

Olazarán J, Muniz R, Reisberg B, Pena-Casanova J, del ST, Cruz-Jentoft AJ, et al. *Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease*. *Neurology* 2004 Dec 28;63(12):2348-53.

Omgaan met eigen beperkingen

Handhaven van emotioneel evenwicht

Behoud van een positief zelfbeeld

Omgaan met onzekere toekomst

Omgaan met de nieuwe omgeving

Ontwikkelen van adequate zorgrelaties

Ontwikkelen en behouden sociale relaties

Cognitief-motorisch programma ★★★★★👍

Cognitieve therapie

Auteur	J Olazarán*, R Muñoz*, B Reisberg, J Peña-Casanova, T del Ser, A.J. Cruz-Jentoft, P Serrano, E Navarro, ML García de la Rocha, A Frank, M Galiano, Y Fernández-Bullido, JA Serra, MT González-Salvador, & C Sevilla	
Jaar	2004	
Land	Spanje	
E-mail*	ruben@mariawolff.es	
Doel	Onderzoek naar de lange-termijn voordelen van cognitieve therapie op cognitie en stemming.	
Setting	Thuiswonend, interventie uitgevoerd in niet-medische afdelingen van een polikliniek voor mensen met een lichte mate van dementie	
Deelnemers	Mensen met lichte cognitieve beperkingen (MCI) of een waarschijnlijke diagnose van de ziekte van Alzheimer (GDS stadia 3-5), die dagelijkse medicatie gebruiken van 5-10 mg donepezil of 6-12 mg rivastigmine.	
	Gemiddelde leeftijd	E=75.3 (±1.0); C=73.4 (±1.0)
	Geslacht	E: 54.6% vrouwen; C: 65.0% vrouwen
	MMSE	GDS3 _E =17.3 (±1.3); GDS4 _E =18.5 (±0.9); GDS5 _E =14.9 (±1.8) GDS3 _C =21.8 (±3.0); GDS4 _C =17.6 (±1.3); GDS5 _C =15.5 (±1.6)
Design	Multicenter, gerandomiseerd, enkelblind, gecontroleerd onderzoek met parallelle groepen (cognitief motorisch programma versus psychosociale ondersteuning)	
	Steekproef	n _E =44, n _C =40
	Follow-up	12 maanden
Interventie	Een cognitief activeringsprogramma, de Cognitieve Motorische Interventie (CMI), werd ontworpen op basis van de principes van compensatie. Er werden groepen van 7-10 personen samengesteld op basis van ernst van beperking en persoonlijke overeenkomsten. De sessies bestonden uit cognitieve oefeningen (gericht op één specifieke cognitieve functie per sessie), training in activiteiten van het dagelijks leven (ADL) (gerelateerd aan de cognitieve functie die in een sessie aan de orde is geweest), realiteitsoriëntatie technieken en psychomotorische oefeningen.	
	Frequentie	tweemaal per week
	Duur	3,5 uur per sessie
	Facilitator	-
Uitkomstmaten	Cognitie	11 item cognitieve subschaal van de Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS-cog; Rosen et al., 1984)
	ADL	Mini-Mental State Examination (MMSE; Folstein et al., 1975) Functional Activities Questionnaire (FAQ; Pfeffer et al., 1982) Index of Independence in Activities of Daily Living (Katz et al., 1963)
	Stemming	Geriatric Depression Scale (GDS; Shiekh & Yesavage, 1986) Neuropsychiatric Inventory (NPI; Cummings et al., 1994) Cornell Scale for Depression in Dementia (Alexopoulos et



	al., 1988) AD related Quality of Life scale (ADQOL; Rabins et al., 1999)
Belasting zorgverlener Tevredenheid met therapie	Spaanse versie van het Burden Interview (Zarit et al., 1980) 5 punts Likert schaal
Medicatie	registratie van aantal en soorten medicatie gebruikt voor gedragsproblemen en psychologische symptomen
Resultaten	De experimentele groep liet na maand 1 verbetering zien op de cognitie (ADAS-cog); dit was ook bij maand 6 nog zo, terwijl de controlegroep achteruitging. Wat betreft cognitieve respons werd bij maand zes een positief educatief effect gevonden voor de experimentele groep dat aanhield tot maand 12. Het effect was het grootste bij lager opgeleiden. Bij maand 12 scoorde de controlegroep hoger op depressie dan de experimentele groep. De experimentele groep was minder lichtgeraakt en geagiteerd en ging beter om met anderen.
Implementatie- materiaal	Een gedetailleerde beschrijving van de interventie is te vinden op www.neurology.org . Ga naar de Inhoudsopgave van de uitgave van 28 december 2004. Voor de CMI is een handleiding gemaakt.

E = experimentele groep; C = controlegroep
* corresponderend auteur