

1 Introduzione

1.1 Scelta del tema e motivazione

La natura ed il mondo vegetale in particolare, mi hanno sempre affascinato; ricordo che da bambino mi piaceva seminare sementi di piante varie e ricordo l'attesa e l'emozione nel vedere spuntare i germogli, magari di un limone, di un avocado o semplicemente del granoturco. Questo aspetto, diciamo magico, delle piante, il mistero della natura, mi affascina ed è per questo che ho pensato che lavorare con le piante potesse essere un mezzo terapeutico interessante con alcune patologie, quali la depressione, in questo caso associata ad un particolare periodo della vita, ovvero la terza età. Infatti, penso che la vecchiaia sia un periodo della vita importante e che purtroppo vi siano ancora molti preconcetti su cosa voglia dire "essere vecchio".

In questo senso voglio cercare di ridare all'anziano la sua identità, la sua dignità, attraverso il riappropriarsi della sua integrità psichica, per mezzo di un'attività semplice e conosciuta quale può esserlo il giardinaggio nelle sue forme più diverse. Sono a conoscenza dell'impiego di attività con le piante in ambito riabilitativo, per esempio con problemi di tossicodipendenza, handicap mentale, riabilitazione fisica e psichica, tuttavia non in una presa a carico strettamente di tipo ergoterapico e questo mi ha dato lo stimolo e la fiducia di seguire una mia intuizione e di enunciare la mia ipotesi in questa direzione.

1.2 Scopi e obiettivi di questo lavoro di diploma

La mia intenzione è quella di cercare di dimostrare, seguendo il metodo scientifico, che il lavoro con le piante, il giardinaggio, può avere degli effetti positivi su diversi sintomi della depressione nella persona anziana. Più precisamente ed in un'ottica prettamente ergoterapica, gli scopi che voglio conseguire sono i seguenti:

- che la persona riacquisti una certa fiducia nel futuro, dando un senso al tempo in modo da calmare l'ansia e la tristezza riuscendo così ad ingaggiarsi in modo più positivo in attività della vita quotidiana, avendo un contatto migliore con la realtà.
- che la persona trovi lo spunto nell'attività specifica per relazionarsi con il terapeuta, in modo da potere esprimere i propri bisogni ed elaborare dei contenuti psichici che gli stanno a cuore per essere quindi più serena, stando meglio con sé stesso e gli altri.
- che la persona provi dell'interesse in generale e sia soddisfatta di sé, in modo da aumentare la propria autostima, riuscendo quindi a gestire meglio gli aspetti relazionali all'interno della Casa per anziani ed essere più attivo nelle iniziative personali.

Tengo a precisare che affrontando una patologia così delicata, dalle manifestazioni più varie come la depressione, risulta difficile scindere gli scopi in modo netto gli uni dagli altri, essendo questi interdipendenti, legati ed intrecciati tra loro. Qui entriamo nella complessità della psiche umana, per cui è ancora più importante vedere la persona nella sua globalità ed unicità.

1.3 Presentazione dell'ipotesi di lavoro

In questo spazio voglio brevemente presentare la mia ipotesi di lavoro.

L'attività di fare germogliare dei semi e crescere delle piante ha un effetto terapeutico su pazienti anziani con tendenza alla depressione o depressi, migliorando la loro qualità di vita, nel contesto di una presa a carico ergoterapica in una casa per anziani.

Più precisamente, seguendo il processo dell'ergoterapia, ho intenzione di lavorare con persone residenti in una Casa per anziani, che a causa dei sintomi della depressione, hanno problemi nella gestione della loro autonomia. Migliorandola a vari livelli, mi aspetto un miglioramento della loro qualità di vita.

In questo senso il mio lavoro mira a lavorare, per mezzo dell'attività con le piante adattata secondo i casi, su quelle funzioni affettive e sociali che possono essere intaccate dalla depressione, quali l'autostima per esempio, in modo da ridare alla persona i presupposti necessari per gestire le attività della vita quotidiana.

L'attività è semplicemente il processo usato per raggiungere gli obiettivi del trattamento. Il materiale verde è la fonte di stimolazione e motivazione.

1.4 Metodologia

La prima parte del lavoro di diploma è composto dall'introduzione alla tematica, alla presentazione degli scopi e degli obiettivi, alla presentazione dell'ipotesi di lavoro e della metodologia specifica.

Successivamente vi è una parte teorica che va a sostenere la mia ipotesi e quindi la parte pratica del lavoro. In questa parte teorica vengono trattate le teorie di base su cui l'ipotesi poggia; dalla filosofia passo a teorie scientifiche nel campo del rapporto tra uomo e natura, uomo e piante, per poi descrivere i vari aspetti della depressione ed infine illustro con un esempio, un approccio terapeutico con le piante, che mira al recupero psico-fisico in pazienti con varie patologie.

A questo punto subentra la parte pratica del lavoro di diploma. Ho voluto separare in modo netto quelle che potevano essere le mie intenzioni sulla messa in pratica del lavoro e quello che in effetti ho potuto mettere in atto, per cui ho creato due capitoli appositi. Questo mi aiuta ad essere più chiaro e a non confondere intenzioni con azioni vere e proprie. Parto da un approfondimento dell'ipotesi, per poi spiegare come voglio validarla; dapprima presento lo strumento di verifica che ho scelto, come voglio creare il campione e quindi i due gruppi, quello sperimentale e quello di controllo. In seguito presento l'attività con le piante e l'attività della pittura su seta. Infine spiego come intendo presentare i risultati della valutazione. L'intenzione è di scegliere il campione attraverso la somministrazione a tappeto dello strumento di verifica ("GDS"). Da questo campione voglio creare due gruppi, ognuno di tre persone, seguendo dei criteri di inclusione specifici per garantire l'omogeneità dei due gruppi e quindi l'attendibilità dei risultati. A questo punto vi sono i trattamenti, un gruppo con le piante, l'altro con la pittura su seta. Il setting e l'adattamento dell'attività devono differire il meno possibile tra i due gruppi, per non influenzare i risultati, in modo che sia solo l'attività a variare. Dopo circa due mesi, alla fine del trattamento, che coincide pressappoco con la fine dello stage, viene rifatta la valutazione per mezzo della "GDS" alle persone coinvolte nei due gruppi, in modo da avere dei parametri di confronto per la discussione.

Giunto qui descrivo come sono riuscito a mettere in atto la mia intenzione nella realtà, nel contesto specifico, ripercorrendo le tappe che ho spiegato nel capitolo precedente, e spiegando eventualmente anche per quale ragione non sono riuscito a seguire il percorso previsto.

Infine dedico uno spazio alle conclusioni sul lavoro di diploma, sul percorso scientifico intrapreso, sulla validità dell'ipotesi, il raggiungimento degli obiettivi e sulla discussione generale del lavoro svolto.

"L'autore è l'unico responsabile di quanto contenuto in questo lavoro".

2 Teorie di fondo su cui si basa l'ipotesi

2.1 Il rapporto tra uomo e natura

La natura ha sempre esercitato un forte interesse sul genere umano. Qui voglio dare uno scorcio attraverso i tempi, la storia e le culture, del particolare legame tra l'uomo e la natura, tra l'uomo e le piante.

2.1.1 La natura e gli antichi

Già i primi filosofi greci discutevano riguardo la natura. Più precisamente studiavano il mondo e indagavano sull'origine e lo scopo della vita umana. Questi filosofi avevano come oggetto di ricerca la materia che compone l'universo, non intesa come qualcosa di morto, bensì in possesso di vita. Talete (624-546 a. C.), uno di questi filosofi, "... considerava come elemento essenziale dell'universo l'acqua, intesa come principio essenziale (metafisico) che anima le cose e le trasforma"¹. Egli motiva questa sua tesi semplicemente affermando che "... i semi, come ogni altro nutrimento sono umidi"².

Anche nella mitologia classica la natura viene celebrata in molte sue forme. In particolare tra le divinità della terra è interessante citare il Dio italico Silvano, "... Dio delle selve che faceva crescere le piante e le greggi"³. Si credeva che Silvano fosse presente nei giardini e nei frutteti e in arte Silvano veniva rappresentato come un vecchio con una corona di pino in testa, un ramo della stessa pianta nella mano sinistra ed un coltello da giardiniere nella destra.

2.1.2 La natura e i suoi archetipi⁴

Gli archetipi sono schemi di base istintivi di comportamento, di emozione e di immaginazione, comuni a tutti gli esseri umani. Vi sono degli studi che discutono l'applicazione degli archetipi alla natura. Attraverso questi studi si può identificare una ricca tradizione associata agli alberi, come pure simbolismi associati al giardino come origine dell'umanità. Per comprendere il significato spirituale della natura, ci si può riferire alla mitologia, alla letteratura, alle tradizioni religiose e all'arte di varie culture in modo di ritrovarvi risposte archetipiche.

Capire questi archetipi, di come si sono sviluppati attraverso la nostra cultura e come interpretiamo la loro proiezione sulla natura può avere un valore significativo nell'esplorare l'interazione tra uomo e piante.

2.1.3 La simbologia dell'albero

La simbologia dell'albero merita un breve cenno, essendo uno dei temi simbolici più ricchi e diffusi, come è ben illustrato nel seguente passaggio.

"Simbolo di vita in continua evoluzione, in ascensione verso il cielo, evoca con grande forza il simbolismo della verticalità, come l'albero di Leonardo da Vinci. D'altra parte serve anche a rappresentare il carattere ciclico dell'evoluzione cosmica: morte e rigenerazione. Soprattutto gli alberi a foglie caduche evocano un ciclo, poiché si

¹ Dolci, Alfredo e Piana, Livio. *Da Talete al Relativismo: Storia della filosofia e della scienza* (Milano: Trevisini Editore, s.d.), p. 12.

² Ubaldo, Nicola, *Antologia di filosofia: Atlante illustrato del pensiero dalle origini all'era moderna* (Verona: Demetra, 2000), p. 14.

³ Ramorino, Felice. *Mitologia Classica illustrata* (Milano: Editore Ulrico Hoepli, 1984), p. 221.

⁴ Pastor Simson, Sharon e Straus, Martha. *Horticulture As Therapy: Principles and Practice* (Binghampton: The Haworth Press, 2001), cap. 2.

spogliano e si rivestono ogni anno delle loro foglie. L'albero mette anche in comunicazione i tre livelli del cosmo: quello sotterraneo,(...) la superficie della terra, (...) e i cieli.(...) Esso riunisce tutti gli elementi: l'acqua circola con la linfa, la terra si integra al suo corpo attraverso le radici, l'aria nutre le foglie, il fuoco si sprigiona dal legno se si strofina. (...) Nelle tradizioni ebraiche e cristiane l'albero rappresenta principalmente la vita dello spirito. Di qui la presenza nella Bibbia dell'Albero della Vita, in pratica della vita eterna e dell'albero della conoscenza del bene e del male. (...) Poiché simbolo di vita a tutti i livelli, l'albero nell'analisi moderna è assimilato alla madre, alla fonte, all'acqua primordiale. (...) Esso rappresenta l'evoluzione vitale dalla materia allo spirito, dalla ragione all'anima, il sacrificio e la morte ma anche la rinascita e l'immortalità"⁵.

2.1.4 Il rapporto tra uomo e piante⁶

Il ruolo delle piante nell'evoluzione della civilizzazione si stende ben al di là della fornitura di cibo, fibra, calore e medicine. L'addomesticamento di piante ed animali ha permesso grandissimi cambiamenti nella cultura umana. L'atto della coltivazione ha portato risvolti intellettuali, psicologici e sociali che sono riflessi nel nostro folclore, letteratura ed arte. Le piante e la natura sono presenti nella mente inconscia dell'uomo e servono quale fonte di rinnovamento spirituale.

La scoperta di tracce di diverse specie di pollini nella tomba di un uomo di Neanderthal nella grotta di Shanidar, in Iraq, indica che i fiori sono stati parte del processo funerario già in tempi molto remoti nella storia dell'uomo. L'uomo di Neanderthal non aveva schemi comunicativi molto elaborati, tuttavia molto probabilmente aveva un nome per ogni fiore.

2.2 Effetti positivi del rapporto con le piante sull'uomo

Ognuno ha sperimentato il beneficio della visione della bellezza di un fiore o di una pianta o di un giardino, e questo beneficio sembra essere intrinseco alla loro essenza. La nostra società ci ha talmente razionalizzato che allo stesso tempo ci ha estraniato da quello che è la base del nostro vivere, ci ha fatto dimenticare che anche noi siamo parte della natura, ne facciamo parte e non possiamo esistere senza di essa. Vedere germogliare un seme può avere la grande capacità di evocare pulsioni di vita.

Il naturalista e filosofo americano Henry David Thoreau ha scritto in modo persuasivo sull'impatto della natura sul benessere dell'essere umano. Egli descrive metaforicamente la primavera in modo molto vivo.

"... in tutte le valli si ode il suono della neve che si scioglie, e nei laghi il ghiaccio si scioglie pian piano. L'erba balza improvvisa sui pendii delle colline, come un fuoco di primavera (...) come se la terra emanasse un calore interno per salutare il sole che ritorna; il colore della sua fiamma non è giallo ma verde; il simbolo della perpetua gioventù, il filo d'erba, esce come un lungo nastro verde, dalla zolla verso l'estate – arrestato, sì, dal gelo ma subito ancora germogliante, e alza la sua lancia di fieno dell'anno precedente, con la fresca vita che sgorga dal disotto (...) da un anno all'altro le greggi bevono a questo perenne ruscello verde (...) così la nostra vita umana muore solo fino alle radici, e rigenera i propri steli verdi per l'eternità ... Si vede questo germoglio, bello e innocente, che si prepara a uscire dalla sua vecchia buccia nodosa per tentare un altro anno di vita, tenero e nuovo, come la più giovane pianta ... Noi abbiamo bisogno del tonico di ciò

⁵ Chevalier, Jean e Gheerbrant, Alain. *Dizionario dei Simboli: Miti Sogni costumi Gestì Forme Figure Colori Numeri* (Parigi: Edizioni Jupiter, 1987), pp. 21-34.

⁶ Pastor Simson, S. e Straus, M., *Ibid.*, cap. 2.

*che è selvaggio – talvolta di guardare le paludi ... Non possiamo mai avere abbastanza dalla natura. Dobbiamo essere rinfrescati alla vista di un vigore inesauribile, ...*⁷.

2.2.1 Storia dell'uso terapeutico delle piante⁸

Il primo esempio registrato dell'uso del giardinaggio in un contesto terapeutico si ha nell'antico Egitto, quando i dottori di corte prescrivevano, a quei membri della famiglia reale che erano mentalmente disturbati, camminate nei giardini del palazzo. Nel Medioevo gli orti dei conventi erano considerati curativi, calmanti e fonte di gioia di vivere per gli ammalati.

Questa constatazione si evolse ulteriormente alla fine del 1700, inizio del 1800, allorquando in America, Inghilterra e Spagna la comprensione della relazione tra uomo e piante cominciò a svilupparsi in qualcosa di più grande, ovvero, in un approccio al trattamento riconosciuto. L'uso del giardinaggio in questi tempi, era specialmente indirizzato alla malattia mentale, e vi furono numerosi studi che analizzavano e giustificavano il lavoro con le piante in psichiatria.

2.2.2 Teorie sulla risposta positiva dell'uomo alle piante⁹

Vi sono diverse teorie che spiegano perché e come l'essere in contatto con le piante può essere benefico. La teoria più semplice è la teoria dell'"overload" (sovraccarico) e dell'"arousal" (eccitamento). Si sostiene che nel mondo moderno siamo così bombardati da stimoli ed impulsi ("overload") da saturare i nostri sensi e portare a livelli dannosi di eccitamento psicologico e fisiologico ("arousal"). Ambienti dominati da piante al contrario, sono meno complessi ed hanno schemi che riducono l'eccitamento e perciò riducono i nostri sentimenti di stress.

Un'altra teoria sostiene che le risposte delle persone alle piante siano il risultato dei loro primi apprendimenti o della cultura nella quale sono stati cresciuti. Tuttavia questa teoria non tiene conto la similitudine delle risposte alla natura ritrovate presso popoli diversi attraverso i tempi.

Un'altra teoria ancora sostiene che la nostra risposta alle piante risulti dall'evoluzione; in pratica essendoci sviluppati in ambienti composti primariamente da piante, abbiamo sviluppato una risposta psicologica e fisiologica a queste. Questo vuol dire che rispondiamo positivamente a combinazioni di piante, sassi ed acqua che rappresentano un'alta probabilità di trovare cibo, per esempio, e che assicurano quindi la sopravvivenza.

Per quanto riguarda le risposte fisiologiche nei confronti delle piante, vi è l'idea che le nostre risposte immediate alle piante siano evoluzionarie con una base affettiva o emozionale ed una risposta fisiologica. In uno studio su studenti sotto stress da esame, la vista di piante ha incrementato sentimenti positivi e ridotto la paura e la rabbia. La ripresa da una situazione di stress è stata monitorata da indicatori fisiologici quali la pressione sanguigna. Infatti nel giro di 4-6 minuti vi era un miglioramento, indicando che pure brevi contatti visivi con delle piante potevano avere un valore nel ristabilirsi dallo stress quotidiano leggero.

In merito alle risposte psicologiche alle piante si attribuisce il valore rigenerante del partecipare alla natura secondo i seguenti criteri.

⁷ Thoreau, Henry David. *Walden ovvero vita nei boschi* (Ariccia: Rizzoli, 2001), pp. 385-393.

⁸ Pastor Simson, S. e Straus, M., *Ibid.*, cap. 1.

⁹ Pastor Simson, S. e Straus, M., *Ibid.*, cap. 2.

- **Essere via**, ovvero mettendo a disposizione una situazione diversa da quella che genera stress, si ottiene una sensazione di fuga e una probabilità più alta di pensare ad altre cose.
- **Estensione**, ovvero che il setting sia ampio a sufficienza da potere esplorare senza varcarne i limiti. In questo senso non si intende la grandezza fisica, bensì la grandezza concettuale. Un giardino in miniatura può rappresentare per una persona quello che altri di terra rappresentano per un'altra.
- **Fascinazione**, in altre parole non ci si concentra in modo cosciente su quello che si fa, come spesso bisogna fare in situazioni comuni (al lavoro per esempio). La fascinazione permette di riprendersi dallo sforzo fatto svolgendo attività che richiedono attenzione attiva.
- **Compatibilità**, ovvero il ritrovare un ambiente adatto per raggiungere i propri obiettivi.

La partecipazione in esperienze rigeneranti che incontrano questi criteri possono essere passive, come sedere in un parco, o attive, ad esempio coltivare un orto.

2.3 Impiego terapeutico di attività con le piante: la "Horticultural Therapy"¹⁰

Voglio presentare un esempio, che ritengo molto valido, dell'impiego terapeutico di attività con le piante, secondo un approccio scientifico sviluppato negli Stati Uniti, che si indirizza ad ambiti quali la fisioterapia, la psichiatria, la pediatria e la geriatria. Come spiego più avanti questa professione è una "sorella" dell'ergoterapia, e con questa ha moltissimo in comune. Tuttavia penso che un buon ergoterapista debba essere in grado di operare non limitandosi ad un tipo di attività.

2.3.1 Definizione

La "Horticultural Therapy" è un processo attraverso il quale le piante, le attività di giardinaggio e l'innata vicinanza che tutti risentiamo nei confronti della natura sono usate quali veicoli in programmi di terapia e riabilitazione condotti professionalmente.

2.3.2 Storia della professione

Trovo che la storia di questa professione sia degna di attenzione per i suoi legami stretti con la professione dell'ergoterapia. Attorno alla fine della prima guerra mondiale, negli Stati Uniti l'associazione degli ergoterapisti offriva l'opportunità a professionisti delle cure di venire formati in orticoltura, il che è significativo. Ogni uso dell'orticoltura all'interno di programmi di trattamento ed i risultati che generarono, diedero un valore sempre maggiore all'efficacia del mezzo "orticoltura". Accumulandosi, queste esperienze positive trovarono la via nei libri e nei testi di ergoterapia degli anni venti negli Stati Uniti. Nel 1936 l'accettazione dell'orticoltura quale mezzo terapeutico da parte della comunità degli ergoterapisti mosse un'importante passo avanti quando la allora neofondata Associazione degli ergoterapisti in Gran Bretagna riconobbe formalmente l'uso dell'orticoltura quale trattamento specifico per disturbi fisici e psichici. La fine della seconda guerra mondiale vide un largo impiego di attività con le piante ed il giardinaggio in generale da parte degli ergoterapisti. Questa estesa opportunità di testare la validità dell'uso dell'orticoltura quale mezzo terapeutico, sia per danni fisici che mentali, portò risonante testimonianza che la terapia per mezzo dell'orticoltura era effettiva e risultava in ospedalizzazioni più brevi. Nel 1951 la psichiatra Alice Burlingame, cominciò un programma in un ospedale geriatrico ed i risultati la convinsero che la terapia attraverso l'orticoltura meritava di essere una professione separata e distinta

¹⁰ Pastor Simson, S. e Straus, M., *Ibid.*, cap. 1, 9.

dall'ergoterapia. Da qui la professione si è espansa attraverso gli Stati Uniti ed in Gran Bretagna, e lentamente questo concetto si sta diffondendo anche in altri paesi europei.

2.3.3 La salute mentale nell'anziano secondo la "Horticultural Therapy"

Secondo la "Horticulture Therapy" nel trattamento della persona anziana i punti focali da perseguire sono i seguenti:

- indipendenza nella vita e nella cura di sé
- mantenimento della salute fisica
- miglioramento della salute fisica
- mantenimento del livello cognitivo – funzionale
- sviluppo di capacità di svago adatte all'età
- miglioramento dello stato emotivo
- interazione sociale con i coetanei

Come si può vedere lo stato emotivo viene preso in considerazione negli obiettivi della terapia, tuttavia la depressione non viene elencata come una patologia dell'anziano, per cui il suo trattamento non è mirato ma marginale, intrinseco all'attività nei trattamenti delle altre patologie. Ritengo perciò interessante trattare in questo lavoro la depressione in modo più centrato, tenendo presenti gli obiettivi, su vari livelli, che si possono raggiungere operando sui suoi sintomi.

2.4 La depressione nell'anziano¹¹

Non vi è da stupirsi se il soggetto anziano tende verso degli stati depressivi. Gli ultimi anni della vita sono associati ad una restrizione della rete sociale, ad un aumento delle malattie e a una diminuzione o perdita del ruolo all'interno della società. Nel contempo si sviluppano delle modifiche biologiche dovute all'invecchiamento nella maggior parte degli organi, compreso il cervello (processo di senescenza). Studi epidemiologici hanno dimostrato che la depressione tocca fino al 15% delle persone anziane; la prevalenza di problemi depressivi maggiori è minima (meno del 4%). L'epidemiologia non ha potuto dare una risposta alla domanda se l'incidenza della depressione aumenti con l'età.

2.4.1 Un male poco conosciuto

La depressione nel soggetto anziano è un problema sottodiagnosticato e sottotrattato. Nel soggetto anziano, l'eziologia e la risposta ai trattamenti sono molto eterogenei rispetto al soggetto giovane; l'origine della depressione è spesso multifattoriale. Siccome la sintomatologia è atipica e l'informazione insufficiente, i pazienti e le loro famiglie non sono sempre coscienti dell'esistenza di una depressione e i sintomi sono al contrario considerati come una componente normale del processo di invecchiamento. I sintomi di depressione sono quindi frequenti e la depressione rappresenta un fardello rilevante per l'individuo e la sua famiglia. La persona anziana è esposta a numerosi fattori di rischio per quello che concerne la depressione; le malattie somatiche sempre più numerose, i fattori psicosociali (diminuzione della rete sociale, solitudine, lutto, povertà) e l'invecchiamento cerebrale contribuiscono ad aumentare la prevalenza della depressione. La malattia depressiva concerne il 25 / 50% delle persone che vivono in casa per anziani.

2.4.2 Conseguenze per la persona e per il suo entourage

La depressione non è un problema solo per il fatto che la persona non sta bene psichicamente, ma anche per il fatto che da essa derivano una serie di problematiche

¹¹ Howard, Robert e Lovestone, Simon. *La Dépression du Sujet Agé* (s.l. : Martin Dunitz Ltd, 1997).

secondarie non indifferenti, sia per la persona stessa che a livello sociale e di costi di cura. Infatti una persona anziana avrà la tendenza più marcata di perdere la sua autonomia rispetto ad una persona non anziana, proprio perché già di per se il corpo e la mente vanno incontro ad un declino, seppur fisiologico e naturale. In pratica se una persona anziana è depressa si nutrirà per esempio in modo non adeguato, perdendo peso, massa muscolare, e quindi forza ed efficienza. Inoltre muovendosi meno perderà la condizione, la sicurezza, rischiando di entrare in un nefasto circolo vizioso. Anche la socializzazione viene intaccata, ed essendo questa un bisogno fondamentale dell'essere umano avrà conseguenze sulla salute generale del soggetto. Come vedremo più avanti, vi è un legame tra depressione e decadimento cognitivo nell'anziano. Riconoscendo e trattando la depressione nell'anziano si potranno prevenire o ritardare delle manifestazioni che intaccano l'autonomia ed il benessere della persona.

2.4.3 Manifestazione della depressione nell'anziano

La depressione nell'anziano si manifesta con un umore depressivo, un disinvestimento affettivo associato ad una bassa capacità di provare del piacere. Questa perdita di piacere viene vissuta in modo spiacevole ed appare sproporzionata in rapporto alle attitudini fisiche ed intellettuali conservate. Il vissuto depressivo è poco verbalizzato, si manifesta sovente un ripiegamento su se stessi, una tendenza ad avere paura di tutto o ancora si possono sviluppare dei comportamenti aggressivi. La depressione può essere anche all'origine di una negligenza corporale. Classicamente si può rilevare un'agitazione o un rallentamento psicomotorio, dei disturbi del sonno con risvegli precoci, un'anoressia con dimagrimento. Delle volte esiste una nota pseudo-confusionale: l'imprecisione delle risposte che fanno credere ad un disturbo della vigilanza o a un disorientamento temporo - spaziale. Può accadere che vi siano delle preoccupazioni ipocondriache con lamenti somatici diversi, spesso intrecciati con le patologie mediche associate. Infine si notano spesso delle idee deliranti : congruenti all'umore (idee di rovina, di colpa, ...) o non congruenti con l'umore (idee di pregiudizio o di persecuzione). La diagnosi è spesso difficile davanti ad un paziente che parla poco, diffidente, in opposizione, che ha delle richieste incessanti o che non tollera alcuna frustrazione. Questi tipi di comportamenti possono inoltre portare al rigetto di questi pazienti persino dall'équipe curante.

2.4.4 Depressione e demenza

La depressione può ritardare la diagnosi di demenza o al contrario può essere responsabile di un aggravamento reversibile di un quadro simil-demenziale. Di fronte ad una demenza sottostante, il trattamento della depressione migliora lo stato affettivo ma non modifica i problemi cognitivi della demenza. La demenza può essere inoltre un fattore di resistenza nel trattamento della depressione. Vi sono tre ipotesi sul legame tra depressione e demenza. La prima sostiene che la depressione favorisce l'insorgere della demenza, la seconda che le due diagnosi sono indipendenti e che la loro coesistenza è fortuita, mentre la terza sostiene che la depressione è reattiva alla demenza, in termini psicologici o organici.

2.4.5 Vari tipi di depressione nell'anziano

Voglio qui illustrare brevemente le differenti forme cliniche della depressione nell'anziano.

- **Psicosi maniaco-depressiva:** si evolve il più sovente da numerosi anni di malattia antecedente e debutta raramente dopo i 65 anni. A questa età la sua evoluzione è marcata da una ricorrenza più importante con una riduzione degli intervalli liberi, una tendenza alla cronicizzazione e ad un quadro clinico più severo.

- **Depressione nevrotico-reattiva:** dopo un lutto, un pensionamento, un trasloco come può esserlo l'entrata in casa per anziani, questi soggetti manifestano spesso uno scoraggiamento, un sentimento di vuoto, di noia, di insicurezza. La depressione è spesso dovuta alla "perdita dell'oggetto", e si sa che la vecchiaia è anche l'età delle perdite. La persona si proietta molto poco nell'avvenire.
- **Depressione detta mascherata:** endogena o psicogena è accompagnata da disturbi funzionali con astenia, dimagrimento, insonnia, abbassamento della libido e soprattutto da equivalenti somatici o algici. Si devono allora cercare dei segni depressivi minori e non si deve esitare a fare un test diagnostico con un trattamento antidepressivo.
- **Depressione organica:** in un quadro di una forma dinamica di ipotiroidismo o di un disfunzionamento ipotalamo-ipofisario. Oppure una depressione iatrogena dopo un trattamento con farmaci anti-ipertensivi o da altri medicinali.
- **Depressione del soggetto demente:** la persona demente e depressa comunica poco i propri pensieri, ha una tendenza sia alla banalizzazione probabilmente difensiva, sia a presentare dei comportamenti regressivi di dipendenza nei confronti del suo entourage.

2.4.6 Trattamento della depressione nell'anziano

Il trattamento della depressione nell'anziano è particolare; infatti l'invecchiamento è accompagnato da numerosi cambiamenti metabolici e biologici che giustificano una grande prudenza nella prescrizione di antidepressivi. Tuttavia lasciare evolvere una depressione senza trattamento può essere fatale in ragione del rischio suicidale importante a questa età: un suicida su tre in Francia ha più di 60 anni. Oltre al trattamento farmacologico, anche per l'anziano non è da sottovalutare la presa a carico psicoterapica, anche se si dovesse trattare di un soggetto con una demenza, se questa non è molto avanzata. Interessanti sono pure la socioterapia, la psicomotricità, i massaggi, il reinvestimento sul corpo (estetica, ...) e non da ultimo è interessante un approccio di tipo ergoterapico.

3 Messa in pratica teorica della verifica dell'ipotesi

3.1 Ipotesi

Riprendo qui brevemente l'ipotesi, già annunciata nell'introduzione, ossia che l'attività di fare germogliare dei semi e crescere delle piante ha un effetto terapeutico su pazienti anziani con tendenza alla depressione, migliorando così la loro qualità di vita, in una presa a carico ergoterapica in una casa per anziani.

In pratica propongo l'attività del giardinaggio adattata secondo i principi dell'ergoterapia, ovvero, che un'attività si può adattare a seconda delle esigenze e delle funzioni che si vogliono mettere in evidenza, per lavorare su dei problemi specifici del paziente in modo da risolvere dei problemi a livello di autonomia e qualità di vita. Intuitivamente penso che l'attività con le piante sia un'attività privilegiata per lavorare sull'affettività, si tratta in questo lavoro di provare a dimostrare in modo scientifico che questa intuizione sia valida o meno. Come enunciato nel progetto, il fatto di lavorare con le piante (rispettivamente con la seta) non è fine a se stesso, seppure quello che l'attività già di per se porta non è indifferente. Voglio sottolineare che la persona viene vista nella sua globalità, olisticamente, e che quindi l'obiettivo non è solo quello di alleviare dei sintomi della depressione, bensì di impostare la terapia in modo che vi siano dei risultati in altri ambiti a più livelli, quali la socialità, la cura di sé, ecc...

3.1.1 Scopi e obiettivi

Nel caso del mio lavoro di diploma ho scelto di lavorare con pazienti anziani con sintomi di depressione, per cui lavorerò sulle funzioni affettive per raggiungere gli scopi e gli obiettivi che mi sono prefisso. Lavorando in modo specifico su funzioni affettive quali per esempio la stima di sé e la gratificazione si possono ottenere miglioramenti non solo di queste manifestazioni della depressione, bensì anche dei miglioramenti su quanto questi sintomi causano come problemi a livello di qualità di vita di autonomia. Trovo molto importante ribadire che malgrado l'ipotesi richieda di lavorare in modo scientifico e rigido, la presa a carico dei pazienti resta una presa a carico ergoterapica, con degli scopi e obiettivi formulati in modo specifico per ogni persona presa in trattamento. Tuttavia si possono enunciare degli scopi più generali.

- Uno degli scopi che mi sono prefisso è che la persona, riacquisti una certa fiducia nel futuro, dando un senso al tempo riuscendo così ad ingaggiarsi in modo positivo in attività della vita quotidiana, quali la cura di sé o il tempo libero.
- Un altro scopo è che la persona trovi lo spunto nell'attività per relazionarsi con il terapeuta, in modo da potere esprimere i suoi bisogni ed elaborare dei fatti che gli stanno a cuore per essere più sereno, stando meglio con sé stesso e gli altri.
- Infine uno scopo è che la persona provi dell'interesse in generale e sia soddisfatta di sé, in modo da riuscire a gestire meglio la socialità all'interno della casa per anziani.

3.1.2 Aspetti legati al lavoro con le piante in geriatria¹²

L'anziano molto spesso soffre di un sentimento di svalorizzazione, disinvestimento nella realtà esterna come pure di rottura progressiva dei contatti con gli altri e una mancanza di piacere; questi aspetti possono essere visti come sintomi di una tendenza alla depressione. Lavorare con le piante può essere inteso come viene detto molto bene in

¹² Bocquet, F. e Mellini-Fabre, A. « Valeurs du jardinage en gériatrie. » *Journal d'Ergotherapie*, 14 (febbraio 1992): pp. 91-93.

francese "l'art de se faire du bien au corps et à l'âme en suivant la transformation des pousses"¹³. Vi sono diversi aspetti del lavoro con le piante che meritano di essere elencati.

- **Le radici:** l'attività con le piante in geriatria è un'attività per lo più conosciuta, un luogo di esperienza vista la provenienza per lo più rurale dell'anziano di oggi. Questo fatto dà certamente una connotazione positiva all'attività anche per i ricordi per lo più positivi che suscita. È come un riappropriarsi delle proprie radici, visto che i loro padri coltivavano la terra. Questo legame con il passato li aiuta ad iscriversi nel presente, e questo permette loro di investire nel futuro.

- **L'evocazione:** la terra portatrice di un simbolismo molto forte nella cultura giudeo-cristiana. La terra è fecondità, ma è anche in essa che si verrà sepolti. È per questo che il lavoro con la terra lascia difficilmente indifferenti. I semi germogliano, crescono, appassiscono e muoiono lasciando a loro volta dei semi; si restituisce così alla persona il suo ruolo nel ciclo della vita. Lo scorrere sempre più veloce della vita verso la morte può essere angosciante se non si ha qualcuno con cui parlarne, per cui il giardinaggio può offrire un ruolo di mediazione alla conversazione. La cultura delle piante ha un'influenza psicodinamica positiva sulla persona che invecchia.

- **Il tempo:** la persona anziana spesso presenta delle turbe per quello che riguarda l'orientamento nel tempo. Vi è inoltre l'angoscia per l'avvenire, la perdita di riferimenti per quello che riguarda il tempo libero, insorge la noia. Il giardinaggio permette di occupare il proprio tempo in modo sensato, a proprio piacimento nella durata e nella frequenza. Si può godere dello spettacolo che offrono fiori e piante anche senza fare sforzi, sognare, evadere, osservare semplicemente un germoglio che cresce. Il giardinaggio insegna la pazienza: il poeta R. Tagore ci ricorda che "...il n'est pas en ton pouvoir de faire éclore le bouton de la rose"¹⁴. Il giardinaggio permette di proiettarsi con fiducia nell'avvenire.

Creare le condizioni che permettono al paziente anziano di riscoprire un modo di relazionare con l'ambiente, di arricchire la sua capacità di essere creativo, di adattarsi alle sue nuove modalità di vita, è l'oggetto dell'ergoterapia in geriatria. A questo riguardo il giardinaggio è un'attività privilegiata.

3.2 Strumento di verifica: la "GDS" ("Geriatric Depression Scale")

3.2.1 Motivazione della scelta

Quale strumento di verifica ho scelto la "GDS" ("Geriatric Depression Scale") mi è stata presentata a scuola nell'ambito delle lezioni di psicogeriatrica, e mi è sembrata lo strumento di verifica ideale per il mio lavoro essendo validata, specifica per l'anziano e la patologia su cui voglio lavorare. Ho optato per la versione breve della "GDS", ovvero la versione con 15 domande. Ho avuto il permesso di impiegare una versione in italiano della "GDS", in possesso della Casa anziani in cui ho svolto lo stage. Questa versione è messa in circolazione dalla ditta farmaceutica "Pfizer", e corrisponde fedelmente alla versione originale in inglese (vedi allegati).

3.2.2 Informazioni generali sulla "GDS"¹⁵

La "GDS" fa parte degli strumenti di verifica della depressione cosiddetti "d'autovalutazione" che generalmente sono creati per il depistaggio e sono composti di una serie di domande che precisano gli aspetti significativi della sintomatologia

¹³ Bocquet, F. e Mellini-Fabre, A., Ibid., p. 91.

¹⁴ Bocquet, F. e Mellini-Fabre, A., Ibid., p. 92.

¹⁵ Bendjilali, D. e Nassif, R. « Les états dépressifs du sujet âgé : entre ambiguïté nosographique et spécificité syndromique. » *La Revue du Généraliste et de la Gérontologie*, n. 43 (marzo 1998): p. 92.

depressiva ai quali il soggetto deve rispondere indicando se si applicano al suo stato attuale. La "GDS" è il più comunemente usato. Essa è stata specialmente creata per depistare e quantificare con uno score la sintomatologia depressiva nel soggetto anziano oltre i 60 anni. Infatti la somministrazione è di breve durata ed è di facile comprensione anche per il soggetto anziano. La "GDS" originale è composta da 30 domande. La modalità di risposta è dicotomica (SI / NO). Il tempo di somministrazione è corto. Delle forme corte di questo strumento sono state ugualmente validate: la "GDS" con 15 domande, poi due forme con quattro items ("GDS4" e "Mini-GDS"). Queste due versioni offrono la possibilità di un depistaggio degli stati depressivi gravi nel soggetto anziano, rapido agevole ed affidabile. Altre forme corte di altri strumenti specifici sono in corso di validazione.

3.2.3 Protocollo¹⁶

Il protocollo secondo il dipartimento di Gerontologia clinica dell'Università di Oxford,, richiede che il questionario venga somministrato oralmente, che si ottenga una chiara risposta affermativa (SI) o negativa (NO). Se necessario si può ripetere la domanda. Chi la somministra deve marcare con una crocetta o il SI o il NO per ogni domanda. Le risposte di tipo depressivo sono marcate da un quadratino (□). Si devono poi contare le risposte che sono indicate quali "risposte depressive". Ognuna di queste risposte vale un punto.

nessuna depressione:	0 - 4
depressione debole:	5 -10
depressione grave:	11 -15

Sul formulario della "GDS" che ho utilizzato è riportato che un valore maggiore di 5 indica una possibile depressione. Tuttavia non è specificato se un valore uguale a 5 indichi una depressione. Ho seguito le indicazioni del protocollo dell'Università di Oxford che indica una possibile debole depressione partendo da un punteggio di 5 punti compresi. La scala originale è di dominio pubblico.

3.2.4 L'uso della "GDS" per la scelta del campione

La mia intenzione è di scegliere delle persone ospiti della Casa anziani nella quale svolgo lo stage in geriatria, selezionate in base al risultato della "GDS". L'idea è di avere un campione di persone cognitivamente integre, in modo da potere somministrare la "GDS" ed ottenere dei risultati attendibili. I due criteri di inclusione principali per la scelta del campione sono, primo di presentare sintomi di depressione, secondo di saper rispondere a delle domande semplici con un SI o con un NO. In teoria vorrei somministrare la "GDS" ad un ampio numero di persone in modo da scegliere in seguito i componenti dei due gruppi in modo omogeneo, quindi il più scientifico possibile. Una volta somministrata la "GDS" dovrò stabilire al di sopra di quale punteggio la persona rientra nei possibili candidati per il lavoro. Decido che da un punteggio superiore o uguale a 5 (ovvero dal punteggio minimo per una depressione debole) la persona può rientrare tra i candidati al lavoro di diploma. Oltre a questi requisiti vi è anche la volontà di collaborare in un'attività, quindi l'interesse ad instaurare una relazione con me. Inoltre ritengo importante che l'attività, proposta, sia significativa per la persona. Il numero di persone per questo lavoro dovrebbe essere di 8 per il gruppo sperimentale e 8 per il gruppo di controllo. Per la somministrazione si dovrebbe scegliere un momento uguale per tutti, ovvero tutti alla mattina dopo colazione, per esempio, onde avere meno variabili temporali, soggettive o circadiane possibili che influenzino il risultato.

¹⁶ University of Oxford departement of Clinical Geratology. « The Geriatric Depression Scale. » <http://www.jr2.ox.ac.uk/GDSdoc.htm>. Consultato il 19.09.2003.

3.2.5 L'uso della "GDS" quale strumento di verifica

Come ho detto all'inizio della presa a carico, ovvero l'inizio dello stage in geriatria, sottopongo una prima volta la "GDS". Prima della fine dello stage devo somministrare di nuovo la "GDS", in modo da potere fare un confronto con i risultati ottenuti prima dell'intervento e constatare un eventuale miglioramento dello stato depressivo della persona. Il risultato della "GDS" può venire influenzato da fattori quali la terapia farmacologica, o avvenimenti al di fuori del controllo del terapeuta. Penso che sia impossibile avere un pieno controllo su tutte queste variabili soggettive, tuttavia è bene tenerle presenti per potere meglio interpretare i dati raccolti e tentare di dare delle spiegazioni ai risultati. Il confronto tra i due gruppi mira a dimostrare che l'attività con le piante sia altrettanto effettiva con pazienti depressivi quanto l'attività con la pittura su seta. Quindi non è assolutamente una competizione per dimostrare che una metodica sia meglio dell'altra. Se otterrò gli stessi miglioramenti sia con la pittura su seta che con il lavoro con le piante l'ipotesi in teoria è validata. Voglio ricordare che i risultati della "GDS" non sono il metro dell'intervento ergoterapico vero e proprio. Infatti è possibile che gli obiettivi ergoterapici vengano ugualmente raggiunti, per esempio se la persona partecipa alla tombola settimanale (cioè aumenta la risocializzazione), senza che per questo vi sia un miglioramento rilevabile sul punteggio della "GDS".

3.3 La formazione del gruppo A) e del gruppo B)

Prima di formare i due gruppi è bene enunciare quei criteri che possono influenzare i risultati. Bisogna avere in mente questi criteri non solo al momento della formazione dei gruppi, per formare i due gruppi in modo che siano omogenei ed equilibrati, bensì durante tutto il processo terapeutico e specialmente alla fine quando si confrontano i risultati. Infatti, questi criteri possono avere una relazione forte con le variabili ed avere un importante influsso sul risultato, spiegandone nello stesso tempo, in parte, l'origine. Elenco qui una serie di variabili che ritengo importanti.

- **Stato cognitivo:** lo stato cognitivo della persona è fondamentale sia per potere ottenere un risultato dalla valutazione, quindi per avere uno strumento di lavoro nel verificare l'ipotesi. In questo caso mi affido alle informazioni che posso ottenere dal capo delle cure.
- **Entrata in casa per anziani:** l'entrata più o meno recente in casa per anziani può avere un effetto rilevante sullo stato psico-cognitivo della persona. Si ha a che fare con la perdita di una vita passata a casa propria, la consapevolezza che si entra nell'ultima dimora con la connotazione sociale di persona non più capace di badare a se stessa. Spesso la persona anziana dopo un periodo più o meno lungo si abitua e si adatta alla nuova situazione. In questo caso ritengo significativa un'entrata in casa per anziani superiore o inferiore ai 12 mesi; ritengo il primo anno come un periodo di adattamento alla nuova situazione di vita.
- **Risultato della "GDS" iniziale:** il risultato della "GDS" deve indicare una tendenza alla depressione (un punteggio dal 5 al 15 compreso). La severità del punteggio è un criterio per formare i due gruppi nel senso che in ogni gruppo vi deve essere lo stesso equilibrio tra persone con un punteggio più o meno alto. In teoria se nel gruppo A vi è una persona col punteggio di 8 nell'altro gruppo ci dovrà essere una persona con un punteggio vicino a 8. In questo caso quindi ritengo valido un risultato uguale o superiore a 5 punti.
- **Stato psichico generale ad inizio trattamento:** trovo importante rilevare lo stato psichico generale all'inizio del trattamento e tentare di darne una possibile spiegazione, quale sapere se la persona ha appena subito un intervento, una malattia, se ha perso una persona cara, se ha appena saputo della nascita di un nipote, ecc... Tutti questi fatti

possono avere un fortissimo influsso sull'affettività della persona, a prescindere da uno stato sottostante più generale di depressione. Con questo criterio voglio intendere che la persona ha un'alterazione importante, rilevata dalle cure, sul suo stato abituale (degli ultimi 6 mesi almeno).

- **Sesso:** il sesso di una persona è un fattore importante, infatti vi sono delle differenze a livello dei due sessi che potrebbero spiegare o meno una certa risposta al trattamento, sarebbe bene se tutte le persone del campione fossero dello stesso sesso.

- **Età:** pur essendo tutte le persone in questione definite "anziane", l'età gioca un ruolo nella formazione dei due gruppi. Infatti è possibile che l'età giochi un ruolo nella gestione ed elaborazione di sintomi depressivi; l'approccio alla vita potrebbe essere diverso per una persona di 65 anni o una di 95. Quindi i due gruppi verranno composti tenendo conto anche di questo fattore. In questo caso ritengo un'età superiore ai 70 anni il criterio da rispettare.

- **Altre patologie:** altre patologie possono avere un influsso sulla depressione. Infatti la depressione di una persona per esempio quasi cieca e sorda o con dolori cronici invalidanti, possibilmente reattiva, è diversa da quella di una persona che non soffre di disturbi specifici. In questo caso intendo patologie che secondo le cure hanno un influsso diretto o indiretto sullo stato depressivo della persona. Nel caso della demenza il collegamento con la depressione è più complesso, visto che la consapevolezza del proprio stato è distorta. Per questo con questo criterio intendo patologie non legate alla demenza, ma piuttosto patologie di cui la persona è cosciente, e per le quali soffre sia fisicamente (disturbi, dolori) sia psicologicamente (perdita di valore, per esempio).

- **Contesto sociale:** una persona che ha una famiglia, che riceve regolarmente visite, che ha molti amici, ecc... è in un certo senso avvantaggiata rispetto a chi è solo. È giusto tenere conto di questo fattore. In questo caso ritengo una visita alla settimana da parte di una persona significativa come visita regolare.

- **Terapie di supporto:** non bisogna dimenticare che attorno al paziente ruotano altre figure professionali, quali il fisioterapista o l'animatrice. Questa sinergia tra le varie figure professionali può avere un influsso e amplificare il benessere del paziente.

- **Terapia farmacologica:** è un punto importante da tenere presente parlando di depressione. La terapia farmacologica può avere un forte influsso sulla sintomatologia depressiva, per cui è importante che se ne tenga conto formando i due gruppi e nell'interpretazione dei dati alla fine. Anche qui mi attengo alle informazioni che posso attingere dai curanti. Tengo conto di farmaci specifici per l'umore come antidepressivi, ansiolitici, ecc...

- **Antecedenti depressivi:** è importante tenere conto degli antecedenti depressivi della persona, se si tratta di una depressione maggiore, di una depressione di lunga data cronicizzata o se si tratta di una depressione reattiva legata ad una particolare situazione. In questo caso tengo conto di episodi depressivi gravi del passato, riportati nella cartella o riferiti dai curanti.

- **Interesse per l'attività proposta:** questo è un fattore importante che può avere un influsso sugli effetti della terapia. Per questa ragione ho cercato delle persone con già una propensione per l'attività proposta, sia per l'attività con le piante, sia per quella con la seta. In questo modo i due gruppi risultano equilibrati rispetto a questo criterio.

3.4 L'attività con le piante con il gruppo A)

Ho avuto la fortuna di svolgere lo stage in geriatria in un periodo favorevole all'attività con le piante, ovvero la primavera. Questi mesi non rappresentano un periodo favorevole

solo per lo sviluppo delle piante, bensì anche per l'uomo; le giornate si allungano, c'è più luce, si comincia ad uscire di più, si riprende lo slancio dopo il torpore invernale. Per questo motivo mi è risultato più facile proporre questa attività: se si amano le piante è difficile resistere alla prospettiva di trovarsi un balcone fiorito durante l'estate che è alle porte. Tuttavia l'attività con le piante è proponibile anche in altri periodi, basta saper adattare l'offerta alle condizioni diverse. In questo caso non è stato necessario. Il periodo è quello giusto anche dal punto di vista culturale e della tradizione, cioè ha un senso agli occhi della società.

3.4.1 Descrizione dell'attività

● **Attività introduttiva: coltivazione del crescione**

Questa è la prima attività che presento agli ospiti. È veramente molto semplice, non vi è ancora l'uso della terra e soprattutto si vedono i primi risultati nel giro di poche ore. Con questa attività voglio approfondire la conoscenza della persona, tastare il terreno per le prossime sedute, valutare le capacità, le resistenze, i desideri. La velocità con la quale il crescione germoglia è un buon aggancio alle attività che seguiranno, che richiedono tempi più lunghi e quindi una maggiore motivazione.

A questo punto propongo diverse attività di approfondimento che a seconda degli interessi e dell'investimento che la persona mette nell'attività possono essere adatte e personalizzate. Questo lo faccio per mantenere all'interno della mia offerta di attività un margine di scelta che vada incontro ai desideri della persona. L'obiettivo non è di svolgere tutte e tre le attività di approfondimento, bensì di dare alla persona lo spazio di sperimentare, di scegliere, di vivere l'attività in modo individuale e quindi più significativamente. Questo vale anche per l'attività della pittura su seta, che presento più avanti.

● **Attività di approfondimento 1: semina e coltivazione di piantine di fiori annuali**

Parallelamente alla semina del crescione, voglio proporre la coltivazione di fiori annuali partendo da sementi. La persona potrà scegliere il tipo di fiori e quindi creare un legame più forte con le piantine che cresceranno. Questa attività mi permette di pianificare molte sedute ed inoltre crea quella proiezione nel futuro che ricerco per queste persone. Infatti propongo dei fiori che dovrebbero fiorire quest'estate. Per queste piantine sono richieste delle cure più specifiche e costanti, al contrario dell'attività con il crescione.

● **Attività di approfondimento 2: coltivazione di gerani e di bulbi di giglio**

La coltivazione dei gerani ha un valore particolare, infatti questo fiore è molto amato, specialmente dalle generazioni passate. Non a caso il geranio viene piantato ben in vista sui terrazzi e sui davanzali, e deve essere forte e rigoglioso, pieno di vita, possibilmente più bello di quello del vicino ... Lavorando con dei bulbi, invece, vi è l'aspetto che le piante che cresceranno non nascono per la prima volta da un seme, bensì rispuntano a nuova vita dopo essere state in cantina, al buio per tutto l'inverno. Da questi bulbi avvizziti torneranno a fiorire rigogliosi fiori, come l'anno precedente, per poi sfiorire e seccare al primo gelo chiudendo il cerchio delle stagioni. Il fattore simbolico che possiamo trovare in questo tipo di attività è elevato.

● **Attività di approfondimento 3: coltivazione di ghiande di quercia, castagne, noci**

La proposta di seminare e curare una piantina di una specie arborea si lega in modo più mirato alla simbologia dell'albero vero e proprio, alla ciclicità della vita, nascita e morte. Piantando una ghianda di quercia non si pensa al fiore da guardare o odorare, non si pensa al crescione da mangiare, si pensa a come una ghianda così piccola possa diventare un'imponente quercia, che vivrà per oltre cento anni, anche quando noi non ci saremo più ... Si passa quindi con il pensiero ad un livello più spirituale, che è un buon

presupposto per la riflessione, l'elaborazione ed eventualmente la discussione o l'espressione di pensieri legati all'essere.

3.4.2 Setting

- **Frequenza:** le sedute di terapia si svolgono giornalmente durante i giorni in cui sono presente nella casa (da lunedì a giovedì). Questa frequenza trovo sia necessaria, non solo per monitorare i cambiamenti delle piante che sono legati anche al fattore tempo. Penso che i benefici, parlando di depressione, necessitino di sedute ravvicinate per dare una continuità tangibile al processo di contrasto di sintomi che sono presenti quasi tutto il tempo.
- **Durata:** ogni seduta di terapia sarà piuttosto breve, della durata di 30 minuti. Questo principalmente per riuscire a svolgere tutte le terapie ogni giorno, rispettando i ritmi imposti dalla casa e dalle abitudini degli ospiti. Inoltre penso che offrendo le sedute così ravvicinate nel tempo, si giustifichi una durata minore della seduta stessa. Non da ultimo vi è il fattore di affaticabilità della persona anziana.
- **Spazio:** lo spazio che intendo usare è il locale dell'ergoterapia, in modo da avere tutto il materiale nello stesso luogo e di mantenere uno spazio comune a tutti i pazienti e rispettare così la scientificità del lavoro.
- **Presa a carico:** il trattamento è previsto individuale, questo per escludere la variabile del beneficio dello stare in gruppo. In secondo luogo una presa a carico individuale mi permette di entrare in relazione con la persona in modo migliore, più intimo così da potere instaurare una relazione di fiducia e lavorare miratamente con meno interferenze esterne. Se la persona deve aprirsi su questioni private, intime, è più facile che lo faccia in una situazione di fiducia in una relazione duale, piuttosto che all'interno di un gruppo.

3.4.3 Scopi e obiettivi ergoterapici

Con il mio intervento ho intenzione di lavorare sulla depressione della persona, non in modo fine a sé stesso, della depressione e basta, bensì in funzione di quello che questa depressione comporta in termini di autonomia e qualità di vita, per la persona. Quindi per ogni persona agirò in modo da lavorare quelle funzioni dell'affettività specifiche nel quadro specifico. La stessa funzione, tipo la mancanza di autostima, avrà conseguenze diverse nella vita di una persona o di un'altra, magari per una a livello lavorativo, per l'altra a livello sociale o familiare. Una volta individuate le persone che si prestano per questo lavoro, sarà mio compito individuare quali aspetti della loro vita sono intaccati dai loro deficit in ambito affettivo e sociale. Per esempio se la persona a causa della sua depressione si chiude in camera emarginandosi socialmente, se si lascia andare fisicamente trascurando l'igiene o la nutrizione oppure se vive male la sua situazione, manifestando aggressività col personale di cura o perdendo la sua autonomia.

La mia intenzione non è di lavorare direttamente sui problemi, per esempio il fatto che una persona si isola in camera e non scende in mensa a pranzo; in questo caso lavoro per mezzo delle piante sulle funzioni affettive e sociali necessarie affinché una persona trovi la voglia e la motivazione di uscire dalla propria camera e andare in mensa a pranzo, ovvero su funzioni quali la stima di sé, il piacere, l'umore, il ruolo, il valore, le interazioni, ... Migliorando queste funzioni sarà più facile per la persona cambiare il proprio comportamento ed ingaggiarsi in quelle attività che prima gli venivano precluse dal suo stato.

3.5 L'attività della pittura su seta con il gruppo B)

Ho scelto la pittura su seta quale attività per il gruppo di controllo su indicazione di un'ergoterapista che da anni lavora in una clinica psichiatrica della Svizzera Interna. La sua esperienza lavorativa mi permette di dire che la pittura su seta ha delle componenti che la rendono particolarmente adatta al lavoro con persone depresse. Al pari dell'attività con le piante, la pittura su seta permette di lavorare molto bene sulle funzioni affettive e sociali.

La pittura su seta fa parte di un discorso più ampio, ovvero quello dell'arteterapia¹⁷, disciplina che utilizza quanto scaturisce da attività artistiche come un riflesso dello sviluppo di un individuo, delle sue abilità, personalità, interessi e conflitti. L'arteterapia si basa su teorie dello sviluppo e della psicologia ed ha il fine di riconciliare conflitti emozionali, incrementare l'autopercezione, sviluppare capacità sociali, gestire il comportamento, risolvere problemi e non da ultimo ridurre l'ansia e aiutare l'orientamento verso la realtà e aumentando l'autostima. Negli Stati Uniti la professione di arteterapista è ben riconosciuta ed in continua espansione. A livello svizzero l'arteterapia è impiegata presso la clinica di riabilitazione della SUVA a Bellikon.

Avrei voluto portare un'attività validata in modo scientifico per il gruppo di controllo, al fine di rispettare rigorosamente la metodologia scientifica, tuttavia non sono riuscito a trovarla, per cui ho dovuto accettare un compromesso per potere andare avanti con il lavoro.

La pittura su seta si adatta a questa sintomatologia per la semplicità dell'attività, per la sua adattabilità, il ritmo non pressante, l'impiego di colori, l'agire su un materiale bianco, vuoto come l'animo del paziente, per trasformarlo in un insieme di zone colorate in varie tonalità ... Inoltre vi è il fatto di lavorare con la seta, un materiale nobile, valorizzante, adulto. A livello di tecnica, il tatto che il colore sembri prendere vita e muoversi in modo autonomo verso i limiti prestabiliti, è uno stimolo, un aiuto per la persona che ha difficoltà a mobilitarsi; ogni piccolo gesto del paziente viene amplificato in maniera gratificante dal materiale. È un'attività interessante anche per il fattore risultato che è sempre presente e quindi il paziente al termine dell'attività ha un oggetto permanente e concreto da poter eventualmente mostrare agli altri (gratificazione). Non da ultimo vi è il fatto che l'attività richiede sì attenzione ma non in modo tale da non lasciare spazio alla mente, che in effetti può rilassarsi, vagare ed elaborare. Vi è anche lo spazio per scambiare opinioni e discutere, una volta aperti i canali giusti, su temi più profondi.

3.5.1 Descrizione dell'attività

• Attività di introduzione: pittura di un fazzoletto in seta

Questa prima attività funge da aggancio, e vuole risvegliare l'interesse a breve termine come l'attività con il crescione. L'intenzione è di ottenere l'effetto "meraviglia" nel vedere come il colore si diffonde senza oltrepassare i bordi, alla pari dello stupore nel vedere germogliare il crescione il giorno dopo averlo seminato. Inoltre le piccole dimensioni del fazzoletto rassicurano sulla mole di lavoro che li aspetta. In ogni caso verbalizzo che si tratta di una presa di conoscenza della tecnica e che è possibile sbagliare.

• Attività di approfondimento 1: pittura di un foulard in seta

Una volta familiarizzato con la tecnica, propongo di passare ad un foulard di dimensioni più grandi. Assieme alla persona decidiamo il soggetto, i colori da usare, la sequenza da seguire e così via. L'investimento in questa attività è più grande che nel fazzoletto. Infatti, già solo le dimensioni dell'oggetto gli danno un valore diverso, come pure il soggetto

¹⁷ American Art Therapy Association, Inc. « About Art Therapy. »
<http://www.arttherapy.org/aboutarttherapy/faqa.htm>. Consultato il 24.06.2004.

scelto e l'investimento di tempo e lavoro necessari per finire l'opera. Questo è analogo all'attività di approfondimento con le piante, dove la scelta della pianta ed i tempi più lunghi danno un'altra dimensione all'attività.

• **Attività di approfondimento 2: pittura di una cravatta in seta**

Questa attività è di una durata piuttosto breve, visto le dimensioni dell'oggetto in questione. Tuttavia i ritmi in geriatria non sono particolarmente veloci, per cui anche un'attività che può sembrare breve, in verità può protrarsi per diverso tempo. Una volta che la persona ha scelto di pitturare la cravatta, scegliamo insieme il motivo e questo mi permette di entrare in contatto con la persona in modo più approfondito. A seconda della persona a cui la cravatta è destinata, il motivo da dipingere sarà probabilmente diverso, si comincia a parlare del figlio, del marito, del nipote, si entra insomma in una sfera più personale, più privata. L'oggetto in questione si adatta molto bene ad essere regalato, per cui è facile risvegliare la voglia di regalarlo a qualcuno, attivando così la relazione, la gratificazione, la stima di sé, il piacere. Questo e altri aspetti di quest'attività mi permettono di lavorare, come ho spiegato nell'ipotesi, delle funzioni affettive e sociali in modo mirato.

• **Attività di approfondimento 3: pittura di un astuccio da bagno in seta**

Quello che ho detto per le attività di approfondimento 1 e 2 vale naturalmente anche per questa attività. Penso tuttavia che questa attività si differenzi per il fatto che la persona potrebbe immedesimarsi di più nell'oggetto e volerselo tenere, il che sarebbe una buona cosa; investire non solo sugli altri ma anche su se stessi. Nell'astuccio da bagno si mettono i propri oggetti personali, le creme, i profumi, ecc... per cui l'oggetto può diventare molto significativo e accogliere un grande investimento personale. Spesso bisogna insegnare all'anziano a volersi di nuovo bene. Non è naturalmente escluso che l'oggetto venga regalato ad una persona cara.

3.5.2 Setting

• **Frequenza:** la frequenza delle terapie rispecchia quella dell'attività con le piante. In questo caso non vi è la necessità di monitorare i cambiamenti delle piante, comunque penso che una frequenza ravvicinata delle sedute abbia un influsso positivo con una sintomatologia depressiva, dove le ore sembrano giorni.

• **Durata:** anche per la durata valgono i concetti che ho spiegato nel titolo dedicato all'attività con le piante. Infatti le terapie saranno di breve durata, sia per un fattore di affaticabilità delle persone anziane, sia per un fatto del numero di sedute da svolgere ogni giorno, rispettando i ritmi della Casa anziani e dell'ospite. Al contrario dell'attività con le piante, che è limitata nella durata anche dal tipo di attività stesso (non posso bagnare le piante per un'ora per esempio), con l'attività della pittura su seta la persona avrà tendenza a volere continuare oltre il tempo della terapia, presa dall'entusiasmo. La limitazione della durata della seduta ha il potere di mantenere vivo l'interesse, la voglia di continuare la prossima volta.

• **Spazio:** anche lo spazio che intendo usare è lo stesso che per l'attività con le piante, ovvero il locale dell'ergoterapia.

• **Presa a carico:** anche la presa a carico è la stessa di quella per l'attività con le piante, ovvero una presa a carico individuale.

Riassumendo, il setting per l'attività di pittura su seta è pressoché identico al setting per l'attività con le piante. Questo rigore è necessario per ridurre il numero delle variabili tra i due gruppi, cercando di differire tra i due gruppi soltanto con l'attività proposta, il lavoro con le piante o la pittura su seta.

3.5.3 Scopi e obiettivi ergoterapici

Quanto detto nel sottotitolo 3.4.3. vale anche per quanto riguarda l'attività della pittura su seta. Infatti ho scelto l'attività della pittura su seta per la sua validità nel lavoro con le persone depresse. L'attività della pittura su seta mi permette di lavorare le funzioni affettive e sociali in modo analogo all'attività con le piante, e sarà nello stesso modo che cercherò di migliorare quelle funzioni affettive e sociali che permetteranno alla persona di migliorare certe problematiche della propria vita.

3.6 Confronto dei risultati tra i due gruppi e discussione

Dopo tutto quello che ho voluto dire sugli obiettivi ergoterapici del mio intervento, ritorno su un punto centrale di questo lavoro di diploma, ovvero la verifica scientifica dell'ipotesi mediante lo strumento di verifica, in questo caso la "GDS". Ottenuti i risultati iniziali e quelli finali della "GDS", ho intenzione di presentarli sotto forma di grafico per ogni singola persona di entrambe i gruppi, ed in forma riassuntiva di percentuale per ogni gruppo, esplicando se ci sono stati miglioramenti o meno nei due gruppi. A questo punto voglio tentare di fare delle supposizioni, dare delle spiegazioni su quali variabili possono aver influito sui risultati, rifacendomi a quanto avevo enunciato nel titolo 3.3. Questo mi permetterà nelle conclusioni di fare il punto alla situazione, di dire se l'ipotesi è stata verificata o meno e dare un resoconto sull'andamento del lavoro in generale, rifacendomi su dei dati che non sono frutto del caso, ma che sono stati discussi e analizzati in precedenza.

4 Contesto, messa in pratica, verifica dell'ipotesi

4.1 Contesto

Il lavoro di diploma si svolge all'interno dello stage in geriatria presso la Casa anziani "Stella Maris" a Bedano. Questa è un'istituzione medicalizzata e ospita una settantina di persone, per la maggior parte donne. Oltre al personale di cura specializzato, sono presenti un fisioterapista ed un'animatrice. Per il momento non sono presenti ergoterapisti. Questa istituzione pone una grande importanza sulla presa a carico della persona nella sua globalità e si presta per questo in modo particolare ad un lavoro di diploma in ergoterapia. In questo senso già dalla prima visita, quando ho presentato al responsabile di stage il tema del mio lavoro di diploma, sono stato appoggiato in pieno. Anche in seguito ho avuto una grande libertà nell'impostare il periodo di stage anche in funzione del lavoro di diploma.

4.2 Scelta del campione

Voglio qui spiegare come ho reperito le persone per creare il campione.

4.2.1 Reperimento di persone idonee

Per la scelta del campione come ho detto prima, l'intenzione era di somministrare la "GDS" a tappeto per avere un numero di persone piuttosto ampio tra cui scegliere il campione. In realtà le cose sono state più complesse. Per alcune settimane diversi ospiti sono rimasti "bloccati" dal lavoro di diploma dei miei compagni che hanno svolto lo stage precedentemente. Inoltre ho dovuto cercare le persone anche tenendo conto delle esigenze della mia compagna di stage, anche lei in cerca di persone con cui lavorare sul suo lavoro di diploma. In pratica i tempi stretti ed i vincoli istituzionali, mi hanno obbligato ad accelerare i tempi e ad adottare un metodo di selezione più diretto. Il mio responsabile di stage, nonché responsabile del settore cure, mi ha dato una lista di nominativi in base alle seguenti indicazioni:

- che la persona possa capire e rispondere alle domande dello strumento di verifica.
- che la persona presenti dei sintomi di depressione, quali tristezza, demotivazione, ...
- che la persona abbia una propensione per una delle due attività che voglio proporre.

A questo punto sono andato ad incontrare le persone indicatemi, per fare prima di tutto conoscenza e non da ultimo per vagliare un eventuale interesse reale a lavorare con me. Ho presentato brevemente il mio progetto e ho illustrato cosa avevo intenzione di fare con loro. Per facilitare l'aggancio della persona ho tenuto conto dei loro interessi per tentare un approccio più mirato. Nonostante ciò diverse persone, che di per se avevano un interesse per l'attività, hanno declinato la proposta anche dopo vari tentativi di convincimento. Da parte mia era importante rispettare la decisione della persona e non arrivare al punto di obbligarla. Certi soggetti presentavano dei disturbi, per esempio della vista, che avrebbero compromesso l'attività. Tutto questo è stato molto frustrante, anche per il fatto che gli ospiti ideali erano in numero limitato.

A questo punto ho cercato informazioni da altre fonti, quali le cartelle, osservazioni mie, informazioni dei capi reparto, dal fisioterapista e dall'animatrice, per vedere di trovare nuovi candidati e sottoponendo poi la mia scelta al responsabile di stage, nonché capo delle cure. Malgrado i miei sforzi a reperire delle persone che rispettassero i criteri di inclusione che mi ero prefisso non sono riuscito a trovare abbastanza persone, per cui ho dovuto prendere in considerazione il fatto di comprendere nel campione persone che presentavano dei problemi cognitivi.

4.2.2 Somministrazione della "GDS"

La somministrazione della "GDS" ha richiesto diverso tempo e pazienza, essendo le domande in parte spunto di discussione. A certe domande ho subito ottenuto una chiara risposta, ad altre ho dovuta ripeterla o specificare che si riferivano al momento presente. Ho dovuto trovare un momento dove la persona fosse tranquilla, non impegnata in altre cose, e che fosse disposta a collaborare. Già da subito ho notato che non è evidente somministrare una serie di domande simili, essendo fatti molto intimi e particolari. Inoltre il fatto di dovere rispondere con un SI o con un NO, spesso mette la persona in imbarazzo. Devo dire tuttavia che effettivamente la "GDS" pone delle domande chiave e che malgrado su alcune di queste la persona sia titubante, su altre risponde con una risposta immediata e sicura. Con le persone che presentavano problemi cognitivi, la somministrazione della "GDS" è stata resa molto difficile o addirittura impossibile.

4.3 Formazione del gruppo A) e del gruppo B)

Il contesto ed i limiti di tempo dettati dalla frequenza delle terapie che ho previsto, e dei ritmi della giornata delle persone anziane, mi hanno imposto di scendere a tre con il numero di persone in ogni gruppo, rispetto alle 8 ideali. Il fattore che maggiormente ha influito sulla formazione dei due gruppi è stato l'interesse per l'attività da parte della persona. Per questa ragione gli altri criteri che avevo enunciato nel titolo 3.3. sono presenti in modo diciamo casuale nei due gruppi. Anche se non avessi seguito l'interesse delle persone per formare i due gruppi, ovvero cercando di formare i gruppi a tavolino, mi sarei trovato con altri criteri fuori posto. Avrei avuto bisogno di un numero di persone molto ampio da cui poter attingere in modo più mirato. Tuttavia vi sono alcuni criteri che sono rimasti costanti e altri per cui vi è un'omogeneità tra i due gruppi, come si può vedere nella tabella che segue. Nonostante questi problemi nel creare due gruppi omogenei, è molto importante tenere conto dei vari criteri e tentare di darne una lettura critica in seguito in termine di variabili. Come ho anticipato ho accettato di lavorare con persone con problemi cognitivi. In pratica delle 6 persone con le quali ho lavorato, due hanno problemi cognitivi rilevanti. Queste persone sono state ripartite una per gruppo.

Per motivi di protezione della sfera privata ho ommesso i nomi delle persone facenti parte del lavoro, nominando le tre persone del gruppo A) rispettivamente A1, A2 e A3 e le tre del gruppo B) rispettivamente B1, B2 e B3.

Nella tabella seguente sono illustrati per ogni persona i vari criteri. Inoltre con i colori metto in evidenza l'omogeneità dei criteri tra i due gruppi A) e B). Dati riferiti all'inizio di aprile 2004, ovvero all'inizio della presa a carico in ergoterapia.

	Gruppo A			Gruppo B		
	A1	A2	A3	B1	B2	B3
• stato cognitivo	integro	integro	non integro	integro	integro	non integro
• entrata in Casa anziani	8 mesi	12 anni	4 mesi	2 mesi	2 mesi	5 anni
• risultato "GDS" iniziale	9	8	4	3	7	assente
• stato generale iniziale	depressa	depressa	confusa	euforica	depressa	depressa
• Sesso	donna	donna	donna	donna	donna	donna
• Età	89	92	86	74	62	91
• altre patologie	artrosi	emiparesi	demenza	sindr. psi-fis	sindr. front	demenza
• contesto sociale	figli	figli	figli	nipote	figlia	sola
• terapie di supporto	fisioterapia	no	no	fisioterapia	fisioterapia	no
• terapia farmacologica	si	no	si	si	si	si
• antecedenti depressivi	no	no	no	si	si	no
• interesse per l'attività	si	si	si	si	si	si

Criterio costante
 Criterio omogeneo
 Criterio eterogeneo

Riassumendo penso che sia interessante in un secondo tempo, quando avrò i risultati finali della verifica, tentare di leggere i dati ottenuti attraverso i criteri enunciati. Infatti malgrado il rigore scientifico nella creazione dei due gruppi non sia stato mantenuto, prendendo coscienza dei criteri, di come sia stato possibile rispettarli o meno, mi darà lo spunto per aprire una discussione in merito ai risultati ottenuti.

4.4 Attività con le piante con il gruppo A)

4.4.1 Descrizione dell'attività

Qui voglio presentare brevemente come si è svolta in grosse linee l'attività con le piante, senza approfondire caso per caso; piuttosto ci tengo a sottolineare gli aspetti che sono rimasti in comune alle terapie in modo di avere una sorta di visione globale e rimanere concentrati sul discorso scientifico.

• **Attività introduttiva: coltivazione del crescione**

Questa attività mi ha permesso di entrare in relazione con le persone, di incuriosirle e di risvegliare l'interesse in poco tempo. La semplicità ed i tempi brevi mi hanno permesso di attivare la persona. Infatti i gesti da svolgere non sono pesanti, non ci si sporca di terra, e si può rimanere seduti, e questo mi ha permesso di vincere le prime resistenze. Mi sono reso conto ben presto che oltre alla depressione che limita l'agire delle persone alla base, ovvero nell'attivazione, vi sono anche i mali fisici, dolori alle spalle, tremori, ecc... che rendono ancora più difficile l'attivarsi.

La scelta di questa attività introduttiva si è rivelata vincente, infatti vi è stato un sincero interesse e stupore per i semi che il giorno dopo stavano già spuntando, sono nati degli agganci col passato, ricordi del crescione che andavano a cogliere al ruscello, come pure degli agganci con il presente ed il futuro. Il crescione è stato apprezzato nelle insalate e vi sono state delle risemine per accontentare parenti che ne richiedevano. In un caso, non sono riuscito nemmeno a seminare il crescione, per il fatto che i problemi cognitivi, malgrado l'interesse forte per le piante, precludevano l'attività. Riassumendo,

l'attività con il crescere mi ha permesso di entrare in relazione con la persona, di risvegliare l'interesse, di iniziare l'attivazione e di proiettare la persona almeno nel domani.

● **Attività di approfondimento 1: semina e coltivazione di piantine di fiori annuali**

Le attività di approfondimento avevano l'intento di creare una proiezione nel futuro maggiore, di creare un legame più forte con le piante, di attivare maggiormente la persona a più livelli. Essendo i tempi per queste attività più lunghi, ho avuto a disposizione del tempo per approfondire la relazione con la persona, di scoprire come funziona, di cosa ha bisogno, dove sono i suoi limiti. L'investimento era pure un punto centrale, l'investimento nelle piante che poi poteva venire allargato all'investimento in Casa anziani e alla vita in generale. Nel caso di questa attività di approfondimento il fatto di fare scegliere alla persona quali semi vuole seminare, ha messo in evidenza il fatto di potere scegliere, di avere delle preferenze, di non essere un semplice spettatore della propria vita ma di assumere un ruolo attivo, per piccolo che sia. Le piante erano destinate al balcone per cui vi è stato un investimento particolare ed un proiettarsi nel futuro. Le persone hanno potuto riappropriarsi di gesti a lungo messi da parte, di portare la loro conoscenza in merito. Ho potuto qui mobilitare maggiormente la persona, visto che le capacità richieste per svolgere queste attività erano maggiori.

● **Attività di approfondimento 2: coltivazione di gerani e di bulbi di giglio**

L'attività della piantagione dei gerani ha avuto molto successo; infatti come avevo detto vi è una tradizione forte legata a questo fiore, che viene esposto in terrazza affinché tutti lo possano ammirare, inoltre le piantine quando si comprano sono già in fiore, forti e rigogliose, il che ha un effetto positivo immediato, concreto, al contrario delle altre piantagioni che richiedono dei tempi d'attesa. L'attività con i bulbi aveva l'intento di rappresentare simbolicamente la rinascita della vita da un bulbo avvizzito. Infatti abbiamo piantato dei bulbi di giglio, fiore molto simbolico, legato alla religione, e significativo per molte persone; su mia proposta hanno subito accettato di piantare questi fiori. È stato interessante osservare con quale cura hanno pulito, raccorciato le radici, piantato nel senso giusto i bulbi, come se si trattasse degli ultimi bulbi al mondo. Mi sono state raccontate diverse storie inerenti ai gigli dalle persone con cui ho lavorato, i mazzi per la chiesa, la mamma che ne amava il profumo, ...

● **Attività di approfondimento 3: coltivazione di ghiande di quercia, castagne e noci**

Questa attività non è stata svolta, per il fatto che ho trovato parte degli elementi che volevo portare già nelle altre attività. Praticamente la simbologia, la ciclicità della vita le ho ritrovate nelle altre attività proposte, e mi sembrava di spingere un po' troppo portando questa. Alla fine ho preferito attività più legate alla quotidianità, alla normalità, che tuttavia mi hanno permesso di toccare i temi che volevo. In un secondo tempo, quando la relazione si fosse rafforzata ulteriormente, avrei potuto proporre questa attività, adattata in modo da non farla sembrare insensata (per cosa piantare una castagna che il bosco ne è già pieno ...).

4.4.2 Setting

● **Frequenza:** la frequenza a livello di programma settimanale non è stata possibile giornalmente, per cui si è limitata a 3 sedute di terapia alla settimana; infatti per motivi di tempo, di ritmi degli ospiti, degli altri impegni (tombola, fisioterapia, gruppi di animazione, ...) e organizzativi non hanno reso possibile una frequenza maggiore. Nonostante ciò non sempre è stato facile o possibile mantenere questa frequenza. Infatti spesso vi sono stati avvenimenti come uscite, parrucchiere, giorni di vacanza miei. Malgrado questo ho cercato di essere flessibile e ho svolto delle terapie fuori dall'orario stabilito sul piano di lavoro, in modo da garantire il maggior numero di sedute possibile. Diversi ospiti con i quali ho lavorato si sono subito abituati alla frequenza ravvicinata delle terapie e se queste per un motivo o per l'altro cadevano gli dovevo spiegare come mai.

- **Durata:** la durata delle terapie è stata di mezz'ora come previsto. Questa scelta si è rivelata buona. Infatti spesso le attività erano più di cura delle piantine e in termini di tempo non prendevano così tanto, e questo ha dato lo spazio necessario all'approfondimento della relazione e della discussione.

- **Spazio:** al contrario di come avevo pensato all'inizio ho scelto di svolgere le attività nella camera degli ospiti. Principalmente sono giunto a questa decisione constatando che a volte è molto difficile convincere l'ospite a svolgere un'attività semplicemente perché non vuole venire nel locale di ergoterapia, troppo lontano per esempio. Questo mi avrebbe causato la perdita di tempo prezioso e di sedute di terapia mancate. Andando io dalla persona nel suo ambiente, risolvo la questione dello spostamento, la persona è in un ambiente conosciuto, e vi sono meno possibilità di sviare l'attività. Inoltre penso che questa soluzione sia pure adatta per il fatto che offrendo un setting così particolare come lo può essere la propria camera, la loro abitazione, vi siano i presupposti per lo sviluppo di una relazione più intima, come pure l'immedesimazione nell'attività sarà più grande. L'oggetto è rimasto nella camera tra una seduta di terapia e l'altra, e questo favorisce il riaggancio per la seduta successiva e funge da oggetto transizionale in mancanza della relazione o dell'attività. Inoltre ogni camera dispone di una terrazza sulla quale poi le piante hanno preso posto, per cui il lavoro in camera / terrazza ha avuto più senso. Anche la relazione ha goduto dei vantaggi del lavorare in camera, nel loro ambiente, piuttosto che in un ambiente estraneo. Da non dimenticare che in certi casi vi era anche un fattore di adattamento alla vita in casa per anziani, ai nuovi spazi, tra cui la propria camera.

- **Presenza a carico:** è stata come previsto individuale. Questo mi ha permesso di instaurare una relazione salda, di fiducia reciproca, che in una presa a carico in gruppo avrebbe avuto una modalità e tempi diversi. La persona si è sentita valorizzata dal fatto che io fossi presente in quel momento solo per lei, e questo mi ha permesso di vincere una certa malfidenza.

4.4.3 Scopi e obiettivi ergoterapici

Come menzionato nel sottotitolo 3.4.3. l'intenzione del mio lavoro non si riduce alla verifica dell'ipotesi per mezzo della verifica finale. Infatti il lavoro ha uno stampo prettamente ergoterapico che mette in evidenza l'autonomia della persona ed il miglioramento della qualità di vita a più livelli. In pratica nel gruppo A) ho trovato delle persone con delle problematiche a livello di attività della vita quotidiana in buona parte ricollegabili ai loro deficit sul piano affettivo e sociale.

- Ad esempio una persona (A1) a causa della sua depressione e dei dolori alle ginocchia (artrosi) era molto passiva, delegava moltissimo e si isolava in camera con il suo umore piuttosto basso. Attraverso l'attività con le piante ho potuto lavorare su delle funzioni affettive quali il piacere, la stima di sé, la gratificazione, l'autonomia, la relazione, l'umore e su delle funzioni sociali quali la comunicazione, il valore, il ruolo con l'obiettivo di attivarla, farle prendere un po' di confidenza con sé stessa, cambiare atteggiamento nei confronti della Casa anziani ed essere un po' più serena. Questo lavoro specifico sulle funzioni affettive e sociali con le piante non è stato fatto fine a sé stesso e basta, anche se nel caso della persona anziana, anche passare un bel momento è già molto; infatti vi sono stati dei risvolti sulla quotidianità della persona in questione; lei stessa richiedeva di spostarsi con le stampelle piuttosto che con la carrozzina, ha cominciato a scendere in mensa a pranzo, vuole le tapparelle alzate, ha partecipato ad una gita malgrado gli acciacchi fisici, relaziona meglio con il personale di cura. Questo è un esempio di riuscita, di raggiungimento degli obiettivi e degli scopi prefissati, in un'ottica ergoterapica.

- Con un'altra persona (A2) ho lavorato la problematica dell'isolamento, della comunicazione dei propri bisogni, dell'elaborazione del proprio vissuto e dell'aggressività

in generale, ottenendo dei risultati diversi, non meno interessanti e significativi. Infatti questa persona è uscita in terrazza diverse volte con il mio aiuto per accudire le piante, cosa che era moltissimo tempo che non si concedeva più. In terrazza era visibilmente rilassata ed ha verbalizzato il fatto di come si sta bene di fuori. Questa persona un poco burbera e a dir suo rassegnata, è riuscita a dirmi: "... sono stufa di essere così sola ...", aprendo il dialogo sul suo malessere.

- Con la terza persona (A3) è stato molto difficile lavorare, visto il suo stato confusionale. Spesso si sentiva poco bene e diceva che lavorerà con me quando si sentirà meglio, magari domani. Ho seminato le piantine in sua presenza, sperando di risvegliare l'interesse, ma questo è stato minimo. Vi sono stati tuttavia dei momenti in cui sono riuscito ad agganciarla, per esempio con i gerani, che sono stati la parola magica con lei; abbiamo piantato una cassetta di gerani, mi ha dato dei validi consigli su come procedere, tuttavia la cosa si è fermata qui, quando la sollecitavo a bagnare i gerani con me diceva che l'aveva già fatto (i gerani erano secchi) e che non bisogna obbligare la gente a fare cose che non vuole fare.

4.5 Attività della pittura su seta con il gruppo B)

4.5.1 Descrizione dell'attività

Anche qui come per l'attività con le piante voglio dare uno scorcio generale su come sono riuscito a mettere in pratica le idee iniziali per quello che riguarda la pittura su seta.

- **Attività introduttiva: pittura di un fazzoletto in seta**

L'intento con questa attività era di avere l'aggancio con la persona, di risvegliare l'interesse ed avere un effetto di meraviglia nel prendere conoscenza con la tecnica della pittura su seta, il tutto in una cornice rassicurante. Le persone con cui ho svolto la pittura su seta avevano un'inclinazione, un interesse per questa attività, per i tessuti, il vestiario, la moda, i colori o per la pittura in generale. Il primo contatto con il materiale è stato rassicurante seppure l'attività fosse nuova a tutti.

È stato veramente interessante vedere lo stupore sulle facce delle persone quando hanno visto il colore diffondersi come per magia nel tessuto e fermarsi come per incanto nei limiti delineati. La persona ha potuto scegliere non solo il motivo da dipingere, bensì anche i colori da impiegare, da dove cominciare, riprendendo un poco di autonomia nelle decisioni. Tutto questo mi ha aiutato ad entrare in relazione con le persone. L'attività si è protratta più o meno nel tempo, essendo i ritmi di lavoro diversi da una persona all'altra. Comunque tutte e tre le persone del gruppo B) hanno svolto questa prima attività. Il risultato finale ha avuto diverse destinazioni, due fazzoletti sono rimasti in camera con una funzione decorativa mentre il terzo è stato regalato.

- **Attività di approfondimento 1: pittura di un foulard in seta**

Una volta presa confidenza con la tecnica ho proposto delle attività un po' più elaborate. Una persona ha accolto con molto entusiasmo questa attività, ha scelto un pavone quale motivo da disegnare e ha investito moltissimo in questo oggetto, avendo l'intenzione di regalarlo alla figlia. Questa persona è stata l'unica del gruppo a svolgere questa attività. Questa attività mi ha permesso di lavorare su funzioni affettive e sociali, come l'attività con le piante, ma in modo diverso. Sono state sollecitate funzioni affettive quali il piacere, la stima di sé, la gratificazione e l'autonomia, così come funzioni sociali quali la comunicazione, il valore, il ruolo. Bisogna dire che il bello della pittura su seta non è necessariamente il risultato finale, anche se certamente gioca un ruolo essenziale, infatti il fatto stesso di dipingere è molto appagante, per cui si può avere molta soddisfazione sia con un oggetto che con un altro.

- **Attività di approfondimento 2: pittura di una cravatta in seta**

Nessuno del gruppo B) ha svolto questa attività. Infatti due persone hanno avuto dei tempi così lunghi e delle variazioni nell'umore e nello stato in generale, dovute probabilmente alla casistica diversa, che non sono andate oltre il primo oggetto. La terza ha investito talmente tanto nel foulard che non abbiamo più avuto lo spazio per la cravatta.

- **Attività di approfondimento 3: pittura di un astuccio da bagno in seta**

Per questa attività vale quanto detto in merito all'attività di approfondimento 2).

4.5.2 Setting

- **Frequenza:** per quello che riguarda la frequenza, vale quanto detto nel sottotitolo 4.4.2. Una frequenza ravvicinata era giustificata per la pittura su seta per mantenere viva la relazione e l'interesse.

- **Durata:** ho constatato che in certi casi la persona avrebbe continuato a dipingere, presa dall'entusiasmo. In altri casi invece la durata era proprio giusta per non affaticare troppo la persona. Per il resto vale quanto detto nel sottotitolo 4.4.2.

- **Spazio:** come per l'attività con le piante dapprima avevo intenzione di svolgerla nel locale dell'ergoterapia. In seguito, per i motivi che ho enunciato nel sottotitolo 3.5.2. ho scelto di lavorare in camera dell'ospite per mantenere costante il setting tra i due gruppi. Una persona non ha voluto lavorare in camera, probabilmente non la riconosce ancora come il proprio spazio. Le altre hanno lavorato in camera senza porre problemi, e hanno usato l'oggetto creato per abbellire la propria camera.

- **Presa a carico:** per quanto riguarda la presa a carico vale quanto spiegato nel sottotitolo 4.4.2.

4.5.3 Scopi e obiettivi ergoterapici

Anche qui vale quello che ho scritto nel sottotitolo 4.4.3. Con la pittura su seta ho lavorato al pari dell'attività con le piante su funzioni affettive e sociali, in modo da cercare di risolvere dei problemi a livello di attività della vita quotidiana, di qualità di vita, di elaborazione di vissuti.

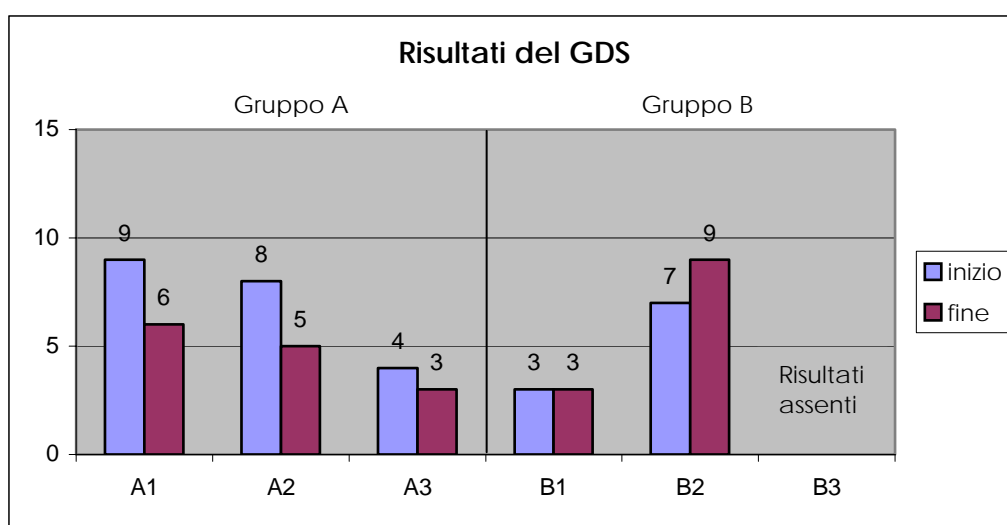
- Ad esempio una persona (B2) a causa della depressione e ad una situazione particolare (era entrata da poco in casa per anziani e voleva tornare a casa sua), era molto passiva, letargica (dormiva molto). Non è stato facile agganciarla, infatti spesso dormiva, oppure era al tavolo con degli ospiti e seppure non interagivano tra loro, trovava una scusa per non cominciare con l'attività. Nel suo caso i suoi problemi non potevano essere risolti solo da un miglioramento delle funzioni affettive. Ho lavorato sul fatto che elaborasse l'entrata in casa anziani, la nuova dinamica familiare con la figlia ed il marito, trovare dei ritmi in casa per anziani, trovare nuovi stimoli. In parte gli obiettivi sono stati raggiunti, la persona in questione si è attivata, in modo evidente (è lei che mi cercava per continuare il lavoro), ha cominciato a frequentare l'animazione, si è incuriosita su nuove attività che ha visto e che ora desidera fare, ha diminuito la durata della siesta pomeridiana.

- Con un'altra persona (B1) la situazione era simile alla precedente. Tuttavia la persona in questione non era ancora cosciente che sarebbe rimasta in casa anziani per sempre, e aveva un fortissimo desiderio di tornare a casa sua. Con lei ho voluto lavorare sulla presa di coscienza della sua situazione, del suo stato e l'elaborazione di questi fatti. Non è stato facile lavorare su questi problemi solo attraverso le funzioni affettive e sociali, infatti i suoi problemi derivano anche da una grave sindrome psicofisica da abuso etilico.

- Con la terza persona del gruppo (B3) volevo lavorare sull'elaborazione del suo vissuto, che continua a verbalizzare in modo ossessivo, dimostrando pochissima tolleranza nei confronti degli altri ospiti e limitando così i suoi legami sociali, che ricerca poi nel personale di cura. Mi sono presto reso conto che era molto difficile lavorare con lei su questo piano, a causa di problemi di demenza senile di media gravità. Infatti non sono riuscito a somministrarle la "GDS" né all'inizio, né alla fine della presa a carico.

4.6 Confronto dei risultati e discussione

Ho somministrato la "GDS" finale durante l'ultima settimana dello stage. Ho scelto un momento tranquillo, come per la prima somministrazione, comunque prima della seduta di terapia, per non avere un probabile effetto positivo dovuto all'attività appena svolta. Ora espongo i dati inerenti la valutazione iniziale e quella finale per mezzo della "GDS" in un grafico, nel quale figura ogni persona.



4.6.1 Risultati della "GDS"

- **Gruppo A):** si nota che nel gruppo sperimentale vi è stato un miglioramento del punteggio della "GDS" in tutte e tre le persone. In percentuale si può dire che nel gruppo sperimentale il 100% delle persone è migliorato, con un miglioramento medio del 33%.
- **Gruppo B):** nel gruppo di controllo si nota che nessuno è migliorato secondo il punteggio della "GDS". In percentuale, escludendo la persona che non ha svolto la valutazione ("Drop Out") si può dire che nel gruppo di controllo il 50% è peggiorato mentre il 50% è rimasto uguale. Il peggioramento è stato in media del 20%.

4.6.2 Discussione sui risultati

Voglio qui tentare di dare una lettura dei risultati, in una chiave meno rigida, facendo delle proposte sulle possibili relazioni tra i risultati, sia positivi che negativi, e le variabili che ritengo abbiano potuto avere un influsso sui risultati.

- **Stato cognitivo:** uno stato cognitivo alterato ha reso difficile e poco attendibile la valutazione. Oltre a ciò non ho notato un miglioramento in termini degli obiettivi ergoterapici che mi ero prefisso nelle persone con problemi di demenza. È possibile che un'alterazione delle capacità cognitive precluda il successo di una presa a carico in questo senso.
- **Entrata in casa anziani:** nei due casi di miglioramento dei risultati della "GDS", in un caso ci troviamo di fronte ad una persona (A2) che vive in Casa anziani da 12 anni, mentre una

(A1) vi risiede da meno di un anno. A livello di obiettivi ergoterapici la persona che risiede in Casa anziani da relativamente poco tempo ha ottenuto i risultati migliori. È possibile che parallelamente alla presa a carico in ergoterapia, la persona si stia abituando alla vita in Casa anziani.

- **Età:** le due persone che hanno ottenuto un risultato della "GDS" migliore hanno un'età piuttosto elevata, mentre le due persone che non sono migliorate hanno un'età relativamente più giovane. È possibile che con un'età più giovane siano in atto dei processi legati al divenire anziano, al cambiamento, processi che più in là sono già elaborati o risultano più facili da elaborare.

- **Altre patologie:** le due persone che hanno ottenuto il risultato migliore della "GDS", soffrono di patologie associate puramente fisiche, mentre le due persone che non hanno ottenuto miglioramenti in questo senso soffrono di patologie associate non puramente fisiche, con una componente di degrado psichico. È possibile che patologie psicofisiche associate alla depressione la rendano più tenace, più refrattaria al trattamento.

- **Contesto sociale:** le persone che hanno ottenuto i risultati peggiori nella "GDS" sono in contatto con i parenti e sono visitate regolarmente. Tuttavia questo contatto non è probabilmente qualitativo o vissuto in modo così appagante, quanto lo è quello delle persone che hanno ottenuto un buon punteggio. Oppure la patologia specifica è poco influenzabile da questo fattore. È probabile che in certi casi un sostegno qualitativo da parte delle persone care abbia un risvolto positivo sulle componenti depressive. Questo è comunque da provare.

- **Terapie di supporto:** malgrado il fatto che sia le persone che sono migliorate che quelle che non lo sono frequentino la fisioterapia, penso che sia plausibile pensare che un lavoro interdisciplinare possa portare a dei buoni risultati. Infatti la persona che ha ottenuto il miglioramento maggiore nella "GDS" è seguita con particolare attenzione dal fisioterapista, e la collaborazione con l'ergoterapia è stata particolarmente curata.

- **Terapia farmacologica:** i risultati migliori sono stati raggiunti con le persone che assumono una terapia antidepressiva minima o assente. Questo può essere in relazione alla gravità delle manifestazioni depressive, ma non necessariamente. È possibile che la terapia farmacologica antidepressiva alteri anche quella che può essere una risposta positiva a certi stimoli. Lo stato di benessere è artificiale, per cui è possibile che una persona senza o con poca terapia farmacologica sia più ricettiva ai benefici che può portare una terapia di questo tipo.

- **Antecedenti depressivi:** le persone che hanno antecedenti depressivi sono quelle che a livello di miglioramenti hanno ottenuto i risultati peggiori. È possibile che un passato di depressione, con un tipo di depressione più grave, renda più difficili dei cambiamenti rilevanti. Al contrario persone che hanno dei sintomi depressivi di tipo reattivo, senza però avere episodi di depressione grave nel loro passato, sono possibilmente più inclini a superare o almeno a migliorare lo stato depressivo per queste vie.

- **Interesse per l'attività:** questo criterio dovrebbe essere già implicito nella presa a carico ergoterapica. Tuttavia con la sintomatologia depressiva questo assume un'importanza maggiore, vista la difficoltà della persona a mobilitarsi. Ritengo opportuno credere che l'interesse per l'attività abbia giocato un ruolo fondamentale nei miglioramenti ottenuti.

5 Conclusioni

5.1 Commento sul percorso scientifico

5.1.1 Il percorso scientifico

Ad un livello teorico trovo che metodologicamente il lavoro sia ben strutturato. Malgrado ciò, l'impatto con la realtà ha reso tutto più complesso e difficile da gestire. Infatti un punto centrale per la ricerca scientifica è la formazione di un campione il più omogeneo possibile secondo precisi criteri di inclusione, il che richiede tempi, modalità e un campione di persone che non ho potuto formare. Penso che un lavoro che ha difficoltà già a questo livello avrà difficoltà ad ottenere dei dati che scientificamente siano attendibili. Inoltre ho potuto constatare quanto sia complesso analizzare i dati, determinare e quantificare l' influsso di una variabile quale il contesto sociale sulla persona in modo scientifico. Tuttavia sono stato sempre consapevole, che non solo i risultati dello strumento di verifica erano importanti, bensì il percorso in sé, quello che poteva nascere anche da situazioni particolari.

5.1.2 Validazione dell'ipotesi

In termini di rigore scientifico non posso dire di avere ottenuto dei dati che mi permettano di validare la mia ipotesi. Infatti le persone con le quali ho lavorato non corrispondevano al profilo di persona che mi ero prefisso, e questo ha posto dei problemi a livello di valutazione, quindi alla base dello strumento di verifica che mi assicura la scientificità. Inoltre il confronto tra le due popolazioni mirava a dimostrare che l'attività con le piante fosse altrettanto efficace con le sintomatologie depressive quanto l'attività della pittura su seta (mezzo terapeutico che in teoria doveva essere già validato scientificamente in questo senso). Il fatto che il gruppo che ha svolto la pittura su seta non sia migliorato, mentre quello che ha svolto attività con le piante è migliorato, mi fa pensare che vi siano stati degli elementi rilevanti, delle variabili, che hanno influito nel miglioramento o meno dello stato depressivo, come ho cercato di estrapolare nel sottotitolo 4.6.2. Tuttavia non posso giustificare in modo scientifico queste supposizioni. A questo punto sarebbe interessante riprovare a fare l'esperienza, in modo da essere più efficienti e prevenire l'insorgere di certe problematiche nello svolgimento del lavoro.

5.1.3 Raggiungimento scopi e obiettivi

In questo senso è stato chiaro fin dall'inizio che la mia intenzione era sì di ottenere un miglioramento a livello di valutazione con la "GDS", senza però dimenticare di lavorare sui problemi che la depressione può comportare come conseguenze sulla persona anziana a livello di attività della vita quotidiana, quindi qualità di vita ed autonomia. In questo senso mi ritengo soddisfatto, avendo avuto dei riscontri a livello di processo dell'ergoterapia e a livello di rimandi da parte delle cure. Certamente vi sono stati degli scopi e degli obiettivi non raggiunti o raggiunti in parte, e questo apre la discussione su cosa può aver influenzato l'andamento della terapia.

5.1.4 Validità dello strumento di verifica

Penso che la "GDS", ovvero lo strumento di verifica che ho scelto, malgrado sia valida per il depistaggio della depressione nell'anziano, sia uno strumento di verifica troppo grossolano per monitorare i cambiamenti in una presa a carico ergoterapica di questo tipo. Inoltre la somministrazione della stessa non è così evidente e può incontrare delle resistenze da parte della persona anziana che deve rispondere. I miglioramenti che

l'anziano può compiere sono magari minimi e non venire rilevati dalla "GDS", ma non per questo non sono significativi per la persona. Sarebbe interessante lavorare con uno strumento di verifica che tenga conto di cambiamenti più piccoli, magari su di un piano diverso, meno generale, e più mirato a determinati aspetti della vita.

5.2 Commento generale sul lavoro

Una considerazione che voglio esprimere sul lavoro svolto è la seguente, ovvero che un lavoro con le piante come quello che ho enunciato nell'ipotesi perde la sua efficacia in presenza di deficit cognitivi importanti, dovuti per esempio alla demenza. È possibile che in presenza di queste patologie, certi elementi del lavoro con le piante, quali la simbologia per esempio, perdano di spessore e quindi l'efficacia dell'intervento viene a mancare. Certamente si possono avere dei benefici, come lo "stare bene qui e ora", comunque non nei termini che avevo enunciato negli scopi e obiettivi.

Malgrado sia personalmente convinto della validità di questo approccio, penso che un lavoro interdisciplinare sia fondamentale nella presa a carico, specialmente in caso di depressione visto l'aspetto pervasivo che questa ha sulla persona. Voglio dire che senza un lavoro di rete l'intervento, per valido che sia, non avrà terreno fertile per amplificarsi e toccare più aspetti della vita della persona. Questo pensiero si rivolge a quello che può essere la fisioterapia, l'animazione, le cure infermieristiche, la famiglia della persona.

Collegandomi a questo pensiero penso che un lavoro con le piante o un lavoro simile, dia i suoi frutti migliori in presenza di una depressione reattiva, meno con sintomatologie più gravi o croniche. Penso fermamente che può essere un buonissimo aiuto nel processo di adattamento in casa per anziani, come pure nel processo di elaborazione della propria anzianità e quale mezzo per entrare in relazione.

Non ho la presunzione di pensare che questo approccio con le piante sia il migliore, infatti questo sarebbe limitante nella terapia. Penso comunque che il vantaggio di lavorare con del materiale verde con la persona anziana, sia quello di portare ancora uno sprazzo di vitalità nell'esistenza di persone che la stanno perdendo.

In generale sono soddisfatto del lavoro svolto e sebbene non sia riuscito a dimostrare scientificamente la mia ipotesi, ho ottenuto dei risultati su altri piani e delle belle soddisfazioni a livello personale. Inoltre questo lavoro mi ha permesso di approfondire le mie conoscenze a livello di ricerca scientifica e professionale nell'ambito dell'ergoterapia.