

622. L'Approccio capacitante in una valutazione neuropsicologica. MMSE 22/30

Elaborato inviato da *Elena Argenti* (Lazio). Al termine commento di *Pietro Vigorelli*.

Premessa di contestualizzazione.

Il colloquio che segue si contestualizza nell'ambito di una valutazione neuropsicologica (primo accesso) presso un Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze di un ospedale romano. Il colloquio viene fatto da una neuropsicologa/specializzanda in neuropsicologia che esegue la valutazione e da tirocinanti/specializzandi che partecipano all'osservazione clinica. Solitamente questo tipo di valutazione dura due ore. Generalmente la persona viene accompagnata da un caregiver e una parte del colloquio si svolge a tre, e questo per quanto riguarda la raccolta anamnestica e la compilazione di alcune scale legate alla quotidianità. La somministrazione dei test neuropsicologici viene fatta solo con il/la paziente. La domanda con cui la persona accede a questo tipo di servizio è la definizione di una diagnosi, di cui la valutazione neuropsicologica costituisce una parte.

Nel corso della raccolta anamnestica e in parte anche nel corso della valutazione neuropsicologica ho colto dei momenti in cui ho comunicato rifacendomi al modello capacitante o almeno con la finalità di accogliere il vissuto dell'altro e di metterlo a proprio agio in un processo che è sempre molto rigido e ansiogeno che è quello della valutazione neuropsicologica. Infatti, in un anno di attività presso questo servizio ho potuto notare come la componente di ansia e di preoccupazione per il proprio stato cognitivo sia molto centrale per le persone che vi accedono e che avere anche un approccio che "si prenda cura" anche della parte più psicologica possa fare la differenza almeno in termini di ben-essere percepito nel qui ed ora.

Il colloquio permette di inserire degli elementi del modello dell'approccio capacitante, seppur in pochi momenti, ma importante per dare anche supporto emotivo e psicologico alla persona nell'ambito del processo valutativo, soprattutto laddove c'è una componente psicologica che richiede maggiore attenzione.

Alcune specifiche su setting e consenso informato.

Il colloquio è stato co-condotto in un setting che è quello della valutazione neuropsicologica. Oltre la raccolta anamnestica è stata svolta la valutazione neuropsicologica. In questa complessità di intervento, laddove possibile, ho cercato di introdurre qualche tecnica capacitante o laddove non è stato possibile almeno un atteggiamento di costante attenzione e ascolto della persona rispetto alle richieste fatte nel corso del colloquio.

Dietro richiesta della tutor responsabile della struttura è stato possibile il consenso alla trascrizione della conversazione che di seguito trascrivo. La donna e suo figlio non hanno acconsentito alla registrazione audio di quanto detto in sede di colloquio. La componente di ansia e la situazione di poca fiducia, visto che era la prima volta che ci vedevamo, non hanno permesso di raccogliere dati come di sopra riportato.

Caso di Alice

Ottobre, ore 11. Servizio C.D.C.D. di Roma. Siamo al secondo piano del servizio e la stanza in cui ci troviamo è ampia, abbastanza illuminata e una grande scrivania separa le due cliniche dalla signora e suo figlio.

Alice (nome di fantasia), 86 anni, donna, pensionata, ex commerciante, vedova. Arriva alla visita accompagnata dal figlio, unico caregiver diretto. Vive sola. Il figlio insieme alla compagna e ai due nipoti sono i suoi riferimenti nel corso della giornata. Ultimamente necessita di un aiuto crescente e sta avviando un percorso di riconoscimento della pensione di accompagnamento. Ha già fatto una prima visita dal neurologo del servizio, dopo che è stata inviata da uno specialista privato. Il figlio

dice che la donna ha ricevuto una diagnosi di Alzheimer da circa due anni. La sintomatologia è stata sempre più evidente dal 2020 ad oggi. Il MMSE nel 2021 era di 22/30.

Visto che la valutazione ha preso due ore, vengono riportate quelle parti della stessa in cui è stato possibile provare ad usare un approccio capacitante.

Frammenti di colloquio

(inizio colloquio)

1. PSICOLOGA: “Buongiorno, sono la dottoressa Argenti, oggi faremo insieme delle prove. Risponderemo insieme a delle domande anche con suo figlio, almeno in questa prima parte. Signora come si chiama?”
2. ALICE: “io non volevo venire qui ... mi ha portato lui. Perché devo stare qui?” *(inizia a piangere)*.
3. PSICOLOGA: *(rimane in silenzio con un fare accogliente e tiene il contatto visivo; segue una breve esitazione, resto in silenzio mentre mantengo lo sguardo sulla persona con un atteggiamento di accoglienza)*
4. ALICE: “è la prima volta che parlo con voi, non lo so ... non lo so ... non ricordo alcune cose ... capita qualche volta ... non mi arrivano le cose ... ma ricordo ... ho qualche difficoltà”. *(resta in silenzio e mi guarda con fare sereno ma a tratti anche perso; minimizza)*
5. PSICOLOGA: “Signora, prendiamoci del tempo. Possiamo aspettare”.
6. ALICE: *(si asciuga le lacrime e si mette in una posizione di chiusura con le braccia incrociate rispetto ai fogli che guarda sul tavolo come se non volesse starci)* “non voglio stare qui. È lui che mi porta”.
7. FIGLIO: *(dice alla madre che stanno facendo queste visite perché hanno bisogno di sapere come prendersi cura di lei e se possono avere diritto a qualche soldo per la gestione della situazione. A tratti il figlio appare stremato mentre sfoglia la documentazione)*.
8. ALICE: *(sembra ritrovare una motivazione al colloquio)*. “Quanto dura?”.
9. PSICOLOGA: “Signora Alice, è stanca?”
10. ALICE: “mi dimentico le cose ... ho mio figlio vicino ... mi coccola ...” *(piange)*.
11. PSICOLOGA: “ama farsi coccolare dal proprio figlio!”.
12. ALICE: “viene a casa mia ... fa delle cose ... sto sola ... casa”.
13. PSICOLOGA: “cosa fate con suo figlio?”.
14. ALICE: *(si illumina in volto, come se avesse dimenticato di avere appena pianto)* “cucina per me ... fa lavori ... sta con me”.

Riprendiamo la valutazione poi, verso la fine dell'incontro, durante una prova neuropsicologica, Alice riprende la parola.

15. ALICE: “ho freddo ... è finito? ... mi sta chiamando mio figlio ...” *(squilla il suo cellulare)*.
16. PSICOLOGA: “signora Alice, abbiamo quasi finito. Proviamo a concentrarci ancora un po'?”.
17. ALICE: “non sono capace a niente ormai ...”.
18. PSICOLOGA: “va bene, signora Alice. Riprenderemo la prossima volta, venga che andiamo da suo figlio che la aspetta fuori!”.

Discussione

In questa situazione cerco di non fare troppe domande al di fuori di quello che è già un setting strutturato e che prevede di adempiere ad un certo obiettivo in un tempo specifico. Tengo in conto che fare domande a chi non sa rispondere o a chi non è comodo nella situazione non sia consono ma dall'altra parte cerco di garantire contenimento e accoglienza per quanto possibile con delle pause. Mi sono resa conto che poteva esserci del disagio in quella persona che non era motivata a stare lì e che probabilmente la valutazione sarebbe stata pesante per lei, ma in quel caso ho deciso di assettarmi in modo capacitante per poter cogliere nel corso del colloquio qualche possibilità di poter creare

piccoli spazi di benessere nel qui ed ora dell'incontro. Il fine è sempre stato la *convivenza sufficientemente felice tra me e la persona* di fronte. In questo caso, nel corso del colloquio più che scegliere le parole da dire, visti i tempi che non erano permessi, sceglievo momenti di silenzio o poche parole che poteva anche incentivare la persona a proseguire nel percorso. Un esempio, alcune prove non sono state somministrate perché la persona era troppo stanca. Insieme abbiamo stabilito una riduzione della valutazione da sviluppare in due giornate piuttosto che una. E questo l'ho tenuto in considerazione rispetto al fatto di porre al centro il riconoscimento delle competenze elementari (competenza a parlare, a comunicare, emotiva, a contrattare, a decidere). Il *fare insieme* ha permesso di portare a termine una prima parte del colloquio, far sentire accolta la signora, dedicandole del tempo in più, e facilitarla nel mantenere un grado accettabile di attenzione nelle prove neuropsicologiche, evitando che le vivesse con eccessiva costrizione e frustrazione.

Commento (a cura di *Pietro Vigorelli*)

L'interesse di questo resoconto deriva dal fatto che la psicologa ha provato a utilizzare l'approccio capacitante, flessibile e personalizzato, nel contesto di una valutazione neuropsicologica che per definizione deve invece essere rigido e standardizzato.

L'impresa è difficile ma non impossibile. Si tratta di trovare piccoli spazi di libertà che normalmente vengono individuati nelle brevi fasi sociali di accoglienza e di commiato, prima e dopo la sessione valutativa da svolgere secondo il protocollo.

In questo caso la psicologa, che è stata attenta a seguire il protocollo in modo rigoroso, ha trovato anche altri due momenti in cui, invece che essere un operatore valutante ha potuto essere un operatore capacitante.

Primo frammento (turni 1-14)

Nella prima parte (turni 3 e 5) l'approccio capacitante si è espresso con l'utilizzo del linguaggio non verbale (l'aggancio visivo, il silenzio, il rispetto dei tempi personali dell'interlocutore).

Al turno 9 e 11 la psicologa riconosce le emozioni di Alice (stanchezza, desiderio di farsi coccolare) e lei supera il precedente atteggiamento di chiusura, si apre al colloquio e si illumina in volto.

In altre parole, la psicologa riconosce la competenza a parlare, a comunicare, emotiva, di Alice.

Secondo frammento (turni 15-18)

In questo frammento di conversazione la psicologa coglie i segni di stanchezza di Alice e rinvia la conclusione dei test a una sessione successiva, accogliendo così la sua competenza a contrattare e a decidere.

Sul colloquio clinico

Nella premessa la psicologa chiarisce che la valutazione neuropsicologica si basa sul colloquio anamnestico e sulle scale di valutazione (insieme al caregiver) e sui test neuropsicologici somministrati al paziente.

In aggiunta a questi strumenti valutativi standard, è interessante notare come dalla semplice rilettura di pochissimi minuti di conversazione capacitante si possa già trarre, a posteriori, un'informazione importante: Alice conserva le competenze elementari a parlare, a comunicare, emotiva, a contrattare, a decidere. Inoltre e in particolare

- esprime la propria volontà (turni 2 e 6)
- manifesta la propria consapevolezza di malattia (turni 4 e 17)
- manifesta le proprie emozioni (turni 2, 6, 10, 15, 17)
- è adeguata alla situazione che sta vivendo (turni 2, 4, 6, 8)
- fornisce indicazioni su come occuparsi del suo benessere (turni 10, 12, 14)

Queste informazioni che derivano dalla valorizzazione dei pochi minuti di colloquio non valutativo sono molto chiare e utili sia per l'assessment del paziente che per il programma terapeutico.