

Dati della ricerca. Quali i risultati?

Jonathan Trobia

Introduzione

I percorsi di Arte Terapia e Pet Therapy, trattati ampiamente negli altri contributi, sono stati oggetto di monitoraggio clinico, allo scopo di valutare l'efficacia di entrambi i trattamenti rispetto all'obiettivo del percorso stesso, ossia il miglioramento della Qualità della Vita.

Con qualità di vita, si intende ...le percezioni degli individui della loro posizione nella vita nel contesto della cultura e del sistema di valori in cui vivono e in rapporto ai propri scopi, aspettative, criteri ed interessi (WHOQOL, 1995). Come si può notare, si tratta di un concetto ampio che abbraccia in modo complesso la salute fisica della persona, lo stato psicologico, il livello di indipendenza, le relazioni sociali, le credenze personali e i rapporti tra queste istanze all'interno del contesto di vita di ognuno.

Si può quindi comprendere come la promozione della qualità di vita sia legata ad ogni singola persona, al progetto di vita che ognuno porta con sé (Antonietti, 2009).

Queste considerazioni devono necessariamente accompagnare anche gli aspetti inerenti l'indagine clinica, come l'uso dei test e degli strumenti valutativi o l'elaborazione e l'interpretazione dei dati, per comprendere l'effetto di queste attività non in maniera asettica o decontestualizzata ma inserita nella prospettiva del benessere delle persone che hanno partecipato a questa esperienza.

Metodologia

Per ognuna delle due attività, sono stati selezionati in maniera randomizzata due gruppi di pazienti, con diagnosi di malattia di Alzheimer lieve o moderata. Un gruppo è stato sottoposto all'attività complementare (sedute di Arte Terapia o sedute di Pet Therapy, nel periodo marzo/novembre 2010) e un gruppo di controllo sottoposto ad attività occupazionali non finalizzate, al fine di individuare l'effetto delle specifiche attività complementari rispetto ad altre attività.

Per entrambi i percorsi è stata utilizzata la stessa metodologia di indagine.

Sembra opportuno sottolineare, per quanto affermato in precedenza, che risulterebbe estremamente difficoltoso analizzare tutti i parametri che possono determinare la qualità di vita di un individuo. Per questo motivo, congruentemente con gli obiettivi delle attività, è risultato estremamente utile approfondire il focus d'indagine su alcuni aspetti, che riguardano la sfera cognitiva, emotiva e psico-relazionale, cruciali per la qualità di vita e il benessere.

In questo senso, sono stati utilizzati i seguenti strumenti:

- **Mini-Mental State Examination Test (MMSE, Folstein et al., 1975):** è un test di screening che permette di effettuare una valutazione del funzionamento cognitivo globale (Fig.1). E' costituito da 30 items che fanno riferimento a sette aree cognitive differenti: orientamento temporale, orientamento spaziale, registrazione di parole, attenzione e calcolo, rievocazione, linguaggio, prassia costruttiva. Il punteggio totale, corretto in base all'età e agli anni di scolarità, è compreso tra un minimo di 0 ed un massimo di 30 punti. Un punteggio uguale o inferiore a 18 è indice di una grave compromissione delle abilità cognitive; un punteggio compreso tra 18 e 23 è indice di una compromissione lieve, un punteggio pari o superiore a 26 è considerato nella norma. Il test permette di ottenere un quadro generale dell'efficienza cognitiva. Ai fini delle attività, è stato somministrato all'inizio e al termine dei trattamenti, in modo da ottenere indicazioni sull'effetto dell'Arte Terapia e della Pet Therapy sulla sfera cognitiva globale.

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)	
Orientamento Temporale	In che anno, stagione, data, mese, giorno della settimana siamo? (massimo 5 punti, uno per ogni risposta corretta).
Spaziale	In che stato, regione, città, luogo (ospedale o ufficio), piano ci troviamo? (massimo 5 punti, uno per ogni risposta corretta).
Registrazione	Dire al paziente "Adesso le dirò il nome di tre oggetti. Lei dovrà ripeterli dopo che io li avrò detti tutti e tre". Dire: casa, pane, gatto, nominandoli uno al secondo. Chiedere al paziente di ripetere i 3 oggetti ed assegnare un punto per ogni risposta corretta al primo tentativo (massimo 3 punti). Nel caso in paziente non sia in grado di rievocarli tutti e tre al primo tentativo ripeterli, fino ad un massimo di 6 volte, finché non li abbia appresi tutti e tre e registrare il numero di tentativi.
Attenzione e calcolo	Fare entrambe le seguenti prove ed assegnare il punteggio migliore ottenuto (massimo 5 punti): - Chiedere al paziente di sottrarre da 100 la cifra 7 per cinque volte di seguito (93, 86, 79, 72, 65). - Scandire la parola CARNE al contrario [ENR-A-C] e dare un punto per ogni lettera nella posizione corretta.
Rievocazione	Chiedere i 3 oggetti precedentemente appresi - casa, pane, gatto - (massimo 3 punti).
Linguaggio	Mostrare al paziente un orologio da polso e chiedere cos'è; fare lo stesso con una matita (massimo 2 punti). Chiedere al paziente di ripetere la seguente frase "Non c'è se né ma che tenga" - solo un tentativo - (massimo 1 punto). Prendere un foglio e fare eseguire un comando a tre stadi "Prenda il foglio con la mano destra, lo pieghi a metà e lo butti per terra" (massimo 3 punti). "Legga quello che c'è scritto qui e lo faccia" e mostrare un foglio con scritto in grande "Chiuda gli occhi" (massimo 1 punto). "Scriva una frase qualsiasi che le viene in mente" (massimo 1 punto, se la frase ha un soggetto ed un verbo e sia di senso compiuto).
Prassia costruttiva	Far copiare al paziente un disegno rappresentato da due pentagoni che si intersecano (massimo 1 punto, solo se sono presenti i 10 angoli e le due figure si intersecano; non sono importanti tremori o rotazione).
Punteggio Totale: somma punteggi ottenuti/30 (30/30 massimo punteggio)	

Fig 1

- Discomfort Scale (DS-Dat, Hurley, 1992) e scala di osservazione sulle Reazioni Emotive e Comportamentali in Seduta (RECS): sono due scale osservative che permettono di valutare direttamente le reazioni comportamentali e emotive durante di ogni singola seduta (Fig. 2a e 2b).

DS-DAT
(Discomfort Scale for Advanced Dementia of Alzheimer Type)

La serie di affermazioni che segue viene valutata sia prima della seduta di trattamento che alla fine.

1. Respirazione rumorosa
2. Vocalizzazione negativa
3. Assenza di espressione facciale serena
4. Espressione facciale triste
5. Espressione facciale spaventata
6. Espressione facciale accigliata
7. Assenza posizione corporea rilassata
8. Posizione corporea tesa
9. Agitazione motoria

L'osservazione deve essere condotta per un periodo di 5 minuti consecutivi. Ognuno dei comportamenti misurati viene valutato secondo 3 dimensioni (frequenza, intensità e durata), ciascuna delle quali dà un punteggio di 0 (bassa) o 1 (alta). Il punteggio della scala può andare da 0 (nessun disagio osservato) a 27 (alto livello di disagio osservato). Più elevato è il punteggio, più elevato è il livello di discomfort.

Fig 2a

RECS (Reazioni Emotive e Comportamentali in Seduta)

Con la seguente scala è possibile rilevare la quantità e l'intensità delle reazioni affettive negative e positive, nonché il comportamento del paziente in seduta. Il punteggio totale può essere al massimo di 54; più è alto il valore più elevate sono le reazioni emotive positive e l'assenza di anomalie comportamentali.

REAZIONI IN SEDUTA	INTENSITA'					
	Scarsa		Media		Elevata	
1. Manifestazioni di piacevole nostalgia	1	2	3	4	5	6
2. Senso di pace e benessere	1	2	3	4	5	6
3. Gioia e allegrezza	1	2	3	4	5	6
4. Sensazione di tensione e oppressione	6	5	4	3	2	1
5. Angoscia e paura	6	5	4	3	2	1
6. Senso di repulsione	6	5	4	3	2	1
7. Relazione positiva con gli Operatori	1	2	3	4	5	6
8. Partecipazione emotiva alla seduta	1	2	3	4	5	6
9. Tendenza a prolungare la seduta	1	2	3	4	5	6

Fig 2b

Nonostante portino il fondamentale vantaggio di una valutazione immediata e in tempo reale dello status emotivo e relazionale, è necessario sottolineare come questi strumenti, come tutte le scale osservative, siano soggette al giudizio dell'osservatore stesso e al suo punto di vista. In questo senso, lungo tutto il percorso, le scale sono state somministrate dalla psicologa della Fondazione Manuli, dott.ssa Katia Stoico, proprio per mantenere lo stesso punto di vista per tutte le osservazioni. Come si può osservare dalle Figg.2a e 2b, le scale misurano parametri differenti dell'esperienza emotiva: mentre la scala DS-Dat misura espressioni facciali e corporee delle emozioni, secondo i parametri di intensità, frequenza e durata della reazione emotiva, la RECS cerca di valutare aspetti più complessi delle emozioni e aspetti relazionali (relazione con gli operatori e partecipazione) e contestuali (tendenza a prolungare la seduta) delle emozioni provate durante le sedute. In questo senso, è stato possibile ottenere indicazioni sia auto che etero-riferite dell'esperienza emotiva dei partecipanti e gli aspetti relazionali ad essa legati, fondamentali per una valutazione della qualità di vita.

Risultati e discussione

Lo studio, pur non avendo pretese di validità statistica in senso generale, a causa del basso numero dei soggetti coinvolti, ha confermato positivamente quanto già emerso in letteratura circa la particolare efficacia di interventi terapeutici non verbali e complementari con persone affette da malattia di Alzheimer, sia nel rallentare la perdita delle competenze residue, sia nel favorire stati emotivi positivi all'interno del contesto terapeutico della seduta e all'interno del percorso stesso. Inoltre, i dati emersi hanno fornito utili indicazioni per il proseguimento delle attività verso altri utenti, al fine di ottenere interventi che possano essere il più possibile facilitanti il benessere dei pazienti in senso olistico, con effetti nel loro contesto quotidiano.

Arte Terapia

Al percorso di arteterapia e alle attività di controllo hanno partecipato due gruppi così composti (Grafico1).

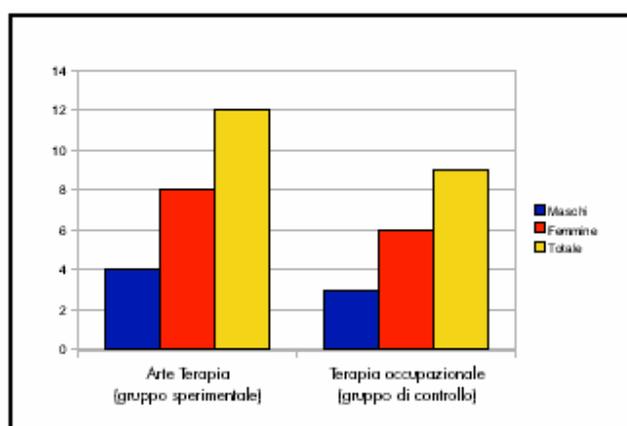


Grafico 1: Suddivisione dei partecipanti nei due gruppi in base al genere.

Innanzitutto, confrontando i dati relativi al Mini Mental State Examination, somministrato all'inizio e alla fine del trattamento, in relazione ai due gruppi, è possibile individuare una correlazione relativa all'andamento del gruppo di controllo che ha svolto le attività occupazionali (Tab. 1): quello che emerge è di fatto un progressivo calo nelle prestazioni del gruppo, che peggiorano nella somministrazione del test alla fine del trattamento.

Tab.1: Correlazioni tra MMSE somministrati all'inizio e alla fine del trattamento. La correlazione è valida con un valore di significatività inferiore o uguale a 0,01 (in neretto nella tabella).			
Gruppo di controllo (Terapie Occupazionali)	Numero di pazienti valutati	livello di correlazione	Significatività
MMSE pre-trattamento	8	0,98	,001
MMSE post-trattamento	6		

Nel gruppo di Arte Terapia, invece, i dati non mostrano alcun cambiamento significativo tra l'inizio e la fine del trattamento. Questo aspetto può essere un utile indicatore di come l'esperienza di Arte Terapia potrebbe aver influito nel mantenimento delle prestazioni riconducibili alle diverse sfere cognitive. Le attività proposte nel percorso, potrebbero aver facilitato la stimolazione cognitiva dei pazienti, favorendone le prestazioni. Per la scarsità del numero di partecipanti, non è ancora possibile

approfondire questa indicazione, che può, tuttavia, confermare quanto emerge in letteratura sugli effetti facilitanti dell'Arte Terapia sulle funzioni cognitive e sulle prestazioni ad esse connesse.

Analizzando gli aspetti emotivi e relazionali dei partecipanti, è possibile compiere alcune considerazioni rispetto alle scale DS-Dat e RECS, utilizzate per verificare lo stato emotivo durante le sedute.

Come si può osservare dalla Tab.2, in cui sono state confrontate le valutazioni della scala DS-Dat effettuate all'inizio e alla fine di ogni seduta, è possibile rilevare alcuni cambiamenti dell'espressione emotiva dei partecipanti alle sedute di Arte Terapia.

Tab.2: Correlazioni nelle valutazioni della DS-Dat all'inizio e alla fine di ogni seduta. La correlazione è valida con un valore di significatività inferiore o uguale a 0,01 (in neretto nella tabella).

Gruppo sperimentale (Arte Terapia)	Numero di pazienti valutati	Livello di correlazione	Significatività
Valutazione 1	12	,788	,002
Valutazione 2	7	-,240	,604
Valutazione 3	8	-,218	,604
Valutazione 4	9	,943	,000
Valutazione 5	7	1,000	,000
Valutazione 6	9	,312	,331
Valutazione 7	7	1,000	,000

In particolare, è possibile osservare come ci sia un miglioramento nelle osservazioni comportamentali degli stati emotivi, verso un progressivo rilassamento e disposizione a stati emotivi di valenza positiva all'interno di ogni singola seduta. Questo effetto, osservabile solo nel gruppo che ha partecipato al percorso di Arte Terapia, non è tuttavia riscontrabile all'interno del percorso complessivo: non si assistono infatti a variazioni significative confrontando complessivamente le misurazioni. Ciò può significare che il percorso di Arte Terapia e la stimolazione effettuata possano essere stati per i pazienti un'occasione per poter esprimere e condividere i propri vissuti e le proprie emozioni attraverso il mezzo artistico, per poi elaborarle all'interno del gruppo stesso durante le sedute.

I dati, che sono comunque influenzati dal basso numero di pazienti coinvolti, possono inoltre far notare come ci sia una disposizione positiva nella seduta n°4 (Cfr. Tab. 2), che è stata quella effettuata dopo la pausa estiva di tre mesi. Questo aspetto può essere interpretato con la percezione positiva che i pazienti hanno sviluppato verso l'Arte Terapia e il percorso che stavano svolgendo all'interno della Fondazione Manuli, attraverso un ricordo emotivo delle attività.

In conclusione, sembra che il percorso di Arte Terapia abbia fornito ai pazienti stimoli che abbiano facilitato le prestazioni legate alla sfera cognitiva con un sostanziale mantenimento dei livelli prestazionali e uno stato emotivo sostanzialmente positivo che si è verificato all'interno della maggior parte delle sedute.

Pet Therapy

Al percorso di Pet Therapy e alle attività occupazionali di controllo hanno partecipato due gruppi così composti (Grafico 2).

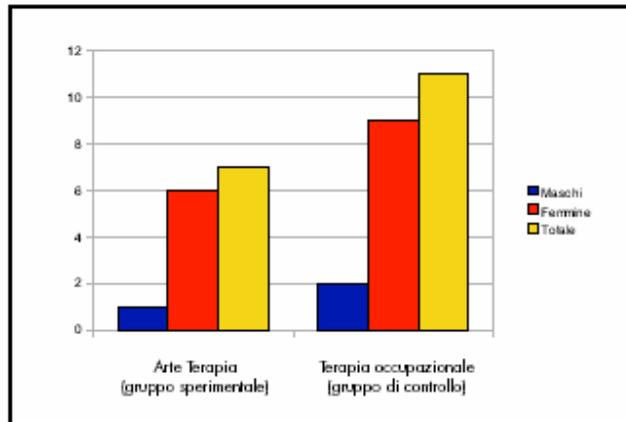


Grafico 2: Suddivisione dei partecipanti nei due gruppi in base al genere.

Durante il percorso, è stato difficoltoso il confronto tra i due gruppi, a causa della defezione del 66% del gruppo iniziale di partecipanti alle terapie occupazionali per motivi personali e di salute non legate alle attività della Fondazione Manuli.

Nonostante questo aspetto, che ha comportato un'ulteriore diminuzione della potenza statistica delle rilevazioni, è stato possibile rilevare alcuni effetti significativi del percorso, strettamente legati alla caratteristica principale dell'attività di Pet Therapy, ossia i processi emotivi e relazionali che comportano il contatto e l'interazione con gli animali.

Osservando i dati relativi alla scala RECS (Tab.3), è possibile individuare un progressivo cambiamento degli stati emotivi dei pazienti verso una maggiore disposizione al momento terapeutico e contenuti emotivi di valenza positiva espressi anche verso il contesto terapeutico, gli operatori e gli animali.

Tab.3: Correlazioni nelle valutazioni della scala RECS nei due gruppi, all'inizio e alla fine del percorso. La correlazione è valida con un valore di significatività inferiore o uguale a 0,01 (in neretto nella tabella).

	Numero di pazienti valutati	Livello di correlazione	Significatività
Pet Therapy RECS	6	,995	,005
Gruppo di controllo RECS (Terapie Occupazionali)	4	-,645	,355

Questo aspetto, che non si è verificato nel gruppo di controllo, proprio per le caratteristiche della scala considerata (Cfr. Fig. 2b) può essere interpretato con l'effetto facilitante della Pet Therapy nell'esprimere contenuti emotivi e relazionali, aspetti che nel malato di Alzheimer sono deficitari e talvolta problematici.

Nonostante le difficoltà nel confrontare i dati con il gruppo di controllo, si può affermare che l'esperienza di Pet Therapy possa essere utile nel favorire il mantenimento delle competenze relazionali e di condivisione dei vissuti, aspetti che possono condizionare la quotidianità delle persone affette da Alzheimer, principalmente nel rapporto con la propria rete sociale, a cominciare con il caregiver.

Conclusioni

Questo studio ha avuto lo scopo di confermare quanto già acquisito soggettivamente nelle esperienze precedenti della Fondazione Manuli e vuole essere una base per progettare nuovi interventi terapeutici

attraverso le metodologie studiate, con il fine ultimo di migliorare la Qualità di Vita di pazienti affetti da malattie croniche inguaribili e dei loro caregivers.

Il basso numero di partecipanti permette a questo studio di essere considerato come pilota, per verificare l'applicabilità delle terapie sperimentali presentate, in termini di efficacia per il miglioramento della qualità di vita. In questo senso le indicazioni fornite possono sottolineare come l'impatto sia stato positivo per entrambe le attività ed abbia degli effetti facilitanti il benessere dei pazienti e dei caregiver coinvolti. I due tipi di intervento hanno inoltre mostrato come gli effetti delle terapie sui pazienti influiscano su diversi aspetti, mostrando come sia vitale la progettazione di percorsi di interventi integrati, per favorire un approccio terapeutico che possa considerare l'individuo in senso olistico e la complessità del progetto di vita di ognuno.

In questo senso sembra necessario un proseguimento delle attività proposte, al fine di approfondire maggiormente gli effetti che le terapie psicosociali di tipo espressivo proposte da Fondazione Manuli possono fornire e per comprendere meglio quale sia il percorso più funzionale per l'applicazione di queste tecniche al malato di Alzheimer.

BIBLIOGRAFIA

- Antonietti A. (2009), Why Is Music Effective in Rehabilitation?, in Gaggioli A., Keshner E., Riva G., Weiss P. L. (2009), *Advanced technologies in neurorehabilitation: Emerging applications in evaluations and treatment*, Amsterdam: IOS Publisher.
- Folstein M.F., McHugh P.R. (1975), Mini-Mental State: A practical method for grading the state of patients for the clinician, *Journal of Psychiatric Research*, 12: pag.189-198, 1975.
- Hurley (1992), The Discomfort Scale (DS-Dat), in *Research in Nursing and Health*.
- WHOQOL (1995), *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization*, in *Social Science and Medicine*, p. 41.

Jonathan Trobia

Psicologo con specializzazione in neuropsicologia dell'adulto e dell'anziano (ottenuta presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano), ha diverse esperienze nell'ambito della musicoterapia e nella riabilitazione mediante musica. Collabora con L'Istituto Geriatrico Piero Redaelli di Milano dove è in fase di sviluppo una terapia riabilitativa sperimentale per pazienti affetti da malattia di Parkinson. Esperto di mental practice e delle sue applicazioni in ambito riabilitativo, per cui si è affacciato recentemente all'insegnamento presso corsi specialistici di musicoterapia, è autore di diverse pubblicazioni nell'ambito della riabilitazione neuropsicologica, sia in ambito nazionale che internazionale.