



SCUOLA DI PSICOTERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE

Studio clinico sui disturbi neurocognitivi e il ruolo della riserva cognitiva.

E' efficace l'applicazione della CBT nei DNC?

Cagliari , 24 Novembre 2024

Dott.ssa Laura Prontu

DISTURBI NEUROCOGNITIVI

Nel DSM-5 il termine demenza viene sostituito con quello di Disturbo Neurocognitivo e i criteri per formulare diagnosi di disturbo neurocognitivo sono:

1. deficit che riguardano la cognizione;
2. tali deficit rappresentano un declino rispetto al precedente livello di funzionamento cognitivo raggiunto.

DISTURBI NEUROCOGNITIVI

I Disturbi Neurocognitivi, a seconda del grado di interferenza con lo svolgimento autonomo delle attività quotidiane di base e strumentali, vengono distinti in:

- Disturbo Neurocognitivo lieve (MCI)
- Disturbo Neurocognitivo Maggiore (demenza)

RISERVA COGNITIVA

La riserva cognitiva (CR) viene definita come l'abilità di ottimizzare e massimizzare la prestazione attraverso il reclutamento differenziale di circuiti cerebrali, che potrebbe riflettere l'uso di strategie cognitive alternative (Stern 2002, pag.451).

Un'elevata CR correla positivamente con le prestazioni in compiti di memoria, di attenzione, di linguaggio, di velocità di elaborazione e che valutano le funzioni esecutive.

STUDIO CLINICO

- **Scopo della ricerca:**

valutare il ruolo della riserva cognitiva, nello specifico come la riserva cognitiva influenza le varie fasi dell'invecchiamento normale e patologico;

- **Materiali e metodi:**

la misurazione della riserva cognitiva è stata valutata tramite una procedura standardizzata, ovvero attraverso il questionario Cognitive Reserve Index (CRI);

STUDIO CLINICO

- **Materiali e metodi:**

per valutare i diversi domini cognitivi e lo stato emotivo e funzionale dei soggetti esaminati sono stati utilizzati diversi test neuropsicologici tra cui:

- Mini Mental State Examination (MMSE);
- Frontal Assessment Battery (FAB);
- Memoria di prosa «Raccontino di Babcock»
- Free and Cued Selective Reminding Test (FCSRT)
- Trial Making Test A e B (TMT A- TMT B)
- Geriatric Depression Scale (GDS)

STUDIO CLINICO

- **Campione:**

È stato preso in esame un campione di 54 soggetti recatesi nell'ambulatorio di Neurologia dell'ASL di Olbia per problemi cognitivi.

La valutazione neuropsicologica ha permesso una suddivisione del campione in:

- 10 pazienti sani
- 16 pazienti con diagnosi di MCI
- 28 pazienti affetti da Disturbo Neurocognitivo Maggiore.

STUDIO CLINICO

Il gruppo è costituito da 21 uomini e 33 donne (Tab. 1), con età compresa tra 52 e 91 anni con un'età media pari a 75,09 anni e deviazione standard 9,770 (Tab. 2).

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
M	21	38,9	38,9	38,9
F	33	61,1	61,1	100,0
Total	54	100,0	100,0	

Tab.1 Statistiche descrittive dell'età del campione totale

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ETA' (in anni compiuti)	54	52	91	75,09	9,770
Valid N (listwise)	54				

Tab. 2 Distribuzione delle frequenze rispetto al genere

STUDIO CLINICO

Analizzando l'associazione tra diagnosi e genere è emerso come vi è un'alta percentuale di donne con Disturbo Neurocognitivo Maggiore (57,6%) rispetto agli uomini (42,9%), al contrario, sia nella condizione preclinica (MCI) sia nel campione di soggetti sani è più elevata la percentuale di uomini rispetto alle donne (Tab. 3).

		GENERE		Total
		M	F	
Diagnosi	Norma	5	5	10
		23,8%	15,2%	18,5%
	DNMajor	9	19	28
		42,9%	57,6%	51,9%
	MCI	7	9	16
		33,3%	27,3%	29,6%
Total		21	33	54
		100,0%	100,0%	100,0%

Tab. 3 Incrocio tra diagnosi e genere

STUDIO CLINICO

- **Risultati:**

Allo scopo di indagare il ruolo della riserva cognitiva nelle varie fasi di progressione dei Disturbi Neurocognitivi è stata effettuata un'analisi della varianza univariata, prendendo in considerazione come variabile dipendente i punteggi al questionario CRI e variabile indipendente la Classificazione Diagnostica.

È stato possibile effettuare l'Anova in quanto dal Test di Levene è emerso come le varianze della distribuzione oggetto di studio fossero uguali.

STUDIO CLINICO

- Dalla tabella Anova (Tab. 4) e dalle analisi post-hoc è emerso come vi sia effetto statisticamente significativo del CRI Tempo Libero rispetto alla classificazione diagnostica.
- Dall'analisi a posteriori (Test di Tukey) (Tab. 5), i **soggetti con Disturbo Neurocognitivo Maggiore hanno un punteggio al CRI Tempo Libero (M=75,36, DS=18.4) più basso** rispetto ai sani (M=93,89, DS=13.6) e agli MCI (M=86,79, DS=19.6).

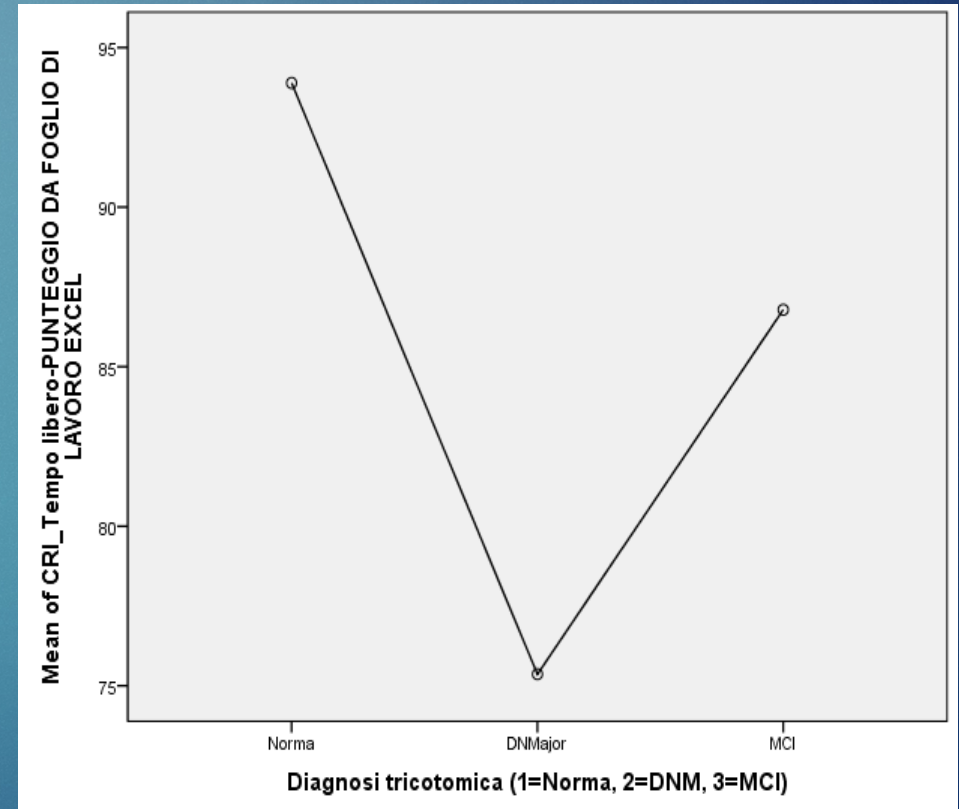
ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
CRI_Scuola	Between Groups	6,387	2	3,193	,015	,985
	Within Groups	8986,591	42	213,966		
	Total	8992,978	44			
CRI_Lavoro	Between Groups	876,112	2	438,056	,794	,459
	Within Groups	23179,532	42	551,894		
	Total	24055,644	44			
CRI_Tempo libero	Between Groups	2544,241	2	1272,120	3,902	,028
	Within Groups	13692,337	42	326,008		
	Total	16236,578	44			
CRI Totale	Between Groups	1036,621	2	518,310	1,282	,288
	Within Groups	16976,579	42	404,204		
	Total	18013,200	44			

Tab. 4 Anova

STUDIO CLINICO

Dependent Variable	(I) Diagnosi	(J) Diagnosi	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
CRI_Tempo libero	Norma	DNMajor	18,525*	7,144	,034	1,17	35,88
		MCI	7,103	7,714	,630	-11,64	25,84
	DNC Major	Norma	-18,525*	7,144	,034	-35,88	-1,17
		MCI	-11,422	6,173	,166	-26,42	3,57
	MCI	Norma	-7,103	7,714	,630	-25,84	11,64
		DNMajor	11,422	6,173	,166	-3,57	26,42

Tab. 5 Comparazioni multiple



STUDIO CLINICO

- **Discussioni e conclusioni:**

L'ipotesi ha convalidato quanto emerso in letteratura, ovvero che vi è una forte associazione tra riserva cognitiva e condizione di normalità.

Le attività intellettuali, sociali e fisiche svolte nel tempo libero potrebbero concorrere in maniera indipendente o sinergica allo sviluppo della RC (Scarmeas et al., 2003; Crowe et al., 2003).

Infatti, nel nostro studio è emerso che vi è un effetto statisticamente significativo del CRI Tempo Libero rispetto alla classificazione diagnostica.

STUDIO CLINICO

Questo dato conferma che i soggetti che nel corso della loro vita acquisiscono un maggior livello di Riserva Cognitiva sono maggiormente in grado di sopperire al deficit neurologico legato alla patologia.

Per concludere, stando sia alla letteratura che ai risultati del nostro studio, sarebbe opportuno incrementare efficacemente le risorse cognitive, in quanto sono un fattore di protezione per lo sviluppo di Disturbi Neurocognitivi e, qualora si fossero già sviluppati, possono rallentarne la progressione.

CBT E LA SUA APPLICAZIONE NEI DISTURBI NEUROCOGNITIVI

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) è una forma di psicoterapia che si concentra sul cambiamento dei modelli di pensiero disfunzionali e delle emozioni negative, promuovendo comportamenti adattivi.

Tradizionalmente utilizzata per trattare disturbi psicologici come depressione, ansia e disturbi del comportamento alimentare, la CBT sta emergendo come un intervento efficace anche per i pazienti con disturbi neurocognitivi.

CBT E LA SUA APPLICAZIONE NEI DISTURBI NEUROCOGNITIVI

La riserva cognitiva (CR) e l'intervento psicoterapico, in particolare la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), giocano un ruolo cruciale nella modulazione dei sintomi e nella gestione di queste patologie.

La riserva cognitiva non è un fattore statico, ma può essere influenzata da fattori ambientali e comportamentali, tra cui gli interventi come la CBT.

I benefici della CBT per i pazienti con DNC includono:

CBT E LA SUA APPLICAZIONE NEI DISTURBI NEUROCOGNITIVI

- 1. Gestione dei sintomi emotivi:** La CBT può aiutare i pazienti ad affrontare l'ansia, la depressione e la frustrazione che spesso accompagnano il declino cognitivo.
- 2. Miglioramento della qualità della vita:** Anche quando il declino cognitivo è evidente, la CBT aiuta i pazienti a trovare modi per mantenere la loro indipendenza nelle attività quotidiane, riducendo il senso di impotenza.
- 3. Stimolazione cognitiva:** Alcune varianti della CBT si concentrano su esercizi che stimolano specifiche funzioni cognitive, come la memoria e l'attenzione, il che potrebbe favorire un certo grado di recupero o miglioramento delle funzioni cognitive residue.
- 4. Supporto psicologico per i caregiver:** La CBT non è solo per i pazienti, ma anche per i caregiver, che possono beneficiare di strategie per gestire lo stress e l'ansia derivanti dal supporto quotidiano a un familiare con DNC.

CBT E LA SUA APPLICAZIONE NEI DISTURBI NEUROCOGNITIVI

Sebbene la riserva cognitiva aiuti a "difendersi" dal declino, la CBT può amplificarne gli effetti, migliorando la flessibilità cognitiva e la resilienza emotiva.

Inoltre, la CBT può contribuire a proteggere la riserva cognitiva prevenendo o riducendo l'insorgere di comorbidità psicologiche come la depressione, che spesso accelera il deterioramento cognitivo.

CONCLUSIONI

- Pertanto, interventi come la terapia cognitivo-comportamentale e l'ottimizzazione della riserva cognitiva possono migliorare notevolmente la qualità della vita.
- Mentre la riserva cognitiva offre una protezione contro il declino cognitivo, la CBT si configura come un valido strumento di intervento psicoterapico per ridurre il carico emotivo e migliorare il funzionamento quotidiano dei pazienti.
- Il futuro della ricerca dovrebbe concentrarsi su come combinare strategie preventive, come il potenziamento della riserva cognitiva, con trattamenti psicologici come la CBT, al fine di sviluppare approcci terapeutici sempre più completi ed efficaci per i disturbi neurocognitivi.

The background is a dark teal gradient. In the corners, there are decorative white line-art elements resembling circuit traces or neural network connections, with small circles at the end of the lines.

GRAZIE A TUTTI/E PER
L'ATTENZIONE!