportamenti agitati e nel breve termine.

# Terapie psico-sociali e comportamentali dei BPSD (*behavior-, stimulation-, emotion- oriented therapy*) (2)

Gli interventi con maggiori dimostrazioni di efficacia sono:

- **Progetti di personalizzazione della cura** basati sull'osservazione sistematica dei pazienti e sulla ricerca di bisogni insoddisfatti di tipo psicologico, fisico o ambientale
- **Educazione e formazione dei caregiver** sulla gestione della demenza e dei BPSD
- **Interventi multimodali** di stimolazione cognitiva di gruppo associata a terapia della reminiscenza, esercizio fisico, terapia occupazionale

# Terapie psico-sociali e comportamentali dei BPSD (behavior-, stimulation-, emotion- oriented therapy) (3)

- **Ascolto musicale e musicoterapia** (intervento strutturato guidato da un operatore qualificato e comprendente l'utilizzo terapeutico della musica), finalizzata al miglioramento dei sintomi affettivi, alla riduzione dei comportamenti agitati e alla creazione di canali di comunicazione non verbale;
- **Attività ricreative** che tengano conto degli interessi precedenti, delle attitudini e delle capacità conservate;
- **Attività motoria** che è associata ad un miglioramento del tono dell'umore;

# Terapie psico-sociali e comportamentali dei BPSD (*behavior-, stimulation-, emotion- oriented therapy*) (3)

- ***Validation therapy*** basata sull'accettazione della realtà quale essa viene percepita ed interpretata dal paziente;
- **Stimolazione multisensoriale** possibile beneficio della "snoezelen" sull'apatia e dell'*aromaterapia*;
- Altri interventi quali **attività con l'ausilio di animali** e ***doll-therapy***.

# RACCOMANDAZIONI (1)

- ✓ La prima linea di approccio ai disturbi cognitivi e comportamentali è basata sui **TPS che hanno dimostrazioni di efficacia** nel ritardare la progressione del deficit cognitivo e nel migliorare i BPSD.
- ✓ Obiettivo essenziale è la creazione di un clima ambientale e relazionale ottimale, finalizzato a valorizzare le risorse e le capacità conservate di ogni soggetto, limitare l'isolamento sociale, favorire la condivisione delle esperienze e mantenere il senso di autostima e di identità personale.
- ✓ Ogni attività deve essere **adattata** alla storia personale, al livello cognitivo-funzionale e allo stato psicologico-comportamentale degli ospiti. Tali attività devono tenere conto della ridotta capacità attentiva degli ospiti, non risultare faticose e stressanti, con enfasi sul coinvolgimento corporeo e multisensoriale e sulla comunicazione verbale e non verbale.

## RACCOMANDAZIONI (2)

- ✓ Gli operatori dei CDA devono ricevere una **formazione** nelle tecniche che vengono utilizzate.
- ✓ L'utilizzo adeguato di TPS per il controllo dei BPSD deve essere finalizzato tra l'altro alla **riduzione e, ove possibile, alla sospensione della terapia con farmaci antipsicotici**, la cui prosecuzione a lungo termine può essere associata a rilevanti effetti avversi.
- ✓ L'efficacia degli interventi deve essere **valutata mediante strumenti specifici** (es. Neuropsychiatric Inventory, Cohen-Mansfield Agitation Inventory, scale di valutazione dell'autonomia personale), che possono comprendere l'osservazione degli indicatori comportamentali dello stato emozionale.