

---

## INTERVENTO DI RIABILITAZIONE COGNITIVO-COMPORTAMENTALE IN PAZIENTI ALZHEIMER

---

**Domenico Passafiume, Dina Di Giacomo, L.Serenella De Federicis**

Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università dell'Aquila. Fondazione P.A. Mileno ONLUS,  
Vasto Marina, Chieti. IRCCS Fondazione S. Lucia, Roma.  
*passafiume@cc.univaq.it*

**Introduzione:** Una delle caratteristiche della malattia di Alzheimer consiste nel decadimento progressivo delle capacità cognitive, accompagnata dalla impotenza terapeutica ad arrestarne la progressione. L'interesse suscitato negli ultimi anni dai programmi di intervento riabilitativo applicati ai pazienti con demenza è dovuto solo in parte alla scarsa efficacia delle terapie farmacologiche. La terapia riabilitativa viene vista non più solo mirata al massimo recupero possibile (delle capacità sia fisiche sia cognitive) consentito dalle condizioni oggettive del paziente, ma come intervento teso a migliorare globalmente la qualità della vita del paziente e a favorire l'instaurarsi di un nuovo equilibrio personale, familiare e sociale. In questa ottica vanno visti gli interventi di terapia di riabilitazione Neuropsicologica nei pazienti con demenza. Per verificare l'efficacia di un trattamento di stimolazione cognitivo-comportamentale abbiamo condotto uno studio nel quale un gruppo di pazienti con demenza di Alzheimer, valutati inizialmente con il MMSE, sono stati sottoposti ad un programma di stimolazione i cui risultati sono stati valutati tramite test Neuropsicologici.

**Metodi:** l'efficacia della stimolazione cognitivo-comportamentale è stata valutata su 30 soggetti con demenza di Alzheimer.; i pazienti sono stati valutati con una batteria neuropsicologica e video registrati all'inizio del trattamento, dopo 6 mesi e alla fine (12 mesi). le attività riabilitative prevedono attività di sedute individuali e di gruppo per la durata di 12 mesi. Il programma di trattamento è stato articolato su quattro aree d'intervento: a) Attività di Vita Quotidiana (Reality Orientation Therapy, Abilità Domestiche, Attività Ricreative) b) Abilità Cognitive (Attenzione Sostenuta e Diffusa, Discriminazione Percettiva, Memoria Semantica ed Autobiografica) c) Riconoscimento/Controllo Emotivo, e d) Corporeità e Motricità.

**Risultati:** Le analisi relative al MMSE mostrano l'aggravarsi del deterioramento nell'arco dei 12 mesi presi in considerazione. I punteggi ai test neuropsicologici che compongono la batteria evidenziano generalmente un calo quasi regolare. Tuttavia sia il test di attenzione che quello di ragionamento spaziale mostrano alla valutazione a sei mesi un deciso incremento che riguarda in misura variabile tutti i pazienti. Dividendo il gruppo di pazienti in base ai punteggi al MMSE, si osserva che al di là dell'andamento dei singoli test, la stimolazione cognitivo-comportamentale produce gli effetti maggiori nei soggetti del gruppo medio rispetto a quelli del gruppo dei gravi. Inoltre, esaminando le videoriprese e sulla base dei report dei caregivers, emerge chiaramente che i trattamenti effettuati, pur non determinando modificazioni evidenti dal punto di vista dei test, portano cambiamenti nel comportamento del paziente.

**Conclusioni:** Anche se i test neuropsicologici e le scale di deterioramento non mostrano miglioramenti stabili nelle abilità cognitive dei pazienti, si riscontra un miglioramento dello stato psicologico del paziente ad un miglioramento della sua capacità di interagire con gli altri. Nelle fasi iniziali del deterioramento è possibile utilizzare le metodiche simili a quelle utilizzate negli altri casi di perdita di capacità cognitive in conseguenza di traumi o ictus.

**Parole chiave:** Alzheimer, riabilitazione cognitivo-comportamentale

## Introduzione

L'aumento della popolazione anziana e l'allungamento della vita media ha comportato un parallelo incremento della patologia legata all'invecchiamento. Tra queste la demenza, cioè la perdita progressiva delle capacità cognitive quali la memoria ed il linguaggio, ha certamente avuto un notevole aumento di incidenza. In particolare la demenza dovuta a modificazioni degenerative della corteccia cerebrale, nota come demenza di Alzheimer, dal medico che la descrisse, ha fatto registrare un costante incremento.

Della demenza di Alzheimer, come ormai si indica la malattia che si manifesta sia in età presenile (50-60 anni) sia in età senile (sopra i 60-65 anni) non si conosce ancora la eziologia, ma non sussistono dubbi che sia legata al processo di invecchiamento. Caratteristica della demenza di Alzheimer è l'inizio subdolo, l'andamento progressivo e l'assenza per lungo tempo di manifestazioni fisiologiche e/o alterazioni neurologiche che ne consentono la diagnosi certa e precoce.

Per un lungo periodo di tempo la diagnosi di probabile Alzheimer, è basata sulla presenza di modificazioni cognitive in assenza di segni neurologici o psicopatologici che li giustifichino. Il deterioramento cognitivo, il bisogno di assistenza, la necessità di controllo del paziente si aggravano di pari passo, causando un aumento costante del carico di lavoro e stress che grava sul caregiver e sulla famiglia intera.

Negli ultimi anni è aumentato l'interesse verso i programmi di riabilitazione indirizzati ai pazienti con demenza, in parte anche per la scarsa efficacia delle terapie farmacologiche (Zanetti, 1995; De Vreese, 1998). L'intervento riabilitativo non è più mirato solo al massimo recupero possibile delle capacità sia fisiche sia cognitive del paziente, ma si pone l'obiettivo più ambizioso di migliorare globalmente la qualità della vita del paziente e di favorire l'instaurarsi di un nuovo equilibrio personale, familiare e sociale. In questa ottica vanno visti gli interventi di terapia di riabilitazione/stimolazione neuropsicologica rivolti ai pazienti affetti da demenza. Uno degli obiettivi principali di tali interventi è quello di mantenere il più a lungo possibile l'autonomia del malato. L'autonomia personale consente all'individuo di convivere con i deficit cognitivi e di pesare meno sulla organizzazione familiare; una maggiore autonomia del paziente equivale per il caregiver ad un alleggerimento del carico sia di lavoro che di stress.

Noi abbiamo strutturato un programma di stimolazione rivolto ai pazienti affetti da demenza di Alzheimer basato sui principi e sugli ambiti di intervento prettamente neuropsicologici, ed è mirato alla stimolazione delle capacità cognitive e delle competenze comportamentali. Questo programma è stato sottoposto ad una verifica sperimentale in uno studio condotto su 30 pazienti con demenza di Alzheimer (Passafiume e Di Giacomo, 2006).

## Il Programma di stimolazione cognitivo-comportamentale

Il programma ha l'obiettivo di supportare le autonomie quotidiane e le funzionalità intellettive in modo ampio, applicando un approccio di tipo globale: la metodologia operativa di base del programma presentato consiste nel predisporre e somministrare prove e compiti di difficoltà di risoluzione diversa, che siano in grado di coinvolgere, e quindi stimolare integralmente, le diverse abilità coinvolte nel processo intellettuale richiesto dal compito e/o dalla situazione cui il soggetto viene esposto.

La strutturazione di programmi specifici di stimolazione cognitiva e comportamentale deve tener conto delle caratteristiche neuropsicologiche del paziente sia come componenti deficitarie (in termini di abilità cognitive coinvolte nel deterioramento) sia della gravità dei disturbi intellettivi, sia delle componenti residue, ovvero sia delle capacità cognitive al momento non ancora interessate dal processo degenerativo,

e quindi integre. La valutazione neuropsicologica del paziente è eseguita attraverso l'applicazione di strumenti comunemente usati sia nella ricerca scientifica sia nella pratica clinica (MMSE, prove di denominazione, comprensione, fluenza verbale, matrici attentive, test di percezione gestaltica, prove di memoria verbale e visuospatiale).

L'obiettivo è quello di favorire nelle persone affette da demenza di Alzheimer. :

- a) l'acquisizione/l'utilizzo di strategie e modalità cognitive funzionali alle richieste del contesto,
- b) il mantenimento delle autonomie comportamentali nelle attività di vita quotidiana.

Gli interventi previsti nel protocollo sono orientati alla stimolazione dei soggetti affetti da deterioramento demenziale, tuttavia sono strutturati anche in considerazione delle esigenze riferite e poste dai caregiver.

Gli *interventi centrati sul paziente* sono di tipo "cognitivo", a carattere funzionale e motorio. Le attività di tipo cognitivo prevedono l'applicazione della terapia di tipo orientation therapy, di memory e strategy training ed altro ancora; inoltre sono previsti spazi in cui i pazienti possano esprimere i loro pensieri, i loro vissuti emozionali e attuare scambi di esperienze in un clima di accettazione e di rispetto delle loro capacità residue di comunicazione. Le attività di tipo funzionale impegnano i pazienti in attività di tipo pratico quali apparecchiare la tavola, scaldare pasti, riordinare oggetti diversi, imparare a usare utensili ad hoc. Infine vengono incluse attività di tipo  $\psi$  psicomotorio: quest'attività mira a mantenere nel paziente le cognizioni spaziali e le capacità di relazionare e percepire il proprio corpo nello spazio, nonché a mantenere il più a lungo possibile le attività e gli automatismi motori.

Per i *caregiver* è fornito il counseling necessario ad affrontare la nuova realtà cognitiva ed emozionale del paziente, fornendo loro un supporto nel riassetto del ruolo della persona malata all'interno della unità familiare ed aiutandoli a mantenere un contatto affettivo e comunicativo con il malato. Vengono inoltre fornite informazioni di tipo sociale (assistenza, associazioni ecc.), informazioni sull'uso di ausili esterni (che vanno dagli ausili per il bagno a ausili per la cucina – strumenti di sicurezza attiva e passiva) adatti a facilitare la motricità, l'autonomia e la sicurezza del paziente.

Il programma di trattamento è articolato su quattro aree d'intervento:

- a) *Attività della vita quotidiana*
- b) *Abilità cognitive*
- c) *Riconoscimento/Controllo emotivo*
- d) *Corporeità-motricità*

### Metodo

Sono stati inseriti nello studio 30 pazienti con diagnosi di Alzheimer e con un punteggio al MMSE compreso tra 15 e 24. Lo studio è stato realizzato presso gli ospedali di riabilitazione dell'IRCCS Fondazione S. Lucia di Roma e dell'Istituto S. Francesco di Vasto Marina (Chieti).

**Tabella 1** - *Dati demografici del campione partecipante allo studio*

Soggetti	N.	Età		Scolarità	
		m	ds	m	ds
Maschi	13	67.3	4.5	8.3	4.2
Femmine	17	67.4	4.4	5.5	2.9
Totale	30	67.4	4.4	6.9	3.5

Legenda: m = valore medio; ds = deviazione standard.

La diagnosi di Alzheimer è stata emessa da neurologi indipendenti dallo studio. I pazienti reclutati sono stati sottoposti ad una valutazione neuropsicologica iniziale sulla cui base è stato impostato il programma di intervento cognitivo e comportamentale in termini di attività e di compiti da proporre nelle sedute, dei relativi livelli difficoltà.

Sono stati formati dei gruppi di 4 soggetti, eterogenei per disturbi cognitivi preminenti. Il trattamento è stato complessivamente di 12 mesi durante i quali sono stati organizzati 2 cicli di trattamento, ciascuno con una durata di sei mesi. Gli interventi hanno avuto una cadenza di 3 incontri settimanali, ciascuna della durata di tre ore.

Osservando le analisi relative al gruppo totale possiamo notare che i valori del MMSE mostrano una discesa costante nell'arco dei 12 mesi presi in considerazione.

I punteggi ai test neuropsicologici che compongono la batteria evidenziano un calo quasi regolare; emergono tuttavia per alcuni di essi (Matrici attentive e Raven '47) un relativo, temporaneo aumento (seppure non significativo). Sia il test di attenzione che quello di ragionamento spaziale mostrano alla valutazione a sei mesi un deciso incremento che riguarda il gruppo in generale. Anche la capacità di comunicazione per l'intero campione ha identico andamento: vi è una decadenza costante nell'arco dei dodici mesi. Tuttavia, le analisi statistiche condotte dividendo il gruppo dei pazienti in medio-lievi e medio-gravi sulla base dei punteggi riportati al MMSE, vediamo che l'andamento dei due gruppi differisce notevolmente.

**Tabella 2** – Valori al Mini Mental State Examination nei tre step di valutazione del trattamento differenziati per i livelli di gravità della demenza

Soggetti	MMSE iniziale		MMSE intermedia		MMSE finale	
	<i>vm</i>	<i>ds</i>	<i>vm</i>	<i>ds</i>	<i>vm</i>	<i>ds</i>
<i>Grado medio</i>	16.2	3.3	16.7	4.3	14.8	3.4
<i>Maschi</i>	16.5	4.0	18.5	2.8	16.5	1.7
<i>Femmine</i>	16.2	3.2	16.0	4.7	14.2	3.7
<i>Grado grave</i>	9.6	1.3	5.7	1.6	3.7	1.0
<i>Maschi</i>	9.1	1.3	5.3	1.7	4.1	1.0
<i>Femmine</i>	10.2	1.1	6.2	1.3	3.2	0.7
<i>Totale campione</i>	12.7	4.1	10.8	6.3	8.9	6.1

Per quanto riguarda i test neuropsicologici si osserva che al di là dell'andamento dei singoli test, la stimolazione cognitivo-comportamentale produce gli effetti maggiori nei soggetti del gruppo medio rispetto a quelli del gruppo dei gravi. Infatti nel gruppo di gravità medio il calo delle prestazioni varia in base ai test e, ad esempio, le prestazioni per la fluenza verbale rimangono costanti per tutto il periodo di osservazione, quelle al test di attenzione ed al test delle matrici di Raven hanno un incremento alla seconda valutazione; al contrario, i pazienti del gruppo grave presentano un decadimento costante in tutti i test neuropsicologici.

**Tabella 3** – Medie e deviazioni standard dei test neuropsicologici per i gruppi medio-lieve e medio-grave all'inizio, a sei e a dodici mesi di trattamento valutazione neuropsicologica distinta per gravità di demenza

Test	Valutazione iniziale		Valutazione intermedia		Valutazione finale	
	Grave	medio	Grave	medio	Grave	medio
Boston Naming	9.0 (5.6)	30.4 (2.5)	6.3 (2.7)	29.0 (0.7)	3.1 (1.5)	26.1 (0.9)
Memoria di Rey						
<i>MBT</i>	1.00(0.0)	4.1 (1.8)	0.3 (0.5)	2.8 (1.4)	0.0 (0.0)	4.1 (2.8)
<i>MLT</i>	0.2 (0.4)	0.2 (0.4)	0.0 (0.0)	0.8 (1.0)	0.0 (0.0)	1.1 (0.8)
<i>Riconoscimento</i>	4.5 (6.3)	13.5 (0.9)	4.8 (2.5)	13.5 (2.3)	3.6 (3.1)	11.8 (3.9)
Fluenza verbale						
<i>Set Test</i>	1.1 (1.2)	6.1 (2.5)	0.3 (0.5)	7.4 (1.6)	0.0 (0.0)	7.0 (3.9)
<i>Control Word</i>	1.7 (1.8)	11.5 (3.1)	0.0 (0.0)	11.8 (5.1)	0.0 (0.0)	10.8 (5.1)
Matrici attentive	6.6 (6.0)	14.5 (6.0)	1 3 . 2 (1.8)	18.7 (8.2)	7.7 (4.2)	12.4 (5.9)
Matrici Raven 1947	1.8 (1.7)	14.2 (5.1)	4.8 (1.2)	17.5 (3.7)	0.3 (0.5)	13.8 (3.0)
Token Test	14.8 (1.3)	24.2 (7.7)	1 1 . 6 (3.6)	22.6 (5.1)	3.8 (2.0)	21.9 (9.2)
Street Completion	1.6 (1.3)	2.7 (1.5)	1.2 (0.4)	3.0 (0.7)	0.7 (1.0)	2.0 (1.5)
Corsi Tapping Test	0.8 (0.8)	4.1 (1.4)	2.1 (0.8)	3.7 (0.4)	0.0 (0.0)	2.7 (2.0)

Tra parentesi sono indicate le deviazioni standard.

Il protocollo cognitivo-comportamentale non è in grado quindi di agire in maniera generalizzata e significativa sulle prestazioni cognitive di tutti i pazienti, né d'altra parte è stato realizzato con tale obiettivo.

Questo protocollo si dimostra però in grado di intervenire positivamente sui comportamenti dei pazienti e sul loro stato emotivo e sull'andamento delle abilità cognitive nei pazienti con un deterioramento medio-lieve. Cioè il trattamento di stimolazione si mostra efficace soprattutto sulle fasi iniziali della malattia. Il paziente va sottoposto al trattamento immediatamente, senza attese. Questo sia perché l'efficacia è maggiore, sia perché non è possibile ripristinare le capacità cognitive deteriorate.

È inoltre da notare che il trattamento di stimolazione, la frequenza ai Centri, l'interazione con gli altri pazienti ha contribuito a migliorare sensibilmente anche lo stato emotivo dei pazienti, la loro autostima e ha portato al recupero di alcune modalità comportamentali che erano state "inibite". Il trattamento cognitivo-comportamentale si è dimostrato utile nel migliorare le condizioni dei pazienti Alzheimer cui è stato applicato. Non è, al pari degli altri trattamenti presenti in letteratura, risolutivo, né un intervento restauratore.

È però in grado, forse più di altri, di contrastare gli effetti del decadimento dei pazienti, sulle loro capacità di comunicazione e quindi di integrazione e interazione con l'ambiente ed i caregiver. È inoltre efficace, viste le modalità, nel migliorare lo stato emotivo del paziente e la "confidenza" nelle proprie

capacità residue. Come tutta la letteratura sulla riabilitazione in generale e sull'intervento nella malattia di Alzheimer sostiene, anche la stimolazione cognitivo-comportamentale si dimostra tanto più efficace quanto più precocemente trae inizio.

### **Riferimenti bibliografici**

De Vreese LP, Belloi L., Iacono S., Finelli C. e Neri M. (1998) Memory Training Programs (MTP) in memory complains: efficacy on objective and subjective memory functioning. *Archives of Gerontology and Geriatric* 56;141-154.

Passafiume D., Di Giacomo D. (a cura di), (2006) *La demenza di Alzheimer. Guida all'intervento di stimolazione cognitiva e comportamentale*, Milano, Franco Angeli.

Zanetti O., Frisoni G. B., De Leo D., Buono M. D., Bianchetti A., Trabucchi M. (1995). *Reality Orientation Therapy in Alzheimer's disease. Useful or not? A controlled study*. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, 9, 132-138.