

Notiziario ANIK

42 Marzo 2014

Organo Ufficiale dell'Associazione Nazionale Idrokinesiterapisti

Sede legale: Via dei Panfilii, 104 - 00121 Roma- Ostia Lido
Segreteria: 393 9462314; 393 9361828 - Fax. 06 83963740
Direttivo: 393 9462202; 393 9361828 Fax. 06 5615433
www.anik.it
e-mail: info@anik.it



Corso di Idrokinesiterapia Umbertide 2014

In questo numero presentiamo la seconda parte di un articolo estratto dal Congresso Nazionale di Idrokinesiterapia "Il trattamento in acqua del paziente con patologie neurologiche" Milano ottobre 2005 Casa di Cura Privata del Policlinico. La collega Daniela Dall'Asta di Venezia, nostra vecchia allieva, per la prima volta, ha messo a confronto le due principali metodologie di lavoro in acqua: il metodo Halliwick ed il nostro Metodo ASP (del quale sono autori Cavuoto e Mangiarotti). Dall'articolo originario abbiamo prodotto una sintesi togliendo la rappresentazione grafica dei risultati. Il direttivo ANIK

METODOLOGIE A CONFRONTO NELLA RIABILITAZIONE IN ACQUA DEL SOGGETTO IN ETA' EVOLUTIVA AFFETTO DA PATOLOGIA NEUROMOTORIA

Seconda parte

La psicomotricità in acqua

Prima ancora di cominciare, bisogna precisare che nella pratica riabilitativa, in qualsiasi trattamento, la valutazione della patologia e la stesura di un piano di lavoro

specifico per quella patologia è di fondamentale importanza; questo perché nel corso degli anni ha preso sempre più piede la tendenza a fare dell'idrokinesiterapia una sorta di refugium peccatorum.

Per quanto riguarda, invece, la psicomotricità in acqua, questo concetto viene a essere parzialmente ribaltato. Questo approccio si rivolge, infatti, ad alcune categorie di bambini prescindendo dalla patologia come sintomo, e precisamente:

- a coloro che, fuori da una sperimentazione sensomotoria, vivono il gioco simbolico nella staticità degli stadi creativi nella immobilità del corpo, impedendo il passaggio a strategie di pensiero più mature;
- ai bambini che trovano difficoltà a elaborare un tono coerente e funzionale, perché attraverso un mediatore più denso dell'aria possano rendersi consapevoli del gesto, della sua direzione, forza, velocità, degli effetti che produce sul piano sensibile;
- ai bambini con distorsioni relazionali che, attraverso il recupero di una dimensione acquatica, possono "giocarsi" nella ricostruzione dell'indivi-

duazione di sé;

- ai bambini che hanno difficoltà ad affidarsi all'altro e al piacere del gioco;
- ai bambini instabili, che non riescono ad assimilare le esperienze, per i quali il lavoro in acqua è trovare un luogo dove stare, in cui esprimersi e progettare, costruire un gesto, un movimento legato a un'azione.

La valenza della terapia psicomotoria nel trattamento delle paralisi cerebrali infantili

Per alcuni bambini affetti da esiti di PCI con componente patologica sia del quoziente intellettivo sia delle abilità motorie, la psicomotricità in acqua si adatta bene, anche se, bisogna sottolineare, come esercizio rieducativo per le funzioni cognitive-motorie, e non prettamente motorie, poichè si rischia, se la patologia è fissata, di evocare sincinesie e risposte stereotipate.

Inoltre, la PCI rappresenta il punto di incontro non solo di un problema del movimento, ma anche di percezione e, non meno importante, di intenzionalità. Si tratta di un deficit nello stabilire relazioni sinergiche con l'ambiente, biologicamen-

te significative, dovuto a una distorsione nella capacità di cambiare la forma del corpo in relazione alla forma degli oggetti e dell'ambiente ("Distorsione del processo di emergenza della coordinazione tra bambino e ambiente", Pierre).

E' nell'esperienza di tutti la difficoltà di alcuni bambini nel muoversi, non tanto per il deficit motorio di per sé, ma come problema di volontà e intenzionalità, di interesse, di partecipazione, di curiosità e creatività: si può arrivare alla perdita di piacere del movimento e della consapevolezza delle proprie risorse con la crescita parallela della sfiducia in sé e della fatica a mediare tra le esigenze esterne (che inducono all'azione) e il bisogno personale (che spinge alla quiete).

Il movimento è la prima tappa per conoscere il proprio corpo: poichè tutto ciò che è conoscenza e tutto ciò che è relazione si fondano sulla realtà vissuta, la costruzione dello schema corporeo che reca al bambino (insieme alla coscienza e alla conoscenza) l'organizzazione dinamica e l'utilizzazione del proprio corpo sarà la chiave di volta di tutto il percorso svolto assieme al piccolo paziente.

Un ruolo importante è ricoperto dal luogo della psicomotricità in acqua, cioè lo spazio piscina; questo, nella sua componente spaziale, presenta una concettualità di "dentro-fuori" estremamente delimitata e, soprattutto, di chiara e immediata percezione. C'è un elemento che aiuta il bambino in questo ed è il rituale della preparazione per andare in acqua: bisogna spogliarsi, bisogna privarsi fisicamente e psichicamente degli attributi e dei ruoli sociali per presentare una nudità, del corpo e della mente, e il tutto deve essere correttamente gestito e controllato. Siamo nel pieno della verifica di quanto il bambino sia in grado di adattarsi e di modularsi (in stanza) il setting è a mediazione corporea, nel setting in acqua la relazione è prevalentemente di tipo tonico-emozionale: usando un'espressione più efficace, potremmo dire che la piscina non è un luogo di molte parole ... siamo infatti su un livello di corpo agito, di corpo vissuto.

Per questo, la proposta di un'attività di psicomotricità in acqua non deve essere intesa come promozione di uno dei tanti metodi efficaci della riabilitazione, ma va vista, oltre alla possibilità di facilitare un

lavoro fisioterapico specifico, come un possibile strumento di aiuto alla crescita di un bambino disabile, contenendo in sé aspetti ludici, ricreativi, socializzanti e, soprattutto, capaci di promuovere l'integrazione tra il movimento e la componente psico-affettiva ed emozionale. Questo si può verificare proprio perchè il movimento non è solo funzione neurofisiologica, ma anche veicolo ed espressione dell'affettività e delle emozioni; l'esperienza del movimento in acqua si può collocare come una condizione possibile in cui il bambino possa sperimentare un diverso rapporto dinamico tra le forze esterne (create dal movimento del corpo stesso in acqua) e le forze interne (legate alle fluttuazioni del tono e della rigidità) e le rispettive percezioni che si creano. La variazione che l'elemento acqua impone, attraverso l'assenza della base d'appoggio da un lato e la comparsa della spinta idrostatica del galleggiamento dall'altro, determina la necessità di un riadattamento, sia esso esplicito o implicito, che diviene nuovo apprendimento e maggiore consapevolezza del proprio corpo (limiti, gradi di libertà, possibilità) e quindi anche di sé.

Analisi dei risultati

Questionari sull'attività in acqua

La valutazione della propria esperienza professionale rappresenta un elemento privilegiato nel confronto fra diversi approcci riabilitativi: a questo scopo, il "Questionario sull'attività in acqua" si è rivelato di importanza essenziale. Questo è stato strutturato in modo tale da invitare l'operatore - una volta assegnato il punteggio alla singola voce (scala di giudizio da 0 a 4: 0 = insufficiente/scarso; 1 = sufficiente; 2 = discreto; 3 = buono; 4 = ottimo) - a esprimere le motivazioni che sottendevano il suo giudizio personale, in modo da stimolare la riflessione sulla propria esperienza riabilitativa; sempre per questo motivo, si è scelto di proporre il questionario a fisioterapisti che applicano il metodo esaminato da almeno tre anni.

In totale, sono stati compilati:

- 13 questionari per il metodo Halliwick
- 6 questionari per il Metodo ASP;
- 6 questionari per la Psicomotricità in acqua.

Vediamo ora in dettaglio l'analisi delle domande e la statistica dei risultati otte-

nuti.

Domanda 1: protocolli e scale di valutazione - Si richiedeva di esprimere un giudizio sulla validità e sull'applicabilità degli strumenti proposti dal metodo in oggetto nella conduzione della pratica riabilitativa: tali strumenti sono stati identificati con i protocolli di trattamento, gli strumenti riabilitativi e le scale di valutazione.

Gli operatori hanno sottolineato l'incapacità di conciliare le esigenze operative dell'intervento riabilitativo con applicazione del protocollo di trattamento, che non sempre viene seguito alla lettera. Inoltre, le scale di valutazione rappresentano il più delle volte delle tracce cui aggiungere osservazioni contesto-dipendenti per la diversità della proposta riabilitativa. In modo particolare, si è osservato che sia la validità, sia l'applicabilità degli strumenti e delle strategie riabilitative proposte è molto significativa per tutti gli approcci esaminati (Halliwick: 3,10-2,90; ASP: 3,00-3,00; Psicomotricità in acqua: 3,25-3,00).

Domanda 2: outcome - Si richiedeva di esprimere un giudizio sulla validità e sull'efficacia dell'approccio nel rapporto fra gli obiettivi prefissati e gli obiettivi raggiunti alla conclusione del ciclo riabilitativo. Per quanto riguarda il metodo Halliwick, gli operatori hanno evidenziato che solo in pochissimi casi non si è raggiunto l'obiettivo prefissato e che si potrebbero ottenere risultati ancora più significativi - in termini di esito funzionale - se ci si trovasse a operare in condizioni ideali (non vincolare, per esempio, da tempi ridotti, numero di sedute limitate, eventuali assenze dei piccoli pazienti). Il Metodo ASP è stato giudicato poco applicabile su bambini molto compromessi o poco collaboranti, mentre nella psicomotricità in acqua, considerata un mezzo efficace nei disturbi psico-affettivi e in particolare nella fascia 6-9 anni, le modificazioni nel comportamento e nelle abilità sono ben valutabili a fine ciclo.

Domanda 3: confronti e integrazioni - All'operatore veniva richiesto di valutare, rispetto ad altri approcci riabilitativi in acqua, l'influenza del metodo in oggetto su molteplici elementi riabilitativi. Elemento comune di giudizio è risultata la

variabile “capacità (possibilità) del paziente” dal punto di vista sia psichico sia motorio: secondo gli operatori, il metodo Halliwick, rispettando i tempi del paziente con una professione logica e con possibilità di verifica tangibili, privilegia essenzialmente obiettivi riabilitativi riferiti all’adattamento all’ambiente acquatico e all’autonomia (4,00), rispetto all’articolarietà e al rinforzo muscolare (2,40-2,40): questi infatti rappresentano obiettivi secondari rispetto ai primi, che rimangono condizione necessaria per il conseguimento di risultati durevoli nel tempo. Per questo motivo è ritenuto più opportuno raggiungere questi ultimi obiettivi attraverso altri approcci riabilitativi più specifici (Metodo ASP: miglioramento dell’articolarietà: 4,00; recupero e rinforzo muscolare: 4,00) anche se spesso, per raggiungere gli esiti prefissati, si rende necessario un metodo meno scientifico e più empatico. A questo proposito, è la psicomotricità in acqua la strategia maggiormente efficace per l’apertura alla relazione e al dialogo tonico-emozionale, con i migliori risultati sulla percezione, interiorizzazione e sul miglioramento dello schema corporeo (3,50).

Domanda 4: preparazione pratica - All’operatore veniva richiesta una riflessione sul percorso formativo riguardante l’approccio in esame, nell’ambito sia della documentazione teorica sia della preparazione pratica. I risultati hanno evidenziato una netta superiorità del Metodo ASP (teoria: 4,00; pratica: 4,00; integrazioni: 4,00) rispetto agli altri metodi. Questi valori derivano dalla peculiarità del metodo, ottimamente documentato, in cui ogni protocollo nasce da una sperimentazione pratica supportata da conoscenze scientifiche. Resta da sottolineare, comunque, l’importanza dell’integrazione con altri approcci riabilitativi, non essendo questo onnicomprensivo di tutti gli aspetti riabilitativi, che renderebbero maggiormente specifico l’intervento terapeutico.

Domanda 5: accessibilità per l’operatore - La richiesta invitava a valutare l’accessibilità del metodo per ciò che riguarda i tempi, le modalità, i materiali e le risorse organizzative necessari nel corso della pratica riabilitativa. In tutti i questionari,

gli operatori hanno sottolineato come, il più delle volte, i fattori tempo e risorse organizzative (scarsi) rappresentino le principali limitazioni: in modo particolare, nella terapia con rapporto 1:1 si rende necessario un notevole impegno logistico, così come la disponibilità di spazi adeguati all’intervento, come per esempio nella psicomotricità in acqua (necessità di un particolare setting riabilitativo: 2,00).

Domanda 6: accessibilità per il paziente - La stessa analisi veniva richiesta dal punto di vista dell’utenza, valutando l’accessibilità dell’approccio per ciò che riguardava i tempi, le modalità, i materiali e le risorse organizzative necessari al paziente nel corso del ciclo riabilitativo. È importante come, nonostante il risultato ottenuto (tempi: 3,00; modalità: 3,00; materiali: 3,00) gli operatori abbiano espresso una riserva sul Metodo ASP, ritenuta difficilmente applicabile a bambini poco collaboranti o con gravi deficit cognitivi, di coordinazione e prassici. Determinante ancora una volta invece, nella psicomotricità in acqua, la necessità di un setting adeguato, difficilmente reperibile in una piscina dove gli elementi di disturbo sono numerosi (2,00).

Domanda 7: rapporto con il paziente - L’operatore era invitato a esprimere un giudizio sull’impatto che questo approccio riabilitativo ha sul paziente per ciò che riguarda il momento di partecipazione, la motivazione, il benessere derivanti dal trattamento. Sulla base dei risultati, si è evidenziato come il metodo Halliwick e la psicomotricità in acqua risultino maggiormente accettati: il bambino è motivato e partecipa con entusiasmo, poichè in entrambi i casi le richieste vengono effettuate sotto forma di gioco. Il Metodo ASP, invece, proponendo elementi maggiormente tecnici e strutturati, rivela un livello di gradimento nettamente inferiore, soprattutto per quanto riguarda la partecipazione all’attività (Halliwick: 3,70; ASP: 2,50; Psicomotricità in acqua: 3,25).

Domanda 8: rapporto con l’equipe - Allo stesso modo, l’operatore era chiamato a esprimere un giudizio sul rapporto instaurato con l’equipe riabilitativa e con il gruppo di lavoro (ove presente) per quanto

riguarda la comprensione, la motivazione e la condivisione del programma riabilitativo. È importante sottolineare come ogni terapeuta abbia richiamato l’attenzione sul valore dell’equipe in funzione dell’integrazione e dello scambio di idee fra operatori e sulla necessità della condivisione dei metodi e degli obiettivi. In quest’ottica è quindi giustificabile il risultato ottenuto dalla psicomotricità in acqua rispetto agli altri due metodi in esame: la comprensione di questi ultimi infatti, proponendo strategie efficaci e intuitive nella loro progressione, risulta più immediata rispetto alla complessità riabilitativa del bambino che accede al servizio di psicomotricità.

Domanda 9: rapporto con la famiglia - Infine, veniva richiesto un giudizio sul rapporto instaurato con la famiglia del paziente nella comprensione, motivazione e condivisione del programma riabilitativo. È doveroso sottolineare che, in ogni caso, l’attività in piscina è sempre accettata con gioia, perchè “più vicina alla normalità”. Per questo motivo, la psicomotricità in acqua viene a trovarsi nuovamente in condizione di svantaggio (comprensione: 1,50) poichè, a differenza degli altri metodi, non prevede elementi prettamente tecnici, come per esempio esercizi specifici; a questo proposito, gli operatori puntualizzano che i genitori spesso si interessano maggiormente all’autonomia nel nuoto, piuttosto che alla modalità con cui questa viene raggiunta.

Osservazione dei gruppi

L’osservazione diretta dei piccoli pazienti ha consentito non solo di oggettivare i risultati ottenuti attraverso l’analisi dei questionari sull’attività in acqua, ma anche di comprendere al meglio i principi, le modalità e gli obiettivi terapeutici propri di ogni metodo.

Gruppo 1: Metodo Halliwick

Nonostante la gravità delle condizioni dei suoi componenti, grazie all’applicazione del programma in 10 punti il gruppo ha raggiunto, nel tempo, una straordinaria acquaticità, tale da permettere un progressivo allontanamento del terapeuta dal singolo paziente per consentirgli di sperimentare, raggiungere e conservare la massima autonomia possibile.

Gruppo 2: Approccio Sequenziale Propedeutico

La proposta del Metodo ASP è stata supportata dalla volontà di proporre, in questo gruppo, una modalità terapeutica maggiormente specifica e tecnica. Le abilità prassiche e cognitive dei componenti hanno permesso di seguire i programmi suggeriti dall'approccio in modo regolare e coerente con i risultati ottenuti.

D'altra parte, però, pur disponendo di protocolli di lavoro sistematici per le varie patologie e nonostante i discreti risultati ottenuti, alla fine del ciclo di trattamento (6 settimane) ci si è resi conto di aver privilegiato gli aspetti segmentari piuttosto che la gestione globale dell'intervento sul bambino.

Gruppo 3: Psicomotricità in acqua

In questo caso, complesso e articolato, la proposta della terapia psicomotoria in piscina era validamente supportata dalla difficoltà del piccolo paziente di vivere il piacere del movimento, condizionato dalle difficoltà dell'arto colpito nell'organizzazione ed esecuzione del movimento. Attraverso il lavoro di psicomotricità in acqua, si è cercato di permettere al bambino di avere la possibilità di muoversi e di esprimersi liberamente, stabilendo una relazione con l'altro attraverso il contatto, migliorando le abilità motorie e recuperando potenzialità altrimenti non evocabili in contesti diversi.

Conclusioni

Nonostante ciascuno dei metodi analizzati venga proposto come strategia valida ed efficace nel trattamento delle PCI, l'analisi critica e obiettiva di questi metodi ha messo in evidenza come in realtà non sia possibile effettuare, fra essi, un confronto diretto: sia il Metodo Halliwick, sia il Metodo ASP, sia la Psicomotricità in acqua rappresentano, infatti, le possibili alternative del trattamento in acqua nella patologia neuromotoria in età evolutiva. Attraverso questo studio è stato quindi possibile mettere in luce i punti di forza e i punti deboli delle singole strategie.

Ogni approccio si pone obiettivi diversificati ed è quindi fondamentale che il terapeuta, nella costruzione del processo riabilitativo, abbia ben chiaro l'obiettivo che vuole raggiungere, sia esso prettamente

segmentario, oppure orientato verso l'autonomia o ancora verso il puro piacere del movimento.

E' stato quindi possibile sottolineare come in realtà il metodo sia solo uno strumento nelle mani del terapeuta, uno strumento non da applicare meramente sul paziente, ma da modellare insieme al paziente.

E' dal confronto tra i metodi che nasce la necessità di superare il metodo. Una strategia riabilitativa non deve essere valutata per le sue peculiarità strettamente tecniche, ma per la sua validità globale: infatti, la costruzione del processo riabilitativo di una persona disabile deve avere come obiettivo non solo il recupero di eventuali funzioni perse ma, in senso più generale, il reinserimento in un normale contesto di vita sociale, fatto di lavoro, di sport, di relazioni sociali e di attività ricreative. Solo questo rende possibile la scelta consapevole del metodo che maggiormente risponde alle reali esigenze del paziente.

Se, come fisioterapisti, accettiamo questa interpretazione del termine riabilitazione, dobbiamo anche ammettere che il nostro intervento rieducativo deve essere considerato come una tappa e un momento di questo percorso. Per questo, a prescindere dalle patologie e dall'uso delle tecniche specifiche, è chiaro che il lavoro svolto dai fisioterapisti, teso a evocare potenzialità residue o mancanti, dovrebbe poi avere un riscontro funzionale e utilitaristico, manifestabile in modo concreto e sociale: solo in questo caso potremmo dire di aver partecipato, con la nostra opera professionale di rieducatori, alla riabilitazione del paziente.

L'elaborato è una riduzione della Tesi di Laurea discussa dall'Autrice presso l'Università degli Studi di Padova il 25.11.2004.