



©National Institute of Art and Disabilities (NIAD)



Università degli Studi di Padova
Facoltà di Scienze della Formazione

master universitario di I livello
**Disabilità e educazione
inclusiva nelle istituzioni
e nel territorio**

PROGETTO CON-TATTO

Qualità della relazione interpersonale
per promuovere salute mentale e benessere
di persone con disabilità intellettiva



Project Work di
Dott.ssa Naomi Rebecca Brenner
Matricola: 937367
Anno Accademico 2009/2010

Direttrice del Master: Prof.ssa Marina Santi
Supervisore del Project Work: Dott.ssa Stefania Petocchi

L'uomo si fa Io solo nel Tu.

Lo scopo della relazione è la sua stessa essenza, ovvero il contatto con il Tu; poiché attraverso il contatto ogni Tu coglie un alito del Tu, cioè della vita eterna. Chi sta nella relazione partecipa a una realtà, cioè a un essere, che non è puramente in lui né puramente fuori di lui. Tutta la realtà è un agire cui io partecipo senza potermi adattare a essa. Dove non v'è partecipazione non v'è nemmeno realtà. Dove v'è egoismo non v'è realtà. La partecipazione è tanto più completa quanto più immediato è il contatto del Tu. È la partecipazione alla realtà che fa l'Io reale; ed esso è tanto più reale quanto più completa è la partecipazione.

(Martin Buber, Io e Tu)

INDICE

CAPITOLO 1 INFORMAZIONI GENERALI SUL PROGETTO.....	6
Introduzione.....	7
Titolo del progetto.....	8
Durata del progetto.....	8
Luogo di realizzazione.....	8
Sintesi delle attività.....	9
Approfondimento concettuale del tema affrontato.....	10
La doppia diagnosi.....	10
Salute mentale e benessere.....	11
ICF, partecipazione e inclusione.....	12
Contatto, relazione e l'approccio umanistico.....	12
 CAPITOLO 2 DESCRIZIONE DEL PROGETTO.....	 15
Contesto e motivazione.....	16
Obiettivi generali e specifici.....	18
Attività/ Sperimentazione del progetto.....	19
Destinatari.....	25
Le persone con doppia diagnosi.....	25
Gli operatori in relazione di aiuto.....	25
Beneficiari indiretti.....	25
Risorse.....	26
Persone.....	26
Luoghi.....	26
Attrezzatura tecnica e strumenti.....	26
Spese economiche.....	26
 CAPITOLO 3 LA METODOLOGIA.....	 27
Modelli teorici di riferimento.....	28
Modelli teorici della doppia diagnosi.....	28
Teoria della psicologia umanistica.....	31
Metodologia e strumenti.....	32
La metodologia.....	32
L'approccio centrato sulla persona di Carl R. Rogers.....	32

La pre-terapia di Garry F. Prouty.....	33
Gli strumenti.....	35
Lo spazio Io e Tu.....	36
La diagnosi comprensiva.....	36
La formazione.....	36
La consulenza.....	37
Valutazione della qualità della relazione.....	37
CAPITOLO 4 I RISULTATI.....	38
Risultati ottenuti	39
Raccolta, analisi, rielaborazione dei dati.....	39
Output (servizi e/o prodotti concreti)	39
Outcome (effetti prodotti).....	42
Criticità e punti di forza.....	43
Considerazioni finali.....	45
Prospettive future?	46
ALLEGATI.....	48
Modelli/ strumenti.....	49
Allegati	49
BIBLIOGRAFIA.....	53
WEBLIOGRAFIA.....	55

Mental Health

**No health without
mental health**



The time to act is now

Integrate mental health in primary health care



World Health Organization

www.who.int/mental_health

CAPITOLO 1

INFORMAZIONI GENERALI SUL PROGETTO

Introduzione

Questo Project Work consiste in un progetto per persone con una doppia diagnosi, cioè persone con una disabilità intellettiva e un disturbo psichico. Ma lo scopo di questo progetto non è solo di parlare della doppia diagnosi, ma di parlare CON queste persone, di lasciare parlare loro stessi, seguendo l'idea “Nothing about us without us” (Niente su di noi senza di noi).

Il progetto vuole dare spazio alla relazione interpersonale e indagare sulla qualità di essa. Non solo: la relazione interpersonale viene vista ed usata come strumento potente per promuovere la salute mentale e il benessere delle persone; come strumento per portare le persone considerate “gravissime” verso la partecipazione e l'inclusione.

All'inizio di questo progetto c'era l'idea di fare una ricerca sulla realtà italiana per le persone con doppia diagnosi, di fare un'analisi sulla qualità e la rete dei servizi. Volevo capire che modelli offre la realtà italiana, una realtà apparentemente inclusiva, senza manicomi, alle persone con doppia diagnosi. In seguito ho avuto la possibilità di incontrare Mario Paolini, il cui libro “Chi sei tu per me?” avevo letto con grande entusiasmo. E mi è stata offerta l'opportunità di fare un tirocinio al centro modulare Bellinato-Zorzetto a Mestre, un centro diurno per persone con disabilità, diretto fino a poco tempo fa da Mario Paolini stesso.

Ho cominciato il tirocinio. Ho incontrato persone con disabilità intellettiva al centro. Ho ripensato alle mie esperienze con persone con disabilità in Germania. Ho riflettuto di nuovo sulle idee di Rogers e Prouty dell'approccio umanistico e centrato sulla persona che avevo studiato in passato e che mi aveva sempre convinto molto. Ho parlato con Mario Paolini e con gli educatori del centro. Ho visto degli operatori al lavoro. E mi sono resa conto che, in fin dei conti, non sono i servizi offerti alle persone, ma gli “operatori in relazione di aiuto” (Paolini, 2009) e la relazione che essi stabiliscono con le persone con disabilità che fanno la differenza. Quello che importa è sempre e comunque la qualità dell'incontro individuale con le persone. È nato così il “Progetto Con-Tatto”, il cui scopo è quello di andare a fondo della questione sulla relazione interpersonale e delle condizioni che la determinano.

Ecco alcune delle cose che mi ha detto Mario Paolini a proposito di questo progetto: cose che mi sono state utili e che ritengo opportuno riportare qui. Mi ha detto che ci vorrebbero delle persone pronte a

“sporcarsi le mani”, a “mettersi in gioco”, che ci vorrebbe lo psicologo umile, che le teorie dell'Università c'entrano ben poco con il lavoro quotidiano degli operatori, che ci vorrebbe una riflessione su come poter fare una valutazione continua del lavoro e della relazione di aiuto. Sono queste le idee alla base di questo progetto. L'idea è di parlare con le persone stesse, di andare a prenderle là dove sono, di capire i loro bisogni e desideri. Nella teoria si parla molto di autonomia, di capability, di inclusione, di partecipazione e della rete. La relazione interpersonale può diventare un mezzo per includere le persone considerate “gravissime” che spesso non hanno accesso alla rete dell'inclusione, le persone che vengono per ultime.

Il progetto vuole rendere le teorie psicologiche e umanistiche utilizzabili al lavoro quotidiano, vuole indagare sulla possibilità di fondere attraverso gli atteggiamenti umanistici la relazione terapeutica e la relazione lavorativa, sulla possibilità di una valutazione continua di quello che si fa nella relazione di aiuto e vuole raccontare l'esempio di un centro e degli operatori che affrontano la doppia diagnosi nel lavoro di ogni giorno.

Titolo del progetto

PROGETTO CON-TATTO: Qualità della relazione interpersonale per promuovere salute mentale e benessere di persone con disabilità intellettiva.

Il titolo è un gioco di parole: il progetto vuole dare spazio a un contatto umano, al dialogo con persone con disabilità intellettiva riferendosi alle teorie di Martin Buber. Si cerca di entrare in contatto con le persone in modo empatico e “con tatto”, come intende Carl Rogers nella sua teoria umanistica.

Durata del progetto

La durata prevista del progetto è di un anno, da giugno 2010 a giugno 2011.

Luogo di realizzazione

Il progetto si svolgerà all'interno di due strutture per persone con disabilità dell'ente Opera Santa Maria della Carità: il centro modulare Bellinato-Zorzetto a Venezia-Mestre e la Comunità alloggio Nicopeija

agli Alberoni, al Lido di Venezia. La prima sperimentazione del progetto avrà luogo nel centro modulare Bellinato-Zorzetto, di seguito lo stesso percorso verrà proposto alla Comunità Nicopeija. Alla fine del progetto verrà svolta un'indagine nei servizi per persone con disabilità intellettiva sul territorio veneziano.

Sintesi delle attività

Il progetto “Con-tatto” vuole proporre l'approccio centrato sulla persona secondo la teoria di Carl R. Rogers e Garry F. Prouty come strumento utile di interazione con persone con disabilità intellettiva, ed in particolar modo con persone con una doppia diagnosi, all'interno di due strutture dell'ente Opera Santa Maria di Carità di Venezia. L'idea principale è di offrire uno spazio di dialogo per le persone con disabilità intellettiva che soffrono di disturbi psichici ed inoltre, attraverso un percorso formativo, uno strumento relazionale in più agli operatori che si trovano davanti a persone che presentano dei comportamenti problema nelle interazioni di ogni giorno. In tale modo si intende promuovere la salute mentale ed il benessere degli ospiti e migliorare la loro qualità di vita.

Verrà introdotto un servizio psicologico per la doppia diagnosi con la figura di una psicologa-psicoterapeuta specializzata nei disturbi psichici delle persone con disabilità intellettiva. La sottoscritta, avendo seguito un corso biennale di psicoterapia/ counselling centrato sulla persona ed avendo scritto la tesi di laurea magistrale in psicologia sulla doppia diagnosi e la pre-terapia di Prouty, proporrà un percorso di sedute di pre-terapia secondo la teoria di G.F. Prouty e di psicoterapia centrata sulla persona secondo C. R. Rogers ad alcuni soggetti con disabilità intellettiva e disturbi psichici. Queste sedute verranno proposte come progetto individualizzato per alcuni ospiti individuati con gli educatori dei centri, e verranno chiamate “Spazio Io e Tu”.

Lo “Spazio Io e Tu” vuole essere un momento di dialogo, di intervento psicoterapeutico dando più possibile autonomia e responsabilità alla persona con disabilità coinvolta, che decide in piena libertà la direzione dell'incontro. Il nome “Spazio Io e Tu” è stato scelto per sottolineare che al centro dell'intervento vi sono la persona e la relazione, il dialogo che si stabilisce con essa, e non una psicoterapia in senso stretto con lo scopo di guarigione o di eliminazione dei problemi. Si cerca di entrare in contatto con la persona in modo dignitoso, empatico e “con tatto” e di offrire tutto il tempo necessario per stabilire una relazione. Secondo le teorie di Rogers e Prouty è la relazione stessa che promuove la salute mentale e il benessere della persona coinvolta.

Lasciando lo spazio al dialogo, alla comunicazione e all'interazione, si crea un momento prezioso con le persone coinvolte per il quale spesso mancano le risorse ed il tempo nel lavoro quotidiano dei centri. Per il benessere del gruppo, che è necessario per fare funzionare la vita in un centro, gli operatori dimostrano un atteggiamento centrato sulla persona, ma gli ospiti devono comunque seguire delle regole e non c'è sempre spazio per ascoltare i bisogni individuali o per lasciare la persona esprimersi in piena autonomia. Le sedute offriranno quindi uno spazio in più agli ospiti.

Dalle osservazioni durante le sedute, includendo alcuni strumenti diagnostici e le cartelle cliniche degli ospiti, in collaborazione con gli educatori dei centri verrà ricavata una diagnosi comprensiva, che mette al centro la persona con i suoi bisogni e desideri. Lo scopo non è di eliminare i comportamenti problema per garantire un miglior “funzionamento” della persona, ma di capire i motivi, le sofferenze, le intenzioni che portano la persona a comportarsi in questo modo. Si cercherà di trovare così alcune considerazioni ed indicazioni per gli operatori che interagiscono con la persona con doppia diagnosi nella vita quotidiana. Di seguito verrà proposto un percorso formativo agli operatori, basandosi sui risultati ottenuti durante le sedute e usando le metodologie di Rogers e Prouty, e tenendo conto di riflessioni su come poter realizzare una valutazione continua del lavoro quotidiano.

Approfondimento concettuale del tema affrontato

La doppia diagnosi

La disabilità intellettiva non è una malattia psichica. La più grande associazione che si occupa della disabilità intellettiva, la AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities), fornisce la seguente definizione: “Il ritardo mentale non è qualcosa che si ha, come gli occhi azzurri o un cuore malato. Non è neppure qualcosa che si è, come essere piccoli o magri. Non è un disturbo di salute né una malattia mentale (...). È un modello di funzionamento, (...) richiede un approccio multidimensionale ed ecologico che rifletta l'interazione individuo-ambiente e i risultati, in riferimento alla persona, di quella interazione in termini di indipendenza, relazioni, contributi, partecipazione a scuola e comunità e benessere personale» (AAIDD, vecchio nome AAMR, 2002).

Ma le persone con una disabilità intellettiva possono sviluppare disturbi psichici allo stesso modo di tutte le altre persone, anche se si presentano a volte sotto forma diversa. La persona con disabilità

intellettiva ha una vulnerabilità maggiore, dovuta a vari fattori bio-psico-sociali ed è quindi più a rischio di sviluppare un disturbo psichico (Dykens, 2000). Secondo le ricerche, circa un terzo delle persone con disabilità intellettiva soffre di problemi psichici (Fletcher, 2005, Strømme & Diseth, 2000). Ma finora sono pochi gli esperti che si occupano della psicoterapia adatta e della salute mentale di persone con disabilità intellettiva. (Nel terzo capitolo del Project Work verrà descritta la teoria riguarda l'eziologia e la psicoterapia della doppia diagnosi.)

Salute mentale e benessere

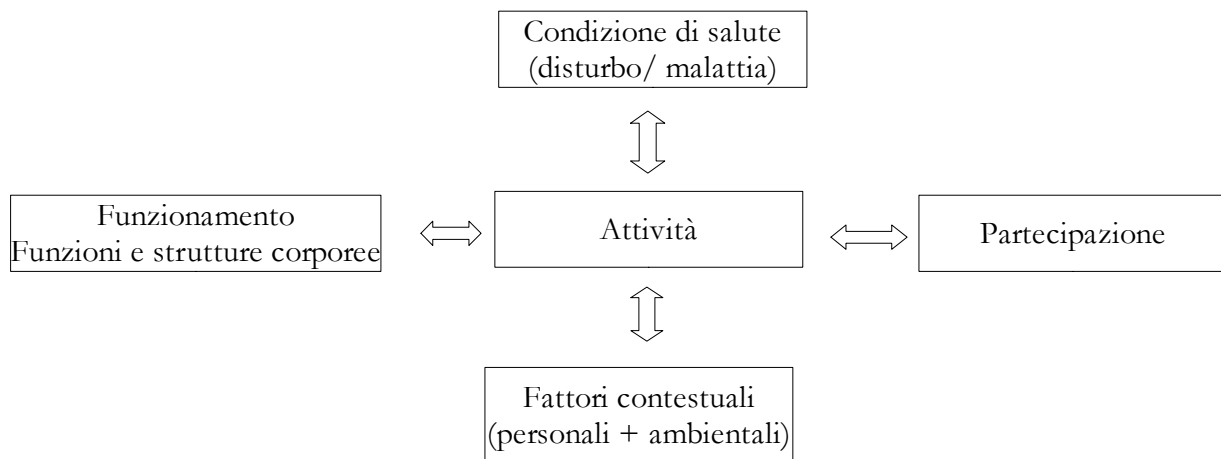
L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS/ World Health Organisation, WHO) ha definito la salute come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente come assenza di malattia o di infermità”(WHO, 1948). Questa definizione include i concetti “salute mentale” e “benessere “come dimensioni essenziali della salute generale. Recentemente l'OMS ha lanciato una campagna per promuovere la salute mentale: “There is no health without mental health” (Non c'è salute senza salute mentale)(WHO, 2007), nella quale la salute mentale viene definita così:

“Mental health is more than the absence of mental disorders: Mental health can be conceptualized as a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community. In this positive sense, mental health is the foundation for well-being and effective functioning for an individual and for a community. (...) Mental health and mental health disorders are determined by multiple and interacting social, psychological, and biological factors, just as health and illness in general.” (WHO, 2007).

Fondamentale per la salute mentale sono la percezione individuale di benessere, il “subjective well-being” e la qualità di vita soggettiva. La salute, considerata come completo benessere psico-fisico-sociale, viene vista come un'utopia da raggiungere; il subjective well-being come un tendere verso un equilibrio psico-fisico-sociale, che contiene una componente cognitiva, la soddisfazione di vita ed una componente affettiva, cioè più affetto positivo e meno affetto negativo (Ghedin, 2010). Anche le persone con disabilità sono capaci di provare benessere secondo Ghedin, che basa quest'affermazione sull'approccio olistico “Capability approach” di A.M. Sen. L'idea della capability è un processo di ampliamento delle possibilità di scelta dei soggetti, chiedendo alle persone che cosa è importante per loro.

ICF, partecipazione e inclusione

Anche la nuova classificazione della disabilità dell'OMS del 2002, l'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute) indaga il benessere. Si occupa della salute intesa come benessere globale della persona e non della malattia e si basa su un modello biopsicosociale:



La condizione di salute secondo il modello biopsicosociale “dipende complessivamente da tre elementi: l'integrità delle funzioni e strutture corporee, la capacità di svolgere delle attività e la possibilità di partecipare alla vita sociale.” (...) “La disabilità viene vista come conseguenza o risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali e ambientali che rappresentano il contesto in cui vive.” (Osservatorio regionale Handicap Regione Veneto, 2009). Promuovendo la salute mentale ed il benessere delle persone si influisce quindi anche sulla partecipazione e l'inclusione delle persone con disabilità intellettiva. I fattori ambientali si dividono in fattori fisici (p.e. l'accessibilità) e fattori sociali del contesto di vita di una persona. L'ICF non considera solo aspetti concreti, ma anche aspetti quali l'atteggiamento e altri che possono avere un impatto sul funzionamento di una persona. Una delle dimensioni dei fattori ambientali sociali sono le relazioni e il sostegno sociale. Atteggiamenti positivi e la qualità delle relazioni interpersonali possono favorire uno stato di salute migliore e migliorare il funzionamento, le attività e la partecipazione di una persona.

Contatto, relazione e l'approccio umanistico

Il filosofo austriaco Martin Buber (1878 – 1965) parla dell'enorme importanza della relazione e dell'incontro nella vita. Secondo lui è l'incontro dell'Io con il Tu che fa dell'uomo un uomo (Buber, 1923). Per riconoscere la propria esistenza l'uomo ha bisogno dell'altro. L'Io ricava la dignità

dell'esistenza e il valore dall'incontro con il Tu, da solo non può valorizzarsi. “Nell'accostamento di una persona ad un'altra, nel fidarsi reciproco, nell'incontro, nel dialogo, c'è valorizzazione, occasione di unione fra gli uomini e pieno riconoscimento dell'alterità. Il dialogo è, per Buber, il fulcro su cui si fonda l'incontro (...) L'Io-Tu è la relazione autentica, in cui l'Io si costituisce come “esistenza autentica”, prende coscienza di sé, si “educa” e costruisce il proprio dialogo con l'Altro nella reciprocità“ (www.edurete.org, Internet, 2010).

Carl Ransom Rogers (1902 – 1987) ha sviluppato la sua psicoterapia centrata sulla persona basandosi sulle affermazioni di Buber (Rogers, 1951). Secondo Rogers non c'è una grande differenza tra la relazione terapeutica, la relazione di aiuto e tutte le altre forme di relazioni interpersonali di una persona. La sua ricerca indagava le condizioni necessarie che fanno che una relazione possa aiutare la persona a cambiare, a stare meglio, a sviluppare tutte le sue possibilità e capacità intrinseche, per la sua autorealizzazione: “Gli individui hanno in se stessi ampie risorse per auto-comprendersi e per modificare il loro concetto di sé, gli atteggiamenti di base e gli orientamenti comportamentali. Queste risorse possono emergere quando può essere fornito un clima definibile di atteggiamenti psicologici facilitanti.“ (Rogers, 1983).

Questo clima di atteggiamenti facilitanti che determina una relazione interpersonale di qualità si basa su tre condizioni fondamentali: l'empatia, la congruenza e l'accettazione incondizionata della persona, senza giudicarla, né dirigerla in una direzione. Importante è la visione positiva e la fiducia nel potenziale della persona; si cerca di stabilire un rapporto di reciprocità, attraverso l'ascolto ed il dialogo non direttivo, senza esercitare alcun potere.

“Nella persona vi è una forza che ha una direzione fondamentale positiva. Più l'individuo è capito e accettato profondamente, più tende a lasciar cadere le false "facciate" con cui ha affrontato la vita e più si muove in una direzione positiva, di miglioramento.“ (Rogers, 2000). Questa visione di Rogers è valida per ogni essere umano e per ogni relazione interpersonale. È quindi un approccio molto prezioso per il lavoro con persone con una disabilità intellettiva, anche perché avvicina la psicoterapia alla pedagogia.

Garry F. Prouty, allievo di Rogers, ha sviluppato uno strumento per il lavoro con persone con una doppia diagnosi: la Pre-Terapia, un'estensione della psicoterapia centrata sulla persona di Rogers (Prouty, 1994, 2002). Il concetto principale è il „Contatto psicologico“: La Pre-terapia cerca di stabilire un contatto psicologico con persone che hanno dei disturbi legati alla capacità di interagire, di entrare in contatto. Usando la tecnica del rispecchiamento e l'atteggiamento centrato sulla persona di Rogers, la

Pre-terapia vuole offrire una relazione interpersonale alle persone per le quali la psicoterapia classica non è adatta.

Nel terzo capitolo del Project Work verranno descritti in modo più dettagliato gli strumenti che offre l'approccio centrato sulla persona di Rogers e la Pre-terapia di Prouty per le persone con disabilità intellettive e disturbi psichici.

CAPITOLO 2

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Contesto e motivazione

Il progetto Con-tatto si situa all'interno del Centro Modulare Bellinato-Zorzetto a Venezia-Mestre, un centro diurno per persone con disabilità intellettiva. E, più avanti, nella comunità Nicopeja al Lido di Venezia. Entrambe le strutture sono gestite dall'ente Opera Santa Maria della Carità di Venezia. Questo progetto potrebbe essere realizzato in qualsiasi realtà che accoglie persone con una disabilità intellettiva. Verrà realizzato all'interno dell'Opera Santa Maria della Carità, perché alla sottoscritta, durante il tirocinio del Master è stata data la possibilità di sperimentare il progetto in piena autonomia.

Lo scopo del progetto è di offrire un servizio psicologico agli ospiti con disabilità intellettiva – in particolar modo alle persone con una doppia diagnosi – ed agli operatori in relazione di aiuto. È un servizio innovativo, che non esiste ancora in questa forma.

Il progetto intende fare fronte ai problemi di contatto, ai problemi relazionali e ai problemi comunicativi che sono spesso presenti nelle relazioni interpersonali di persone con una disabilità intellettiva. In allegato si trova l'albero dei problemi che è stato costruito e usato come strumento di progettazione per chiarire le idee sui problemi principali che sono la motivazione che sta alla base del progetto Con-tatto.

Le persone con una disabilità intellettiva sono psicologicamente più vulnerabili. È stato dimostrato (Dykens, 2000) che le persone con una disabilità intellettiva hanno una vulnerabilità bio-psico-sociale più elevata rispetto alla media della popolazione, e che questa vulnerabilità presenta un fattore di rischio per lo sviluppo di un disturbo psichico. La famiglia, sin dalla nascita di un bambino o una bambina con disabilità intellettiva si sente insicura ed incapace. A causa del trauma che rappresenta la disabilità del figlio o della figlia, i genitori spesso non si fidano delle loro capacità genitoriali intuitive, che normalmente ogni genitore possiede e che portano ad un'interazione sana tra madre-padre e bambino (vedi per esempio Mininni, 2004). Anche il bambino con disabilità intellettiva spesso è meno comunicativo o comunica in modo diverso con i genitori: questo è dovuto ai problemi fisici spesso presenti ma anche ai traumi creati durante gli esami medici e giorni trascorsi in ospedale con personale estraneo. Così si crea un circolo vizioso, la prima interazione tra madre (padre) e figlio/a è disturbata e possono facilmente nascere dei problemi di contatto e di comunicazione. La relazione è più fragile e segnerà anche il modo di comportarsi in altre relazioni nel ciclo di vita di una persona con disabilità.

Questi problemi nella primissima interazione tra genitori e bambino, assieme alla vulnerabilità della

persona con disabilità possono creare problemi di contatto persistenti nella vita di questa persona. Si possono poi aggiungere altri traumi e problemi di comunicazione con le persone di riferimento nelle diverse fasi di vita. La persona con disabilità intellettiva è maggiormente a rischio di sviluppare un disturbo psichico, spesso legato ai problemi di contatto. La co-presenza di una disabilità intellettiva e di un disturbo psichico viene chiamata doppia diagnosi. La persona con doppia diagnosi soffre e la sua qualità di vita è bassa. Il suo malessere diventa causa di un'ulteriore esclusione della persona e previene la partecipazione e l'inclusione nella società.

Purtroppo le persone con doppia diagnosi spesso non riescono ad esprimere le loro sofferenze in modo comprensibile, ma manifestano dei cosiddetti comportamenti problema. Questi comportamenti spesso provocano situazioni di crisi nel gruppo di utenti del centro diurno e anche nella famiglia della persona con doppia diagnosi. La situazione diventa motivo di stress per gli operatori, che di conseguenza sono a rischio di sviluppare un disturbo di burn-out. Ma evidentemente ne soffrono anche gli altri ospiti del centro, i familiari e soprattutto la persona con doppia diagnosi stessa.

I comportamenti problema, come per esempio l'aggressività, l'autolesionismo o il totale isolamento della persona, hanno un senso comunicativo che può essere capito solo se si riesce a decodificare la sofferenza psichica che c'è dietro il comportamento.

Una psicoterapia potrebbe essere di aiuto in questo processo e potrebbe portare a capire i motivi della sofferenza o ridurre essa. Purtroppo, le persone con una doppia diagnosi spesso non hanno accesso alle cure psicoterapeutiche adatte e adattate, anche perché finora esistono pochi psicoterapeuti specializzati nella doppia diagnosi, disposti a prendersi cura di una persona con disabilità intellettiva. In genere mancano le risorse, come il personale esperto, il tempo e lo spazio da dedicare alla salute mentale delle persone con doppia diagnosi.

Gli operatori in relazione di aiuto nei centri per persone con disabilità spesso si sentono in disagio e non sanno come reagire davanti ai comportamenti problema ed alle sofferenze degli ospiti, anche perché non dispongono di strumenti psicologici e pedagogici adatti. Anche per gestire le situazioni di crisi mancano gli strumenti pedagogici adatti. In genere manca uno strumento per valutare la qualità della relazione tra operatore e persona con disabilità.

Obiettivi generali e specifici

Il progetto Con-tatto si pone come obiettivo generale di offrire un servizio psicologico al centro diurno per migliorare contatto, comunicazione e relazione tra la persona con doppia diagnosi e le persone che le stanno vicine.

Gli obiettivi specifici si suddividono in obiettivi individuali per la persona con doppia diagnosi ed obiettivi per il centro diurno:

Per l'individuo con doppia diagnosi, il progetto Con-tatto vuole offrire un servizio di psicoterapia centrata sulla persona. Il servizio vuole promuovere la salute mentale, e favorire qualità di vita e benessere delle persone con doppia diagnosi che parteciperanno al progetto. Il benessere e la salute mentale possono di seguito rendere possibile una maggiore partecipazione ed inclusione nella società.

Per il centro diurno, il progetto Con-tatto vuole promuovere atteggiamenti centrati sulla persona negli operatori davanti ai comportamenti problema. In tale modo, si vuole aumentare il senso di autoefficacia degli operatori in relazione di aiuto e diminuire le situazioni di crisi nel gruppo degli utenti al centro diurno.

In particolare si svolgeranno le seguenti attività per raggiungere gli scopi prefissati:

- Strutturare lo “Spazio Io e Tu”, cioè un ciclo di sedute psicoterapeutiche per alcune persone con doppia diagnosi che verranno scelte e parteciperanno al progetto,
- Individuare le risorse per le persone con doppia diagnosi: psicologa, spazio, tempo,
- Offrire una diagnosi comprensiva delle persone con doppia diagnosi che parteciperanno al progetto per aiutare gli operatori a capire meglio i comportamenti problema,
- Strutturare un percorso formativo per gli operatori in relazione di aiuto sulla doppia diagnosi, i comportamenti problema e gli atteggiamenti centrati sulla persona,
- Fornire una consulenza psicologica agli operatori sui problemi concreti nel lavoro con le persone con doppia diagnosi e sulle situazioni di crisi,
- Prevedere la valutazione della qualità della relazione.

Attività/ Sperimentazione del progetto

Il progetto Con-tatto offre un servizio psicologico al centro diurno e promuove atteggiamenti centrati sulla persona. Le attività che si intendono realizzare sono quindi lo “Spazio Io e Tu”, cioè delle sedute psicoterapeutiche per alcuni ospiti del centro, una diagnosi comprensiva per gli ospiti che parteciperanno al progetto, formazione e consulenza per gli operatori del centro e una valutazione della qualità della relazione. Per avere un quadro più dettagliato delle attività che si intendono realizzare è stato sviluppato il diagramma “Work breakdown structure” (WBS) e per programmare il calendario delle attività è stato usato il diagramma GANTT.

Le attività previste nel progetto Con-tatto sono le seguenti:

1. “Spazio Io e Tu”, sedute psicoterapeutiche per alcune persone con doppia diagnosi

- Preparazione
 - Preparazione del luogo
 - Scelta del giorno in cui si svolgerà lo “Spazio Io e Tu”
 - Studio di materiale sulla psicoterapia per le persone con doppia diagnosi
- Scelta delle persone che frequenteranno lo “Spazio Io e Tu”
 - Osservazione nel contesto quotidiano
 - Studio delle cartelle cliniche
 - Colloqui con gli educatori
- Sedute
 - Fase iniziale, primo contatto
 - Svolgimento delle sedute psicoterapeutiche
 - Fase di chiusura

Le sedute si terranno in una stanza separata per una volta alla settimana da agosto a dicembre e dureranno all'incirca 45 minuti, seguite da una breve riflessione da parte della psicologa di circa 15 minuti.

La preparazione e la scelta delle persone avranno luogo nei mesi di luglio ed agosto 2010, mentre le sedute si svolgeranno da settembre a dicembre 2010.

2. Diagnosi comprensiva delle persone con doppia diagnosi

- Scelta e preparazione degli strumenti diagnostici
 - Scelta ed eventuale adattamento di test e questionari
 - Preparazione di schede di osservazione
 - Preparazione del materiale tecnico per le videoregistrazioni dello “Spazio Io e Tu”

- Raccolta dati
 - Somministrazione di test e questionari
 - Riflessioni immediate sulle osservazioni fatte durante le sedute
 - Schede di osservazione dopo le sedute
 - Videoregistrazioni delle sedute
 - Colloqui con gli educatori

- Analisi dati
 - Analisi ed interpretazione di test e questionari
 - Analisi delle osservazioni e riflessioni
 - Analisi delle videoregistrazioni
 - Studio delle cartelle cliniche

- Diagnosi comprensiva
 - Integrazione dei risultati ottenuti dalle analisi
 - Stesura della diagnosi per ogni persona dello “Spazio Io e Tu”

La preparazione e scelta degli strumenti diagnostici avverrà a luglio ed agosto 2010, i dati verranno raccolti durante la sperimentazione dello “Spazio Io e Tu”, cioè da settembre a dicembre 2010. Da

dicembre a gennaio 2011 i dati verranno analizzati e la diagnosi comprensiva è prevista per febbraio 2011.

3. Formazione degli operatori in relazione di aiuto

- Preparazione
 - Definizione dei contenuti e delle modalità della formazione
 - Definizione del calendario
 - Preparazione del materiale didattico

- Formazione
 - Svolgimento delle lezioni

- Sperimentazione degli strumenti ed atteggiamenti nuovi
 - Gli operatori usano gli strumenti e gli atteggiamenti nel lavoro quotidiano

- Valutazione finale
 - Incontro conclusivo per parlare dell'esperienza fatta
 - Valutazione dei punti critici e positivi
 - Questionario per gli operatori

Da settembre a novembre 2010 la formazione per gli operatori verrà preparata. La formazione avrà luogo a novembre 2010, a gennaio 2011 e a marzo 2011, in date da destinarsi. Da aprile a maggio 2011 gli operatori sperimenteranno gli strumenti nuovi e la valutazione finale si terrà a giugno 2011.

4. Consulenza degli operatori in relazione di aiuto

- Consulenza in itinere
 - Riunioni settimanali con gli educatori
 - Presentazione delle riflessioni dello “Spazio Io e Tu”

- Domande degli operatori
- Scambio reciproco

- Consulenza finale
 - Preparazione della presentazione,
 - Fissare una data per un incontro finale,
 - Presentazione delle diagnosi comprensive,
 - Riflessioni/ domande degli operatori

Mentre la consulenza in itinere si svolgerà contemporaneamente alle sedute dello “Spazio Io e Tu”, da settembre e dicembre 2010, la consulenza finale si svolgerà in una data da destinarsi a giugno 2011.

5. Valutazione della qualità della relazione

- Preparazione
 - Studio di materiale relativo all'argomento
 - Sviluppo di uno strumento
 - Colloqui ed interviste con gli educatori e con Mario Paolini

- Sperimentazione
 - Lo strumento viene usato per la valutazione dello “Spazio Io e Tu”
 - eventuali modifiche

- Disseminazione e diffusione
 - Preparazione della presentazione
 - Lo strumento viene presentato agli operatori
 - Lo strumento viene usato dagli operatori nel lavoro quotidiano

A settembre e ottobre 2010 verrà effettuata una ricerca preparativa relativa alla valutazione della qualità della relazione. Lo strumento che verrà sviluppato verrà sperimentato ed eventualmente modificato durante le sedute dello “Spazio Io e Tu” a novembre e dicembre 2010. I primi sei mesi del 2011

saranno dedicate alla disseminazione e diffusione dello strumento al centro.

Come ogni progetto, seguendo le indicazioni del libro “L'ABC di un progetto” di Plebani e Lorenzi (2004), anche il progetto Con-tatto ha bisogno di attività di gestione e di monitoraggio e valutazione. In questo caso, queste attività avvengono maggiormente attraverso il project work durante il Master, con il sostegno della dott.ssa Petocchi.

6. Gestione del progetto

- Progettazione e pianificazione
 - Idea Progetto
 - Redazione e stesura del Project Work Capitoli 1-3
 - Strumenti del Project Management
 - Correzione e modifica del Project Work

- Comunicazione
 - Presentazione del progetto al direttore del centro diurno
 - Eventuali modificazioni ed approvazione del progetto
 - Presentazione del progetto agli educatori
 - Presentazione del progetto agli operatori
 - Riunione settimanale con gli educatori
 - Preparazione di un fascicolo sul progetto, sul suo andamento e con il materiale raccolto, consultabile da tutti gli operatori del centro
 - Comunicazione con la dott.ssa Petocchi

- Progetto II nella Comunità alloggio Nicopeja
 - Progetto II alla Comunità Nicopeja con le stesse modalità
 - (+ eventuale adattamento)

- Disseminazione e divulgazione
 - Redazione e stesura del Project Work Capitolo 4,
 - Preparazione presentazione,

- Presentazione finale del Project Work al Master,
- Presentazione finale del progetto al centro diurno,
- Indagine nella rete su un'eventuale diffusione del progetto in altri contesti, colloqui, interviste,
- Eventuale presentazione del progetto in altri contesti interessati

La fase di progettazione e pianificazione del progetto Con-tatto si svolge da giugno a settembre 2010. La comunicazione deve essere gestita per tutta la durata del progetto, da giugno 2010 a giugno 2011. La disseminazione e divulgazione del progetto avverrà da ottobre 2010 a giugno 2011. In un secondo momento, probabilmente a gennaio 2011 il progetto partirà anche alla Comunità Alloggio Nicopeja, al Lido di Venezia.

7. Monitoraggio e valutazione del progetto

- Progettare impianto di monitoraggio
- Costruzione strumenti di valutazione
- Somministrazione
- Raccolta e rielaborazione dati
- Analisi dei risultati
- Stesura relazione finale

Da giugno a settembre 2010 verrà progettato l'impianto di monitoraggio. Gli strumenti di valutazione verranno costruiti da agosto a novembre 2010 e verranno somministrati da settembre 2010 a marzo 2011. Da febbraio ad aprile 2011 avverrà la raccolta e la rielaborazione dei dati. I risultati verranno analizzati a maggio 2011 e la stesura della relazione finale è prevista per giugno 2011.

Destinatari

Il progetto Con-tatto si rivolge a due gruppi di destinatari: persone con doppia diagnosi e operatori in relazione di aiuto.

Le persone con doppia diagnosi

Per il progetto Con-tatto verranno scelte 5-6 persone con una doppia diagnosi tra gli ospiti del Centro Modulare Bellinato-Zorzetto. Queste persone parteciperanno da settembre a gennaio ogni giovedì allo “Spazio Io e Tu”. La scelta avverrà attraverso osservazione diretta al centro, colloqui con gli educatori e studio delle cartelle cliniche.

Con il termine “doppia diagnosi” non si intende una diagnosi clinica in senso stretto. Verranno individuate delle persone che presentano in qualche modo un disturbo psichico. Le persone che parteciperanno allo “Spazio Io e Tu” verranno valutate dalla psicologa insieme all'equipe degli educatori del centro. Durante la prima fase di sperimentazione delle sedute (il primo mese) verrà inoltre valutata la relazione che si stabilisce tra psicologa e partecipante per decidere se continuare o meno il percorso.

Gli operatori in relazione di aiuto

Destinatari del progetto sono inoltre tutti gli operatori in relazione di aiuto che lavorano presso il Centro modulare Bellinato-Zorzetto. Le professioni presenti al centro sono: 3 educatori professionali, 15 operatori socio-sanitari, e 1 infermiera.

Beneficiari indiretti

Beneficiari indiretti del progetto sono gli altri ospiti del centro ed i famigliari delle persone con doppia diagnosi. Si aspettano cambiamenti positivi nelle relazioni interpersonali delle persone con doppia diagnosi che hanno partecipato allo “Spazio Io e Tu” e anche dagli operatori che hanno frequentato la formazione, e di questi cambiamenti gli altri ospiti ed i famigliari potranno trarre beneficio.

In un secondo momento è prevista una sperimentazione del progetto alla comunità alloggio Nicopeja al Lido di Venezia. Anche lì, i destinatari saranno le persone con doppia diagnosi e gli operatori in relazione di aiuto. I beneficiari saranno gli altri ospiti ed i famigliari.

Risorse

Le risorse messe in campo per la realizzazione del progetto Con-tatto si suddividono in: persone, luoghi, attrezzatura, strumenti e spese economiche.

Persone

Il progetto verrà realizzato dalla dottoressa Naomi Brenner, laureata in psicologia clinica, con esperienza lavorativa con persone con disabilità intellettiva, tesi di laurea magistrale sulla doppia diagnosi, specializzazione biennale in Counselling/ Psicoterapia centrata sulla persona di Carl Rogers.

Parteciperanno inoltre alle riunioni settimanali i tre educatori professionali del Centro Modulare Bellinato-Zorzetto, e a volte anche il dott. M. Paolini come consulente esterno del centro, che metteranno a disposizione la loro esperienza professionale e la conoscenza personale dei soggetti coinvolti per uno scambio professionale reciproco durante tutta la realizzazione del progetto.

Luoghi

Per il progetto è stata messa a disposizione una stanza, l'infermeria del centro. L'infermeria è una stanza tranquilla, che dispone di un tavolo e una materasso e può essere utilizzata per lo "Spazio Io e Tu" e per il lavoro di preparazione e riflessione della psicologa. Verrà attrezzata per la videoregistrazione delle sedute. La formazione degli operatori si terrà nella sala riunioni del centro durante le riunioni settimanali del personale.

Attrezzatura tecnica e strumenti

- Videocamera e cassette, messe a disposizione dal centro,
- Computer portatile e proiettore per la formazione,
- Connessione internet e accesso alla biblioteca Metelli per le ricerche,
- Materiale psico-pedagogico: Libri sulla psicoterapia e la doppia diagnosi e test psicologici.

Spese economiche

Il progetto verrà realizzato durante il tirocinio del Master (ora in fase di svolgimento): per tale motivo, non ci sono spese economiche per le ore lavorative della psicologa. Anche l'attrezzatura e gli strumenti sono già in possesso del centro o della psicologa, l'unico costo è l'acquisto di ulteriori videocassette ed eventuali test psicologici non a disposizione in biblioteca, da concordare con la direzione del centro.

CAPITOLO 3

LA METODOLOGIA

Modelli teorici di riferimento

Modelli teorici della doppia diagnosi

Anche persone con una disabilità intellettiva di fronte a delle circostanze sfavorevoli e a degli eventi traumatici possono rispondere con un disturbo psichico del tutto “normale”, anzi, loro hanno un rischio più alto rispetto alla popolazione media. Fino ad oggi, però, la ricerca scientifica si è occupata ben poco di modelli teorici per spiegare o di metodi psicoterapeutici per curare i disturbi psichici di persone con disabilità intellettiva.

Il termine “doppia diagnosi” va usato con cautela, perché porta il rischio di una nuova patologizzazione e ri-psichiatrizzazione della persona con disabilità intellettiva, contro le quali la pedagogia ha lottato con successo, spostando la prospettiva dal deficit e dalla menomazione alle risorse e alle capacità della persona. Il termine “doppia diagnosi” va quindi usato solamente come termine tecnico ausiliario per parlare del benessere psichico della persona con disabilità intellettiva.

Per spiegare l'eziologia della doppia diagnosi è stato usato il modello di interazione vulnerabilità – stress, che Zubin e Spring nel 1977 originariamente avevano sviluppato per la ricerca sulla schizofrenia (vedi Steiger, 1994). Secondo il modello, persone con una vulnerabilità bio-psico-sociale, se sottoposte a circostanze stressanti attuali, possono sviluppare un disturbo psichico. La malattia psichica quindi, insorge solo se sono presenti fattori personali di vulnerabilità e fattori ambientali stressanti. La vulnerabilità di una persona può variare durante il ciclo di vita.

Secondo le ricerche scientifiche, persone con disabilità intellettiva hanno una vulnerabilità psichica più elevata – i fattori di rischio si possono dividere in quattro campi (Dykens, 2000):

Primo campo: Personalità

- concetto di sé negativo
- vissuti di fallimento nella biografia
- orientamento verso l'esterno per risolvere i problemi
- carenza di strategie di coping
- modalità di compensazione non accettate socialmente

Secondo campo: La famiglia

- carico elevato
- attribuzione di sensi di colpa

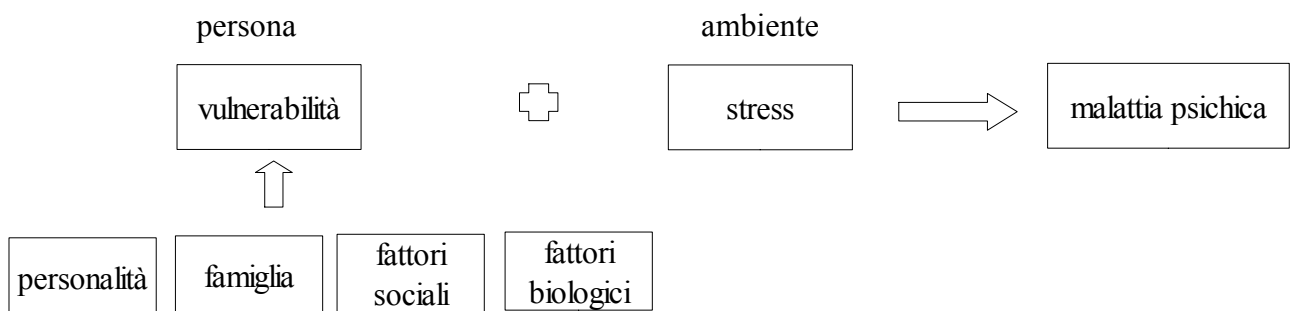
Terzo campo: Fattori sociali

- dipendenza
- interdizione, carenza di autodeterminazione
- stigmatizzazione
- rifiuto
- elevato rischio di abuso (sessuale ed altro)

Quarto campo: Fattori biologici

- fattori genetici
- co-presenza di epilessia
- co-presenza di disabilità sensoriale
- co-presenza di disabilità motorie

Il modello di interazione vulnerabilità – stress per persone con disabilità intellettiva può quindi essere integrato come segue:



Secondo molti modelli teorici, la prima relazione tra genitori e bambino con disabilità intellettiva è particolarmente decisiva nello sviluppo di un disturbo psichico (vedi per esempio Senckel, 2006, Mininni, 2004). I disturbi precoci nella relazione primaria tra genitore e bambino hanno un'influenza sulla capacità della persona di instaurare relazioni, di entrare in contatto e di stabilire contatti con altre persone nel ciclo di vita.

Il contatto può essere visto come presupposto o come prima forma di comunicazione. Secondo Watzlawick (1971), la comunicazione è un'abilità umana centrale, un bisogno elementare dell'essere umano. Non possiamo non comunicare nell'interazione interpersonale, perché ogni comportamento può essere un segnale. Di comunicazione in senso stretto si parla se dietro ci sta l'intenzionalità, l'intenzione di mandare un messaggio all'altro. Il presupposto per l'intenzionalità è la capacità di stabilire contatti.

La capacità di stabilire contatti si sviluppa nella primissima infanzia. I genitori si comportano in un certo modo per “svegliare” nel bambino la voglia, l'intenzionalità di comunicare. La madre e il padre cercano di entrare in contatto con il bambino in vari modi e di stabilire una relazione. Loro reagiscono a ogni comportamento del bambino, come se fosse rivolto a loro, e lo interpretano come messaggio comunicativo. Si stabiliscono così già nei primi giorni di vita piccoli “dialoghi” tra genitore e bambino, il così detto “baby talk” (Fröhlich, 2007): il genitore risponde al comportamento del bambino (parlando lentamente, con un'intonazione chiara ed una frequenza più alta) e poi fa una pausa, aspettando una reazione vocale, mimica o gestuale del bambino. Essa viene interpretata come risposta intenzionale alla risposta del genitore. A questa “risposta” il genitore risponde con un rispecchiamento: imita il bambino e riproduce quasi esattamente la sua reazione. In tale modo dimostra al bambino che ha percepito il comportamento e che lo interpreta come messaggio. Il bambino percepisce se stesso come potente ed attivo. I dialoghi diventano uno stimolo per comunicare, il bambino sviluppa l'intenzionalità e la capacità di entrare in contatto.

È stato dimostrato che questo processo della prima interazione tra genitori e bambino è più fragile se il bambino ha una disabilità intellettiva:

I genitori:

- provano stress e sensi di colpa,
- devono elaborare il trauma della disabilità del proprio figlio,
- sentimenti di incapacità,
- iperprotezione, più direttivi e dominanti nei confronti del bambino,
- offrono meno situazioni di dialogo al bambino.

Il bambino con disabilità intellettiva:

- spesso co-presenza di disturbi sensoriali,

- difficoltà di elaborare ed interpretare stimoli esterni,
- ipo- oppure iperattività,
- tendenzialmente sorride e vocalizza meno.

Nasce così un circolo vizioso: piccoli disturbi nelle prime interazioni possono creare un sentimento di insicurezza e di incapacità che può bloccare le capacità genitoriali intuitive. L'imitazione ed il rispecchiamento non avvengono e la relazione diventa più fragile. Questo disturbo dell'interazione tra genitori e bambino nella primissima infanzia crea disturbi di contatto e relazionali che possono portare allo sviluppo di un disturbo psichico in età adulta.

Teoria della psicologia umanistica

In questo progetto, per andare incontro alle problematiche della doppia diagnosi, verrà sperimentato l'approccio centrato sulla persona di Carl R. Rogers (e la pre-terapia di Garry F. Prouty, un ulteriore sviluppo della metodologia di Rogers). Le teorie di riferimento si trovano nella psicologia umanistica, che si basa su un paradigma olistico-sistemico, sulla fenomenologia e l'esistenzialismo e mette l'individuo e le sue capacità innate al centro. La persona è vista come attiva e capace di “indirizzare la propria vita in un modo che sia allo stesso tempo personalmente soddisfacente e socialmente costruttivo” (Zucconi, 2007, su Internet) e di tutelare autonomamente salute e benessere. Ogni intervento psicologico o pedagogico viene considerato come un'azione di empowerment per fare emergere le capacità innate dell'individuo in situazioni nelle quali esse sono soppresse o danneggiate, e che fanno nascere un disturbo psichico.

Secondo la teoria umanistica (vedi www.acp-italia.it), ogni persona possiede una “tendenza attualizzante”, cioè tende a sviluppare le proprie potenzialità e capacità. L'intervento centrato sulla persona cerca di mettere a disposizione un “clima facilitante” per far emergere questa “tendenza attualizzante” della persona. Solo l'individuo stesso può determinare il cambiamento e non l'esperto in relazione di aiuto. È quindi la relazione interpersonale, la qualità di essa ed il clima facilitante che stanno al centro dell'attenzione:

“Essere umani è essere in relazione. La nostra struttura del sé emerge dalle complesse interazioni umane, in particolare nei primi anni di vita e di socializzazione, ma continua per tutta la nostra vita. Le relazioni ci contraddistinguono e quindi se i problemi umani sono problemi di

relazione appare quasi ovvio che la relazione terapeutica sia il cruciale elemento del cambiamento psicoterapico. In tali termini la salute è vista come complesso processo relazionale.” (Barrett-Lennard, 2005, in Internet).

Appare ovvio che l'approccio centrato sulla persona può essere utile nel lavoro con persone con una doppia diagnosi.

Metodologia e strumenti

La metodologia

L'approccio centrato sulla persona di Carl R. Rogers

La metodologia, che sarà sperimentata nel progetto Con-tatto, è quindi l'approccio centrato sulla persona di Carl Ransom Rogers (vedi per esempio Rogers 1951, 1983, 2000). È una metodologia che si occupa principalmente della psicoterapia, ma le teorie di Rogers, come anche da lui espressamente sottolineato, valgono per tutte le relazioni interpersonali. L'approccio centrato sulla persona può quindi essere utilizzato per tutte le attività previste del progetto Con-tatto, lo Spazio Io e Tu, la diagnosi comprensiva, la consulenza, la formazione degli operatori e la valutazione della qualità della relazione. Attraverso la metodologia di Rogers è inoltre possibile riconciliare le diverse prospettive delle diverse figure professionali, psicologi, educatori ed operatori che si occupano della disabilità intellettiva, offrendo uno sguardo e degli atteggiamenti che possono essere utilizzati da tutte le persone in relazione di aiuto.

Secondo Rogers, la qualità della relazione che si instaura tra cliente (Rogers non usa il termine “paziente” per sottolineare l'uguaglianza, l'autodeterminazione ed il ruolo attivo del cliente nella relazione terapeutica) e terapeuta è determinante per il successo della psicoterapia. Il terapeuta nella situazione terapeutica deve cercare di stabilire un clima facilitante che favorisce lo sviluppo positivo del cliente. Indipendentemente dalle tecniche o strumenti usati, sono il clima e l'atteggiamento del terapeuta che determinano il risultato terapeutico e l'efficacia dell'intervento. L'incontro con l'altro viene prima della diagnosi, dell'uso di strumenti o di tecniche precise. Il terapeuta non è guida o esperto, ma “facilitatore” che accompagna il cliente nel suo processo di autorealizzazione e crescita personale.

Ogni persona viene vista nella sua unicità e con le sue problematiche individuali, che non permettono la semplice applicazione di tecniche predefinite.

Il clima facilitante, di cui parla Rogers, consiste principalmente in tre condizioni presenti nel terapeuta: la congruenza, l'empatia e l'accettazione incondizionata.

La congruenza significa che il terapeuta cerca sempre di essere autenticamente se stesso. Non si nasconde dietro una maschera professionale e mostra i suoi sentimenti sinceri al cliente. Si cerca di instaurare un vero dialogo tra pari e non una situazione dove un esperto esercita potere sul paziente. Il terapeuta in ogni momento è consapevole del fatto che non può essere neutro nel suo comportamento, ma che è sempre comunque parte in causa e ha una prospettiva soggettiva della realtà, diversa da quella del cliente.

La seconda condizione è l'empatia. Il terapeuta deve cercare di comprendere i sentimenti e di entrare nel mondo personale e soggettivo del cliente. Attraverso l'ascolto attivo formula delle ipotesi sulle emozioni che prova il cliente e le verbalizza. Spetta però al cliente di confermare o contrastare le parole del terapeuta, perché l'unico esperto del mondo esperienziale del cliente può essere solo il cliente stesso. È il compito del terapeuta di cercare di entrare in contatto con il mondo del cliente affinché lui si senta veramente e profondamente capito.

La terza condizione è l'accettazione incondizionata del cliente. Il terapeuta cerca di accettare il cliente così com'è, senza giudicarlo e senza valutarlo. Dimostra rispetto per la personalità del cliente, e lo considera un essere umano in continuo cambiamento, che sa di cosa ha bisogno. Questa accettazione permette al cliente un'esperienza emozionale correttiva e così anche lui impara ad accettare se stesso e i suoi sentimenti.

La pre-terapia di Garry F. Prouty

La pre-terapia di Prouty (Prouty 1994, 2009, Dinacci, 1997), che verrà applicata nel progetto Con-tatto, rappresenta un ulteriore sviluppo dell'approccio centrato sulla persona. Prouty prende le considerazioni centrali delle idee di Rogers e le applica alle persone con un grave disturbo di contatto, cioè persone con psicosi, autismo o doppia diagnosi.

Nel 1967, Rogers ed altri colleghi avevano effettuato una ricerca sull'applicazione della psicoterapia

centrata sulla persona a persone con psicosi grave con risultati devastanti. La loro spiegazione era che queste persone non erano in grado di percepire il clima facilitante che il terapeuta creava. Rogers doveva riformulare quindi la sua teoria: come premessa per la psicoterapia, il cliente ed il terapeuta devono essere in contatto psicologico. Secondo lui, per persone con disturbo di contatto la psicoterapia classica non può funzionare.

Garry F. Prouty, che lavorava in un centro per disabili intellettivi, ha sviluppato il suo metodo come pre-terapia: attraverso la pre-terapia viene stabilito il contatto tra terapeuta e cliente e la psicoterapia diventa possibile anche per persone con disturbi di contatto.

Prouty definisce il contatto psicologico come una funzione dell'Io, basandosi sulla psicologia della Gestalt di Fritz Perls. La capacità di stabilire contatti, secondo Prouty, consiste in tre funzioni percettivi della persona: il contatto con la realtà, il contatto affettivo ed il contatto comunicativo.

Una persona è in contatto con la realtà, se è in grado di percepire persone, oggetti ed eventi. Il contatto affettivo è la capacità di percepire i propri sentimenti e sensazioni. Il contatto comunicativo, infine, è il contatto con altre persone attraverso linguaggio e comunicazione. Queste “funzioni di contatto” si manifestano nel “comportamento di contatto” della persona.

Nella pre-terapia di Prouty, il terapeuta cerca di aumentare il comportamento di contatto e di ripristinare le funzioni di contatto attraverso delle “riflessioni di contatto”. Queste riflessioni sono una ripetizione concreta e un rispecchiamento del comportamento della persona. La base di ogni interazione sono i comportamenti della persona stessa, che guida il processo pre-terapeutico.

Ci sono quattro tipi di riflessioni di contatto:

- la riflessione della situazione (RS): il terapeuta osserva e comunica alla persona tutto quello che accade nel momento dell'intervento e fa una riflessione sul comportamento della persona relativo a quello che accade (es.: Paolo tiene la tazza, Paolo sta seduto sulla sedia, Paolo tocca il tavolo) per aumentare il contatto con la realtà,
- la riflessione della mimica (RM): il terapeuta rispecchia alla persona la sua espressione del volto in modo verbale (es.: Paolo sorride) e non-verbale, per aumentare il contatto affettivo,
- la riflessione del portamento del corpo (RC): il terapeuta rispecchia in modo verbale e non-verbale la posizione del corpo della persona (es.: Paolo dondola, Paolo si gira),
- la riflessione parola-per-parola (RP): il terapeuta ripete parole, frasi o sillabe prodotte dalla

persona, per aumentare il contatto comunicativo.

Per illustrare l'intervento pre-terapeutico, viene riportato qui un frammento di una seduta di pre-terapia (tradotto da Peters, 2001):

Cliente Leni:	Mmmm
Terapeuta (RP):	Leni fa mmmm.
Cliente Leni:	Fedat.
Terapeuta (RP):	Fedat.
Terapeuta (RC, RS):	Leni batte con le mani sul letto.
Terapeuta (RC, RS):	Leni guarda alla porta.
Terapeuta (RC):	La mano davanti alla bocca.
Terapeuta (RC):	Leni annuisce.
Cliente Leni:	He le le lop.
Terapeuta (RP):	He le le lop.
Terapeuta (RM):	Leni sorride.
Terapeuta (RM, RC):	Leni sorride e mi guarda.

È importante non dimenticare che la pre-terapia si basa sull'approccio centrato sulla persona. Le riflessioni di contatto non rappresentano quindi una tecnica rigida, ma il terapeuta interagisce con la persona in modo individuale ed empatico. Le riflessioni sembrano facili da usare, ma in realtà richiedono un modo di agire molto sensibile per non offendere o mettere in ridicolo il cliente. Solo se il terapeuta realizza le tre condizioni rogersiane – la congruenza, l'empatia e l'accettazione incondizionata – la pre-terapia può avere successo. Il processo pre-terapeutico assomiglia molto alla prima interazione tra genitori e bambino (vedi sopra), e può essere considerato un'esperienza correttiva dei processi dell'infanzia. Si cerca di entrare nel mondo della persona con disturbo di contatto, di vedere la realtà con gli occhi dell'altro, e di stabilire una relazione autentica.

Gli strumenti

Nel progetto Con-tatto, la metodologia viene applicata attraverso i seguenti strumenti:

- lo Spazio Io e Tu,
- la diagnosi comprensiva,
- la consulenza degli operatori,
- la formazione degli operatori,
- la valutazione della qualità della relazione.

Lo spazio Io e Tu

Per le sedute vengono applicate la psicoterapia centrata sulla persona con le persone che sono in grado di stabilire un contatto psicologico e di parlare, e la pre-terapia di Prouty per le persone con disturbi di contatto. Per quanto riguarda il setting, la psicologa cerca di assumere una posizione vis-a-vis con il cliente, e cerca di lasciare il più possibile autonomia al cliente che decide la direzione del processo dell'incontro. Il setting sarà determinato da precisi momenti di inizio e di chiusura delle sedute, che verranno comunicati alla persona, usando un linguaggio semplice e chiaro, individualmente scelto per ogni cliente. Ci saranno alcuni incontri iniziali, dove verranno spiegati i termini generali degli incontri. Nella fase finale, le fasi tra le sedute verranno successivamente prolungate per facilitare il distacco.

La diagnosi comprensiva

L'approccio rogersiano è centrato sulla persona nella sua totalità e non sul disturbo psichico o sulla malattia. Una diagnosi psicopatologica standardizzata rappresenta sempre una riduzione della realtà, la classificazione riduce la molteplicità ed individualità degli esseri umani in categorie diagnostiche predefinite, e porta con sé il rischio dell'etichettamento.

La diagnosi comprensiva, sotto l'ottica dell'approccio centrato sulla persona invece, cerca di capire empaticamente l'individuo ed il suo sistema interno di riferimento, il suo mondo. Il terapeuta si rivolge ad ogni persona con profondo rispetto ed è aperto a seguirlo nella sua tendenza verso l'autoregolazione. Per Rogers, la personalità non è uno stato stabile, che può essere descritto con una diagnosi rigida, ma l'individuo si trova in un flusso, in un processo di continuo cambiamento.

Il terapeuta dimostra un vero interesse a voler comprendere l'altro. Per le sedute psicoterapeutiche, infatti, non è necessario nessun tipo di diagnosi preliminare. Le diagnosi comprensive, che verranno formulate durante il progetto Con-tatto, servono solo per la consulenza degli operatori del centro diurno. Si cercherà di descrivere la personalità delle persone coinvolte con una prospettiva centrata sulla persona, per far capire agli operatori l'atteggiamento rogersiano.

La formazione

La formazione vuole fornire agli operatori del centro diurno delle informazioni sulla doppia diagnosi, sull'approccio centrato sulla persona e sull'applicazione di esso nel lavoro quotidiano. Verrà applicata

una formazione “blended”: Lezioni frontali si alternano con momenti di lavoro di gruppo e di condivisione e confronto. La didattica degli incontri formativi sarà multimediale: presentazioni Power Point, video e materiale cartaceo. Seguendo l'idea rogersiana, la formazione sarà orientata ai bisogni reali dei partecipanti e quindi attuata in modo flessibile.

Per assicurare il trasferimento dei contenuti appresi nel lavoro quotidiano, gli operatori potranno sperimentare l'approccio per alcuni mesi sotto la supervisione e consulenza periodica della psicologa. Così il sapere teorico potrà trasformarsi in abilità lavorativa applicabile. Alla fine è prevista un incontro conclusivo per verificare l'esito della formazione con la possibilità di valutazione attraverso un questionario.

La consulenza

Durante il progetto verrà messa a disposizione degli operatori la possibilità di una consulenza sul lavoro con le persone con doppia diagnosi e sull'applicazione dell'approccio centrato sulla persona nel lavoro quotidiano. Il Counselling centrato sulla persona si basa sui principi sopra descritti, che sono gli stessi come per la psicoterapia. Il cliente (in questo caso l'operatore) viene visto come l'esperto che guida il processo della consultazione. Senza applicare schemi precostituiti, il consulente usa l'ascolto attivo per cercare di capire i bisogni del cliente. Avendo conosciuto anche la persona con doppia diagnosi nello Spazio Io e Tu, senza voler reclamare la verità assoluta, ma consapevole del fatto che la prospettiva è sempre soggettiva, la psicologa potrà dare agli operatori delle indicazioni e ipotesi centrati sulla persona.

Valutazione della qualità della relazione

Si cercherà di riflettere, durante il progetto, sulla possibilità di valutare la qualità della relazione. Lo strumento usato sarà quindi una breve ricerca scientifica sulla misurabilità della qualità della relazione, basandosi sulle teorie di Rogers e su delle teorie pedagogiche sulla disabilità intellettiva, per eventualmente poter sviluppare e sperimentare uno strumento per la valutazione nel lavoro quotidiano.

CAPITOLO 4

I RISULTATI

Risultati ottenuti

La fine del progetto Con-tatto è prevista per il mese di giugno 2011. Per tale motivo, questo capitolo può riferire solo alcuni risultati intermedi del progetto, che sono stati aggiunti fino a fine ottobre 2010.

Raccolta, analisi, rielaborazione dei dati

La raccolta, dei dati è stata fatta dalla sottoscritta. Sono stati raccolti diversi tipi di dati:

- registrazione di dati quantitativi,
- documentazione tramite video e materiale scritto,
- autovalutazioni.

Output (servizi e/o prodotti concreti)

Il progetto Con-tatto offre un servizio psicologico al centro modulare Bellinato-Zorzetto. Alla stesura di questo Project Work, i risultati sono i seguenti:

Lo Spazio Io e Tu

Il giorno

- è stato individuato il giovedì come giorno di presenza della psicologa al centro
- è stato scelto per due motivi: la presenza al centro dei potenziali partecipanti allo Spazio Io e Tu e la riunione settimanale degli educatori alla quale la psicologa ha potuto partecipare
- orario:
 - 9.00 – 12.00 Spazio Io e Tu (incluso preparazione e rielaborazione)
 - 12.00 – 13.30 pausa pranzo
 - 13.30 – 14.30 riunione educatori
 - 14.30 – 17.00 Spazio Io e Tu (incluso preparazione e rielaborazione)
- l'orario include dei tempi cuscino, che permettono una certa flessibilità tra i singoli incontri

La scelta delle persone

- all'inizio del progetto sono stati individuati 8 partecipanti possibili tramite osservazione, studio di cartelle cliniche e colloqui con gli educatori
- 5 persone sono state scelte per partecipare allo Spazio Io e Tu
- motivi di scelta:
 - la presenza al centro il giovedì coincide con l'orario delle sedute
 - la persona manifesta dei disturbi psichici e/o comportamenti problema
 - l'idoneità per partecipare agli incontri
 - la relazione tra psicologa e ospite sembra possibile
- una persona è stata esclusa dal progetto dopo 4 incontri, per motivi di incapacità della psicologa di stabilire un contatto, disagio personale della psicologa e mancanza di idee creative

Il luogo

- l'infermeria, prevista come luogo per gli incontri, si è rivelata adatta per solo 2 persone
- possibilità di usare un'altra stanza, la palestra del centro, che si è rivelata più adatta
- necessità di flessibilità (atteggiamento centrato sulla persona): non sempre era possibile o desiderato dall'ospite usare una stanza separata, a volte gli incontri avvenivano durante le attività con gli altri ospiti del centro, a volte si faceva una passeggiata fuori

Gli incontri

- sono cominciati il 2 settembre 2010
- con scadenza settimanale come previsto
- 8 incontri realizzati fino a fine ottobre 2010
- 7 incontri previsti fino a dicembre 2010

La documentazione

- è stata costruita una scheda di osservazione (vedi allegato), che la psicologa compila dopo ogni incontro
- la videoregistrazione è avvenuta solo dal 7 ottobre in poi per problemi organizzativi
- con una partecipante si sono realizzati dei testi/ disegni (vedi due esempi in allegato)

La qualità delle prestazioni

Secondo l'**autovalutazione** da parte della psicologa, gli incontri dello Spazio Io e Tu stanno andando bene, a parte il caso del partecipante che è stato escluso. Le persone vengono volentieri agli incontri e gradualmente si stabilisce una relazione tra partecipante e psicologa. Per ogni partecipante è stato sviluppato un piano individuale su come procedere durante gli incontri, con un atteggiamento centrato sulla persona.

Si è cercato inoltre di determinare il grado di **soddisfazione** chiedendo direttamente ai **partecipanti**. Solo due dei partecipanti si esprimono in modo verbale: a loro è stato chiesto se piacciono gli incontri e se vengono volentieri allo Spazio Io e Tu. Tutti e due hanno risposto affermativamente. A queste risposte va dato un valore importante nella valutazione del progetto, perché troppo spesso i progetti per le persone con disabilità intellettiva vengono fatti senza mai chiedere il parere delle persone coinvolte direttamente (“Niente su di noi senza di noi”).

Diagnosi comprensiva

La diagnosi comprensiva non è ancora stata fatta, ma è prevista per il 2011. Finora sono solo stati raccolti dei dati tramite le schede di osservazione e le cartelle cliniche.

Formazione

Anche la formazione degli operatori non è ancora avvenuta. Sono previsti tre incontri, a novembre 2010, a gennaio e a marzo 2011. Finora è stato preparato del materiale didattico. In allegato si trovano delle slides di PowerPoint per il primo incontro della formazione. Inoltre è stato preparato un questionario di valutazione, che verrà distribuito agli operatori alla fine della formazione. Anche il questionario si trova in allegato.

Consulenza

La consulenza finora è avvenuta solo in modo informale, senza una documentazione dei contenuti. Secondo l'autovalutazione della psicologa, l'obiettivo per il futuro è di formalizzare il processo della consulenza, di precisare meglio i tempi e gli spazi da dedicare a essa per dare più spessore al valore della consulenza.

Valutazione della qualità della relazione

Sono state effettuate delle ricerche e dei colloqui con Mario Paolini riguardo questo argomento.

L'autoefficacia degli operatori in relazione di aiuto è stata individuata come aspetto importante nella relazione tra operatore e ospite. La formazione degli operatori terrà conto di questo aspetto. Un altro punto cruciale è la sensazione di agio – disagio dell'operatore davanti ai comportamenti problema della persona con disabilità. Questo aspetto è stato integrato nella scheda di osservazione dello Spazio Io e Tu.

Outcome (effetti prodotti)

Miglioramento di Contatto, Relazione e Comunicazione

- È difficile misurare dei risultati intermedi, perché i passi sono piccolissimi, visibili solo con una lente di ingrandimento.
- Valutazione dell'andamento da parte della psicologa: sta andando bene, si comincia a stabilire una relazione, ad entrare in contatto, le persone vengono volentieri.
- Ci sono interazioni individuali, centrate sulla persona per migliorare il contatto:
 - Prima persona: si tratta di una persona con stile insicuro evitante, a cui non è mai stato chiesto un parere e che produce quasi sempre delle risposte stereotipate. Con lei nello Spazio Io e Tu si lavora sulla possibilità e il diritto di scelta, sulla cose che le piacciono e sul “essere donna”, attraverso dei disegni e piccoli testi con la psicoterapia centrata sulla persona.
 - Seconda persona: manifesta dei comportamenti problema che danno fastidio agli operatori e agli ospiti. Nello Spazio Io e Tu si realizza una pre-terapia “classica” con rispecchiamento e comunicazione basale.
 - Terza persona: richiede contatto fisico e psichico a tutti in continuazione, operatori ed ospiti sono infastiditi. Nello Spazio Io e Tu si cerca di assecondare i suoi bisogni, lavorando con il contatto fisico e con dei massaggi.
 - Quarta persona con autismo. Il lavoro nello Spazio Io e Tu si focalizza su come preparare uno spazio adatto, e su come rendere la situazione interessante e piacevole per lei, usando elementi della pre-terapia.
- Alla fine del progetto sarebbe opportuno fare un'analisi dei video e delle schede di osservazione per verificare il grado di miglioramento di contatto delle singole persone.

Si può ipotizzare l'uso delle schede di osservazione per la pre-terapia di Dinacci o della "Pretherapy Rating Scale" di Prouty. Il materiale raccolto è molto ricco, e vale la pena fare un'analisi psicologica approfondita. Servirebbero ulteriori risorse per fare un'analisi di qualità, ma il vantaggio è che il materiale raccolto (video e schede) può essere conservato ed essere analizzato in un secondo momento, quando si hanno le risorse a disposizione.

Promuovere atteggiamenti centrati sulla persona al centro

Si potrà verificare solo dopo la realizzazione della formazione, se il progetto Con-tatto avrà promosso veramente degli atteggiamenti centrati sulla persona negli operatori in relazione di aiuto al centro. Per valutare l'outcome si possono ipotizzare delle osservazioni nel contesto del lavoro quotidiano o delle schede di autovalutazione sulla qualità della relazione. Anche qui servirebbero ulteriori risorse per un'analisi dettagliata dell'outcome.

Criticità e punti di forza

Le difficoltà incontrate durante la realizzazione del project work e le sue implicazioni sono le seguenti:

- Il progetto è stato gestito da una sola persona. Anche se gli educatori del centro diurno erano molto disponibili, c'era comunque una mancanza di una supervisione professionale, per riflettere sui problemi emersi.
 - Indicazione: Per migliorare il progetto si potrebbe ipotizzare di coinvolgere una supervisione esterna, rivolgendosi magari ad altre strutture che lavorano con la doppia diagnosi.
- Alla fine, per motivi organizzativi, solo quattro persone sono state coinvolte per partecipare allo Spazio Io e Tu. Ci sarebbero altre persone che ne avrebbero bisogno e per le quali un tale servizio potrebbe essere utile.
 - Indicazione: Estendere il progetto
- Il progetto è stato realizzato all'interno del tirocinio del Master, il che ha portato a un ruolo professionale non sempre chiaro.
 - Indicazione: Chiarire il ruolo professionale

- Non era sempre possibile realizzare lo Spazio Io e Tu in una stanza separata, il setting previsto non era sempre fattibile e questo ha portato a volte a delle perturbazioni del processo terapeutico.
 - Indicazione: Ridefinire il setting
- Il servizio è stato realizzato in modo completamente gratuito, non sono previsti finanziamenti per un tale servizio.
 - Indicazione: Reperire fondi
- La consulenza è avvenuta in modo informale, senza una formalizzazione del processo.
 - Indicazione: Formalizzare il processo
- Le riunioni con gli educatori sono avvenute in modo irregolare, e spesso c'erano altri progetti ritenuti più importanti da discutere, il che non permetteva una condivisione e supervisione continua.
 - Indicazione: Pianificare incontri più regolari
- Ci sono poche risorse per valutare l'outcome del progetto.
 - Indicazione: Trovare ulteriori risorse per la valutazione del progetto
- La condivisione e l'integrazione del progetto nel progetto generale del centro dovrebbero essere migliorate.
 - Indicazione: Stabilire modi di condivisione
- Finora c'è stata poca condivisione con l'esterno.
 - Indicazione: Creare una rete di servizi per la doppia diagnosi
- Le famiglie delle persona con doppia diagnosi non sono state incluse nel progetto.
 - Indicazione: Includere le famiglie, perché potrebbe portare ad una visione più ampia del problema e del contesto di vita della persona
- Il progetto è limitato nel tempo, al momento non è prevista la figura della psicologa al centro. In genere la psicoterapia per persone con disabilità intellettiva non viene pagata dall'azienda sanitaria.
 - Indicazione: Sollecitare le politiche sociale per realizzare un tale servizio nei centri,
 - Indicazione: Creare un posto per uno psicologo al centro oppure offrire un servizio esterno rivolto direttamente alle famiglie, possibilmente in convenzione con l'azienda sanitaria.

I punti di forza individuati sono:

- Il progetto consiste in un servizio molto innovativo che ha tante potenzialità.
- Era possibile realizzare il progetto in piena autonomia senza limitazioni da parte dei responsabili.
- Il servizio offre una serie di attività al centro. La formazione degli operatori e la consulenza permettono di portare avanti l'approccio centrato sulla persona al centro anche dopo la chiusura del progetto stesso. Il progetto avrà quindi delle implicazioni positive persistenti.
- L'interesse da parte degli operatori del centro finora è stato grande e sono presenti degli atteggiamenti positivi nei confronti del progetto.
- Un punto forte è stato sicuramente la supervisione del dott. Mario Paolini, che, anche se sporadica, ha fornito molti spunti utili.
- In genere ho trovato grande disponibilità del responsabile e degli altri educatori del centro. Il centro Zorzetto è un centro diurno con una visione aperta che lascia spazio a progetti e servizi nuovi.
- Il progetto è un'ulteriore risorsa per il centro, incontra un bisogno reale ed è sicuramente utile alle persone con disabilità ed agli operatori del centro.
- L'approccio centrato sulla persona è una metodologia che ha un impatto molto forte e porta a dei risultati positivi. È importante fare conoscere e diffondere questo approccio nel lavoro con persone con disabilità intellettiva.

Considerazioni finali

La progettazione mi è piaciuta molto, in particolare il poter mettere in atto le teorie apprese all'Università. Ho avuto la fortuna di poter realizzare il progetto al centro modulare Zorzetto, dove ho trovato un ambiente aperto, interessato e positivo e un bel clima per la realizzazione di un progetto del genere.

La ricchezza del project work consiste a mio avviso nella riconciliazione della psicologia del lavoro (con i suoi strumenti preziosi per la progettazione) con la psicologia clinica e la pedagogia. Purtroppo, nella realtà professionale del lavoro con persone con disabilità intellettiva, questi due ambiti vengono uniti ancora troppo poco.

L'approccio centrato sulla persona, secondo me, è una metodologia molto forte ed utile, perché è una teoria applicabile nel lavoro quotidiano con persone con disabilità da molte figure professionali di diversa formazione.

Nel territorio, nel sistema in genere ci vuole una spinta politica, una condivisione dell'idea che anche le persone con disabilità intellettiva hanno il diritto di accedere alle cure adatte che permettono la promozione della loro salute mentale. Sarà necessario ancora molto lavoro di diffusione di queste idee per permettere un tale servizio alle persone con disabilità.

Prospettive future?

Il progetto Con-tatto, come prospettiva per il futuro prossimo, continuerà fino a giugno 2011. Verrà inoltre valutata la possibilità di disseminazione e di realizzazione del progetto in altri contesti, rivolgendosi all'azienda sanitaria locale, a persone di riferimento e altre strutture che operano per la disabilità nel territorio veneziano, ad associazioni e cooperative a Venezia e Mestre.

È pensabile proporre il progetto o singole componenti di esso come servizio esterno alle strutture per persone con disabilità, ad esempio, come percorso formativo per gli operatori. Altrimenti, rivolgendosi direttamente alle famiglie delle persone con doppia diagnosi, è ipotizzabile un servizio di psicoterapia centrata sulla persona o di consulenza alle famiglie. Sta nascendo in questo momento, frutto del Master, un'associazione (probabilmente dal nome "Associazione Integralmente") che vuole promuovere l'integrazione e la partecipazione delle persone con disabilità. Un servizio psicologico, come previsto nel progetto Con-tatto, potrebbe essere promosso dall'associazione.

Pensando ad un orizzonte più ampio, la prospettiva futura del progetto Con-tatto diventa una questione politica. Le persone con doppia diagnosi hanno bisogno di psicoterapie adatte e di operatori formati. Servirebbero più servizi per la doppia diagnosi e più persone formate nella psicoterapia per persone con disabilità intellettiva. Vale la pena fare conoscere l'approccio centrato sulla persona a più persone che lavorano nell'ambito della disabilità intellettiva possibili, per arricchire il lavoro quotidiano.

Un'altra prospettiva futura riguarda la prevenzione della doppia diagnosi. Servirebbero interventi psico-educativi per affiancare i genitori sin dalla nascita di un bambino/ una bambina con disabilità

intellettiva. In tale modo si potrebbero potenziare le capacità genitoriali, migliorare le prime interazioni tra genitori e bambino/ bambina e prevenire disturbi di contatto nella prima infanzia.

L'ultima prospettiva fa riferimento alle riflessioni di Mario Paolini, con le quali vorrei concludere il presente project work. Le riflessioni riguardano il lavoro quotidiano degli operatori in relazione di aiuto. Nel lavoro servono processi di monitoraggio e di valutazione in itinere della qualità delle prestazioni e della relazione, un processo che Paolini chiama "Ingegnerizzazione" del lavoro in relazione di aiuto, l'installazione di un impianto di controllo. Finora mancano meccanismi di controllo che permettono di verificare se i progetti scritti sono realizzati nel modo giusto nel lavoro di ogni giorno:

"Ci sono i documenti, anche i progetti educativi, i piani di struttura. Possono contenere degli elementi bellissimi scritti. Il problema è vedere se la quotidianità mantiene il livello alto che è scritto negli impianti teorici. E questo è un rischio sempre presente, perché si sottovaluta il fatto che la quotidianità ogni giorno mette a dura prova il sapere artigiano e la capacità di essere in tutti i momenti in situazioni impreviste e imprevedibili, che richiedono una grande duttilità, ma anche una notevole serenità nell'affrontarle, altrimenti prima di far danni ci si fa male. (...) Il quotidiano è il banco di lavoro su cui bisogna misurarsi, per raggiungere gli obiettivi, altrimenti ci prendiamo in giro ed è veramente intollerabile quello che può accadere e quello che può crearsi." (Mario Paolini, intervista di Roberta Caldin, 2010, in Internet).

ALLEGATI

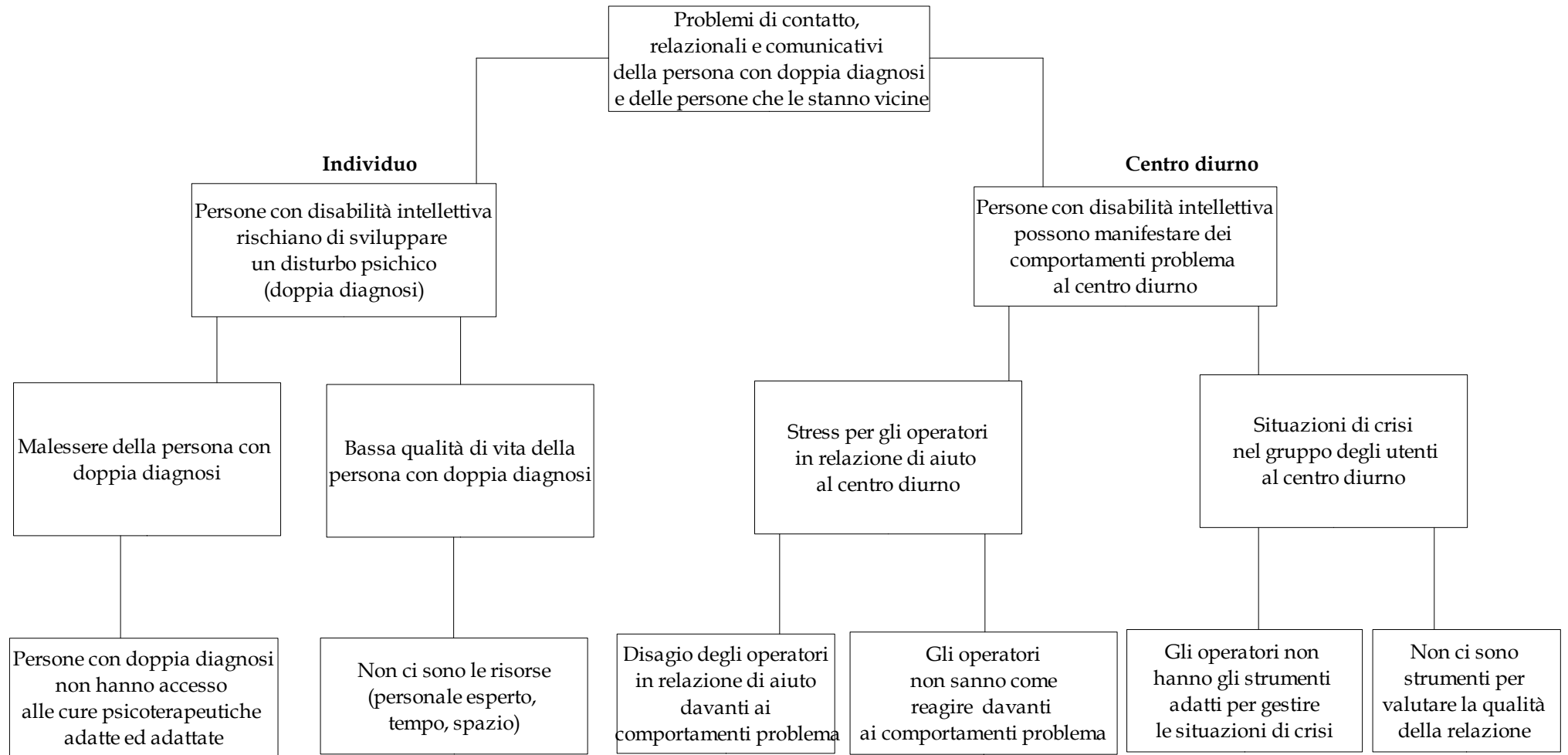
Modelli/ strumenti

- Albero dei problemi
- Albero degli obiettivi
- Work Breakdown Structure (WBS)
- GANTT

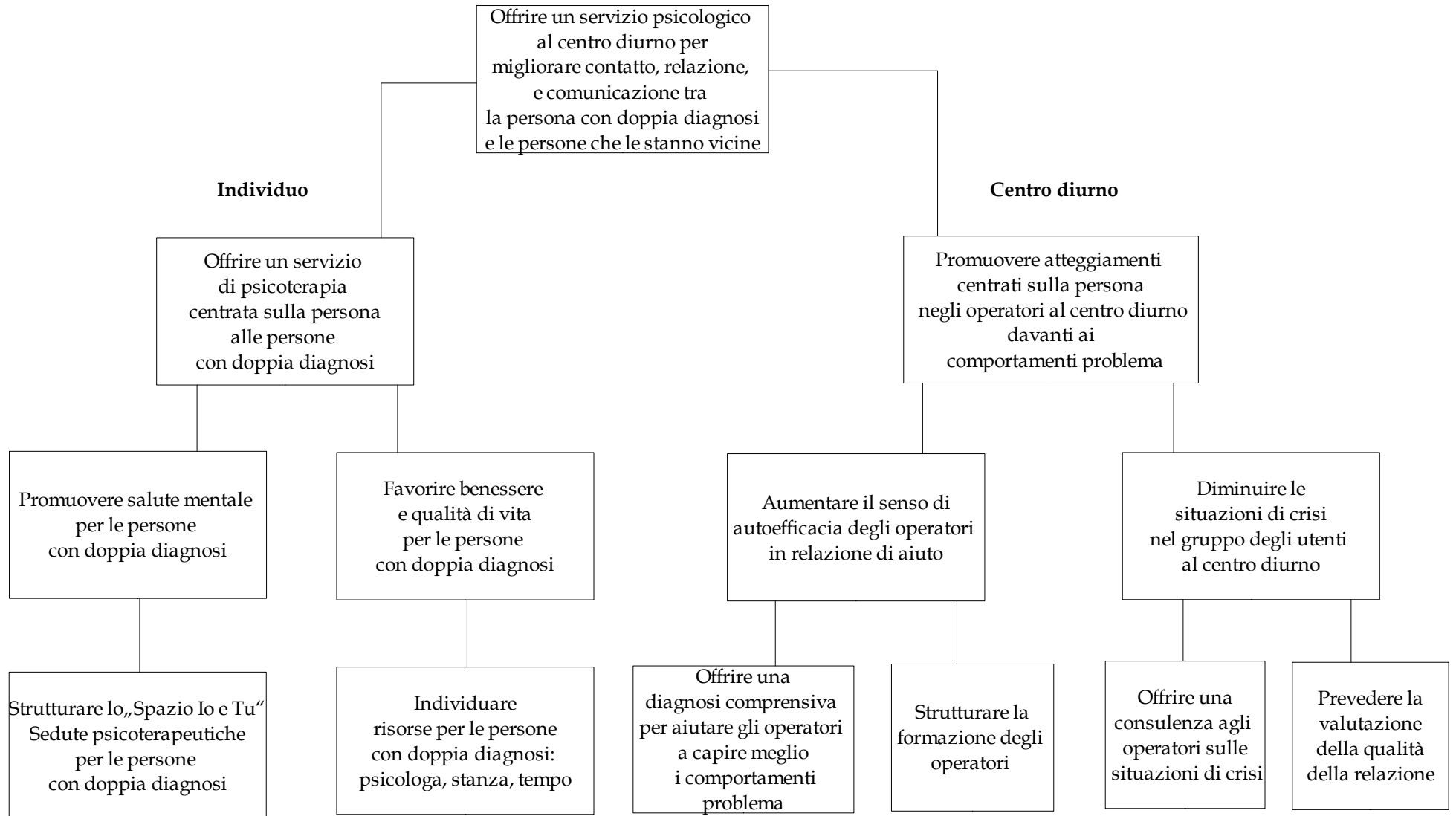
Allegati

- Spazio Io e Tu:
 - Scheda di osservazione
 - Disegni
- Formazione:
 - Slides
 - Questionario di valutazione

Progetto Con-tatto: Albero dei Problemi



Progetto Con-tatto: Albero degli Obiettivi



Progetto Con-tatto: Diagramma WBS (Work Breakdown Structure)

Risultati verificabili	Primo Livello	Secondo Livello
Spazio „Io e Tu“: Sedute psicoterapeutiche per le persone con DD	Preparazione	Preparazione del luogo, Scelta del giorno in cui si svolgerà lo “Spazio Io e Tu”, Studio di materiale sulla psicoterapia per le persone con DD
	Scelta delle persone che frequenteranno lo „Spazio Io e Tu“	Osservazione nel contesto quotidiano, Studio delle cartelle cliniche, Colloqui con gli educatori
	Sedute	Fase iniziale, primo contatto Svolgimento delle sedute psicoterapeutiche Fase di chiusura
Diagnosi comprensiva delle persone con DD	Scelta e preparazione degli strumenti diagnostici	Scelta ed eventuale adattamento di test e questionari, Preparazione di schede di osservazione, Preparazione del materiale tecnico per le videoregistrazioni dello “Spazio Io e Tu”
	Raccolta dati	Somministrazione di test e questionari, Riflessioni immediate sulle osservazioni fatte durante le sedute, schede di osservazione dopo ogni seduta, Videoregistrazioni delle sedute, Colloqui con gli educatori
	Analisi dati	Analisi ed interpretazione test e questionari, Analisi delle osservazioni e riflessioni, Analisi delle videoregistrazioni, Studio delle cartelle cliniche
	Diagnosi comprensiva	Integrazione dei risultati ottenuti dalle analisi, Stesura della diagnosi per ogni persona dello “Spazio Io e Tu”
Formazione degli operatori in relazione di aiuto	Preparazione	Definizione dei contenuti e delle modalità della formazione, Definizione del calendario, Preparazione del materiale didattico
	Formazione	Svolgimento delle lezioni
	Sperimentazione degli strumenti nuovi	Gli operatori usano gli strumenti e gli atteggiamenti nel lavoro quotidiano

	Valutazione finale	Incontro conclusivo per parlare dell'esperienza fatta, valutazione dei punti critici e positivi, questionario per gli operatori
Consulenza degli operatori in relazione di aiuto	Consulenza in itinere	Riunioni settimanali con gli educatori, Presentazione delle riflessioni dello "Spazio Io e Tu", Domande degli operatori, Scambio reciproco
	Consulenza finale	Preparazione presentazione, Fissare una data per un incontro finale, Presentazione delle diagnosi comprensive, Riflessioni/ domande degli operatori
Valutazione della qualità della relazione	Preparazione	Studio di materiale relativo all'argomento, Sviluppo di uno strumento, Colloqui ed interviste con gli educatori, con M. Paolini
	Sperimentazione	Lo strumento viene usato per la valutazione dello "Spazio Io e Tu", eventuali modifiche
	Disseminazione e diffusione	Preparazione presentazione, Strumento viene presentato agli operatori, Strumento viene usato dagli operatori nel lavoro quotidiano
Gestione	Progettazione e pianificazione	Idea Progetto, Redazione e stesura del Project Work Capitoli 1-3, Strumenti del Project Management, Correzione e modifica del Project Work
	Comunicazione	Presentazione del progetto al direttore del centro diurno, Eventuali modificazioni ed approvazione del progetto, Presentazione del progetto agli educatori, Presentazione del progetto agli operatori, Riunione settimanale con gli educatori, Preparazione di un fascicolo sul progetto, sul suo andamento e con il materiale raccolto, consultabile da tutti gli operatori, Comunicazione con la dott.ssa Petocchi
	Progetto II Comunità Nicopeja	Progetto II alla Comunità Nicopeja con le stesse modalità (+ eventuale adattamento)
	Disseminazione e divulgazione	Redazione e stesura del Project Work Capitolo 4, Preparazione presentazione, Presentazione finale del Project Work al Master,

		Presentazione finale del progetto al centro diurno, Indagine nella rete su un'eventuale diffusione del progetto in altri contesti, colloqui, interviste, Eventuale presentazione del progetto in altri contesti interessati
Monitoraggio e valutazione	Progettare impianto di monitoraggio, Costruire strumenti di valutazione, Somministrazione, Raccolta e rielaborazione dati Analisi dei risultati, Stesura relazione finale	Valutazione dello Spazio Io e Tu, Valutazione della diagnosi comprensiva, Valutazione della formazione, Valutazione della consulenza, Valutazione della ricerca sulla qualità della relazione

Progetto Con-tatto – Spazio Io e Tu

Scheda di osservazione

Nome Partecipante: _____

Data: _____

Ora: _____

Luogo: _____

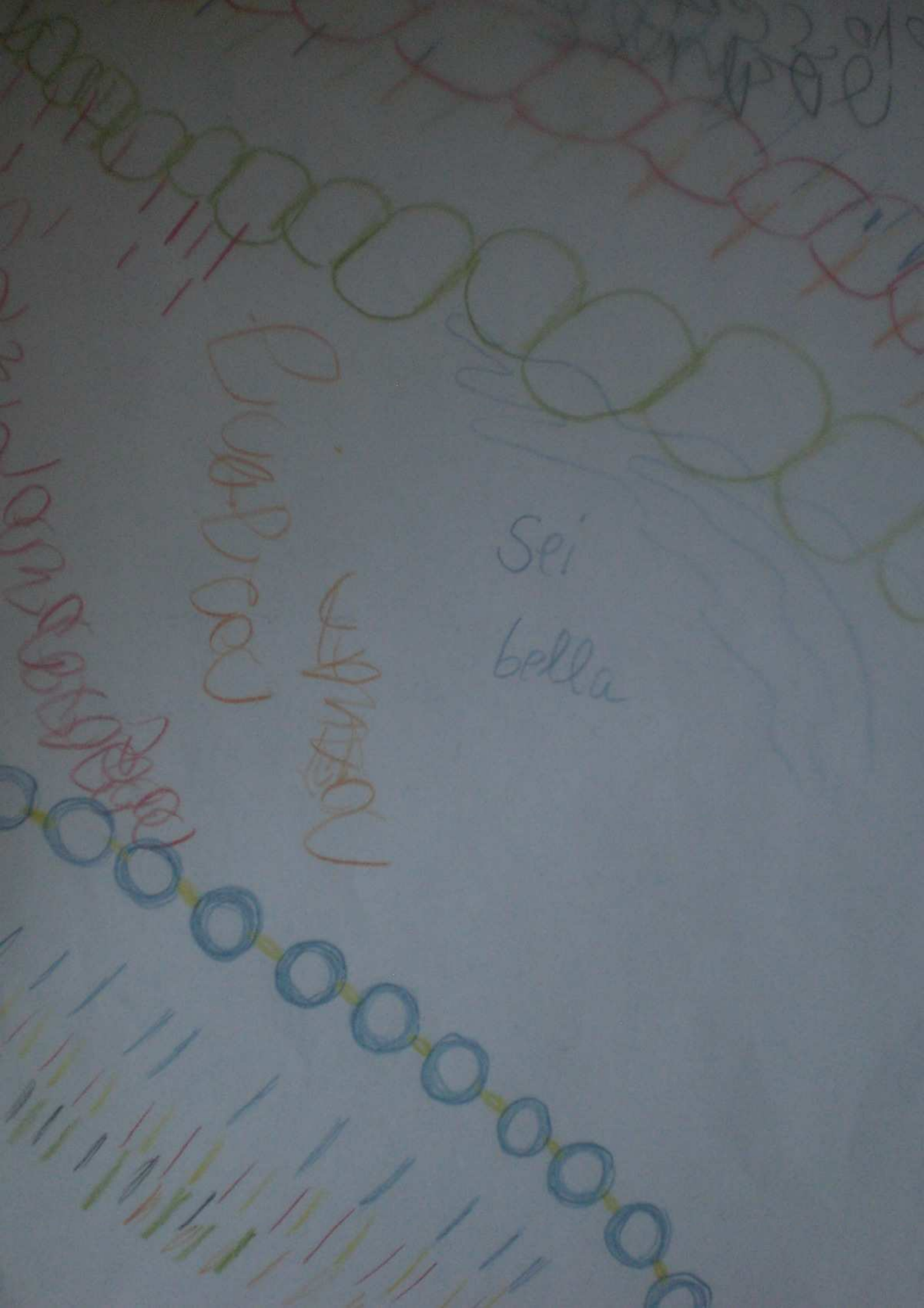
Sensazione generale:

Sviluppo della relazione:

Agio/ Disagio:

Sviluppo della personalità:





Sei bella
Sei bella
Sei bella

Sei
bella

Progetto Con-tatto

Qualità della relazione interpersonale
Per promuovere salute mentale e benessere
Di persone con disabilità intellettiva

Percorso formativo
2010-2011

Modello vulnerabilità – stress



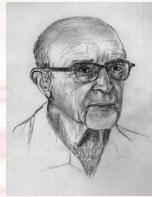
La doppia diagnosi
e
l'approccio centrato sulla persona

Nascita di un bambino
Prima interazione genitori – bambino
Babytalk
Capacità di stabilire contatti

Video

L'approccio centrato sulla persona

Carl Ransom Rogers
1902 – 1987



Relazione interpersonale

Clima facilitante

3 condizioni:

- congruenza
- empatia
- accettazione incondizionata

“Essere umani è essere in relazione. La nostra struttura del sé emerge dalle complesse interazioni umane, in particolare nei primi anni di vita e di socializzazione, ma continua per tutta la nostra vita. Le relazioni ci contraddistinguono e quindi se i problemi umani sono problemi di relazione appare quasi ovvio che la relazione terapeutica sia il cruciale elemento del cambiamento psicoterapico. In tali termini la salute è vista come complesso processo relazionale.”
(Barrett-Lennard, 2005).

Pre-terapia

Garry F. Prouty

Disturbi di contatto

Contatto psicologico = funzione dell'Io
La capacità di stabilire contatti
consiste in tre funzioni percettive della persona:
il contatto con la realtà
il contatto affettivo
il contatto comunicativo

Video Hans Peters Preterapia

4 Riflessioni di contatto

- della situazione
- della mimica
- del corpo
- parola-per-parola

L'approccio centrato sulla persona nel lavoro
quotidiano al centro

Pörtner: Piccoli passi
Badelt: Lente di ingrandimento

Video Spazio Io e Tu

Progetto Con-tatto – Formazione

Questionario di valutazione

Alla fine del percorso formativo al quale Lei ha partecipato, Le preghiamo di compilare il presente questionario. Il questionario è completamente anonimo. Non esistono risposte giuste o sbagliate. Quel che conta è la Sua opinione personale.

Istruzioni per la compilazione:

Significato della valutazione da -2 a +2 (Scala a 4 punti):

-2 = completa insoddisfazione della condizione descritta o giudizio totalmente negativo

-1 = più no che si

+1 = più si che no

+2 = completa soddisfazione o giudizio totalmente positivo

Grazie della Sua collaborazione!

FORMAZIONE

Come valuta il Suo grado di interesse sui contenuti della formazione?

-2	-1	1	2
----	----	---	---

Quale giudizio esprime sull'utilità della formazione?

-2	-1	1	2
----	----	---	---

Le conoscenze preliminari da Lei possedute sono risultate sufficienti per la comprensione degli argomenti trattati ?

-2	-1	1	2
----	----	---	---

Il docente esponeva gli argomenti in modo chiaro?

-2	-1	1	2
----	----	---	---

È complessivamente soddisfatto di come è stata svolta questa formazione?

-2	-1	1	2
----	----	---	---

NOTE PERSONALI (es. ulteriore aspetto ritenuto degno di essere preso in considerazione ai fini del miglioramento della qualità della formazione)

.....

.....

.....

LAVORO QUOTIDIANO

I contenuti sulla doppia diagnosi Le saranno utili per il Suo lavoro quotidiano?

-2	-1	1	2
----	----	---	---

Pensa di poter utilizzare l'approccio centrato sulla persona nel lavoro quotidiano?

-2	-1	1	2
----	----	---	---

Pensa di poter utilizzare la pre-terapia nel lavoro quotidiano?

-2	-1	1	2
----	----	---	---

Altri commenti e suggerimenti:

.....
.....
.....

Bibliografia

- Buber, Martin (1923) *Ich und Du*. Reclam 1995 (Nr. 9342).
- Bouras, N., Holt, G., Day, K. & Dosen, A. (ed); Edizione Italiana a cura di G.P. LA Malfa, A. Castellani, M. Bertelli (2007). *Salute mentale nel ritardo mentale. ABC per la salute mentale, per l'assistenza di base e le altre professionalità*.
- Dinacci, A. (1997). Ricerca sperimentale sul trattamento psicologico di pazienti schizofrenici con la Pre-Terapia. *Psicologia della Persona*, 2 (4), 32-49.
- Dykens, E. (2000). Annotation: Psychopathology in children with intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 407-417.
- Fröhlich, A. (2007). *La stimolazione basale per bambini, adolescenti e adulti con pluridisabilità*. Pisa: Edizioni del Cerro.
- Ghedin, E. (2010). *Ben-essere disabili. Un approccio positivo all'inclusione*. Napoli: Liguori.
- Mininni, N. (2004). *Disabilità e salute mentale. Sostegno alla triade familiare*. Firenze: Modulo Operativo Multiprofessionale, Azienda Sanitaria Locale 10.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2002). *ICF: Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*. Trento: Erickson.
- Osservatorio Regionale Handicap, Regione Veneto (2009): *ICF. Per lo sviluppo di un linguaggio comune sulla salute e la disabilità*.
- Paolini, M. (2009) *Chi sei tu per me?* Trento, Erickson.
- Peters, H. (2005). *Psychotherapeutische Zugänge zu Menschen mit geistiger Behinderung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Plebani, E. M. & Lorenzi, A. (2004). *L'ABC di un progetto. Principi elementari per la progettazione, gestione, rendicontazione di progetti per le organizzazioni non profit*. Padova: CSV.
- Prouty, G. (1994). *Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy. Applications to schizophrenic and retarded psychoses*. New York: Praeger.
- Prouty, G., Pörtner, M. & Van Werde, D. (2009). *Prä-Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*,

Houghton Mifflin.

- Rogers, C. R. (1983) *Un modo di essere*, Firenze, Psycho
- Rogers, C.R. (2000) *La terapia centrata sul cliente*. Firenze, Psycho.
- Senckel, B. (2006). *Du bist ein weiter Baum. Entwicklungschancen für geistig behinderte Menschen durch Beziehung*. München: C.H. Beck.
- Steiger, P. (1994). *Selbstmanagement – Möglichkeiten psychotherapeutischer Arbeit mit geistig behinderten Menschen*. *Geistige Behinderung*, 2, 111-116.
- Strømme, P. & Diseth, T. (2000). *Prevalence of psychiatric diagnoses in children with mental retardation: data from a population-based study*. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 42, 266-270.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.

Webliografia

- <http://www.aamr.org>
- <http://www.acp-italia.it>
- <http://www.edurete.org>
- <http://www.iacp.it>
- <http://mela.scedu.unibo.it>
- <http://www.thenadd.org>
- <http://www.who.int>
- http://www.who.int/mental_health/mhgap_final_english.pdf