

UNIVERZITET U SARAJEVU – FILOZOFSKI FAKULTET
ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU

ZAVRŠNI RAD

Primjena reminiscencijske terapije kod osoba s demencijom

Mentorica: prof. dr. Maida Koso – Drljević

Student: Mario Frančešević

Novembar, 2024. godine

UNIVERSITY OF SARAJEVO – FACULTY OF PHILOSOPHY
DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

FINAL PAPER

Application of reminiscence therapy on people with dementia

Mentor: Maida Koso – Drljević, PhD

Student: Mario Frančesević

November, 2024

PRIMJENA REMINISCENCIJSKE TERAPIJE KOD OSOBA S DEMENCIJOM

Mario Frančešević

Sažetak:

Ovaj rad istražuje efekte reminiscencijske terapije kod osoba s demencijom. Demencija, progresivni neurodegenerativni poremećaj, utiče na kognitivne i emocionalne funkcije pacijenata, značajno smanjujući kvalitetu života. S obzirom na rastući broj starijih osoba, važno je istražiti terapije koje mogu usporiti kognitivni pad i pružiti emocionalnu podršku. Da bi to bilo moguće, potrebno je prvo razumijeti sami poremećaj, to jeste demenciju, šta sve može da uzrokuje demenciju i kako izgleda razvoj simptoma ovog poremećaja. Zatim se analiziraju postojeći tretmani za demenciju, uključujući farmakološke i nefarmakološke pristupe, te se posebno fokusira na reminiscencijsku terapiju. Reminiscencijska terapija, koja uključuje prisjećanje i dijeljenje prošlih događaja, pokazala se kao efikasna psihosocijalna intervencija. Cilj rada je analizirati relevantnu literaturu, studije slučaja i istraživanja kako bi se utvrdili pozitivni efekti reminiscencijske terapije, kao i potencijalni faktori koji doprinose njenoj uspješnosti, te njene mane i nedostaci. Rad dalje obuhvata analizu kako reminiscencijska terapija utiče na emocionalno stanje pacijenata, smanjuje simptome depresije i anksioznosti, te poboljšava socijalnu interakciju i kvalitet života.

Ključne riječi:

Demencija, reminiscencijska terapija, kognitivne funkcije, emocionalna podrška, starije osobe, psihosocijalna intervencija, kvaliteta života.

APPLICATION OF REMINISCENCE THERAPY ON PEOPLE WITH DEMENTIA

Mario Frančešević

Abstract:

This paper investigates the effects of reminiscence therapy in people with dementia. Dementia, a progressive neurodegenerative disorder, affects the cognitive and emotional functions of patients, significantly reducing the quality of life. Given the growing number of elderly people, it is important to explore therapies that can slow cognitive decline and provide emotional support. In order for this to be possible, it is necessary to first understand the disorder itself, that is dementia, what can cause dementia and what the development of the symptoms of this disorder looks like. It then analyzes existing treatments for dementia, including pharmacological and non-pharmacological approaches, with a particular focus on reminiscence therapy. Reminiscence therapy, which involves recalling and sharing past events, has been shown to be an effective psychosocial intervention. The aim of the paper is to analyze relevant literature, case studies and research in order to determine the positive effects of reminiscence therapy, as well as potential factors that contribute to its success, as well as its flaws and shortcomings. The paper further includes an analysis of how reminiscence therapy affects the emotional state of patients, reduces symptoms of depression and anxiety, and improves social interaction and life satisfaction.

Key words:

Dementia, reminiscence therapy, cognitive functions, emotional support, elderly people, psychosocial intervention, quality of life.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. DEFINICIJA I VRSTE DEMENCIJE	3
2.1. Alzheimerova bolest	5
2.2. Vaskularna demencija	6
2.3. Pickova bolest	7
2.4. Huntingtonova bolest	9
2.5. Parkinsonova bolest	10
2.6. Frontotemporalna demencija	12
3. TRETMANI ZA DEMENCIJU	15
3.1. Farmakološki pristup	15
3.2. Nefarmakološki pristup	16
4. REMINISCENCIJSKA TERAPIJA	20
4.1. Učinkovitost reminiscencijske terapije u praksi	22
5. ZAKLJUČAK	28
6. LITERATURA	30

1. UVOD

Demencija je progresivni neurodegenerativni poremećaj koji utječe na nekoliko kognitivnih funkcija, te pogađa 36,6 miliona ljudi širom svijeta (Alzheimer's Disease International, 2009). Većinu slučajeva demencije možemo vidjeti kod osoba starijih od 65 godina, a starija populacija brzo raste i u apsolutnom broju i u postotku stanovništva. U Sjedinjenim Američkim Državama 1950. godine 8% stanovništva bilo je starije od 65 godina, što je činilo 12,3 miliona ljudi. Do 1995. udio je porastao na oko 12,8%, što je činilo 33,5 miliona ljudi. Do 2030. procjenjuje se da će 20% stanovništva biti starije od 65 godina, što će činiti više od 69 miliona osoba. Štoviše, najbrže rastuća dobna skupina su vrlo stari, oni od 85 godina i stariji, koji bi mogli činiti 18,2 miliona ljudi do sredine dvadeset prvog stoljeća (Mendez i Cummings, 2003). Postoje niz bolesti i stanja u kojima se može javiti demencija, što nam govori da je demencija vrlo širok pojam. Demencija nije ograničena samo na jednu bolest već se radi o velikom javno - zdravstvenom problemu s obzirom na populaciju oboljelih koja je vrlo ranjiva i kojoj je potrebna pomoć društva u cjelini. Također, demencija ne pogađa samo kognitivne sposobnosti, već i emocionalno stanje oboljelih što drastično utiče na pad kvalitete života. Upravo iz ovog razloga postoje terapije koje nastoje pomoći oboljelima da uspore njihov kognitivni pad i pritom pruže emocionalnu podršku. Ove vrste terapije igraju veliku ulogu u njihovoj rehabilitaci i sve se više istraživanja radi na ovu temu. Reminiscencijska terapija je popularna psihosocijalna intervencija za starije odrasle osobe jer uključuje sudionika u prisjećanje i dijeljenje prošlih događaja radi poboljšanja psihološke dobrobiti. Utvrđeno je da reminiscencija povećava zadovoljstvo životom, smanjuje ili sprječava depresiju, angažuje osobe s demencijom, promiče društvenu interakciju, smanjuje kroničnu bol, pomaže u kognitivnoj orijentaciji, te poboljšava odnose između osoblja, oboljelih od demencije i njihove obitelji (Latha, Bhandary, Tejaswini i Sahana, 2014).

Ovaj rad ima za cilj da istraži moguće efekte reminiscencijske terapije kod ljudi koji imaju dijagnosticiranu demenciju, kroz analizu relevantne literature, studije slučaja i rezultate istraživanja. Opisana su najnovija saznanja o uticaju ove terapije, te su i identificirani određeni faktori koji mogu doprinjeti njenom uspjehu, ali i mane i nedostaci koje može da ima ova terapija u liječenju oboljelih od demencije.

U ovom radu ćemo, kroz analizu literature, odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Šta je demencija i koje su vrste i uzroci demencije: obrazložiti poremećaje kod kojih se javlja demencija (Alzheimerova demencija, frontotemporalna demencija, vaskularna demencija, Pickova bolest, Huntingtonova bolest, Bolest Lewijevih tjelašaca)?
2. Koji su dostupni tretmani za demencije?
3. Opis reminiscencijske terapije, koje su osnovne značajke reminiscencijske terapije, kako se provodi i koliko je efikasna u tretmanu kognitivnih deficita kod osoba s različitim vrstama demencije?

2. DEFINICIJA I VRSTE DEMENCIJE

Demencija je sindrom koji obuhvaća veliki broj karakterističnih moždanih poremećaja. Iako je disfunkcija pamćenja temelj većine formalnih definicija demencije, kognitivno oštećenje može biti razorno čak i kada je pamćenje relativno očuvano, kao u slučaju kada su oslabljene govorne i izvršne funkcije (Korczyn, Vakhapova i Grinberg, 2012).

Demencija je sindrom stečenog kognitivnog oštećenja uzrokovanog disfunkcijom mozga. Ovaj poremećaj ima ogromne posljedice za pacijente, obitelji i društvo. Njemački neuropatolog Alois Alzheimer je 1906. godine opisao slučaj 51-godišnje žene s demencijom, čija je bolest kasnije nazvana po njemu. Pacijentica s Alzheimerovom bolešću požalila se na gubitak samosvijesti, ilustrirajući kako ova bolest dva puta dovodi do gubitka pacijenata, prvi put kroz demenciju i zatim opet nakon smrti (Boller i Forbes, 1998).

Očekuje se da će prevalencija demencije svih uzroka porasti s 50 miliona ljudi u 2010. na 113 miliona do 2050. godine širom svijeta (Brodaty i sur., 2011). Prevalencija demencije je porasla i u zemljama s visokim dohotkom i u zemljama sa srednjim/niskim dohotkom tijekom posljednjih 50 godina zahvaljujući produljenom očekivanom životnom vijeku. Unatoč tome učestalost demencije lagano se smanjila u nekim zemljama s visokim dohotkom kao što su Sjedinjene Američke Države, Ujedinjeno Kraljevstvo i Francuska (Wu i sur., 2017). Na primjer, u Framinghamskoj studiji srca, stopa rizika od razvoja demencije prilagođena za dob i spol kod osoba starijih od 60 godina iznosila je 3,6 na 100 osoba u kasnim 1970-im i ranim 1980-im godinama, dok je taj broj pao na 2,2 na 100 osoba u kasnim 2000-im i početkom 2010-ih godina (Satizabal, Beiser, Chouraki, Chêne, Dufouil i Seshadri, 2016). Manja učestalost demencije kod ljudi rođenih kasnije mogla bi biti posljedica promjena u obrazovanju, socio-ekonomiji, zdravstvu i životnom stilu koje su se dogodile u posljednjih nekoliko desetljeća. Konkretno, viša obrazovna postignuća zaštitni su čimbenik protiv demencije zato što prenose veću sposobnost da se izdrže posljedice neurodegenerativnih i cerebrovaskularnih bolesti koje se nazivaju "kognitivna rezerva" (Stern, 2012). Međutim, pokušaji dokazivanja uzročno-posljedičnih odnosa između različitih olakšavajućih čimbenika i učestalosti demencije pokazali su se vrlo teškim (Satizabal, Beiser, Chouraki, Chêne, Dufouil i Seshadri, 2016).

Prevalencija očitog kognitivnog oštećenja eksponencijalno raste s odmakom u dobi. Doista, učestalost demencije naglo raste nakon 65 godina i nastavlja rasti nakon toga. Učestalost demencije svih uzroka kod osoba u dobi od 65 do 70 godina je otprilike 1 na 100 godišnje i

povećava se do 4 na 100 godišnje kod osoba u dobi od 80 do 90 godina (Niu, Álvarez-Álvarez, Guillén-Grima i Aguinaga-Ontoso, 2017). U meta-analizi 20 studija iz Europe i Sjeverne Amerike, prevalencija klinički dijagnosticirane amnestičke demencije (demencija koja se pripisuje bez biomarkera Alzheimerove bolesti) porasla je sa <1% kod osoba u dobi od 65-69 godina na 7-8% kod osoba u dobi od 80–84 godine do čak 27% kod dobi od 90–94 godine (Hy i Keller, 2000). Najbrže rastući demografski segment u zemljama s visokim dohotkom je najstarija skupina (ljudi u dobi >90 godina), što je skupina s najvećim rizikom od kognitivnih poremećaja, posebice multi-etiološke demencije. Povećano preživljavanje u starijoj odrasloj dobi u zemljama s niskim i srednjim dohotkom dovodi do povećanja ukupnog društvenog tereta demencije (Wu i sur., 2017).

Dostupni dokazi upućuju na to da se blaga demencija rijetko dijagnosticira, a čak je i umjereno teška demencija nedovoljno prepoznata u kliničkoj praksi (Callahan, Hendrie i Tierney, 1995). Pregled temeljen na dokazima koji je provela Američka akademija za neurologiju zaključio je da instrumenti za pregled mentalnog statusa kao što su Mini-Mental State Examination (Folstein, Folstein i McHugh, 1975) korisni su za otkrivanje demencije i trebali bi se koristiti u populaciji s povećanim rizikom od demencije kao što su stariji pacijenti i oni koji se žale na oštećenje pamćenja. Specifičnost Mini-Mental State Examination je dobra (96%), ali je osjetljivost loša (63%), što ukazuje da će sam test (koristeći standardnu graničnu ocjenu od 24) ostaviti znatan udio neotkrivenih slučajeva rane demencije. Kako bi se poboljšalo otkrivanje ranih faza Alzheimerove bolesti, važno je ispitati pacijente i njihove bližnje o prisutnosti abnormalnosti u učenju i zadržavanju novih informacija, poteškoćama u rješavanju složenih zadataka, oslabljenoj sposobnosti rasuđivanja, kao i promjenama u jeziku ili ponašanju (Petersen, Stevens, Ganguli, Tangalos, Cummings i DeKosky, 2001).

Unatoč važnosti demencije, kliničari su tek 1970-ih počeli razlikovati demenciju od "senilnosti" koja se može pripisati samo uobičajnom starenju. Od tada je došlo do eksplozije informacija i znanja o dementnim bolestima. Klinička istraživanja razjasnila su specifične kognitivne poremećaje i poremećaje ponašanja nekoliko demencija, a neurobiološki napredak doveo je do boljeg razumijevanja osnovnih neurobioloških mehanizama demencije. Ovo znanstveno razumijevanje potaknulo je upotrebu terapija koje se temelje na mehanizmu, kao što je upotreba inhibitora acetilkolinesteraze i antioksidansa u liječenju Alzheimerove bolesti (Mendez i Cummings, 2003).

2.1. Alzheimerova bolest

Alzheimerova bolest odgovorna je za 60% do 70% slučajeva progresivnog kognitivnog oštećenja kod starijih pacijenata. Ukupna prevalencija Alzheimerove bolesti u Sjedinjenim Američkim Državama procjenjuje se na 2,3 miliona (Brookmeyer, Gray i Kawas, 1998). Prevalencija Alzheimerove bolesti udvostručuje se svakih pet godina nakon 60. godine života, povećavajući se s prevalencijom od 1% među osobama u dobi od 60 do 64 godine na do 40% osoba u dobi od 85 godina i starijih (von Strauss, Viitanen, De Ronchi, Winblad i Fratiglioni, 1999). Bolest je češća kod žena nego muškaraca u omjeru od 1,2 do 1,5 (Gao, Hendrie, Hall i Hui, 1998). Broj novih slučajeva godišnje procjenjuje se na 360 000, što je isto što i 980 novih slučajeva dnevno ili 40 novih slučajeva svakog sata. Populacija pacijenata s Alzheimerovom bolešću će se gotovo učetverostručiti u sljedećih 50 godina ako se sadašnji trend nastavi (Brookmeyer, Gray i Kawas 1998). Novac uložen za brigu o pacijentima u 1991. godini iznosio je 20,6 milijardi američkih dolara, a ukupan uložen novac procijenjen je na 76,3 milijardi američkih dolara (Ernst i Hay, 1994). Većina izravnih troškova skrbi za pacijente s Alzheimerovom bolešću apsorbira se troškovima skrbi u staračkom domu, otprilike 47 000 dolara po pacijentu godišnje (Max, 1993).

U epidemiološkim studijama, osim dobi i ženskog spola, identificirano je nekoliko čimbenika rizika za Alzheimerovu bolest. Najjači faktor rizika je prisutnost alela apolipoproteina $\epsilon 4$ (ApoE $\epsilon 4$). Od svoja 3 oblika 2, 3 i 4 - samo alel $\epsilon 4$ povećava vjerojatnost razvoja Alzheimerove bolesti. Životni rizik od Alzheimerove bolesti za pojedinca bez alela $\epsilon 4$ je približno 9%, doživotni rizik od Alzheimerove bolesti za pojedinca koji nosi najmanje jedan $\epsilon 4$ alel je 29% (Seshadri, Drachman i Lippa, 1995). Iako predstavlja znatan rizik za Alzheimerove bolesti, genotip $\epsilon 4$ nije dovoljno specifičan ili osjetljiv za dijagnozu Alzheimerove bolesti da bi se dopustila njegova uporaba kao dijagnostičkog testa. Štoviše, čini se da alel $\epsilon 4$ povećava rizik za Alzheimerovu bolest više u bijelih i azijskih populacija nego u crnaca i latinoameričkih populacija. Drugi čimbenici rizika uključeni u razne studije uključuju ozljede glave, niske razine folata i vitamina B₁₂ u serumu, povišene razine homocisteina u plazmi i ukupnog homocisteina, obiteljsku povijest Alzheimerove bolesti ili demencije, manje godina formalnog obrazovanja, niži prihod i niži profesionalni status (Clarke, Smith, Jobst, Refsum, Sutton i Ueland, 1998). Nasuprot tome, viša razina obrazovanja, umjerena dnevna konzumacija vina i veća količina ribe u prehrani povezani su s nižim rizikom od Alzheimerove bolesti (Kalmijn, Launer, Ott, Witteman, Hofman i Breteler,

1997). Razlike u prevalenciji Alzheimerove bolesti među populacijskim skupinama diljem svijeta ukazuju na još neotkrivene genetske ili okolišne učinke na prevalenciju Alzheimerove bolesti (Hendrie i sur., 2001).

Tipični klinički sindrom Alzheimerove bolesti uključuje amnestički tip defekta pamćenja s poteškoćama u učenju i prisjećanju novih informacija, progresivni jezični poremećaj koji počinje anomijom i napreduje do tečne afazije, te poremećaji vizualno-prostornih vještina koje se očituju dezorijentiranošću u okolini i poteškoćama u kopiranju figura tijekom ispitivanja mentalnog statusa (Cummings i Benson, 1992). Obično postoje nedostaci u izvršnoj funkciji (planiranje, uvid, prosudba) i pacijent obično nije svjestan pamćenja ili kognitivnog kompromisa. Svi kognitivni nedostaci progresivno se pogoršavaju.

Alzheimerova bolest se najčešće pojavljuje s teškoćama u kratkoročnom pamćenju, ali se također javlja oštećenje izražajnog govora, vidno-prostorne obrade i izvršnih (mentalna agilnost) funkcija. Većina slučajeva Alzheimerove bolesti nije dominantno naslijeđena i postoji složena povezanost s genetikom kod mnogih osoba sa ovim poremećajem (Knopman i sur., 2021). Ozbiljnost kognitivnog oštećenja u bolesnika s Alzheimerovom bolešću varira. Najranije manifestacije mogu biti subjektivni pad mentalnih sposobnosti u odsutnosti oslabljene izvedbe na objektivnom kognitivnom testiranju (Jessen i sur., 2014). Blago kognitivno oštećenje odnosi se na najraniji simptomatski stadij kognitivnog oštećenja u kojem je jedna kognitivna domena ili, eventualno, više njih oštećeno barem u blagoj mjeri, dok su funkcionalne sposobnosti relativno očuvane (Petersen i sur., 2004). Nasuprot tome, demencija se definira kao kognitivno oštećenje dovoljnog opsega da naruši neovisnost i utječe na svakodnevni život. Demencija s postupnim početkom i kontinuiranim napredovanjem, koja se odlikuje izraženim amnestičkim simptomima, predstavlja klinički fenotip Alzheimerove bolesti (McKhann i sur., 2011).

2.2. Vaskularna demencija

Drugi glavni uzrok demencije nakon Alzheimerove bolesti jeste vaskularna demencija. Vaskularna demencija uzrokuje oko 15% slučajeva demencije u svijetu. Blessed, Tomlinson i Roth su 1968. godine utvrdili da je Alzheimerova bolest, a ne vaskularna patologija, glavni uzrok demencije u kasnoj životnoj dobi.

Rani pogledi početkom dvadesetog stoljeća smatrali su da je senilna demencija posljedica cerebralne arterioskleroze (Román i sur., 2004). Opis Aloisa Alzheimerova mikroskopske

demencije uzrokovane neuritskim plakovima i neurofibrilarnim promjenama nasuprot vaskularnim promjenama stvorio je koncept da iako je cerebralna arterioskleroza bila povezana s demencijom kod starijih subjekata, kod mlađih su plakovi i čvorovi bili krivci. Ovaj koncept je prevladavao nekoliko desetljeća sve dok nije doveden u pitanje patološkim nalazima koji pokazuju plakove i neurofibrilarne naslage u mozgu većine dementnih starijih osoba, bez obzira na dob. Stoga je demencija vaskularnog porijekla progresivno odbačena u diferencijalnoj dijagnozi demencije i počela se vraćati u fokus tek nakon pažljive analize Tomlinsona i sur. 1960-ih (Tomlinson, Blessed i Roth, 1968). Ti su istraživači zaključili da je moždani udar znatnog volumena praćen velikim rizikom od razvoja demencije. U 1970-ima, Hachinski i sur. su otišli dalje i skovali termin multiinfarktna demencija implicirajući da kumulativni rezultat višestrukih moždanih udara, koji nisu nužno simptomatski ili se pojavljuju u isto vrijeme, može uzrokovati demenciju (Hachinski, Lassen i Marshall, 1974). Ovaj veliki napredak ubrzo je podržan neuroslikanjem, osobito nakon uvođenja kompjuterizirane tomografije (CT) i magnetske rezonance (MRI). Moderni neuroimaging naknadno je pomogao da se uvedu neinfarktne vaskularne promjene, kao što su lezije bijele tvari (WML), male subkortikalne praznine i mikrokrvarenja, kao čimbenici kognitivnog pada (Hachinski, 1994).

Pristup multiinfarktnoj demenciji (Hachinski, Lassen i Marshall, 1974) bio je vrlo utjecajan i kasniji sustavi klasifikacije vaskularne demencije, uključujući međunarodnu klasifikaciju bolesti (ICD-10) i dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (DSM-IV), uglavnom su se temeljili na tome (World Health Organization, 1992). Međutim, naknadno je postalo jasno da je multiinfarktna demencija samo jedan od mnogih mogućih uzroka vaskularne demencije, a patološke studije iz velikih kohorti pokazale su da je subkortikalna vaskularna bolest, a ne veliki kortikalni infarkt, odgovorna za većinu slučajeva vaskularne demencije (Román, Erkinjuntti, Wallin, Pantoni, i Chui, 2002).

2.3. Pickova bolest

Pickova bolest je rijedak neurodegenerativni poremećaj. Procjenjuje se da je 10 puta rjeđa od Alzheimerove bolesti čak i u regijama s visokom prevalencijom (Clark, Manz, White III, Lehmann, Miller i Coyle, 1986). Prvi put ga je klinički opisao Pick 1892. (Pick, 1892). Pickova bolest se može prvi put pojaviti u širokom rasponu dobi (40-80 godina). Za razliku od Alzheimerove bolesti, češće se javlja prije 65. godine života („predsenilna“). Najčešće se pojavljuje u šestom desetljeću života (Heston i Mastroi, 1982). Trajanje bolesti je također

različito, od 2 do 17 godina. Spolna učestalost je gotovo jednaka, iako su neka istraživanja pokazala veću zastupljenost kod žena (Heston, White i Mastri, 1987). Arnold Pick je 1892. godine izvijestio o slučaju Augusta H. koji je bio prvi slučaj „Pickove bolesti“, sada nazvane FTLD (Pick, 1892). U početku je ovaj čovjek imao oštećenje pamćenja, a kasnije je tijekom terapije uočena transkortikalna senzorna afazija. Postmortem patološki pregled pokazao je ograničenu atrofiju s pretežnom lijevom stranom u frontotemporalnom režnju. Nakon toga, Pick je izvijestio o osam sličnih slučajeva s ograničenom atrofijom u frontalnom ili temporalnom režnju. Međutim, u svojim radovima nije pružio detaljne histološke nalaze za svaki pojedinačni slučaj, uključujući podatke o prisutnosti ili odsutnosti intraneuronskih inkluzija. Godine 1911. Alois Alzheimer prvi je izvijestio o sfernim argirofilnim intraneuronskim citoplazmatskim inkluzijama koje se danas nazivaju Pickova tjelešca (Alzheimer, 1911). Onari i Spatz (1926) predložili su pojam „Pickova bolest“ da se odnosi na slučajeve s ograničenom frontotemporalnom atrofijom, bez obzira na prisutnost ili odsutnost Pickovih tjelešaca. Doista, među pet ispitanih slučajeva, samo su dva slučaja imala Pickova tjelešca, dva slučaja ih nisu imala, a nije navedeno je li jedan slučaj imao inkluzije. Njihova patološka definicija „Pickove bolesti“ bila je: (1) makroskopska atrofija frontotemporalnog režnja, (2) gubitak neurona u zahvaćenom cerebralnom korteksu, koji je bio dominantniji u površinskim nego u dubokim kortikalnim slojevima, (3) nikakava ili blaga arteriosklerotična promjena, (4) odsutnost upalne promjene i (5) odsutnost senilnih plakova i neurofibrilarnih čvorova. To znači da je njihov koncept „Pickove bolesti“ uglavnom definiran makroskopskim značajkama (tj. lobarnom atrofijom frontotemporalnog režnja), a ne mikroskopskim citopatološkim nalazima (tj. Pickovim tjelešcima). Nakon toga je provedeno nekoliko kliničkih studija na temelju mišljenja da prisutnost Pickovih tjelešaca ne mora utjecati na kliničku sliku u slučajevima s frontotemporalnom lobarnom atrofijom (Cummings i Duchon, 1981). Oko 70 godina nakon izvještaja Onarija i Spatz, predložen je kliničko-patološki entitet bolesti frontotemporalne demencije (Englund i sur., 1994). Smatralo se da frontotemporalna demencija uključuje tri kliničko-patološka podtipa: tip degeneracije frontalnog režnja (FLD), tip Picka i tip bolesti motoričkog neurona. U sustavu klasifikacije primijećeno je da tip degeneracije frontalnog režnja karakterizira relativno blaga cerebralna atrofija u frontalnim i temporalnim režnjevima bez Pickovih tijela i da slučajevi Pickovog tipa pokazuju tešku kortikalnu atrofiju sa ili bez Pickovih tijela. Tip bolesti motoričkog neurona definiran je također zahvaćenošću frontotemporalnog režnja i motoričkih neurona. Stoga, u ovom sustavu klasifikacije, prisutnost Pickovih tijela nije neophodna za dijagnozu Pickova tipa. Ovo je stajalište bilo u skladu s Onarijevim i Spatzovim stajalištem. Koncept bolesti

frontotemporalne demencije bio je prototip kliničke klasifikacije frontotemporalne lobarne degeneracije predložene 1998. Frontotemporalna lobarna degeneracijase sastoji od tri klinička sindroma, frontotemporalna demencija, progresivna nefluentna afazija i semantička demencija (Neary i sur., 1998).

2.4. Huntingtonova bolest

Kada pričamo o vrstama demencija, ne možemo da ne spomenemo i Huntingtonovu bolest. Osobe s Huntingtonovom bolešću mogu postati simptomatske u bilo kojem trenutku u dobi od 1 do 80 godina, prije toga su zdravi i nemaju vidljive kliničke abnormalnosti (Myers, 2004). Kognitivna disfunkcija u Huntingtonovoj bolesti često šteti dugoročno pamćenje, ali narušava izvršne funkcije, kao što su organiziranje, planiranje i odgađa sticanje novih motoričkih vještina. Ove se značajke s vremenom pogoršavaju, govor se kvari brže od razumijevanja (Folstein, 1989).

George Huntington, mladi liječnik iz Connecticuta, objavio je 1872. godine jedan od prvih opisa poremećaja koji će ponijeti njegovo ime (Huntington i Chorea, 1872.). Publikacija, jedna od samo dvije koje je objavio u cijeloj njegovoj karijeri, temeljila se na obiteljima o kojima se brinuo njegov otac koji je također bio liječnik. Neurološki poremećaj je dominantno nasljedan i karakteriziran prekomjernim motoričkim pokretima i neuropsihološkim deficitima. Raniji opisi neurološkog poremećaja koji je gotovo sigurno Huntingtonova bolest (HD) može se pronaći (Harper 2002), međutim, mnogi još uvijek smatraju da je George Huntington dao prvi potpuni opis Huntingtonove bolesti. Prošlo je više od jednog stoljeća prije nego što je identificirana temeljna genetska mutacija Huntingtonove bolesti (Bates, 2005). U to vrijeme, veliki tim istraživača surađivao je na najambicioznijem istraživanju gena. Oslonili su se na uzorke DNK iz obitelji u regiji jezera Maracaibo u Venezueli, području s visokom gustoćom Huntingtonove bolesti i značajnim krvnim srodstvom. Tim istraživača je 1993. godine izvijestio o uspješnom otkriću nestabilne tripletne ponovljene ekspanzije unutar IT15 koja je kosegregirala s coHD (MacDonald i sur., 1993). IT15, kasnije nazvan HUNTINGTIN (HTT) gen, nije imao značajnu homologiju s drugim genima u genomu i kodirao je mRNA od približno 10 kilobaza (kB) i protein od 350 kilodaltona (kDa).

Huntingtonova bolest najčešća je nasljedna neurodegenerativna bolest koju karakteriziraju nekontrolirani pretjerani motorički pokreti te kognitivni i emocionalni deficiti. Mutacija odgovorna za Huntingtonovu bolest dovodi do abnormalno duge ekspanzije poliglutamina (polyQ) u proteinu huntingtin (Htt), koji daje jednu ili više toksičnih funkcija mutantu Htt što

dovodi do neurodegeneracije. PolyQ ekspanzija čini Htt sklonim agregaciji i nakupljanju, a manipulacije koje ublažavaju pogrešno savijanje proteina ili olakšavaju uklanjanje pogrešno savijenih proteina imaju tendenciju usporavanja napredovanja bolesti u HD modelima (Finkbeiner, 2011).

2.5. Parkinsonova bolest

Parkinsonovu bolest je poprilično česta, s približno 6,1 miliona ljudi koji su bili pogođeni diljem svijeta u 2016. godini (Feigin i sur., 2019). Iz razloga koji još nisu u potpunosti shvaćeni, prevalencija ove bolesti brzo je porasla u protekla dva desetljeća. Učinak Parkinsonove bolesti na pacijenta je ogroman. Jedinstveno za degenerativnu bolest, ona može trajati desetljećima. Spor napredak s akumulacijom invaliditeta, uz prisutnost simptoma kao što su kognitivni pad, depresija i bol, često karakterizira pogođene osobe (Deuschl i sur., 2020).

Parkinsonova bolest je čest i složen neurološki poremećaj. Prvi detaljan opis Parkinsonove bolesti napravljen je prije gotovo dva stoljeća, ali konceptualizacija bolesti nastavlja se razvijati. Parkinsonova bolest je neurodegenerativno oboljenje koje se u svojoj suštini odlikuje ranim i izraženim gubitkom dopaminergičkih neurona u dijelu mozga poznatom kao substantia nigra pars compacta (SNpc). Posljedični nedostatak dopamina unutar bazalnih ganglija dovodi do poremećaja kretanja karakteriziranog klasičnim Parkinsonovim motoričkim simptomima. Oštećenja u različitim kognitivnim domenama, kao što su izvršne funkcije, govor, pamćenje i vizualno-prostorne vještine, opisana su kod pacijenata kod kojih još nisu prisutni očiti znakovi demencije (Lees i Smith, 1983). Poremećaji izvršnih funkcija, što je termin koji opisuje mentalne procese uključene u razradu i kontrolu kognitivnih i bihevioralnih odgovora na izazovne situacije u okruženju (Dubois i Pillon, 1996), temelj su većine kognitivnih promjena kod Parkinsonove bolesti. Pacijenti imaju poteškoća s obavljanjem zadataka koji zahtijevaju stvaranje mentalnih sklopova, odgovarajuće planiranje i kognitivno sekvenciranje (Dubois i Pillon, 1996). Iako sve neuropsihološke studije ne pokazuju oštećenje govora kod Parkinsonove bolesti, neke studije su pronašle nedostatke u semantičkoj fluentnosti (Auriacombe, Grossman, Carvell, Gollomp, Stern i Hurtig, 1993), fluentnosti imenovanja glagola (Péran, Rascol, Démonet, Celsis, Nespoulous, Dubois i Cardebat, 2003) i zadacima naizmjenične fluentnosti (Péran, Rascol, Démonet, Celsis, Nespoulous, Dubois i Cardebat, 2003). Oštećenje sposobnosti prisjećanja, uz poboljšanje pomoću vanjskih znakova (podsjetnika), dosljedno je zabilježeno kod Parkinsonove bolesti.

Nekoliko autora otkrilo je značajne razlike između pacijenata s Parkinsonovom bolešću i kontrolne skupine u mjerama trenutnog prisjećanja (Taylor, Saint-Cyr i Lang, 1990), učenja popisa riječi (Taylor, Saint-Cyr i Lang, 1986) i prisjećanja riječi (Sagar, Sullivan, Cooper i Jordan, 1991). Učenje novih informacija je manje pogođeno, dok je prepoznavanje bolje očuvano, što sugerira deficit u stvaranju strategija kodiranja i prisjećanja uz relativno očuvanu pohranu informacija. Međutim, limbiko-kortikalni obrazac memorijskih deficita također je zabilježen kod nedementnih pacijenata s Parkinsonovom bolešću (Weintraub, Moberg, Culbertson, Duda i Stern, 2004). Parkinsonova bolest također je povezana s brojnim nemotoričkim simptomima, od kojih neki prethode motoričkoj disfunkciji više od desetljeća. Glavno uporište liječenja Parkinsonove bolesti je simptomatsko liječenje lijekovima koji povećavaju koncentraciju dopamina ili izravno stimuliraju dopaminske receptore. Međutim, Parkinsonova bolest uključuje neurotransmitere koji nisu dopamin i regije živčanog sustava izvan bazalnih ganglija. Za Parkinsonovu bolest se ranije smatralo da je prvenstveno uzrokovana okolišnim čimbenicima, ali istraživanje otkriva da se bolest razvija iz komplicirane interakcije genetike i okoliša. Stoga se Parkinsonova bolest sada promatra kao sporo progresivni neurodegenerativni poremećaj koji počinje godinama prije postavljanja dijagnoze, uključuje višestruka neuroanatomska područja, rezultat je kombinacija genetskih i okolišnih čimbenika i manifestira se širokim rasponom simptoma. Ove složenosti Parkinsonove bolesti prate klinički izazovi. Konkretno, ne postoje dijagnostički testovi koji bi omogućili postavljanje definitivne dijagnoze u ranim fazama bolesti. Zlatni standard za dijagnozu Parkinsonove bolesti bila je prisutnost SNpc degeneracije i Lewyjeve patologije pri post mortem patološkom pregledu. Lewyjeva patologija sastoji se od abnormalnih agregata proteina α -sinukleina, koji se nazivaju Lewyjeva tjelešca i Lewyjevi neuriti. Veza između Lewyjeve patologije i patogeneze bolesti nije u potpunosti jasna. Strategije upravljanja za mnoge onesposobljavajuće značajke koje se javljaju u kasnim stadijima bolesti su loše. Ove značajke uključuju motoričke simptome koji ne reagiraju na dopaminergičke terapije ili se razvijaju kao komplikacije dugotrajne uporabe dopaminergičkih lijekova, kao i niz nemotoričkih simptoma. Tretmani koji modificiraju bolest i koji smanjuju stopu neurodegeneracije ili zaustavljaju proces bolesti ostali su nedostižni i najveća su nezadovoljena terapijska potreba za Parkinsonovu bolest. Međutim, razumijevanje patogeneze Parkinsonove bolesti se širi i time pomaže identificirati potencijalne ciljeve za modifikaciju bolesti (Kalia i Lang, 2015).

2.6. Frontotemporalna demencija

Frontotemporalna demencija (FTD) odnosi se na skupinu sindroma koji su posljedica degeneracije frontalnog i temporalnog režnja. Obično se razlikuju dva glavna klinička oblika frontotemporalne demencije, bihevioralni tip i tip koji utiče na govor. Drugi tip se dalje dijeli na nefluentnu varijantu i semantičku varijantu primarne progresivne afazije (Sieben i sur., 2012). Frontotemporalna demencija je drugi najčešći oblik presenilne demencije nakon demencije u Alzheimerovoj bolesti (Ratnavalli, Brayne, Dawson i Hodges, 2002), sa prevalencijom od 15-22 osoba na 100 000 osoba u dobnoj skupini između 45 i 65 godina (Onyike i Diehl-Schmid, 2013). Dijagnostika frontotemporalne demencije je zahtjevna jer su promjene u ponašanju i jeziku obično prvi simptomi, dok pamćenje ili drugi kognitivni poremećaji mogu izostati. Također, kliničko liječenje je izazovno jer trenutno nisu dostupni specifični farmakološki ili nefarmakološki tretmani. Fokus kliničkog upravljanja je na interdisciplinarnom upravljanju promjenama u ponašanju i na podršci njegovatelja (Kurz, Kurz, Ellis i Lautenschlager, 2014). Arnold Pick prvi je opisao afazične i apraksične sindrome koji su posljedica žarišne atrofije frontalnog i temporalnog režnja (Pick, 1906). Nakon histopatološkog pregleda takvih slučajeva Alois Alzheimer pronašao je napuhane neurone (Pickove stanice) i osebujne intraneuronske inkluzije - Pickova tjelešca (Alzheimer, 1911). Georg Stertz pružio je opsežan prikaz kliničkih simptoma frontotemporalne atrofije koji je nevjerojatno blizak današnjim opisima (Stertz, 1926). Onari i Spatz (1926) su frontotemporalnoj atrofiji dodijelili oznaku „Pickova bolest“. Obiteljski oblik frontotemporalnih lobarnih degeneracija s autosomno dominantnim načinom prijenosa promatrao je Sjögren (1953). Prvi uvid u molekularnu patologiju frontotemporalnih degeneracija bilo je otkriće da Pickova tjelešca sadrže protein Tau povezan s mikrotubulima (Pollock, Mirra, Binder, Hansen i Wood, 1986). Istraživačke skupine iz Švedske i Ujedinjenog Kraljevstva su 1994. godine skovale pojam “frontotemporalna demencija” i razlikovale nespecifičan i Pickov tip histoloških promjena (Englund i sur., 1994). Ove histološke promjene kasnije su pronađene i kod progresivne afazije (Mesulam, 1982). Posljednjih godina došlo je do brzog napretka u pogledu molekularne patologije i genetike frontotemporalne demencije, koji još nije popraćen značajnim napretkom u liječenju.

Psihijatrijski poremećaji mogu oponašati frontotemporalnu demenciju. Ponavljajuća i kompulzivna ponašanja zamijećena u bolesnika s bihevioralnom varijantnom frontotemporalne demencije mogu dovesti do pogrešne dijagnoze opsesivno-kompulzivnog

poremećaja. Slično tome, apatija i emocionalno povlačenje mogu dovesti do pogrešne dijagnoze depresije, iako pacijenti s frontotemporalnom demencijom obično nemaju druge simptome tipične za depresiju i često poriču tugu. Frontotemporalna demencija može uzrokovati deluzije i euforiju, što su značajke bipolarnog poremećaja i shizofrenije. Od varijanti frontotemporalne demencije, najvjerojatnije je da će se bihevioralna varijanta pogrešno dijagnosticirati kao psihijatrijski poremećaj kao što je shizofrenija, bipolarni poremećaj ili depresija (Woolley, Khan, Murthy, Miller i Rankin, 2011). Poremećaji osobnosti, uključujući bihevioralnu varijantu i granične, antisocijalne, shizoidne i shizotipske promjene osobnosti, kao i poremećaje ovisnosti, često su prisutni kod pacijenata u ranim fazama bihevioralne varijante frontotemporalne demencije (Bang, Spina i Miller, 2015).

Postoji značajno preklapanje simptoma između Alzheimerove bolesti i frontotemporalne demencije. Na Alzheimerovu patologiju može se posumnjati ako su prisutni značajni nedostaci u pamćenju i vizualno-prostornim vještinama, ako postoje sumnje u društvenu prikladnost pacijenta, ako neurološki pregled pokazuje odstupanja, te ako slikovne pretrage otkrivaju generaliziranu atrofiju mozga.. Logopenijska varijanta primarne progresivne afazije (PPA) karakterizira se izraženom anomijom (teškoćama u pronalaženju riječi), akalkulijom (poteškoćama s matematičkim zadacima) i pauzama u govoru. Ova varijanta afazije često je povezana s Alzheimerovom neuropatologijom (Gorno-Tempini i sur., 2011). Abnormalnosti pokreta kod frontotemporalne demencije, progresivne supranuklearne paralize i kortikobazalne degeneracije obično manje reagiraju na levodopu od onih u klasičnoj Parkinsonovoj bolesti. Disfunkcija izvršnih funkcija, parkinsonizam i halucinacije mogu se vidjeti i kod demencije s Lewyjevim tjelešcima i kod frontotemporalne demencije. Međutim, pacijenti sa demencijom s Lewyjevim tjelešcima imaju izraženiji parkinsonizam, vizualne i prostorne nedostatke i kognitivne fluktuacije u usporedbi sa pacijentima s frontotemporalnom demencijom (Claassen, Parisi, Giannini, Boeve, Dickson i Josephs, 2008). Dijagnoza progresivne supranuklearne paralize može se postaviti na temelju simptoma kao što su izražena posturalna nestabilnost, usporeni sakadični pokreti, učestali rani padovi, poteškoće s gutanjem (disfagija) i nekontrolirani emocionalni odgovori (pseudobulbarni afekt) Progresivna supranuklearna paraliza i kortikobazalna degeneracija mogu se u početku pojaviti ili kao bihevioralna varijanta frontotemporalne demencije ili kao nefluentna varijanta sindroma primarne progresivne afazije (Litvan i sur., 1996).

Zaključno, demencija je vrlo širok pojam koji nije ograničen samo na jednu bolest već se radi o velikom javnozdravstvenom problemu s obzirom na populaciju oboljelih koja je vrlo ranjiva

i koja je trenutno u eksponencionalnom porastu. Ovoj populaciji potrebna je sva pomoć i svi resursi koji mogu da ublaže i uspore razvoj simptoma i olakšaju život onih koji imaju demenciju. Neki aspekti kognitivnih funkcija ostaju očuvani do kasne faze bolesti. Ovo velikim dijelom ovisi upravo o tome šta je uzrokovalo demenciju i u kojoj se fazi trenutno nalazi osoba i stoga mogu biti meta specifičnih intervencija poput različitih vrsta grupnih i individualnih terapija. Rehabilitacija poremećaja kognitivnih funkcija jedno je od neuroloških područja koje se u posljednje vrijeme drastično širi.

3. TRETMANI ZA DEMENCIJU

Kako populacija starijih osoba u svijetu raste, tako će i broj osoba s demencijom proporcionalno rasti. Demencija je najčešće obilježena gubitkom pamćenja, ali utječe i na druge kognitivne vještine, poput jezika, prosuđivanja i rješavanja problema, te sposobnost samostalnog obavljanja aktivnosti svakodnevnog života (Bird & Miller, 2010).

Farmakoterapija, uključujući atipične antipsihotike (npr. risperidon i olanzapin) i inhibitore acetilkolinesteraze, smatra se poželjnim tretmanom za poboljšanje funkcionalnih oštećenja i neuropsihijatrijskih simptoma povezanih s demencijom (Schwarz, Froelich i Burns, 2012). Prethodne studije su izvijestile da je uporaba farmakoterapija popraćena različitim nuspojavama, npr. povećani rizik od cerebrovaskularnih oštećenja i metaboličkog sindroma (Schneider, Dagerman i Insel, 2006). Stoga je razvoj nefarmakoloških tretmana bez štetnih učinaka za poboljšanje kognitivnih funkcija i simptoma depresije kod starije populacije ključan.

Dok su farmakološki tretmani za rješavanje bioloških dimenzija bolesti napredovali, postoji potreba za nefarmakološkim tretmanima kako bi se zadovoljile socijalne i emocionalne potrebe osoba s demencijom. Smjernice za demenciju, kao što su NICE kliničke smjernice (Nacionalni institut za zdravlje i kliničku izvrsnost, 2006.), savjetuju korištenje nefarmakoloških tretmana za izazovna ponašanja kod demencije prije farmakoloških tretmana.

3.1. Farmakološki pristup

Kada pričamo o dostupnim tretmanima za demenciju ne možemo, a da prvo ne spomenemo farmakološki pristup s obzirom da je do danas razvijen veliki broj lijekova koji mogu da olakšaju stanje pacijenata i poboljšaju njihovu kvalitetu života. Inhibitori kolinesteraze (ChEI) glavni su oslonac liječenja Alzheimerove bolesti. Randomizirana kontrolirana ispitivanja (RCT - Randomised controlled trials) su izvijestila o statistički značajnim i klinički skromnim učincima inhibitora kolinesteraze. Ispitivanja su bila kratkog trajanja, provodila su se tijekom šest mjeseci, a prijavljeni učinci su trajali i do pet godina. Primarni cilj ispitivanja bio je procijeniti učinkovitost liječenja kognitivnog pada. To se najčešće mjeri pomoću ljestvice za procjenu Alzheimerove bolesti - ADAS-Cog (Rosen, Mohs i Davis, 1984), koja procjenjuje više kognitivnih ishoda i prihvaćen je standard za mjerenje kognitivnih sposobnosti u kliničkim ispitivanjima (Overshott i Burns, 2005). Veliki broj meta-analiza su zaključile da

postoji značajna korist od liječenja s inhibitorima kolinesteraze. Međutim, postoji zabrinutost u vezi s kvalitetom dokaza i sveukupnoj koristi, za koju neki smatraju da su minimalne (Kaduszkiewicz, Zimmermann, Beck-Bornholdt i van den Bussche, 2005). Predloženo je da mnogi sustavni pregledi nisu strogo procijenili kvalitetu studija (Kaduszkiewicz, Zimmermann, Beck-Bornholdt i van den Bussche, 2005) i da većina, ako ne sva, ispitivanja inhibitora kolinesteraze imaju nedostatke u metodologiji, što dovodi u pitanje njihovu valjanost. Također, postoji nedostatak dokaza o poboljšanju kvalitete života korištenjem validiranih mjera specifičnih za demenciju, dok su farmakoekonomske evaluacije inhibitora kolinesteraze do sada provedene retrospektivno. Iako nisu lijek, inhibitori kolinesteraze trenutno pružaju najveću nadu u liječenju Alzheimerove bolesti (Overshott i Burns, 2005).

3.2. Nefarmakološki pristup

Uznemirenost i agresija su bihevioralni i psihološki simptomi demencije (BPSD) koji uzrokuju najviše uznemirenosti kod pacijenata i njihovih njegovatelja. Prije nego što se može organizirati plan liječenja, potrebno je neko razumijevanje ponašanja i simptoma. Tehnike upravljanja ponašanjem sistematski dokumentiraju ponašanja, koristeći dnevnik ili grafikon, i bilježe okidače, ponašanja i potkrepljenja. Ovaj pristup je također poznat kao ABC (antecedents, behaviours, and consequences): prethodnici, ponašanja i posljedice (Overshott i Burns, 2005). Na primjer, može se ustanoviti da je pacijent uznemiren samo kada sjedi na određenoj stolici jer osjeća propuh ili postaje nemiran tek kada određeni posjetitelj ode. Analiza također pruža priliku za razumijevanje ponašanja iz pacijentove perspektive.

Prvo ćemo opisati kognitivno-bihevioralnu terapiju koja se pokazala kao veoma učinkovita. Kognitivno-bihevioralna terapija sve se više primjenjuje u tretmanu depresije i anksioznosti kod starijih osoba s nekoliko metaanalitičkih studija koje podržavaju njezinu upotrebu (npr. Pinguart, Duberstein i Lyness, 2006.). Bihevioralne metode, poput onih koje uključuju aktivnost i ugodne događaje, posebno se ističu po svojoj učinkovitosti (Verkaik, Van Weert i Francke, 2005). Podrška strukturiranim programima aktivnosti često se navodi u sustavnim pregledima psihosocijalnih metoda za upravljanje bihevioralnim i psihološkim simptomima demencije (npr. Opie, Rosewarne i O'Connor, 1999). Također, trening opuštanja pokazao se učinkovit za starije osobe (Ayers, Sorrell, Thorp i Wetherell, 2007). Nekoliko studija slučaja izvješćuje o uspješnoj upotrebi kognitivno - bihevioralne terapije za liječenje anksioznosti kod demencije gdje su opisane modifikacije kao što su korištenje snimaka ili pisanih sažetaka sesija, naglašavanje strukture i korištenje drugih ljudi za poboljšanje tehnika (Koder, 1998.;

Kraus i sur., 2008). Program kognitivno-bihevioralne terapije sa nazivom „Miran um“ detaljno opisuje pet modula usmjerenih na smanjenje anksioznosti: samosvijest - okidača anksioznosti i simptoma (pomaže pojedincima da prepoznaju situacije, misli ili događaje koji pokreću njihovu anksioznost), tehnike disanja, umirujuće misli, pojednostavljena bihevioralna aktivacija i vještine spavanja (Paukert i sur., 2010). Uključivanje drugih ljudi (njegovatelja) u kognitivno-bihevioralnu terapiju bilo je važno u maksimiziranju terapijskih učinaka, sa smanjenim simptomima anksioznosti i visokim zadovoljstvom tretmanom u periodu od početka do završetka terapije (Paukert i sur., 2010). GIST program (group, individual and staff therapy) koristi format ponavljanja jedne sesije koja sadrži ključne vještine suočavanja s osobljem ili vršnjacima koji se koriste kao "treneri" u nekim sesijama (Hyer i sur., 2009). Ovdje takvi programi uključuju njegovatelje kao važan dodatak terapiji. Štoviše, psihosocijalne metode koje uključuju različite aktivnosti povezane su sa smanjenjem bihevioralnih i psiholoških simptoma demencije u okruženjima dugotrajne skrbi (Snowden, Sato i Roy-Byrne, 2003). Meta-analiza psihoterapijskih pristupa, koji su koristili kognitivno-bihevioralnu terapiju i bihevioralnu aktivaciju, obuhvatila je 17 randomiziranih kontroliranih studija koje su pokazale srednje značajan učinak u smanjenju simptoma depresije kod korisnika dugotrajne skrbi (Cody i Drysdale, 2013). Važno je istaknuti pozitivan utjecaj uključivanja njegovateljskog osoblja u provođenje terapije, što može značajno povećati njezinu učinkovitost. Ovi rezultati ističu važnost suradnje s drugima kao ključnog elementa kognitivno-bihevioralne terapije za liječenje depresije i anksioznosti kod osoba s demencijom. Pregled Cochrane Collaboration (Orgeta, Qazi, Spector i Orrell, 2014.) koji ispituje utjecaj kognitivno-bihevioralnog tretmana posebno za one s demencijom, istaknuo je pozitivne rezultate u smislu smanjenja depresije.

Pokazalo se da orijentacija prema stvarnosti, reminiscencijska terapija (RT) i validacijska terapija (VT) imaju pozitivan učinak, u određenoj mjeri, na ponašanje, društvenu interakciju i dobrobit, iako ne i na kogniciju (Overshott i Burns, 2005). Sve tri terapije mogu se provoditi individualno ili grupno. Najveći dokazi o učinkovitosti upućuju na orijentaciju prema stvarnosti, koja se pokazala vrlo korisnom. Ovaj pristup uključuje podsjećanje pacijenata s demencijom na činjenice o sebi, aktualne događaje i okolinu putem rasprava i prezentacije materijala. Reminiscencijska terapija koristi slične tehnike kao orijentacija prema stvarnosti pored toga što se fokusira na prošle događaje i pomaže pacijentu da ponovno proživi ugodna ranija iskustva. Validacijska terapija podrazumijeva empatijsko razumijevanje i komunikaciju s pacijentima, fokusirajući se na osjećaje i značenja koja se kriju iza njihovog zbunjenog

govora i ponašanja. U validacijskoj terapiji postoji validacija trenutnog iskustva pacijenta. Orijehtacija prema stvarnosti i reminiscencijska terapija su terapije koje je lakše primijeniti na formalnoj ili neformalnoj osnovi i prema kliničkom iskustvu manje je vjerojatno da će izazvati negativne posljedice od validacijske terapije (Overshott i Burns, 2005). Nekoliko tehnika usmjerenih na senzornu stimulaciju pokazalo se učinkovitim u smanjenju uznemirenosti i problema u ponašanju (Overshott i Burns, 2005). Dva glavna eterična ulja koja se koriste u aromaterapiji za demenciju su lavanda i melisa, koja su relaksanti i smatra se da moduliraju djelovanje neurotransmitera. Aromaterapija se može primijeniti na nekoliko načina, uključujući inhalaciju, kupanje, masažu i lokalnu primjenu, te se do sada pokazala kao korisnom. Glazbena terapija koja se provodi različitim metodama (na primjer, glazba uživo/snimljena glazba, pacijentov izbor/glazba za opuštanje i slušanje/sviranje) također je prijavljena kao učinkovit tretman (Overshott, Byrne i Burns, 2004), dok su nalazi za terapiju jakim svjetlom (BLT) do sada bili mješoviti. Od koristi može biti i kontrolirana multisenzorna terapija (Snoezelen), koja stimulira primarna osjetila vida, sluha, dodira, okusa i mirisa pomoću svjetlosnih efekata, taktilnih površina, meditativne glazbe i aromaterapije (Overshott i Burns, 2005). Međutim, treba se naglasiti da ovo nisu tehnike koje mogu dovesti do poboljšanja kognitivnih funkcija.

Još jedna stvar koju smo ranije spomenuli, a koja se mora uzeti u obzir jeste da gubljenje kognitivnih funkcija nije jedina posljedica neurodegenerativnih bolesti. Vrlo ozbiljan simptom koji smanjuje kvalitetu života pacijenata jesu depresivni poremećaji. Depresija je česta kod Alzheimerove demencije, s prevalencijom od približno 20%, a čak i višom kod vaskularne demencije i demencije s Lewyjevim tijelima. Može biti vrlo teško tačno dijagnosticirati depresiju kod demencije. Pacijent možda neće moći pouzdano izvijestiti o svojim simptomima zbog oslabljenog pamćenja i uvida. Opažanja i kolateralna anamneza (informacije koje se prikupljaju od osoba koje su bliske pacijentu) mogu biti ključni za postavljanje dijagnoze. Simptomi depresije često se javljaju kod bolesnika s demencijom, čak i kada prethodno nisu imali dijagnozu depresije (Overshott i Burns, 2005).

Kognitivno-bihevioralna terapija može imati značajne prednosti u liječenju depresije kod demencije (James, Powell i Kendell, 2003), ali će vjerojatno biti ograničeni efekti kod bolesnika s teškom demencijom. Pokazalo se da mnoge druge nefarmakološke terapije rezultiraju poboljšanjima, uključujući orijentaciju prema stvarnosti, reminiscencijsku terapiju, validacijsku terapiju, glazbenu terapiju, tjelovježbu i rekreacijske aktivnosti. Većina ovih

terapija su jednostavne za provedbu i možda bi čak trebale biti prvi izbor u liječenju simptoma blage do umjerene depresije (Overshott i Burns, 2005).

Glavne standardne nefarmakološke terapije za demenciju, uključuju bihevioralnu terapiju (bavi se okidačima ponašanja), validacijsku terapiju (suosjećanje s izraženim emocijama), ali i reminiscencijsku terapiju (koja uključuje "čin ili proces prisjećanja prošlosti", često koristeći artefakte koji pomažu osloboditi sjećanja i potaknuti razgovor za sadašnju dobrobit) (Butler, 1963). U idućem poglavlju nastojat ćemo analizirati učinkovitost reminiscencijske terapije, te analizirati koje su njene mane i prednosti i na kojim pacijentima se pokazala najučinkovitijom.

Zaključno, demencija je uznemirujuća za pacijente, njihove obitelji i skrbnike. Iako je lijek za bilo koju vrstu demencije malo vjerojatan u bliskoj budućnosti, trenutni simptomatski tretmani nude istinsku nadu za poboljšanje kvalitete života pacijenata i njegovatelja. Svi pacijenti trebaju imati pristup dokazano sigurnim i učinkovitim tretmanima. Rana i tačna dijagnoza je ključna kako bi se inhibitori kolinesteraze (ChEI) mogli uključiti što je prije moguće. Liječenje bihevioralnih i psiholoških simptoma demencije trebalo bi biti usmjereno na bolesnika i njegovatelja, uz korištenje cijelog niza dostupnih nefarmakoloških tretmana. Propisivanje lijekova za bihevioralne i psihološke simptome demencije više ne bi trebalo biti rutinsko i umjesto toga treba ga pažljivo razmotriti (Overshott i Burns, 2005). Isto tako potrebno je uzeti u obzir sva druga dostupna sredstva koja mogu olakšati život onih ljudi koji imaju dijagnosticiranu demenciju.

4. REMINISCENCIJSKA TERAPIJA

Istraživanje učinkovitosti reminiscencijske terapije za poboljšanje kognitivnih funkcija i raspoloženja postaje sve interesantnije istraživačima i stručnjacima. Dostupne studije pokazuju da reminiscencijska terapija može poboljšati raspoloženje i neke kognitivne sposobnosti. Ipak, važno je istaknuti da su potrebna dodatna istraživanja s većim brojem pacijenata, kako bi se utvrdili optimalni uvjeti za takve terapijske protokole. Reminiscencijska terapija je terapijski pristup koji koristi sjećanje i priče iz prošlosti kako bi se poboljšalo blagostanje i kvalitet života. Reminiscencijska terapija za osobe s demencijom privukla je istraživačku i kliničku pozornost još prije 40 godina (Norris, 1986). Teorija je uključivala raspravu o prošlim aktivnostima, događajima i iskustvima, potpomognuta nizom okidača sjećanja. To može uključivati kućanske i poznate predmete iz prošlosti, kao što su fotografije, glazba i arhivski zvučni zapisi.

Postoji više različitih vrsta reminiscencije koje se mogu koristiti za poboljšanje dobrobiti starijih osoba, bilo na individualnoj osnovi ili u grupnom okruženju. Koju od ovih vrsta je najbolje koristiti u datom trenutku zavisi od osobe sa kojom radimo, stupnja napredovanja demencije, kao i materijala koje imamo na raspolaganju za rad (Watt i Wong, 1991).

Reminiscencijska terapija jeste poticanje verbalnog ili neverbalnog prisjećanja prošlih aktivnosti, događaja i iskustava u životu osobe. Ova vrsta terapije korištenjem opipljivih poticaja, ima veliki potencijal kao učinkovita intervencija u poboljšanju kognitivnih funkcija i simptoma depresije kod starijih osoba s demencijom (Van Bogaert, Van Grinsven, Tolson, Wouters, Engelborghs i Van der Mussele, 2013).

Reminiscencijska terapija može pružiti skrb usmjerenu na osobu budući da se oslanja na prošla sjećanja iz života ljudi, sjećanja za koja se smatra da su često sačuvana u demenciji (Woods i sur., 2016). Općenito se smatra da reminiscencijski rad s osobama s demencijom potječe iz Butlerovog (1963) modela „Pregled života“. Butler smatra da je „Pregled života“ intuitivni proces u kojem se pojedinac osvrće unatrag i razmišlja o svom životu. Smatra se da je riječ o „dinamičkom procesu prilagodbe“ (Woods i sur., 2018). Odražava Eriksonovu (1959) teoriju osme i posljednje faze psihosocijalnog razvoja, „integritet ega nasuprot očaju“. Tijekom ove faze ljudi razmišljaju o proživljenom životu i pronalaze smisao. Ako se proživljeni život može prihvatiti u cijelosti, postiže se „integritet ega“. Prečesto dominira narativ demencije kao bolesti, a osobni identitet i psihološke potrebe osobe mogu postati

manje važni onima koji pružaju skrb. Uzimajući u obzir Maslowljevu hijerarhiju potreba (Maslow, 1943), lakše se identificiraju i zadovoljavaju fiziološke potrebe osobe s demencijom. Međutim, može biti teže prepoznati emocionalne i psihološke potrebe (Duffy, 2009). Reminiscencijska terapija može djelovati kao korektivni alat. Tvrdi se da je razumijevanje prošlosti osobe presudno za pružanje skrbi nekome s demencijom (Brooker, 2007). Reminiscencijska terapija može pružiti ovo razumijevanje i skrb usmjerenu na osobu. Reminiscencijska terapija je krovni pojam za nekoliko povezanih, ali različitih terapijskih pristupa kojima je cilj promicanje dobrobiti. U praksi možemo da pronademo tri široke kategorije reminiscencijskog rada: (1) jednostavna reminiscencija (engl. simple reminiscence) obično uključuje autobiografsko pripovijedanje (Azcurra, 2012) gdje pojedinci dijele osobna sjećanja i priče, (2) pregled života (engl. life review) (Butler, 1963) je strukturiraniji i evaluativniji oblik reminiscencije koji obično uključuje pojedinačne sesije (Woods i sur., 2005) pri čemu se terapijski pristupi koriste za podupiranje istraživanja životnih iskustava (i pozitivnih i negativnih) kronološki (Gerben i sur., 2010; Woods i sur., 2005), (3) revizijska terapija života (engl. life revision therapy) ima za cilj preispitati negativna sjećanja i preoblikovati ta sjećanja u pozitivniji pogled na život i (4) rad na životnoj priči (engl. life story work), koji je sve češći. Ovaj pristup stavlja naglasak na stvaranje biografske priče i to obično rezultira razvojem „knjige životnih priča” (Woods i sur., 2018).

Reminiscencijska terapija ima potencijal koristiti osobama s demencijom kao i obiteljskim njegovateljima. Terapeutske svrhe reminiscencijske terapije za osobe s demencijom uključuju smanjenje društvene izolacije, ponudu ugodne i stimulativne aktivnosti, promicanje vlastite vrijednosti i pružanje načina za održavanje odnosa s voljenima (Gibson, 2004). Jedna od prednosti reminiscencijske terapije u usporedbi s drugim prethodno spomenutim terapijama jest to što se može koristiti sa osobama s različitim razinama kognicije, uključujući one koji su izgubili sposobnost verbalizacije (Douglas, James i Ballard, 2004).

Reminiscencijska terapija, koja uključuje glasno ili tiho prisjećanje životnih događaja uz pomoć fotografija, glazbe, videozapisa, slika i arhivskih snimaka, sve se češće primjenjuje za rješavanje psiholoških problema kod institucionaliziranih i neinstitucionaliziranih starijih osoba, bilo da imaju kognitivna oštećenja ili ne (Wang, 2004). Budući da ova tehnika ne zahtijeva komplicirane vještine (Watt i Wong, 1991), može se lako primijeniti na starijim odraslim osobama i lako je mogu primijeniti terapeuti ili istraživači (npr. obučene medicinske sestre) u različitim situacijama (Peng, Huang, Chen i Lu, 2009). Nadalje, starije odrasle osobe su upoznate sa svojim sjećanjima tako da se mogu brzo uključiti u terapijski proces.

Iako reminiscencija često uključuje ugodna sjećanja radi promicanja užitka, ona također može uključivati ozbiljna ili tužna sjećanja u terapijske ili katarzične svrhe (Parker, 2006). Reminiscencijska terapija također nudi pogodnosti za obiteljske njegovatelje, uključujući nove načine interakcije s porodicom (Gibson, 2004). Dodatno, uključivanje u reminiscencijsku terapiju sa osobama s demencijom pruža priliku osoblju da bolje shvate trenutno ponašanje i osobine osoba s demencijom (Gibson, 1994).

Unatoč svemu što je navedeno, gledajući rezultate različitih studija koje su provedene u prošlosti možemo vidjeti da su izvijestile o proturječnim rezultatima, drugim riječima imamo studije koje su podržavale korisne učinke reminiscencijske terapije na kognitivne funkcije i simptome depresije, dok druge poriču bilo kakvu povezanost između reminiscencijske terapije i kognitivnih funkcija i simptoma depresije. U nastavku ćemo analizirati nalaze nekih važnih istraživanja o učinkovitosti reminiscencijske terapije.

4.1. Učinkovitost reminiscencijske terapije u praksi

Veliki broj istraživača su kroz godine pokušali da ustanove koje vrste terapija imaju najveću učinkovitost kada je riječ o liječenju demencije, poboljšanju stanja u kojem žive ljudi koji imaju demenciju, smanjenju simptoma depresije i anksioznosti koji često prate ove poremećaje, ali i olakšavanju rada sa osobama koje pate od demencije. Dosta tih istraživanja prepoznalo je potencijal reminiscencijske terapije, te su htjeli ispitati njenu mogućnost da pomogne pacijentima kojima je dijagnosticirana demencija.

Baines, Saxby, i Ehler (1987) uključili su 15 ispitanika s umjerenim do teškim oštećenjem kognitivnog funkcioniranja koji su nasumično raspoređeni u tri skupine prema sljedećim tretmanima: Reminiscencijska terapija (RT) praćena realitetnom orijentacijskom terapijom (ROT), ROT praćen RT i bez liječenja. Intervencija (RT i ROT) trajala je 30 minuta, pet puta tjedno tijekom četiri tjedna. Seanse reminiscencijske terapije bile su grupne sesije koje su uključivale korištenje audio/slide programa osmišljenih da olakšaju prisjećanje, stare fotografije, knjige, časopise, novine i domaće članke. Nakon četiri tjedna, skupine RT i ROT su se prebacile na alternativnu terapiju, dok je skupina "bez liječenja" nastavila bez specifičnog liječenja. Rezultati su pokazali da je skupina koja je primila ROT praćenu RT pokazala poboljšanje u kognitivnim i bihevioralnim mjerama (kao što je indeks zadovoljstva životom), što nije pronađeno u druge dvije skupine. Autori su sugerirali da bi moglo biti

važno koristiti tehniku orijentacije prema stvarnosti sa zbunjenim pacijentima prije nego što ih se uključi u grupu za prisjećanje.

Iste godine Goldwasser, Auerbach i Harkins (1987) su regrutirali 30 ispitanika s kliničkom dijagnozom demencije i nasumično ih rasporedili u tri skupine: reminiscencijska terapija, socijalna podrška i bez liječenja. Intervencija (reminiscencijska terapija i socijalna podrška) trajala je 30 minuta, dva puta tjedno tijekom pet tjedana. Teme sjećanja uključivale su hranu, obitelj, rana sjećanja, prilagodbe, gubitke, poslove i glazbu, dok se grupa socijalne podrške usredotočila na sadašnje i buduće događaje. Razina depresije koju su sami prijavili u skupini reminiscencijske terapije imala je pozitivan učinak u usporedbi sa sudionicima u suportivnoj terapiji i kontrolnim skupinama, ali nisu pronađeni značajni učinci za kognitivno ili drugo bihevioralno funkcioniranje.

Početak ovog stoljeća neke studije su pokušale produbiti naše znanje o učinkovitosti reminiscencijske terapije. Morgan (2000) je uključio 17 bolesnika s blagim do umjerenim stupnjem demencije na skali kliničke ocjene demencije (CDR) (Heston, White i Mastri, 1987). Terapija pregleda života korištena je u terapijskoj skupini. Grupa za provjeru života imala je u prosjeku 12 pojedinačnih tjednih sesija. Za svaku osobu u intervencijskoj skupini razvijena je knjiga životnih priča, ova je knjiga uključivala vlastite riječi osobe popraćene odgovarajućim slikama, a fokus sesija bio je pregled života. Uvjet za usporedbu bila je kontrolna skupina „bez liječenja“. Rezultati su pokazali poboljšanje autobiografskog pamćenja selektivno u skupini reminiscencijske terapije, što ukazuje na korisnost ovog tretmana kod pacijenata s demencijom.

Nakon toga, Thorgrimsen i sur. (2002) izvijestili su o evaluaciji reminiscencijske terapije, protokola koji uključuje osobe s demencijom i obiteljske njegovatelje (18 tjednih sesija obuke za njegovatelje, sedam od ovih sesija je također pohađala osoba s demencijom). Sudionici, nasumično raspoređeni na reminiscencijsku terapiju ili bez liječenja, bili su 11 osoba s dijagnozom demencije i 11 neformalnih obiteljskih njegovatelja. Sesije samo s njegovateljima imale su za cilj osposobiti ih za korištenje metoda prisjećanja. U zajedničkim sesijama teme su uključivale „školske dane“, „svijet rada“ i „odijevanje i dobar izgled“, popraćene slajdovima, uvećanim fotografijama, glazbom i glumom kako bi oživjeli njihova sjećanja. Rezultati su ukazali na pozitivne trendove (ne toliko značajne) u prilog učinkovitosti reminiscencijske terapije kao vrijedne terapijske intervencije za osobe s demencijom i njihove skrbnike.

Randomizirano kontrolirano ispitivanje proveli su Lai, Chi i Kayser-Jones (2004). na većoj grupi. Autori su uključili 101 stanovnika staračkog doma u studiju: 36 njih primalo je individualnu reminiscencijsku terapiju, 35 je sudjelovalo u grupi za usporedbu socijalnog kontakta (ne prima specifičnu terapiju, ali sudjeluje u aktivnostima koje uključuju interakciju s drugima), dok je 30 sudionika bilo u kontrolnoj skupini bez tretmana. Sesije u trajanju od 30 minuta vodila su dva člana osoblja i održavali su se jednom tjedno tijekom šest tjedana. Sudionicima je dijagnosticirana demencija prema kriterijima DSM-IV. Značajne razlike u ljestvici blagostanja/lošeg osjećaja (WIB) primijećene su u skupini reminiscencijske terapije na kraju liječenja u usporedbi s osnovnom procjenom, što ukazuje na značajno poboljšanje psihosocijalnog blagostanja izazvano reminiscencijskom terapijom, što podržava učinkovitost ove terapije kod bolesnika s demencijom.

Također, objavljeno je nekoliko recenzija o istraživanjima intervencija reminiscencijske terapije, kako za opću populaciju starijih odraslih (Lin, Dai i Hwang, 2003) tako i za one s demencijom (Cotelli, Manenti i Zanetti, 2012. ; Subramaniam i Woods, 2012). Ovi pregledi identificirali su probleme s dostupnim dokazima koji uključuju različite oblike reminiscencijskih terapija, ograničen broj studija i male uzorke. Unatoč tim problemima čini se da je reminiscencijska terapija obećavajuća intervencija za osobe s demencijom, s ishodima koji uključuju poboljšanja raspoloženja, kognicije i ponašanja (Cotelli i sur., 2012, Woods i sur., 2009).

U preglednom radu koji su objavili Woods, O'Philbin, Farrell, Spector, Orrell (2018) postavlja se pitanje kakav učinak reminiscencijska terapija (RT) ima na osobe s demencijom. Posebno su ih zanimali učinci na kvalitetu života, komunikaciju, kogniciju (opću sposobnost razmišljanja i pamćenja), raspoloženje, dnevne aktivnosti i interpersonalne odnose. Također, interesirali su ih i efekti na njegovatelje. Autori su tražili randomizirana, kontrolirana istraživanja u kojima je reminiscencijska terapija uspoređivana s neliječenjem ili s nespecifičnom aktivnošću, kao na primjer vrijeme provedeno u općem razgovoru. Njihova pretraga obuhvatila je sva ispitivanja dostupna do aprila 2017. godine. Pronašli su 22 istraživanja sa 1972 sudionika koja su bila uključena. Svi su sudionici imali demenciju, uglavnom blage ili umjerene težine. Neki od sudionika živjeli su kod kuće, a neki su bili u staračkim domovima. Duljina ispitivanja varirala je od četiri tjedna do dvije godine, a ukupno vrijeme provedeno na terapiji variralo je od 3 do 39 sati. Gledajući sva ispitivanja zajedno, čini se da nije bilo učinka reminiscencijske terapije na kvalitetu života prema navodima sudionika. Međutim, vjerojatno je postojala mala korist od liječenja u ispitivanjima

provedenim u domovima za starije osobe, što nije viđeno u ispitivanjima provedenim u zajednici. Osobe koje su bile uključene u reminiscencijsku terapiju imale su nešto bolje rezultate od kontrolne skupine na testovima kognicije neposredno nakon tjeka liječenja, ali ne i tjednima ili mjesecima kasnije. Nije bilo jasno je li učinak dovoljno velik da bi bio važan. Učinak je bio najočitiiji u studijama kućne skrbi koje su koristile individualnu reminiscencijsku terapiju, ali ne i u studijama u zajednici, koje su koristile grupnu reminiscencijsku terapiju. Otkrili su da grupna reminiscencijska terapija, koja se provodi u strukturiranim grupama, kao i terapija primijenjena u širem zajedničkom okruženju (npr. u domovima sudionika i lokalnim centrima), mogu imati pozitivan učinak na komunikaciju i interakciju osoba s demencijom neposredno nakon tretmana, a moguće i nekoliko tjedana do mjeseci kasnije, iako je učinak bio relativno mali. Osim vjerovatno male koristi individualne reminiscencijske terapije na ljestvicama koje mjere depresivno raspoloženje, nisu pronašli dokaze o učincima reminiscencijske terapije na uznemirenost, sposobnost obavljanja dnevnih aktivnosti ili odnosima s drugim ljudima. Također, nisu pronašli dokaze o štetnim učincima reminiscencijske terapije za same osobe s demencijom. Nisu pronašli nikakav učinak reminiscencijske terapije na obiteljske negovatelje, osim sugestije da je negovatelje činio malo tjeskobnijima u dvije velike studije zajedničkog rada na reminiscenciji. U ovoj vrsti reminiscencijske terapije, negovatelji i osobe s demencijom bili su izravno uključeni u sesije prisjećanja. Zaključno, učinci reminiscencijske terapije variraju, ovisno o načinu na koji se provodi i odvija li se u domovima za starije ili u zajednici. Međutim, postoje neki dokazi da reminiscencijska terapija može poboljšati kvalitetu života, kogniciju, komunikaciju i možda raspoloženje kod osoba s demencijom u nekim okolnostima, iako su sve koristi bile male. Potrebno je više istraživanja kako bi se razumjele te razlike i otkrilo tko će imati najviše koristi od koje vrste reminiscencijske terapije. Još jedna pozitivna stvar jeste da se količina i kvaliteta istraživanja reminiscencijske terapije za demenciju znatno povećala vremenom.

U još jednom relativno novijem istraživanju Huang i sur. (2015) tvrde da prethodne meta-analize zastarjelih studija i studija malog opsega izvještavaju o nedosljednim rezultatima u pogledu učinaka reminiscencijske terapije na kognitivne funkcije i simptome depresije. Iz tog razloga oni provode meta-analizu, te uključuju novija randomizirana kontrolirana ispitivanja (RCT - randomized controlled trials) s većim uzorcima kako bi istražili neposredne i dugoročne (6-10 mjeseci) učinke reminiscencijske terapije na kognitivne funkcije i simptome depresije kod starijih osoba s demencijom. Rezultati sprovedenih meta-analiza ovog istraživanja pokazali su da reminiscencijska terapija ima mali učinak na kognitivne funkcije i

umjeren učinak na simptome depresije kod starijih osoba s demencijom. Budući da je ova meta-analiza koristila stroge kriterije uključivanja i regrutirala novija randomizirana kontrolirana ispitivanja, rezultate treba smatrati pouzdanima. Jedan od mogućih mehanizama na kojem se temelji učinkovitost reminiscencijske terapije u poboljšanju kognitivnih funkcija kod starijih osoba s demencijom je povećana upotreba dugoročnog pamćenja. Na temelju teorije kontinuiteta reminiscencijske terapije (Lin, Dai i Hwang, 2003), starije osobe održavaju kontinuitet prisjećajući se svoje prošlosti koristeći poznata znanja, vještine i strategije. Kroz povećano korištenje dugoročnog pamćenja, starije osobe s demencijom mogu pregledavati i ocjenjivati svoja sjećanja, što može dovesti do poboljšanja općih kognitivnih funkcija. Međutim, opravdana je potreba za daljnim istraživanjima temeljnog mehanizma. Rezultati ovog istraživanja pružaju dodatne dokaze koji podržavaju pozitivne učinke reminiscencijske terapije na depresivne simptome kod starijih osoba s demencijom. Starije osobe s demencijom obično doživljavaju negativne emocije zbog poteškoća u dovršavanju svojih razvojnih zadataka i slabe prilagodbe životnom okruženju (Cummings i McPherson, 2001). Tijekom procesa prisjećanja, osobna interakcija unutar grupe može pomoći starijim osobama s demencijom da reguliraju svoje emocije i razviju pozitivan stav, kako za one koji dijele svoja sjećanja, tako i za one koji ih primaju, što posljedično poboljšava psihološku dobrobit mentalno oštećenih starijih osoba (Cotelli, Manenti i Zanetti, 2012). Još jedna zanimljiva stvar kod nalaza ovog istraživanja jeste da rezultati meta-analize nisu pokazali značajne dugoročne učinke (6-10 mjeseci) reminiscencijske terapije na kognitivne funkcije i simptome depresije kod starijih osoba s demencijom. Uključivanje studija s malim brojem ispitanika moglo bi biti jedan od mogućih razloga. Drugo objašnjenje je progresivna i postupna atrofija mozga (O'Brien i sur., 2001). Starije osobe s demencijom obično doživljavaju progresivno smanjivanje mozga i postupno smanjenje živčanih vlakana s povećanjem ozbiljnosti kognitivnog oštećenja (Peters, 2006). Kada se terapija prisjećanja prekine nakon završetka intervencije, može se predvidjeti pad u kognitivnim funkcijama i sposobnostima. Štoviše, zbog snažnog odnosa između simptoma depresije i oštećenja kognitivnih funkcija (Richard i sur., 2013), reminiscencijska terapija može biti dugoročno neučinkovita za simptome depresije. Autori na kraju naglašavaju da su potrebna dodatna istraživanja kako bi se razjasnili dugoročni učinci reminiscencijske terapije na kognitivne funkcije i simptome depresije kod starijih osoba s demencijom. Moderatorska analiza sprovedena u ovom istraživanju otkrila je da je reminiscencijska terapija rezultirala istaknutim poboljšanjem simptoma depresije kod institucionaliziranih starijih osoba s demencijom u usporedbi s onom kod starijih odraslih osoba koje žive u zajednici. Starije osobe

institucionalizirane u staračkim domovima ili domovima za njegu imaju veću stopu prevalencije simptoma depresije od onih koji žive u privatnim kućanstvima (Djernes, 2006), jer institucionalno okruženje može proizvesti osjećaj gubitka kontrole, usamljenosti i društvene izolacije (Jongenelis, Pot, Eisses, Beekman, Kluitert i Ribbe, 2004). Poticanjem dijeljenja životnih iskustva, reminiscencijska terapija može pomoći institucionaliziranim osobama u rekonstruiranju vlastitih vrijednosti i sprječavanju društvene izolacije, smanjujući tako simptome depresije. Stoga ovi nalazi mogu pomoći osoblju koje pruža zdravstvene usluge u izradi planova za liječenje simptoma depresije u kasnoj životnoj dobi kod institucionaliziranih osoba sa demencijom. Zaključno, ova meta-analiza koju su sproveli Huang i sur. uključuje novija randomizirana kontrolirana ispitivanja i pokazuje da reminiscencijska terapija ima mali učinak na kognitivne funkcije i umjeren učinak na simptome depresije kod starijih osoba s demencijom. Reminiscencijska terapija učinkovitija je za simptome depresije kod institucionaliziranih pacijenata s demencijom nego kod starijih osoba koje žive u zajednici. Budući da je reminiscencijska terapija intervencija koju je lako izvesti i koju je lako primijeniti, autori smatraju da osoblje koje pruža zdravstvene usluge treba istu usvojiti u višedimenzionalnim tretmanima za poboljšanje kognitivnih funkcija i depresivnih simptoma kod starijih osoba s demencijom, osobito kod institucionaliziranih osoba s demencijom. Budući da dugoročni učinci reminiscencijske terapije na kognitivne funkcije i simptome depresije u starijih osoba s demencijom nisu potvrđeni, potrebno je provesti dodatne dobro osmišljena randomizirana kontrolirana ispitivanja kako bi se to razjasnilo.

5. ZAKLJUČAK

Reminiscencijska terapija je intervencija koja koristi sjećanja na prošle događaje kako bi poboljšala psihološko blagostanje i kognitivne funkcije kod starijih osoba sa demencijom. Ova terapija ima za cilj da pomogne pacijentima da se prisjete i razgovaraju o svojim životnim iskustvima, što može pružiti emocionalnu podršku, podstaći socijalnu interakciju i poboljšati psihološko blagostanje pacijenata koji se bore sa bilo kojim oblikom demencije. Određene studije su pokazale da reminiscencijska terapija može značajno smanjiti simptome depresije i anksioznosti kod osoba sa demencijom. Ova terapija može pomoći pacijentima da se ponovo povežu sa svojim identitetom i osećaju veći smisao i svrhu u životu, što može doprinjeti smanjenju depresije i anksioznosti. Iako rezultati nisu jednoznačni, neke studije ukazuju na to da reminiscencijska terapija može imati pozitivan uticaj na kognitivne funkcije, kao što su pamćenje i pažnja. Većina istraživanja su pokazala mali, ali značajan utjecaj na kognitivne funkcije kod starijih osoba sa demencijom. Također, istraživanja pretežno pokazuju kognitivno poboljšanje koje se primjećuje kod ispitanika koji su bili uključeni u reminiscencijsku terapiju, ali to poboljšanje nema dugotrajne učinke koji traju duže od 6 do 10 mjeseci. Međutim, potrebno je više istraživanja kako bi se potvrdili ovi nalazi i bolje shvatili mehanizmi koji stoje iza ovih efekata. Još jedan faktor koji ne smijemo izostaviti jeste činjenica da reminiscencijska terapija takođe može poboljšati socijalnu interakciju i kvalitet života kod osoba sa demencijom. Institucionalizirane osobe često pate od usamljenosti i društvene izolacije, a reminiscencijska terapija može pružiti priliku za socijalnu interakciju i stvaranje emocionalnih veza. Studije su pokazale da su učesnici reminiscencijske terapije pokazali povećano zadovoljstvo životom i poboljšano socijalno funkcionisanje. Iako su rezultati obećavajući, postoje značajna metodološka ograničenja u postojećim studijama, uključujući male veličine uzoraka i nedostatak longitudinalnih ispitivanja. Potrebno je sprovesti dodatna dobro osmišljena, randomizirana, kontrolirana ispitivanja kako bi se potvrdili ovi nalazi i bolje razumjeli dugoročni učinci reminiscencijske terapije. Stoga, u odabiru tretmana za osobe s demencijom, najvažnije je da se primjenjuju isključivo tretmani zasnovani na dokazima, kako bi se osigurala njihova učinkovitost i sigurnost. Na osnovu trenutnih dokaza, zdravstveni radnici bi trebali razmotriti uključivanje reminiscencijske terapije kao dijela multidisciplinarnog pristupa u tretmanu osoba s demencijom. Ova terapija može pružiti emocionalnu podršku, poboljšati socijalnu interakciju i potencijalno poboljšati kognitivne funkcije, što sve zajedno može doprinjeti boljem kvalitetu života. Zaključno, reminiscencijska terapija pokazuje značajan potencijal kao efikasna intervencija za

poboljšanje psihološkog blagostanja, socijalne interakcije i kvaliteta života kod osoba sa demencijom. Broj istraživanja i dalje je vrlo mali, a njihova je kvaliteta često loša. Sveukupno, uključena ispitivanja imaju važne metodološke nedostatke, osobito kada pričamo o maloj veličini uzorka, heterogenosti skupina pacijenata i poteškoće u provođenju procjena nakon liječenja. Trebalo bi provesti daljnje studije, temeljene na većim uzorcima pacijenata uključujući placebo i kontrolne uvjete, kako bi se identificirali optimalni uvjeti za takve terapijske alate. Međutim, zbog metodoloških ograničenja i potrebe za dodatnim istraživanjima, stručnjaci i terapeuti trebaju biti oprezni u interpretaciji rezultata i primjeni ove terapije. Uz dodatna istraživanja i bolje osmišljene studije, reminiscencijska terapija može postati važna komponenta u tretmanu demencije, pružajući pacijentima ne samo olakšanje simptoma, već i poboljšanje cjelokupnog kvaliteta života.

6. LITERATURA

- Azurra, D. J. L. S. (2012). A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with Alzheimer's disease. A randomized controlled trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 422-433.
- Alzheimer's Disease International. (2009). *World Alzheimer Report*. Alzheimer's Disease International, London, UK.
- Auriacombe, S., Grossman, M., Carvell, S., Gollomp, S., Stern, M. B., i Hurtig, H. I. (1993). Verbal fluency deficits in Parkinson's disease. *Neuropsychology*, 7(2), 182
- Ayers, C., Sorrell, J., Thorp, S., i Wetherell, J. L. (2007). Evidence-based psychological treatment for late-life anxiety. *Psychology and Aging*, 22, 8–17.
- Baines, S., Saxby, P., i Ehlert, K. (1987). Reality orientation and reminiscence therapy: a controlled cross-over study of elderly confused people. *The British Journal of Psychiatry*, 151(2), 222-231.
- Bang, J., Spina, S., i Miller, B. L. (2015). Frontotemporal dementia. *The Lancet*, 386(10004), 1672-1682.
- Bates, G. P. (2005). The molecular genetics of Huntington disease—a history. *Nature Reviews Genetics*, 6(10), 766-773.
- Bird, T. D. i Miller, B. L. (2010). Alzheimer's disease and other dementias. In S. Hauser i S. Josephson (Eds.), *Harrison's neurology in clinical medicine* (2nd ed., pp. 298-319). New York, NY: McGraw-Hill Professional.
- Blessed, G., Tomlinson, B. E., i Roth, M. (1968). The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. *The British journal of psychiatry*, 114(512), 797-811.
- Bloem, B. R., Okun, M. S., i Klein, C. (2021). Parkinson's disease. *The Lancet*, 397(10291), 2284-2303.
- Boller, F., i Forbes, M. M. (1998). History of dementia and dementia in history: an overview. *Journal of the neurological sciences*, 158(2), 125-133.
- Brodaty, H., Breteler, M. M., DeKosky, S. T., Dorenlot, P., Fratiglioni, L., Hock, C., ... i De Strooper, B. (2011). The world of dementia beyond 2020. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(5), 923-927.
- Brooker, D. (2007). *Person-centred dementia care*. Jessica Kingsley.

- Brookmeyer, R., Gray, S., & Kawas, C. (1998). Projections of Alzheimer's disease in the United States and the public health impact of delaying disease onset. *American journal of public health*, 88(9), 1337-1342.
- Butler, R. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-76.
- Callahan, C. M., Hendrie, H. C., & Tierney, W. M. (1995). Documentation and evaluation of cognitive impairment in elderly primary care patients. *Annals of internal medicine*, 122(6), 422-429.
- Claassen, D. O., Parisi, J. E., Giannini, C., Boeve, B. F., Dickson, D. W., & Josephs, K. A. (2008). Frontotemporal dementia mimicking dementia with Lewy bodies. *Cognitive and behavioral neurology*, 21(3), 157-163.
- Clark, A. W., Manz, H. J., White III, C. L., Lehmann, J., Miller, D., & Coyle, J. T. (1986). Cortical degeneration with swollen chromatolytic neurons: its relationship to Pick's disease. *Journal of Neuropathology & Experimental Neurology*, 45(3), 268-284.
- Clarke, R., Smith, A. D., Jobst, K. A., Refsum, H., Sutton, L., & Ueland, P. M. (1998). Folate, vitamin B12, and serum total homocysteine levels in confirmed Alzheimer disease. *Archives of neurology*, 55(11), 1449-1455.
- Cody, R. A., & Drysdale, K. (2012). The effects of psychotherapy on reducing depression in residential aged care: A meta-analytic review. *Clinical Gerontologist*, 36, 46-69.
- Cotelli, M., Manenti, R., & Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas*, 72(3), 203-205.
- Cummings, J. L., & Benson, D. F. (1992). Dementia: A clinical approach. (*No Title*).
- Cummings, J. L., & Duchon, L. W. (1981). Kluver-Bucy Syndrome in Pick disease: Clinical and pathologic correlations. *Neurology*, 31(11), 1415-1415.
- Cummings, J. L., & McPherson, S. (2001). Neuropsychiatric assessment of Alzheimer's disease and related dementias. *Aging Clinical and Experimental Research*, 13, 240-246.
- Deuschl, G., Beghi, E., Fazekas, F., Varga, T., Christoforidi, K. A., Sipido, E., ... & Feigin, V. L. (2020). The burden of neurological diseases in Europe: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet Public Health*, 5(10), e551-e567.
- Dickson, D. W. (1998). Pick's disease: a modern approach. *Brain pathology*, 8(2), 339-354.
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), 372-387.
- Douglas, S., James, I., & Ballard, C. (2004). Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 171-177.

- Dubois, B., i Pillon, B. (1996). Cognitive deficits in Parkinson's disease. *Journal of neurology*, 244, 2-8
- Duffy, F. (2009). *Clear dementia care: A model to assess and address unmet needs*. Jessica Kingsley Publishers.
- Englund, B., Brun, A., Gustafson, L., Passant, U., Mann, D., Neary, D., i Snowden, J. S. (1994). Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 57(4), 416-8.
- Erikson, E. (1959). *Psychological issues*. International Universities Press.
- Ernst, R. L., i Hay, J. W. (1994). The US economic and social costs of Alzheimer's disease revisited. *American Journal of Public Health*, 84(8), 1261-1264.
- Feigin, V. L., Nichols, E., Alam, T., Bannick, M. S., Beghi, E., Blake, N., ... i Fischer, F. (2019). Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, 18(5), 459-480.
- Finkbeiner, S. (2011). Huntington's disease. *Cold Spring Harbor perspectives in biology*, 3(6), a007476.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., i McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198.
- Folstein, S. E. (1989). *Huntington's disease: a disorder of families*. Johns Hopkins University Press.
- Gao, S., Hendrie, H. C., Hall, K. S., i Hui, S. (1998). The relationships between age, sex, and the incidence of dementia and Alzheimer disease: a meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 55(9), 809-815.
- Gerben, J. W., Bohlmeijer, E., i Webster, J. D. (2010). Reminiscence and mental health: A review of recent progress in theory, research and interventions. *Aging and Society*, 30, 697-721.
- Gibson, F. (1994). *What can reminiscence contribute to people with dementia?* In J. Bornat (Ed.), *Reminiscence reviewed: Perspectives, evaluations, achievements* (pp. 46-60). Milton Keynes, UK: Open University Press.
- Gibson, F. (2004). *The past in the present: Using reminiscence in health and social care*. Baltimore, Baltimore, MD: Health Professions Press.

- Goldwasser, A. N., Auerbach, S. M., i Harkins, S. W. (1987). Cognitive, affective, and behavioral effects of reminiscence group therapy on demented elderly. *The International Journal of Aging and Human Development*, 25(3), 209-222.
- Gorno-Tempini, M. L., Hillis, A. E., Weintraub, S., Kertesz, A., Mendez, M., Cappa, S. F., ... i Grossman, M. (2011). Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*, 76(11), 1006-1014.
- Hachinski, V. (1994). Vascular dementia: a radical redefinition. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 5(3-4), 130-132.
- Hachinski, V. C., Lassen, N. A., i Marshall, J. (1974). Multi-infarct dementia: a cause of mental deterioration in the elderly. *The Lancet*, 304(7874), 207-209.
- Harper, P. S. (2002). Huntington's disease: a historical background. *Oxford Monographs on Medical Genetics*, 45(1), 3-27.
- Heston, L. L., i Mastri, A. R. (1982). Age at onset of Pick's and Alzheimer's dementia: implications for diagnosis and research. *Journal of Gerontology*, 37(4), 422-424.
- Heston, L. L., White, J. A., i Mastri, A. R. (1987). Pick's disease: clinical genetics and natural history. *Archives of general psychiatry*, 44(5), 409-411.
- Huang, H. C., Chen, Y. T., Chen, P. Y., Hu, S. H. L., Liu, F., Kuo, Y. L., i Chiu, H. Y. (2015). Reminiscence therapy improves cognitive functions and reduces depressive symptoms in elderly people with dementia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(12), 1087-1094.
- Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W., Coben, L. A., i Martin, R. L. (1982). A new clinical scale for the staging of dementia. *The British journal of psychiatry*, 140(6), 566-572.
- Huntington, G., i Chorea, M. O. (1872). *The Medical and Surgical Reporter: A Weekly Journal* 26
- Hy, L. X., i Keller, D. M. (2000). Prevalence of AD among whites: a summary by levels of severity. *Neurology*, 55(2), 198-204.
- Hyer, L., Yeager, C., Hilton, N., i Sacks, A. (2009). Group, individual, and staff therapy: An efficient and effective cognitive behavioural therapy in long-term care. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 23, 528-539.
- James, I., Powell, I., i Kendell, K. (2003). A cognitive perspective on training in care homes. *Journal of Dementia Care*, 11(3), 22-24.
- Jessen, F., Amariglio, R. E., Van Boxtel, M., Breteler, M., Ceccaldi, M., Chételat, G., ... i Subjective Cognitive Decline Initiative. (2014). A conceptual framework for research on

- subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia*, 10(6), 844-852.
- Jongenelis, K., Pot, A. M., Eisses, A. M., Beekman, A. T., Kluiters, H., i Ribbe, M. W. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of affective disorders*, 83(2-3), 135-142.
- Kaduszkiewicz, H., Zimmermann, T., Beck-Bornholdt, H. P., i van den Bussche, H. (2005). Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomised clinical trials. *Bmj*, 331(7512), 321-327.
- Kalia, L. V., i Lang, A. E. (2015). Parkinson's disease. *The Lancet*, 386(9996), 896-912.
- Knopman, D. S., Amieva, H., Petersen, R. C., Ch  telat, G., Holtzman, D. M., Hyman, B. T., ... i Jones, D. T. (2021). Alzheimer disease. *Nature reviews Disease primers*, 7(1), 33.
- Koder, D. A. (1998). Treatment of anxiety in the cognitively-impaired elderly: Can Cognitivebehaviour therapy help? *International Psychogeriatrics*, 10, 73–82.
- Korczyn, A. D., Vakhapova, V., i Grinberg, L. T. (2012). Vascular dementia. *Journal of the neurological sciences*, 322(1-2), 2-10.
- Kraus, C. A., Seignourel, P., Balasubramanyam, V., Snow, A. L., Wilson, N., Kunik, M., ... i Stanley, M. A. (2008). Cognitive-behavioural treatment for anxiety in patients with dementia: Two case studies. *Journal of Psychiatric Practice*, 14, 186–192.
- Kurz, A., Kurz, C., Ellis, K., i Lautenschlager, N. T. (2014). What is frontotemporal dementia?. *Maturitas*, 79(2), 216-219.
- Lai, C. K., Chi, I., i Kayser-Jones, J. (2004). A randomized controlled trial of a specific reminiscence approach to promote the well-being of nursing home residents with dementia. *International Psychogeriatrics*, 16(1), 33-49.
- Latha, K. S., Bhandary, P. V., Tejaswini, S., i Sahana, M. (2014). Reminiscence therapy: An overview. *Middle East Journal of Age and Ageing*, 11(1), 18-22.
- Lees, A. J., & Smith, E. (1983). Cognitive deficits in the early stages of Parkinson's disease. *Brain*, 106(2), 257-270.
- Lin, Y. C., Dai, Y. T., i Hwang, S. L. (2003). The effect of reminiscence on the elderly population: a systematic review. *Public health nursing*, 20(4), 297-306.
- Litvan, I., Agid, Y., Calne, D., Campbell, G., Dubois, B., Duvoisin, R. C., ... i Zee, D. S. (1996). Clinical research criteria for the diagnosis of progressive supranuclear palsy (Steele-Richardson-Olszewski syndrome) report of the NINDS-SPSP international workshop. *Neurology*, 47(1), 1-9.

- MacDonald, M. E., Ambrose, C. M., Duyao, M. P., Myers, R. H., Lin, C., Srinidhi, L., ... i Harper, P. S. (1993). A novel gene containing a trinucleotide repeat that is expanded and unstable on Huntington's disease chromosomes. *Cell*, 72(6), 971-983.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), 370.
- Max, W. (1993). The economic impact of Alzheimer's disease. *Neurology*.
- McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack Jr, C. R., Kawas, C. H., ... i Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia*, 7(3), 263-269.
- Mendez, M. F., i Cummings, J. L. (2003). *Dementia: a clinical approach*. Butterworth-Heinemann
- Morgan, S. (2000). *The impact of a structured life review process on people with memory problems living in care homes*. Bangor University (United Kingdom).
- Myers, R. H. (2004). Huntington's disease genetics. *NeuroRx*, 1, 255-262.
- Near, D., Snowden, J. S., Gustafson, L., Passant, U., Stuss, D., Black, S. A. S. A., ... i Benson, D. (1998). Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*, 51(6), 1546-1554.
- Niu, H., Álvarez-Álvarez, I., Guillén-Grima, F., i Aguinaga-Ontoso, I. (2017). Prevalence and incidence of Alzheimer's disease in Europe: A meta-analysis. *Neurología (English Edition)*, 32(8), 523-532.
- Norris, A. (1986). *Reminiscence with Elderly People*. Winslow, London, UK.
- O'Brien, J. T., Paling, S., Barber, R., Williams, E. D., Ballard, C., McKeith, I. G., ... i Fox, N. C. (2001). Progressive brain atrophy on serial MRI in dementia with Lewy bodies, AD, and vascular dementia. *Neurology*, 56(10), 1386-1388.
- Onari, K., i Spatz, H. (1926). Anatomische beiträge zur lehre von der pickschen umschriebenen grosshirnrinden-atrophie („picksche krankheit “). *Arbeiten aus der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München (Kaiser-Wilhelm-Institut)*, 546-587.
- Opie, J., Rosewarne, R., i O'Connor, D. W. (1999). The efficacy of psychosocial approaches to behaviour disorders in dementia: A systematic literature review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 789-799.
- Orgeta, V., Qazi, A., Spector, A. E., i Orrell, M. (2014). Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(1), Art. No. CD009125.

- Overshott, R., Byrne, J., i Burns, A. (2004). Nonpharmacological and pharmacological interventions for symptoms in Alzheimer's disease. *Expert review of neurotherapeutics*, 4(5), 809-821.
- Overshott, R., i Burns, A. (2005). Treatment of dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 76(suppl 5), v53-v59.
- Parker, J. (2006). "I remember that . . .": Reminiscence groups with people with dementia. A valuable site for practice learning. *Groupwork*, 16(1), 7-28.
- Paukert, A., Calleo, J., Kraus-Schuman, C., Snow, L., Wilson, N., Petersen, N., ... Stanley, M. A. (2010). Peaceful mind: An open trial of cognitive-behavioural therapy for anxiety in persons with dementia. *International Psychogeriatrics*, 22, 1012–1021.
- Peng, X. D., Huang, C. Q., Chen, L. J., i Lu, Z. C. (2009). Cognitive behavioural therapy and reminiscence techniques for the treatment of depression in the elderly: a systematic review. *Journal of International Medical Research*, 37(4), 975-982.
- Peters R. (2006). Ageing and the brain. *Postgrad Med J*;82:84 – 88.
- Péran, P., Rascol, O., Démonet, J. F., Celsis, P., Nespoulous, J. L., Dubois, B., & Cardebat, D. (2003). Deficit of verb generation in nondemented patients with Parkinson's disease. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*, 18(2), 150-156.
- Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of internal medicine*, 256(3), 183-194.
- Pick, A. (1892). Über die Beziehungen der senilen Hirnatrophie zur Aphasie. *Prag Med Wchnschr*, 17, 165-167.
- Pick, A. (1906). Über einen weiteren Symptomenkomplex im Rahmen der Dementia senilis, bedingt durch umschriebene stärkere Hirnatrophie (gemischte Apraxie). *European Neurology*, 19(2), 97-108.
- Pinquart, M., Duberstein, P. R., i Lyness, J. (2006). Treatments for late-life depressive conditions: A meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1493–1501.
- Ratnavalli, E., Brayne, C., Dawson, K., i Hodges, J. R. (2002). The prevalence of frontotemporal dementia. *Neurology*, 58(11), 1615-1621.
- Richard, E., Reitz, C., Honig, L. H., Schupf, N., Tang, M. X., Manly, J. J., ... i Luchsinger, J. A. (2013). Late-life depression, mild cognitive impairment, and dementia. *JAMA neurology*, 70(3), 383-389.

- Román, G. C., Erkinjuntti, T., Wallin, A., Pantoni, L., i Chui, H. C. (2002). Subcortical ischaemic vascular dementia. *The Lancet Neurology*, *1*(7), 426-436.
- Román, G. C., Sachdev, P., Royall, D. R., Bullock, R. A., Orgogozo, J. M., López-Pousa, S., ... i Wallin, A. (2004). Vascular cognitive disorder: a new diagnostic category updating vascular cognitive impairment and vascular dementia. *Journal of the neurological sciences*, *226*(1-2), 81-87.
- Rosen, W. G., Mohs, R. C., i Davis, K. L. (1984). A new rating scale for Alzheimer's disease. *The American journal of psychiatry*, *141*(11), 1356-1364.
- Sagar, H. J., Sullivan, E. V., Cooper, J. A., & Jordan, N. (1991). Normal release from proactive interference in untreated patients with Parkinson's disease. *Neuropsychologia*, *29*(11), 1033-1044.
- Schneider, L. S., Dagerman, K., i Insel, P. S. (2006). Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *14*(3), 191-210.
- Schwarz, S., Froelich, L., i Burns, A. (2012). Pharmacological treatment of dementia. *Current opinion in psychiatry*, *25*(6), 542-550.
- Seshadri, S., Drachman, D. A., i Lippa, C. F. (1995). Apolipoprotein E ϵ 4 allele and the lifetime risk of Alzheimer's disease: What physicians know, and what they should know. *Archives of neurology*, *52*(11), 1074-1079.
- Sieben, A., Van Langenhove, T., Engelborghs, S., Martin, J. J., Boon, P., Cras, P., ... & Cruts, M. (2012). The genetics and neuropathology of frontotemporal lobar degeneration. *Acta neuropathologica*, *124*, 353-372.
- Sjögren, T. (1953). A genetic study of morbus Alzheimer and morbus Pick. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *28*, 5-66.
- Snowden, M., Sato, K., i Roy-Byrne, P. (2003). Assessment and treatment of nursing home residents with depression or behavioural symptoms associated with dementia: A review of the literature. *Journal of the American Geriatrics Society*, *51*, 1305–1317.
- Stern, Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *The Lancet Neurology*, *11*(11), 1006-1012.
- Stertz, G. (1926). Über die Picksche Atrophie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, *101*(1), 729-747.
- Subramaniam, P., i Woods, B. (2012). The impact of individual reminiscence therapy for people with dementia: systematic review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *12*(5), 545-555.

- Taylor, A. E., Saint-Cyr, J. A., & Lang, A. E. (1986). Frontal lobe dysfunction in Parkinson's disease: The cortical focus of neostriatal outflow. *Brain*, *109*(5), 845-883.
- Taylor, A. E., Saint-Cyr, J. A., & Lang, A. E. (1990). Memory and learning in early Parkinson's disease: evidence for a "frontal lobe syndrome". *Brain and cognition*, *13*(2), 211-232.
- Thorgrimsen, L., Schweitzer, P., & Orrell, M. (2002). Evaluating reminiscence for people with dementia: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, *29*(2), 93-97.
- Tomlinson, B. E., Blessed, G., & Roth, M. (1968). Observations on the brains of non-demented old people. *Journal of the neurological sciences*, *7*(2), 331-356.
- Van Bogaert, P., Van Grinsven, R., Tolson, D., Wouters, K., Engelborghs, S., & Van der Mussele, S. (2013). Effects of SolCos model-based individual reminiscence on older adults with mild to moderate dementia due to Alzheimer disease: a pilot study. *Journal of the American Medical Directors Association*, *14*(7), 528-e9.
- Verkaik, R., Van Weert, J., & Francke, A. (2005). The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviours of people with dementia: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *20*, 301-314.
- von Strauss, E., Viitanen, M., De Ronchi, D., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (1999). Aging and the occurrence of dementia: findings from a population-based cohort with a large sample of nonagenarians. *Archives of neurology*, *56*(5), 587-592.
- Walker, F. O. (2007). Huntington's disease. *The Lancet*, *369*(9557), 218-228.
- Wang, J. J. (2004). The comparative effectiveness among institutionalized and non-institutionalized elderly people in Taiwan of reminiscence therapy as a psychological measure. *Journal of Nursing Research*, *12*(3), 237-245.
- Watt, L. M., & Wong, P. T. P. (1991). A Taxonomy of Reminiscence and Therapeutic Implications. *Journal of Gerontological Social Work*, *16*(1-2), 37-57.
- Weintraub, D., Moberg, P. J., Culbertson, W. C., Duda, J. E., & Stern, M. B. (2004). Evidence for impaired encoding and retrieval memory profiles in Parkinson disease. *Cognitive and behavioral neurology*, *17*(4), 195-200.
- Woods, B., O'Philbin, L., Farrell, E. M., Spector, A. E., & Orrell, M. (2018). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane database of systematic reviews*, (3).
- Woods, B., Spector, A. E., Jones, C. A., Orrell, M., & Davies, S. P. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Data- base of Systematic Reviews*, *2*, Article CD001120.
- Woods, R. T., Orrell, M., Bruce, E., Edwards, R. T., Hoare, Z., Hounscome, B., ... & Russell, I. (2016). REMCARE: pragmatic multi-centre randomised trial of reminiscence groups for

people with dementia and their family carers: effectiveness and economic analysis. *PloS one*, 11(4), e0152843.

Woolley, J. D., Khan, B. K., Murthy, N. K., Miller, B. L., i Rankin, K. P. (2011). The diagnostic challenge of psychiatric symptoms in neurodegenerative disease: rates of and risk factors for prior psychiatric diagnosis in patients with early neurodegenerative disease. *The Journal of clinical psychiatry*, 72(2), 4437.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines* (Vol. 1). World Health Organization.

Wu, Y. T., Beiser, A. S., Breteler, M. M., Fratiglioni, L., Helmer, C., Hendrie, H. C., ... i Brayne, C. (2017). The changing prevalence and incidence of dementia over time—current evidence. *Nature Reviews Neurology*, 13(6), 327-339.