

Residenza Sanitaria Assistenziale e Emotività dell'Ospite

INTRODUZIONE

Per le mie ore di tirocinio ho scelto di chiedere in una RSA (nome tecnico per “casa di riposo”) poiché in passato ero già stata a contatto, per esperienza personale, con problematiche e situazioni legate alla terza età;

Ho preferito inserirmi in una realtà sociale che è molto presente in un paese demograficamente “vecchio” come l’Italia e soprattutto ho preferito un’esperienza che mi desse la possibilità di mettere alla prova le mie capacità sociali, di poter stare vicino alle persone e di capire come fosse meglio farlo.

Ho scelto di studiare psicologia non per diventare psicoterapeuta o avere un mio studio, ma per lavorare nel sociale e stare vicino alle persone, individualmente e nel piccolo gruppo, e quest’opportunità è stata perfetta poiché, occupandomi insieme alla psicologa e alle animatrici della struttura dell’animazione da offrire agli ospiti, ho imparato giorno dopo giorno come avvicinarmi ai diversi ospiti e so bene che in futuro dovrò affrontare una situazione nuova e dovrò ricominciare da zero poiché ogni persona e ogni gruppo sono diversi, ma più esperienza faccio, più imparerò ad abbandonare l’imbarazzo e a buttarmi nel contesto.

Le RSA sono residenze soprattutto per anziani nelle quali l’assistenza sanitaria è coniugata a un’assistenza di tipo socio-psicologico.

Ho riflettuto sulle situazioni che mi trovavo di fronte e per il mio elaborato finale ho deciso di approfondire i fattori che potrebbero maggiormente influenzare l’umore e l’emotività dell’ospite poiché da essi dipendono la qualità dei progetti quotidiani effettuati, la soddisfazione e la frustrazione che provano gli operatori, il clima percepito dai parenti quando vengono a trovare gli ospiti e ovviamente anche la qualità percepita dall’ospite della buona residenza. Questi fattori indicano un buon funzionamento della struttura che ne ricaverà benefici economici (oltre al riscontro economico per pagare i dipendenti, più soldi significano maggiori opportunità di erogare ogni anno nuovi progetti più entusiasmanti e utili).

Prima di tutto ci terrei a precisare che “umore” è un costrutto che può significare molte cose nel senso comune: dal suo significato latino “essere umido”, “essere linfa” traiamo un senso molto concreto di linfa vitale, ciò che da vita ed è definito come un atteggiamento transitorio capace di interferire con l’attività intellettuale, con lo stato di salute e guarigione del paziente.

Basandomi perciò sulla mia osservazione, posso dire di aver notato maggiori cambiamenti di umore dovuti a “piccolezze” come un sorriso o a fattori come un breve colloquio nel quale si dà al paziente la possibilità di parlare (anche quando è disfasico o poco presente e non si intende bene il significato delle parole), ai decessi che avvengono in struttura (per chi ha modo di stare all’entrata e vedere il necrologio o chi è vicino di camera) , al tempo meteorologico che pare avere grande influenza ed essere uno degli argomenti maggiormente trattati nelle conversazioni, e soprattutto ai progetti di animazione che vengono effettuati proprio per mantenere alto e positivo l’umore del paziente, prevenire l’isolamento sociale e di conseguenza sperare in una salute fisica migliore.

IL TEMPO METEOROLOGICO E LA SUA INFLUENZA SU UMORE E CONDOTTA

Riferendoci al fattore meteorologico, il mio relatore Sergio Roncato ed io, abbiamo cercato informazioni a riguardo e abbiamo trovato cinque articoli molto interessanti che riguardano ricerche e interviste fatte in passato.

Il fenomeno studiato ha numerosi risultati, a volte contrastanti a volte no, che possono avere riscontri nella realtà:

In un articolo di Jhon M. Grohol (“Can weather affect your mood?”) viene riferito, grazie al lavoro sperimentale di Denissen, che le alte temperature possono risollevare un umore depresso mentre vento e nuvole peggiorano una situazione già compromessa, il contrario viene rilevato nelle ricerche di Hsiang nelle quali pare che le alte temperature siano correlate (insieme alle piogge estremamente violente) ad un aumento dei conflitti nell’ingroup (circa il 14%); Rimanendo sulla questione “alta temperatura”, in un altro articolo di J.M.Grohol (“wheather can change your mood“) in cui si riferisce anche ad una ricerca di Keller effettuata su ben 605 partecipanti (suddivisi in 3 diversi studi),

viene ad evidenziarsi una correlazione tra alta temperatura e buon umore e migliore memoria.

Connolly notò un minore adattamento delle donne al cambio di temperatura e riferì che con caldo e piogge intense il risultato di questionari riguardanti la soddisfazione delle loro vite era più basso che in giornate soleggiate.

Un altro paragrafo dello stesso articolo è dedicato allo studio sul picco di suicidi che, diversamente da come si può pensare, avviene soprattutto nelle stagioni primaverili per chi lavora all'aria aperta e nelle stagioni estive per chi lavoro in ufficio; una meta analisi fatta nel 2012 conferma che tale andamento è piuttosto costante in ogni posizione geografica e uno studio longitudinale Svizzero che va dal 1993 al 2003 conferma gli stessi picchi nelle stesse stagioni.

Tutti gli articoli prendono in considerazione più aspetti e più ricerche dello stesso genere offrendo diversi risultati e Grohol, per finire seguendo un filo conduttore il primo articolo citato, scrive della teoria di Klimstra e collaboratori che inferiscono come i diversi effetti che il tempo meteorologico ha sulle persone possono essere dipesi da una diversa "personalità metereologica": essi creano un piccolo esperimento con un campione di 415 adolescenti Olandesi (un campione ben poco rappresentativo delle popolazione mondiale) osservando che metà di essi non sono condizionati dal meteo e che l'altra metà si suddivide in tre tipologie di persone (coloro che amano l'estate, coloro che la odiano e coloro che odiano la pioggia).

Nel secondo articolo citato, leggiamo una critica nei confronti di un blog che l'autore ha trovato su internet nel quale è detto che il tempo non ha effetti sull'umore, ma è smentito poiché le ricerche alle quali fa riferimento non hanno i giusti presupposti rispondendo con la citazione di più ricerche fondate correttamente una delle quali è la ricerca di Howard e Hoffman (1984) nella quale 24 studenti hanno tenuto un diario standardizzato per 11 giorni consecutivi facendo riscontrate correlazioni significative fra le ore giornaliere di sole, l'umidità, le temperature con concentrazione e sonno percepiti.

Tutto ciò per dire che per quanto in questo momento le ricerche siano poche e diano risultati diversi, il fenomeno studiato è promettente poiché è comunque chiaro che degli effetti sull'umore ci siano, ma serve indagare sul modo in cui avviene questo condizionamento.

A.G. Barnston ha scritto un sunto della modalità e dei risultati di una ricerca che richiedeva a 62 soggetti dell'Illinois (soprattutto universitari) di tenere per ben 6 settimane un diario dei loro sentimenti e della loro produttività a inizio autunno: lo studio fu completato dal monitoraggio del servizio telefonico per gestire le crisi della comunità e dal bollettino meteorologico e i risultati mostrano un effetto più forte del meteo su uomini confronto alle donne e su persone con problemi psicologici piuttosto che su studenti e pare anche che chi soffrisse di problemi minori fosse più influenzato quando il tempo era instabile, umido e nuvoloso come per gli studenti mentre coloro con problemi più gravi mostrano difficoltà nel caso di meteo soleggiato e asciutto. Se le ricerche e le citazioni stufano, può offrire un maggior impatto, la lettera di Kat Dawkins che è una ragazza affetta da disturbo bipolare della personalità e riferisce di come, pur vivendo in un paese caldo e soleggiato come la Florida, lei percepisca il cambio stagionale nei suoi comportamenti e atteggiamenti; riflette sul suo problema e riferisce di essere stata ricoverata in ospedale 3 volte e che tutte le volte succedeva d'inverno, che i tracciati del suo umore mostrano stanchezza, depressione e irritabilità più d'inverno che in altre stagioni.

Se tutti gli articoli letti, tutte le ricerche fatte e tutte le pagine lette delle volte possono mostrare risultati non troppo coerenti, una cosa risulta quasi sempre certa e innegabile: il fatto che esista il SAD (disordine affettivo stagionale) che può colpire in diverse stagioni e in diverse posizioni geografiche, ma che comunque colpisce influenzando ad esempio i periodi di top e down sofferti da una ragazza bipolare come quella appena citata e che i dottori possono aiutarsi con delle specifiche tabelle stagionali per preparare diverse terapie e lavorare in maniera differente rispetto alla stagione.

Altro brano che ho letto è una parte di articolo di Richie Bernardo tratto da "WalletHub" in cui lui stesso intervista più professori chiedendo il loro parere sulla relazione che intercorre tra meteo e umore delle persone evidenziando risposte che sono significative e coerenti coi risultati delle più e più ricerche: sono praticamente tutti d'accordo nel dire che c'è un effetto o che, per lo meno in base alle diverse preferenze e personalità, possono esserci diversi riscontri, ma comunque il SAD è ciò che viene sempre citato come effetto evidente.

Risposta interessante è quella di una professoressa che afferma di aver notato un movimento verso l'alto dei prezzi delle azioni finanziarie nelle giornate più soleggiate riferendosi quindi a riscontri totalmente diversi dai quali abbiamo cominciato, ma che

sono comunque applicabili nella realtà e che consentono di poterla osservare sotto più aspetti.

Ho consultato articoli che riportano ricerche sperimentali sul rapporto fra condizioni meteorologiche e emotività (Coviello et al., 2014) e fra condizioni meteorologiche, umore e memoria (Forgas et al., 2009). I dati indicano influenze importanti, per questo ho ritenuto utile acquisire ulteriori dati in contesti particolari come la RSA.

CAPITOLO 1: L'ANZIANO: SALUTE E RESIDENZA IN RSA

L'Italia è un paese demograficamente “vecchio” e a confermarlo è l'Istat che indica un aumento dell'età media e una porzione di popolazione sempre più anziana:

guerre mondiali in cui tutti combattevano e rischiavano la vita non ci sono più, il benessere e le possibilità di mantenersi in salute e curarsi sono aumentate a livello esponenziale, ma questo ci porta dinanzi ad altri e nuovi problemi come individui ormai soli e non autosufficienti a causa dell'età, demenze senili di vario genere, patologie collegate al deterioramento del corpo e del cervello...etc. etc..

Ogni individuo merita cure e attenzioni adeguate, ma come fare con questa coorte di anziani che non sanno badare a se stessi e non hanno nessuno per aiutarli?

L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) nel 1948 propose come definizione di salute: “Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia e infermità” riferendosi quindi a un equilibrio di più fattori che devono essere mantenuti. Su questo principio si basano le RSA come quella in cui ho avuto esperienza di tirocinio che offrono un supporto di tipo sanitario con infermieri e dottori e un supporto di tipo psicologico e sociale con psicologa, animatori e volontari che si occupano di colloqui individuali e di lavori di gruppo sviluppati apposta per prevenire l'isolamento sociale e per mantenere il livello di cognizione dell'ospite.

1.1 Struttura RSA e obiettivi

RSA è un acronimo che sta per Residenza Sanitaria e Assistenziale, ovvero una struttura che offre ad individui in condizioni di non autosufficienza e ai quali è stata certificata l'impossibilità di ricorso ad altre forme di assistenza (solitamente anziani, ma non solo) servizi specifici di carattere assistenziale e sanitario-riabilitativo, prestazioni di tipo culturale e ricreativo oltre al supporto di tipo alberghiero.

In particolare, la struttura dove ho fatto il mio tirocinio ospita 132 pazienti e si sviluppa su tre piani che in linea di massima dovrebbero essere differenziati per il grado di gravità nella compromissione dell'ospite e contiene 4 nuclei diversi di cui uno è protetto per ospiti affetti da Alzheimer e altre demenze gravi.

L'ospite è supportato grazie ad un'equipe pluridisciplinare che comprende dottori, infermieri, operatori sanitari, fisioterapisti, psicologa, animatori, volontari e anche una parrucchiera:

L'obiettivo della Residenza è di mantenere in salute l'ospite se non migliorare le sue capacità in fase di recupero, rispettandone sempre la dignità e i bisogni.

Oltre alla struttura principale di tipo alberghiero sono offerti un servizio di Mini Appartamenti Protetti (MAP) nei quali soggetti parzialmente autosufficienti possono vivere con il necessario supporto, ma con maggiore autonomia e un Centro Diurno nel quale si recano anziani (da soli o con un servizio pullman) che desiderano operare in gruppo e fruire di progetti di animazione che al termine della giornata rientrano nelle loro abitazioni.

Personalmente ho lavorato soprattutto in RSA e i momenti più clinici ai quali ho partecipato sono la redazione dei PAI (piani assistenziali individualizzati) e il diario sociale: i primi sono documenti chiesti a scadenza semestrale dalla regione per poter riassumere la situazione del paziente e porre obiettivi e piani per il futuro sotto ogni aspetto assistenziale offerto, in un unico momento per poter far sì che i diversi operatori possano confrontarsi e lavorare in maniera coordinata mentre il diario sociale viene fatto all'entrata in struttura dalla psicologa per poter avere un quadro generale della vita dell'ospite, potergli dar modo di presentarsi e offrirgli i progetti di animazione più consoni, è molto simile ad un'intervista autobiografica.

1.2 Il servizio animazione (SA) e piano

Il servizio animazione si occupa di attività, interventi e progetti atti a supportare l'ospite, a prevenire l'isolamento sociale e a strutturare la giornata in maniera il più possibile armoniosa;

Esso agisce su tre dimensioni che sono

- la dimensione della relazione psicologica e individuale che si occupa dell'ascolto dei bisogni più personali, del supporto affettivo e del sostegno all'integrazione con gli altri
- la dimensione grupppale, ricreativa e occupazionale che attraverso attività specifiche e spesso ricorrenti stimola potenzialità espressive, intellettive, psicofisiche e relazionali
- la dimensione sociale e territoriale che è evidenziata da incontri con "attori" locali per favorire interscambi tra gli ospiti e la popolazione residente. Questa dimensione consente alla RSA di emergere promuovendo l'integrazione nel territorio e l'aggregazione a beneficio degli ospiti.

Le maggiori finalità di questo servizio sono:

- 1) il mantenimento e il miglioramento delle capacità residue sul piano fisico, cognitivo e psicologico-relazionale
- 2) prevenzione dall'isolamento
- 3) valorizzazione dell'identità personale e promozione dell'autostima
- 4) contenimento e prevenzione della sintomatologia comportamentale e ansioso-depressiva.

Affinché esse siano perseguite vengono elaborate e proposte attività sia in piccolo che in grande gruppo e interventi individuali mirati all'ascolto e all'accoglienza emotiva se non addirittura di vero e proprio supporto psicologico.

Solitamente le attività di gruppo seguono una programmazione settimanale e sono proposte quasi sempre agli stessi individui (le persone partecipano al gruppo in base al piano di residenza, al livello di compromissione, alle capacità motorie o alla semplice volontà).

Queste attività possono essere di tipo

- ludico-ricreativo e socializzanti (es: feste mensili dei compleanni, tombola, concerti, canto)
- specifiche di stimolazione cognitiva e mnestica che vengono fatte in tutti i piani, ma soprattutto al nucleo Alzheimer (es: discussioni di gruppo, lettura del giornale, giochi, gruppo di condivisione memorie)
- manuali e occupazionali (es: laboratorio di cucina, di cucito, di ritaglio e composizione di piccoli lavori ornamentali che verranno utilizzati in tutta la struttura)
- ludico-motorie (es: psicomotricità e giochi che anche se fatti in maniera leggera sono elaborati col supporto dei fisioterapisti per poter mantenere attivo il corpo).

Le attività in gruppo ristretto sono proposte a pochi ospiti che possiedono un livello cognitivo e dei bisogni simili e possono quindi beneficiare di percorsi affini (prevalentemente sono passeggiate in gruppo, attività di manipolazione, stimolazione sensoriale e attività assimilabili alla terapia di orientamento alla realtà).

Gli interventi individuali invece sono costituiti prevalentemente da ascolto e accoglienza emotiva, da interventi di consulenza psicologica e da interventi basati sulla tecnica della Validation (approccio relazionale che si rifà ad alcuni principi della psicologia Rogersiana e umanistica dove predomina l'importanza e la centratura

sull'individuo e viene offerto ascolto senza giudizio che genera fiducia e apre un canale comunicativo molto difficile da creare con pazienti confusi e deliranti alle volte. La questione fondamentale è quella di rispettare i sentimenti della persona) .

Quest'ultimo tipo d'intervento è attuato nei confronti di chi per problematiche fisiche o mancanza di volontà non può partecipare alle attività di gruppo.

Concludendo, ogni piano possiede delle diverse proposte settimanali rivolte sempre agli stessi soggetti che comunque possono variare a seconda della giornata e della volontà degli ospiti, supportate da interventi individuali spesso estemporanei poiché basati sulle problematiche dei pazienti. Oltre alle attività settimanali sono proposti anche incontri di vario genere che possono essere il gruppo missionario che chiede di fare una messa o uscite in piccolo gruppo che concedono ai pazienti di avere ancora contatto con la realtà esterna e di socializzare col territorio.

Sono organizzati eventi e feste che sono aperte a parenti e al paese tipo la "Festa d'estate" che consente un'integrazione massima sia dell'ospite all'interno della struttura poiché mantiene una vasta gamma di relazioni sociali e un'integrazione col territorio che ospita la residenza ed è una realtà molto importante poiché consente di mostrare le potenzialità della struttura.

In questa occasione di festa, si condividono momenti in cui si mangia e si ascolta musica insieme al resto della popolazione che può godere anche di piccoli mercati o mostre di ciò che si è prodotto durante l'anno (piante coltivate, lavori artistici o quant'altro).

È una festa che permette al paese di capire l'importanza degli anziani, la loro voglia di fare e socializzare.

1.3 L'influenza dell'Approccio Capacitante

Buona parte dei progetti di animazione è influenzata dall'Approccio Capacitante espresso dal Dottor Pietro Vigorelli (medico e psicoterapeuta ad indirizzo conversazionale) e dal "Gruppo Anchise". Pietro Vigorelli è il cofondatore del "Gruppo Anchise", associazione nata nel 2005 per la ricerca, la formazione e la cura di anziani fragili e persone malate di Alzheimer che basa ogni tipo d'intervento sull'utilizzo della parola.

L'Approccio Capacitante fonda le sue radici nell'Approccio Conversazionale il quale si pone come metodo di ricerca l'analisi del discorso materiale e immateriale ovvero, rispettivamente, il discorso così come si crea e avviene in ambito clinico e la sua trascrizione fedele su foglio, spogliata dalle sovrastrutture esterne.

Dai principi di quest'ultimo approccio Vigorelli elabora e sviluppa l'Approccio Capacitante che intende occuparsi di pazienti compromessi soprattutto da Alzheimer o da altre demenze in RSA o a casa. (ho migliorato l'introduzione specificando le qualifiche del Dottor Vigorelli ed esplicitando cos'è il "gruppo Anchise" e l'Approccio Conversazionale)

È un approccio rivolto a chiunque, operatori di RSA e familiari che si ritrovano in una situazione molto delicata ed emotivamente difficile: si concentra sul mantenimento delle capacità elementari del paziente (competenza a parlare, a comunicare, a contrattare, a decidere e comunicativa) e della sua dignità.

Si vuole creare un ambiente capace di far sentire l'ospite a suo agio e dignitoso nelle sue parole, anche quando esse sono confuse e sconnesse.

L'ambiente creato è un setting di tipo informale perché le conversazioni che si possono fare in contesti come le RSA sono soprattutto informali perciò si tenta sommariamente di porre attenzione all'ambiente fisico mantenendo fino dove è possibile le 12 regole dell'Approccio Capacitante:

- 1 Non fare domande
- 2 Non correggere
- 3 Non interrompere
- 4 Ascoltare
- 5 Accompagnare con le parole
- 6 Rispondere alle domande
- 7 Comunicare con i gesti
- 8 Riconoscere le emozioni
- 9 Rispondere alle richieste
- 10 Accettare quello che fa
- 11 Accettare la malattia
- 12 Occuparsi del proprio benessere.

Questo approccio consiglia di entrare in relazione con il malato senza partire dal presupposto che egli abbia delle mancanze e dei deficit causati dalla sua situazione, ma

essendo convinti che la conversazione che si sta per iniziare sarà un successo e avrà dei riscontri positivi per entrambi gli interlocutori;

Questo presupposto deve valere sia per gli operatori sia per i familiari. (ho modificato la frase ed eliminato una citazione che poteva confondere usando parole mie)

Per studiare le conversazioni avvenute utilizzando il Metodo Capacitante sono utilizzate registrazioni consensuali di centinaia di conversazioni che sono trascritte e studiate, confrontate con conversazioni prive di struttura Capacitante e che denotano come ospiti più compromessi abbiano maggiori difficoltà nella produzione di discorsi, ma che hanno possibilità di miglioramento soprattutto se ci riferiamo alla felicità che è l'obiettivo principale.

Partendo da questi presupposti in casa di riposo si cerca di affrontare conversazioni che stimolino la produzione di messaggi da parte degli ospiti e che possano essere un mezzo per migliorare la felicità e la loro dignità.

1.4 L'influenza della Teoria di Orientamento Alla Realtà (ROT)

Nel precedente paragrafo ho parlato dell'influenza dell'Approccio Capacitante nella stesura del piano di animazione e nel suo svolgimento, ma esso non è l'unica fonte di ispirazione: sempre in maniera informale, le attività e i colloqui si indirizzano verso una terapia di orientamento alla realtà.

Questa terapia nacque nel 1958 quando fu descritta da Taulbee e Tolsom (in bibliografia si trova alla quinta voce perché sono informazioni tratte dal capitolo del libro di De Felice, stessa cosa sull'informazione di Florenzano) a seguito di un programma di riabilitazione per veterani della seconda Guerra Mondiale e utilizzato per la prima volta nel 1971 da Florenzano su anziani istituzionalizzati e cognitivamente compromessi; Lo scopo di questa terapia è di fornire indizi spazio-temporali in grado di aiutare l'ospite a riorientarsi nella realtà poiché le demenze senili causano deficit della memoria e di conseguenza nell'orientamento.

Lo svolgimento formale di questa terapia prevede gruppi di non più di sei persone in colloqui della durata di circa 45 minuti con orario di inizio e fine precisi e da rispettare ogni seduta;

In queste sedute è necessario iniziare ripetendo data e giorno e posizione geografica e successivamente vengono fatti giochi ed esercizi che possono rafforzare

quest'orientamento chiamando sempre i soggetti per nome in modo tale da facilitare la relazione.

Sono utili i rinforzi positivi mentre quelli negativi sono da evitare.

Le terapie possono svolgersi in sedute bene determinate e precise o continuare nelle 24h in base all'approccio che si decide di seguire.

Nel caso della struttura del mio tirocinio queste azioni sono effettuate in modo informale in molte attività, soprattutto nella lettura del giornale e nella stimolazione cognitiva.

I deliri a causa di confusione spazio-temporale sono molto frequenti e complicano il lavoro.

Aiutarli a ricollegarsi con la realtà rende più facili e produttivi gli interventi successivi.

CAPITOLO 2: L'IMPORTANZA DELL'OPERATORE

Ogni ospite della residenza ha avuto un'esperienza diversa e vede il mondo a modo proprio, ma tutti sono accomunati dal problema di non essere più autosufficienti e di essere in pensione:

La situazione è molto delicata poiché essi si ritrovano in una fase della vita nella quale oltre a non avere più un ruolo sociale chiaro dato dal lavoro e non potendo contribuire e interagire come prima nella società, sono totalmente (o quasi) dipendenti dagli altri perciò è necessario conoscere il paziente e capire che persona è per interagire nel modo migliore e più appropriato.

Essendo una struttura che può ospitare un gran numero di pazienti è necessario fare con calma: personalmente all'inizio era difficile interagire perché oltre ad essere una situazione nuova, non conoscevo o non ricordavo i pazienti quindi mi limitavo a osservare l'operato della mia tutor cercando di capire il carattere delle persone dalle altre interazioni poi piano piano ho cominciato a parlare sempre di più e a sentirmi di poterlo fare perché ho iniziato a ricordare quali pazienti hanno un carattere più socievole e quali invece sono più introversi e collerici o addirittura per problemi di afasia sono difficili da capire. Questi ultimi pazienti, quelli che hanno serie problematiche a capire e a formulare un discorso, sono quelli che mi hanno creato più problemi poiché non me la sentivo di evitare del tutto i loro discorsi, ma non mi andava nemmeno di essere falsa e far finta di aver capito per poi andare via, ma in questo mi ha aiutato molto la mia tutor che mi ha spiegato una tecnica di discorso per la quale è meglio non far intendere che non si ha capito il discorso poiché è confuso, ma magari cercare di capire qualche frase e qualche parola ripartendo da quella per creare un flusso del discorso il più continuo e armonioso possibile.

Molti hanno solo necessità di parlare, di esprimersi e di sentirsi ascoltati anche se la logicità delle volte viene meno, ma ciò non è così fondamentale per la buona riuscita del discorso e, da quando l'ho capito, ho iniziato a sentirmi più fluida e più attiva nel volere “attaccare bottone” e non a caso uso questo termine poco professionale e per nulla da enciclopedia: il più delle volte questo lavoro richiede di essere flessibili alle diverse situazioni, di essere spigliati e saper abbandonare l'imbarazzo per cominciare un discorso che magari non ha gran fondamento scientifico dal punto di vista terapeutico, ma che mostra interesse, che offre uno spazio di parola a chi in questa società è lasciato

in disparte, e che fa sentire all'ospite che qualcuno, in un modo o nell'altro si sta prendendo cura di lui e gli è a fianco.

2.1 Offrire ascolto come cura per la Salute

Ho già detto prima cos'è la salute per l'OMS e la definizione di "umore" sul dizionario quindi coniugherei le cose dicendo che un paziente di buon umore, felice perché è stato ascoltato, divertito dalle attività proposte è un paziente in salute e che probabilmente si sentirà meno afflitto sia psicologicamente sia fisicamente, ma chi è a occuparsi di ciò? La cosa migliore di tutte sarebbe che ogni operatore che si affianca al paziente mostrasse un po' d'interesse e di riguardo per le emozioni del paziente, ma visto che ogni professione ha diverse priorità non può essere sempre così e qua entrano in gioco sia lo psicologo che l'animatore, due figure che a diversi livelli, in una organizzazione, hanno la responsabilità e la priorità di occuparsi del paziente dal punto di vista psicologico e sociale.

Un buon inizio per lavorare bene è saper ascoltare il paziente perché ancora prima di cominciare qualsiasi cosa è bene sapere se il paziente è disposto a collaborare, se è interessato e se l'azione ha possibilità di giovare o piuttosto rischia di peggiorare la situazione.

Lo psicologo può decidere e coordinare le attività e le modalità di erogazione da un punto di vista professionale e specializzato per l'intera struttura, ma poi deve verificarne possibilità ed esiti insieme agli animatori e, se è il caso, insistere fino a che l'ospite decida di collaborare;

é necessario capire quando insistere con un ospite piuttosto che lasciar stare e non creare conflitti e un buon supporto per questa decisione sono proprio i PAI ai quali si è lavorato insieme e attraverso i quali si è presa una decisione comune su cosa è meglio o peggio fare.

Conoscere il carattere del paziente attraverso diversi colloqui individuali aiuta a essere preparati su come invitare l'ospite a partecipare ai laboratori, ma ovviamente l'umore varia ogni giorno quindi è necessaria un po' di empatia.

L'empatia è un processo di condivisione e di comprensione dello stato emotivo altrui ed è piuttosto fondamentale mettersi in gioco per incrementare questa capacità e mettersi poi in una migliore relazione con i diversi ospiti.

Ascoltando il paziente si può capire molto in ogni caso perché se è poco compromesso e riesce a parlare in modo logico ci dirà lui ciò che vuole dirci e ci indirizzerà verso i suoi bisogni (anche se non per forza in modo esplicito), mentre se abbiamo a che fare con un paziente disfasico o compromesso si capisce poco a livello esplicito.

Tuttavia si possono osservare le espressioni facciali e i movimenti del corpo oppure, se l'ospite parla di qualcosa che in quel momento non ha senso per l'operatore, si deve fare uno sforzo per capire il significato che l'ospite afferisce alle proprie parole: perché mi sta parlando di questo? È in grado di parlarmi d'altro o è fissato solo su quell'argomento? Posso sfruttarlo per spostarmi su altri discorsi o è meglio rimanere su questo?(ho riscritto la frase in modo più fluido e corretto)

Gli ospiti in RSA hanno subito forti cambiamenti nella loro vita e uno di questi è quello dell'”isolamento” poiché per quanto parenti e amici possano venire in visita quando vogliono, gli ospiti non possono uscire a loro piacimento dalla struttura e le persone che vedevano prima tendono a diminuire e quindi l'operatore deve essere in grado di offrirgli compagnia e relazione poiché oltre alle attività e ai laboratori che occupano la giornata è necessario far parlare l'ospite, farlo sentire ben accetto e fargli percepire che la sua esperienza e le sue parole sono interessanti per qualcuno.

Ascoltare gli anziani non è solo un “lavoro” poiché, considerata la media degli anni, possono raccontarci di realtà sconosciute a molti come quella della guerra, di povertà, di mancanza di tecnologia e quindi degli stratagemmi che loro usavano per sopperire alle mancanze che noi oggi non abbiamo più.

Il passato non è migliore o peggiore, ma confrontarsi con esso può essere un ottimo spunto di riflessione o addirittura di miglioramento.

Quando ci sono nuovi ingressi in RSA la psicologa ha il compito di incontrare il nuovo paziente e di chiedergli qualcosa riguardo alla sua vita e questo è il diario sociale di cui ho parlato in precedenza.

Il diario sociale ha la duplice funzione di aiutare la psicologa a ottenere le informazioni giuste per lavorare con l'ospite e di offrire ascolto al paziente, infatti, secondo il carattere e l'estroversione della persona possono esserci presentazioni di sé molto dettagliate e lunghe oppure al contrario brevi e generali.

2.2 La frustrazione dell'operatore

Il lavoro è fatto quasi totalmente dal contatto con l'ospite e questa relazione a volte è positiva, a volte no e può lasciare sentimenti ambivalenti se non di pura frustrazione. A causa di molti fattori l'ospite può mostrarsi poco introverso o collerico e delirante nei confronti di chi gli si avvicina (o anche di chi non è presente fisicamente).

Gli ospiti nella struttura dove ho lavorato sono molti perciò le situazioni sono talmente diverse, ma serve ricordarsi che se sono lì un motivo c'è e quindi, anche se a diversi livelli, sono presenti compromissioni e diverse patologie che portano a disturbi del comportamento i quali si manifestano in momenti e con modi differenti come atteggiamenti di rabbia nei confronti di chiunque entri nello spazio "protetto" o comportamenti di vagabondaggio e senza senso che però è difficile interrompere poiché si rischiano comportamenti estremamente aggressivi oppure ancora deliri che rendono difficile l'orientamento nello spazio e nel tempo e fanno innervosire l'ospite che vede rifiutate richieste alle quale non si può adempiere.

Una situazione specifica ed emblematica che posso descrivere è quella della Signora Maria(*) che pur essendo fortemente compromessa e legata tramite cintura pelvica alla carrozzina, senza la quale non può camminare da sola, mi ha sempre trattato con gentilezza ed è sempre stata contenta della mia presenza, ma un giorno (soleggiato anche se molto caldo) a metà dell'attività di lettura del giornale ha iniziato a delirare perdendo l'orientamento nel tempo e nello spazio credendo di essere chissà dove e di dover tornare a casa per fare da mangiare al marito e al figlio.

La signora non smetteva di chiamare me e chiedermi di slacciarle la cintura (azione che in nessun caso io potrei fare e glielo spiegai) e alla mia risposta gentile, ma negativa, si arrabbiava e mi chiedeva il perché del mio rifiuto e non mi credeva.

Il mio tentativo fu di non sbatterle la realtà in faccia che oltre ad essere doloroso può essere piuttosto inutile, ma fu quello di rimanere vaga sulla sua condizione e di ricordarle che quel mattino mi aveva detto di voler pranzare con "noi", ma purtroppo fu inutile perché anche quando decidevo di allontanarmi per aiutare gli altri ospiti chiamava me e solo me urlandomi contro e purtroppo ormai non avevo più molti tentativi da provare soprattutto perché si era fissata con me e riversava la rabbia sull'unica che le desse attenzioni quindi mi sentii inutile e perfino cattiva poiché non l'avevo aiutata in nessun modo.

Questa fu una delle situazioni in cui mi sentii abbastanza frustrata anche perché quel giorno oltre a lei a fine attività c'erano più ospiti indispettiti che reagivano in maniera minimamente ostile, ma ricordo che la presenza dell'altra ragazza che lavora spesso con me fu importante perché, in alcuni momenti in cui è difficile avere un feedback logico e positivo, la presenza di una collega può essere utilissima per non abbattere l'umore.

Il rischio di frustrazione è sempre presente e soprattutto agli inizi poiché serve fare esperienza per capire che i fattori in grado di influenzare l'umore di un'ospite in queste delicate condizioni sono tantissimi e poco controllabili ed è fondamentale anche essere sicuri di ciò che si fa e di farlo nel modo giusto (se così è per davvero) affinché certe brutte reazioni non scatenino sentimenti negativi.

Oltre all'esperienza è molto importante avere un collega col quale confrontarsi anche in piccole cose che possa aiutarci e possa incoraggiare gli ospiti a dare feedback a chi sta parlando come nella lettura del giornale per fare un esempio: uno legge le notizie mentre l'altro pone delle domande personali che riguardano l'argomento in questione, dei pareri o anche solo dei commenti per offrire un ritorno a chi sta parlando e per mostrare agli ospiti come la situazione è improntata più su una relazione e su uno scambio verbale piuttosto che su un semplice Io leggo-Tu ascolti.

È triste da dire, ma ci sono alcuni casi in cui nemmeno 2 o 3 operatori insieme possono assistere un'ospite senza provare frustrazione e quindi le attività di gruppo non vengono nemmeno proposte poiché l'utilità per chiunque è inesistente: sono i casi di ospiti compromessi a tal punto dalla demenza che non capiscono nemmeno che si sta cercando di parlare con loro, che non offrono *feedback* di alcun tipo o che sono sempre e solo collerici o addirittura ormai vivono allettati. Con loro si cerca di prevenire l'isolamento sociale provando ad avere un colloquio o semplicemente tentando comunque di parlare e far percepire una presenza umana e socievole.

Certe decisioni sono inevitabili perché oltre a non dover stressare l'ospite con continui tentativi e richieste che non vanno a buon fine bisogna evitare il *burnout* dell'operatore che deve mantenersi sempre in ottime condizioni per altri ospiti che invece giovano del suo buon umore, dei suoi tentativi e della sua voglia di parlare; se l'operatore rimane troppo frustrato da alcune situazioni specifiche, sia che riguardino i rapporti con gli ospiti o con altri operatori della struttura, egli probabilmente non sarà più in grado di offrire un ottimo servizio a chi lo richiede ed è per questo che deve pensare prima a se stesso per aiutare al meglio gli altri (è un po' lo stesso principio del perché gli

psicoterapeuti devono fare una quota minima di ore di analisi o del perché è richiesto un supervisore).

*(i nomi utilizzati sono nomi di fantasia per rispetto della privacy)

CAPITOLO 3: DIVERSE PERSONE, DIVERSE EMOZIONI, DIVERSE SITUAZIONI

3.1 la vecchiaia e le sue sfaccettature

Lavorare in una struttura come quella in cui ho fatto tirocinio aiuta a capire come l'emotività sia un elemento veramente fragile e suscettibile a molte variabili:

Come ho già detto, stiamo prendendo in considerazione persone che sono in pensione e non hanno una giornata strutturata da impegni lavorativi, familiari o casalinghi perciò hanno molto tempo a disposizione per pensare e ogni evento è capace di modificare l'umore in modo sostanziale.

Sono talmente tanti i fattori in gioco che è difficile rendersene conto e ci sono giornate in cui si entra in struttura e si percepisce subito un disagio generale e giornate in cui si entra percependo calma e da lì bisogna cominciare il proprio lavoro cercando di non rimanere oppressi dalle “onde negative” o cercando di sfruttare quella calma che aspetta solo di essere occupata con colloqui sereni e interessati.

Quando un operatore entra frustrato o di cattivo umore, sia per problemi personali o a causa del paziente, non è in grado di gestire in maniera ottimale le attività e i colloqui e questo fattore è piuttosto riconoscibile e controllabile.

La vecchiaia non è valutata positivamente in Italia perché è un periodo della vita nel quale non si è più produttivi e anzi, a causa dell'aumento della longevità, è possibile che un anziano sia visto come un peso e un costo per la società, mentre in altre culture e in altri tempi questo periodo della vita era visto come pieno di esperienza e saggezza da poter donare a chi si trova all'inizio della propria esistenza.

Il peso di sentirsi dipendenti da altre persone e di essere di troppo per la società non aiuta di certo queste persone e crea una base per sentimenti negativi e di depressione che spesso sono correlati alle patologie di demenza, **ma è bene ricordarsi che definendo l'anziano in una prospettiva di *Life Span*, ovvero di un arco di vita entro il quale ci sviluppiamo e apprendiamo costantemente, la terza età non è per forza l'età del decadimento, ma una fase di adattamento e apprendimento in cui un individuo si trova a dover abbandonare le abitudini che si è portato con sé fino a poco prima.(migliorata la frase)**

Non sono soltanto i bambini a dover apprendere e conoscere nuove cose e si potrebbe anche azzardare un paragone divertente tra questi ultimi e gli ospiti della struttura:

entrambi infatti si devono appoggiare a qualcun altro per la loro esistenza, socializzano in maniera più fluida e facile, ma facilmente è possibile vedere liti e preferenze molto infantili dovute a piccole cose e simpatie reciproche.

Prima del mio arrivo fu messa in atto un'iniziativa molto interessante e bella che prevedeva vari incontri tra gli ospiti della struttura e bambini dell'asilo per progetti creativi e di scambio transgenerazionale.

È importante mettersi in gioco e mettersi nell'ottica dell'anziano come una persona capace ancora di sia di insegnare che di apprendere per osservare nel modo migliore la situazione di volta in volta e trarne spunti in grado di giovare all'ospite che ogni giorno si sente diversamente, ha un diverso campo d'azione, un'umore fragile e la capacità di emozionarsi con poco.

3.2 il tempo meteorologico

Fino ad ora ho parlato fundamentalmente dell'operatore (animatore o psicologo che sia) come fattore principale in grado di aiutare l'emotività del paziente poiché è il ruolo che mi sono trovata a interpretare in questa situazione di tirocinio ed è il più controllabile, ma ho anche detto che i fattori sono tantissimi e insieme al mio relatore ho deciso di fare delle osservazioni e di individuare delle correlazioni tra il tempo meteorologico e l'umore;

Si parla spesso di "metereopatia" come di una particolare sensibilità al tempo, e dalle ricerche e riflessioni che ho menzionato nelle prime pagine di questo scritto mi sono resa conto che l'ipotesi merita attenzione.

Ho ritenuto utile condurre un'esplorazione nella struttura in cui operavo al fine di raccogliere alcuni dati utili alla comprensione del comportamento di ospiti in RSA.

Ho diretto queste mie preliminari osservazione su otto ospiti della struttura che sono invitati il venerdì mattina all'attività di lettura del giornale al terzo piano.

L'ipotesi iniziale è quella che le condizioni meteorologiche possano avere un'influenza sulla voglia di socializzare.

Ho scelto l'attività di lettura perché, oltre ad avervi partecipato spesso, mi consente di relazionare abbastanza bene con i vari ospiti, di porre loro domande di logica, di memoria o semplicemente conversazionali, anzi mi richiede di farlo perché questa attività non ha il semplice scopo di tenere informati gli ospiti, ma di prevenire

l'isolamento sociale e di mantenere attivo fin che si può un certo orientamento nel tempo e nello spazio.

Gli ospiti si differenziano talmente tanto nel livello di compromissione mentale che è stato difficile sceglierli in modo omogeneo e inoltre ho cercato di individuarne un certo numero abbastanza stabile da potermi dare feedback logici e un certo numero con una compromissione lieve o media perché sono quelli che hanno meno inibizioni e ho immaginato potessero darmi più riscontri dal punto di vista emotivo e "inconscio".

Due pazienti sono entrate successivamente in RSA, ma mi sembravano importanti per le mie osservazioni e non essendo uno studio sperimentale le ho inserite ugualmente mantenendo, come per tutti, il silenzio riguardo a nomi, condizioni e cartelle cliniche in rispetto della privacy.

Ho tenuto conto della temperatura media rilevata tramite bollettini meteo e delle condizioni del tempo distinguendolo in tre categorie: Nuvole, Pioggia e Sole; la Temperatura è un dato che ho inserito per completezza, ma che in realtà può complicare o semplificare le cose poiché essa, se per esempio è esageratamente alta, in una bella giornata di sole può dar luogo ad aggressività piuttosto che a felicità.

Le variabili dipendenti invece sono la decisione di presenziare o meno all'attività, possibili deliri o la qualità del colloquio:

- Presenza: ovviamente sono gli ospiti a decidere se partecipare o no all'attività proposta quindi è un dato importante che indica la socialità di quella data giornata, piuttosto che la stanchezza fisica o mentale. Spesso i dati non sono pervenuti perché i pazienti decidono di rimanere a letto a riposare fino a tardi o non stanno bene perciò è stato impossibile colloquiare o valutarne i deliri o addirittura sono stati spostati in pronto soccorso per infermità, ma ritengo che possa avere comunque un significato nell'ottica di quello che stiamo osservando essendo possibile una stanchezza maggiore a causa del tempo nuvoloso per ipotesi (la dicitura "sì" indica la presenza, mentre la dicitura "no" indica l'assenza dell'ospite).
- Delirio: con deliri intendo situazioni difficili in cui i pazienti perdono l'orientamento nel tempo e/o nello spazio e in maniera sia gentile che aggressiva si manifestano durante la mia presenza.
- Colloquio: va oltre l'orientamento nel tempo e nello spazio e li ho valutati come positivi o negativi in base alla socialità e alla gentilezza che è stata

mostrata nel chiedere di partecipare all'attività o in un semplice colloquio dove ho chiesto al paziente il suo stato (il simbolo "+" indica un colloquio orientato positivamente verso la socialità e il contrario vale per il simbolo "-").

Le variabili qui riportate sono state prese in prima persona da me e/o valutate grazie alle schede delle attività che devono essere compilate in modo standardizzato alla fine di ogni progetto.

05/02/2016 T°=6° Sole

Osservazioni /soggetti	Sogg.A	Sogg.B	Sogg.C	Sogg.D	Sogg.E	Sogg.F	Sogg.G	Sogg.H
Presenza		Sì	Sì	Sì	Sì		Sì	Sì
Delirio		No	No	No	Sì		No	No
Colloquio		+	+	+	+		+	+

12/02/2016 T°=6° Pioggia

Osservazioni /soggetti	Sogg.A	Sogg.B	Sogg.C	Sogg.D	Sogg.E	Sogg.F	Sogg.G	Sogg.H
Presenza		Sì	Sì	Sì	Sì		Sì	Sì
Delirio		No	No	No	Sì		No	No
Colloquio		+	+	-	+		+	-

19/02/2016 T°=7° Nuvole

Osservazioni /soggetti	Sogg.A	Sogg.B	Sogg.C	Sogg.D	Sogg.E	Sogg.F	Sogg.G	Sogg.H
Presenza		No	No	No	No		No	No
Delirio		No	No	No				
Colloquio		-	-	+				

26/02/2016 T°=6° Pioggia

Osservazioni /soggetti	Sogg.A	Sogg.B	Sogg.C	Sogg.D	Sogg.E	Sogg.F	Sogg.G	Sogg.H
Presenza		No	No	No	No		No	No
Delirio		Sì						
Colloquio		-						

04/03/2016 T°=6° Sole

Osservazioni /soggetti	Sogg.A	Sogg.B	Sogg.C	Sogg.D	Sogg.E	Sogg.F	Sogg.G	Sogg.H
Presenza		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Delirio		No	No	No	No	Sì	No	No
Colloquio		+	+	+	+	+	+	+

11/03/2016 T°=10° Nuvole

Osservazioni /soggetti	Sogg.A	Sogg.B	Sogg.C	Sogg.D	Sogg.E	Sogg.F	Sogg.G	Sogg.H
Presenza	Sì	No	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Delirio	No		No	No	No	Sì	No	Sì
Colloquio	-		-	+	+	-	+	+

18/03/2016 T°9° Sole

Osservazioni /soggetti	Sogg.A	Sogg.B	Sogg.C	Sogg.D	Sogg.E	Sogg.F	Sogg.G	Sogg.H
Presenza	Sì	Sì	Sì	Sì	No	Sì	Sì	No
Delirio	No	No	No	No		No	No	Sì
Colloquio	-	+	-	+		+	+	+

25/03/2016 T°=12° Sole

Osservazioni /soggetti	Sogg.A	Sogg.B	Sogg.C	Sogg.D	Sogg.E	Sogg.F	Sogg.G	Sogg.H
Presenza	Sì	No	No	No	Sì	Sì	No	No
Delirio	No	No	No	No	No	Sì	No	
Colloquio	-	+	+	+	+	+	+	

01/04/2016 T°=15° Nuvole

Osservazioni /soggetti	Sogg.A	Sogg.B	Sogg.C	Sogg.D	Sogg.E	Sogg.F	Sogg.G	Sogg.H
Presenza	Sì	Sì	Sì	No	Sì	Sì	Sì	No
Delirio	No	No	No		Sì	No	No	Sì
Colloquio	-	-	+		+	+	+	-

08/04/2016 T°=14° Pioggia

Osservazioni /soggetti	Sogg.A	Sogg.B	Sogg.C	Sogg.D	Sogg.E	Sogg.F	Sogg.G	Sogg.H
Presenza	Sì	No	No	Sì	No	No	No	No
Delirio	No			No		Sì	No	Sì
Colloquio	-			-		-	+	-

15/04/2016 T°=16° Sole

Osservazioni /soggetti	Sogg.A	Sogg.B	Sogg.C	Sogg.D	Sogg.E	Sogg.F	Sogg.G	Sogg.H
Presenza	Sì	Sì	Sì	No	Sì	No	No	Sì
Delirio	No	No	No	No	No		No	Sì
Colloquio	+	+	+	+	-		+	-

22/04/2016 T°=17° Nuvole

Osservazioni /soggetti	Sogg.A	Sogg.B	Sogg.C	Sogg.D	Sogg.E	Sogg.F	Sogg.G	Sogg.H
Presenza	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	No	No
Delirio	No	No	No	No	Sì	Sì	No	Sì
Colloquio	+	+	+	-	+	+	-	-

29/04/2016 T°=14° Nuvole

Osservazioni /soggetti	Sogg.A	Sogg.B	Sogg.C	Sogg.D	Sogg.E	Sogg.F	Sogg.G	Sogg.H
Presenza	Sì	Sì	Sì	No	No	No	No	Sì
Delirio	No	No	No	No			No	No
Colloquio	-	-	+	+			-	-

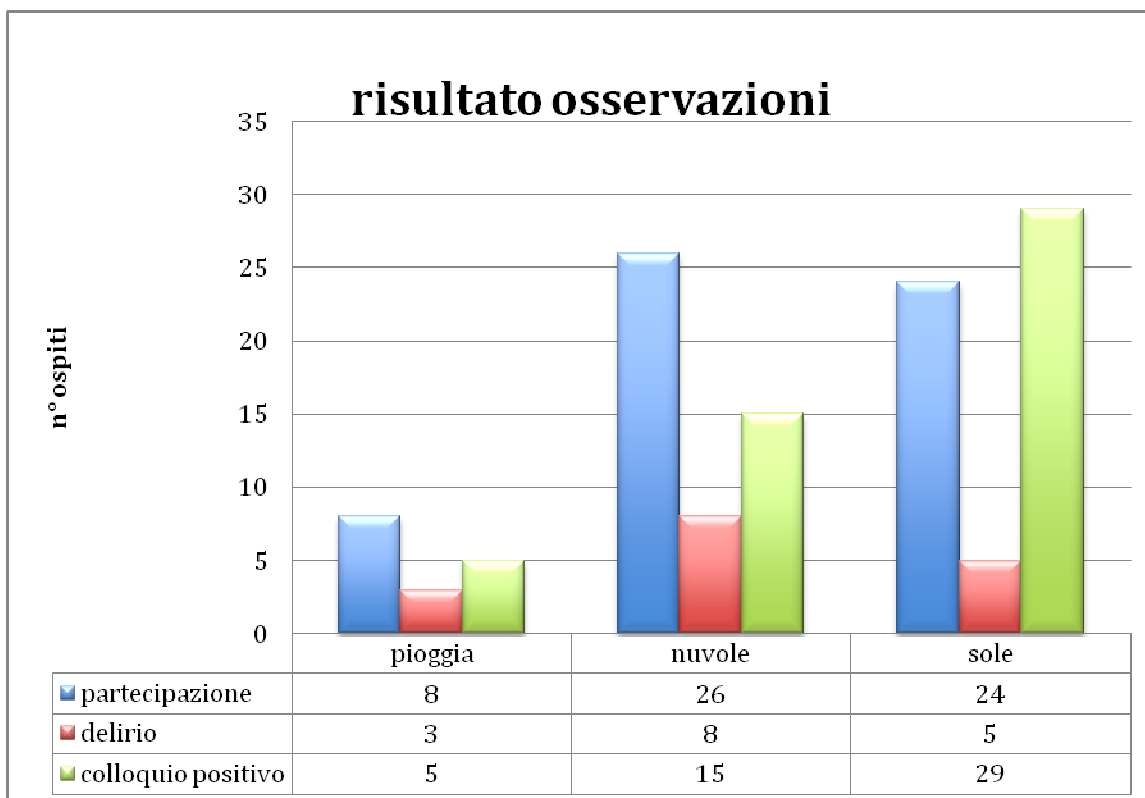


Tabella 1. Gli istogrammi indicano il numero di ospiti che, a seconda delle condizioni meteorologiche, mostrano diversità nelle tre variabili osservate (presenza, delirio e positività del colloquio).

Non vi sono risultati particolarmente accettabili dal punto di vista sperimentale-metodologico perché non potendo controllare la variabile meteo mi sono ritrovata a dover fare osservazioni su una quantità diversa di giornate nuvolose, piovose o soleggiate (relativamente 5, 3 e 4) perciò ogni barra dell'istogramma deve essere valutata in relazione a questa informazione e alla propria categoria.

Per le giornate soleggiate è doveroso sottolineare che i colloqui positivi sono maggiori delle presenze perché anche se non sempre gli ospiti hanno accettato l'invito all'attività hanno comunque gradito un colloquio che ho potuto valutare. Fatte queste premesse, si può notare come i colloqui positivi siano estremamente superiori nelle giornate di sole e che nel confronto tra giornate nuvolose e di pioggia pare esserci una minima maggioranza nelle ultime (63 % vs 58%).

La presenza di confusione e/o deliri non da riscontri molto rilevanti però si può comunque dire che nelle giornate di pioggia vi è una percentuale maggiore di deliri in relazione alle presenze (37% contro il 31% nelle giornate nuvolose e il 21% nelle giornate di sole).

Com'era prevedibile ci sono dati un po' confusi soprattutto per giornate piovose e nuvolose poiché le prime sono state osservate solo tre volte mentre le seconde addirittura cinque, ma tendenzialmente possiamo dire che i migliori risultati si notano nelle giornate di sole che possiedono una minima quantità di deliri e una quantità molto elevata di colloqui positivi.

Non è da escludere che osservare l'arrivo della nuova stagione faccia percepire più concretamente il tempo che scorre facendo sentire depressi alcuni pazienti che vorrebbero tornare a casa, ma sono ancora in RSA e da molto tempo.

Ho rilevato dati solo per ciò che riguarda l'umore e i deliri in relazione al tempo, ma ho osservato che ogni attività può fare la differenza: sentirsi chiamati in causa e partecipare a qualsiasi cosa in un gruppo guidato da esperti che hanno come obiettivo la socialità degli ospiti fa loro benissimo e per coloro che di carattere sono già estroversi e hanno voglia di fare, il risultato è immediato (se non verbalmente esplicito) mentre per chi è più introverso i risultati tardano ad arrivare perché sono più impegnativi da raggiungere, ma danno maggiore soddisfazione.

Ogni tipo d'intervento e d'informazione ha un riscontro.

Conclusioni: il ruolo dello psicologo

In un contesto come quello di una casa di riposo per anziani lo psicologo può assumere svariati ruoli che possono sconfinare dal suo.

Partendo dal presupposto che in Italia la psicologia e gli psicologi non sono ancora riusciti ad ottenere il rispetto di tutte le altre scienze, ci rendiamo conto di come possa essere difficile inserirsi in una situazione lavorativa una volta terminati gli studi.

La psicologia ha bisogno in particolare di affermare una propria fisionomia e autonomia nei confronti della medicina.

Il ruolo dello psicologo è ben diverso da quello del dottore, egli deve sapersi occupare del paziente da un punto di vista che può variare secondo l'orientamento, ma si riferirà sempre a una salute mentale che non è riscontrabile in sintomi esatti e specifici, che per ciascuno è diversa e non ha una ricetta capace di sistemare in breve i problemi.

Il funzionamento del corpo umano è conosciuto e uguale per tutti (con piccole variazioni) perciò quando esso s'interrompe si ricerca la causa e si prova a "aggiustare" il danno, mentre il funzionamento della mente umana non è per niente evidente e ognuno possiede diversi schemi d'azione per adattarsi al mondo che lo circonda perciò è un po' difficile trovare una causa specifica in grado di "aggiustare" danni.

Le numerosissime teorie sviluppatesi in psicologia rischiano di screditarci e creare confusione, ma personalmente ritengo che si debba avere prima una conoscenza di queste ultime fin dove si può, ma poi avere una buona conoscenza della persona che si ha davanti:

Tramite una forte empatia si entra in contatto con la persona di cui dobbiamo occuparci, si conosce, si cerca di capirla e soprattutto ci si prende cura di essa adattando di volta in volta le teorie o i metodi conosciuti.

Ciò che è fondamentale, e senza il quale non si sta facendo un buon lavoro, è l'entrare in contatto con la persona e fargli capire che ha un supporto di tipo emotivo e professionale che è lì esattamente per questo motivo.

Entrando nello specifico della situazione nella quale mi sono trovata, la psicologa può somministrare test specifici per valutare la compromissione mentale dell'ospite (*MiniMental*) e richiedere interventi specifici per prevenire l'isolamento sociale e mantenere le capacità residue (aggiornate ogni sei mesi nei PAI).

Burocraticamente si ritrova a dover affrontare vari momenti di ufficio e amministrazione, ma ciò che compete a lei e solo a lei è la scelta delle attività settimanali o estemporanee (gli animatori possono fare proposte ed aiutarla, ma la scelta sta a lei che è la più preparata professionalmente).

I pazienti ricercano la psicologa soprattutto per dei colloqui personali in momenti di sconforto e solitudine e chi lavora con lei può aiutarla in questo senso perché di base le "4 chiacchiere" fanno sempre bene ed è per questo che i volontari sono un'ottima risorsa, ma a saper impostare un colloquio grazie a conoscenze tecniche e specifiche è solo la psicologa.

Essendo la responsabile delle attività deve pure occuparsi della logistica di questi progetti e in alcuni casi perciò si lavora non con le persone, ma con l'ambiente circostante che è riferibile al setting di un qualsiasi colloquio psicologico o psicoterapeutico.

La questione del setting è importante in questo ambiente perché i pazienti non sono a casa loro, ma vivono lì perciò devono potersi sentire a loro agio e tranquilli nello svolgere le attività loro richieste.

All'interno di una struttura polifunzionale come questa è normale che le varie figure professionali si trovino spesso a contatto, anzi è meglio che sia così e la figura dello psicologo si trova a doversi confrontare a dover chiedere supporto agli altri poiché ogni attività deve essere coordinata su più fronti.

Prendiamo ad esempio le attività di gruppo pomeridiane di ogni genere: gli ospiti che partecipano sono spostati in un punto di aggregazione adeguato e spostati dalla loro posizione perciò se il fisioterapista deve fare le terapie deve sapere dove si trova il paziente, se è il momento della merenda gli assistenti sanitari devono regolarsi su quanto cibo e thè preparare ed è possibile che sia lo psicologo stesso a coordinare la quantità di cibo e thè, ma la preparazione e in caso anche l'assistenza al mangiare deve essere chiesta a chi di dovere.

Sono gli psicologi che più di tutti entrano in contatto con l'ospite e, considerando che l'ospite è spesso compromesso e si confonde su chi gli sta davanti, non è raro

che le necessità e le problematiche non direttamente emotive e psicologiche siano chieste ad altri perciò in questo momento serve farsi carico del problema e capire se è il caso di chiamare chi se ne occupa o no e in che modo farlo.

I pazienti sono talmente compromessi che spesso fanno richieste al limite dell'assurdo o magari le pongono solo per attirare l'attenzione e un colloquio corretto e interessato può distrarre il paziente e fargli dimenticare il malessere, ma se così non è lo psicologo deve cercare un collega in grado di aiutarlo e non è facile come sembra perché determinati pazienti, a causa del loro carattere e delle loro richieste insensate (come dicevo prima) allontanano le simpatie degli operatori che non sono tenuti ad ascoltare come lo psicologo perciò richiedere un intervento esterno a volte può essere un momento delicato a rischio di frustrazione o semplicemente di risposte negative.

Per evitare certe situazioni la strategia migliore è ricercare l'equilibrio tra i bisogni del paziente e dei professionisti che gli stanno accanto.

L'obiettivo principale del contatto è l'ospite ed è lui che ne trae direttamente beneficio su più fronti, ma per offrire il miglior supporto è necessario che le diverse figure siano ben coordinate perciò lo psicologo può lavorare anche su quest'altro aspetto che sconfina un po' nella psicologia del lavoro.

FINE.

Bibliografia

Barnston, A. G., (1988). (Abstract) The effect of weather on mood, productivity, and frequency of emotional crisis in a temperate continental climate.

Disponibile da <http://link.springer.com/article/10.1007/BF01044907>

Coviello, L., Sohn, Y., Kramer, A. D., Marlow, C., Franceschetti, M., Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2014). Detecting emotional contagion in massive social networks.

Disponibile da

<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0090315>

Christison, A. (2014). What is the relationship between weather conditions and people's mood?

Disponibile da <http://www.skymosity.com/blog/what-is-the-relationship-between-weather-conditions-and-peoples-mood/>.

Dawkins, K. (2014). Bipolar Disorder and Winter Depression: I Am Seasonally Affected.

Disponibile da <http://blogs.psychcentral.com/bipolar-life/2014/01/seasonally-affected/>

De Felice, F. (2001). Reality orientation therapy in *Il trattamento psicologico delle demenze*, (p.36). Milano: Angeli

Forgas, P., Goldenberg, P., Unkelbach, C. (2009) (Abstract) Can bad weather improve your memory? An unobtrusive field study of natural mood effects on real-life memory. *Journal of Experimental Social Psychology*, **45**, 254–257

Disponibile da <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022103108001649>

Grohol, J. (2014). Can Weather Affect Your Mood?

Disponibile da <http://psychcentral.com/blog/archives/2014/08/29/can-weather-affect-your-mood/>.

Grohol, J. (2008). Weather Can Change Your Mood.

Disponibile da <http://psychcentral.com/blog/archives/2008/11/09/weather-can-change-your-mood/>

Vigorelli, P., Bonalume, M., Cocco, A., Lacchini, C., Maramonti, A., Negri Chinaglia, C., et al. (2011) L'Approccio Capacitante nella cura degli anziani fragili e di persone con deficit cognitivi: 10 anni di esperienza. *Rivista Ufficiale di Psicogeriatria* .2, 58-70.

INDICE

Introduzione	pag. » 1
Il tempo meteorologico e la sua influenza su umore e condotta	pag. » 2
Capitolo 1: L'anziano: salute e residenza in RSA	» 6
1.1 Struttura RSA e obiettivi	» 6
1.2 Il servizio animazione (SA) e piano	» 7
1.3 L'influenza dell'Approccio Capacitante	» 9
1.4 L'influenza della Teoria Di Orientamento Alla Realtà (ROT)	» 11
Capitolo 2: Importanza dell'operatore	» 13
2.1 Offrire ascolto come cura per la Salute	» 14
2.2 La frustrazione dell'operatore	» 16
Capitolo 3: Diverse persone, diverse situazioni, diverse emozioni	» 19
3.1 La vecchiaia e le sue sfaccettature	» 19
3.2 Il tempo metereologico	» 20
Conclusioni: il ruolo dello psicologo	» 27
Bibliografia	» 30