

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.