

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „IULIU HAȚIEGANU”  
CLUJ-NAPOCA**



**TEZĂ DE DOCTORAT**

**EFICIENȚA TERAPIEI COGNITIV-COMPORTAMENTALE  
LA PACIENȚII CU DEMENTĂ.  
UN STUDIU CLINIC CONTROLAT**

**Coordonator științific:**

**Prof. Dr. FELICIA IFTENE**

**Doctorand:**

**Cîndea Ana-Maria**

**2011**

## Cuprins

---

<b>Introducere</b>	1
<b>Partea generală</b>	4
Definiția și clasificarea demențelor	4
Scurt istoric	5
Criteriile DSM IV-TRTM pentru stabilirea diagnosticului de demență	6
Etiopatogenia demenței	8
Evaluarea clinică complexă în vederea stabilirii diagnosticului de demență și a stadiului bolii	10
Anamneza	10
Examinarea stării somatice	10
Analize de laborator	10
Examinarea stării psihice	10
Evaluarea psihologică a funcționării cognitive	11
Simptomatologie	12
Depresia – simptomul noncognitiv cel mai marcant	12
Aspecte psihologice și non-farmacologice ale depresiei în demență	13
Intervenții terapeutice	15
Terapia farmacologică	16
Tratament simptomatic în boala Alzheimer	16
Tratamentul etiologic în boala Alzheimer	16
Tratamente în curs de dezvoltare	17
Terapii noncolinergice	18
Terapia non-farmacologică	18
Psihoterapiile specifice și alte tratamente psihosociale	19
Terapia cognitiv-comportamentală	20
Terapia comportamentală	24
Terapia prin muzică	25
Modificări strategice-ambientale	26
Aspecte ale îngrijirii bolnavului cu demență	26
Îngrijirea paliativă	26
Îngrijirea pe termen lung în mediul instituțional	28
Evoluția demenței	28

Epuizarea profesională – o problemă pentru îngrijitorii pacienților cu demență în mediul instituțional	29
Teorii despre epuizarea profesională	30
Către o posibilă teorie cognitive-comportamentală a epuizării profesionale	31
<b>Contribuții personale</b>	<b>32</b>
<b>Studiul 1.</b> Eficiența terapiei cognitive-comportamentale în decelerarea declinului cognitive și ameliorarea depresiei la pacienții cu demență instituționalizați	32
Justificarea științifică a studiului	35
Obiective	36
Ipoteze	36
Material și metodă	48
Observații clinice	56
Rezultate	97
Discuții	99
<b>Studiul 2.</b> Eficiența grupului de suport în ameliorarea epuizării profesionale la îngrijitorii instituționali ai pacienților cu demență	102
Justificarea științifică a studiului	102
Obiective	104
Ipoteze	104
Material și metodă	104
Rezultate	111
Discuții	125
Concluzii	126
<b>Concluzii generale</b>	<b>128</b>
Originalitate	129
Limite	130
Direcții de cercetare pe viitor	130
<b>Referințe</b>	<b>131</b>

**Cuvinte cheie:** demență, funcționare cognitivă, depresie, terapie cognitiv-comportamentală, epuizare profesională, grup de suport.

În ultimii ani s-a constatat că incidența demenței în populație este în creștere. Cercetările din ultimii ani nu au relevat posibilități de tratare a acestei boli, ci doar unele modalități de întârziere a declinului cognitiv (specific), respectiv reducerea simptomelor noncognitive.

Tratamentele studiate sunt de natură farmacologică, non-farmacologică sau chiar comparații între ele, fără a fi efectuate suficiente cercetări care să ateste validitatea incontestabilă a uneia dintre ele. Important este modul în care societatea se confruntă cu această problemă la toate nivelele (familie, îngrijitori, instituții specializate etc.), pentru a putea oferi condiții optime și intervenții cât mai eficiente bolnavilor cu demență.

Actualmente sunt tot mai multe dovezi ale faptului că factorii de mediu și cei ai stilului de viață (educație, integrarea în activități profesionale și de timp liber, pregătirea și experiența), influențează îmbătrânirea cognitivă și pot preveni dezvoltarea bolii Alzheimer. În aceste condiții se consideră că intervenția cognitivă poate fi abordarea corectă în cazul persoanelor cu tulburări cognitive, fiind cunoscut potențialul ei în amânarea producerii declinului cognitiv. Procesul de deteriorare cognitivă fiind ireversibil în cazul demenței, este evident de ce chiar și o amânare a acestui declin poate fi un enorm câștig.

Managementul demenței implică o evaluare inițială complexă (anamneza, examinarea stării somatice, analize de laborator, examinarea stării psihice și evaluarea psihologică a funcționării cognitive), stabilirea tratamentului farmacologic unde este necesar, și stabilirea intervențiilor non-farmacologice aplicabile după caz.

Teza este structurată în două părți majore. Prima parte conține fundamentele teoretice, cu referire la definirea și clasificarea demențelor, istoric, diagnostic, epidemiologie, etiologie, terapie și evoluție. A doua parte conține contribuțiile personale cu justificarea științifică, obiective, ipoteze, material și metodă (eșantion, loturi, procedură, analiza datelor), rezultate, discuții/limite și concluzii generale ale studiului.

***Studiul 1. Eficiența terapiei cognitiv-comportamentale în decelerarea declinului cognitiv și ameliorarea depresiei la pacienții cu demență instituționalizați.***

### **Justificarea științifică**

Cercetările în domeniul demenței sunt din ce în ce mai multe (în special pentru zona farmacologiei, epidemiologiei, diagnosticării, a mijloacelor de diagnosticare etc.), însă preocuparea pentru intervențiile nonfarmacologice în vederea ameliorării simptomatologiei cognitive și/sau noncognitive în cadrul diagnosticului de demență este o tendință destul de recentă și foarte controversată.

Intervențiile cognitiv-comportamentale utilizate specific la vârstnici au început să fie descrise și cercetate de aproximativ 30 de ani. Din păcate studiile efectuate pe vârstnici au fost de calitate slabă din punct de vedere metodologic, de aceea se consideră că potențialul intervențiilor cognitiv-comportamentale în îmbunătățirea stării mentale a vârstnicului nu a fost suficient testat și demonstrat. Este necesară dezvoltarea unor intervenții care să poată fi standardizate, să fie

reproductibile și să fie evaluate în cercetări ample alături de medicație sau ca și parte a unor intervenții de management al cazurilor (pacienților). Terapia cognitiv-comportamentală nu este o metodă unică ci mai degrabă se însumează o serie de intervenții înrudite care au principii și ipoteze comune. Există tot mai multe dovezi că activitatea cognitivă poate întârzia instalarea bolii Alzheimer. Majoritatea programelor de stimulare la pacienți cu demență Alzheimer în fază de debut, vizează cogniția, datorită unei plasticități neuronale și a unei capacități de compensare care se consideră că persistă. În mediu instituțional costurile intervenției cognitiv-comportamentale nu sunt exagerate, ele putând fi alpicate în modelul tipic de intervenție. Este foarte adevărat că pentru a accede la terapie cognitiv-comportamentală în contextul îngrijirii în familie sau chiar prin frecventarea centrelor de zi, costurile intervenției contrabalansează într-o oarecare măsură posibilele sale rezultate eficiente.

### **Ipotezele studiului**

1. Psihoterapia cognitiv-comportamentală este eficientă în întârzierea declinului cognitiv la pacienții cu demență.
2. Psihoterapia cognitiv-comportamentală este eficientă în reducerea depresiei la pacienții cu demență.

### **Obiectivul principal:**

1. Determinarea eficienței terapiei cognitiv comportamentale la persoanele cu demență, în ceea ce privește încetinirea declinului cognitiv (stabilizare cognitivă).

### **Obiective secundare:**

1. Determinarea eficienței psihoterapiei cognitiv comportamentale în reducerea depresiei la pacienții cu demență.
2. Evidențierea a necesității validării intervenției cognitiv-comportamentale într-o variantă adaptată, pretabilă la a fi aplicată nevoilor pacienților cu demență.

### **Metodologia cercetării**

S-a dorit evaluarea eficienței intervenției de tip cognitiv-comportamental la pacienții cu demență printr-un studiu de tip analitic, experimental controlat. Populația țintă a fost reprezentată de persoanele diagnosticate cu demență, luând în considerare diagnosticul pus de medic specialist psihiatru sau medic primar psihiatru, iar populația accesibilă de persoanele diagnosticate cu demență și instituționalizate în Centrul de Recuperare și Reabilitare Neuropsihiatrică pentru Adulți cu Alzheimer Beclean la momentul inițierii studiului. Este important de menționat că pacienții instituționalizați nu sufereau doar de demență Alzheimer, ci și pacienți cu demență senilă, demență mixtă sau demență vasculară.

Criteriile de includere a subiecților în studiu au fost: existența diagnosticului de demență, cu consemnarea eventualelor comorbidități, pentru pacienții luați în studiu; existența statutului de pacient instituționalizat în CRRNAA Beclean și pentru toți subiecții, obținerea acceptului scris al reprezentantului legal pentru a fi incluși în lotul de studiu.

Criteriile de excludere a subiecților din studiu au fost: exprimarea refuzului de a fi subiecții studiului (personal sau prin reprezentantul legal); exprimarea refuzului activităților și programului de intervenție; invalidarea diagnosticului; și alte tulburări mintale și comportamentale (psihoze, tulburări afective, etc.).

Criterii de retragere a subiecților din studiu au stabilit că în cazul retargerii din studiu, cu acordul sau la cererea reprezentanților legali se vor utiliza datele obținute până la momentul respectiv, cu specificarea duratei de participare în studiu și condiționarea cu reevaluare înainte de ieșirea din studiu și la împlinirea termenului de șase luni.

### **Material și metodă**

Ca și instrumente de evaluare s-au folosit: MMSE (Mini Mental State Examination) pentru evaluarea funcționalismului cognitiv și GDS (Geriatric Depression Scale) pentru evaluarea nivelului depresiei.

### **Procedura**

Studiul a durat un an și jumătate, perioadă în care măsurătorile s-au efectuat la interval de 6 luni (noiembrie 2008, mai 2009, noiembrie 2009 și mai 2010). Datele s-au cules în cele patru etape, la începerea studiului în noiembrie 2008 s-a aplicat prima evaluare, după care s-a aplicat intervenția cognitiv-comportamentală la lotul stabilit, pe toată perioada studiului și intervenția psihosocială standard a serviciului rezidențial la lotul de control.

Informațiile privitoare la identitatea subiecților incluși în studiu sunt strict confidențiale, fiecare fișă de înregistrare a datelor primind un număr care va desemna subiectul în baza de date. Aspectele specifice screeningului psihiatric cum ar fi de exemplu diagnosticul, prezența și severitatea tulburărilor de comportament sau medicația le-am extras din examinarea psihiatrică efectuată de medicul specialist.

În studiu au fost incluși 60 de pacienți de ambele sexe, cu vârsta cuprinsă între 52 și peste 86 de ani, diagnosticați cu demență de tip Alzheimer (cu debut precoce și cu debut tardiv), senilă, mixtă (vasculară-Alzheimer, senilă-Alzheimer, Alzheimer-Parkinson, demență-epilepsie) și de altă etiologie (6,7) stadializată între ușoară, moderată și severă (14), în funcție de scorurile MMSE cuprinse între 0 și 25.

## **Analiza datelor**

Datele înregistrate au fost incluse într-o bază de date. S-au calculat în acest sens punctajele corespunzătoare fiecărei scale clinice aplicate subiecților, separat pentru fiecare etapă de măsurare (inițială, la șase luni, la un an și la un an și șase luni), respectiv severitățile specifice scorului respectiv pentru fiecare scală în parte. S-au utilizat statistici descriptive de tip frecvență pentru rezultatele descriptive, testul T pentru eșantioane independente pentru a arăta că nu au fost diferențe semnificative statistic între loturi și testul t pentru eșantioane perechi pentru a valida ipotezele. Toate datele au fost prelucrate în programul statistic SPSS versiunea 14.0.

## **Rezultate și concluzii**

Prezența în eșantionul general a 40% pacienți diagnosticați cu demență Alzheimer cu debut precoce, indică creșterea marcantă a prevalenței demneței în populația generală, dovedindu-se astfel această tendință de creștere semnalată de studiile de prevalență efectuate la nivel internațional.

Adresabilitatea foarte scăzută în stadii timpurii ale bolii este relevată de nivelele avansate ale disfuncției cognitive (scoruri MMSE mici), cu care pacienții ajung să fie luați în evidență. În momentul inițial au fost incluși în studiu 50% pacienți cu disfuncție cognitivă severă, 48% pacienți cu disfuncție cognitivă moderată și doar 2% (procent echivalent unui singur subiect) cu disfuncție cognitivă ușoară.

În studiul de față s-a demonstrat eficiența intervenției cognitiv-comportamentale în încetinirea declinului cognitiv la pacienții cu demență, precum și o eficiență semnificativă a reducerii severității simptomatologiei depresive. S-a validat prima ipoteză a studiului, conform căreia psihoterapia cognitiv-comportamentală este eficientă în întârzierea declinului cognitiv la pacienții cu demență, cu ajutorul aplicării testului t pentru eșantioane perechi și care a relevat rezultate semnificative statistic, în cadrul lotului cu îngrijire standard scorul MMSE scăzând semnificativ  $t=10.402$  pentru  $p=0.00$  și în lotul cu intervenție cognitiv-comportamentală scorul MMSE scăzând nesemnificativ statistic  $t=1.812$  pentru  $p=0.057$ . S-a dovedit că terapia cognitiv-comportamentală este eficientă doar în amânarea declinului cognitiv la pacienții cu demență și nicidecum în îmbunătățirea funcționalismului cognitiv, deoarece chiar și în cazul lotului supus acestui tip de terapie, s-a înregistrat un oarecare declin cognitiv, chiar dacă acesta nu s-a dovedit a fi semnificativ statistic. Disfuncția cognitivă a crescut semnificativ statistic în lotul 1  $t=-3.638$  pentru  $p=0.001$ , iar în lotul doi a crescut mult mai puțin, nesemnificativ statistic  $t=1,441$  pentru  $p=1,61$ .

S-a validat a doua ipoteză a studiului, conform căreia psihoterapia cognitiv-comportamentală este eficientă în reducerea depresiei la pacienții cu demență, cu ajutorul aplicării

testului statistic t pentru eșantioane perechi, rezultatele testului fiind semnificative statistic, în lotul 1  $t=-4.282$  pentru  $p=0.00$ , ceea ce semnifică o creștere semnificativă statistic a scorului GDS, iar în lotul 2  $t=6.162$  pentru  $p=0.00$  ceea ce semnifică o scădere semnificativă statistic a scorului GDS. Conform analizei statistice reiese că depresia se reduce semnificativ statistic, însă nu dispare total, fapt relevat de prezența unor scoruri GDS care semnaleză prezența depresiei ce poate fi semnificativă clinic chiar și la ultima evaluare, scorul mediu GDS în lotul 2 fiind de 4,39, adică peste 4 care înseamnă în unele cazuri prezența unor semne mai semnificative ale depresiei, însă totuși mult reduse. S-a demonstrat cu rezultate statistice că formularea ipotezelor nule conform cărora aceste eficiențe sunt datorate altor factori decât cei luați în studiu, nu este posibilă.

Rezultatele acestui studiu semnaleză nevoia de îmbunătățire a modului de intervenție pentru pacienții cu demență, instituționalizați, precum și nevoia de depistare și instituire de tratament în faze cât mai timpurii. Conceptualizarea intervenției nonfarmacologice la pacienții cu demență trebuie să fie cognitivă, protocolul trebuie să fie comportamental, iar tehnicile pot fi eclecticice. În acest context, doar terapiile de management comportamental, alături de un anumit tip de îngrijitor/terapeut, educarea personalului serviciilor rezidențiale și o posibilă intervenție cognitivă, apare ca având o eficiență durabilă în managementul simptomelor neuropsihiatrice asociate demenței.

Lipsa dovezilor privind eficiența altor terapii, nu indică inexistența lor, ci doar o lipsă a studiilor în acest sens. Concluziile sunt limitate de lipsa cercetărilor de înaltă calitate. Este necesară o preocupare științifică de cercetare în acest sens mult mai intensă [14].

Datorită numărului relativ mic de subiecți, se consideră necesară replicarea studiului pe eșantioane mai mari, și chiar studii de standardizare a unor protocoale de intervenție cognitiv-comportamentale în formă adaptată nevoilor și specificităților pacienților cu demență, specifice pentru stabilizare cognitivă și reducerea depresiei.

***Studiul 2. Eficiența grupului de suport în ameliorarea epuizării profesionale la îngrijitorii instituționali ai pacienților cu demență.***

### **Justificarea științifică**

În situația în care prevalența pacienților diagnosticați cu demență, crește de la un an la altul, iar în țara noastră nu există încă servicii și politici de sprijinire structurate la nivel național pentru acest domeniu, iar pacienții sunt diagnosticați de regulă în stadii destul de avansate ale bolii, rezultă că nevoia de îngrijire în mediu instituțional devine tot mai frecventă. S-a observat chiar și la nivelul centrului în care s-a desfășurat acest studiu, o creștere progresivă a solicitărilor pentru instituționalizare, fapt care a dus la imposibilitatea de a fi responsivi la toate aceste solicitări și crearea unor liste de așteptare. În acest context este evident că personalul de



specialitate și îngrijitorii sunt expuși unor solicitări permanente care duc la riscul apariției epuizării profesionale, mai ales în ceea ce privește *îngrijitorii* (ei fiind în contact permanent cu bolnavii și fiind cei mai responsabilizați privitor la supravegherea și siguranța acestora). Literatura de specialitate arată că este nevoie de evaluare, intervenție și sprijin practic pentru persoanele de îngrijire. Aceștia trebuie să solicite susținere din partea membrilor familiei sau a prietenilor și să apeleze la consiliere profesională (individuală, în grupuri de suport, în asociații, etc.), pentru a-i ajuta să depășească momentele de suprasolicitare fizică/psihică sau apariția epuizării profesionale. Îngrijitorii din sănătate și în special cei din sănătatea mintală sunt expuși riscului epuizării profesionale.

### **Ipoteze**

1. Includerea în grup de suport poate fi eficientă în reducerea stării de epuizare profesională a îngrijitorilor instituționali ai pacienților cu demență.
2. Îngrijitorii instituționali incluși în grup de sprijin au tendința să fie mai eficienți în calitate de *antrenor* pentru pacientul cu demență instituționalizat.

### **Obiectiv general**

Sprijinirea îngrijitorilor pentru a putea face față muncii lor fără să sufere neapărat de epuizare profesională, care este atât de frecventă la această categorie profesională.

### **Obiective specifice**

S-a vizat evidențierea eficienței constituirii unui grup de suport la îngrijitorii instituționali ai pacienților cu demență. În plus s-a încercat punerea în evidență a unei posibile legături dintre calitatea intervenției la pacienții din studiul prezentat anterior și beneficierea de un îngrijitor antrenor care a fost inclus în grup de sprijin.

### **Metodologia cercetării**

S-a vizat evaluarea eventualei eficiențe a includerii în grup de suport a îngrijitorilor instituționali ai pacienților cu demență într-un studiu de tip analitic, experimental. Populația țintă a fost reprezentată de îngrijitorii instituționali ai pacienților diagnosticați cu demență, însă populația accesibilă au fost îngrijitorii angajați în Centrul de Recuperare și Reabilitare Neuropsihiatrică pentru Adulți cu Alzheimer Beclean la momentul inițierii acestui studiu.

Criteriul de includere a subiecților în studiu a fost existența statutului de îngrijitor în CRRNAA Beclean, la momentul includerii în studiu.

Criteriile de excludere a subiecților din studiu au fost: exprimarea refuzului de a fi subiectul studiului și existența unor date care să ateste că subiectul nu ar putea fi parte a studiului până la finalizarea acestuia (pensionarea iminentă).

Ca și criteriu de retragere a subiecților din studiu s-a stipulat libertatea subiecților să-și exprime refuzul de a mai fi incluși în studiu, la orice moment al acestuia, situație în care urma să se menționeze motivul retragerii, iar datele privitoare la subiect nu ar fi fost incluse în baza de date.

### **Material și metodă**

Instrumentul de evaluare folosit a fost chestionarul de burnout Maslach (Maslach Burnout Inventory). Evaluarea epuizării profesionale se realizează pe cele trei dimensiuni ale scalei etichetate ca: epuizare emoțională (EE), depersonalizare (DP) și cogniții de eficiență și realizare profesională .

### **Procedura**

În studiu au fost incluși 24 de îngrijitori de sex feminin, cu vârsta cuprinsă între 34 și 56 de ani. S-a utilizat randomizarea celor 24 de îngrijitori (prin tragere la sorți), în două grupuri de câte 12 subiecți. Primul grup a fost evaluat doar la începutul și sfârșitul studiului, iar subiecții celui de-al doilea grup au fost consultați individual dacă ar fi de acord să facă parte dintr-un grup de suport, format din 12 colegi de serviciu. Nu s-au înregistrat refuzuri.

S-au urmărit efectele participării la grupul de suport în ceea ce privește epuizarea profesională măsurată la începutul studiului și la sfârșitul lui. Studiul a durat șase luni, perioadă în care studiul nr.1 prezentat anterior era în ultima sa etapă de șase luni. Cele două studii s-au finalizat în același timp.

Din perspectiva modalității și duratei culegerii datelor, studiul a fost de tip longitudinal, vizându-se în mod prospectiv eventuala schimbare produsă de participarea la grupul de suport, comparativ cu evoluția nivelului epuizării profesionale la subiecții din grupul 1, grup care a servit ca și control. Datele s-au cules în două etape de evaluare, la începerea studiului în noiembrie 2009, după care s-a constituit grupul de suport denumit grupul 2 și mai apoi la sfârșitul studiului în mai 2010.

### **Planul de analiză a datelor**

Datele înregistrate au fost incluse într-o bază de date. S-au calculat în acest sens punctajele corespunzătoare scalei clinice aplicate subiecților, separat pentru fiecare etapă de măsurare (inițială și la șase luni), respectiv severitățile specifice scorului respectiv pentru fiecare subscală în parte. Variabile demografice: nu au fost introduse în baza de date, având în vedere numărul mic de subiecți și faptul că toți subiecții au fost de sex feminin, astfel rezultatele nu ar fi permis o analiză semnificativă statistic din această perspectivă. S-au utilizat statistici descriptive de tip frecvență pentru rezultatele descriptive, testul t pentru eșantioane independente pentru a arăta că nu au fost diferențe semnificative statistic între loturi și testul t pentru eșantioane perechi pentru a valida ipotezele. Toate datele au fost prelucrate în programul statistic SPSS versiunea 14.0.

## Rezultate și concluzii

Din perspectiva distribuției subiecților în eșantionul general, în funcție de nivelul epuizării profesionale, observăm că 33% au fost subiecți cu nivel scăzut, 46% au prezentat nivel mediu și 21% nivel înalt. Prezența unui procent ridicat de îngrijitori instituționali cu nivel mediu și înalt de epuizare profesională (în total 67%), în eșantionul general studiat, indică nevoia ca această categorie profesională să primească sprijin în acest sens. Disponibilitatea cu care au răspuns subiecții selectați pentru grupul de suport și consecvența cu care au participat la întâlnirile programate, denotă faptul că ideea constituirii unui grup de suport a fost binevenită.

S-a validat prima ipoteză specifică și anume că includerea în grup de suport, poate fi eficientă în reducerea stării de epuizare profesională a îngrijitorilor instituționali, ai pacienților cu demență. Validarea se bazează pe testul pentru eșantioane independente, iar rezultatele sunt semnificative la  $p=0,029$ . Scorul mediu de 59,92 a reprezentat un scor aferent unui nivel mediu de epuizare profesională (valoare situată în intervalul 51-75), pe când scorul la momentul final de 47,67 indică un nivel scăzut de epuizare profesională (valoare situată în intervalul 25-50). Acest scor mediu final nu reprezintă absența epuizării profesionale la toți subiecții ci indică faptul că în medie scorurile au scăzut suficient pentru ca ameliorarea acestei stări să fie prezentă la toți subiecții. Se poate considera că în anumite cazuri ar fi necesară intervenție terapeutică individuală, pentru a oferi sprijinul necesar revenirii din epuizarea profesională.

S-a validat a doua ipoteză conform căreia îngrijitorii instituționali, incluși în grup de sprijin au tendința să fie mai eficienți în calitate de *antrenor* pentru pacientul cu demență instituționalizat, cu ajutorul testului pentru eșantioane perechi, rezultatele testului fiind semnificative la  $p=0,00$ . Comparând în eșantionul general evoluția scorurilor MMSE, evaluarea III și evaluarea IV, în funcție de tipul de antrenor pe baza testului pentru eșantioane perechi se observă că scorurile medii ale MMSE scad de la 6,14 la 5,25 pentru pacienții care au beneficiat de un antrenor inclus în lotul de control, diferența fiind semnificativă statistic  $t=4.942$  la  $p=0,00$ , iar pentru pacienții care au beneficiat de un antrenor inclus în grupul de suport, scorurile medii ale MMSE scad de la 10,27 la 10,192, diferența nefiind semnificativă statistic  $t=1.546$ , la  $p=0,134$ .

S-a demonstrat astfel, cu rezultate statistice, că formularea ipotezelor nule conform cărora aceste eficiențe sunt datorate altor factori decât cei luați în studiu, nu este posibilă. Lipsa dovezilor privind eficiența altor modalități de sprijin sau terapii nu indică inexistența lor, ci doar o lipsă a studiilor în acest sens. Concluziile sunt limitate de lipsa cercetărilor. Este necesară o preocupare științifică de cercetare în acest sens.

S-a evidențiat faptul că aplicarea unei terapii cognitiv-comportamentale de tipul celei descrise în studiul 1, la pacienții cu demență instituționalizați, este cu atât mai eficientă cu cât

îngrijitorul desemnat ca antrenor este sprijinit să-și amelioreze eventuala stare de epuizare profesională.

## **CURRICULUM VITAE**

**Nume și prenume:** Cîndea Ana-Maria

**Data și locul nașterii:** 11.02.1976, Beclean.

**Naționalitate:** Română

**Stare civilă:** căsătorită

**Telefon:** 0744820500

**E-mail:** acandea@umfcluj.ro

### **Studii:**

- 2007 – prezent, doctorand al Universității de Medicină și Farmacie “Iuliu Hațieganu”;
- 01.10.1999 – 31.07.2003 Universitatea din București, prin Universitatea Dimitrie Cantemir Târgu-Mureș, Facultatea de Psihologie și Psihopedagogie. Lucrarea de licență elaborată: Factori ai depresiei post traumatism cerebral, coordonator științific Profesor Dr. Podar Teodor.
- 01.10.1998 – 31.07.1999 Universitatea Babeș-Bolyai, Facultatea de Sociologie, studii aprofundate în Comunicare Socială. Lucrarea de disertație elaborată: Ansamblu metodologic de evaluare a sărăciei, lucrare care a fost parte integrantă, într-un studiu elaborat pentru Biroul International al Muncii de către Metro-Media Transilvania, coordonator științific Conf. Dr. Vasile Sebastian Dîncu
- 01.10.1994 – 31.07.1998 Universitatea Babeș Bolyai, Facultatea de Sociologie, promoția 1998. lucrarea de licență elaborată: Socio-semiologia mesajului publicitar, coordonator științific Lector Dr. Vasile Sebastian Dîncu.
- 1990-1994 Liceul Industrial Beclean, Profil Matematică-Fizică.

### **Experiența profesională:**

- 13.11.2000 – până în prezent, Psiholog Clinician la Centrul de Recuperare și Reabilitare Neuropsihiatrică pentru Adulți cu Alzheimer Beclean;

- 07.02.2000 – 01.08.2000 sociolog la SC Prisma Bistrița;
- 01.09.1999 – 06.02.2000 profesor de educație specială la Școala Specială nr. 1, Bistrița.

### **Articole/lucrări in extenso publicate ca unic/prim autor:**

Cîndea AM, Iftene F. Terapii non-farmacologice în demență. Clujul Medical. 2011. Vol. 84 - nr. 1, pag. 23-27.

Cîndea AM, Iftene F. Eficiența terapiei cognitiv-comportamentale în ameliorarea depresiei la pacienții cu demență. Acta Medica Transilvanica, vol II, nr. 3, Sibiu. 2011. pag. 23-26.

### **Participări ca unic/prim autor la cogrese, conferințe, simpozioane**

Cîndea AM. Tulburările Cognitive în Alzheimerul Preclinic. Simpozionul Internațional cu tema “Aspecte medico-psiho-sociale la grupe de risc (copii și vârstnici)”, 2007.

### **Alte formări și competențe:**

- Psihoterapeut sub supervizare în Hipnoză și Terapie Ericksoniană. Formare de trei ani prin Asociația Română de Hipnoză Clinică, Relaxare și Terapie Ericksoniană;
- Psihoterapeut sub supervizare în Psihoterapie Pozitivă. Formare de cinci ani prin SC Elipsiona SRL, sub patronajul Institutului de Psihoterapie Psihodinamică Pozitivă Wiesbaden.
- Participare la numeroase cursuri, simpozioane, congrese creditate de Colegiul Medicilor și de Colegiul Psihologilor.
- Membru în echipa de organizare al celui de-al Doilea Congres de Psihiatria Copilului și Adolescentului, Bistrița 2008: “Autismul și Societatea”. Coautor al lucrării “Jocul simbolic la copil”, alături de Sempronia Filipoi.
- Membru în echipa de organizare pentru Simpozionul Internațional cu tema Aspecte medico-psiho-sociale la grupe de risc (copii și vârstnici), 2007 Beclean. Participare cu lucrare anterior menționată.

### **Alte abilități și competențe:**

- Utilizator nativ al limbii maghiare și un nivel bun de cunoaștere/utilizare în ceea ce privește limba engleză și limba franceză;
- Utilizare computer fără dificultăți. Cunoașterea pachetului Office, Corel Draw, SPSS etc.;

**UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY „Iuliu  
Hațieganu” CLUJ-NAPOCA**



**Ph.D. Thesis**

**THE EFFICIENCY OF COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY IN  
PATIENTS WITH DEMENTIA.  
A CONTROLLED CLINICAL TRIAL**

**Scientific coordinator:**

**Prof. Dr. FELICIA IFTENE**

**PhD Candidate:**

**Cîndea Ana-Maria**

## Content

---

<b>Introduction</b>	1
<b>General part</b>	4
Dementia's classification and its definition	4
A brief history	5
DSM IV-TR™ criteria for determination the dementia diagnostic	6
Dementia's etiopatogeny	8
The complex clinic evaluation concerning the determination of dementia diagnostic and the disease's level	10
Anamnesis	10
Somatic condition examination	10
Lab tests	10
Psychic condition examination	10
Psychological evaluation in terms of cognitive functioning	11
Symptomatology	12
Depression – the main noncognitiv symptom	12
Non-pharmacological and psychological aspects of the depression in persons with dementia	13
Therapeutic interventions	15
Pharmacological therapy	16
Symptomatic treatment in Alzheimer's disease	16
Etiological treatment in Alzheimer's disease	16
Developing treatments	17
Non-colinergical treatments	18
Non-pharmacological therapy	18
Specific psychotherapies and other psycho-social treatments	19
The cognitiv-behavioral therapy	20
The behavioral therapy	24
Music therapy	25
Environmental and strategic modifications	26
Aspects of nursing on dementia patients	26
Palliative care	26

Long term care in residential system	28
Dementia evolution	28
Burnout – a real problem for dementia caregivers in residential system	29
Theories about burnout	30
Toward a possible cognitive-behavioral theory of burnout	31
<b>Personal contributions</b>	<b>32</b>
<b>Study 1.</b> The efficiency of cognitive-behavioural therapy in the reduction of the cognitive regress and the improvement of the depression at the institutionalised patients with dementia.	32
Scientific justification	35
Objectives	36
Hypothesis	36
Material and method	48
Clinic observations	56
Results	97
Discussions	99
Conclusions	
<b>Study 2.</b> The efficiency of the support group in ameliorating burnout at the institutionalized caregivers of the patients with dementia.	<b>102</b>
Scientific justification	102
Objectives	104
Hypothesis	104
Material and method	104
Results	111
Discussions	125
Conclusions	126
<b>General conclusions</b>	<b>128</b>
Originality	129
Limits	130
Future research directions	130
<b>References</b>	<b>131</b>

**Key words:** dementia, cognitive function, depression, cognitive-behavioural therapy, professional exhaustion, support group.

In the last years, there was found that the incidence of the dementia in the population is increasing. The last years' researches did not reveal the opportunities of treating this disease but



only some ways of delaying of the cognitive (specific) regress, respectively the reduction of the non-cognitive symptoms. The studied treatments are of pharmacological, non-pharmacological nature of even comparisons between them, without being made enough researches that prove the unquestioned validity for one of them. What is important is the way in which the society face this problem at all levels (family, caregivers, specialised institutions etc.) in order to be able to offer the optimal conditions and the most efficient interventions to the ones who suffer from dementia.

Nowadays there are more and more proofs of the fact that the environmental factors and the ones related to the lifestyle (education, integration in professional activities and leisure time, the preparing and the experience) influence the cognitive aging and could prevent the development of Alzheimer disease. In these conditions there is considered that the cognitive intervention could be the right approach in the case of persons with cognitive disorders, being known the potential in delaying the producing of cognitive regress. The process of cognitive impairment being irreversible in the case of dementia, it is obvious why even a delay of this regress could be a huge advantage.

The dementia management involves an initial complex evaluation (medical history, examination of the somatic state, laboratory analyses, examination of the psychical state and psychological evaluation of the cognitive function), the establishing of the pharmacological treatment if it is necessary and of the non-pharmacological interventions applicable as appropriate.

The thesis is structured in two main parts. The first part contains theoretical basis referring to the definition and classification of the dementia, history, diagnosis, epidemiology, aetiology, therapy and evolution. The second part contains the personal contributions with the scientific justification, objectives, hypothesis, material and method (sample, lots, procedure, and data analysis), results, discussions / limits and general conclusions of the study.

*Study 1. The efficiency of cognitive-behavioural therapy in the reduction of the cognitive regress and the improvement of the depression at the institutionalised patients with dementia.*

### **Scientific justification**

The researches in the dementia field are more and more (especially in the field of pharmacology, epidemiology, diagnosis, ways of diagnosing etc.) but the concern for the non-pharmacological interventions in order to improve the cognitive and/or non-cognitive symptoms within the diagnosis of dementia is a recent and a very controversial tendency.

The cognitive-behavioural interventions used especially to the older people have begun to be described and researched about 30 years ago. Unfortunately, the studies made on old people

were of a weak quality from the methodological point of view, so that it is considered that the potential of the cognitive-behavioural interventions in improving the mental state of the old one was not enough tested and demonstrated. It is necessary the development of some interventions that could be standardized, to be reproducible and to be evaluated in extensive researches together with the medication or as part of some interventions of the cases' management (the patients' management). The cognitive-behavioural therapy is not the only method but rather it sums a series of related interventions that have common principles and hypothesis. There are more and more proofs that the cognitive activity could delay the coming of Alzheimer disease. Most programs of simulation at patients with Alzheimer dementia at a beginning phase targets the cognition due to a neuronal plasticity and of a capacity of compensation that it is considered to persist. In the institutional frame, the costs of the cognitive-behavioural intervention are not overmuch, they being able to be applied to the typical model of intervention. It is very true that in order to access the cognitive-behavioural therapy in the context of care within the family or even by attendance of the day centres, the costs of the intervention counterbalance the efficient results.

### **The study hypothesis**

1. The cognitive-behavioural psychotherapy is efficient in delaying the cognitive regress at the patients with dementia.
2. The cognitive-behavioural psychotherapy is efficient in reducing the depression at the patients with dementia.

### **The main objective:**

1. Determining the efficiency of the cognitive-behavioural therapy at the persons with dementia concerning the delaying of the cognitive regress (cognitive stabilisation).

### **Secondary objectives:**

1. Determining the efficiency of the cognitive-behavioural psychotherapy in reducing the depression at the patients with dementia.
2. Emphasising the need of the validation of the cognitive-behavioural intervention into an adaptive variant, suitable to be applied to the needs of the patients with dementia.

### **The research methodology**

We aimed the evaluation of the intervention efficiency of cognitive-behavioural type at the patients with dementia by a study of analytical, experimentally controlled type. The target population was represented by persons diagnosed with dementia, taking into account the diagnosis put by the specialist psychiatric physician or by the primary psychiatric physician, and the population diagnosed with dementia and institutionalized in the Centre of Recuperation and Neuropsychiatric Rehabilitation for Adults with Alzheimer in Beclean – being there at the

moment of the study beginning. It is important to note that the institutionalized patients did not suffer only by Alzheimer dementia but also patients with senile dementia, mixed dementia or vascular dementia.

The criteria of including the subjects in the study were: the existence of diagnosis of dementia with notice of possible comorbidities for the patients taken in the study, the existence of the status of institutionalized patient in CRRNAA Beclean and for all the subjects, the getting of written acceptance of the legal representative to be included in the research study.

The criteria of excluding the subjects from the study were: expressing the refusal to be subjects of the study (personal or by the legal representative); expressing the refusal of the activities and the program of intervention; invalidate of the diagnosis; other mental and behavioural disorders (psychosis, affective disorders etc.).

The criteria of withdrawal of the subjects from the study established that in the case of the withdrawal from the study with the agreement or on request of the legal representatives there would be used the data obtained till that certain moment, with the specification of the participating period in the study and with conditioning the reevaluation before leaving the study and when six months were passed.

## **Material and method**

The following tools were used as tools of evaluation: MMSE (Mini Mental State Examination) for evaluating the cognitive function and GDS (Geriatric Depression Scale) for evaluating the level of the depression.

## **The procedure**

The study lasted 1 year and a half, period in which the measurements were made every 6 months (November 2008, May 2009, November 2009 and May 2010). The information were gathered in the four stages, at the beginning of the study in November 2008 the first evaluation was applied, after that the cognitive-behavioural intervention was applied to the established group throughout the study and the psychosocial standard intervention of the residential service at the control group.

The information concerning the subjects' identity included in the study was strictly confidential, each data registration sheet receiving a number that would designate the subject in the data basis. The specific aspects of the psychiatric screening such as the diagnosis, the presence and the severity of the behavioural disorders or the medication were drawn from the psychiatric examination made by the specialist physician.

In the study there were included 60 patients of both genders with ages between 52 and over 86 years old, diagnosed with dementia of Alzheimer type (with early onset and late onset),

senile, mixed dementia (vascular-Alzheimer, senile-Alzheimer, Alzheimer-Parkinson, dementia-epilepsy) and of other aetiology (6,7) staged between lower, moderate or severe (14), depending on the scores MMSE between 0 and 25.

### **Data analysis**

The registered data were included into a data basis. In this respect, there were calculated the properly scores for each clinical scale applied to the subjects, separate for each stage of measurement (initial, at six month, at 1 year and at 1 year and a half), respectively the severities specific to the scores for each scale separately. There were used descriptive statistics of frequency type for the descriptive outcomes, the test T for the independent samples in order to show that there were not significant differences statistically speaking between the lots and the test T for paired samples in order to validate the hypothesis. All the data were processed in the statistic program SPSS, version 14.0.

### **Results and conclusions**

The presence in the general sample of 40% of diagnosed patients with Alzheimer dementia with early onset shows the marked increase of the prevalence of dementia in the general population, proving this tendency of increase pointed by the prevalence studies made at the international level.

The very low addressing in the early stages of the disease is relevant at the advanced levels of the cognitive dysfunction (small MMSE scores) that the patients are taken in evidence with. In the initial moment there were included in the study 50% patients with a severe cognitive dysfunction, 48% patients with a moderate cognitive dysfunction and only 2% (percent equivalent to one subject) with mild cognitive dysfunction.

In the present study there was demonstrated the efficiency of the cognitive-behavioural intervention in delaying the cognitive regress at the patients with dementia and, also, a significant efficiency in reducing the severity of the depressive symptoms. It was showed as real the first hypothesis of the study under which the cognitive-behavioural psychotherapy is efficient in delaying the cognitive regress at the patients with dementia, with the help of application of the test T for old samples and which revealed the significant statistic results. Within the lot with standard care, the score MMSE decreased significantly  $t=10,402$  for  $p=0,00$  and in the lot with cognitive-behavioural intervention, the score MMSE was reduced statistically insignificant  $t=1,812$  for  $p=0,057$ . It was proved that the cognitive-behavioural therapy is efficient only in the delaying of the cognitive regress at the patients with dementia and not in improving the cognitive functionalism because even in the case of the lot treated with this type of therapy, a certain cognitive regress was registered even if this was not proved to be statistically significant. The

cognitive dysfunction increased statistically significant in the lot 1  $t=3,638$  for  $p=0,001$ , and in the lot 2 it increased less than in the 1<sup>st</sup> one, statistically insignificant  $t=1,441$  for  $p=1, 61$ .

It was validated the second hypothesis of the study, under which the cognitive-behavioural psychotherapy is efficient in reducing the depression at the patients with dementia with the help of the application of the statistic test T for the paired samples, the results of the test being statistically significant, in the lot 1  $t=4,282$  for  $p=0,00$ , what means a significant increase of the score GDS, and in the lot 2  $t=6,162$  for  $p=0,00$  what means a significant decrease of the score GDS. According to the statistical analysis, it is concluded that the depression is reduced statistically significant, but it does not totally disappear, fact revealed by the presence of some scores GDS which mark the presence of the depression which could be clinically significant even at the last evaluation, the moderate score GDS in the lot 2 being of 4.39, that is over 4, what means in some cases the presence of some more significant signs of the depression, but still much lower. It was demonstrated with statistic results that the statement of the null hypotheses, under which these efficiencies are due to other factors than the one taken into the study, is not possible.

The results of this study mark the need of improving the way of intervention for the institutionalized patients with dementia, and also the need of screening and beginning of treatment in phases as early as possible.

The conceptualization of the non-pharmacological intervention at the patients with dementia must be cognitive, the protocol must be behavioural and the techniques could be eclectic. In this context, only the therapies of behavioural management, near to a certain type of caregiver/therapist, the educating of the staff of the residential services and a possible cognitive intervention appeared as having a sustainable efficiency in the management of the neuropsychiatric symptoms associated to the dementia.

The lack of proofs concerning the efficiency of other therapy does not show their inexistence but only a lack of studies in this respect. The conclusions are limited by the lack of the high quality researches. It is necessary a scientific concern for research in this respect, a more significant one [14].

Due to the small number of subjects, it is considered as necessary the replication of the study on larger samples and even studies of standardization of some protocols of cognitive-behavioural intervention into a way adapted to the patients' needs and specificities with dementia, specific for cognitive stabilization and depression reduction.

***Study 2. The efficiency of the support group in improving the professional exhaustion at the institutionalized caregivers of the patients with dementia.***

## **Scientific justification**

In the situation in which the prevalence of the patients diagnosed with dementia grows from one year to the other, and in our country there are not yet services and supporting policies structured at the national level for this field and the patients are diagnosed generally in stages pretty advanced of the disease there is concluded that the need of care in the institutional environment becomes more and more frequent. There is noticed even at the level of the centre in which this study was developed a progressive growth of the requests for institutionalization, fact that led to the impossibility to be responsive to all these requests and the making of some waiting lists. In this context there is obvious that the specialised staff and the caregivers are exposed to some permanent requests that lead to the risk of the professional exhaustion, especially concerning the *caregivers* (they being in a permanent contact with the patients and being the most responsible concerning their supervision and safe). The specialised literature shows that there is a need of evaluation, intervention and practical support for the caregivers. They must require support from the family members or from the family friends and to call/appeal to the professional counselling (individual, in supporting groups, in associations etc.) in order to help them to overcome the physical / psychological strain or the professional exhaustion. The caregivers in the health field and especially the ones in the mental health are exposed to the risk of the professional exhaustion.

## **Hypothesis**

1. Inclusion in the support group could be efficient in reducing the state of professional exhaustion of the dementia patients' institutionalised caregivers.
2. The institutionalized caregivers included in the support group tend to be more efficient as *trainer* for the institutionalised patient with dementia.

## **General objective**

Supporting the caregivers in order to face their works without suffering of professional exhaustion, which is so often at this professional category.

## **Specific objectives**

The stress was put on the efficiency of making a support group by the institutionalized caregivers of the patients with dementia. Moreover, we tried to stress on the possible relationship between the quality of the intervention at the patients from the study mentioned above and the benefit for a trainer caregiver who was included in the supporting group.

## **The research methodology**

The stress was put on the evaluation of a possible efficiency of including to the supporting group of institutionalized caregivers of the patients with dementia into a study of analytical,

experimental type. The target population was represented by the institutionalized caregivers of the patients diagnosed with dementia but the available population were the caregivers employed at the Centre of Recuperation and Neuropsychiatric Rehabilitation for Adults with Alzheimer in Beclean in the moment of the beginning of this study.

The criteria of including the subjects in the study were the existence of the status of caregiver in CRRNAA Beclean at the moment of inclusion in the study.

The criteria of excluding the subjects from the study were: expressing the refusal to be subject of the study and the existence of some information that tell the subject could not be part of the study till the end of it (imminent retirement).

As a criterion of withdrawal of the subjects from the study it was mentioned the freedom of the subjects to express their refusal to be included in the study, at any moment, situation in which the reason of the withdrawal has to be mentioned, and the data concerning the subject would not have been included in the data basis.

### **Material and method**

The evaluation tool used was the burnout Maslach Burnout Inventory. The evaluation of the professional exhaustion is made on the three dimensions of the labelled scale as: emotional exhaustion (EE), depersonalization (DP) and cognitions of efficiency and professional achievement.

### **The procedure**

In the present study there were included 24 caregivers of feminine genre with the age between 34 and 56 years old. The randomization was used for the 24 caregivers in two groups of 12 subjects each. The first group was evaluated only at the beginning and the end of the study, and the subjects of the second group were asked individually if they agreed to be part of the support group made of 12 colleagues. There were not registered refusals.

There were investigated the effects of the participation at the support group concerning the professional exhaustion measured at the beginning of the study and at its end. The study lasted six months when the study no. 1 mentioned above was in its last stage of the six months. The two studies were ended in the same time.

From the perspective of the way and duration of data gathering, the study was of a longitudinal type, aiming prospectively the possible change produced by the participation at the support group, comparatively with the evolution of the level of the professional exhaustion at the subjects in the group 1, group that served as control. The data were gathered in two stages of evaluation, at the beginning of the study in November 2009; then the support group named group 2 was formed later at the end of the study in May 2010.

### **The plan of data analysis**

The data registered were included into a data basis. The scores were calculated in accordance with the clinical scale applied to the subjects, separate for each stage of measurement (initial and at six months), respectively the severities specific to the score for each sub-scale separately. Demographic variables: there were not introduced in the data basis, taking into account the low number of subjects and the fact that all the subjects were of feminine genre, so that the results would not have allowed a significant analysis for the descriptive results, the test T for the independent samples in order to show that there were not significant differences statistically between the lots and the test T for the paired samples in order to validate the hypotheses. All the data were processed in the statistic program SPSS, version 14.0.

### **Results and conclusions**

From the perspective of the subjects' distribution in the general sample, depending on the level of the professional exhaustion, we notice that 33% were subjects with a lower level, 46% presented a moderate level and 21% a high level. The presence of a high percent of institutionalized caregivers with a moderate and high level of professional exhaustion (total 67%), in the general studied sample, shows the need that this professional category to receive support in this respect. The availability the chosen subjects answered for the support group and the consistency they participated at the scheduled meetings indicate the fact that the idea of making a support group was a very welcomed one.

The first specific hypothesis was validated and this fact that the inclusion to the support group could be efficient in reducing the state of professional exhaustion for the institutionalized caregivers of the patients with dementia. The validation is based on the test for the independent samples, and the results are significant at  $p=0.029$ . The average score of 59.92 represented a score due to a moderate level of professional exhaustion (value situated between 51 and 75) while the score at the final moment of 47.67 indicate a low level of professional exhaustion (value situated between 25 and 50). This moderate final score did not represent the absence of the professional exhaustion at all the subjects but indicate the fact that the scores decreased enough to improve this state and to make it present at all subjects. It could be considered that in some cases there would be necessary the individual therapeutic intervention in order to offer the support necessary to the recurrence from professional exhaustion.

The second hypothesis was validated under which the institutionalized caregivers included in the support group tend to be more efficient as *trainer* for the institutionalized patient with dementia, with the help of the test for paired samples, the results of the test being significant at



p=0.00. Comparing in the general sample the evolution of the scores MMSE, the evaluation III and the evaluation IV, depending on the type of trainer, based on the test for the paired samples, one can notice that the moderate scores of MMSE decrease from 6.14 to 5.25 for the patients who had benefit from a trainer included in the control lot, the difference being statistically significant  $t=4,942$  at  $p=0.00$ , and for the patients who had benefit from a trainer included in the support group, the moderate scores of MMSE decrease from 10.27 to 10.192, the difference not being statistically significant  $t=1,546$  at  $p=0.134$ .

It was demonstrated with statistical outcomes that the statement of null hypothesis according to which these efficiencies are due to other factors than the ones taken into the study are not possible. The lack of the proofs concerning the efficiency of the other ways of support or therapies did not show their non-existence but only a lack of studies. The conclusions are limited by the lack of researches. In this respect, it is necessary a scientific concern for research.

It was emphasized that the application of a cognitive-behavioural therapy of the type described in the study 1 at the institutionalized patients with dementia is the more effective the more the caregiver designated as trainer is in order to improve his possible state of professional exhaustion.

## **CURRICULUM VITAE**

**Last and first name:** Cîndea Ana-Maria

**Birth date and place:** 11.02.1976, Beclean.

**Nationality:** Romanian

**Civil status:** married

**Phone:** 0744820500

**E-mail:** [acandea@umfcluj.ro](mailto:acandea@umfcluj.ro)

### **Education:**

- 2007 – present, PhD Candidate of the University of Medicine and Pharmacy “Iuliu Hațieganu”;

- 01.10.1999 – 31.07.2003 University of Bucharest, through University Dimitrie Cantemir Târgu-Mureş, Faculty of Psychology and Psycho-pedagogy. The licence paper was> Factors of post traumatism cerebral depression, scientific coordinator Professor Dr. Podar Teodor.
- 01.10.1998 – 31.07.1999 University Babeş-Bolyai, Faculty of Sociology, Advanced Studies in Social Communication. The paper made was: The Methodological ensemble of evaluation of the poorness, paper which was integrated part into an elaborated study for the International Office of Work by Metro-Media Transylvania, scientific coordinator Associate Professor Vasile Sebastian Dîncu
- 01.10.1994 – 31.07.1998 University Babeş Bolyai, Faculty of Sociology, graduated year 1998. The licence paper was: Socio-Semiology of the advertising message, scientific coordinator Lector Dr. Vasile Sebastian Dîncu.
- 1990-1994 Industrial Highschool Beclean, Section Mathematics-Physics.

### **Professional Experience:**

- 13.11.2000 – till present, Clinical Psychologist at the Centre of Recuperation and Neuropsychiatric Rehabilitation for Adults with Alzheimer, Beclean;
- 07.02.2000 – 01.08.2000 Sociologist at SC Prisma Bistriţa;
- 01.09.1999 – 06.02.2000 teacher of special education at the Special School no. 1, Bistriţa.

### **Articles/papers in extensor published as unique/first author:**

Cîndea AM, Iftene F. Non-pharmacological therapies in dementia. Medical Cluj. 2011. Vol. 84, no. 1, pg. 23-27.

Cîndea AM, Iftene F. The Efficiency of the cognitive-behavioural therapy in improving the depression at the patients with dementia. Acta Medica Transilvanica, vol II, no. 3, Sibiu. 2011. pg. 23-26.

### **Participations at unique/first author at congresses, conferences, symposia**

Cîndea AM. Cognitive Disorders in Preclinic Alzheimer. International Symposium with the topic “Medical-psycho-social aspects at the risk groups (children and old people)”, 2007.

**Other specialisations and competences:**

- Psychotherapist under the supervision in the Ericksonian Hypnosis and Therapy. Attendance of 3 years through the Romanian Association of Clinical Hypnosis, Relaxation and Ericksonian Therapy;
- Psychotherapist under supervision in the Positive Psychotherapy. Attendance 5 years by SC Elipsiona SRL, under the sponsorship of the Institute of Positive Psychodynamic Psychotherapy Wiesbaden.
- Participation at several courses, symposia, congresses credited by the Doctors College and Psychologist College.
- Member in the organisational team of the Second Congress of Child and Teenager, Bistrița 2008: “The Autism and the Society”. Co-author of the paper “The Symbolic Play at Child”, together with Sempronia Filipoi.
- Member in the organizational team for the International Symposium with the topic: Medical-psycho-social aspects at the risk groups (children and old people), 2007 Beclean. Participation with the paper mention above.

**Other abilities and competences:**

- Native user of Hungarian language and a good level of knowledge/usage concerning English and French languages;
- Computer user without difficulties. Good user of packages Office, Corel Draw, SPSS etc.