

APPLICABILITA' DELL'APPROCCIO CAPACITANTE IN TERAPIA OCCUPAZIONALE. UN CASO DI DEMENZA FRONTO-TEMPORALE

GRUPPO ANCHISE

Associazione per la ricerca, la formazione e la cura
della persona anziana centrata sulla parola.

De Carli R¹, Bellocchio D², Vigorelli P³

¹ Fisioterapista, ASP Casa di Riposo Santa Chiara, Lodi. ² Educatrice professionale, ASP Casa di Riposo Santa Chiara, Lodi. ³ Medico e psicoterapeuta, Gruppo Anchise

Background



La Terapia Occupazionale (TO) si rivolge classicamente a soggetti in grado di esprimere dei bisogni e in grado di collaborare alle attività proposte dal terapeuta per soddisfare tali bisogni, con riferimento particolare all'esecuzione delle attività della vita quotidiana. Quando però ci si trova ad operare con una persona affetta da demenza, la situazione diventa difficile in quanto il soggetto non riesce a individuare né ad esprimere i propri bisogni e non riesce neppure a capire il senso delle attività proposte dal terapeuta. In questi casi molti terapisti ritengono che il soggetto non sia in grado di collaborare e rinunciano alla TO. Si sente quindi la necessità di un approccio diverso che renda possibile la TO anche con questo tipo di pazienti. Un modo di procedere è quello basato sull'Approccio Conversazionale e Capacitante (ACC) proposto da P. Vigorelli 1,2,3,4 e ispirato al Conversazionalismo di Giampaolo Lai e al Capability approach di Amarthia Sen⁵.

L'Approccio Conversazionale e Capacitante

Quando si adotta l'ACC l'attenzione del terapeuta viene spostata dal deficit alla capacità dalla prescrizione di un compito all'osservazione di quello che il paziente spontaneamente fa dal raggiungimento di un risultato al benessere del paziente. Il benessere del paziente, la felicità possibile, è appunto lo scopo ultimo della TO nei pazienti con malattia dementigena in fase grave.

Questo tipo di approccio può essere adottato anche con pazienti "non collaboranti" e utilizza l'osservazione del paziente e l'ascolto come mezzi per individuare le capacità disponibili al momento della TO e impostare di conseguenza un'attività possibile con una persona malata di demenza, nel qui e ora, nel suo contesto, con l'obiettivo di creare le condizioni in cui possa fare quello che è in grado di fare, così come può, senza sentirsi in errore. Il terapeuta accompagna il paziente nella sua attività cercando momento per momento di tener vive le sue competenze elementari:

- la competenza emotiva
- la competenza a conversare
- la competenza a comunicare
- la competenza a contrattare
- la competenza a decidere

Grande attenzione viene posta in particolare alla competenza conversazionale, cioè alle parole espresse dal paziente, così come vengono espresse, nonostante i disturbi del linguaggio e della memoria, anche quando le parole sono rare e poco o per nulla comprensibili.

Scopo



In questo studio abbiamo cercato di verificare l'applicabilità dell'ACC nella TO con un paziente demente "non collaborante", con disturbi comportamentali e gravi disturbi del linguaggio.



Lorenzo, questo è il nome di fantasia che abbiamo attribuito al paziente, ha 47 anni ed è affetto da demenza fronto-temporale. Presenta gravi disturbi del linguaggio: non ha iniziativa verbale e tende a essere mutacico sia con gli operatori che con gli altri ospiti. Quando parla si evidenzia una estrema riduzione del lessico e della produzione verbale: pronuncia poche parole, isolate e apparentemente scollegate tra di loro e dal contesto, ripete le parole dell'interlocutore. Presenta disturbi comportamentali come scoppi di riso improvviso, wandering, disinibizione sessuale. Di fronte a questo paziente demente e "non collaborante", le ricercatrici, una fisioterapista e un'educatrice professionale, hanno deciso di tentare una TO attivando un laboratorio specifico per lui.

Per cercare di coinvolgere il paziente in un'attività abbiamo organizzato il "Progetto cantiere", utilizzando alcune stanze messe a disposizione dall'Ente e improvvisando una sorta di "ristrutturazione" centrata sulla riverniciatura delle pareti.

In un primo tempo cercavamo di distoglierlo dal wandering e dal restare affacciato alla finestra, come era abituato a fare, per stimolarlo invece a partecipare all'attività di imbiancatura del locale che avevamo predisposto per lui. Il risultato è stato insoddisfacente. Lorenzo persisteva mutacico, non mostrava interesse per l'attività e insisteva nel suo girovagare afinalistico.

Per trovare una via d'uscita da questa situazione "bloccata" abbiamo provato a rivolgere l'attenzione più al paziente che all'attività e in particolare abbiamo deciso di valorizzare le rare parole che diceva. Previa la raccolta del consenso informato del parente di riferimento abbiamo audioregistrato le sessioni di TO e le abbiamo trascritte parola per parola. Tra le rare parole pronunciate da Lorenzo abbiamo colto camion, parola che ha ripetuto più volte. Poi abbiamo notato che il suo vagabondaggio lo portava spesso ad affacciarsi alla finestra dove si soffermava anche qualche minuto ad osservare quello che succedeva in strada.



Caso clinico

In questa seconda fase della TO abbiamo cercato di trovare un senso nelle sue parole e nei suoi comportamenti afinalistici. Ci siamo ricordati che Lorenzo era un camionista e che era abituato a vivere in mezzo al traffico. La parola camion, il suo girovagare e il suo osservare il passaggio delle auto dalla finestra avevano un senso se inserite nella sua storia di vita. Lorenzo ci stava manifestando chiaramente quali erano i suoi interessi. A lui non interessava verniciare la stanza, ma interessava guardare con occhio partecipe quello che era sempre stato il suo mondo: il mondo del camion, delle auto e del traffico cittadino.

A questo punto abbiamo scelto di indirizzare il nostro intervento verso ciò che aveva valore per lui. Abbiamo preso l'abitudine di affiancarci con lui alla finestra, di ascoltare le sue rare parole, di restituirgli il tema del suo dire (restituzione del motivo narrativo) o semplicemente di fare eco alle sue parole (risposte in eco).

Abbiamo cioè valorizzato le poche parole che diceva, anche se isolate (camion), e le attività che faceva, anche se inizialmente ci sembravano senza senso (affacciarsi alla finestra e guardare il traffico). I risultati che abbiamo osservato sono stati che Lorenzo era più tranquillo e disponibile alla relazione, sono diminuiti il wandering e i comportamenti aggressivi, ha parlato un po' di più, utilizzando anche alcune frasi lunghe e ben formate (andiamo a prendere un gelato, voglio andare a prendere un gelato, sono stanco).



Conclusioni



Discussione e considerazioni conclusive

Le nostre osservazioni sono basate sui testi registrati e trascritti delle conversazioni con Lorenzo, un uomo di 47 anni con una demenza fronto-temporale caratterizzata da gravi disturbi del linguaggio e da disturbi comportamentali. Durante tre mesi di TO abbiamo progressivamente cambiato il nostro atteggiamento, spostando l'attenzione dall'attività proposta (un'attività che aveva valore dal nostro punto di vista) all'ascolto e all'osservazione di quello che Lorenzo faceva e diceva spontaneamente (in tal modo abbiamo capito che cosa aveva valore dal suo punto di vista). Partendo da questo ascolto (la parola camion emergeva tra le sue rare parole) e dalle notizie anamnestiche (Lorenzo aveva lavorato come camionista) abbiamo accompagnato il paziente nel suo mondo possibile, il mondo del traffico cittadino, condividendo con lui l'attenzione per il traffico (guardare dalla finestra le auto che passano) e valorizzando le sue rare parole (mediante risposte in eco o restituzione del motivo narrativo). Dopo che abbiamo adottato questo nuovo atteggiamento, l'ACC, abbiamo osservato che Lorenzo parlava più a lungo e riusciva ad esprimere desideri e volontà, mentre prima appariva apatico e silenzioso; la relazione interpersonale diventava più fluida e felice e i disturbi comportamentali tendevano a regredire. In sintesi abbiamo osservato che l'ACC è risultato applicabile con un paziente "non collaborante", demente con gravi disturbi del linguaggio e disturbi comportamentali. L'ACC ha favorito la relazione terapeutica. L'ACC ha favorito l'emergere della parola di un paziente mutacico. L'ACC ha ridotto il wandering. Questi risultati sono stati il frutto di un cambiamento nel nostro atteggiamento professionale e verosimilmente hanno favorito il benessere del paziente.

Bibliografia:

- 1Vigorelli P. La conversazione possibile con il malato Alzheimer. Milano: Franco Angeli 2004.
- 2Vigorelli P. La Capacitazione: un'idea forte per la cura della persona anziana ricoverata in RSA. G. Gerontoi 2006, 55: 104-109.
- 3Vigorelli P. La Capacitazione come metodologia di empowerment nella cura del paziente affetto da demenza di Alzheimer. I luoghi della cura 2006 n.4.
- 4Vigorelli P. Alzheimer senza paura. Perché parlare, come parlare. Milano: Rizzoli 2008.
- 5Sen A. Lo sviluppo è libertà. Milano: Arnoldo Mondadori 2000.