

**Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale**

Corso di Laurea in Ergoterapia

“Il Modello dell’Occupazione Umana (MOHO): come la sua implementazione in terapia può apportare beneficio nel paziente con disturbo ossessivo-compulsivo.”

Lavoro di Tesi
(Bachelor Thesis)

Autrice: Giorgia Lafranchi

Direttrici di tesi: Rita Pezzati, Tina Weber

Manno, 15.01.2020

L'autrice di questo Lavoro di Tesi è l'unica responsabile dei contenuti.

Abstract

Background Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) rientra sotto il capitolo psichiatrico delle nevrosi, interessa circa il 2% della popolazione generale e rappresenta la quarta malattia psichiatrica più frequente (Kubny-Lüke, 2017). Ciò che rende patologici i pensieri e i comportamenti ossessivi, è l'ansia che insorge quando la persona viene interrotta da qualcuno di esterno durante i suoi rituali compulsivi; quest'ansia può venire controllata solo dal momento che la persona può riprendere con i suoi caratteristici pensieri e comportamenti ossessivi-compulsivi (Kubny-Lüke, 2017). Si è deciso di mettere in relazione il disturbo ossessivo-compulsivo con il modello dell'occupazione umana (MOHO) in quanto il DOC ha delle ripercussioni sulla vita occupazionale quotidiana della persona e il MOHO si concentra proprio sull'occupazione e sui cambiamenti che avvengono quando vi è un cambio all'interno della quotidianità come nel caso di una malattia psichiatrica. Il MOHO è un modello centrato sull'occupazione, vale a dire che definisce e utilizza un approccio terapeutico che si concentra sull'impegno e sulla partecipazione nelle occupazioni da parte del paziente come meccanismo di cambiamento. Il MOHO è inoltre un modello orientato alla pratica clinica, è centrato sul paziente e ne ha una visione olistica; infatti il corpo e la mente sono visti come parti integranti della totalità della persona (Taylor, 2017).

Obiettivo L'obiettivo di questo lavoro di Bachelor è quello di capire se gli strumenti di valutazione del MOHO sono utili per impostare un trattamento ergoterapico mirato per i pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo.

Metodologia Per questo mio lavoro di tesi ho scelto di utilizzare la metodologia del case study. Si tratta di uno studio di caso singolo di tipo qualitativo. Gli strumenti utilizzati per la raccolta dati sono l'OPHI-2, la Checklist degli interessi e delle domande per valutarne l'efficacia in caso di utilizzo con pazienti con DOC. L'analisi dei dati è stata svolta basandosi sul modello dell'analisi tematica secondo Braun & Clarke.

Risultati In base a quanto è stato studiato a livello di DOC e MOHO e la relazione tra le due tematiche, così come quanto emerso dagli incontri con la paziente, la strada intrapresa sembra risultare valida e applicabile in generale ai pazienti con DOC proprio per le caratteristiche che le due valutazioni del MOHO possiedono e per la tipologia di dati che vanno a raccogliere che risultano essere fondamentali per l'impostazione di un trattamento ergoterapico mirato.

Conclusioni I risultati ottenuti sono in linea con quanto atteso e le domande di ricerca hanno ricevuto delle risposte idonee al tipo di lavoro svolto. C'è sicuramente la possibilità di portare avanti ulteriormente questa ricerca così come di applicarla nella pratica dell'ergoterapia in ambito psichiatrico e in particolare in Ticino.

Parole chiave *Model of Human Occupation, Obsessive-compulsive disorder, Assessment, Occupational Therapy*

INDICE

1	Introduzione	6
1.1	Motivazione	6
1.2	Problematica.....	6
1.3	Tipologia del lavoro di tesi.....	6
1.4	Domande e sotto-domande di ricerca	7
1.5	Obiettivi del lavoro di Bachelor	7
2	Il disturbo ossessivo-compulsivo.....	7
2.1	Classificazione del DOC secondo l'International Classification of Diseases (ICD-10).....	8
2.2	Criteri diagnostici	8
2.3	Caratteristiche delle sei forme di ossessioni	9
2.4	Principali ossessioni	9
2.5	Principali compulsioni	11
2.6	I cinque approcci principali del DOC	11
2.7	Psicologia cognitiva e DOC	12
2.8	Fattori psicosociali del DOC	13
2.9	La raccolta dati ergoterapica nel DOC	14
2.10	Obiettivi del trattamento ergoterapico.....	14
2.11	Esempio di situazione clinica: Roberto.....	15
2.11.1	Schema del problema di Roberto	15
3	Il Modello dell'occupazione umana	15
3.1	Le quattro componenti del MOHO.....	16
3.2	Interazione persona-ambiente e teoria dinamica dei sistemi	17
3.3	La dimensione del fare	19
3.4	Creazione della vita occupazionale	20
3.5	Cambiamenti occupazionali e sviluppo	21
3.6	Il ragionamento terapeutico	22
3.7	Metodi e strumenti di valutazione	22
3.8	L'occupazione.....	24
4	Relazione tra DOC e MOHO.....	25
5	Ipotesi.....	26
6	Metodologia.....	27
6.1	Disegno di ricerca.....	27
6.2	Contesto di ricerca.....	27
6.3	Partecipanti.....	28
6.3.1	Criteri di inclusione ed esclusione.....	28
6.3.2	Modalità di reclutamento.....	28
6.4	Raccolta dati/misurazioni.....	28
6.4.1	OPHI-2:.....	28
6.4.2	Checklist degli interessi:	29
6.4.3	Considerazioni etiche e anonimato dei dati:	29
6.5	Analisi dei dati	29
6.6	Bias.....	30

7	Risultati	30
7.1	Campione	30
7.1.1	Anamnesi	30
7.2	Dati	31
7.2.1	Domande e risposte pre-valutazioni per misurare l'efficacia degli strumenti	31
7.2.2	OPHI-2: Intervista riguardante la performance occupazionale	32
7.2.3	OPHI-2: Narrazione della storia di vita	37
7.2.4	OPHI-2: Scale di valutazione	38
7.2.5	Checklist degli Interessi	40
7.2.6	Domande e risposte post-valutazioni per misurare l'efficacia degli strumenti	42
8	Discussione	43
8.1	Risultati chiave	43
8.2	Limiti	45
8.3	Interpretazione	45
8.3.1	OPHI-2: Intervista riguardante la performance occupazionale	45
8.3.2	OPHI-2: Narrazione della storia di vita e curva narrativa	46
8.3.3	OPHI-2: Scale di valutazione	47
8.3.4	Checklist degli interessi	47
8.3.5	Ipotesi iniziale	48
8.4	Rilevanza clinica	48
8.5	Sbocchi	49
9	Conclusioni	50
9.1	Bilancio	50
10	Ringraziamenti	50
11	Sigle e abbreviazioni	51
12	Referenze bibliografiche	52

Allegato 1: Consenso informato

Allegato 2: OPHI-2 Scale di valutazione

1 Introduzione

1.1 Motivazione

Ho deciso di svolgere il mio lavoro di tesi sulla tematica del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) in quanto mi interessa molto a livello sia personale che professionale e mi ha affascinato in particolar modo vederlo dal punto di vista dell'ergoterapia. A questo mio interesse ho deciso di affiancare anche il desiderio di approfondire la conoscenza del Modello dell'occupazione umana (MOHO), e questo lavoro di tesi mi permette di mettere in relazione entrambe le cose e di unirle in un unico studio.

1.2 Problematica

Ricercando sulle banche dati, l'unico testo che ho trovato dove vengono messi in relazione DOC e MOHO è quello di Bavaro (1991). Si tratta di uno studio di caso di un paziente con DOC il cui trattamento ergoterapico si basa sul Modello dell'occupazione umana. Bavaro (1991) conclude la sua ricerca affermando che l'utilizzo del MOHO come riferimento terapeutico nel trattamento del DOC aiuta ad identificare in che misura una rottura a livello di volizione e abitudine può ripercuotersi sulla capacità di performance e capacità di adattamento nel proprio ambiente. Inoltre, nel suo caso specifico, l'applicazione del MOHO le ha permesso di avere una visione più olistica del suo paziente e l'ha guidata nella creazione di un piano di trattamento significativo e propositivo. Mi sono quindi chiesta come mai dal 1991 non sono più stati pubblicati testi scientifici in merito al DOC relazionati al MOHO? A livello ergoterapico la tematica del DOC è interessante da approfondire in quanto fa parte dell'ambito d'intervento dell'ergoterapia in psichiatria e, trattandosi del quarto disturbo psichiatrico più diffuso, va sicuramente preso in considerazione (Kubny-Lüke, 2017). Nel manuale di Cara & MacRae del 2013 "*Psychosocial Occupational Therapy. An evolving practice.*" vengono citate diverse possibilità di valutazione e metodi di trattamento per i pazienti con DOC. Tuttavia, investigando sul territorio ticinese sono venuta a conoscenza del fatto che sono ancora pochi gli ergoterapisti che prendono a carico pazienti con un DOC, in quanto spesso la tendenza è quella di rivolgersi unicamente a un terapeuta specializzato in terapia cognitivo-comportamentale, e ho quindi trovato interessante poter svolgere questo tipo di studio attraverso il MOHO poiché aiuta l'ergoterapista nella fase di valutazione per potersi poi situare in modo complementare nella rete socio-psichiatrica. Questo permette di mettere in risalto l'importanza del ruolo dell'ergoterapista dal momento che in molti affermano che ci sarebbe la necessità di integrare la figura nel trattamento del DOC.

1.3 Tipologia del lavoro di tesi

Per fare questo lavoro di tesi ho scelto di utilizzare la modalità dello studio di caso in quanto mi permette di svolgere un reale studio su una persona con disturbo ossessivo-compulsivo in ambito ergoterapico e di poter applicare gli strumenti di valutazione del MOHO e i suoi apporti teorici, per valutare in che modo questi possano essere utili per impostare in seguito un trattamento mirato e basato sul MOHO per una persona con DOC. Ho scelto di svolgere questo lavoro concentrandomi sulle valutazioni invece che sul trattamento, in quanto il punto di partenza per ogni trattamento ergoterapico si basa su un'efficace raccolta di informazioni riguardanti la persona e la sua problematica ed ho quindi ritenuto interessante poter capire se in caso di DOC può essere utile utilizzare gli strumenti del MOHO per raccogliere queste informazioni che sono di fondamentale importanza per chi si occupa in seguito del trattamento di questa tipologia di pazienti.

1.4 Domande e sotto-domande di ricerca

P Paziente con disturbo ossessivo-compulsivo

I Applicare le valutazioni del MOHO a un paziente con disturbo ossessivo-compulsivo

C Caso unico

O Valutare in che modo l'utilizzo degli strumenti di valutazione del MOHO sono efficaci per impostare un trattamento ergoterapico mirato per il paziente con disturbo ossessivo-compulsivo



1.5 Obiettivi del lavoro di Bachelor

- Approfondire le conoscenze personali e professionali relative al modello dell'occupazione umana per poterle poi applicare nella mia futura pratica professionale.
- Approfondire le conoscenze personali e professionali relative al disturbo ossessivo-compulsivo con focus sull'ergoterapia, per sviluppare delle competenze da utilizzare in futuro nel mio ruolo di curante.
- Capire se gli strumenti di valutazione del MOHO sono utili per impostare un trattamento ergoterapico mirato con i pazienti con DOC.
- Capire in quale area occupazionale la persona, grazie all'input dato dalle valutazioni del MOHO, percepisce maggiormente la presenza del DOC.
- Capire se le tematiche trattate dagli strumenti di valutazione del MOHO sono rilevanti in caso di DOC.
- Individuare i punti di forza delle valutazioni del MOHO nei confronti del DOC.

2 Il disturbo ossessivo-compulsivo

Il DOC rientra sotto il capitolo psichiatrico delle nevrosi e fa parte dei disturbi d'ansia, interessa circa il 2% della popolazione generale (sia maschile che femminile) e rappresenta la quarta malattia psichiatrica più frequente (Kubny-Lüke, 2017). Ciò che rende patologici i pensieri e i comportamenti ossessivi, è l'ansia che insorge quando la persona viene interrotta da qualcuno di esterno durante i suoi rituali compulsivi; quest'ansia può venire controllata solo dal momento che la persona può riprendere con i suoi caratteristici pensieri e comportamenti ossessivi-compulsivi (Kubny-Lüke, 2017). Secondo il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - quinta versione (DSM-5) "le ossessioni sono pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti che sono

vissuti come indesiderati”, le compulsioni invece sono dei “comportamenti o azioni mentali ripetitive che un individuo si sente obbligato a compiere in risposta a un’ossessione o secondo regole che devono essere applicate rigidamente” (American Psychiatric Association, 2013). Le compulsioni sono quindi la risposta comportamentale volta a diminuire l’ansia che viene generata dalle ossessioni (Fassino, Daga & Leombruni, 2007). I pazienti con un DOC percepiscono che i pensieri ossessivi sono generati dalla propria attività mentale ma li rifiuta in quanto li vede come inopportuni e irragionevoli e il tutto è vissuto come egodistonico¹ e con consapevolezza (Fassino, Daga & Leombruni, 2007). È utile sottolineare che l’insight² di malattia e l’egodistonia caratterizzano il disturbo ossessivo-compulsivo e lo distinguono dalle idee prevalenti e dai deliri (Fassino, Daga & Leombruni, 2007) .

2.1 Classificazione del DOC secondo l’International Classification of Diseases (ICD-10)

F42.0: disturbi ossessivi, maggiormente pensieri ossessivi

F42.1: disturbi compulsivi, maggiormente rituali compulsivi

F42.2: disturbi con pensieri ossessivi e comportamenti compulsivi

F42.8: ulteriori disturbi ossessivi-compulsivi

(Kubny-Lüke, 2017)

2.2 Criteri diagnostici

Il DSM-5, riassume le caratteristiche del DOC nel modo seguente.

A. Presenza di ossessioni, compulsioni, o entrambi:

Le ossessioni sono definite da 1) e 2):

1. Pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti, vissuti in qualche momento nel corso del disturbo, come intrusivi e indesiderati e che nella maggior parte degli individui causano ansia o disagio marcati.
2. Il soggetto tenta di ignorare o di sopprimere tali pensieri, impulsi o immagini, o di neutralizzarli con altri pensieri o azioni (cioè mettendo in atto una compulsione).

Le compulsioni sono definite da 1) e 2):

1. Comportamenti ripetitivi (per es. lavarsi le mani, riordinare, controllare) o azioni mentali (per es. pregare, contare, ripetere parole mentalmente) che il soggetto si sente obbligato a mettere in atto in risposta a un’ossessione o secondo regole che devono essere applicate rigidamente.
2. I comportamenti o le azioni mentali sono volti a prevenire o ridurre l’ansia o il disagio o a prevenire alcuni eventi o situazioni temuti; tuttavia, questi

¹ Egodistonico: In psicanalisi, termine usato, spesso in contrapposizione a egosintonico, per significare incompatibilità di impulsi, emozioni o idee con l’Io e/o con i valori e le rappresentazioni ideali in cui quest’ultimo tende a riconoscersi (Treccani, n.d.)

² Insight: In psicologia, la capacità di vedere dentro una situazione, o dentro sé stessi; quindi, in genere, percezione chiara, intuizione netta e immediata di fatti esterni o interni; questo significato generico ha acquistato accezioni specifiche in psichiatria e in psicanalisi, per indicare l’intuizione e la consapevolezza dei propri sentimenti, delle proprie emozioni e dei moventi del proprio comportamento. (Treccani, n.d.)

comportamenti o azioni mentali non sono collegati in modo realistico con ciò che sono designati a neutralizzare o a prevenire, oppure sono chiaramente eccessivi.

B. Le ossessioni o compulsioni fanno consumare tempo (per es. più di un'ora al giorno) o causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

(Mancini, 2016)

2.3 Caratteristiche delle sei forme di ossessioni

Forma	Caratteristiche	Esempi
Dubbi ossessivi	Persistente incertezza sull'aver completato un compito o sull'essere (o poter arrivare ad essere) responsabili di un danno.	"Forse non ho chiuso la porta e un ladro potrebbe entrare".
Immagini ossessive	Persistenti immagini mentali che danno preoccupazione e angoscia.	Immagini di persone care gravemente ferite o morte.
Impulsi ossessivi	Impulsi o idee non desiderate di comportarsi in modo inappropriato spesso dal punto di vista sessuale o in modo aggressivo.	Impulso di spingere un anziano a terra.
Paure ossessive	Eccessiva preoccupazione di perdere il controllo e agire impulsivamente.	"Potrei accoltellare mia moglie nel sonno?"
Pensieri ossessivi	Continui rimuginii su esiti futuri negativi.	"Una persona con herpes può aver usato il bagno prima di me e io potrei aver preso l'herpes e contagiare la mia famiglia".
Ossessioni miste	Pensieri, parole, numeri e così via che procurano disagio e sono difficili da abbandonare.	Il numero 666.

(Abramowitz in Mancini, 2016)

2.4 Principali ossessioni

Categoria	Descrizione	Esempi
Contaminazione	Pensieri o immagini mentali relativi al dubbio di poter essere entrato in contatto, anche indiretto, con sostanze ritenute pericolose o disgustose.	"Tornando a casa potrei aver calpestato una siringa ed essermi contaminato".
Danno	Pensieri o immagini mentali relativi a potenziali danni a	"Se non documento tutti i sintomi del mio paziente,

	sé o ad altri, di tipo materiale, economico o emotivo, dovuti a proprie disattenzioni, leggerezze o mancanze.	sarà colpa mia se non riceverà la giusta cura”.
Scaramantiche	Pensieri o immagini mentali relative a eventi negativi che possono accadere a sé o ad altri in futuro, qualora non si seguano certe regole di comportamento o non si intervenga neutralizzandone l'effetto negativo.	“Se dico cancro, qualcuno della mia famiglia avrà il cancro”.
Somatiche	Eccessiva preoccupazione per parti del corpo o per il proprio aspetto (dismorfofobia).	“Ho qualcosa che non va nel naso”.
Aggressive	Pensieri, immagini mentali o impulsi di far del male a persone care o a se stessi pur non desiderandolo.	Impulso di accoltellarsi.
Omosessuali	Pensieri, immagini mentali, fantasie o impulsi a contenuto omoerotico, che attivano nel soggetto eterosessuale il dubbio di poter essere un omosessuale latente.	“Se ho apprezzato l'abbigliamento di quel ragazzo significa che sono gay”.
Relazionali	Dubbi sull'adeguatezza o meno del proprio partner e sul sentimento nei confronti di quest'ultimo; pensieri, immagini mentali, fantasie o impulsi sessuali nei confronti di persone diverse dal proprio partner, che innescano nel soggetto il dubbio ossessivo di non essere innamorato di quest'ultimo.	“Un collega passando forse mi ha sfiorato, potrei aver tradito il mio fidanzato”.
Religiose e morali	Pensieri o immagini mentali a contenuto blasfemo, come bestemmie, insulti a defunti, fantasie sessualizzate verso immagini sacre, ecc.	“Forse senza accorgermene potrei aver imbrogliato all'esame”.
Sessuali e di pedofilia	Pensieri, immagini mentali, fantasie o impulsi sessuali nei confronti di persone	Involontaria immagine dei genitali di un genitore.

	sconvenienti quali parenti, animali, bambini, ecc.	
Ordine e simmetria	Bisogno di simmetria, uniformità, equilibrio o esattezza. Sensazione che qualcosa non sia fatto proprio nel "modo giusto".	"I quadri devono essere appesi a distanze tra loro equivalenti".

(Abramowitz in Mancini, 2016)

2.5 Principali compulsioni

Categoria	Esempi
Checking/Controllo	Controlla serrature, finestre, luci, apparecchi. Controlla e ricontrolla gli incarichi di lavoro.
Washing/Lavaggio	Rituali nel fare la doccia. Risciacquale mani più di 40 volte al giorno.
Ordine e simmetria	Riordina i libri rispettando una particolare simmetria.
Rituali mentali	Ripetere a se stesso la frase: "Niente, nessuno, da nessuna parte".
Ripetizione di azioni	Accende e spegne la luce più volte finché non si sente a posto.
Conteggi	Conta i respiri per evitare i numeri pari.
Accumulo	Raccoglie e accumula buste e sacchetti vuoti della spesa.
Miste	Fa le stesse domande più volte per avere assicurazioni.

(Abramowitz in Mancini, 2016)

Le azioni compulsive possono essere di tipo manifesto (aperto) oppure non manifesto (nascosto, coperto). Le compulsioni di tipo manifesto riguardano quelle azioni che chiunque può osservare, come per esempio i rituali che vengono messi in atto nel controllo; le compulsioni di tipo nascosto al contrario non sono visibili e avvengono a livello del pensiero (Fricke & Hand, 2004). La maggior parte di coloro che sono affetti da DOC soffrono di una combinazione di pensieri ossessivi e azioni compulsive (Fricke & Hand, 2004).

2.6 I cinque approcci principali del DOC

Secondo Mancini (2016)

1. Approccio neurologico: Questo approccio colloca la causa del disturbo ossessivo-compulsivo in un'alterazione biochimica, funzionale o anatomica del sistema nervoso centrale (SNC), la quale a sua volta è provocata in parte da fattori ereditari, autoimmunitari o da altre cause tuttora sconosciute.
2. Approccio neuropsicologico: Secondo questo approccio alla base del DOC c'è un deficit delle funzioni esecutive (per es. del controllo inibitorio o del monitoraggio) che potrebbe essere causato da patologie del SNC non ancora definite.

3. Terzo approccio: Il DOC viene collegato a specifiche disposizioni della persona come ad esempio il perfezionismo, l'intolleranza all'incertezza, e molte altre ancora; tuttavia non è ancora stato chiarito se queste disposizioni sono la conseguenza di patologie neurologiche, di particolari esperienze o se sono funzione di determinati stati mentali.
4. Approccio psicologico: Questo approccio considera la sintomatologia ossessiva come espressione di un determinato stato mentale caratterizzato dalla percezione di una minaccia e dai tentativi di sottrarsi a questa minaccia. Tiene conto degli scopi del paziente e della sua intenzionalità. Secondo la tesi psicologica del DOC, alla base di ossessioni e compulsioni c'è un forte timore di colpa.
5. Approccio biopsicosociale: Secondo questo approccio tutti i precedenti sono validi e tutti insieme contribuiscono a spiegare il DOC.

2.7 Psicologia cognitiva e DOC

In questo mio Lavoro di Tesi ho deciso di utilizzare come base l'approccio psicologico al DOC e, più nello specifico, la psicologia cognitiva. Infatti il disturbo ossessivo-compulsivo è un argomento di interesse per gli psicologi cognitivisti e gli psicoterapeuti, i quali si interrogano sulla natura delle ossessioni e compulsioni così come su quali scopi e rappresentazioni regolano l'attività cognitiva ossessiva (Mancini & Gangemi, 2010). La psicologia cognitiva viene intesa in questa sede come approccio psicologico volto alla comprensione di scopi e conoscenze; in termini cognitivi secondo Miceli e Castelfranchi significa quindi utilizzare la nozione di mente intesa come "sistema di scopi e conoscenze con cui l'agente valuta la propria esperienza e che regola le reazioni emotive, l'attività mentale e la condotta" (Citato in Mancini, 2001). L'impostazione cognitivista qui utilizzata si differenzia da quella comportamentista e quella neuropsichiatrica, ma anche dalle impostazioni cognitiviste che riconducono il DOC al deficit o alla distorsione di determinate funzioni cognitive di base (Mancini, 2001). La differenza di questo tipo di approccio cognitivista consiste nel fatto che si attribuisce all'attività ossessiva un significato ed un fine; ossessioni e compulsioni possono quindi venire considerate attività finalizzate al raggiungimento di un obiettivo presente nella mente del paziente (Mancini, 2001). Carr, nel 1974, ipotizza che l'anticipazione di una minaccia sia alla base del DOC e che ossessioni e compulsioni sono quindi il tentativo di prevenire o neutralizzare un evento, valutato come possibile e nocivo dal paziente stesso (Mancini, 2001). Tuttavia secondo Mancini alla base del DOC non c'è la previsione di una minaccia aspecifica, ma piuttosto l'anticipazione di una colpa dovuta a un'irresponsabilità (Mancini, 2001). Con l'approccio cognitivista si cerca di individuare le caratteristiche che la mente deve avere per produrre un'attività frequente, ripetitiva, persistente ed egodistonica, come quella ossessiva (Mancini, 2001). Alla base del modello proposto da Mancini (2001) c'è l'idea che il DOC sia fondato su un sentito timore che una propria azione o omissione possa produrre un danno a sé, agli altri o la trasgressione di una norma morale. Ossessioni e compulsioni sarebbero dunque dei tentativi di prevenire la colpa minacciata. Da questo modello si deduce che se c'è un disturbo ossessivo-compulsivo allora c'è un forte timore di colpa per irresponsabilità, e se c'è un timore di colpa per irresponsabilità di conseguenza c'è

una condotta con caratteristiche ossessive, vale a dire ripetitività, persistenza, alta frequenza e stereotipia (Mancini, 2001). Il carattere egodistonico delle ossessioni e delle compulsioni deriva proprio dal fatto che questi comportamenti vengono valutati criticamente dal paziente stesso, il quale reagisce tentando di prevenire e contenere le ossessioni e compulsioni ottenendo però un effetto controproducente che tende ad aggravare e a mantenere l'attività ossessiva (Mancini, 2001). Ritornando sull'aspetto dell'egodistonia, nella descrizione del DOC nel DSM-V questa viene chiaramente evidenziata. Le ossessioni vengono infatti definite come pensieri ricorrenti e persistenti che a un dato punto del disturbo vengono vissuti come intrusivi ed inappropriati e la persona tenta di ignorarli o di sopprimerli. Le compulsioni, a loro volta vengono definite come comportamenti o azioni mentali che la persona si sente obbligata a mettere in atto. Ossessioni e compulsioni a un certo punto nel corso del disturbo vengono riconosciute come eccessive o irragionevoli (Mancini, 2001). Secondo Foa & Kozac e Insel, i pazienti giudicano le proprie ossessioni e compulsioni minacciose e dannose oltre che inappropriate ed eccessive, ed è proprio per questo motivo che si impegnano nel tentativo di sopprimerle (Citato in Mancini, 2001). Ossessioni e compulsioni vengono considerate dannose per il tempo che prendono, per le rinunce che comportano, e per le ricadute che hanno sugli altri e sulla propria salute mentale. I danni per sé e per gli altri che il paziente ritiene derivare dall'attività ossessiva sono di vario tipo, ma hanno in comune il fatto che il paziente stesso si sente responsabile (Mancini, 2001). Secondo Mancini (2001) il fatto che i pazienti con un DOC si sentono responsabili delle proprie ossessioni e compulsioni, fa nascere un paradosso: "Come si concilia l'assunzione di responsabilità, che implica la nozione di potere e di controllo, con la sensazione che i pensieri ossessivi intrudano nella mente e che le compulsioni siano azioni obbligate? Come è possibile sentirsi responsabili di atteggiamenti, pensieri ed azioni che si sente di subire e che si vivono come imposti o che, più in generale, si percepiscono al di là del proprio controllo?" (Mancini, 2001). La persona con DOC si può sentire responsabile delle proprie ossessioni e compulsioni anche se percepisce che sfuggono al suo controllo, in quanto è sufficiente che egli ritenga di avere la possibilità di acquisire tale controllo. I pazienti ossessivi cercano di acquisire il controllo delle proprie ossessioni e compulsioni, ma falliscono ripetutamente in questi tentativi, a differenza delle altre persone (Mancini, 2001). Un altro quesito che viene sollevato da Mancini (2001) è il seguente: "Perché, nei pazienti ossessivi, il timore di colpa è così drammaticamente intenso ed inaccettabile? Perché è tanto importante evitare una colpa?" (Mancini, 2001). Tutte le persone giudicano in modo negativo la possibilità di agire in modo irresponsabile e colpevole, ma non arrivano al grande investimento di tempo, risorse ed energie che caratterizzano l'attività preventiva dei pazienti con DOC (Mancini, 2001). Dai risultati di uno studio condotto da Mancini, risulta che per gli ossessivi essere una persona responsabile è una condizione indispensabile per poter mantenere il senso del proprio valore personale e, la minaccia di colpa, molto probabilmente, implica anche la minaccia di un cambiamento del sé ritenuta insopportabile. Per i pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo essere delle persone responsabili, scrupolose, attente è quindi di fondamentale importanza sia per mantenere una percezione di sé stabile sia per definire il proprio sé in maniera ideale (Mancini, 2001). In conclusione afferma Mancini (2001) che "ossessioni e compulsioni sono, fondamentalmente, il tentativo di prevenire una colpa per irresponsabilità che il soggetto considera incombente, grave ed inaccettabile".

2.8 Fattori psicosociali del DOC

I rituali compulsivi necessitano di sempre più tempo e ostacolano la persona nello svolgimento dei suoi compiti quotidiani. I pensieri ossessivi portano a chiudersi in sé

stessi e provocano disturbi di concentrazione che vanno a ripercuotersi nella vita quotidiana della persona, per esempio nei compiti che necessitano di lucidità e concentrazione come al lavoro (Kubny-Lüke, 2017). Le compulsioni comportano una carenza della capacità di adattamento nella vita quotidiana e nel lavoro; inoltre i pazienti con DOC instaurano raramente una relazione coniugale e sono limitati nella realizzazione dei loro obiettivi di vita e interessi (Kubny-Lüke, 2017). Non rari sono i licenziamenti e l'isolamento sociale così come la trascuratezza (Kubny-Lüke, 2017). Il DOC può quindi avere conseguenze negative sullo spirito, sul corpo e sulla vita sociale di chi ne soffre (Associazione della Svizzera Italiana per i disturbi Ansiosi, Depressivi e Ossessivo-Compulsivi, 2016).

2.9 La raccolta dati ergoterapica nel DOC

Un compito centrale dell'ergoterapista è quello di scoprire a quali abitudini e attività la persona ha rinunciato per poter continuare a mettere in atto i comportamenti compulsivi (Kubny-Lüke, 2017); a questo scopo viene utilizzato lo strumento OPHI-2 di Kielhofner e Henry (Kielhofner et al., 2005). Questo punto è importante proprio perché, come visto in precedenza, il DOC limita la persona nello svolgimento dell'abituale vita quotidiana, nell'adempiere ai propri ruoli e nella realizzazione delle attività che procurano benessere. Per un ergoterapista è fondamentale capire quale era e quale è lo stile di vita di una persona, proprio per poter costruire insieme a lei degli obiettivi di trattamento specifici, realistici e centrati sulle occupazioni della vita quotidiana. La raccolta dati e la valutazione iniziale sono parte integrante e hanno un posto ben preciso nel processo ergoterapico e come tali non possono mancare nella presa a carico del paziente perché è partendo da esse che si possono raccogliere tutte le informazioni necessarie per la formulazione degli obiettivi e la pianificazione del trattamento (Creek, 2003). Inoltre, quando nella storia di vita di una persona appare lo sviluppo di un comportamento di controllo portato all'estremo trasformatosi poi in un disturbo ossessivo-compulsivo, è possibile scoprire quali attività sono state messe da parte nel tempo per poter mettere in atto i rituali del DOC, e quali attività la persona desidererebbe riprendere grazie alla Checklist degli interessi di Matsutsuyu (Kubny-Lüke, 2017).

2.10 Obiettivi del trattamento ergoterapico

I seguenti obiettivi ergoterapici sono specifici per il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo in ergoterapia; tuttavia occorre ricordare che ogni paziente avrà poi il proprio piano terapeutico con i propri obiettivi che saranno comunque in linea con quelli elencati qui di seguito.

- Mediazione di esperienze di successo
- Ampliamento della performance in attività
- Ampliamento delle capacità interazionali
- Sviluppo di una struttura quotidiana funzionale
- Reintegrazione in strutture sociali
- Integrazione o reintegrazione lavorativa
- Sviluppo di capacità intrapsichiche
- Sviluppo di un'adeguata percezione di sé
- Ampliamento della performance nei ruoli
- Incremento della concentrazione e dei pensieri indirizzati (Kubny-Lüke, 2017)

2.11 Esempio di situazione clinica: Roberto

“Roberto è affetto da sintomi ossessivi del sottotipo denominato ordine e simmetria: passa ore nel tentativo di mettere in ordine i libri e i fogli sulla scrivania, di allinearli perfettamente al bordo della scrivania. Se non lo fa, e in modo perfetto, teme che possa accadere qualcosa di brutto ai suoi cari, per esempio un incidente o una malattia, e che ciò sia colpa sua. Si rende conto dell’assurdità delle sue preoccupazioni ma, al dunque, ritiene che sia da incoscienti correre il rischio: “Lo so che è implausibile, ma se fosse vero? Non posso mica essere sicuro al 100% che se non metto perfettamente in ordine non succederà nulla. E se poi succede? Sarebbe colpa mia.” Anche la consapevolezza del tempo perso e dei danni alla sua carriera professionale non è sufficiente a fargli accettare il rischio. Per cercare di contenere i costi del disturbo a volte cerca di imporsi di interrompere i rituali , ma i risultati sono scarsi e soprattutto transitori. I tentativi di autoconvincersi dell’assurdità dei suoi rituali e delle sue preoccupazioni si infrange contro l’impossibilità di essere certo al 100% che se non li mette in atto non accadrà qualcosa di brutto ai suoi cari.”

(Mancini, 2016)

2.11.1 Schema del problema di Roberto

- Evento: *Libri e fogli non sono perfettamente allineati sulla scrivania.*
- Prima valutazione: *“E se questo disordine causasse un incidente o una malattia ai miei cari? So che è implausibile, ma posso forse escluderlo con certezza assoluta? Sarei gravemente colpevole se trascurassi questa possibilità.”*
- Tentativo di soluzione 1: *Rituali di ordine e simmetria.*
- Seconda valutazione: *“I miei timori sono infondati ed esagerati”, inoltre: “I tentativi di soluzione hanno un alto costo”.*
- Tentativo di soluzione 2: *Autoistruzioni di interrompere le compulsioni di ordine e simmetria e tentativi di autoconvincersi dell’infondatezza delle preoccupazioni.*

(Mancini, 2016)

3 Il Modello dell’occupazione umana

Questo capitolo è basato principalmente sull’opera di Taylor del 2017 “Kielhofner’s Model of Human Occupation – Fifth Edition” quindi per evitare continui riferimenti allo stesso non lo citerò di continuo all’interno del testo, ma citerò solo i riferimenti agli altri autori. Il modello dell’occupazione umana è stato pubblicato per la prima volta nel 1980 dal suo fondatore, il Dottor Gary Kielhofner (“Introduction to MOHO”, n.d.). Si tratta di un modello pratico e concettuale basato sulle evidenze, che spiega come le persone si adattano alla situazione di disabilità che stanno vivendo e come esse riscoprono modalità soddisfacenti e piene di significato per vivere la propria vita. Oltre a ciò il MOHO è anche un modello centrato sull’occupazione, vale a dire che definisce e utilizza un approccio terapeutico che si concentra sull’impegno e sulla partecipazione nelle occupazioni da parte del paziente come meccanismo di cambiamento. Il MOHO è inoltre un modello orientato alla pratica clinica, è centrato sul paziente e ne ha una visione olistica; infatti il corpo e la mente sono visti come parti integranti della totalità

della persona. Questo modello ergoterapico è composto da quattro elementi: volizione, abitudine, capacità di performance e ambiente. Il MOHO abbraccia questi quattro elementi e spiega come la persona si impegna in un'occupazione come risultato della dinamica e interazione reciproca fra di loro.

3.1 Le quattro componenti del MOHO

- **Volizione:** *Si riferisce alla motivazione che una persona ha di svolgere una determinata occupazione.* Ogni individuo ha dei propri e unici pensieri e percezioni volizionali, i quali si sviluppano dapprima a livello biologico sotto forma di sensazioni e si trasformano poi in inclinazioni personali influenzando le capacità che una persona decide di sviluppare, ciò che piace e ciò che si considera importante. Inoltre, nel corso della vita ogni persona accumula una propria storia di ciò che fa, sperimenta e riflette, che va a formare la volizione la quale si modifica in base alla storia personale e alle circostanze di vita. Il concetto di volizione ha a sua volta delle componenti; infatti i pensieri e le percezioni rispetto alle proprie competenze, al piacere del fare e ai valori sono sempre sovrapposti. Le persone vogliono essere competenti nel fare ciò che valorizzano, e tendono a trovare piacevoli le cose che riescono a fare bene; di conseguenza la volizione di una persona può essere compresa solo se si analizza la relazione dinamica che intercorre tra la causalità personale, i valori e gli interessi. La volizione è inoltre un processo dinamico che include un circolo di anticipazione, presa di decisioni, sperimentazione del fare e infine valutazione e interpretazione. In conclusione si può dire che la volizione determina il fare e ha un'influenza sulla vita occupazionale, guida nella scelta di attività e occupazioni e determina gran parte delle cose che si fanno.
- **Abituazione:** *Si riferisce al processo nel quale l'occupazione viene organizzata in modelli e routine. Questi modelli formano abitudini ripetute e includono ruoli pubblici e privati.* L'abitudine è una prontezza interiorizzata nel mettere in atto dei comportamenti, guidata dalle abitudini e dai ruoli e che si adatta alle caratteristiche delle routine temporali, fisiche e dell'ambiente sociale. L'abitudine permette alle persone di cooperare con il loro ambiente in modo da realizzare le proprie azioni di routine. L'abitudine è composta da due elementi: le abitudini e i ruoli interiorizzati. Le abitudini sono delle tendenze che si hanno acquisito a rispondere e performare automaticamente in certi contesti famigliari e situazioni; queste hanno tre tipi di influenza sulla vita occupazionale della persona: impattano su come l'attività di routine viene svolta, regolano quanto tempo viene solitamente utilizzato e generano stili di comportamento che caratterizzano un certo numero di performance occupazionali. Le azioni di routine sono influenzate dal fatto che ognuno di noi appartiene a, e agisce in, un sistema sociale. Avere un ruolo interiorizzato significa avere un'identità e agire in un modo che riflette un determinato ruolo; infatti la maggior parte di quello che la persona fa, viene fatto come sposa, madre, studente, e molto altro ancora, e di conseguenza si può dire che un ruolo interiorizzato è l'incorporazione di un definito stato sociale e/o personale relazionato a dei modelli di attitudine e modalità di agire. I ruoli organizzano le azioni in tre modalità: prima di tutto influenzano il tipo e il contenuto delle azioni, secondariamente ogni ruolo porta con sé un dato numero di azioni che riflettono questo ruolo, ed infine ogni giorno

comprende una successione di ruoli ordinari e di sovrapposizioni di ruoli. I ruoli sono quindi come degli spazi sociali nei quali la persona entra, agisce ed esiste. In conclusione: le abitudini e i ruoli interiorizzati che formano l'abituazione, posizionano la persona in un territorio familiare di vita quotidiana e la rendono pronta ad interagire con il contesto fisico, sociale e temporale nel quale è inserita.

- **Capacità di performance:** *Descrive la percezione e l'esperienza propria della persona nell'abilità di svolgere una determinata occupazione.* La moltitudine di cose che una persona fa richiede che si possa interpretare e sentire il mondo, muovere il proprio corpo nello spazio, manipolare gli oggetti, pianificare le azioni e comunicare ed interagire con gli altri. La capacità di performance è l'abilità di agire fornita da componenti oggettive (fisiche) e soggettive (mentali); ogni occupazione riflette la complessità della capacità umana di agire e sottolinea che questa capacità include sia aspetti di tipo fisico che di tipo mentale. Qui di seguito vengono approfonditi entrambi gli aspetti. Componenti oggettive della capacità di performance: la performance dipende dai vari sistemi del corpo (per esempio muscolo-scheletrico, neurologico, cardio-polmonare e altri ancora) ma anche da abilità cognitive come la memoria. Quando le persone svolgono delle attività, esercitano queste abilità. Componenti soggettive della capacità di performance: Le esperienze soggettive modellano il modo di fare di una persona e permettono al terapeuta di scoprire informazioni rilevanti per la terapia. Nel MOHO si utilizza il concetto di "corpo vissuto" che si riferisce all'esperienza di essere e di conoscere il mondo attraverso il corpo, e dietro al quale ci stanno due idee fondamentali: prima di tutto, che mente e corpo sono visti non come fenomeni separati, bensì come parte di un'un'entità singola ovvero il "corpo vissuto"; secondo, che l'esperienza soggettiva della performance è fondamentale per come agiamo in quanto nel fare e nell'imparare a fare non si utilizzano solo le componenti oggettive, ma anche l'esperienza per esercitare le proprie capacità.
- **Ambiente:** *Si riferisce sia al contesto fisico che sociale all'interno del quale la persona svolge una determinata occupazione. Idealmente sia gli elementi fisici che sociali dell'ambiente servono a facilitare l'impegno della persona nel svolgere un'occupazione.* Secondo Kielhofner l'ambiente può essere definito come l'insieme di componenti fisiche, sociali, economiche, politiche e culturali del contesto di una persona che interagiscono fra loro tramite la motivazione, l'organizzazione e la messa in atto di un'occupazione. Molte persone operano in una varietà di contesti differenti ogni giorno, ed è proprio in questi contesti che si incontrano diversi spazi fisici, oggetti, relazioni, interazioni, occupazioni e attività, così come aspettative e opportunità di fare, il tutto inserito in un contesto culturale unico. L'ambiente procura alla persona una vastità di opportunità e risorse che facilitano la scelta e lo svolgimento delle attività.

3.2 Interazione persona-ambiente e teoria dinamica dei sistemi

Il MOHO pone al centro l'occupazione e operazionalizza i fattori che contribuiscono alla scelta della persona per quanto riguarda le occupazioni, i sentimenti e le azioni contenute nell'occupazione. Secondo l'American Occupational Therapy Association (AOTA) un'occupazione è qualcosa che la persona fa quotidianamente e che gli procura un significato e un senso di identità. Il MOHO si interessa a come la persona

partecipa nelle occupazioni quotidiane per raggiungere un senso di competenza e identità, e spiega come le occupazioni vengono scelte, modellate e svolte. Oltre a ciò questo modello descrive le interazioni e la natura delle dinamiche che si creano nell'occupazione in base all'influenza delle componenti citate in precedenza: volizione, abitudine, capacità di performance e ambiente. Il MOHO spiega come le persone sono motivate a compiere delle occupazioni (volizione) e ripetono queste loro performance nel tempo (abitudine). Quando un'occupazione viene ripetuta, la percezione individuale della persona nei confronti delle proprie capacità cambia (capacità di performance). Tutto questo processo avviene all'interno di un contesto fisico e sociale (ambiente) che facilita l'impegno occupazionale. Il Modello dell'occupazione umana è basato sulla teoria dinamica dei sistemi (originariamente era basato sui concetti dei sistemi aperti e della teoria generale dei sistemi, che si sono poi evolute nella più recente teoria dinamica dei sistemi), la quale teorizza che un'azione è fatta sulla base di un'interazione tra diversi sistemi. Questa teoria descrive come i sistemi biologici si auto-organizzano e si muovono attraverso una fluttuazione di continuità e cambiamento; quindi, sempre secondo la teoria dinamica dei sistemi, il movimento non è solamente una questione di tipo fisico (della persona) bensì è anche qualcosa che viene influenzato dai desideri, dalle motivazioni, dalle abitudini, dalle routine, dalla fiducia nelle proprie abilità e dall'ambiente. La teoria dinamica dei sistemi ipotizza che la persona preferisce restare in uno stato di equilibrio e in un certo tipo di forma di comportamento; tuttavia, per facilitare il cambiamento, la persona deve fare esperienza di una perturbazione, la quale causa un senso di sconcerto e segnala che c'è bisogno di un cambiamento. Gli ergoterapisti si trovano spesso confrontati con pazienti che hanno dovuto sperimentare e sottostare a dei cambiamenti nei loro modelli occupazionali; è quindi loro compito aiutare queste persone a sviluppare nuovi modelli di performance tenendo conto di tutti i fattori che influenzano la performance occupazionale. Ci sono diverse variabili che influenzano l'occupazione, fra queste vi sono anche gli aspetti neurologici, motori, cognitivi, emotivi, del compito e l'ambiente. Gli ergoterapisti che applicano la teoria dinamica dei sistemi possono esaminare questa moltitudine di fattori che influenzano la performance occupazionale della persona; in questo senso il MOHO fornisce agli ergoterapisti una struttura per organizzare i pensieri e le informazioni riguardo ai vari sistemi. Capire l'occupazione attraverso il MOHO permette ai terapisti di integrare la complessità della teoria dinamica dei sistemi e di impiegarla nella pratica ergoterapica.

I seguenti principi guidano il processo del MOHO nella comprensione della complessità dell'occupazione umana:

1. *Azioni, pensieri ed emozioni relativi all'occupazione derivano dall'interazione dinamica fra volizione, abitudine, capacità di performance e contesto ambientale.* Quello che la persona fa, pensa riguardo alle proprie azioni, le emozioni che percepisce riguardo alla propria performance occupazionale e l'impegno che ci mette, sono il risultato dell'interazione dinamica tra volizione, abitudine, capacità di performance e ambiente. Il MOHO fornisce una struttura che permette di capire i problemi della persona e come questi sono relazionati alla motivazione, alle abitudini, alle capacità di performance, alle abilità e/o all'ambiente.
2. *Cambiamenti in qualsiasi aspetto della volizione, abitudine, capacità di performance e/o dell'ambiente possono risultare in cambiamenti a livello di*

pensieri, sensazioni e azioni che costituiscono un'occupazione. Secondo un concetto della teoria dinamica, un cambiamento critico in un fattore può modificare l'intera dinamica e risultare in un differente tipo di comportamento.

3. *La volizione, l'abituazione e la capacità di performance vengono mantenute e cambiate tramite quello che una persona fa, pensa e sente rispetto al fare.* Gli essere umani sono dei sistemi altamente organizzati che vengono mantenuti da processi fisiologici, mentali, affettivi e comportamentali. Le persone diventano ciò che fanno, pensano e sentono rispetto al fare; ciò significa che esse cambiano e si sviluppano nel tempo dipendentemente dalle occupazioni che svolgono e modellano il proprio essere proprio attraverso le proprie occupazioni.
4. *Un particolare modello di volizione, abituazione, e capacità di performance viene mantenuto fino al momento che i pensieri, le sensazioni e le azioni di fondo vengono ripetute costantemente in un ambiente che le supporta.* Le persone esibiscono una certa costanza in quello che sono e in quello che fanno nell'arco del tempo. Gli individui sviluppano un'identità occupazionale quando mantengono e ripetono un determinato stile di impegno; l'identità occupazionale si riferisce infatti all'idea che gli individui sviluppano un senso di chi sono e chi desiderano diventare tramite l'occupazione basata sull'accumulo e il riflesso delle esperienze di vita.
5. *I cambiamenti richiedono che i nuovi pensieri, sensazioni e azioni siano sufficientemente ripetuti in un ambiente consistente per organizzarsi in un nuovo modello.* Un cambiamento a livello di volizione, abituazione, capacità di performance o di ambiente può alterare l'intera dinamica, portando a far emergere qualcosa di nuovo. Quindi, un elemento chiave del cambiamento è la presenza di un'alterazione (perturbazione) nelle circostanze esterne o interne della vita di una persona, che risulta nell'emergere di nuovi pensieri, sensazioni e comportamenti. Una condizione del cambiamento è inoltre il fatto che questi nuovi pensieri, sensazioni e comportamenti devono continuare nel tempo, poiché solo attraverso la ripetizione la persona può cominciare a riaffermare e modellare sé stessa.

3.3 La dimensione del fare

Nel MOHO il fare è stato descritto su tre livelli :

- Partecipazione occupazionale
- Performance occupazionale
- Abilità occupazionali

La partecipazione occupazionale si riferisce a quello che la persona fa in generale; descrive l'impegno che la persona mette nel lavoro/studio, nel gioco e nelle attività della vita quotidiana. La performance occupazionale comprende gli atti o unità del fare che vengono svolti. Nel modello dell'occupazione umana la performance occupazionale deve essere vista come impegno in una forma occupazionale, il che significa completare un atto che include una serie di livelli che conducono all'attività desiderata. Quando questi atti sono ripetuti come parte di una routine, diventano un'abitudine. Le abitudini è più probabile che si formino quando la persona fa una scelta motivazionale di impegnarsi in un determinato atto. Ogni atto ed eventuale abitudine di performance si svolge in un ambiente fisico e sociale che dovrebbe facilitarlo; è quindi importante che

oltre alla volizione e all'abitudine ci sia un ambiente che favorisca la performance della persona. Le abilità occupazionali nel MOHO sono di tre tipi: motorie, processuali, comunicative e d'interazione; sono osservabili e dirette all'obiettivo di compiere una performance occupazionale. Come visto finora, il fare include diverse dimensioni della partecipazione alle occupazioni. Questa partecipazione risulta nell'adattamento occupazionale e negli elementi ad esso correlati, inclusa l'identità occupazionale e la competenza occupazionale, entrambi i quali influenzano e sono influenzati dall'ambiente. Secondo Kielhofner adattamento occupazionale è composto da due elementi interrelati: l'identità occupazionale e la competenza occupazionale. Kielhofner considera adattamento occupazionale come lo sviluppo di un'identità occupazionale positiva, accoppiata all'esperienza della competenza occupazionale nel tempo in un contesto ambientale.

- **Identità occupazionale:** È definita come il senso di chi si è e chi si desidera diventare tramite l'essere occupazionale generato dalla propria storia di partecipazione occupazionale.
- **Competenza occupazionale:** È il livello al quale una persona giunge sostenendo con successo la partecipazione occupazionale che riflette la propria identità occupazionale.
- **Impatto ambientale:** Si riferisce al modo in cui le caratteristiche della persona e dell'ambiente si integrano dinamicamente mentre la persona partecipa a un'occupazione.
- **Adattamento occupazionale:** È definito in questo caso come avere un'identità occupazionale positiva e la corrispondente competenza occupazionale costruita nel tempo attraverso le dinamiche di un'interazione costante tra fattori personali e l'impatto ambientale.

L'adattamento occupazionale è quindi la conseguenza della storia di una persona a livello di partecipazione occupazionale, ruoli occupazionali, scelta di attività fra questi ruoli, partecipazione in queste attività, impegno nei vari livelli delle attività e performance nelle azioni comprese nei vari livelli di attività. Durante questo processo la persona riceve dei feedback dall'ambiente sociale e percepisce l'esperienza soggettiva della propria performance e del significato del contesto tramite l'ambiente fisico. Le caratteristiche personali, in interazione con quelle ambientali, influenzano la partecipazione alle occupazioni. Attraverso la partecipazione le nostre volizioni, abitudini e capacità di performance vengono continuamente modellate; inoltre attraverso questa continua interazione tra noi e l'ambiente, le caratteristiche dell'ambiente hanno un impatto sullo sviluppo delle nostre volizioni, abitudini e capacità di performance. Nel tempo costruiamo la nostra identità e competenza occupazionale attraverso la partecipazione alle occupazioni. L'identità occupazionale e la competenza occupazionale vengono realizzate come sviluppo e risposta ad ogni cambiamento che avviene nella vita, inclusa la comparsa di malattie.

3.4 Creazione della vita occupazionale

Le persone creano la propria vita occupazionale attraverso un sistema dinamico e un processo ininterrotto che generano e mantengono l'identità occupazionale e la competenza occupazionale. Come visto in precedenza, l'identità occupazionale

rappresenta il senso di sé e del proprio futuro generato dalla partecipazione occupazionale; si deve inoltre considerare che la competenza occupazionale implica il fatto di sostenere un modello di partecipazione che riflette la propria identità. Sia l'identità occupazionale che la competenza occupazionale racchiudono come gli aspetti di volizione, abitudine e capacità di performance, orientano collettivamente ogni persona sulla propria vita; questi elementi sono sempre in sottofondo e modellano come la persona crea la propria vita occupazionale nel corso del tempo e inserendosi in un proprio contesto fisico e sociale.

3.5 Cambiamenti occupazionali e sviluppo

Lo sviluppo umano abbraccia un processo ininterrotto di cambiamenti multidimensionali e multisistemici. Questa continua evoluzione, tuttavia, diventa sempre più complessa con l'avvento di una disabilità fisica o di una malattia cronica. Tramite l'atto del fare, la persona viene spinta in una traiettoria di cambiamenti nell'arco della vita; il corso della vita si può dire che viene modellato dalle occupazioni. Lo sviluppo occupazionale implica un complesso processo di cambiamento a livello di volizione, abitudine e capacità di performance. Questo processo si può spiegare come segue: inizialmente un'alterazione di alcune componenti interne o esterne contribuisce a portare qualcosa di nuovo all'intera dinamica, dalla quale emergono poi nuovi pensieri, sensazioni e azioni. In seguito, quando queste condizioni sono state sufficientemente ripetute e integrate, volizione, abitudine e capacità di performance si coalizzano in una nuova organizzazione interna. Infine, l'interazione tra la nuova organizzazione interna e il contesto porta a mantenere un nuovo stile di pensiero, percezione e azione. Riassumendo i cambiamenti a livello di volizione, abitudine e capacità di performance avvengono insieme e sono supportati dal contesto fisico, sociale e occupazionale; tuttavia ciò non significa che questi elementi cambiano in modo lineare ma piuttosto bisogna sottolineare che ogni elemento del MOHO può cambiare in misura diversa e con tempistiche diverse all'interno dello stesso processo di cambiamento. Dalla prospettiva del terapeuta, il cambiamento riguarda il fatto di vedere un'opportunità attraverso le quattro dimensioni del MOHO (volizione, abitudine, capacità di performance e ambiente); il paziente può essere sostenuto dal terapeuta nel percorrere inizialmente la dimensione con meno resistenze, sapendo che già solo lavorando su una dimensione anche le altre saranno ingaggiate nel processo di cambiamento. I cambiamenti generalmente accorrono attraverso un continuum di esplorazione di competenze e di successo; questo continuum è normalmente coinvolto in cambiamenti di tipo trasformazionale ma anche catastrofe. Ciò significa che le persone si muovono tipicamente attraverso questi livelli quando si trovano confrontate con nuovi ruoli, incontrano nuovi contesti e compiono cambiamenti nello stile di vita, oppure anche quando devono riorganizzare la propria vita in risposta a un evento o a delle circostanze distruttive. Questo continuum di sviluppo può coinvolgere tutte le aree occupazionali della vita di una persona, e quindi quando occorre una disabilità o una problematica di salute cronica la persona deve riorganizzare come vede sé stessa e le proprie abilità, come consegue la soddisfazione e la significatività nella vita, e come si relaziona al lavoro, al divertimento e alle attività della vita quotidiana. Secondo il MOHO, l'esplorazione è il primo passo del cambiamento nel quale la persona sperimenta nuove cose e, di conseguenza, impara e scopre nuove capacità, preferenze e valori. Una persona esplora quando sta imparando nuove forme di occupazione, sta facendo dei cambiamenti di ruolo o sta cercando nuove fonti di significato nella propria vita; l'esplorazione fornisce l'opportunità di imparare, scoprire nuovi modi di fare e scoprire nuove modalità di espressione delle proprie abilità, e per fare ciò è necessario che ci sia un ambiente sicuro e non pretenzioso. Un ulteriore livello del cambiamento è

la competenza, che corrisponde a quando la persona comincia a solidificare nuove modalità di fare che sono state scoperte tramite l'esplorazione. Durante questo stadio di cambiamento la persona si sforza di essere adeguata alle domande della nuova situazione, migliorando sé stessa o aggiustando le domande del contesto e le aspettative; la competenza fornisce all'individuo un senso crescente di autocontrollo. Infatti, quando una persona si sforza di organizzare la propria performance in una routine con un comportamento competente e rilevante per il contesto nel quale si inserisce, si immerge in un processo di diventare, crescita e sviluppo del senso di efficacia. Un ultimo livello del processo di cambiamento corrisponde alla realizzazione e al successo, che si manifestano quando una persona possiede sufficienti abilità e abitudini che le permettono di partecipare a nuovi incarichi lavorativi, attività di piacere o attività della vita quotidiana. Durante questo stadio di cambiamento, la persona integra nella propria vita una nuova area di partecipazione occupazionale, così come nuovi ruoli e routine possono venire modificati per sostenere il nuovo modello di competenza occupazionale. Occorre tuttavia ricordare che questi tre stadi del cambiamento descrivono la traiettoria dei cambiamenti nella vita occupazionale di una persona, ma non sono in un ordine assoluto in quanto ci si può muovere avanti e indietro attraverso questi tre livelli. Infine, si presume che quando una persona comincia un percorso di cambiamento vuol dire che questa è pronta per compiere effettivamente dei cambiamenti, cosa che per varie ragioni non è sempre così.

3.6 Il ragionamento terapeutico

Dopo questa introduzione al MOHO, mi concentro ora sulla descrizione del processo terapeutico che viene messo in atto utilizzando questo modello.

Il MOHO è un modello centrato sulla persona in quanto:

- Ogni paziente è visto come un unico individuo le cui caratteristiche determinano il tipo di obiettivi terapeutici e l'intervento
- Ciò che il paziente fa, pensa e sente è situato al centro del meccanismo di cambiamento

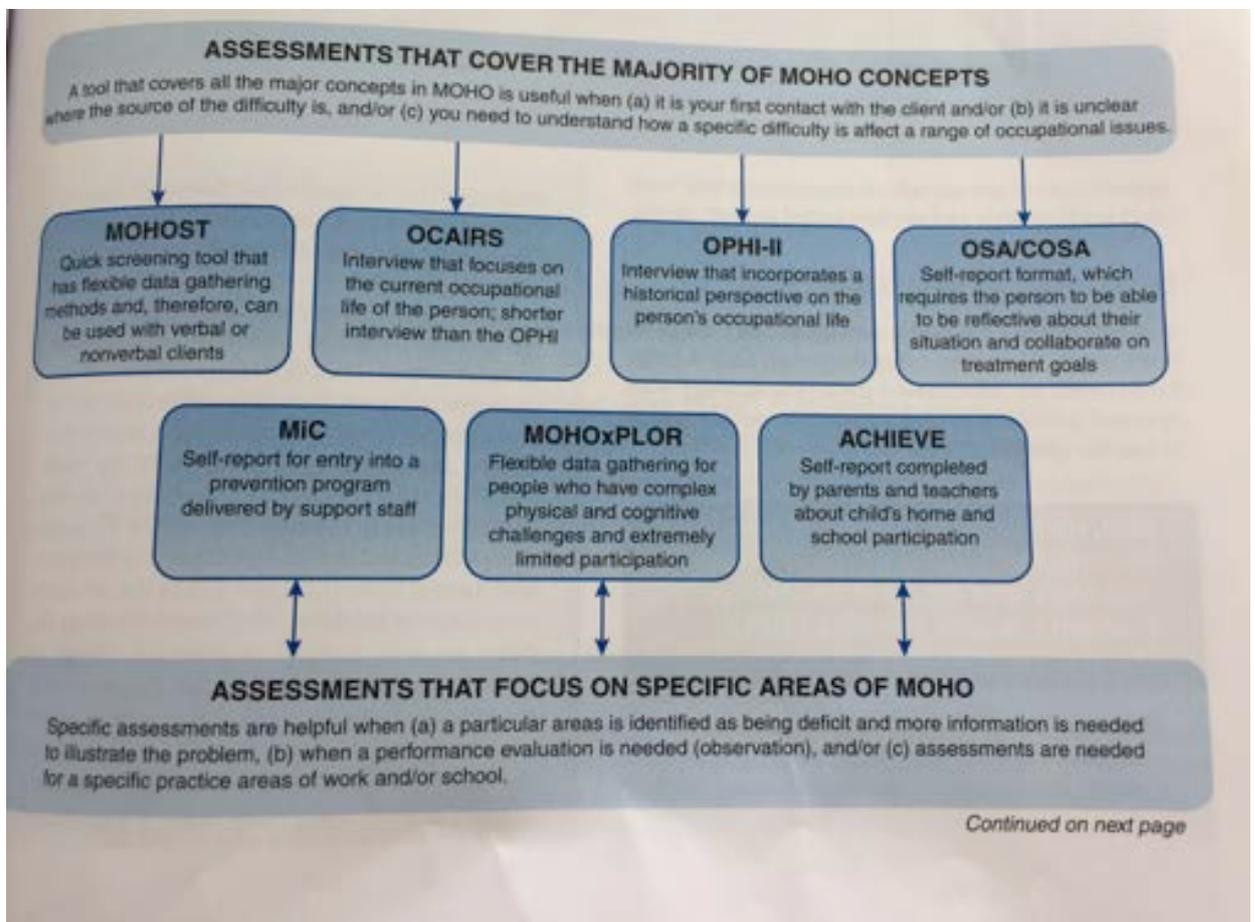
L'impegno occupazionale del paziente (ovvero ciò che fa, pensa e sente) è la dinamica centrale della terapia. L'intervento basato sul MOHO sostiene ciò che la persona fa, pensa e sente in modo da ottenere il cambiamento desiderato dal paziente e dalla sua situazione.

3.7 Metodi e strumenti di valutazione

La valutazione è fondamentale per prendere delle decisioni corrette rispetto agli obiettivi e alle strategie da utilizzare in ergoterapia con il paziente. Si possono utilizzare valutazioni non-standardizzate e valutazioni standardizzate.

- Approcci non standardizzati: Sono metodi di valutazione informali utilizzati per raccogliere informazioni. Per esempio: fare conversazione con la persona all'inizio della seduta, osservare uno studente durante una visita all'interno della classe, notare il comportamento di un paziente durante una terapia di gruppo.
- Approcci standardizzati: Sono metodi di valutazione creati appositamente per ottenere le informazioni necessarie in modo accurato e rilevante.

Nessuna valutazione del MOHO è creata per essere utilizzata con un specifico gruppo diagnostico. Il MOHO si concentra infatti sul comprendere quale impatto ha una malattia o disagio sulla partecipazione occupazionale della persona. Alcune valutazioni sono particolarmente rilevanti per una data popolazione; in altri casi, quando si conosce l'effetto consueto che una data malattia ha sull'occupazione, si utilizzano specifici metodi di valutazione. Quando ci si trova poi confrontati con eventi traumatici o gravi malattie che alterano in modo significativo la vita della persona, bisogna considerare che di conseguenza ci sarà un cambiamento a livello degli interessi e della partecipazione a questi interessi, a livello dei ruoli e a livello dell'identità e competenza occupazionale. In questi casi si utilizzano degli strumenti di valutazione che raccolgono informazioni riguardo ai cambiamenti che sono avvenuti nella vita del paziente in seguito all'avvento della malattia e di altre situazioni di disagio. Nelle prossime due immagini sono riportati degli strumenti di valutazione basati sul MOHO, categorizzati in base al fatto se sono generali o specifici (Fig. 1-2).



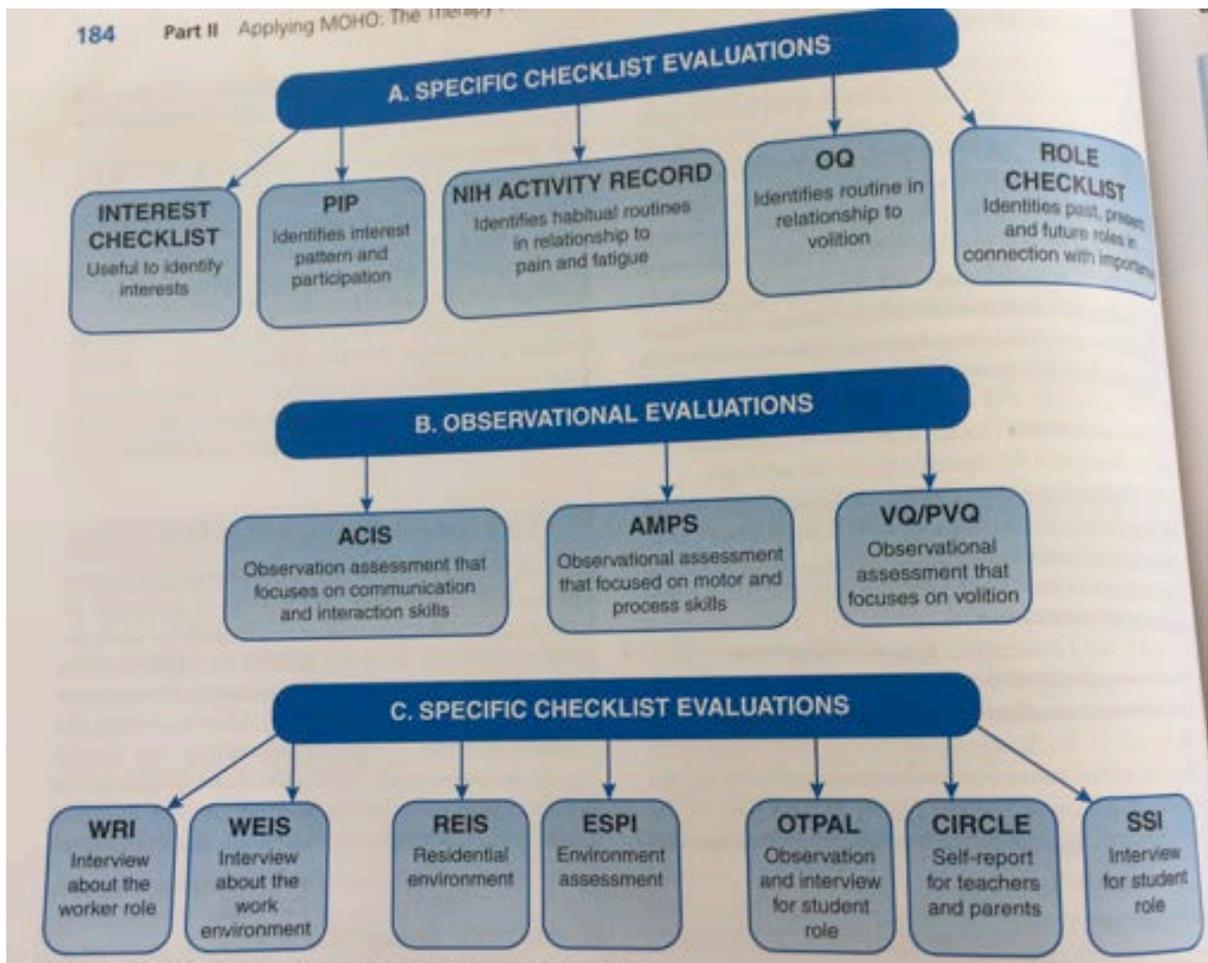


Fig. 1-2: Albero decisionale per gli strumenti di valutazione del MOHO

Nelle situazioni in cui ci sia tempo per fare un'unica valutazione è raccomandabile che il terapeuta scelga uno strumento fra quelli della prima linea che comprende la raccolta di maggiori informazioni. Nel caso in cui un paziente ha delle sfide specifiche da affrontare, occorre scegliere una valutazione specifica dell'area interessata e quindi la scelta ricade sulla seconda linea. Infine, se si lavora in un contesto specifico, si possono considerare le valutazioni dell'ultima riga.

3.8 L'occupazione

Concludo l'introduzione al MOHO con un breve capitolo sull'occupazione, in quanto è un elemento centrale della pratica ergoterapica. Nella scelta delle attività l'ergoterapista si impegna a procedere in modo personalizzato e individualizzato nei confronti della persona, e per fare ciò si lascia guidare da una serie di criteri relativi al paziente e al ambiente (Kubny-Lüke, 2017).

- Criteri relativi al paziente: Per scegliere l'occupazione adeguata il terapeuta si orienta sulla volizione, sull'abituazione e sulla capacità di performance del proprio paziente. Ciò significa che l'occupazione proposta deve essere in armonia con gli interessi del paziente, le aspettative e sfide del paziente devono essere soddisfatte e il valore che esso attribuisce a un'occupazione deve essere riconosciuto. Oltre a ciò il terapeuta deve tenere conto che le occupazioni scelte abbiano una rilevanza per i ruoli e le abitudini del paziente, che le abilità del

paziente vengano considerate così come gli obiettivi che sono stati posti (Kubny-Lüke, 2017).

- Criteri relativi all'ambiente: Nella scelta dell'occupazione l'ergoterapista tiene conto del setting occupazionale quotidiano del paziente e si adatta ad esso, inoltre fa in modo che le occupazioni proposte siano il più possibile realistiche e in relazione allo stile di vita del paziente. Per fare ciò il terapeuta si orienta sulle possibilità che offre il contesto di vita del paziente e sulle occupazioni che questo contesto offre (Kubny-Lüke, 2017).

4 Relazione tra DOC e MOHO

Ho deciso di mettere in relazione il disturbo ossessivo-compulsivo con il modello dell'occupazione umana in quanto, come visto in precedenza, il DOC ha delle ripercussioni sulla vita occupazionale quotidiana della persona e il MOHO si concentra proprio sull'occupazione e sui cambiamenti che avvengono quando vi è un cambio all'interno della quotidianità della persona, come nel caso di una malattia psichiatrica. Sempre in relazione alla quotidianità della persona, sottolinea Mancini (2001) che ossessioni e compulsioni sono da considerare dannose "per il tempo che prendono, per le rinunce che comportano, e per le ricadute che hanno sugli altri e sulla propria salute mentale." Utilizzando nel mio lavoro di tesi il punto di vista della psicologia cognitiva (intesa come approccio psicologico diretto alla comprensione di scopi e conoscenze) tengo conto del fatto che proprio con questo approccio cognitivista si attribuisce un significato ed un fine all'attività ossessiva; come visto in precedenza, ossessioni e compulsioni possono quindi venire considerate attività finalizzate al raggiungimento di un obiettivo presente nella mente del paziente (Mancini, 2001). Basandomi su questo presupposto appare quindi evidente che la vita occupazionale della persona, così come i suoi ruoli e il contesto socio-culturale e ambientale nel quale essa è inserita vengono toccati dal DOC in maniera non indifferente e che bisogna quindi andare a lavorare non solo sul disturbo ma anche su ciò che esso comporta. Infatti bisogna considerare che quando una persona subisce un'alterazione significativa nella propria vita quotidiana e occupazionale a seguito di una malattia, ci sarà di conseguenza anche un cambiamento a livello degli interessi e della partecipazione a questi interessi, a livello dei ruoli e a livello dell'identità e competenza occupazionale (Taylor, 2017). Gli ergoterapisti si confrontano di frequente con pazienti che hanno subito dei cambiamenti a livello occupazionale, ed è loro compito aiutare queste persone a ritrovare dei modelli occupazionali adatti a loro tenendo conto di tutti i fattori che influiscono sulla quotidianità occupazionale (Taylor, 2017). Proprio nel trattamento del DOC gli ergoterapisti hanno come compito fondamentale quello di venire a conoscenza di quali abitudini e attività la persona ha rinunciato per poter continuare a mettere in atto i comportamenti compulsivi (Kubny-Lüke, 2017) e per farlo sono di rilevante importanza gli strumenti di valutazione del MOHO (vedi capitolo MOHO: metodi e strumenti di valutazione) che raccolgono proprio le informazioni riguardanti i cambiamenti occupazionali che sono avvenuti nella vita della persona a causa della malattia (Taylor, 2017). Nel MOHO l'impegno occupazionale del paziente sta al centro della terapia e l'intervento sostiene ciò che la persona fa, pensa e sente in modo da ottenere il cambiamento desiderato in base alla situazione (Taylor, 2017). Nel caso del DOC è importante avere un modello di riferimento che mette al centro l'occupazione, in quanto è proprio un elemento fondamentale della vita della persona che viene compromesso e che ha delle ripercussioni sulla vita sociale, lavorativa e del tempo libero della persona.

Il corso della vita viene modellato dalle occupazioni (Taylor, 2017), tuttavia accade che con l'avvento di una malattia queste occupazioni vengano modificate così come tutto il sistema di vita della persona, come nel caso di un disturbo ossessivo-compulsivo. La realizzazione delle occupazioni nei pazienti con DOC, infatti, è spesso alterata a causa dei pensieri intrusivi (ossessioni) e dei comportamenti ripetitivi (compulsioni). Il DOC perturba quindi il rapporto tra il tempo desiderato per realizzare una determinata occupazione e il tempo consacrato a questa (Ung, Tétreault, Briffault & Morgiève, 2018). Un altro aspetto da tenere in considerazione quando si prende a carico un paziente con DOC in ergoterapia, è il tipo di terapia che ha svolto fino a quel momento; questo è importante per capire su cosa porre l'accento per aiutare la persona nella sua totalità e iniziare un percorso terapeutico che le fornisca tutti gli strumenti per far fronte al DOC sia a livello concreto nella vita quotidiana che a livello psico-emotivo e di consapevolezza. Infatti bisogna considerare che se un paziente è stato sottoposto a una terapia psicologica di tipo cognitivo-comportamentale, l'accento sarà stato posto fino a quel momento sulla psicoeducazione³ alle caratteristiche del proprio DOC e al trattamento di confronto con il fattore scatenante e il relativo impedimento della reazione⁴ che viene solitamente messa in atto per farvi fronte (Comer, 2008). Di conseguenza l'ergoterapista che mette in atto un trattamento basandosi sul MOHO può andare a lavorare sulle dimensioni di volizione, abitudine e capacità d'esecuzione e al relativo contesto di vita del paziente, con lo scopo di aiutare quest'ultimo a scoprire e approfondire la conoscenza e consapevolezza di sé stesso e della propria vita occupazionale, il tutto relazionato a ciò che il DOC comporta.

5 Ipotesi

Dal momento che la paziente che incontrerò è stata finora sottoposta a un trattamento di tipo cognitivo-comportamentale con il proprio psichiatra di riferimento, con il quale ha sicuramente trattato molteplici situazioni quotidiane e relative agli ambiti occupazionali, mi aspetto che a seguito delle valutazioni ci possa essere un momento di sconforto in quanto con il MOHO si andrà a toccare in profondità le tematiche sopracitate e in particolare l'aspetto dell'identità e dei ruoli occupazionali. Questi due elementi entrano direttamente in contatto con la parte di volizione della persona, che si contrappone alla parte occupata dal DOC e di conseguenza con la presa di consapevolezza rispetto a ciò che si vuole e ciò che si desidera essere e realizzare per rapporto alle aree occupazionali, entrando così in conflitto con il proprio DOC. Entrando in conflitto con il proprio DOC verrà probabilmente a crearsi una situazione di sofferenza nella persona,

³ Psicoeducazione: Il paziente viene inizialmente informato riguardo all'errata interpretazione dei pensieri indesiderati e dell'eccessivo sentimento di responsabilità, così come sui comportamenti di neutralizzazione che mette solitamente in atto. Spesso viene introdotto un allenamento all'abitudine per fare in modo che il paziente venga confrontato ripetutamente con i pensieri ossessivi-compulsivi allo scopo che questi perdano il loro senso di minaccia e che con il tempo diminuiscano, così come anche le azioni di neutralizzazione e l'ansia soggiacente (Comer, 2008).

⁴ Confrontazione con il fattore scatenante e relativo impedimento della reazione: Con questa tecnica il paziente viene ripetutamente confrontato con oggetti e situazioni che gli provocano solitamente ansia, paure ossessive e compulsioni. Il paziente non può tuttavia mettere in atto nessuno dei comportamenti che normalmente si sente in obbligo di compiere (Comer, 2008).

la quale tuttavia andrà vissuta in modo positivo poichè servirà da stimolo e punto di partenza per lavorare su sé stessa e sulle proprie occupazioni. Entrando nello specifico delle valutazioni, mi aspetto che alla somministrazione della Checklist degli interessi (IC) la paziente abbia un momento di sconforto in quanto vi sarà una presa di coscienza della moltitudine di attività alle quali ha dovuto rinunciare a causa del DOC. Allo stesso tempo questo aiuterà la paziente a ricostruire la propria vita occupazionale non solo relativa agli obblighi della vita quotidiana (per es. lavoro e famiglia) ma anche la parte riguardante i propri passatempi e attività di interesse personale, le quali fanno parte della vita di ciascuno e procurano benessere a livello psicologico, fisico e spirituale. Per quanto riguarda l'intervista sulla storia della performance occupazionale (OPHI-2) e la sua somministrazione, mi aspetto che la paziente resterà stupita della moltitudine di elementi che emergeranno riguardanti i propri ruoli occupazionali e in particolare la propria routine quotidiana. In questo senso presumo che ci sarà ancora una presa di coscienza della propria situazione occupazionale e in particolare l'accento verrà posto sulla volizione, sulle abitudini e sugli ambienti di vita.

6 Metodologia

6.1 Disegno di ricerca

Per questo mio lavoro di tesi ho scelto di utilizzare la metodologia del case study, il quale è uno studio intensivo e sistematico su una persona, un gruppo di individui o un'unità in cui il ricercatore esamina i fenomeni che avvengono nel setting naturale per incrementare la loro comprensione e poter generalizzare su molteplici unità (Heale & Twycross, 2018). In generale i dati raccolti nei case study sono spesso ma non esclusivamente di tipo qualitativo (Heale & Twycross, 2018). Nel mio caso si tratta di un singolo case study in quanto è stato molto difficile trovare una paziente che adempisse a tutti i criteri di inclusione definiti; i dati raccolti tramite l'OPHI-2, la Checklist degli interessi e le domande preparate per valutare l'efficacia di questi strumenti in caso di pazienti con DOC è di tipo prettamente qualitativo. La mia ricerca è quindi qualitativa; nel 2005 Denzin & Lincoln definiscono che la ricerca qualitativa include un approccio interpretativo e naturalistico sul soggetto di studio, infatti si studiano i soggetti nel loro setting naturale cercando di dare un senso o interpretare i fenomeni in una modalità per loro significativa. Inoltre nella ricerca qualitativa si utilizzano delle modalità di studio che permettono di raccogliere dei dati che descrivono le routine, i momenti problematici e significativi della vita degli individui e per farlo si ricorre ai case study, alle interviste, all'introspezione, e altri metodi (Aspers & Corte, 2019). La scelta di svolgere un singolo case study di tipo qualitativo è stata fatta proprio perché volevo entrare in contatto diretto con una persona con DOC per raccogliere dei dati qualitativi rilevanti sul suo vissuto tramite l'utilizzo degli strumenti di valutazione del MOHO, e al contempo capire se questi fossero effettivamente utili a raccogliere dei dati su una paziente con questo tipo di patologia psichiatrica per poter in seguito impostare un trattamento ergoterapico mirato.

6.2 Contesto di ricerca

Ho deciso di incontrare la paziente presso uno studio privato di ergoterapia nel Canton Ticino, sotto la supervisione di una delle docenti di tesi, per due giorni consecutivi con degli incontri della durata di circa tre ore e mezza ciascuno. Nel primo incontro ho raccolto l'anamnesi della paziente e in particolare la storia del suo DOC, le ho sottoposto le domande iniziali preparate in precedenza come mezzo per valutare l'efficacia dell'utilizzo degli strumenti del MOHO in caso di DOC, e infine si è dedicato

gran parte del tempo all'intervista riguardante la performance occupazionale della persona dell'OPHI-2. Il giorno seguente ho ripreso il discorso partendo da quanto emerso dall'intervista e insieme alla paziente ho compilato il grafico della narrazione della storia di vita dell'OPHI-2. Dopodiché si è continuato l'incontro con la somministrazione della Checklist degli interessi ed infine le ho sottoposto le domande finali per valutare l'efficacia di quanto proposto a livello di strumenti di valutazione del MOHO in caso di DOC. In assenza della paziente mi sono poi occupata di completare le scale di valutazione dell'OPHI-2 e di trascrivere tutti i dati raccolti. Ho deciso di non registrare quanto detto dalla paziente bensì di prendere nota a mano di tutto quanto discusso, per non mettere a disagio la paziente e creare un clima di massima privacy.

6.3 Partecipanti

6.3.1 Criteri di inclusione ed esclusione

I criteri di inclusione che ho considerato sono:

- DOC ancora attuale
- DOC del tipo F42.2 (disturbi con pensieri ossessivi e comportamenti compulsivi)
- Età da adolescenziale ad anziana

I criteri di esclusione considerati sono:

- DOC non più attuale e appartenente al passato
- Diagnosi di DOC associata ad altri disturbi mentali
- Età infantile

6.3.2 Modalità di reclutamento

La modalità impiegata per selezionare e reclutare la partecipante è stata quella di prendere contatto con uno psichiatra cognitivo-comportamentale specializzato nel trattamento del DOC, il quale, dopo avergli spiegato in cosa consisteva il mio lavoro di tesi, ha contattato alcuni dei suoi pazienti i quali si sono detti disponibili a partecipare al mio studio. Ho quindi proceduto di persona a contattare questi pazienti e tenendo conto dei criteri di inclusione ed esclusione che mi sono prefissata il campo si è ristretto ad una paziente che adempiva a tutti i criteri sopracitati. Gli altri due partecipanti non ho potuto considerarli in quanto una paziente aveva una storia di DOC ormai passata e non più attuale, mentre l'altro paziente aveva una diagnosi di un ulteriore disturbo mentale associato al DOC.

6.4 Raccolta dati/misurazioni

La scelta condivisa con due esperti di trattamento ergoterapico con MOHO, Tina Weber e Christian Pozzi, mi ha portato a utilizzare due strumenti di valutazione del MOHO per raccogliere informazioni rilevanti sulla paziente e sul suo DOC: l'OPHI-2 e la Checklist degli interessi. Inoltre, come strumento per misurare l'efficacia di questi due strumenti in caso di utilizzo con paziente con DOC e per rispondere alle mie domande di ricerca, ho preparato delle domande da porre alla paziente prima e dopo le valutazioni del MOHO. Di seguito illustro le caratteristiche degli assessment impiegati.

6.4.1 OPHI-2:

Per identificare a quali abitudini e attività la persona ha rinunciato per poter continuare a mettere in atto i comportamenti compulsivi (Kubny-Lüke, 2017), viene utilizzato lo strumento OPHI-2 di Kielhofner e Henry, il quale è composto da tre parti: un'intervista semistrutturata che raccoglie informazioni sulla storia di vita occupazionale del paziente, tre scale di valutazione relative ai dati raccolti durante l'intervista (che si concentrano sugli aspetti di identità occupazionale, competenza occupazionale e

setting di comportamento occupazionale) e uno schema per registrare i dati qualitativi che vengono raccolti tramite una narrazione da parte del paziente della propria storia di vita occupazionale che riflette in generale tutte le aree dell'intervista (Kielhofner et al., 2005).

L'intervista sulla performance occupazionale della persona è suddivisa in cinque parti:

- Routine quotidiana
- Ruoli occupazionali
- Setting di comportamento occupazionale
- Scelte di attività/di occupazione
- Eventi critici della vita

Mentre le tre scale di valutazione sono:

- Scala dell'Identità Occupazionale (rileva in che misura una persona ha interiorizzato un'identità occupazionale positiva)
- Scala della Competenza occupazionale (rileva in che misura una persona è capace di sostenere un modello di comportamento occupazionale che sia produttivo e soddisfacente)
- Scala dei Setting di Comportamento Occupazionale (rileva l'impatto che ha l'ambiente sulla vita occupazionale della persona)

I materiali utilizzati per svolgere l'OPHI-2 sono stati tratti dal manuale:

Kielhofner, G., Mallinson, T., Crawford, C., Nowak, M., Rigby, M., Henry, A., Walens, D. (2005). *L'intervista sulla storia della performance occupazionale. Manuale d'uso per l'OPHI II*. Milano: Franco Angeli. Inoltre come guida per eseguire l'intervista mi sono servita del documento: "Intervista riguardante la performance occupazionale", liberamente tradotto da "Scheda valutazione intervista occupazionale" modello di pratica AMPS-OTPM – Anne Fisher. G. Kielhofner, Mellinson T, Crawford C. "L'intervista sulla storia della performance occupazionale".

6.4.2 Checklist degli interessi:

Si tratta di una checklist con 68 attività da crociare che serve per identificare gli interessi passati, presenti e potenzialmente futuri della persona e crearne un profilo (Kubny-Lüke, 2017). Per la compilazione ho deciso di procedere nella modalità di sostenere la paziente e discutere con lei di ogni singola attività, prendendo nota a parte delle osservazioni importanti per l'analisi che emergevano. Gli autori di questa valutazione sono: Matsutsuyu 1969, Scaffa 1981, Kielhofner and Neville 1983. Non essendoci una traduzione italiana standardizzata di questa checklist, ho utilizzato il documento che mi è stato fornito dalla scuola.

6.4.3 Considerazioni etiche e anonimato dei dati:

Alla paziente è stato fatto firmare il documento di consenso informato che si trova in allegato (vedi allegato 1), preparato sulla base del modello elaborato da Swissetichs. L'anonimato dei dati è stato garantito utilizzando un acronimo nella trascrizione dei dati raccolti e non impiegando informazioni che possano in qualsiasi modo ricondurre alla paziente o a terze persone coinvolte.

6.5 Analisi dei dati

L'analisi dei dati è stata svolta ispirandomi al modello dell'analisi tematica secondo Braun & Clarke. Questo metodo è uno dei più diffusi nell'analisi qualitativa e serve per identificare, analizzare e raccontare dei temi presenti all'interno dei dati raccolti ed è

composto da sei fasi (Braun & Clarke, 2006). Inizialmente mi sono familiarizzata con i dati raccolti durante gli incontri con la paziente, in seguito ho proceduto generando dei codici/titoli per alcune parti rilevanti dell'intervista dell'OPHI-2 e della Checklist degli interessi e ho poi cercato e preso nota dei temi generali che apparivano in entrambe. Ho proceduto verificando i temi identificati e i legami fra loro esistenti e in seguito ho sviluppato e interpretato questi temi suddividendoli per strumento di valutazione utilizzato per la raccolta dei relativi dati, e ho redatto un rapporto sotto forma di discussione.

6.6 Bias

Alla paziente è stato spiegato al momento del reclutamento in cosa sarebbero consistiti i due incontri, ma senza specificare che cos'è l'ergoterapia e quale scopo specifico hanno gli strumenti di valutazione che le avrei somministrato. Questo ha permesso di non creare dei bias dovuti a preconcetti o aspettative da soddisfare da parte della partecipante. Solo al momento dell'incontro si sono date queste spiegazioni emettendo tuttavia le informazioni riguardanti un possibile trattamento, per evitare anche in questo senso che si andassero a creare delle pressioni sulla paziente o che questa si sentisse in obbligo di dare delle risposte soddisfacenti e volte all'inizio di un percorso ergoterapico. Durante l'intervista mi sono tuttavia accorta che alcune domande formulate non erano chiare in quanto alla paziente mancavano delle conoscenze riguardanti i concetti dell'ergoterapia (ruoli occupazionali, attività vs. occupazioni, responsabilità...) e che ho dovuto intervenire chiarendo questi concetti alla paziente per ottenere delle risposte in linea con la domanda posta.

7 Risultati

7.1 Campione

7.1.1 Anamnesi

Acronimo:	S.
Età:	25 anni
Sesso:	Femmina
Professione:	Studente
Stato civile:	Nubile
Famiglia:	Figlia unica
Diagnosi:	Disturbo ossessivo-compulsivo; F42.2: disturbi con pensieri ossessivi e comportamenti compulsivi ⁵
Caratteristiche delle ossessioni:	Dubbi ossessivi, pensieri ossessivi e ossessioni miste ⁶
Tipi di ossessioni:	Contaminazione, danno, scaramantiche ⁷

⁵ Secondo l'ICD-10

⁶ Vedi tabella "caratteristiche delle sei forme di ossessioni"

⁷ Vedi tabella "principali ossessioni"

Tipi di compulsioni: Washing/lavaggio, ripetizione di azioni, conteggi, miste⁸

Descrizione DOC:

Il DOC di S. ha come filo conduttore l'ossessione costante di ledere agli altri con relative compulsioni per annientare la possibilità che questo succeda. I dubbi ossessivi consistono nella persistente incertezza di essere o poter essere responsabile di causare un danno a terze persone; di fatto i pensieri ossessivi riguardano continui rimuginii su possibili esiti negativi a causa di un suo comportamento o azione. Le ossessioni di S. sono inoltre miste in quanto si riferiscono sia a tipi di pensieri che a numeri (3/7/9). Le ossessioni di contaminazione sono soprattutto relative alla radioattività e, in misura minore, ai batteri; di conseguenza queste ossessioni portano all'ossessione di poter causare danni di vario tipo agli altri per mezzo di una possibile contaminazione, e sono relazionate anche a ossessioni scaramantiche con contenuti di pensieri che spingono S. a dover neutralizzare l'effetto negativo che la contaminazione possa avere sugli altri. Subentrano quindi compulsioni di lavaggio con precisi rituali di decontaminazione, azioni ripetute di vario tipo e conteggi (come spegnere e accendere la luce 3/7/9 volte) per eliminare un potenziale pericolo, e compulsioni miste che consistono per lo più nel chiedere conferma a terze persone più volte per eliminare il dubbio e rassicurarsi nel confronto di una possibile contaminazione che possa ledere agli altri. Le azioni compulsive di S. sono sia di tipo manifesto che non manifesto; inoltre S. soffre di una combinazione di pensieri ossessivi e azioni compulsive.

Terapia psicologica: Inizialmente medico generico, in seguito passaggio a psichiatra di indirizzo freudiano ed infine psichiatri ad indirizzo cognitivo-comportamentale.

Terapia farmacologica: Tranxilium, Haldol, Sertralin⁹

7.2 Dati

Qui di seguito sono riportati i dati raccolti durante i due incontri con la paziente.

7.2.1 Domande e risposte pre-valutazioni per misurare l'efficacia degli strumenti

1. In relazione alla sua quotidianità, è consapevole dell'influenza che il disturbo ha su di essa? Se sì, in quale area occupazionale si accorge che la sua quotidianità è maggiormente influenzata dal disturbo?
La paziente è consapevole dell'influenza che il DOC ha sulla sua vita quotidiana e che questa dipende dall'intensità del disturbo; infatti quando il DOC è forte si rende conto che non riesce a fare niente e che si sente bloccata mentre quando è di debole intensità riesce a svolgere le sue occupazioni giornaliere. Le aree occupazionali che percepisce come maggiormente influenzate dal DOC sono: la formazione, la partecipazione sociale e le I-ADL (in particolare fare la spesa).
2. Cosa le piacerebbe poter cambiare a livello dei sintomi che influenzano la sua vita quotidiana? È motivata a cambiare qualcosa?

⁸ Vedi tabella "principali compulsioni"

⁹ Tranxilium: ansiolitico appartenente alla famiglia delle benzodiazepine. Haldol: antipsicotico. Sertralin: antidepressivo. (Compendium, n.d.)

Alla paziente piacerebbe poter cambiare tutto a livello dei sintomi; soprattutto il fatto di riuscire ad eliminare certi pensieri e di riuscire a lasciarli scorrere con più facilità. È molto motivata a cambiare ma non riesce.

3. A partire da quello che lei ha potuto immaginarsi finora su una presa in carico ergoterapica quale domande le sembrano efficaci per poter impostare un trattamento mirato per il disturbo ossessivo-compulsivo?
Non conoscendo l'ergoterapia, la paziente non sa se e quali domande ci possano essere.
4. È motivata a svolgere un percorso di ergoterapia?
Al momento la paziente è in una fase dove riesce a bilanciare la propria vita quotidiana con le visite dallo psichiatra. Ritiene che non è nella normalità a 25 anni dover fare così tante terapie, e a questo punto del suo percorso per questioni di tempo legate soprattutto allo studio e agli spostamenti tra la Svizzera tedesca e il Ticino non aggiungerebbe una terapia, anche se però ci sarebbe la curiosità.

7.2.2 OPHI-2: Intervista riguardante la performance occupazionale

RUOLI OCCUPAZIONALI (domande che esplorano i ruoli occupazionali che determinano lo stile di vita della persona).

1. Mi dica qualcosa di lei: lavoro, scuola, figli, casa...
S. è una studentessa a tempo pieno all'università e al 20% vi lavora come assistente. Ha portato a termine il Bachelor e ora sta frequentando il Master. È figlia unica e vive da sola in Svizzera tedesca, di recente ha ripreso a frequentare gli amici.
2. Cosa comporta questo ruolo in termini di responsabilità?
Essere studentessa comporta il fatto di riuscire a portare a termine gli studi nel minor tempo possibile, in quanto si sente responsabile del peso finanziario che porta ai genitori. Tuttavia è un ruolo che le piace e vedere le conquiste che è riuscita a fare in questo ambito (studiare in biblioteca, stare con gli altri, prendere i mezzi pubblici...) le da molta soddisfazione. Lavorare come assistente all'università è per lei una "sfida": il suo ruolo consiste nel fare lezioni, correggere le serie degli studenti, rispondere a domande e quindi interagire con gli altri e toccare le loro cose. Questo ruolo comporta il fatto di essere puntuale e presente alle assistenze e di essere disponibile verso gli allievi; tuttavia quando il DOC subentra interferisce con i suoi doveri di assistente e la porta ad interrogarsi su dove appoggiare le cose, se recarsi al lavoro o restare a casa, ed anche se e come toccare gli oggetti degli studenti. S. ritiene che in questo ruolo di assistente la sua responsabilità è anche quella di tenere il DOC "lontano" per non farlo interferire, e lasciare quindi spazio alla S. coscienziosa e precisa anche senza DOC. Questo le procura un senso di orgoglio personale e la fa sentire responsabile nei confronti degli altri. Per quanto riguarda il ruolo di figlia, S. lo considera molto importante e profondo; infatti nel periodo in cui era a casa a causa dell'alta intensità del DOC, ha passato molto più tempo con i suoi genitori rispetto a quando il DOC non era ancora entrato nella sua vita. S. vive questo ruolo intensamente in quanto si è accorta che da "figlia uscita di casa che si sta

costruendo” in quel periodo è ritornata in una condizione nella quale si sentiva come un “neonato”, e si sentiva un peso per i genitori in quanto li ha sovraccaricati rispetto agli altri. Questo ha creato alcuni scontri in quanto i genitori non capivano esattamente cosa avesse e non capivano il DOC. Adesso loro non capiscono ancora al 100% ma S. si rende conto che il DOC è “anti-intuitivo”, tuttavia i suoi genitori sono un gran sostegno per lei e si confronta molto con loro dal momento che la parte sociale è ancora poco sviluppata e che almeno loro la capiscono. Chiaramente anche i suoi genitori hanno dei punti deboli rispetto al confronto con il DOC, ma questo non compromette la loro relazione con lei. Attualmente però S. sente di star alleggerendo in parte il suo ruolo di figlia, in quanto è diventata più indipendente a livello finanziario (grazie al lavoro di assistente) e questo l’ha aiutata ad emanciparsi e riguadagnare terreno nell’autonomia della vita quotidiana. Nel suo ruolo di donna indipendente S. ha molte responsabilità legate soprattutto alla gestione dell’appartamento e delle faccende domestiche, e identifica questo suo ruolo come il più difficoltoso. S. si chiede spesso perché gli altri riescono e lei no? Infatti fare la spesa, il bucato e le pulizie sono da un lato gestibili, ma in maniera troppo “macchinosa” in quanto mancano di spontaneità e sono ricchi di schemi legati al DOC. Le piacerebbe riuscire a fare tutto in maniera più spontanea, anche perché identifica queste attività come qualcosa di importante per lei e per la sua autonomia nella vita quotidiana. Un altro aspetto che rientra sotto questo ruolo di donna indipendente è quello legato al cucinare; S. cucina poco e anche se rispetto al passato è già migliorata, si rende conto che effettivamente non è solo una questione di pigrizia ma anche di DOC (paura delle muffe, il colore rosso le ricorda il sangue) e che spesso è quasi più dispendioso a livello di energie cucinare e mangiare a casa che non uscire ed aggirare il DOC. A tutto ciò si collega il suo ruolo di amica, poiché si rende conto che a causa delle difficoltà nella gestione dell’appartamento e degli aspetti legati al cucinare, non riesce ad invitare gli amici a casa sua a mangiare. Come amica S. ritiene di aver già recuperato un po’ di terreno, soprattutto perché si accorge che ora riesce a lasciare il DOC da parte quando esce con gli amici e che nonostante l’intrusione di alcuni pensieri ossessivi riesce comunque a fare anche altro. Fino a poco tempo fa, con l’avvento del DOC, questo suo ruolo di amica era venuto quasi totalmente a mancare e si limitava al suo ex ragazzo e ad una sua amica che insegnava alle scuole elementari; questa sua amica era “terapeutica” in quanto sapeva che S. aveva paura di nuocere ai bambini e quindi cercava di aiutarla a superare la sua paura facendole preparare dei materiali per i bambini.

3. Ha lavorato in passato?
Ha lavorato come lavapiatti per 3 estati durante il liceo, ed era 3-4 anni prima dell’inizio del DOC.
4. Oltre al lavoro c’è qualcosa d’altro che la impegna durante la giornata?
S. vive da sola quindi deve occuparsi di tutte le faccende domestiche (spesa, bucato, pulizie..), le quali sono molto complesse da eseguire per lei a causa del DOC. In particolare fare il bucato è un “incubo” in quanto la lavanderia è in comune con gli altri appartamenti e S. ha paura di contagiare gli altri con la radioattività che potrebbe aver portato a casa dall’università. Fare le pulizie implica il dover assolutamente fare la doccia dopo. Sono tutte attività che le prendono molto tempo.

5. C'è qualcosa in particolare che fa spesso?
S. legge molto ed è un'attività che non le da difficoltà, dorme tanto in quanto necessita di parecchie ore di sonno, studia, si occupa delle faccende domestiche e quando ha l'occasione va a camminare in montagna.
6. Perché lo fa?
Leggere aiuta S. a liberarsi dai pensieri, dormire è una necessità che sente e camminare le procura benessere.

ROUTINE QUOTIDIANA (organizzazione e utilizzo del tempo, soddisfazione, comportamenti occupazionali tipici).

7. Descriva una giornata tipo della settimana
Solitamente a S. piace svegliarsi presto ma non sempre ci riesce; la maggior parte delle volte si alza alle 7.30 e compie la routine per uscire di casa (B-ADL) velocemente per non farsi tentare dal restare a casa, fa colazione in giro più che per questioni legate al DOC per motivi di "golosità" e poi prende i trasporti pubblici fino all'università. Gran parte del tempo lo passa a studiare in biblioteca in quanto a casa la scrivania è "contaminata" e non riesce ad usare le cose che ci sono nello zaino di scuola. A mezzogiorno pranza con un'amica o mangia qualcosa veloce da sola e di solito, dopo scuola, si trattiene in biblioteca fin verso le 19. Prima di rientrare a casa va a fare la spesa e compra sempre e solo le cose per un giorno, in modo che è "costretta" ad allenarsi in questa attività per lei difficoltosa costantemente. Una volta a casa va a fare una corsetta in giro per il quartiere e il resto della serata lo trascorre facendo cena e rilassandosi a letto, che considera come una zona sicura del suo appartamento.
8. Ci sono differenze nel weekend?
Il weekend è molto diverso. Tutti i venerdì sera rientra in Ticino e si ferma fino al lunedì mattina presto, poi ritorna in Svizzera tedesca. In Ticino utilizza oggetti diversi rispetto alla Svizzera tedesca, infatti le uniche cose che non sostituisce sono il cellulare, gli orecchini e gli occhiali. Durante il weekend si sveglia verso le 9, cerca di studiare ma non riesce e quindi non lo fa, e passa le giornate leggendo, navigando in internet e andando in montagna. S. riferisce che camminare in montagna nella natura la aiuta molto e la fa sentire libera dal DOC. Inoltre ha ricominciato ad uscire con gli amici al bar, a cena o a feste con la frequenza di un weekend sì e uno no.
9. È soddisfatta di questa routine?
S. non è soddisfatta della separazione che c'è fra la routine della settimana e quella del weekend. È comunque soddisfatta se pensa alla differenza che c'è rispetto ad alcuni anni fa quando c'era già il DOC nella sua vita, ma non lo è rispetto al periodo precedente DOC.
10. Quali sono le cose più importanti della sua routine?
Nonostante lo studio ha in parte agevolato l'introdursi del DOC nella sua vita, S. considera la parte scolastica molto importante sia per il tempo che ci sta

impiegando per portare a termine gli studi sia perché ha voglia di finire. Ritiene inoltre molto importanti le attività di svago che le procurano benessere.

11. Quale è la cosa più importante da mantenere nella sua routine?
Sicuramente la parte relativa allo studio, ma anche tutto ciò che le procura benessere (lettura, amicizie, famiglia, camminate in montagna).
12. Cosa vorrebbe cambiare nella sua routine?
A S. piacerebbe che non ci fosse più una così netta separazione tra la routine del weekend in Ticino e quella della settimana in Svizzera tedesca, questo le procurerebbe sicuramente benessere. Tuttavia la routine e il fatto di essere sola in Svizzera tedesca la aiutano, in quanto le permettono di sfuggire all'ossessione per non cadere nella compulsione.

SETTING DEL COMPORTAMENTO OCCUPAZIONALE (ambienti).

13. Mi dica dove vive
S. vive da sola in Svizzera tedesca in un appartamento monolocale in settimana, mentre il weekend torna in Ticino e vive con i genitori.
14. Mi parli della sua casa
Il monolocale di S. è composto da una stanza con la cucina separata e un bagno. La lavanderia si trova in cantina ed è in comune con gli altri appartamenti.
15. Conosce e/o frequenta circoli, oratori, ...?
No.
16. Con chi vive?
S. vive da sola.
17. Se ha bisogno di aiuto, chi può aiutarla in famiglia?
La mamma la aiuta soprattutto a livello pratico, mentre il papà è un sostegno più dal punto di vista psicologico; si potrebbe dire che la mamma si occupa delle compulsioni e il papà delle ossessioni. Inoltre S. considera molto anche il suo psichiatra quando ha bisogno di aiuto.

TEMPO LIBERO.

18. Quali sono le attività che più frequentemente esegue nel tempo libero?
Le piace molto leggere (a casa), andare in montagna a camminare, fare una corsetta nel quartiere e nel weekend (in Ticino) ha ripreso ad uscire con gli amici.
19. Chi sono le persone che condividono con lei il suo tempo libero?
Quando legge è sola, mentre in montagna va da sola o con il papà. Fino a poco tempo fa (per un periodo di circa 5 anni nel quale S. soffriva già di DOC) il tempo libero era condiviso con il suo ragazzo.

SCELTA DELLE ATTIVITÀ.

20. Quali sono le cose veramente importanti per lei?

S. ritiene la sua formazione e il lavoro di assistente importanti, così come il fatto di aver ricominciato a passare un po' del suo tempo libero con gli amici. Tuttavia riflettendoci si rende anche conto che le aree più cariche di pensieri ossessivi e compulsioni sono difficili da gestire e cambiare ma sono anche molto importanti (gestione appartamento e faccende domestiche, amicizie, toccare gli oggetti, provare serenità nel stare a casa). Un altro punto che ha riguadagnato di importanza è l'aspetto fisico, la cura di sé e le attività che le procurano benessere. Infatti S., a causa del DOC, ha preso peso e per un certo periodo non sentiva più il proprio corpo, le mancava la forza (a causa degli attacchi con convulsioni e blocchi muscolari). Ora il fatto di camminare in montagna e correre è uno sfogo perché sentire la fatica la fa stare bene fisicamente ed è una riconquista del proprio corpo, anche perché per molto tempo era tutto "mentale" a causa del DOC. Per quanto riguarda la cura di sé è qualcosa al quale teneva già prima in maniera non esagerata, e che ora sta riprendendo perché con il DOC in fase acuta si era lasciata andare sotto questo punto. In generale aver ripreso a sentire il proprio corpo e a prendersi cura di sé stessa è importante, così come il fatto di riuscire a vivere il proprio corpo nella corsa e nelle passeggiate in montagna in quanto le fanno bene a livello fisico, psichico e spirituale e le permettono di uscire dalle cose che le danno fastidio e dalle responsabilità e da tutto ciò che di solito il DOC le impedisce di fare. Si tratta di un benessere esterno ed interno.

21. Mi può dire quello che non riesce a fare riguardo a queste attività e perché?

S. non riesce a gestire il suo appartamento in maniera per lei "decente"; infatti se qualcosa è in disordine o deve pulire non riesce a farlo bene e senza evitare che il DOC prenda spazio. Di conseguenza non invita mai nessuno perché si rende conto che il suo appartamento non è curato, ma anche perché ha paura che gli altri possano toccare le sue cose. Il fatto di non riuscire a toccare lei gli oggetti con serenità e senza limiti la fa sentire come se fosse chiusa in gabbia e le piacerebbe riuscire a farlo per poter provare serenità nello stare a casa.

22. C'è qualcosa che quotidianamente interferisce con quello che vuole fare?

I pensieri ossessivi sulle radiazioni, la paura di toccare gli oggetti perché potrebbe contagiare qualcuno...il DOC in generale.

23. Ha mai stabilito obiettivi/progetti per il futuro?

Nel periodo in cui S. era bloccata a casa a letto a causa del DOC si rende conto che non gli interessava più niente e che non aveva più obiettivi, poi però con l'attuale psichiatra se li sono messi. Il primo obiettivo è stato quello di ritornare a scuola e questo comportava prendere i mezzi pubblici, vivere da sola e svolgere le faccende domestiche. Dopo aver fissato degli obiettivi piuttosto pratici si sono poi concentrati su degli obiettivi sociali e l'ultimo obiettivo importante fissato e raggiunto è stato quello di recuperare la patente di guida.

24. Quando incontra ostacoli o difficoltà, come li affronta?

Come prima cosa S. si ferma a riflettere, ma solitamente non serve a nulla se non a entrare nel dubbio. Prova poi a lasciar perdere cercando di convincersi che è il DOC che pensa così e non lei, se però neanche questo funziona telefona alla mamma ed infine tiene la possibilità di contattare lo psichiatra.

7.2.3 OPHI-2: Narrazione della storia di vita

Infanzia:	S. presenta sin da piccola una “fissa” per determinati numeri e per lo sporco.
Fino a Luglio 2014:	S. aveva una vita piuttosto “normale”, le piaceva uscire con gli amici e aveva cominciato gli studi universitari.
1. Da Luglio 2014:	Inizio del DOC; S. in quel periodo era molto presa dagli studi e stressata per gli esami. Si è instaurata la paura e il dubbio eccessivo di essere rimasta incinta e ha effettuato 42 test di gravidanza.
2. Luglio – Dic. 2014:	Periodo nel quale S. non capiva e non sapeva cosa avesse e ha ripreso la vita di tutti i giorni.
3. Dic. 2014 – Gen. 2015:	S. comincia ad avere paure e dubbi di tipo ossessivo sul fatto di poter ledere agli altri e di essere contaminata e mette in atto comportamenti compulsivi.
Periodo 2014 – 2016:	S. Interrompe gli studi universitari in Svizzera tedesca e passa gran parte del tempo a casa con i suoi genitori in Ticino, a letto, perché impossibilitata a fare qualsiasi cosa a causa del DOC. In questo periodo ha preso peso e si è lasciata andare totalmente. Sono inoltre subentrati dei sintomi fisici piuttosto importanti associati agli attacchi d'ansia da DOC, che consistono in convulsioni e blocchi muscolari. Nel frattempo comincia una terapia psicologica. È una fase di declino totale.
4. Luglio 2016:	S. è nell'abisso totale. Contatta l'attuale psichiatra (in quanto insoddisfatta dei precedenti) e comincia una terapia di tipo cognitivo-comportamentale impegnativa che le fa dare una svolta. Il primo training di esposizione ha come obiettivo quello di andare all'H&M e vedere cosa succede.
5. Da metà 2017:	S. riprende gli studi all'università e il suo lavoro di assistente. È un periodo di leggera ripresa in quanto il DOC diminuisce di intensità pur restando presente e dello stesso tipo.

6. Luglio 2018: S. raggiunge un punto di saturazione nei confronti del DOC e quindi inizia una ripresa più rapida

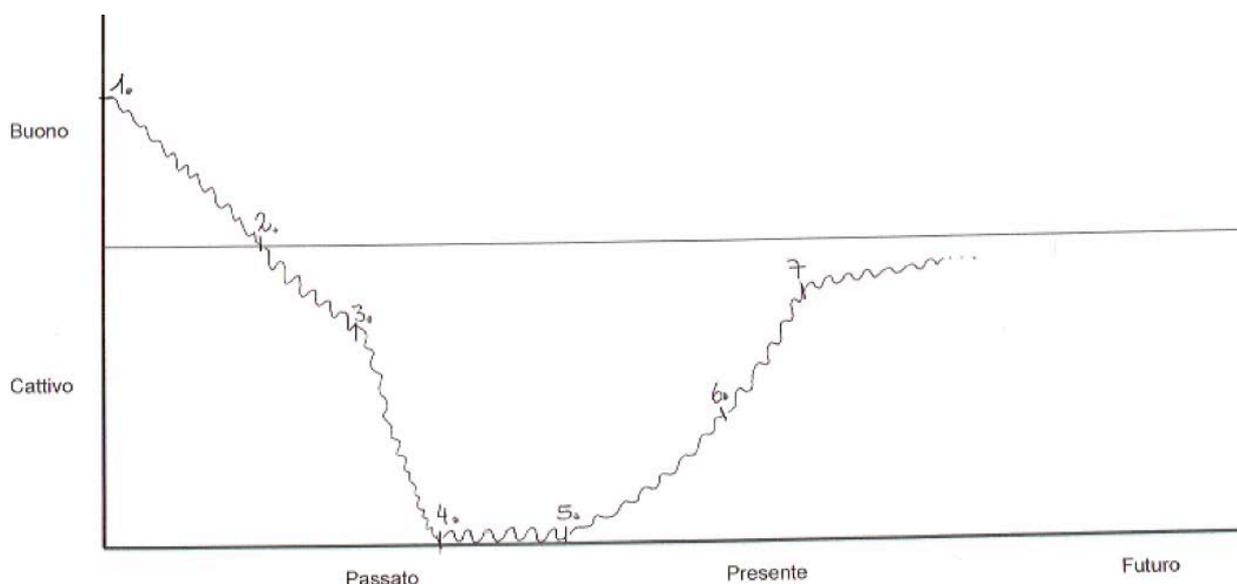
Periodo 2018 – 2019: In questo periodo ci sono i maggiori miglioramenti di S. Tuttavia si instaura la paura costante della radioattività e nonostante sia di intensità moderata rispetto ad altre paure, è qualcosa di molto presente.

7. Attualmente: S. si trova in una fase di mantenimento di quanto conquistato finora e fa comunque sempre dei piccoli miglioramenti. In particolare ha ripreso la patente di guida, ha recuperato un tipo di scrittura adeguato, e negli ultimi 6 mesi ha inoltre ricominciato ad uscire con gli amici.

Osservazioni emerse dalla paziente durante il disegno della curva narrativa:

- S. si accorge che il declino è veloce ma la ripresa è lenta, tuttavia questa è qualitativamente migliore a livello di consapevolezza e “godibilità”.
- L’andamento della curva non è lineare ma ondulato, in quanto S. racconta che in ogni periodo identificato ci sono comunque degli alti e bassi e che quindi vanno rappresentati in questo modo.

Curva narrativa



7.2.4 OPHI-2: Scale di valutazione

Di seguito sono trascritte le tre scale di valutazione con il relativo sistema di valutazione a 4 punti. Per ogni scala vengono indicati i rispettivi item e punteggi. Le scale complete

con inclusi i criteri che vanno a definire quale punteggio assegnare all'item, si trovano negli allegati (vedi allegato 2).

Sistema di valutazione a 4 punti valido per le tre scale:

4 = funzionamento occupazionale eccezionalmente competente

3 = funzionamento occupazionale appropriato, soddisfacente

2 = qualche disfunzione occupazionale

1 = gravi disfunzioni occupazionali

Scala di Identità Occupazionale

Item	Punti
<i>Ha obiettivi e progetti personali</i>	3
<i>Identifica lo stile di vita occupazionale che desidera</i>	2
<i>Ha aspettative di successo</i>	3
<i>Accetta le responsabilità</i>	3
<i>Sa valutare abilità e limiti</i>	3
<i>Ha impegni e valori</i>	3
<i>Riconosce identità e obblighi</i>	3
<i>Ha interessi</i>	2
<i>Si sentiva efficace (nel passato)</i>	3
<i>Trovava significato e soddisfazione nello stile di vita (nel passato)</i>	3
<i>Faceva scelte occupazioni (nel passato)</i>	3

Scala di Competenza Occupazionale

Item	Punti
<i>Mantiene uno stile di vita soddisfacente</i>	2
<i>Risponde pienamente alle aspettative del ruolo</i>	1
<i>Lavora verso obiettivi</i>	2
<i>Soddisfa gli standard personali di performance</i>	1
<i>Organizza il tempo per far fronte alle responsabilità</i>	1
<i>Partecipa ad interessi</i>	2
<i>Ruoli portati a compimento (nel passato)</i>	3
<i>Abitudini mantenute (nel passato)</i>	3
<i>Soddisfazioni raggiunte (nel passato)</i>	3

Scala dei Setting Occupazionali

Item	Punti
<i>Forme occupazionali della vita familiare (compiti)</i>	1
<i>Forme occupazionali nel ruolo produttivo principale (compiti)</i>	2
<i>Forme occupazionali del tempo libero (compiti)</i>	1
<i>Gruppo sociale familiare</i>	2
<i>Gruppo sociale del ruolo produttivo principale</i>	3
<i>Gruppo sociale del tempo libero</i>	2
<i>Spazio fisico, oggetti e risorse della vita familiare</i>	3
<i>Spazio fisico, oggetti e risorse del ruolo produttivo principale</i>	2
<i>Spazio fisico oggetti e risorse del tempo libero</i>	2

7.2.5 Checklist degli Interessi

ELENCO DEGLI INTERESSI

Primo del doc (50 m/ga) *Con Doc (1 anno fa)*

Attività	Quale è stato il suo livello di interesse						Partecipa attualmente a questa attività?		Vorrebbe realizzarla nel futuro?	
	nei 10 anni scorsi			nell'anno scorso			si	no	si	no
	molto frequen- temente	casual- mente	no	molto frequen- temente	casual- mente	no				
GIARDINAGGIO		X				X		X		X
CUCIRE / RICAMARE	X			X			X		X	
GIOCO DELLE CARTE			X			X				X
LINGUE STRANIERE			X			X		X		X
ATTIVITA' RELIGIOSE			X			X		X		X
RADIO	X			X			X		X	
CAMMINARE		X		X			X		X	
RIPARARE L'AUTOMOBILE		X			X		X		X	
SCRIVERE	X				X			X		X
BALLARE			X			X		X		X
GOLF			X			X		X		X
CALCIO			X			X		X		X
ASCOLTARE MUSICA POPOLARE		X			X		X		X	
PUZZLES			X			X			X	
ANDARE IN VACANZA	X			X			X		X	
ANIMALI DOMESTICI / FATTORIA		X			X		X		X	
CINEMA		X			X		X		X	
ASCOLTARE MUSICA CLASSICA		X			X		X		X	
CONFERENZE / LETTURE			X			X		X		X
NUOTARE		X		X			X		X	
BOWLING / BOCCE			X			X		X		X
ANDARE IN VISITA	X				X		X		X	
RAMMENDARE / RIPARARE			X			X		X		X
DAMA / SCACCHI			X			X		X		X
GRIGLATA	X				X		X		X	
LEGGERE	X	X		X			X		X	
VIAGGIARE	X			X			X		X	
RICEVIMENTI			X			X		X		X
LOTTA LIBERA			X			X		X		X
PULIRE LA CASA	X				X		X		X	

Attività	Quale è stato il suo livello di interesse						Partecipa attualmente a questa attività?		Vorrebbe realizzarla nel futuro?	
	nei 10 anni scorsi			nell'anno scorso			si	no	si	no
	molto frequen- temente	casual- mente	no	molto frequen- temente	casual- mente	no				
MODELLISMO			X			X		X		X
TELEVISIONE		X			X		X		X	
CONCERTI			X			X		X		X
MODELLARE LA CERAMICA			X			X		X		X
CAMPEGGIO		X				X		X		X
LAVARE / STIRARE	X				X		X		X	
POLITICA		X		X			X		X	
GIOCHI DA TAVOLO			X			X		X		X
DECORARE LA CASA		X				X		X		X
CLUBS	X					X		X		X
CANTARE			X			X		X		X
FARE SCOUTISMO			X			X		X		X
ABBIGLIAMENTO		X				X		X		X
ARTIGIANATO		X			X		X		X	
ACCONCIARE I CAPELLI			X			X		X		X
BICICLETTA		X				X		X		X
PRESENZIARE A PARTITE			X			X		X		X
OSSERVARE GLI UCCELLI			X			X		X		X
INCONTRARE PERSONE	X					X		X		X
CORSO IN AUTO			X			X		X		X
RIPARAZIONI DELLA CASA			X			X		X		X
FARE DEL MOTO			X			X		X		X
CACCIARE			X			X		X		X
LAVORAZIONE DEL LEGNO		X			X		X		X	
PISCINA		X				X		X		X
GUIDARE	X					X		X		X
ASSISTERE UN BAMBINO			X			X		X		X
TENNIS			X			X		X		X
CUCINARE / CUOCERE AL FORNO		X			X		X		X	
PALLACANESTRO			X			X		X		X

Attività	Quale è stato il suo livello di interesse						Partecipa attualmente a questa attività?		Vorrebbe realizzarla nel futuro?	
	nei 10 anni scorsi			nell'anno scorso			si	no	si	no
	molto frequen- temente	casual- mente	no	molto frequen- temente	casual- mente	no				
STORIA		X				X		X	X	
COLLEZIONARE			X			X		X		X
PESCARRE			X					X	X	
SCIENZE	X			X			X		X	
LAVORI IN PELLE			X			X		X	X	
ACQUISTI	X			X			X		X	
FOTOGRAFIA			X			X		X		X
PITTURA / DISEGNO			X			X		X	X	

Osservazioni aggiuntive

Attività

Osservazioni

Giardinaggio

È il tempo l'ostacolo e non il DOC

Lingue

Le piacerebbe eventualmente imparare una lingua scandinava

Attività religiose

Avere più fede pensa che la aiuterebbe

Scrivere

Le è sempre piaciuto, teneva un diario e scriveva piccoli racconti e testi. Ora questo non le dà più soddisfazione a causa della perdita di dimestichezza con la lingua italiana

Ascoltare musica popolare

La ascolta ma non c'è una ricerca attiva

Andare in vacanza

Non ha mai fatto delle vere e proprie vacanze, di solito va dai nonni in Portogallo; il DOC le causa molte difficoltà in questo ambito. Le piacerebbe fare altre vacanze e in agosto di quest'anno ha fatto la sua prima vera vacanza con gli amici

Animali domestici/
fattoria

Le piacerebbe avere un gattino

Nuotare

Andare a nuotare al lago la aiutava nonostante la presenza del DOC, invece in piscina dopo l'avvento del DOC non è più riuscita ad andare

Andare in visita

Le piacerebbe aumentare la sua partecipazione in questo ambito

Pulire la casa

Prima del DOC era molto puntigliosa, mentre con il DOC ha molte difficoltà in questo ambito

Televisione

Guarda soprattutto dibattiti, ma in generale ascolta di più la radio

Decorare la casa	Le piacerebbe curare il suo appartamento dandogli la propria estetica
Artigianato	Le piacerebbe fare cose diverse
Assistere un Bambino	Le piacerebbe interagire di più con i bambini ma ora è impossibile a causa del DOC
Acquisti	È una cosa che fa molto frequentemente dall'anno scorso ma in modo piuttosto forzato e come "esercizio terapeutico"

7.2.6 Domande e risposte post-valutazioni per misurare l'efficacia degli strumenti

1. In relazione alla sua quotidianità, era consapevole dell'influenza che il disturbo ha finora avuto su di essa? Se sì, in quale area occupazionale si è accorta che la sua quotidianità era maggiormente influenzata dal disturbo?

Si, la paziente era già consapevole. Tuttavia completare la Checklist degli interessi e parlare dei ruoli e di come il tutto è intersecato l'ha aiutata ad acquisire maggiore consapevolezza e conoscenza di sé e del proprio DOC. Per esempio l'ha colpita molto vedere come il fatto di avere difficoltà a gestire i propri spazi domestici la influenza sulla partecipazione sociale. Era già consapevole prima che il tema della casa era molto carico, ma con le valutazioni ha notato soprattutto il collegamento con i propri ruoli occupazionali (donna indipendente, amica, ecc.), e con l'intervista in particolare riesce a identificare meglio le aree occupazionali intaccate dal disturbo e quali collegamenti esistono fra di esse.
2. Cosa le piacerebbe poter cambiare a livello dei sintomi che hanno finora influenzato la sua vita quotidiana? È motivata a cambiare qualcosa?

La paziente cambierebbe i pensieri di sottofondo, sa che non si possono eliminare ma vorrebbe lasciarli scorrere con più leggerezza. Vorrebbe inoltre riuscire a provare serenità nel fare le cose eliminando quindi la "meccanicità" dettata dal DOC. Infatti questo le permetterebbe di fare le cose in modo più "normale" e con più scioltezza.
3. A partire da quello che lei ha potuto immaginarsi finora su una presa in carico ergoterapica le domande le sono sembrate efficaci per poter impostare un trattamento mirato per il disturbo ossessivo-compulsivo?

Si, le domande le sono sembrate assolutamente efficaci per il DOC anche perchè di solito si parla soprattutto di cosa si riesce a fare o meno. Invece prendendo in considerazione anche i ruoli, le attività della Checklist e altri temi ci si interroga su "dove è il carico del DOC"? Secondo la paziente è molto "intelligente" interrogare la persona su tutti questi aspetti; infatti il DOC tocca talmente tante cose nella vita della persona che ha senso vedere tutti questi aspetti uno per uno. L'intervista in generale è molto utile per parlare del DOC e anche la Checklist per riflettere sul perchè non si fanno le cose. La paziente ammette tuttavia di non sapere come si svolge un trattamento ergoterapico mirato ma già le sembra un buon punto di partenza questo.
4. È motivata a svolgere un percorso di ergoterapia?

La paziente sarebbe motivata, ma al momento ritiene di non avere sufficientemente tempo e le sembra che l'ergoterapia possa essere complementare a quello che fa già con il suo psichiatra. La paziente considera il suo DOC "un po' vecchiotto" ora, ma pensa che però l'ergoterapia sarebbe stata utile affiancata al trattamento psichiatrico cognitivo-comportamentale in fase acuta, in quanto si è portati a provare tutte le strade possibili e sicuramente già solo l'intervista potrebbe aiutare. Se ci fosse il tempo ora, vedrebbe comunque l'ergoterapia come una strada da intraprendere soprattutto per riflettere a livello di ruoli occupazionali, attività e comportamenti.

8 Discussione

8.1 Risultati chiave

In relazione agli obiettivi di questo lavoro di Bachelor e alle rispettive domande di ricerca, i principali risultati ottenuti sono i seguenti:

Gli strumenti di valutazione del MOHO sono utili per impostare un trattamento ergoterapico mirato con i pazienti con DOC?

In base a quanto emerso dagli incontri con la paziente e dai dati raccolti tramite l'utilizzo dell'OPHI-2 e della Checklist degli Interessi, si è potuto raccogliere molto materiale sul quale poter eventualmente impostare un trattamento mirato per la paziente e il suo DOC. L'OPHI-2 e la IC offrono la possibilità di avere una visione completa della storia di vita del paziente, delle sue occupazioni e di come il DOC è rapportato ad esse. Come visto in precedenza nel capitolo 4, la scelta di affiancare il DOC al MOHO non è stata casuale. Infatti considerando le caratteristiche del DOC così come quelle del MOHO è risultato che la loro combinazione potesse creare delle basi teoriche e pratiche sulle quali impostare un trattamento ergoterapico per questo tipo di pazienti. Gli strumenti in questione vanno proprio a raccogliere i cambiamenti avvenuti a livello occupazionale nella persona che soffre di DOC, includendo tutti gli aspetti legati ai ruoli, alle abitudini, ai desideri e alle caratteristiche della persona. Dal momento che in caso di DOC la vita occupazionale della persona viene compromessa con relative conseguenze sulla vita sociale, lavorativa e del tempo libero della persona, il fatto di utilizzare il MOHO che mette al centro proprio l'occupazione e i relativi cambiamenti nel corso della vita della persona anche a causa di una malattia, come in questo caso il DOC, permette di avere dei fondamenti in un certo senso comuni sui quali potersi appoggiare come ergoterapisti. Inoltre i due strumenti di valutazione sopracitati sono risultati efficaci con questa paziente nel creare un buon inizio della relazione terapeutica non solo dal punto di vista pratico ma anche dal punto di vista dell'instaurazione di un rapporto di fiducia, comprensione e non-giudizio.

In quale area occupazionale la persona, grazie all'input dato dalle valutazioni del MOHO, percepisce maggiormente la presenza del DOC?

La paziente percepisce maggiormente la presenza del DOC nelle aree occupazionali delle I-ADL, partecipazione sociale, lavoro e istruzione. Anche nel tempo libero il DOC è presente, ma viene vissuto diversamente in quanto è un'area in cui sta facendo molti miglioramenti e nella quale riesce talvolta a mettere da parte il DOC e a prendersi una pausa da esso. È interessante notare come le aree maggiormente percepite corrispondono effettivamente a quelle che si dice vengono colpite dal DOC (vita sociale, lavorativa, B-ADL e I-ADL) in quanto ossessioni e compulsioni interferiscono con il

funzionamento occupazionale in questi ambiti proprio a causa del tempo che prendono alla persona per venire messe in atto (Cara & MacRae, 2013).

Le tematiche trattate dagli strumenti di valutazione del MOHO sono rilevanti in caso di DOC?

Le tematiche trattate dai due strumenti utilizzati sono risultate rilevanti in caso di DOC, in particolare per il fatto che si riesce a dare alla persona un quadro completo della situazione dal punto di vista dei ruoli occupazionali, delle occupazioni svolte o meno e del significato che assumono, e anche dall'importanza dei valori che la persona attribuisce agli elementi della propria vita quotidiana passata, presente e futura. Tutto ciò offre la possibilità di discutere con il paziente di sé e del DOC, ma anche di sé "senza DOC". Questa è una caratteristica degli strumenti di valutazione del MOHO che risulta essere valida per la presa in carico di pazienti con DOC. Infatti Cara & MacRae (2013) nel loro capitolo sui disturbi d'ansia e disturbo ossessivo-compulsivo parlano già di metodi di assessment quali interviste, checklist, questionari e altri ancora come indicati per la raccolta dati per i pazienti che presentano questi disturbi. Inoltre viene sottolineato come nel MOHO, l'aspetto dell'auto-efficacia riveste un ruolo fondamentale nella presa a carico ergoterapica e va quindi considerato e messo in risalto quando emerge dalla narrazione del paziente (Cara & MacRae, 2013). La paziente che ha partecipato a questo studio conferma quanto visto in precedenza nel background teorico, ovvero che il MOHO e in particolare l'OPHI-2 e la IC sono utili per dare un'impostazione alla narrazione della sua storia. Come visto nei due punti precedenti con queste valutazioni si vanno a toccare degli aspetti caratteristici e centrali del DOC, in particolare tutto ciò che riguarda la vita occupazionale e i cambiamenti occupazionali e quindi la volizione della persona, i suoi luoghi di vita, le abitudini e le capacità di performance. In questo senso rientrano quindi anche i concetti del MOHO visti in precedenza nel capitolo 3.3: identità occupazionale, competenza occupazionale, impatto ambientale e adattamento occupazionale.

Quali sono i punti di forza delle valutazioni del MOHO nei confronti del DOC?

I punti di forza dell'OPHI-2 e del IC sono le tematiche che vengono trattate e che messe in relazione al DOC aiutano la persona ad avere una visione più approfondita del proprio DOC in relazione alla vita quotidiana e a tutto ciò che ne fa parte. Infatti considerare i ruoli occupazionali, le occupazioni stesse, e i valori personali contribuisce a dare nuovi spunti di riflessione alla persona ma anche al terapeuta per capire su quali aspetti bisogna andare a lavorare per individualizzare e arricchire ulteriormente il trattamento. Ulteriori punti di forza sono anche il fatto che la paziente ha la possibilità di co-costruire insieme all'ergoterapista la curva narrativa, parlare delle sue scelte delle attività e dei propri ruoli. Per la paziente è stato infatti molto utile capire come i suoi ruoli occupazionali sono collegati con le sue attività significative, ma anche come avrebbe, in una fase più acuta, ma anche attualmente, potuto identificare le priorità da considerare nel trattamento, cosa che con gli psichiatri a indirizzo cognitivo-comportamentale ha fatto fatica a capire. Infatti grazie all'utilizzo dell'OPHI-2 e della IC, si è potuto parlare delle attività cariche o meno di DOC che sono fondamentali per l'autoefficacia e l'autostima, così come anche di alcune responsabilità e attività della paziente che facendo parte della sua vita quotidiana vanno considerate. A questo si aggiunge anche tutto il discorso fatto sugli elementi che accomunano e mettono in relazione il MOHO e il DOC sia a livello teorico ma anche pratico con le ampie possibilità che vi sono per poter concretizzare il tutto nel trattamento.

8.2 Limiti

Un limite di questo lavoro consiste nel fatto che aderendo ai vincoli e alle condizioni di quanto richiesto per un lavoro di Bachelor, ho scelto con le mie direttrici di Tesi di prendere in considerazione un singolo caso studio e di approfondire unicamente due strumenti di valutazione del MOHO rispetto all'ampiezza di quelli esistenti. Bisogna inoltre considerare che è stato molto difficile trovare dei pazienti disponibili, oltre che idonei, per questo tipo di studio ed anche per questo motivo la scelta è ricaduta sul caso singolo. Per quanto riguarda la somministrazione dell'OPHI-2 e della IC uno dei limiti è stato la mia scarsa esperienza professionale, la quale si è manifestata con la difficoltà di spiegare o rigirare le domande e alcuni concetti alla paziente quando si è reso necessario. Mi sono inoltre accorta che le domande che ho preparato da porre alla paziente prima e dopo le valutazioni erano troppo poche; infatti se avessi avuto un paziente poco collaborante e poco aperto al dialogo sul proprio vissuto rispetto alle valutazioni e agli incontri, avrei raccolto poco materiale sul quale poter lavorare per capire se questi strumenti risultano essere effettivamente efficaci o meno. Un ulteriore punto che potrebbe inoltre essere fonte di bias è che tutti i dati raccolti sono stati in seguito trascritti al computer e questo comporta che gli appunti presi durante gli incontri con la paziente sono stati rielaborati, seppure fedelmente alle parole dette dalla persona, in una modalità che rendesse il testo scorrevole.

8.3 Interpretazione

8.3.1 OPHI-2: Intervista riguardante la performance occupazionale

Dall'intervista emergono molti collegamenti fra i ruoli occupazionali, le occupazioni stesse e la routine quotidiana. Infatti riflettendo insieme alla paziente di quanto emerso, si sono potuti identificare degli elementi che la bloccano nella sua vita quotidiana e che appartengono al DOC, ma che finora non aveva considerato relazionati direttamente allo svolgimento di attività e occupazioni e all'adempimento o meno di determinati ruoli. Si pensi ad esempio alle difficoltà di S. nella gestione della casa (ruolo di donna indipendente) che le prendono molto tempo ed energie, e che le impediscono al contempo di invitare gli amici a casa propria (ruolo di amica). Interessante è inoltre il suo ruolo come assistente all'università con tutto ciò che comporta; infatti in termini di responsabilità è un ruolo per lei importante sia per il significato di essere lei stessa responsabile dei suoi allievi, ma anche perché questo significa dover riuscire a mettere il DOC da parte per non farlo interferire con il suo lavoro e il fatto di riuscire a farlo bene è per la paziente fonte di orgoglio personale. L'aspetto dei ruoli occupazionali correlato alle responsabilità è risultato essere fondamentale per la paziente nel poter distinguere fra lei con DOC e lei senza DOC. Come emerso dallo studio condotto da Mancini, per le persone con DOC il senso di responsabilità è strettamente correlato al senso del proprio valore personale e il fatto di poter essere in qualche modo colpevoli implica la minaccia di un cambiamento del sé ritenuta insopportabile; per i pazienti con DOC essere quindi delle persone responsabili, scrupolose, attente è fondamentale sia per mantenere una percezione di sé stabile che per definire il proprio sé in maniera ideale (Mancini, 2001). Riprendendo le caratteristiche del DOC della paziente, ciò che lei racconta della paura di ledere agli altri per mezzo di una sua mancanza di attenzione, è in linea con quanto scritto da Mancini (2001): "ossessioni e compulsioni sono, fondamentalmente, il tentativo di prevenire una colpa per irresponsabilità che il soggetto considera incombente, grave ed inaccettabile". Infatti le caratteristiche del suo DOC comportano che abbia delle difficoltà nel gestire tutto ciò che riguarda gli altri, in particolare l'ossessione di ledere agli altri e l'ossessione della contaminazione con relative compulsioni, che interferiscono con quello che vorrebbe fare lei come persona

con una propria identità, valori e responsabilità anche senza DOC. Ruoli occupazionali e responsabilità è emerso nell'intervista dell'OPHI-2 che vanno di pari passo in quanto uno comprende l'altro. Come visto in precedenza il DOC, a livello psicosociale, comporta che la persona sia ostacolata nello svolgimento delle sue occupazioni quotidiane, così come nell'instaurazione di relazioni e nella realizzazione dei propri obiettivi personali (Kubny-Lüke, 2017); diventa quindi importante per l'ergoterapista capire quali collegamenti in termini di ruoli e responsabilità ma anche di occupazioni sono venuti a mancare a causa del disturbo, per intervenire su di essi e aiutare la persona a ritornare in una condizione in cui può prendere parte attivamente alla sua vita quotidiana e a tutto ciò ad essa collegato, indipendentemente dal DOC. Infatti, secondo Kielhofner, il corso della vita viene modellato dalle occupazioni, di conseguenza lo sviluppo occupazionale implica un complesso processo di cambiamento a livello di volizione, abitudine e capacità di performance (Taylor, 2017) ed è qui che può intervenire l'ergoterapista. Per quanto riguarda l'aspetto dei luoghi di vita (setting) della paziente, interessante è notare come ognuno di questi assume un significato diverso per lei e di conseguenza anche il DOC ha un'intensità diversa; infatti nel suo appartamento in Svizzera tedesca il DOC è molto più forte e imponente rispetto a quello che lei racconta della situazione in biblioteca o a casa in Ticino. Tuttavia all'università c'è la questione dei laboratori dove vengono trattati elementi radioattivi, che è fonte di ossessione per la paziente e la porta a mettere in atto tutta una serie di compulsioni. Come visto nel capitolo sul MOHO, l'ambiente riveste un ruolo importante nella vita occupazionale della persona e bisogna quindi considerarne le caratteristiche per poter capire in che modalità esso è relazionato alla capacità di performance, alle abitudini e alle volizioni della persona che si ha di fronte e come può influenzarne la partecipazione occupazionale (Taylor, 2017). L'intervista ha permesso a S. di riflettere in generale sul suo DOC, ma anche di entrare nello specifico delle aree occupazionali e dei ruoli ad esse associati, cosa che non aveva mai fatto prima in modo così specifico (non essendo mai entrata in contatto con un ergoterapista) e che le ha permesso di avere una visione d'insieme sulla sua situazione e di prendere coscienza di quali collegamenti effettivamente ci sono all'interno, inoltre le ha permesso di mettere in evidenza degli elementi sui quali lavorare per poter migliorare ulteriormente il suo stato di salute e la sua vita in relazione al DOC.

8.3.2 OPHI-2: Narrazione della storia di vita e curva narrativa

Dalla narrazione della paziente e la rispettiva rappresentazione grafica della storia di vita, risulta che fino all'inizio del DOC la sua vita era "normale" mentre da luglio 2014 in cui c'è stato il fattore scatenante del DOC, è cominciato un veloce declino che va fino a luglio 2016, periodo in cui S. si sente in un "abisso totale". Il periodo 2014 – 2016 è, a livello occupazionale, un periodo nel quale i sintomi acuti del DOC limitano la sua capacità di performance, gli aspetti volizionali sono bloccati e l'ambiente è un ostacolo in quanto carico di fattori che scatenano ossessioni e compulsioni. In questo periodo la paziente soffre anche di sintomi fisici importanti legati al DOC, che consistono in convulsioni e blocchi muscolari; si è però deciso di non considerarli in questo lavoro di tesi in quanto lo psichiatra non ha posto una diagnosi precisa. Da luglio 2016 la paziente comincia poi una terapia cognitiva-comportamentale che le permette di dare una svolta e ricominciare una lenta ripresa che si rapidizza a partire da luglio 2018, quando raggiunge un punto di saturazione nei confronti del DOC. Riprendendo la teoria dinamica dei sistemi, la quale "ipotizza che la persona preferisce restare in uno stato di equilibrio e in un certo tipo di forma di comportamento; tuttavia, per facilitare il cambiamento, la persona deve fare esperienza di una perturbazione, la quale causa un senso di sconcerto e segnala che c'è bisogno di un cambiamento" (Taylor, 2017) si può

notare come il fatto di aver cominciato un'intensa terapia cognitiva-comportamentale abbia perturbato il sistema di equilibrio della paziente costruito dal DOC e associato allo sconforto che l'ha portata fino a un punto di saturazione nei confronti del disturbo, ha generato un cambiamento nella sua vita. A partire da questo momento ci sono stati i miglioramenti maggiori nonostante il DOC resti sempre presente; attualmente la paziente si trova in una fase di mantenimento di quanto conquistato ma riesce comunque a compiere ancora dei piccoli miglioramenti. A livello di utilizzo della narrazione della storia di vita e relativa rappresentazione, interessante è il fatto che la paziente mi abbia dato l'indicazione di disegnare la curva con un andamento ondulato continuo, in quanto ogni periodo è caratterizzato da alti e bassi e per lei è importante che venga considerato. Ascoltare la narrazione della storia di vita della paziente e al contempo rappresentarne la curva narrativa, è stato utile non solo a me per ricostruire il suo percorso, ma anche a lei stessa per vedere come si è evoluta la sua situazione e fare ordine per capire a che punto si trova ora e vedere i cambiamenti avvenuti nel tempo e concretizzati sulla carta. La paziente è rimasta molto colpita e soddisfatta da questo lavoro svolto insieme e il fatto di aver potuto partecipare ed esprimere la sua opinione rispetto al disegno della curva narrativa e a come volesse che fosse rappresentata per esprimere al meglio la sua storia, l'ha fatta sentire coinvolta, ascoltata e parte del processo terapeutico messo in atto; questo mostra come gli strumenti di valutazione possono essere anche curativi.

8.3.3 OPHI-2: Scale di valutazione

- **Scala di Identità Occupazionale:** I punteggi ottenuti in questa scala corrispondono prevalentemente a 3. Ciò significa che S. ha in parte interiorizzato un'identità occupazionale positiva.
- **Scala di Competenza Occupazionale:** I punteggi ottenuti in questa scala corrispondono in egual misura a 3, 2, 1. La scala in questione va a misurare quanto la persona è capace di sostenere un modello di comportamento occupazionale produttivo e soddisfacente; ciò significa che S. ha delle disfunzioni occupazionali medio-gravi, ma che in passato (ultimi tre item della scala) erano invece delle funzioni appropriate e soddisfacenti.
- **Scala dei Setting Occupazionali:** I punteggi ottenuti in questa scala corrispondono prevalentemente a 2. Ciò significa che l'impatto ambientale sulla vita occupazionale di S. provoca alcune disfunzioni occupazionali. Non è tuttavia possibile identificare quale ambito è maggiormente compromesso fra vita familiare, ruolo produttivo principale e tempo libero, in quanto i punteggi presentano anche dei valori di 1 e 3 non regolarmente associati a un determinato ambito.

8.3.4 Checklist degli interessi

Nell'elenco degli interessi si può notare che tra il periodo pre-DOC e il periodo più acuto del DOC (fino all'anno scorso) c'è stato un cambiamento a livello delle attività svolte e della frequenza. Tuttavia i cambiamenti maggiori hanno avuto luogo nell'ultimo anno, nel quale S. parallelamente a un miglioramento dei sintomi del DOC, ha ripreso a svolgere alcune attività di interesse personale. Si può inoltre notare che la paziente avrebbe voglia di sperimentare diverse attività in futuro che al momento non svolge o non ha mai svolto. Questo rientra sotto il concetto di volizione e anche di capacità di performance, inoltre nel caso del DOC assume un significato particolare anche

l'ambiente; infatti la paziente ha più volte sottolineato che proprio a causa del DOC (in particolare l'aspetto della contaminazione) ha rinunciato, o trova difficile svolgere, determinate attività in quanto spesso l'ambiente sia fisico che sociale fanno partire le ossessioni e comportano la messa in atto delle relative compulsioni. Come visto, la IC permette infatti di scoprire quali attività sono state messe da parte nel tempo per poter mettere in atto i rituali del DOC, e quali attività la persona desidererebbe riprendere (Kubny-Lüke, 2017). Interessante è notare come la paziente nonostante l'importante presenza del DOC nella sua vita, riesca a scindere fra quello che è dettato dal DOC e quello che invece fa parte di lei come persona a livello di interessi personali. Infatti va ricordato che i pazienti con DOC vivono in maniera egodistonica e con consapevolezza i pensieri ossessivi e hanno un insight di malattia (Fassino, Daga & Leombruni, 2007). Nella tabella le attività contrassegnate a lato da un " • " sono quelle che per lei rivestono un'importanza maggiore nella sua storia di vita pre-DOC e con DOC (come narrato nell'OPHI-2) e gli attribuisce un significato personale sia in relazione al DOC che in relazione alla sua storia di vita in generale. Tutte queste informazioni possono fungere da spunto all'ergoterapista per impostare un trattamento centrato sulla paziente e sui suoi interessi e desideri legati al fatto di sperimentare nuove attività, inoltre la Checklist degli interessi può aprire alla paziente l'opportunità di proiettarsi nel futuro con i suoi desideri e rinforzare la parte di sé come persona e non quella della sofferenza legata al DOC.

8.3.5 Ipotesi iniziale

Contrariamente a quanto ipotizzato prima di incontrare la paziente, essa non ha avuto dei momenti di sconforto ma al contrario è rimasta colpita ed entusiasta dal lavoro di valutazione svolto assieme e quanto emerso l'ha motivata ulteriormente in quanto le ha permesso di scoprire dei nuovi elementi sui quali poter lavorare per migliorare ancora in questa fase della sua vita in relazione allo stato attuale del DOC. Probabilmente l'ipotesi sarebbe stata confermata se si fossero svolte le valutazioni con un paziente in fase acuta che non aveva ancora vissuto dei miglioramenti importanti a livello di sintomi del DOC e di qualità vita quotidiana, in quanto la sensazione di sconforto e frustrazione sarebbe probabilmente già stata presente e le valutazioni avrebbero da un lato aiutato a prendere ulteriormente coscienza della situazione e dello stato di salute personale e del proprio DOC, ma dall'altro avrebbero potuto scoraggiare la persona nel vedere quanto lavoro ci sarebbe ancora da fare. Riflettere su questi aspetti mi ha permesso di sentirmi più tranquilla e preparata all'incontro con la paziente e alla possibilità che questa avrebbe potuto avere dei momenti di sconforto o disagio, e anche il fatto di averne parlato con Tina che sapevo sarebbe stata al mio fianco durante le valutazioni mi ha fatto sentire rassicurata poiché in caso di necessità avrei potuto appoggiarmi a lei e alla sua esperienza di terapeuta per evitare di lasciare la paziente in uno stato di malessere.

8.4 Rilevanza clinica

I risultati ottenuti sono solo in parte generalizzabili in quanto trattandosi di uno studio di caso singolo non si è potuto sperimentare su un ampio campione se quello che si è ricercato e ottenuto con la paziente in questione è effettivamente valido anche per altri pazienti con DOC. Tuttavia in base a quanto è stato studiato a livello di DOC e MOHO e la relazione tra le due tematiche, così come quanto emerso dagli incontri con la paziente, la strada intrapresa sembra risultare valida e applicabile in generale ai pazienti con DOC proprio per le caratteristiche che le due valutazioni del MOHO possiedono e per la tipologia di dati che vanno a raccogliere che risultano essere fondamentali per l'impostazione di un trattamento ergoterapico mirato. La rilevanza clinica del lavoro consiste nell'aver esplorato un'area ancora poco conosciuta e

considerata dell'ergoterapia in psichiatria nella realtà ticinese: il DOC. Questo lavoro potrebbe essere un punto di partenza per l'instaurazione di una collaborazione fra psichiatri e ergoterapisti attivi nell'ambito psichiatrico, per garantire una presa a carico complementare oltre che specifica ai pazienti con DOC. La complementarità dell'ergoterapia sta nel fatto che si va a lavorare concretamente sul campo e sulle attività che la persona identifica come difficoltose e cariche di DOC, sia in base all'importanza e al significato che essa gli attribuisce, sia in base alla difficoltà che rappresentano. A livello di rilevanza pratica, la parte di valutazione e raccolta dati svolta concretamente con una paziente con DOC, può fungere da spunto per coloro che si trovano confrontati con questo tipo di pazienti e necessitano di una sorta di linea guida per cominciare la presa in carico.

8.5 Sbocchi

I contenuti di questo lavoro di Tesi potrebbero venire applicati nel contesto dell'ergoterapia in psichiatria qualora si incontrassero pazienti con DOC, sia per avere un quadro approfondito del disturbo, ma anche per avere delle indicazioni sull'impiego degli strumenti di valutazione del MOHO per la raccolta dati necessaria a impostare un trattamento ergoterapico mirato nei pazienti con DOC. Potenziali sviluppi futuri potrebbero essere relativi allo studio e somministrazione di ulteriori strumenti di valutazione del MOHO per completare ulteriormente la raccolta dati e consigliati sono l'Occupational Self Assessment (OSA) e la Checklist dei Ruoli. L'OSA è stato sviluppato per misurare i concetti del MOHO di competenza occupazionale e valori occupazionali, tramite l'autovalutazione del paziente stesso; è una valutazione centrata sul paziente che può aiutare nella pratica a utilizzare questo tipo di approccio, inoltre dopo la compilazione paziente e terapeuta riguardano assieme quanto emerso per identificare le priorità da considerare nel trattamento (Hemphill-Pearson, 2008). La Checklist dei ruoli va invece a cogliere i cambiamenti nei ruoli occupazionali e il valore che gli viene attribuito, identificando i ruoli passati, presenti e futuri in relazione alla loro importanza (Taylor, 2017). Tramite l'autovalutazione, in questo caso l'OSA, il terapeuta può comprendere meglio l'attitudine del paziente attraverso le occupazioni che esso necessita e desidera svolgere così come le sue prospettive riguardo alla propria performance, inoltre il terapeuta può capire che cosa aiuta o ostacola il paziente nelle sue abilità di partecipazione alle attività (Cara & MacRae, 2013). Entrando nello specifico dei disturbi d'ansia (dei quali fa parte il DOC) per sviluppare delle strategie per migliorare il funzionamento del paziente è importante misurare in che modo e in quale misura il disturbo interferisce con le attività della vita quotidiana. In questo senso è utile l'utilizzo della Checklist dei Ruoli proprio per identificare e raccogliere informazioni sui ruoli occupazionali e il loro adempimento in relazione al disturbo (Cara & MacRae, 2013). Come visto nel corso di questo lavoro, i ruoli occupazionali sono in stretta relazione con l'identità, la responsabilità e le attività che vengono svolte dalla persona; in caso di DOC, il quale interferisce a più livelli nella vita occupazionale del paziente, diviene importante prestare attenzione anche all'aspetto dei ruoli in quanto vengono a loro volta intaccati dal disturbo. Un ulteriore studio nell'ambito del DOC in ergoterapia potrebbe essere centrato sul trattamento basato sulle valutazioni del MOHO finora studiate (OPHI-2 e IC) e su quelle che si potrebbero studiare (OSA e Checklist dei Ruoli). Interessante sarebbe inoltre somministrare le valutazioni a pazienti con DOC in fase iniziale, acuta e post-acuta, per vedere che differenze ci potrebbero essere a livello dell'efficacia di utilizzo degli strumenti sopracitati per l'impostazione del trattamento ergoterapico ma anche per vedere se l'impatto che hanno sul paziente cambia a dipendenza della fase in cui si trova; infatti la paziente che ha partecipato a questo studio ritiene che sarebbe stato più utile per lei fare questo tipo di lavoro prima, quando

si è ancora in fase acuta e che si cercano tutte le possibili vie terapeutiche per fare fronte al DOC.

9 Conclusioni

9.1 Bilancio

I risultati ottenuti sono in linea con quanto mi aspettavo e le domande di ricerca hanno ricevuto delle risposte idonee al tipo di lavoro svolto. Riprendendo il testo di Bavaro del 1991, dopo il quale non sono state pubblicate ulteriori ricerche nell'ambito del DOC relazionato al MOHO, mi trovo d'accordo nel dire che l'applicazione del MOHO permette di avere una visione più olistica del paziente e guida nella creazione di un piano di trattamento significativo e propositivo; inoltre avendo svolto io uno studio centrato su due valutazioni del MOHO e avendo raccolto dei dati significativi tramite la loro somministrazione, posso confermare che questo modello è adatto a essere impiegato con pazienti con DOC proprio per la ricchezza dei dati che permette di raccogliere sul paziente e la sua storia di vita e in particolare per l'accento che viene posto sulla scelta delle attività e sui ruoli occupazionali. Gli obiettivi che mi ero prefissata per questo lavoro di Tesi sono stati raggiunti e c'è sicuramente la possibilità di portare avanti ulteriormente questa ricerca così come di applicarla nella pratica dell'ergoterapia in ambito psichiatrico. Mi auguro inoltre che quanto fatto possa servire da input alla collaborazione fra ergoterapisti e psichiatri nella presa a carico di pazienti con DOC. A livello di autocritica mi ritengo molto soddisfatta del percorso svolto e dei risultati ottenuti. Avrei sicuramente potuto approfondire ulteriormente determinati aspetti, ma trattandosi di un lavoro di Bachelor ho rispettato i vincoli dettati e mi riservo la possibilità di approfondire questa mia ricerca in futuro per un diploma superiore. Svolgere questo lavoro di Tesi mi ha permesso di approfondire le mie conoscenze sul disturbo ossessivo-compulsivo e di acquisire maggiori competenze sull'utilizzo del MOHO. Aver potuto affiancare queste due tematiche per me rilevanti a livello personale e professionale mi ha motivato per tutto il percorso, e dal momento che desidero intraprendere la strada di ergoterapista in psichiatria tutto ciò mi sarà sicuramente utile per il mio futuro professionale.

10 Ringraziamenti

Per questo lavoro ringrazio innanzitutto le mie direttrici di Tesi, Rita Pezzati e Tina Weber, per la loro preziosa collaborazione e sostegno durante tutto il percorso svolto. Ringrazio inoltre lo psichiatra che mi ha aiutato nella ricerca della paziente e per avermi dato dei preziosi consigli per la redazione del mio lavoro e in particolare sul disturbo ossessivo-compulsivo. Un grande grazie va anche a Christian Pozzi che mi ha consigliato nei momenti di dubbio sull'utilizzo degli strumenti del MOHO e a Daniela Luisi per avermi dato il suo feedback su alcuni punti del lavoro. Ringrazio il corpo docenti del corso di laurea in ergoterapia per la passione che mi ha trasmesso e che mi ha motivata fino alla fine del mio percorso di studi. Ringrazio anche le mie compagne per essermi state vicine e aver condiviso con me non solo la formazione ma anche tutto quanto ha fatto parte della mia vita negli ultimi anni trascorsi insieme. Un pensiero di gratitudine va anche alla mia famiglia e a tutti coloro che mi hanno supportato durante la formazione come ergoterapista e la stesura del lavoro di Bachelor.

11 Sigle e abbreviazioni

ADL: Activity of Daily Life

AOTA: American Occupational Therapy Association

B-ADL: Basic Activity of Daily Life

DOC: Disturbo ossessivo-compulsivo

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition

I-ADL: Instrumental Activity of Daily Life

ICD-10: International Classification of Diseases

MOHO: Model of Human Occupation

OPHI-2: Occupational Performance History Interview - Version 2

OSA: Occupational Self Assessment

12 Referenze bibliografiche

American Psychiatric Association. (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione. DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Aspers, P., Corte, U. (2019). What is Qualitative in Qualitative Research. *Qualitative Sociology* 42, 139–160. doi:10.1007/s11133-019-9413-7

Associazione della Svizzera Italiana per i disturbi Ansiosi, Depressivi e Ossessivo-Compulsivi. (2016). *LA MALATTIA NASCOSTA. Il Disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) Informazioni per pazienti e per familiari*. Una pubblicazione della: Schweizerische Gesellschaft für Zwangsstörungen (SGZ).

Bavaro, S. M. (1991). Occupational Therapy and Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 456-458. doi:10.5014/ajot.45.5.456

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101

Cara, E., MacRae, A. (2013). *Psychosocial Occupational Therapy. An evolving practice. Third Edition*. Delmar: Cengage Learning.

Comer, R.J. (2008). *Klinische Psychologie. 6. Auflage*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Compendium. (n.d.). *Haldol*. Disponibile da: <https://compendium.ch/Search?q=Haldol>

Compendium. (n.d.). *Sertralin*. Disponibile da: <https://compendium.ch/Search?q=sertralin>

Compendium. (n.d.). *Tranxilium*. Disponibile da: <https://compendium.ch/Search/Products?q=Tranxilium>

Creek, J. (2003). *Occupational therapy defined as a complex intervention*. London: College of Occupational Therapists.

Fassino, S., Daga, G. A., Leombruni, P. (2007). *Manuale di psichiatria biopsicosociale*. Torino: Centro Scientifico Editore.

Fricke, S., Hand, I. (2004). *Avrò chiuso la porta di casa? Affrontare le proprie ossessioni*. Trento: Erickson.

Heale, R., Twycross, A. (2018) What is a case study? *Evidence-Based Nursing*. 21(1), 7-8.

Hemphill-Pearson, B.J. (2008). *Assessment in Occupational Therapy Mental Health. An Integrative Approach. Second Edition*. Thorofare: SLACK Incorporated

Introduction to MOHO. (n.d.). Disponibile da <https://www.moho.uic.edu/resources/about.aspx>

Kielhofner, G., Mallinson, T., Crawford, C., Nowak, M., Rigby, M., Henry, A., Walens, D. (2005). *L'intervista sulla storia della performance occupazionale. Manuale d'uso per l'OPHI II*. Milano: Franco Angeli.

Kubny-Lüke, B. (2017). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie. 3. Auflage*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Mancini, F. (2001). Un modello cognitivo del disturbo ossessivo-compulsivo. Disponibile da: https://www.apc.it/wp-content/uploads/2013/06/Un-modello-cognitivo-del-DOC_Psicoterapia.pdf

Mancini, F., Gangemi, A. (2010). Il ragionamento nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo. *Ricerca in Psicoterapia/Research in Psychotherapy*, 2(13), 191-216.

Mancini, F. (2016). *La mente ossessiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Taylor, R. R. (2017). *Kielhofner's Model Of Human Occupation. Fifth Edition*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Treccani. (n.d.). Egodistonico. Disponibile da: <http://www.treccani.it/vocabolario/egodistonico/>

Treccani. (n.d.). Insight. Disponibile da: <http://www.treccani.it/enciclopedia/insight/>

Ung, Y., Tétreault, S., Briffault, X., Morgiève, M. (2018). Exploration de l'équilibre de vie des personnes présentant des troubles obsessionnels compulsif (TOC). *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 4(2), 81-96. doi:10.13096/rfre.v4n2.125

Lavoro di Tesi approvato in data 15.01.2020

Allegato 1: Consenso informato

Consenso informato

Studente/i	Responsabile/relatore
Giorgia Lafranchi	Rita Pezzati Tina Weber
Corso di laurea	Modulo
Ergoterapia	Tesi di Bachelor

Anno
2018/2020

Data
Ottobre 2019

Il Modello dell'Occupazione Umana (MOHO): come la sua implementazione in terapia può apportare beneficio nel paziente con disturbo ossessivo-compulsivo.

Invito a partecipare all'indagine

Con il presente documento la invitiamo a partecipare alla nostra indagine. Lo studio riguarda il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). Lei soffre di disturbo ossessivo-compulsivo. Per tale ragione le inviamo il presente documento informativo sull'indagine. Per approfondire ulteriori elementi potrà consultare il suo medico o contattarci.

Scopo dell'indagine

Intendiamo effettuare questa indagine per correlare l'utilizzo del MOHO al DOC, e valutare in che modo l'implementazione di questo modello in terapia può apportare dei benefici ai pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo.

Informazione sull'indagine

Saranno utilizzate due interviste del MOHO: la Checklist degli interessi e l'OPHI-2. Partendo dai dati raccolti con queste valutazioni si discuterà l'effetto avuto sulla persona e sull'utilità di quanto emerso per poter impostare degli obiettivi ed un trattamento ergoterapico centrati sulla persona e sui suoi bisogni in relazione a quanto comporta il disturbo ossessivo-compulsivo.

La durata stimata è di almeno due sedute da 90 minuti ciascuna.

Benefici e rischi connessi all'indagine

Partecipando a questa indagine permette ai professionisti attivi nel campo delle psichiatria e in particolare nel trattamento del DOC, di beneficiare di informazioni utili riguardanti la possibilità di considerare l'ergoterapia e il MOHO come parte integrante del percorso di cura dei pazienti con DOC. Se lo desidera potrà lei stessa intraprendere un percorso ergoterapico.

Diritti dei partecipanti all'indagine

La sua partecipazione a questo studio è volontaria. La mancata partecipazione non modifica in alcun modo l'assistenza che le viene prestata. Se ora o nel corso dei nostri incontri decide di partecipare potrà comunque ritirarsi in qualsiasi momento dallo studio senza alcuna motivazione. Lo studio prevede la rilevazione di dati sulla sua persona garantendo l'anonimato e il rispetto del segreto professionale.

Obblighi dei partecipanti all'indagine

Se decide di partecipare le chiediamo di presentarsi agli appuntamenti fissati e in caso di impossibilità a presenziare la invitiamo ad avvisarci per tempo.

Trattamento dei dati dei partecipanti

Rispettiamo tutte le disposizioni legislative in materia di protezione dei dati. I suoi dati sono utilizzati solo nel quadro dello studio in questione. Tutte le persone coinvolte sono tenute al rispetto del segreto professionale.

Contatti di riferimento

Le ricordiamo che ha la facoltà di porre domande in qualsiasi momento.

Giorgia Lafranchi

Studentessa di ergoterapia

Via Pozzo 32, 6722 Corzoneso Piano

Cellulare: 079 532 37 04

E-Mail: giorgia.lafranchi@student.supsi.ch

Rita Pezzati

Professore SUPSI

E-Mail: rita.pezzati@supsi.ch

Tina Weber

Ergoterapista e docente SUPSI

E-Mail: tina.weber@supsi.ch

Firma del partecipante**Luogo e data**

Allegato 2: OPHI-2 Scale di valutazione

Scala di Identità Occupazionale

4 = funzionamento occupazionale eccezionalmente competente; 3 = funzionamento occupazionale appropriato, soddisfacente; 2 = qualche disfunzione occupazionale; 1 = gravi disfunzioni occupazionali

Item	Punti	Criteri	Note aggiunte di chi valuta
Ha obiettivi e progetti personali	4	<ul style="list-style-type: none"> 0 Obiettivi/progetti personali sfidano/richiedono/aumentano sforzo 0 Si sente rinvigorito/eccitato per futuri obiettivi/progetti personali 	
	3	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Obiettivi/progetti personali adeguati alle forze/limiti <input checked="" type="checkbox"/> Sufficiente desiderio per superare dubbi/sfide futuri <input checked="" type="checkbox"/> Motivato a lavorare su obiettivi/progetti personali 	
	2	<ul style="list-style-type: none"> 0 Obiettivi/progetti programmati sotto/sovrastimano le abilità 0 Poco motivato a lavorare su obiettivi/progetti personali 0 Difficoltà a pensare a obiettivi/progetti personali/futuro 0 Limitato impegno/entusiasmo/motivazione 	
	1	<ul style="list-style-type: none"> 0 Non è in grado di identificare obiettivi/progetti personali 0 Obiettivi personali/progetti desiderati sono irraggiungibili tenuto conto delle abilità 0 Obiettivi poco/per niente adeguati alle forze/limiti 0 Manca d'impegno o motivazione rispetto al futuro 0 Non motivato a causa di conflittuali/eccessivi obiettivi/progetti personali 	

Scala di Identità Occupazionale - segue

Item	Punti	Criteri	Note aggiuntive di chi valuta
Identifica lo stile di vita occupazionale che desidera	4	<input type="checkbox"/> Completamente assorbito dallo stile di vita attuale <input type="checkbox"/> Forte senso di come vivere la vita <input type="checkbox"/> Identifica chiaramente il futuro stile di vita occupazionale che preferisce <input type="checkbox"/> Identifica una o più occupazioni molto significative <input type="checkbox"/> Chiara idea delle priorità per organizzare/impiegare il tempo	
	3	<input checked="" type="checkbox"/> Identifica lo stile di vita futuro che desidera con qualche dubbio/insoddisfazione <input type="checkbox"/> Idea adeguata delle priorità per organizzare/impiegare il tempo <input checked="" type="checkbox"/> Identifica una o più occupazioni che sono alquanto importanti/significative <input type="checkbox"/> Fondamentalmente felice dell'attuale stile di vita occupazionale	
	2	<input type="checkbox"/> Ansia ad identificare il futuro stile di vita occupazionale che desidera <input checked="" type="checkbox"/> Grossi dubbi/insoddisfazione per l'attuale stile di vita occupazionale <input checked="" type="checkbox"/> Difficoltà ad identificare come organizzare/impiegare il tempo <input checked="" type="checkbox"/> Ansia nell'identificare/perdita di entusiasmo per le attuali occupazioni significative	
	1	<input type="checkbox"/> Estremamente infelice dell'attuale stile di vita/routine <input type="checkbox"/> Non riesce ad identificare un futuro stile di vita significativo <input type="checkbox"/> Non riesce ad identificare occupazioni che diano entusiasmo/soddisfazione <input type="checkbox"/> Non riesce ad immaginare come organizzare/impiegare il tempo	

Scala di Identità Occupazionale - segue

Item	Punti	Criteri	NB d
Ha aspettative di successo	4	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Estremamente fiducioso nel superare ostacoli/limiti/fallimenti <input type="checkbox"/> Non vede l'ora di confrontarsi con le sfide <input type="checkbox"/> Forte fiducia nella propria efficacia personale <input type="checkbox"/> Si sente di controllare la direzione della propria vita <input type="checkbox"/> Accetta le circostanze impreviste senza scoraggiarsi 	
	3	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Mantiene adeguata fiducia nel superare ostacoli/limiti/fallimenti <input checked="" type="checkbox"/> Affronta le sfide con speranza nel successo <input type="checkbox"/> Si aspetta il successo in diversi campi <input checked="" type="checkbox"/> Adeguata fiducia nella propria efficacia personale 	
	2	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Dubita di essere capace di controllarsi/affrontare ostacoli/limiti/fallimenti <input checked="" type="checkbox"/> Si sente incerto rispetto a prospettive di successo <input type="checkbox"/> Difficoltà a mantenere la fiducia di superare ostacoli/limiti/fallimenti <input type="checkbox"/> Facilmente scoraggiato quando affronta le sfide 	
	1	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prospettive pessimistiche sulle proprie potenziali abilità <input type="checkbox"/> Si sente incapace <input type="checkbox"/> Si sente incapace di autocontrollo <input type="checkbox"/> Si sente incapace di influenzare i risultati <input type="checkbox"/> Rinuncia di fronte ad ostacoli/limiti/fallimenti 	

Scala di Identità Occupazionale - segue

Item	Punti	Criteri	Note aggiuntive di chi valuta
Accetta le responsabilità	4	<input type="checkbox"/> Accetta in misura ragionevole la responsabilità delle proprie azioni <input type="checkbox"/> Cerca/utilizza feedback per migliorarsi	
	③	<input checked="" type="checkbox"/> Accetta le responsabilità per la maggior parte delle proprie azioni <input checked="" type="checkbox"/> Non si rimprovera né si critica eccessivamente <input checked="" type="checkbox"/> È capace di usare il feedback per modificare le strategie	
	2	<input type="checkbox"/> Tende ad evitare di assumere la responsabilità per le proprie azioni <input type="checkbox"/> Incolpa gli altri/le circostanze per i fallimenti personali <input type="checkbox"/> Eccessivamente autocritico <input type="checkbox"/> Tende a negare/rimane confuso dal feedback	
	1	<input type="checkbox"/> Si assume poca/nessuna responsabilità per i fallimenti personali <input type="checkbox"/> Si svaluta sempre <input type="checkbox"/> Evita/non riesce ad usare il feedback in modo efficace <input checked="" type="checkbox"/> Utilizza sempre gli altri/le circostanze per evitare le responsabilità	A dipendenza dell'intensità del Doc quel giorno
Sa valutare abilità e limiti	4	<input type="checkbox"/> Riconosce prontamente/accetta i limiti mentre enfatizza i pregi <input type="checkbox"/> È consapevole di come le abilità possano compensare i limiti <input type="checkbox"/> Valuta realisticamente le proprie abilità quando deve scegliere un'occupazione/compiere degli sforzi	
	③	<input checked="" type="checkbox"/> Riconosce alcuni limiti <input checked="" type="checkbox"/> Ragionevole tendenza a sovra/sotto stimare le abilità <input checked="" type="checkbox"/> Adeguata consapevolezza delle abilità/limiti nel scegliere un'appropriata attività/compiere degli sforzi	
	2	<input type="checkbox"/> Sovra/sotto stima le proprie abilità il che porta ad occupazioni non adatte <input type="checkbox"/> Difficoltà a riconoscere/compensare i limiti con le abilità	
	1	<input type="checkbox"/> Non riesce a valutare realisticamente le proprie abilità <input type="checkbox"/> Forte difficoltà a riconoscere/compensare i limiti con le abilità	

Scala di Identità Occupazionale - segue

Item	Punti	Criteri	Nota
Ha impegni e valori	4	<input type="checkbox"/> Forte senso di ciò che è importante nella vita modella/dirige le scelte <input type="checkbox"/> Gli impegni danno forte senso di scopo/direzione <input type="checkbox"/> Chiari standard personali di vita portano a una positiva considerazione di sé	
	3	<input checked="" type="checkbox"/> Identifica alcuni valori che influenzano le scelte occupazionali <input checked="" type="checkbox"/> Adeguato impegno verso una direzione e scopo nella vita <input checked="" type="checkbox"/> Standard/principi personali portano ad adeguata considerazione di sé	
	2	<input type="checkbox"/> Valori conflittuali limitano le scelte occupazionali <input type="checkbox"/> Incertezza su scopi e direzione di vita <input type="checkbox"/> Mantiene valori non condivisi dal proprio gruppo(i) sociale/società	
	1	<input type="checkbox"/> Alienato/manca di impegni e scelte occupazionali <input type="checkbox"/> Non riesce a trovare investimento/scopo e direzione nella vita <input type="checkbox"/> Non riesce ad identificarsi nei valori del gruppo(i) sociale/società <input type="checkbox"/> Mantiene valori devianti/in contrasto con il gruppo(i) sociale/società	
Riconosce identità e obblighi	4	<input type="checkbox"/> Si riconosce in una serie di ruoli <input type="checkbox"/> Ha un forte senso di identità che deriva dai ruoli <input type="checkbox"/> Fortemente impegnato nei ruoli	
	3	<input checked="" type="checkbox"/> Si riconosce in uno o più ruoli <input checked="" type="checkbox"/> Deriva adeguata identità dai ruoli <input type="checkbox"/> Impegnato nei ruoli	
	2	<input type="checkbox"/> Difficoltà nel riconoscersi in uno o più ruoli <input checked="" type="checkbox"/> Marginalmente impegnato nei ruoli <input type="checkbox"/> Difficoltà ad identificare responsabilità di ruolo(i) nonostante desideri avere quel(i) ruolo(i) <input type="checkbox"/> Debole identità di ruolo	
	1	<input type="checkbox"/> Non si identifica con nessun ruolo occupazionale <input type="checkbox"/> Si identifica con un ruolo deviante <input type="checkbox"/> Manca di impegno nel ruolo	

Scala di Identità Occupazionale - segue

Item	Punti	Criteri	Note aggiuntive di chi valuta
Ha interessi	4	<input type="checkbox"/> Fortemente attratto da una o più attività occupazionale(i) che motivi(motivino) le scelte <input type="checkbox"/> Gli interessi aumentano le abilità/opportunità	
	3	<input type="checkbox"/> Adeguato interesse per guidare le scelte <input type="checkbox"/> Attratto da occupazioni che corrispondono ad abilità/opportunità	
	②	<input type="checkbox"/> Difficoltà ad identificare interessi <input checked="" type="checkbox"/> Scarsa attrazione verso qualsiasi occupazione che corrisponda alle abilità <input type="checkbox"/> Gli interessi non corrispondono alle abilità/opportunità	
	1	<input type="checkbox"/> Incapace di identificare gli interessi <input type="checkbox"/> Gli interessi non hanno relazione con le abilità/opportunità perché ci sia coinvolgimento negli interessi stessi	
Si sentiva efficace (nel passato)	4	<input type="checkbox"/> Forte senso di responsabilità personale <input type="checkbox"/> Si aspettava successo nelle situazioni di sfida	
	③	<input checked="" type="checkbox"/> Si sentiva adeguato alla responsabilità che gli veniva data <input checked="" type="checkbox"/> Era fiducioso del successo nelle situazioni di sfida	senza DOC / prima del DOC
	2	<input type="checkbox"/> Si sentiva inadeguato alla responsabilità che gli veniva data <input type="checkbox"/> Si scoraggiava di fronte alle situazioni di sfida	
	1	<input type="checkbox"/> Mancava di senso di responsabilità <input checked="" type="checkbox"/> Si sentiva senza speranza	con DOC al massimo dell'intensità

Scala di Identità Occupazionale - segue

Item	Punti	Criteri	Note ag. di chi
Trovava significato e soddisfazione nello stile di vita (nel passato)	4	<input type="checkbox"/> Era estremamente felice degli stili di vita del passato <input type="checkbox"/> Trovava forte soddisfazione/significato nella vita <input type="checkbox"/> Aveva una forte identità occupazionale	
	3	<input checked="" type="checkbox"/> Era generalmente felice dei ruoli esistenziali ma c'era qualcosa che voleva cambiare <input checked="" type="checkbox"/> Aveva diverse esperienze occupazionali significative/soddisfacenti	Prima del DOC
	2	<input type="checkbox"/> Era piuttosto insoddisfatto dei ruoli di vita <input type="checkbox"/> Aveva qualche difficoltà ad identificare gli interessi <input type="checkbox"/> Aveva difficoltà nel trovare soddisfazione/significato nella vita	
	1	<input type="checkbox"/> Era estremamente insoddisfatto dello stile/ruoli di vita <input type="checkbox"/> Era incapace di identificare interessi <input type="checkbox"/> Era incapace di trovare significato nella vita	
Faceva scelte occupazionali (nel passato)	4	<input type="checkbox"/> È stato molto impegnato/vitalizzato da una storia di vita significativa <input type="checkbox"/> Faceva scelte occupazionali eccellenti per realizzare la propria storia di vita <input type="checkbox"/> Le scelte occupazionali del passato erano realisticamente raggiungibili	
	3	<input checked="" type="checkbox"/> Era adeguatamente motivato da una storia di vita significativa <input checked="" type="checkbox"/> Faceva scelte occupazionali adeguate nel realizzare la propria storia di vita	Prima del DOC
	2	<input type="checkbox"/> Aveva difficoltà ad identificare/impegnarsi in una storia di vita <input type="checkbox"/> Faceva scelte occupazionali che interferivano con la realizzazione della storia di vita <input type="checkbox"/> La storia di vita portava a scelte occupazionali negative	
	1	<input type="checkbox"/> La storia di vita non era stimolante (tragica; rappresentava se stesso come una vittima) <input type="checkbox"/> Era incapace di visualizzare una storia di vita <input type="checkbox"/> Evitava/faceva scelte occupazionali molto scadenti	

<i>Item</i>	<i>Punti</i>	<i>Criteri</i>	<i>Note aggiuntive di chi valuta</i>
Mantiene uno stile di vita soddisfacente	4	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Coinvolto in una serie completa di ruoli/progetti personali/abitudini che danno identità/esperienza altamente soddisfacente <input type="checkbox"/> Stile di vita direttamente collegato a importanti valori/obiettivi <input type="checkbox"/> Vita piena di una gamma di ruoli/progetti personali <input type="checkbox"/> Lo stile di vita mostra forte senso di direzione/significato 	
	3	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Coinvolgimento in una varietà di ruoli/progetti personali che danno identità/soddisfazione <input type="checkbox"/> Lo stile di vita permette l'espressione di alcuni importanti valori/obiettivi <input type="checkbox"/> Equilibrio soddisfacente di ruoli/progetti personali tali da occupare pienamente la vita <input type="checkbox"/> Lo stile di vita esprime in generale un senso di direzione/significato 	
	②	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Difficoltà nel mantenere/portare a compimento una gamma di ruoli/progetti personali/attività <input checked="" type="checkbox"/> Difficoltà nell'occupare la vita con adeguati ruoli/progetti personali/attività <input checked="" type="checkbox"/> Stile di vita stressante con troppe richieste/priorità <input checked="" type="checkbox"/> Lo stile di vita manca di un chiaro senso di direzione/significato <input checked="" type="checkbox"/> Incongruenza/conflicto tra ruoli/progetti personali/responsabilità 	
	1	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sopraffatto da responsabilità concernenti ruoli/progetti personali <input type="checkbox"/> Totale fallimento nei ruoli/progetti personali <input type="checkbox"/> Completa mancanza di ruoli/progetti personali/responsabilità che diano uno stile di vita <input type="checkbox"/> Stile di vita che mostra mancanza di direzione/significato 	

Item	Punti	Criteri	Note di
Risponde pienamente alle aspettative del ruolo	4	<input type="checkbox"/> Eccelle nel soddisfare gli obblighi del ruolo in tutti i ruoli <input type="checkbox"/> Obblighi di ruolo/richieste compatibili con uno stile di vita altamente produttivo	
	3	<input type="checkbox"/> Soddisfa generalmente gli obblighi di più ruoli <input type="checkbox"/> Obblighi/richieste del ruolo generalmente sufficienti a mantenere un pattern coerente di riuscita	
	2	<input checked="" type="checkbox"/> Difficoltà occasionale/crescente nel rispettare le aspettative del ruolo (dovuta ad eccessive richieste di ruolo/diminuita capacità) <input type="checkbox"/> Troppo pochi obblighi per mantenere un pattern coerente di riuscita	
	1	<input type="checkbox"/> Incapace di rispettare le richieste dei ruoli di vita principali <input checked="" type="checkbox"/> Perdita completa dei principali ruoli di vita causata da disabilità <input type="checkbox"/> Nessuna/insignificante richiesta di ruolo con poche opportunità di riuscita	
Lavora verso obiettivi	4	<input type="checkbox"/> Sostiene sforzi mirati/di grande successo verso il raggiungimento di un obiettivo <input type="checkbox"/> Raggiunge pienamente/eccede negli obiettivi <input type="checkbox"/> Prevede come e quando riformulare gli obiettivi per un'ottima produttività/soddisfazione	
	3	<input checked="" type="checkbox"/> Sostiene regolarmente lo sforzo verso gli obiettivi <input type="checkbox"/> Raggiunge/raggiunge quasi del tutto la maggior parte degli obiettivi <input checked="" type="checkbox"/> Capace di ridirezionare obiettivi/sforzi quando le circostanze lo richiedono	
	2	<input checked="" type="checkbox"/> La malattia ha creato saltuaria/parziale interruzione del raggiungimento degli obiettivi <input type="checkbox"/> Perde occasionalmente concentrazione/impegno verso gli obiettivi <input checked="" type="checkbox"/> Obiettivi significativamente compromessi da malattia <input checked="" type="checkbox"/> Fa progressi discontinui verso gli obiettivi <input type="checkbox"/> A volte persevera verso obiettivi irraggiungibili	
	1	<input type="checkbox"/> Malattia/trauma hanno reso impossibili gli obiettivi <input type="checkbox"/> Non riesce a rimanere focalizzato sugli obiettivi/mantenere lo sforzo verso gli obiettivi nel tempo <input type="checkbox"/> Rinuncia agli obiettivi <input type="checkbox"/> Si sforza verso obiettivi irraggiungibili col risultato di fallimento cronico	

Item	Punti	Criteri	Note aggiuntive di chi valuta
Soddisfa gli standard personali di performance	4	<input type="checkbox"/> Raggiunge un livello di performance coerente con alte aspirazioni/aspettative personali	
	3	<input type="checkbox"/> A causa di alcuni eccessi negli standard personali... <input type="checkbox"/> A causa di qualche limite nell'abilità...	... raggiunge un livello di performance che generalmente soddisfa le aspettative
	2	<input type="checkbox"/> A causa di eccessive aspettative personali... <input checked="" type="checkbox"/> A causa di significativi limiti/diminuita capacità...	... continuo divario tra i risultati e gli standard causa dubbi su se stesso
	①	<input checked="" type="checkbox"/> Cronica difficoltà nel soddisfare aspettative personali del tutto irraggiungibili <input checked="" type="checkbox"/> Importante perdita di capacità che impedisce il raggiungimento degli standard esecutivi	
Organizza il tempo per far fronte alle responsabilità	4	<input type="checkbox"/> Routine ben organizzata che mantiene un veloce ritmo di responsabilità/obiettivi <input type="checkbox"/> Rapidamente modifica la routine per far fronte in modo creativo a cambiamento di responsabilità/circostanze <input type="checkbox"/> La routine esprime strategie di risoluzione di problemi altamente adattive	
	3	<input type="checkbox"/> Adeguata routine per portare a compimento la maggior parte delle responsabilità/obiettivi <input type="checkbox"/> Generalmente capace di modificare la routine quando i cambiamenti di responsabilità/circostanze lo richiedono <input type="checkbox"/> La routine esprime generalmente strategie adattive di risoluzione di problemi	
	2	<input checked="" type="checkbox"/> Importante difficoltà nell'organizzare le routine per far fronte a più responsabilità/cambiamenti delle circostanze <input checked="" type="checkbox"/> Troppo pochi obiettivi/responsabilità da far sviluppare una routine adattiva <input type="checkbox"/> In parte la routine è caratterizzata da comportamenti/strategie di risoluzione dei problemi non adattivi	
	①	<input checked="" type="checkbox"/> Routine totalmente disorganizzata/caotica <input checked="" type="checkbox"/> Incapace di organizzare una routine per le principali attività della cura di sé <input type="checkbox"/> Incapace di adattare la routine alle nuove circostanze <input type="checkbox"/> La routine manifesta un comportamento altamente disadattivo quale abuso di sostanze/strategie negative di risoluzione dei problemi	

Scala di Competenza Occupazionale - segue

Item	Punti	Criteri	Note aggiunte di chi valuta
Partecipa ad interessi	4	<input type="checkbox"/> Persegue appassionatamente/con soddisfazione uno o più interessi <input type="checkbox"/> Rapidamente prova/trova piacere in nuovi interessi	
	3	<input type="checkbox"/> Segue con assiduità gli interessi con adeguata soddisfazione <input type="checkbox"/> Generalmente capace di provare/gioire di nuovi interessi	
	②	<input checked="" type="checkbox"/> Segue in modo discontinuo gli interessi <input checked="" type="checkbox"/> Qualche difficoltà nel trovare tempo/energia per seguire forti interessi <input type="checkbox"/> La malattia interrompe/riduce il coinvolgimento in interessi del passato <input checked="" type="checkbox"/> Difficoltà a provare nuovi interessi/adattarsi agli interessi/trovare soddisfazione in interessi nuovi/a cui si è adattato	
	1	<input type="checkbox"/> Perseguimento minimo/assente degli interessi <input type="checkbox"/> Poca/nessuna energia/tempo per partecipare agli interessi <input checked="" type="checkbox"/> Malattia/trauma interferiscono/impediscono fortemente il coinvolgimento in interessi del passato <input type="checkbox"/> Completamente incapace di provare/adattarsi a nuovi interessi	
Ruoli portati a compimento (nel passato)	4	<input type="checkbox"/> Gestiva con competenza ruoli evolutivamente appropriati <input type="checkbox"/> Era capace di equilibrare richieste di ruoli molteplici	
	③	<input checked="" type="checkbox"/> Manteneva in generale ruoli evolutivamente appropriati <input checked="" type="checkbox"/> Era generalmente capace di armonizzare richieste di ruoli molteplici	Prima del DOC
	2	<input type="checkbox"/> Aveva difficoltà ad armonizzare richieste di ruolo <input type="checkbox"/> Passava periodi di difficoltà di ruolo <input type="checkbox"/> Aveva una performance di ruolo non costante/incongruente <input type="checkbox"/> Aveva conflitto di ruolo	
	1	<input type="checkbox"/> Falliva in modo significativo in uno o più ruoli di vita principali <input type="checkbox"/> Non aveva ruoli <input type="checkbox"/> Aveva grosse difficoltà in parecchi/tutti i ruoli	

Scala di Competenza Occupazionale - segue

Item	Punti	Criteri	Note aggiuntive di chi valuta
Abitudini mantenute (nel passato)	4	<input type="checkbox"/> Manteneva una routine altamente organizzata per fasi/obiettivi evolutivi <input type="checkbox"/> Manteneva un programma giornaliero altamente soddisfacente/produttivo	
	③	<input checked="" type="checkbox"/> Generalmente manteneva un programma giornaliero organizzato/produttivo <input checked="" type="checkbox"/> Generalmente teneva una routine adeguata alle fasi/obiettivi evolutivi	Prima del DOC
	2	<input type="checkbox"/> Il programma giornaliero non era adeguato <input type="checkbox"/> La routine non era sufficientemente organizzata per le fasi/obiettivi evolutivi <input type="checkbox"/> Passava periodi di grossa disorganizzazione nella vita di tutti i giorni	
	1	<input type="checkbox"/> Aveva molti problemi nel mantenere una routine <input type="checkbox"/> Lo schema della routine non era assolutamente adeguato alle fasi/obiettivi evolutivi <input type="checkbox"/> Aveva un modello di vita caotico rispetto a fasi/obiettivi evolutivi appropriati <input type="checkbox"/> Aveva una routine inattiva <input type="checkbox"/> Aveva una condotta di vita marcatamente deviante	
Soddisfazioni raggiunte (nel passato)	4	<input type="checkbox"/> Risultati/obiettivi raggiunti/stile di vita del passato fornivano un alto livello di soddisfazione <input type="checkbox"/> Aveva un buon equilibrio tra lavoro, riposo e gioco	
	③	<input checked="" type="checkbox"/> Raggiungeva la maggior parte degli importanti obiettivi di vita <input checked="" type="checkbox"/> Lavoro, riposo e gioco generalmente equilibrati <input checked="" type="checkbox"/> Lo stile di vita è stato generalmente piacevole <input type="checkbox"/> Obiettivi generalmente mantenuti/realizzati	Prima del DOC
	2	<input type="checkbox"/> Era molto insoddisfatto dello stile di vita <input type="checkbox"/> Aveva qualche squilibrio nel lavoro, riposo e gioco <input type="checkbox"/> Importanti fallimenti distoglievano da/offuscavano i raggiungimenti <input type="checkbox"/> Ha perso un importante interesse/obiettivo e non lo ha rimpiazzato <input type="checkbox"/> Aveva difficoltà nel conseguire gli obiettivi	
	1	<input type="checkbox"/> Malattia/trauma hanno ostacolato/impedito significativamente la ricerca/raggiungimento di obiettivi/interessi <input type="checkbox"/> Aveva un forte senso di fallimento/insoddisfazione nello stile di vita <input type="checkbox"/> Ha avuto un significativo fallimento che ha portato ad insoddisfazione <input type="checkbox"/> Aveva uno scarso equilibrio tra lavoro, riposo e gioco	

Scala dei Setting Occupazionali

4 = funzionamento occupazionale eccezionalmente competente; 3 = funzionamento occupazionale appropriato, soddisfacente; 2 = qualche disfunzione occupazionale; 1 = gravi disfunzioni occupazionali

Item	Punti	Criteri	Note a cura di chi
Forme occupazionali della vita familiare (compiti)	4	Richieste/opportunità a livello: <input type="checkbox"/> Fisico } sfidano/stimolano <input type="checkbox"/> Cognitivo } interessi e abilità <input type="checkbox"/> Emotivo } <input type="checkbox"/> Tempo/sforzo richiesto ben adeguati al tempo/energia disponibile	
	3	Richieste/opportunità a livello: <input type="checkbox"/> Fisico } corrispondono per lo più <input type="checkbox"/> Cognitivo } ad interessi e abilità <input type="checkbox"/> Emotivo } <input type="checkbox"/> Tempo/sforzo richiesto adeguati al tempo/energia disponibile	
	2	Richieste/opportunità a livello: <input type="checkbox"/> Fisico } non corrispondono in qualche modo <input type="checkbox"/> Cognitivo } ad interessi e abilità <input type="checkbox"/> Emotivo } <input checked="" type="checkbox"/> Tempo/sforzo richiesto si adattano appena al tempo/energia disponibile	
	①	Richieste/opportunità a livello: <input checked="" type="checkbox"/> Fisico } corrispondono scarsamente <input checked="" type="checkbox"/> Cognitivo } ad interessi e abilità <input checked="" type="checkbox"/> Emotivo } <input checked="" type="checkbox"/> Tempo/sforzo richiesto si adattano scarsamente al tempo/energia disponibile	

Scala dei Setting Occupazionali - segue

<i>Item</i>	<i>Punti</i>	<i>Criteri</i>	<i>Note aggiuntive di chi valuta</i>
Forme occupazionali nel ruolo produttivo principale (compiti)	4	Richieste/opportunità a livello: <input type="checkbox"/> Fisico } sfidano/stimolano <input type="checkbox"/> Cognitivo } interessi e abilità <input type="checkbox"/> Emotivo } <input type="checkbox"/> Tempo/sforzo richiesto ben adeguati al tempo/energia disponibile	
	3	Richieste/opportunità a livello: <input type="checkbox"/> Fisico } corrispondono per lo più <input type="checkbox"/> Cognitivo } ad interessi e abilità <input type="checkbox"/> Emotivo } <input type="checkbox"/> Tempo/sforzo richiesto adeguati al tempo/energia disponibile	
	②	Richieste/opportunità a livello: <input checked="" type="checkbox"/> Fisico } non corrispondono in qualche modo <input checked="" type="checkbox"/> Cognitivo } ad interessi e abilità <input checked="" type="checkbox"/> Emotivo } <input checked="" type="checkbox"/> Tempo/sforzo richiesto si adattano appena al tempo/energia disponibile	
	1	Richieste/opportunità a livello: <input type="checkbox"/> Fisico } corrispondono scarsamente <input type="checkbox"/> Cognitivo } ad interessi e abilità <input type="checkbox"/> Emotivo } <input type="checkbox"/> Tempo/sforzo richiesto si adattano scarsamente al tempo/energia disponibile	

Scala dei Setting Occupazionali - segue

Item	Punti	Criteri	No
Forme occupazionali del tempo libero (compiti)	4	Richieste/opportunità a livello: 0 Fisico } sfidano/stimolano 0 Cognitivo } interessi e abilità 0 Emotivo } 0 Tempo/sforzo richiesto ben adeguati al tempo/energia disponibile	
	3	Richieste/opportunità a livello: 0 Fisico } per lo più corrispondono 0 Cognitivo } ad interessi e abilità 0 Emotivo } 0 Tempo/sforzo richiesto adeguati al tempo/energia disponibile	
	2	Richieste/opportunità a livello: 0 Fisico } non corrispondono in qualche modo 0 Cognitivo } ad interessi e abilità 0 Emotivo } 0 Tempo/sforzo richiesto si adattano appena al tempo/energia disponibile	
	1	Richieste/opportunità a livello: 0 Fisico } corrispondono scarsamente 0 Cognitivo } ad interessi e abilità 0 Emotivo } 0 Tempo/sforzo richiesto si adattano scarsamente al tempo/energia disponibile	

Scala dei Setting Occupazionali - segue

Item	Punti	Criteri	Note aggiuntive di chi valuta
Gruppo sociale familiare	4	<input type="checkbox"/> Opportunità/aspettative di interazione/collaborazione sostengono un funzionamento ottimale <input type="checkbox"/> Il clima emotivo/pratico rinforza funzionamento/capacità di affrontare le situazioni <input type="checkbox"/> Gli altri apprezzano abilità/contributi/sforzi	
	3	<input type="checkbox"/> Sufficiente interazione/collaborazione con gli altri sostiene generalmente un funzionamento positivo <input type="checkbox"/> Il clima emotivo/pratico sostiene il funzionamento/la capacità di affrontare le situazioni <input checked="" type="checkbox"/> Gli altri riconoscono abilità/contributi/sforzi	
	②	<input checked="" type="checkbox"/> Troppo poca/eccessiva interazione/collaborazione limita il funzionamento <input checked="" type="checkbox"/> Il clima emotivo/pratico riduce il funzionamento/la capacità di affrontare le situazioni <input type="checkbox"/> Gli altri non riconoscono abilità/contributi/sforzi	
	1	<input type="checkbox"/> Interazione/collaborazione inesistente/eccessivamente richiedente/conflittuale <input type="checkbox"/> Il clima emotivo/pratico contribuisce in modo estremamente disadattivo al funzionamento/capacità di affrontare le situazioni <input type="checkbox"/> Gli altri ignorano/svalutano abilità/contributi/sforzi <input type="checkbox"/> Si sente senza speranza di essere capace di influenzare i risultati	

Scala dei Setting Occupazionali - segue

Item	Punti	Criteri	Note aggiuntive di chi valuta
Gruppo sociale del ruolo produttivo principale	4	<ul style="list-style-type: none"> 0 Opportunità/aspettative di interazione/collaborazione sostengono un funzionamento ottimale 0 Il clima emotivo/pratico rinforza funzionamento/capacità di affrontare le situazioni 0 Gli altri apprezzano abilità/contributi/sforzi 	
	3	<ul style="list-style-type: none"> 0 Sufficiente interazione/collaborazione con gli altri sostiene generalmente un funzionamento positivo 0 Il clima emotivo/pratico sostiene il funzionamento/la capacità di affrontare le situazioni 0 Gli altri riconoscono abilità/contributi/sforzi 	
	2	<ul style="list-style-type: none"> 0 Troppo poca/eccessiva interazione/collaborazione limita il funzionamento 0 Il clima emotivo/pratico riduce il funzionamento/la capacità di affrontare le situazioni 0 Gli altri non riconoscono abilità/contributi/sforzi 	
	1	<ul style="list-style-type: none"> 0 Interazione/collaborazione inesistente/eccessivamente richiedente/conflittuale 0 Il clima emotivo/pratico contribuisce in modo estremamente disadattivo al funzionamento/capacità di affrontare le situazioni 0 Gli altri ignorano/svalutano abilità/contributi/sforzi 0 Si sente senza speranza di essere capace di influenzare i risultati 	

scala dei Setting Occupazionali - segue

<i>Item</i>	<i>Punti</i>	<i>Criteri</i>	<i>Note aggiuntive di chi valuta</i>
Gruppo sociale del tempo libero	4	<input type="checkbox"/> Opportunità/aspettative di interazione/collaborazione sostengono un funzionamento ottimale <input type="checkbox"/> Il clima emotivo/pratico rinforza funzionamento/capacità di affrontare le situazioni <input type="checkbox"/> Gli altri apprezzano abilità/contributi/sforzi	
	3	<input type="checkbox"/> Sufficiente interazione/collaborazione con gli altri sostiene generalmente un funzionamento positivo <input type="checkbox"/> Il clima emotivo/pratico sostiene il funzionamento/la capacità di affrontare le situazioni <input checked="" type="checkbox"/> Gli altri riconoscono abilità/contributi/sforzi	
	②	<input type="checkbox"/> Troppo poca/eccessiva interazione/collaborazione limita il funzionamento <input checked="" type="checkbox"/> Il clima emotivo/pratico riduce il funzionamento/la capacità di affrontare le situazioni <input type="checkbox"/> Gli altri non riconoscono abilità/contributi/sforzi	
	1	<input type="checkbox"/> Interazione/collaborazione inesistente/eccessivamente richiedente/conflittuale <input type="checkbox"/> Il clima emotivo/pratico contribuisce in modo estremamente disadattivo al funzionamento/capacità di affrontare le situazioni <input type="checkbox"/> Gli altri ignorano/svalutano abilità/contributi/sforzi <input type="checkbox"/> Si sente senza speranza di essere capace di influenzare i risultati	

Scala dei Setting Occupazionali - segue

Item	Punti	Criteri	A
Spazio fisico oggetti e risorse della vita familiare	4	<input type="checkbox"/> Del tutto accessibile <input type="checkbox"/> Sicuro (rischio minimo) <input type="checkbox"/> Del tutto privato (secondo i desideri) <input type="checkbox"/> Molto confortevole <input type="checkbox"/> Molto stimolante/significativo <input type="checkbox"/> Spazioso/accogliente	Ambiente e oggetti
	3	<input checked="" type="checkbox"/> In gran parte accessibile <input checked="" type="checkbox"/> Generalmente sicuro (rischi minimi) <input checked="" type="checkbox"/> Adeguatamente privato <input checked="" type="checkbox"/> Adeguatamente confortevole <input checked="" type="checkbox"/> Adeguatamente stimolante/significativo <input checked="" type="checkbox"/> Adeguatamente accogliente	Ambiente e oggetti
	2	<input type="checkbox"/> Solo in parte accessibile <input type="checkbox"/> Non sicuro (rischi considerevoli) <input type="checkbox"/> Suscettibile di intrusioni <input type="checkbox"/> Un po' scomodo <input type="checkbox"/> Poco stimolante/poco significativo <input type="checkbox"/> Poco accogliente	Ambiente e oggetti
	1	<input type="checkbox"/> Inaccessibile <input type="checkbox"/> Non sicuro (alti rischi) <input type="checkbox"/> Non privato <input type="checkbox"/> Molto scomodo <input type="checkbox"/> Non stimolante/non significativo <input type="checkbox"/> Totalmente inadeguato	Ambiente e oggetti

Scala dei Setting Occupazionali - segue

Item	Punti	Criteri	Note aggiuntive di chi valuta	
Spazio fisico, oggetti e risorse del ruolo produttivo principale	4	<input type="checkbox"/> Del tutto accessibile <input type="checkbox"/> Sicuro (rischio minimo) <input type="checkbox"/> Del tutto privato (secondo i desideri) <input type="checkbox"/> Molto confortevole <input type="checkbox"/> Molto stimolante/significativo <input type="checkbox"/> Spazioso/accogliente	Ambiente e oggetti	
	3	<input type="checkbox"/> In gran parte accessibile <input type="checkbox"/> Generalmente sicuro (rischi minimi) <input type="checkbox"/> Adeguatamente privato <input type="checkbox"/> Adeguatamente confortevole <input type="checkbox"/> Adeguatamente stimolante/significativo <input type="checkbox"/> Adeguatamente accogliente	Ambiente e oggetti	
	②	<input type="checkbox"/> Solo in parte accessibile <input type="checkbox"/> Non sicuro (rischi considerevoli) <input checked="" type="checkbox"/> Suscettibile di intrusioni <input checked="" type="checkbox"/> Un po' scomodo <input type="checkbox"/> Poco stimolante/poco significativo <input type="checkbox"/> Poco accogliente	Ambiente e oggetti	Per lei è pieno di rischi
	1	<input type="checkbox"/> Inaccessibile <input type="checkbox"/> Non sicuro (alti rischi) <input type="checkbox"/> Non privato <input type="checkbox"/> Molto scomodo <input type="checkbox"/> Non stimolante/non significativo <input type="checkbox"/> Totalmente inadeguato	Ambiente e oggetti	

Scala dei Setting Occupazionali - segue

Item	Punti	Criteri	Note di c
Spazio fisico, oggetti e risorse del tempo libero	4	<input type="checkbox"/> Del tutto accessibile <input type="checkbox"/> Sicuro (rischio minimo) <input type="checkbox"/> Del tutto privato (secondo i desideri) <input type="checkbox"/> Molto confortevole <input type="checkbox"/> Molto stimolante/significativo <input type="checkbox"/> Spazioso/accogliente	Ambiente e oggetti
	3	<input type="checkbox"/> In gran parte accessibile <input type="checkbox"/> Generalmente sicuro (rischi minimi) <input type="checkbox"/> Adeguatamente privato <input type="checkbox"/> Adeguatamente confortevole <input type="checkbox"/> Adeguatamente stimolante/significativo <input type="checkbox"/> Adeguatamente accogliente	Ambiente e oggetti
	②	<input checked="" type="checkbox"/> Solo in parte accessibile <input type="checkbox"/> Non sicuro (rischi considerevoli) <input checked="" type="checkbox"/> Suscettibile di intrusioni <input checked="" type="checkbox"/> Un po' scomodo <input type="checkbox"/> Poco stimolante/poco significativo <input type="checkbox"/> Poco accogliente	Ambiente e oggetti
	1	<input type="checkbox"/> Inaccessibile <input type="checkbox"/> Non sicuro (alti rischi) <input type="checkbox"/> Non privato <input type="checkbox"/> Molto scomodo <input type="checkbox"/> Non stimolante/non significativo <input type="checkbox"/> Totalmente inadeguato	Ambiente e oggetti