

## THE USAGE OF PSYCHOTHERAPIES IN THE TREATMENT OF LIGHT DEMENTIA

**Maria Dorina Pașca**  
**Senior Lecturer, PhD., UMF Tîrgu Mureș**

*Abstract: In easy stage of dementia, there is created a moment where, in addition to drug treatment is welcome and the psychotherapeutic involvement, so that psycho-medical intervention is more complex in this context, given the expected beneficial connotations.*

*Thus, the importance of psychotherapies that can be applied in the first stage of disease, generally focuses on those attitudinal and behavioral sequences that can still maintaining the social balance and not only, highlighting in this case, therapies: cognitive-behavioral, occupational, narrative and environmental, each finding its place and efficiency on the custom-therapeutic map of the respective patient.*

*It is therefore the moment when the psychotherapies find well structured site in applied treatment, demonstrating the complexity of the act of interdisciplinarity, having constantly in the limelight, improving mental disorders are in some degree term of developments in psycho-socio-medical perspective.*

*Keywords: psychotherapy, dementia, involvement, acceptance, attitude*

După dicționarul de psihologie, Larousse (1996) **psihoterapia** este aplicarea metodică a unor tehnici psihologice determinate, pentru restabilirea echilibrului afectiv al unei persoane.

Psihoterapia se bazează pe:

- încrederea bolnavului în tratament;
- încrederea în persoana terapeutului;
- relația de comprehensiune reciprocă,

iar relația interumană ce se stabilește face ca subiectul să învețe să-și modifice atitudinile față de propria-i persoană și chiar de lumea exterioară, adaptându-se mai bine la realitate.

În altă ordine de idei, psihoterapia, Holdevici I (1996), se aplică la o gamă largă de tulburări psihice, începând cu:

- crizele existențiale
- tulburările din sfera personalității
- nevrozele
- afecțiunile psihodinamice
- bolile organice

și terminând cu susținerea terapeutică a unor pacienți psihotici aflați în faza de remisie, unde vine în completarea tratamentului psihiatric.

Este necesar a cunoaște faptul că psihoterapia vizează:

- scoaterea pacientului din criza existențială în care se află;
- reducerea sau eliminarea simptomelor;
- întărirea eu-lui și a capacităților integrative ale personalității pacientului;
- rezolvarea sau restructurarea conflictelor intrapsihice ale pacientului;
- modificarea structurii personalității în vederea obținerii unei funcționări mai mature, cu o capacitate de adaptare eficientă la mediu;
- reducerea (sau chiar înlăturarea) acelor condiții de mediu care produc sau mențin comportamentele de timp dezadaptativ;

- modificarea opiniilor eronate ale subiecților despre ei înșiși și despre lumea înconjurătoare;

- dezvoltarea la subiecți a unui sistem clar al identității lor.

Sub aceste auspicii vom încerca a încadra acele psihoterapii și terapii ocupaționale care răspund situațiilor problemă create de pacientul dement.

Venind în completarea celor menționate anterior, pacientul dement poate beneficia practic de:

**1 – Terapia cognitiv-comportamentală** (ca psihoterapie – Pașca MD și Tia T - 2007) în cazul persoanelor cu demență în stadiul ușor care au depresie și/sau anxietate. Această terapie se fundamentează pe ideea că, pentru a schimba un comportament sau un mod de gândire, trebuie să încerci să afli cum au fost deprinse acestea, determinându-l pe interlocutor să le înlocuiască cu altele.

În terapia cognitiv-comportamentală (TCC) totul este centrat pe **aici și acum**, ea fiind orientată spre dobândirea unor noi comportamente în confruntarea cu problemele actuale, învățând subiectul să-și însușească modelele normale de comportament. Ea are drept scop, ajutorarea subiectului să găsească soluții la problemele sale și să gândească mai rațional. Principiul de bază al acestei terapii postulează faptul că modul în care cineva se comportă este determinat de faptul în care interpretează o situație imediată.

**2 – Terapia ocupațională** care după Preda V. (2008) este știința de a dirija pozitiv maniera de participare curentă a omului la îndeplinirea anumitor sarcini, cu scopul de a restabili, a susține și a spori performanța, de a ușura învățarea unor abilități și funcții esențiale pentru adaptare și productivitate, de a diminua sau corecta aspectele patologice și de a promova și menține sănătatea.

Terapia ocupațională se bazează pe organizarea unor servicii specifice pentru acei indivizi ale căror capacități de a face față sarcinilor de zi cu zi sunt amenințate de tulburări de dezvoltare, infirmități fizice, boli sau dificultăți de natură psihologică și socială, menționa același autor.

**3 - Terapia narativă** are ca drept obiectiv general, reconstituirea poveștilor de viață ale omului, astfel încât acesta să-și poată interpreta experiența de viață dintr-o anumită perspectivă, cu efecte benefice asupra experiențelor prezente și viitoare. Din punct de vedere al psihologiei narative, termenul de povestire/narațiune reprezintă un mod de a organiza episoadele, acțiunile și realizările, un demers care aduce laolaltă evenimente de zi cu zi și creații fantastice, încorporând dimensiunea timp-spațiu. Important în această terapie este ca pacientul să-și exploreze momentele ce-i dau formă vieții, momentele de cumpănă, relațiile „cheie” și amintirile ce nu au fost estompate de trecerea anilor și-a timpului. Totodată, atenția trebuie concentrată pe intențiile, visele și valorile care au îndrumat viața pacientului nostru în pofida dificultăților avute, ceea ce determină a explora și a aduce la suprafață **cine suntem și ce suntem**, ca sumă a valorii personalității noastre, chiar și în raportarea noastră nu numai la noi înșine, ci și la cei din jur.

**4 - Terapia prin mediu** presupune organizarea mediului în care trăiește pacientul cu demență, spre a-i compensa deficitul prin activarea resurselor. Obiectele, Ianusevici V. (2008) cu care intră în contact, ca și sistemul relațiilor sale, vor fi adaptate, pentru a corespunde îngustării capacității cognitive, a sensibilității perceptive și a competențelor sociale, specifice bolii. Mediul în care evoluează, el aflându-se în centrul atenției, trebuie să fie astfel structurat încât să-i asigure:

- protecția;
- libertatea de mișcare;
- siguranța persoanei;
- absența pericolității;

- independența de acțiune.

De asemenea terapia prin mediu presupune anumite relații ale pacinetului posibile și legate de:

- a) – adaptare la cerințele mediului, scopul fiind de a ajunge la un echilibru între cerințe și competențe;
- b) – modificarea condițiilor de mediu pentru a le adapta capacităților, intereselor, sau dorințelor celui în cauză;
- c) – schimbarea, căutarea unui alt mediu potrivit personalității sale.

Terapia prin mediu se materializează prin urmărirea a trei direcții legate de:

- 1 – mediul social;
- 2 – structurarea programului zilnic;
- 3 – mediul arhitectonic;

Deci, aplicarea în cunoștință de cauză a psihoterapiilor adecvate evoluției bolii reprezintă o strategie bazată pe menținerea aceluși echilibru interior atât de necesar, cât și a construcției valorice a individului, influențând pozitiv o stare a conduitei atitudinal-comportamentale, vizând locul și rolul încă în comunitatea la care se raportează pacientul.

O asemenea intervenție necesită munca în echipă, evidențiind conexiunile menținerii bolnavului cât mai mult posibil în sfera cotidianului și a cognoscibilității, fiind el însuși atât timp cât se poate, neuitând faptul ca, Wojnar J (2001) „oamenii ce sufera de dementa trebuie sa traiasca cat mai apropiat istoria vietii lor”, facand ca fiecare clipa sa devina prin eternitatea sa, un element al identitatii pacientului dement, astfel incat pana la istorire, drumul sa fie lung, chiar foarte lung, protejand de timpuriu trupul si sufletul, echilibrul lor demonstrand chintesenta existentei umane.

Și astfel, trebuie să fim alături de pacientul / clientul nostrum în fiecare moment al trecerii sale existențiale privind evoluția bolii, înțelegându-l atunci când ne va spune:

”Nu-mi cere să-mi amintesc” de Owen Darnell.

Nu-mi cere să-mi amintesc,  
Nu încerca să mă faci să-nțeleg,  
Lasă-mi doar odihna și gândul că-mi ești aproape.  
Sărută-mi obrazul și ține-mă de mână.  
Dacă ai știu cât de nedeslușite mi-s toate,  
Cât sunt de trist, de bolnav și de pierdut...  
Tot ce știu e că am nevoie de tine,  
Stai lângă mine, ori-ce ar fi.  
Nu mă certa, nu blestema și nu plânge,  
Eu nu pot fi altfel, oricât aș vrea.  
Dar tu să-ți amintești că am nevoie de tine,  
Că din mine s-a dus tot ce era mai bun...  
Rămâi lângă mine,  
Iubește-mă  
Până când și eu  
Pe drum fără de-ntoarceri  
Mă voi duce.

”cererea lui” nefiind decât: acceptare, nevoie și neuitare, mesajul fiind perceput ca **semnal de alarmă** pentru momentul când ei, persoanei aproape de a nu-și mai aminti, îi

cerem să-și amintească, ea avertizându-ne că a intervenit acel ceva care **oprește clipa** și mai mult, fizic și psihic, **nu se mai poate**.

În acest context, poezia-manifest, aduce în prim plan, **viața unor verbe** precum:

- nu-mi cere,
- nu încerca
- nu mă certa
- nu blestema
- nu plânge,

reclamă atitudinea de neputință, dorind înțelegere și acceptare.

Astfel, **nevoia** presupune a **înțelege** să stai, să îți amintești că rămânând lângă mine, mă vei iubi, fiindu-mi alături până când drumul meu va fi fără întoarcere:

Dacă ai știi cât de nedeslușite mi-s toate,  
Cât sunt de trist, de bolnav și de pierdut...  
Tot ce știi e că am nevoie de tine.

Totul este/ devine emoționant, deoarece **cuvântul apare aici a fi lucid înainte de**, căci, **după** nu mai are coerență mesajul, pentru că numai așa, tot ce a fost frumos, deosebit, onest și plin de iubire, rămâne ca **matrice a eu-lui**, iar ce vine, este neînțelesul boli și neacceptarea ei, dar cu toate acestea, ea își urmează cursul, șirul zilelor și a nopților ce nu mai reușesc a **ieși la lumină**.

Dacă în demersul nostru psihoterapeutic cu pacientul/ clientul se manifestă o dorință de exprimare a clipei **încă** de luciditate, prin cuvânt și/sau culoare, este necesar a accepta și încuraja această secvență atitudinal-cognitivă, deoarece poate reprezenta acel de **aici și acum**, urma tiparului normalității, fiind cheia înțelegerii de **după** de către cei ce-i stau în preajmă, acceptându-i până și uitarea în neuitarea amintirii sale.

O asemenea modalitate de percepere a deteriorării progresive ce apare în timp în cadrul stadiului ușor al demenței, determină folosirea potrivită și în cunoștință de cauză a acelor elemente psihoterapeutice amintite anterior și care își susțin eficiența, pornind chiar de la această exprimare prin grafoterapie (componentă a terapiei ocupaționale) unde, dorința de înțelegere în primul rând, este semnificativă chiar dacă devin adevărate spusele blagiene: "Oprește Doamne ceasornicul cu care ne măsură destrămarea."

## BIBLIOGRAPHY

1. Holdevici, I. (1996) – *Elemente de psihoterapie*, Ed. All, București
2. Ianusevici, V. (2008) – *Demența Alzheimer – ghid prin labirintul cunoașterii*, Ed. Medicală, București
3. Pașca MD, Tia T (2007) – *Psihologie Pastorală*, vol I, Ed. Reîntregirea, Alba Iulia
4. Pașca MD, Tia T (2009) – *Psihologie Pastorală*, vol II, Ed. Reîntregirea, Alba Iulia
5. Pașca, M.D. (2013) – *Demența, incursiune psiho-socială*, Ed. University Press, Tg. Mureș
6. Preda, V. (2003) – *Terapii prin mediere artistică*, Ed. Ptresa Universitară Clujeană, Cluj Napoca
7. Wojnar, J. (2001) – *Demenzkranke verstehen in Durmann Peter* (Hrsq) Vincentz, Hannover
8. Dicționar de psihologie – Larousse- 1996- Ed. Univers Enciclopedic, București