



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in EDUCAZIONE PROFESSIONALE

**IL RUOLO E LE COMPETENZE
DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE IN
AMBITO PSICHIATRICO**

Relatore: Chiar.mo
Prof. Bernardo Nardi

Tesi di Laurea di:
Emanuele Cavallaro

Anno Accademico 2019-2020

INDICE:

INTRODUZIONE

PRIMA PARTE: L'EDUCATORE PROFESSIONALE IN AMBITO

PSICHIATRICO

CAPITOLO 1: Identità e competenze dell'educatore professionale

1.1 Identità professionale dell'educatore	6
1.2 Le competenze educative	9
1.3 L'educatore professionale nell'ambito del disturbo mentale	21

CAPITOLO 2: SPDC e gli altri servizi della salute mentale

2.1 I servizi di salute mentale	27
2.2 Il Centro di salute mentale	28
2.3 Il Centro diurno	29
2.4 Le Strutture residenziali	30
2.5 Il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC)	30
2.6 Il Day Hospital psichiatrico	33

CAPITOLO 3: Esperienza di sé normale e psicopatologica

3.1 Salute mentale, esperienza e conoscenza di sé	34
3.2 L'approccio processuale attento alla soggettività	38
3.3 Normalità nevrosi e psicosi	41
3.4 I disturbi psicopatologici	42

**SECONDA PARTE: IL RUOLO DELL'EDUCATORE IN SPDC, LA MIA
ESPERIENZA DI TIROCINIO**

CAPITOLO 4: Il mio tirocinio

4.1 L'importanza dell'Educatore in SPDC	46
4.2 Come agisce l'Educatore sul disagio degli utenti?	47

CAPITOLO 5: Soggetti e metodi

5.1 Interazione con gli utenti e progetto educativo	50
5.2 Criteri di assessment	52
5.4 Attività svolte	53

CAPITOLO 6: Risultati

6.1 Resoconto del lavoro educativo	56
6.2 Verifica cambiamenti osservati	57

CAPITOLO 7: Discussione

7.1 Elementi osservati	59
7.2 Valutazione finale	60

CONCLUSIONI	62
--------------------	-----------

BIBLIOGRAFIA	63
---------------------	-----------

SITOGRAFIA	63
-------------------	-----------

INTRODUZIONE

Nella presente tesi descrivo la figura dell'educatore professionale in generale, per poi trattare nello specifico il suo lavoro nell'ambito della salute mentale.

La scelta di questo argomento è stata motivata dalla mia esperienza di tirocinio nell'ultimo anno di corso, svolto all'interno del SPDC (servizio psichiatrico di diagnosi e cura), dove ho potuto osservare il funzionamento specifico della struttura e rapportarmi con l'utenza presente.

In questa tipologia di struttura non è prevista la presenza di un educatore professionale, tale aspetto mi ha motivato nello scegliere questo argomento per evidenziare, invece, quale importanza e quali obiettivi si potrebbero raggiungere con la presenza dell'educatore nell'équipe psichiatrica.

Nella prima parte descrivo il ruolo dell'educatore e le sue competenze specifiche, di come quest'ultime siano estremamente efficaci per instaurare con l'utente un rapporto di fiducia ed agevolarlo verso una maggiore apertura e disponibilità al dialogo.

Espongo poi il concetto di salute mentale e descrivo i vari servizi che se ne occupano, con particolare riguardo nei confronti del SPDC.

Di seguito pongo l'attenzione sugli utenti e sui vari disturbi mentali e di personalità che essi presentano, anche qui focalizzandomi su quei disturbi che ho potuto osservare direttamente negli utenti con cui sono entrato in relazione nella struttura del tirocinio, approfondendo vari aspetti di quest'ultimi.

In particolare, mi riferisco alle modalità con cui una persona fa esperienza di sé e quindi a come è stata abituata a riferirsi le esperienze e percepire il giudizio altrui, dal quale ricava il senso di sé.

Attraverso l'approccio alla soggettività del cognitivismo post razionalista si cerca di comprendere come ogni soggetto percepisce la realtà in maniera unica, soggettiva appunto, questo permette una migliore conoscenza della persona per poter poi instaurare una relazione di fiducia.

Questi concetti di percezione della realtà sono strettamente legati al discorso riguardante il continuum esistente tra normalità e patologia in cui ogni rottura dell'equilibrio produce nella psiche della persona una situazione di instabilità i cui esiti e durata sono imprevedibili.

Il cambiamento, quindi, è l'elemento di rottura che va a modificare questo equilibrio rappresentato dalla coerenza interna funzionale alla costruzione dell'identità.

Quando il soggetto non riesce a gestirlo e quindi supera la sua capacità di resilienza, cioè di adattarsi in maniera vantaggiosa alla nuova situazione, può prendere percorsi patologici con un disagio che verrà espresso attraverso i sintomi tipici dei diversi disturbi mentali.

Nella seconda parte innanzitutto enuncio lo scopo della tesi, ovvero descrivere come ho lavorato nel corso del tirocinio, attraverso l'utilizzo delle competenze metodologiche dell'educatore professionale e sul perché sarebbe importante la sua presenza e in che modo esso interviene sul disagio dell'utente.

Di seguito descrivo la mia esperienza di tirocinio, con quali utenti ho interagito, le attività svolte, gli strumenti educativi utilizzati per l'osservazione e i risultati che ne sono scaturiti.

Inoltre, esplico i criteri di valutazione che ho utilizzato per la programmazione di un intervento educativo rivolto a un gruppo di utenti.

Infine, eseguo un resoconto del lavoro educativo svolto, osservo i cambiamenti che si sono verificati rispetto alla situazione iniziale e svolgo una valutazione finale sugli esiti del lavoro intrapreso.

PRIMA PARTE: L'EDUCATORE PROFESSIONALE IN AMBITO PSICHIATRICO

CAPITOLO 1: Identità e competenze dell'educatore professionale

1.1 Identità professionale dell'educatore

La normativa che regola e definisce le mansioni dell'Educatore professionale è denominata DM 520/98¹, questa legge definisce gli educatori professionali come operatori socio-sanitari che: programmano, gestiscono e verificano in modo coordinato in equipe multidisciplinare, specifici progetti educativi ed educativi riabilitativi, volti a uno sviluppo equilibrato della persona, con obiettivi educativo-relazionali, in un contesto di partecipazione e recupero della vita quotidiana e al raggiungimento di uno stato di benessere, con il coinvolgimento diretto dei soggetti interessati e/o dei loro nuclei familiari, dei gruppi e della collettività; curano il positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà; contribuiscono a promuovere e organizzare strutture e risorse sociali e sanitarie, al fine di realizzare il progetto educativo integrato; gestiscono attività di promozione della salute sul territorio, non solo sui singoli progetti

¹ DECRETO 8 ottobre 1998, n. 520 Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (GU n.98 del 28-4-1999).

educativi, ma anche in percorsi collettivi di cambiamento e di partecipazione della comunità.

All'inizio degli anni 50, la figura dell'educatore veniva utilizzata nella gestione dei ragazzi in difficoltà all'interno di istituzioni a carattere prevalentemente religioso.

A partire dagli anni '60 l'educatore aveva il compito di gestire le attività del tempo libero sia dei ragazzi che degli adulti nei vari centri preposti a questo scopo, senza che vi fosse richiesta una specifica competenza professionale

È solo a partire dagli anni '70 che si viene affermando l'esigenza di disporre di operatori professionalmente competenti in grado di rispondere a specifici bisogni, i quali andavano peraltro emergendo anche a livello normativo a proposito del necessario riordino dei servizi sui minori handicappati e anziani a cui però non corrisponde un altrettanto chiaro profilo professionale. Sono stati proprio questi, infatti, gli anni in cui le definizioni si sono moltiplicate a dismisura: educatori di gruppo appartamento educatore di distretto educatore animatore, animatore socio culturale senza mai definire chiaramente un profilo professionale specifico.

Dagli anni '80 in poi il crescente disagio conseguente alla politicizzazione della denominazione, dà l'avvio a un vivacissimo dibattito teorico sui termini in uso.

Si è parlato di operatore pedagogico sintesi di due termini significativi, il primo cioè operatore che dà l'idea di un immediato interesse per l'intervento sul campo, il secondo pedagogico invece più generico, fa riferimento ad una preparazione a monte e nulla deve invidiare ad altre analoghe figure professionali. Più convincente invece appare la definizione di operatore socio educativo, in quanto privilegiando l'aspetto del

cambiamento consente la rifondazione della professione stessa partendo infatti dalla distinzione tra esperienza educativa ed esperienza educativa pedagogicamente fondata. Bertolini² ribadisce da un punto di vista epistemologico il carattere spontaneo della prima rispetto alla seconda che appare sempre orientata e giustificata in termini chiaramente scientifici. Per cui mentre la prima forma di esperienza educativa va giudicata come sostanzialmente non professionale, la seconda lo è in una certa misura per definizione, naturalmente dove per professionalità educativa si intende l'intenzione e la capacità di agire educativamente secondo orientamenti e principi che appartengono alla scienza dell'educazione. Al termine di Educatore professionale si rifà³ Demetrio sottolineando le specificità e le differenze rispetto a quello di operatore sociale in senso stretto o assistente sociale, con il quale peraltro condivide alcuni aspetti.

L'educatore nonostante questo apparentamento svolge un lavoro sociale rilevante perché attua un intervento il cui contenuto simbolico è maggiore di quello che produce colui che non intrattiene rapporti continuativi con l'utenza.

Ad esso è affidato il compito di svolgere una funzione di contenimento ma anche di elaborare in termini riparatori le angosce esistenziali dell'individuo, le sue difficoltà di adattamento, i suoi bisogni multiformi.

Per rispondere a tali richieste l'educatore deve farsi figura professionale, in quanto egli è allo stesso tempo modificatore e regolatore delle relazioni che intreccia con gli utenti a lui affidati e con l'ambiente circostante.

² Piero Bertolini (1931-2006) è stato un pedagogista e filosofo dell'educazione italiano.

³ Duccio Demetrio (1945-) è un pedagogista, filosofo e accademico italiano.

Ciò che la scuola non riesce più a gestire viene demandato ad altre agenzie educative, quali la famiglia, l'oratorio, i centri ricreativi, il gruppo dei pari, comunità alloggio, istituti di accoglienza e beneficenza, insomma tutto ciò che Demetrio chiama “luoghi intermedi” diventano centri in cui è possibile aggregarsi stare insieme, creare nuove relazionalità e nuovi percorsi di crescita luoghi in cui l'educatore può trovare una propria caratterizzazione.

L'intervento dell'educatore non si realizza soltanto all'interno di queste strutture, anzi egli opera nei quartieri, nelle scuole, nei centri di prima accoglienza, nei gruppi famiglia o nei gruppi appartamento.

Proprio perché si trova ad operare in contesti così variegati l'educatore ha bisogno di una chiara e forte competenza professionale, poiché nel proprio lavoro egli svolge contemporaneamente varie attività quali per esempio di sostegno psicologico ed aiuto, altre volte indirizza il proprio intervento all' addestramento di attività pratiche manuali, altre ancora gli viene affidato di svolgere una funzione di puro contenimento.

1.2 Le competenze educative

Le capacità che consentono di aiutare l'altro devono essere acquisite come competenze stabili della professione di educatore.

L'educatore si trova spesso chiamato a rivestire il ruolo di operatore d'aiuto ogni qual volta il soggetto invia il messaggio anche non verbale “ho bisogno di te”.

Il dialogo diventa in questo caso lo strumento privilegiato per instaurare una relazione di aiuto, in esso la persona esprime esamina e affronta il proprio problema, la propria

sofferenza ma anche la propria gioia ponendosi in rapporto con un altro al quale riconosce la capacità di aiutare. All'interno di questo incontro l'educatore deve instaurare un clima di accettazione ed empatia, fondamentale per un'esternazione del problema, una presa di coscienza della situazione e possibilità di crescita, di scelta della strategia di intervento. Dal punto di vista metodologico questo tipo di relazione educatore-soggetto è rappresentata dalla metodologia rogersiana e neo rogersiana

Essa, infatti interpreta il comportamento e l'esperienza umana attraverso il dialogo partendo da alcuni principi fondamentali:

- Alto concetto e rispetto dell'uomo
- Fiducia nella forza creativa ed originale del singolo
- Autodeterminazione progettualità ideale del sé
- Unità della persona nei suoi momenti biologico e psicologico

L'educatore dovrà far emergere la sua disponibilità all'ascolto, all'empatia e al rispetto dimostrando attraverso la non direttività, così come nel modello rogersiano, di nutrire piena fiducia nella capacità del soggetto di conoscere sé stesso e di conoscere la realtà esterna a condizione che siano forniti i mezzi necessari per farlo.

Il non direttivismo deve essere quindi inteso come una modalità relazionale, in cui l'educatore non si pone in termini valutativi nei confronti del soggetto, ma accetta fiduciosamente il suo punto di vista rispettandone la libertà.

L'educatore deve assumere secondo Rogers⁴, una triade di atteggiamenti personali ritenuti condizioni necessarie e sufficienti perché i processi interpersonali si spieghino in senso costruttivo e l'aiuto si realizzi concretamente:

1) La congruenza o trasparenza, caratterizzata dal fatto che l'educatore nella relazione cerca di essere sempre sé stesso, in collegamento continuo con i propri sentimenti e con ciò che nel rapporto si sta svolgendo, non ha bisogno di negare o distorcere i suoi stati emotivi, anzi utilizza le proprie emozioni e i propri vissuti in modo costruttivo portandoli all'interno della relazione.

2) L'accettazione o considerazione positiva incondizionata: il bisogno di essere accettati avvertito da tutti come importante, rappresenta una condizione fondamentale per promuovere lo sviluppo e la modificazione della personalità.

Quando l'accettazione incondizionata viene al soggetto da una persona per lui importante è probabile che egli esca dalla situazione di immobilità e si avvii verso un cambiamento.

Il soggetto comincia così egli stesso ad accettare queste parti di sé, a non ignorarle perché cattive o pericolose ma reintegrarle nel sé, accettazione incondizionata non vuol dire accettare tutti i comportamenti che l'altro assume e lasciare che si faccia del male, significa avere fiducia nella sua tendenza attualizzante credere nella sua capacità di crescere e cambiare.

⁴ Carl Rogers (1902-1987) è stato uno psicologo statunitense, fondatore della terapia non direttiva e noto per i suoi studi sul *counseling* e la psicoterapia all'interno della corrente umanistica della psicologia.

3) L'empatia o comprensione empatica: si tratta di una comprensione emotiva e cognitiva dell'altro, sento con, si differenzia dalla simpatia che invece è un'emozione suscitata dall'altro. Per effetto dell'empatia l'educatore dovrebbe riuscire a percepire l'esperienza del soggetto come se fosse sua, concetto molto simile a quello di enteropatia, dunque lo stato di empatia e la percezione dello schema di riferimento dell'altro, le sue emozioni il significato di queste come se si fosse nei suoi panni.

Se l'educatore tende a non mettersi nei panni del suo interlocutore, molto probabilmente non riuscirà a capire cosa egli provi esattamente.

Quando un soggetto ha un problema e sta soffrendo, sta vivendo una situazione difficile e manifesta il desiderio, il bisogno di parlare con l'educatore, la prima cosa da fare è capire se esiste la disponibilità all'ascolto.

L'ascolto è l'elemento essenziale in ogni rapporto di relazione d'aiuto.

Non c'è aiuto senza ascolto. Tuttavia, la capacità di ascoltare attentamente è difficile da acquisire poiché richiede molto lavoro, molta pratica e impegno.

Spesso la capacità di ascoltare viene data per scontata, quando invece non è affatto così, poiché molte persone in realtà non ascoltano o non sanno farlo. In genere si aspetta che chi parla, finisca velocemente in modo da poter esprimere i propri pareri, le proprie idee, dopo le prime parole si pensa già a come rispondere senza ascoltare l'intero messaggio di chi parla o cercare di capire il significato.

Come è stato osservato il silenzio di chi ascolta corrisponde piuttosto ad un periodo di tolleranza che di ascolto vero e proprio, un momento in cui si pregusta l'occasione di esprimersi.

Sull'abilità di ascolto bisogna evitare il rischio di interpretare, di proiettare il proprio universo semantico sulla situazione dell'altro.

Gli ostacoli maggiori sono infatti rappresentati da:

- La soggettività che consiste nell' assegnare a ciò che viene detto o fatto dei significati personali.
- La deformazione professionale consiste nell'affrontare tutte le situazioni secondo un modello abituale.
- Il significato razionale che consiste nell' offuscare il vero significato psicologico attraverso la razionalizzazione.
- Il rischio di fare delle valutazioni e giudizi sul contenuto in riferimento al sistema soggettivo di opinioni e credenze.

Occorre sforzarsi per cogliere la situazione così come viene vissuta dal soggetto, ed inoltre bisogna avere una conoscenza precisa delle espressioni del vissuto, di ciò che per lui è significativo dal punto di vista psicologico.

Ciò è possibile attraverso una precisa tecnica di ascolto attivo che nella terminologia rogersiana viene chiamata tecnica speculare o riformulazione.

I verbi riformulare e riflettere significano riproporre lo stesso messaggio che il soggetto ha comunicato all'educatore attraverso modalità verbali del tipo: "Tu pensi dunque che..." oppure "Mi pare di aver capito che tu sostieni che..."

Questa tecnica suggerisce di riformulare in modo chiaro ciò che il soggetto intendeva comunicare. L'uso della tecnica speculare comporta notevoli vantaggi per chi aiuta nel senso che: si aiuta il soggetto a concentrarsi ed a cogliere aspetti della propria esperienza mai percepiti prima; si dà prova di aver ascoltato il soggetto in modo attento e interessato e si restituisce a chi parla una sintesi concisa semplice del contenuto dei sentimenti che accompagnano il messaggio; si fa sentire la propria partecipazione effettiva alla situazione esposta dal soggetto; si rende esplicito il contenuto e in più ascoltando la propria comunicazione con una diversa forma il soggetto ha il modo di confrontarla con la visione che ha del mondo e può quindi prendere atto di eventuali alterazioni quali meccanismi di difesa.

Il metodo rogersiano è stato nel corso del tempo potenziato ed arricchito soprattutto ad opera di Carkhuff⁵ e Mucchielli⁶, i quali hanno colto con maggiore evidenza la necessità di estendere il lavoro socio-educativo che emerge dalle intuizioni di Rogers su un versante più propriamente rivolto all'abilità d'aiuto.

Nel modello rogersiano classico, l'educatore dovrebbe aiutare il soggetto ad auto-comprendersi fino in fondo, ad esplorare le proprie esperienze, i comportamenti e le emozioni ed avere chiaro il quadro delle scelte dei possibili cambiamenti delle competenze da acquisire.

⁵ Robert Carkhuff, psicoterapeuta e padre fondatore del counseling, è noto per essere stato il primo a tentare l'elaborazione di un modello operativo (un modello centrato sulle abilità) della relazione di aiuto.

⁶ Roger Mucchielli (1919-1981) è stato uno psicologo francese, specializzato in psicologia sociale e caratterologia.

Con le proposte operative di Carkhuff e Mucchielli si entra nel campo dell'azione, su come cioè intervenire praticamente, essi hanno attribuito all'educatore abilità, competenze, procedure essenziali e imprescindibili per lavorare nel settore educativo al fine di attivare nel soggetto bisognoso un aiuto efficace.

La relazione d'aiuto deve protendersi nell'azione, deve seguire il soggetto nella graduale riappropriazione e riapprendimento delle abilità essenziali, secondo Carkhuff per promuovere un lavoro educativo è necessaria un'azione positiva esercitata sul soggetto da parte dell'educatore, il quale ha bisogno di dotarsi di precisi modelli di comportamento.

Partendo da tale ipotesi egli ha proposto un modello di risposta educativa, l'aiuto in cui sono presenti sette qualità imprescindibili del lavoro educativo (il modello 69).

In tale modello sono evidenziate le condizioni di base per ogni azione pedagogicamente strutturata: 1) La comprensione empatica dice Carkhuff: «senza empatia manca il fondamento per poter aiutare gli altri. Dall'empatia dipende l'efficacia delle altre variabili e in ultima analisi la soluzione stessa dei problemi del cliente».

L'educatore deve cogliere nel soggetto la componente affettiva, il suo mondo percettivo comprendendo in particolare il significato che il soggetto dà alla situazione.

2) Il rispetto corrisponde all'accettazione incondizionata di Rogers, l'educatore deve evitare di impartire ordini e direttive, distribuire consigli o esprimere giudizi sia positivi che negativi, di ridicolizzare o fare del sarcasmo o di etichettare.

Ciò che è indispensabile è rispettare il soggetto e aiutarlo a gestire i propri compiti di sviluppo tipici dell'età.

3) La genuinità corrisponde alla congruenza di Rogers, il dato nuovo di questo atteggiamento è che l'educatore deve aprirsi, cioè comunicare tutti i contenuti e gli stati d'animo che questi vive nell'incontro facendo attenzione però a non comunicare o scaricare stati d'animo negativi.

4) La specificità o concretezza, è l'abilità dell'educatore nell'aiutare il soggetto ad esprimere in modo chiaro le esperienze e i sentimenti personali.

La tecnica utilizzata è il dialogo educativo in cui le domande devono riferirsi al mondo del soggetto, devono essere aperte, in cui cioè il soggetto può esprimersi liberamente e non devono contenere la risposta.

5) Il confronto è considerata da Carkhuff una variabile attiva, nel senso che è l'educatore a prendere l'iniziativa senza attendere l'invito implicito o esplicito del soggetto. In pratica l'educatore basandosi sulla conoscenza che ha del soggetto, gli rende possibile la presa di coscienza dei conflitti presenti nel suo comportamento.

6) L'immediatezza è un tipo di aiuto in cui si cerca di far migliorare il rapporto interpersonale, di apprendere una maniera costruttiva con la quale entrare in relazione con gli altri. L'immediatezza presuppone che l'educatore viva intensamente la dinamica della relazione tra lui e il soggetto, che possa intervenire *hic et nunc*⁷

7) L'automanifestazione dell'educatore è la disposizione e la libertà di cui gode l'educatore quando ritiene utile comunicare al soggetto aspetti personali della propria esperienza, come opinioni, situazioni, sentimenti, è un'espressione di autenticità.

⁷ Qui ed ora

Verso la metà degli anni '70 Carkhuff presentò una seconda formulazione del proprio modello d'aiuto, il modello 78 molto più tecnica e dettagliata della precedente caratterizzata dal passaggio dalle qualità di base proprie di un lavoro educativo e di aiuto alle abilità necessarie a chi intraprende la professione di Educatore.

Le abilità individuate sono quattro:

1) Prestare attenzione, significa coinvolgere maggiormente il soggetto nell'evento educativo, tanto maggiore è l'attenzione prestata al soggetto tanto maggiore sarà l'apertura di questi verso l'educatore.

In base a ciò l'educatore dovrebbe indirizzare la tensione ai seguenti aspetti:

- Al linguaggio non verbale, durante il dialogo l'educatore deve assumere alcuni atteggiamenti particolari che dimostrano la sua disponibilità. Carkhuff propone una distanza ottimale tra due interlocutori di circa 90 120 cm, per cogliere con chiarezza i messaggi verbali e non verbali; un'inclinazione del corpo verso il soggetto e un frequente contatto con lo sguardo.
- All'osservazione del comportamento, su cui Carkhuff suggerisce di osservare l'aspetto fisico (il modo di esprimersi e di gesticolare, la cura della persona e dei vestiti ecc.); l'aspetto intellettuale (la disposizione e prontezza nell'apprendere, l'interesse e la precisione ecc.); la componente affettiva (l'intensità dei sentimenti e la coerenza tra la mimica facciale i movimenti del corpo ecc.); il modo di instaurare la relazione con l'interlocutore (interessato, indifferente, difensivo, fiducioso, possessivo ecc.)

- All'ascolto nelle sue due modalità: vigile, che è il prestare attenzione a quanto il soggetto dice e fa, e orientato che si ha quando l'educatore riflette al soggetto il senso di ciò che è riuscito a comprendere.

In tale contesto assume un ruolo particolare la riformulazione, poiché da un ascolto attento è possibile rilevare l'immagine che il soggetto ha di sé, cosa pensa delle persone in genere e quali per lui sono più importanti.

2) Rispondere, è un tipo di intervento col quale l'educatore rinvia al soggetto quanto gli sembra di aver percepito dal messaggio verbale e non verbale che gli è giunto.

Questo tipo di intervento corrisponde alla riformulazione e al riflesso del sentimento rogersiano; è ciò che Carkhuff chiama la fase di discesa che porta all'esplorazione del mondo interiore del soggetto.

Tale fase consta di tre gradini che partendo dalla riformulazione dei suoi contenuti della comunicazione giunge poi ad accogliere e riflettere i sentimenti che animano il soggetto in quel momento, per completarsi in una risposta che evidenzi il nesso causale tra i contenuti e i sentimenti:

- Rispondere ai contenuti: l'educatore non deve mettere nulla di proprio non ha da integrare o da correggere niente. La formula per questo tipo di risposta è: "Tu dici che..." oppure "Mi stai dicendo..."
- Rispondere ai sentimenti: è simile al riflesso del sentimento di Rogers e consiste nel percepire attraverso il linguaggio non verbale lo stato d'animo che il soggetto vive in quel momento, formule per questi tipi di risposta sono:

“Ho l'impressione che ti senti...” oppure “Non ti senti forse...?”; “Mi sto chiedendo come tu possa sentirti dopo quanto mi hai detto...”.

- Rispondere al sentimento e al contenuto: l'educatore aiuta il soggetto a cogliere il nesso causale esistente tra la situazione esterna e la reazione emotiva che si scatena in lui, la formula per questo tipo di risposta è: “Tu ti senti... perché...”

3) Personalizzare è una metodologia interpretativa, attraverso la quale si mira a portare il soggetto a superare la semplice auto esplorazione, per giungere ad una comprensione di sé, il cammino verso la comprensione di sé consta di quattro diverse modalità:

- Personalizzare il significato: in cui si riconosce, si accetta il nuovo sentimento che può nascere, il desiderio di uscire dalla situazione negativa, la formula proposta è: “Da ciò che il soggetto sta facendo o dicendo cosa può rivelare il nuovo sentimento?”.
- Personalizzare il problema: lo scopo è di aiutare il soggetto a vedere il problema nella giusta dimensione, la domanda da porsi può essere: “Cosa fa o omette il soggetto per cui ora si trova in questa difficoltà?”
- Personalizzare il nuovo sentimento: è la presa di coscienza e la comprensione dei sentimenti che il soggetto prova nei propri confronti e si esprime con la formula: “Ti senti... perché tu non...”.

L'abilità dell'educatore consiste nel cogliere il nuovo stato d'animo ponendosi la seguente domanda: “Da quello che l'utente sta facendo o dicendo cosa può rivelare il nuovo sentimento?”. Solitamente se si riconosce e accetta il nuovo sentimento, nasce il desiderio di uscire dalla situazione negativa.

- Personalizzare la meta: l'educatore invita a guardare il soggetto nella direzione in cui intende muoversi, in questo modo nasce la rivelazione di una o più carenze, incapacità riconosciute dal soggetto. La formula per personalizzare la meta è: “Ti senti... perché tu non... e desideri...”.

L'educatore deve porsi domande del tipo: “Cos'è che l'utente non riesce a fare ma che vorrebbe fare?”. “La capacità di superare la difficoltà aiuta veramente l'utente a risolvere il suo problema?”.

4) Iniziare, è una fase talmente importante alla quale Carkhuff ha dedicato tre volumi, è la fase ascendente in cui l'educatore aiuta il soggetto a superare la situazione, questa fase consta di tre momenti:

- Definire la meta: si giunge a questo, ricorrendo a sei variabili situazionali che sono: Chi? Cosa? Dove? Come? Quando? Perché? La risposta a tali domande aiuta il soggetto a puntualizzare meglio fattori che rientrano nell'aspirazione della meta.
- Programmare i passi, che possono essere principali e secondari. Quelli principali sono ciò che il soggetto desidera fare e ciò che porta direttamente alla meta. Mentre i secondari sono una sorta di ponte di collegamento tra i due tipi di passi principali, si tratta comunque di mete intermedie.
- Rinforzare e sostenere, questo momento può essere attuato attraverso elogi, premi e punizioni adeguate e ben calibrate.

1.3 L'educatore professionale nell'ambito del disturbo mentale

In Italia, prima del 1978, la presa in carico della persona affetta da disturbi psichici consisteva soprattutto nella “custodia” all'interno degli ospedali psichiatrici. Con la Legge 180/78⁸, la persona viene considerata portatore di dignità e di diritti e per questo si comincia a parlare di riabilitazione psichiatrica e di deistituzionalizzazione, ovvero della chiusura degli istituti e degli ospedali psichiatrici (allora definiti manicomi).

Con l'introduzione di questa legge per la prima volta l'individuo ha la possibilità di scegliere volontariamente se effettuare un trattamento o accertamento sanitario consapevole del proprio problema, essendo libero di scegliere il tipo di cura e il percorso riabilitativo. In alcuni casi particolari previsti dalla legge, possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, compreso, per quanto possibile, il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori (TSO, art. 34) sono disposti con provvedimento del sindaco, nella qualità di autorità sanitaria locale, su proposta motivata di un medico (L. 180/78).

In tutte queste nuove strutture, l'educatore può essere presente lavorando in équipe con altre figure professionali come il terapeuta della riabilitazione psichiatrica, l'infermiere, l'operatore socio-sanitario, lo psicologo, lo psichiatra e il medico.

⁸ Legge meglio conosciuta come “Legge Basaglia” dal nome di Franco Basaglia, lo psichiatra veneziano, sostenitore della chiusura dei manicomi in Italia.

La particolarità di una équipe multidisciplinare risulta fondamentale per un intervento educativo efficace. La competenza professionale dell'educatore deve poter fare riferimento ad altre figure professionali. Per il pedagogo Bertolini essere degli educatori significa riuscire a trasporre il proprio sapere pedagogico in una azione educativa in continuo confronto con il punto di vista delle altre figure professionali per il raggiungimento di un obiettivo comune all'équipe di lavoro.

Quando ci si riferisce alla riabilitazione in psichiatria, invece, la sua funzione influenza costantemente l'organizzazione assistenziale e terapeutica nelle sue diverse fasi e modalità d'intervento. L'intervento si realizza all'interno di un setting allargato in cui non vi sono costanti prefissate ma in cui queste si delineano di volta in volta in relazione alle caratteristiche della persona, del suo contesto familiare e dell'interazione quotidiana. Esso rappresenta un'area in cui si è consapevoli della complessità dei bisogni della persona e della necessità di operare una corretta integrazione tra approcci farmacologici, psicoterapeutici e educativi.

L'intervento riabilitativo/educativo, infatti, è costituito da un'interazione collaborativa tra il soggetto e i diversi ambiti in cui vive e si muove quali: la casa, la famiglia, il lavoro, i luoghi terapeutici e i diversi operatori. Sostiene Gabriella Ba⁹ che “se terapia significa intervenire sul mondo interno del paziente, ogni modificazione di esso si rifletterà sul suo comportamento e sul suo modo di interagire con la realtà esterna; allo stesso modo ogni intervento sul mondo esterno, attuato con finalità riabilitativa, potrà produrre delle modificazioni del mondo interno del paziente.”

⁹ Gabriella Ba è una psichiatra e professoressa ordinaria di psichiatria presso l'università degli studi di Milano.

L'intervento riabilitativo deve quindi articolarsi secondo due strategie fondamentali:

- Sviluppare le risorse e le abilità del soggetto, a partire dall'identificazione dei suoi bisogni;

- Sviluppare le risorse e le abilità dell'ambiente in una direzione che amplifichi e rinforzi l'intervento operato sull'individuo. Si tratta quindi di andare a conoscere gli aspetti sopracitati. L'oggetto fondamentale del processo di valutazione iniziale è il comportamento, sia attuale che passato, del soggetto sofferente in relazione ai diversi contesti ambientali in cui è vissuto. Le informazioni necessarie, ai fini del progetto riabilitativo, dovrebbero essere raccolte dal maggior numero possibile di fonti: dalla persona stessa, dai familiari, dai colleghi di lavoro della propria struttura e di altre, che con questi fossero venute in contatto. Questo si attua al fine di verificare le differenze di comportamento del soggetto in contesti diversi. Il primo passo consiste nel metodo dell'osservazione, fa seguito la raccolta di informazioni nel modo più accurato, completo ed efficace possibile. L'osservazione diretta del comportamento del paziente, nell'ambito della valutazione psicopatologica, richiede di identificare, nominare, confrontare e descrivere il comportamento stesso, senza che vi sia alcun tentativo di influenzamento. "Osservare" non solo è il primo atto della progettualità educativa terapeutico/riabilitativa ma rimane valido in tutto il percorso successivo.

Secondo Watzlawick, Beavin e Jackson¹⁰, anche il silenzio è una forma di comunicazione, non meno ricca di significati di tante parole. Questo è tanto più vero nel

¹⁰Paul Watzlawick, Janet Helmick Beavin e Don D. Jackson sono i principali ricercatori del famoso istituto per le ricerche mentali di Palo Alto.

disagio psichico, nel comportamento non verbale il silenzio e il linguaggio dei gesti, del corpo, possono assumere significati diversi in funzione delle caratteristiche della persona, del contesto e delle intenzioni comunicative.

Attraverso il silenzio la persona può comunicare che in quel momento “non ce la fa”, può esserci la richiesta di “aspettare” i suoi tempi o al contrario può esserci provocazione nei confronti della “resistenza” dell’operatore.

Il silenzio può semplicemente indicare una mancanza di parole, il “non sapere cosa dire” o ancora la “paura” di essere avvelenato, costretto, manipolato.

Osservare e ascoltare sono perciò per l’educatore due pilastri della sua professione e nella riabilitazione anche in ambito psichiatrico. È opinione comune, sostenuta da numerosi studi, che le determinanti del disturbo psichiatrico, della sua gravità, dipendano da vari fattori. Nella riabilitazione, perciò, si debbono considerare aspetti biologici, psicologici individuali o del gruppo familiare di appartenenza oltre ai fattori sociali.

La costruzione di un programma terapeutico si fonda sull’analisi della costellazione di tali fattori in relazione al singolo individuo, alle risorse di cui dispone l’équipe curante e alle risorse dell’ambiente di riferimento.

L’educatore non è uno specialista di una sintomatologia, di un disagio sociale, psicologico o di una patologia. L’educatore è il testimone delle condizioni di vita in cui le persone sofferenti vivono poiché le condivide. Si fa garante dei bisogni, delle aspettative, della domanda sociale di adeguamento nelle relazioni e di reinserimento nei sistemi di vita sociale dai quali tali soggetti risultano esclusi.

Le finalità dell'intervento psicoeducativo sono essenzialmente quelle di diminuire o impedire le ricadute. In tal senso l'assenza di ricaduta è al tempo stesso obiettivo terapeutico e riabilitativo. Il Modello Spivak¹¹ ha dato vita ad un modello di riabilitazione compiuto e sistematizzato, il quale implica un'analisi approfondita della cronicità psichiatrica ed un'articolata proposta di trattamento ampiamente collaudata.

Secondo tale modello gli individui etichettati, dai sistemi diagnostici tradizionali, come "cronici", altro non sono che persone con seri problemi nell'esistenza, per cui sperimentano continui fallimenti personali e sociali nel tentativo di soddisfare richieste e bisogni propri e altrui. Spivak prende in considerazione, quale fattore di massima importanza nell'innescare un processo di desocializzazione e progressiva diminuzione delle articolazioni sociali del paziente, le azioni e le reazioni delle persone che costituiscono l'ambiente in cui egli vive ed agisce.

Spivak assegna alla riabilitazione il compito di accrescere l'articolazione sociale del soggetto con l'ambiente, per sviluppare competenze che gli consentano di comportarsi con successo ed efficacia nell'ambito delle norme socialmente condivise.

Un altro modello riabilitativo è il modello Ciompi¹² il quale presuppone nell'individuo affetto da schizofrenia la caratteristica di un'elevata vulnerabilità che si esprime, prevalentemente, sotto forma di disturbi nel processo delle informazioni e nella ridotta capacità di affrontare adeguatamente gli eventi critici del ciclo di vita.

¹¹ Mark Spivak (1929-1998) è noto per i suoi contributi importanti alla teoria e pratica della riabilitazione psicosociale.

¹² Luc Ciompi è uno psichiatra e psicoterapeuta svizzero, promotore di un approccio psico-biologico alla malattia mentale.

In condizioni particolarmente stressanti le tensioni tra il soggetto e l'ambiente circostante precipitano nell'episodio psicotico acuto. Secondo Ciompi lo scompenso psicotico acuto sarebbe una grave crisi dello sviluppo che può condurre al fallimento esistenziale, oppure, al contrario, può costituirsi come occasione di maturazione o cambiamento.

Ciò che decide del decorso della psicosi sono prevalentemente le risposte sociali e personali generate dall'episodio acuto.

La riabilitazione è concepita da Ciompi come un percorso il cui obiettivo è il reinserimento, quanto più possibile completo, nella normale vita sociale e lavorativa.

CAPITOLO 2: SPDC e gli altri servizi della salute mentale

2.1 I servizi di salute mentale

I servizi di salute mentale sono i mezzi con cui si offrono interventi efficaci per la salute mentale. La loro efficacia dipende per lo più dalla loro organizzazione.

In linea generale i servizi di salute mentale includono servizi ambulatoriali, centri di cura diurni, servizi psichiatrici negli ospedali generali, team di salute mentale di comunità, abitare assistito e ospedali psichiatrici.

Dopo la Legge Basaglia con il processo di deistituzionalizzazione voluto dalla Legge 180, nascono delle nuove strutture che accolgono le persone affette da disturbo mentale.

Nel nostro Paese la rete dei servizi per la salute mentale è così strutturata: Il Dipartimento di salute mentale (DSM) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale (ASL).

Il DSM è dotato dei seguenti servizi:

- Servizi per l'assistenza diurna: i Centri di Salute Mentale (CSM)
- Servizi semiresidenziali: i Centri Diurni (CD)
- Servizi residenziali: strutture residenziali (SR) distinte in residenze terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative
- Servizi ospedalieri: i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i Day Hospital (DH).

L'offerta assistenziale è completata dalle Cliniche universitarie e dalle case di cura private.

2.2 Il Centro di Salute Mentale

Il Centro di Salute Mentale (CSM) è il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico. Coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche. Al Centro fa capo un'équipe multiprofessionale costituita almeno da uno psichiatra, uno psicologo, un assistente sociale e un infermiere professionale.

Il CSM assicura i seguenti interventi:

- Trattamenti psichiatrici e psicoterapie, interventi sociali, inserimenti dei pazienti in Centri diurni Day hospital strutture residenziali, ricoveri.
- Attività diagnostiche con visite psichiatriche, colloqui psicologici per la definizione di appropriati programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi nell'ottica dell'approccio integrato, con interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete e residenziali nella strategia della continuità terapeutica.
- Attività di raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formative. In alcuni CSM è attiva anche una linea telefonica dedicata ai medici di famiglia per counselling, durante l'orario di apertura.
- Consulenza specialistica per i servizi "di confine" (alcolismo, tossicodipendenze ecc.), nonché per le strutture residenziali per anziani e per disabili.

- Attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private accreditate, al fine di assicurare la continuità terapeutica.
- Valutazione ai fini del miglioramento continuo della qualità delle pratiche e delle procedure adottate.
- Intese e accordi di programma con i Comuni per, tra l'altro, inserimenti lavorativi degli utenti psichiatrici, affido etero-familiare ed assistenza domiciliare.
- Collaborazione con Associazioni di volontariato, scuole, cooperative sociali e tutte le agenzie della rete territoriale.

È previsto che il CSM sia attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana.

2.3 Il Centro Diurno

Il Centro Diurno (CD) è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel territorio. È previsto che sia aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni a settimana. È dotato di una propria équipe, eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato. Dispone di locali idonei adeguatamente attrezzati. Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, consente di attuare percorsi terapeutici e di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo. Il CD può essere gestito dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale.

Nel rispetto degli standard nazionali per l'accreditamento, i rapporti con il DSM sono regolati da apposite convenzioni, che garantiscano la continuità della presa in carico.

2.4 Le Strutture Residenziali

Si definisce struttura residenziale (SR) una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per i cittadini con disagio psichiatrico inviati dal DSM con programma personalizzato e periodicamente verificato. Queste strutture hanno lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipativi, all'interno di specifiche attività riabilitative.

La SR, pertanto, non va intesa come soluzione abitativa.

Le strutture residenziali sono differenziate in base all'intensità di assistenza sanitaria (24 ore, 12 ore, fasce orarie) e non hanno più di 20 posti. Sono collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili per prevenire ogni forma di isolamento delle persone che vi sono ospitate e per favorire lo scambio sociale.

Le SR possono essere realizzate e gestite dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale. In tal caso i rapporti con il DSM sono regolati da appositi accordi ove siano definiti i tetti di attività e le modalità di controllo degli ingressi e delle dimissioni.

2.5 Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C), è un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari (T.S.V) ed obbligatori (T.S.O) in condizioni di ricovero.

Con il termine Trattamento Sanitario Obbligatorio si intendono una serie di interventi sanitari che possono essere applicati in caso di motivata necessità ed urgenza, e qualora sussista il rifiuto al trattamento da parte del soggetto che deve ricevere assistenza.

Il TSO è disposto con provvedimento del Sindaco, in qualità di massima autorità sanitaria del Comune di residenza o del Comune dove la persona si trova momentaneamente, dietro proposta motivata di due medici (di cui almeno uno appartenente alla Asl di competenza territoriale). L'ordinanza di TSO può essere emanata solo se sussistono contemporaneamente tre condizioni:

- Necessità e urgenza non differibile
- L'intervento dei sanitari viene rifiutato dal soggetto
- Non è possibile adottare tempestive misure extra-ospedaliere.

Il trasporto del paziente in struttura ospedaliera, nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), deve essere operato dal servizio di emergenza extra-ospedaliero in collaborazione con l'organo di polizia locale del comune di riferimento.

La procedura termina con la convalida del provvedimento del sindaco da parte del giudice tutelare di competenza che, attraverso il messo comunale, riceverà gli atti entro 48 ore dalla loro emanazione.

Qualora delle tre condizioni viste in precedenza ne sussistano solo le prime due, e quindi il trattamento sanitario possa essere adoperato al di fuori del contesto ospedaliero (ad esempio a domicilio con attivazione di visite domiciliari), il sindaco può optare per il TSO extra-ospedaliero, il cui scopo è quello di incidere meno negativamente sulla vita del paziente.

Il TSO deve essere considerato come un'eventualità del tutto eccezionale, attivabile solo dopo che tutti i tentativi di ottenere un consenso del paziente siano falliti e di durata limitata nel tempo (massimo sette giorni rinnovabili, qualora sussistano ancora le condizioni, su richiesta di uno psichiatra).

Il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) esplica, inoltre attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri. Provvede alla cura dei pazienti con condizioni morbose che inducono uno stato di sofferenza psichica acuta e che necessitano di trattamenti medici con ricovero ospedaliero. È ubicato all'interno delle strutture ospedaliere (Aziende ospedaliere, Presidi ospedalieri di Aziende sanitarie, Policlinici universitari). È parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale, anche quando l'ospedale in cui è ubicato non sia amministrato dalla stessa Azienda sanitaria.

In tal caso i rapporti tra le due Aziende sanitarie sono regolati da convenzioni obbligatorie, secondo le indicazioni della Regione. Il numero complessivo dei posti letto è individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 abitanti. Ciascun SPDC contiene non più di 16 posti letto ed è dotato di adeguati spazi per le attività comuni.

Il periodo medio di degenza degli utenti è di circa 15 giorni, alla dimissione, abitualmente concordata coi parenti e la rete dei Servizi Territoriali coinvolti nel progetto di cura individuale, viene rilasciata una lettera di dimissione nella quale, oltre le terapie farmacologiche e una sintesi del ricovero, vengono segnalati i consigli generali per la salute e gli accordi terapeutici con il CSM e con i familiari.

Inoltre, ove ritenuto necessario, viene indicato un percorso riabilitativo del quale sarà responsabile il CSM. Nella maggior parte dei casi la dimissione avviene con affidamento ad un familiare.

2.6 Il Day Hospital psichiatrico

Il Day Hospital psichiatrico (DH) costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine.

Può essere collocato all'interno dell'ospedale, con un collegamento funzionale e gestionale con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Può essere, inoltre, collocato presso strutture esterne all'ospedale, collegate con il CSM, dotate di adeguati spazi, delle attrezzature e del personale necessario.

È previsto che sia aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni alla settimana.

Ha la funzione di:

- Permettere accertamenti diagnostici vari e complessi.
- Effettuare trattamenti farmacologici.
- Ridurre il ricorso al ricovero vero e proprio o limitarne la durata.

L'utente vi accede in base a programmi concordati tra gli operatori del DSM.

Le Regioni e le Province Autonome, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, definiscono la collocazione e il numero dei posti letto in DH, tenendo presente che un posto letto in DH è equivalente ad un posto letto in SPDC.

CAPITOLO 3: Esperienza di sé normale e psicopatologica

3.1 Salute mentale, esperienza e conoscenza di sé

La salute mentale è parte integrante della salute e del benessere, lo si deduce dalla definizione di salute della Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS): "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità".

La salute mentale è legata a come un individuo si percepisce, a come assimila le esperienze e ne interiorizza gli aspetti per lui più importanti integrandoli nella propria personalità, la quale si manifesta come la modalità unificante con la quale ogni persona assimila e si riferisce l'esperienza.

Un' individuo può essere considerato un sistema complesso che deve mantenere il suo equilibrio interno, la psiche si nutre di esperienza come il corpo di cibo, assume in modo soggettivo gli elementi della realtà, utilizzandoli per costruire e mantenere il senso di identità personale che è aggiornato in base alle esperienze fatte.

La psiche ha un sistema autopoietico complesso, cioè la mente umana costruisce e mantiene stabile la propria organizzazione e possiede le informazioni per crescere e diventare sempre più complessa. Inoltre, essa è autoreferenziale, cioè riferisce a sé l'esperienza che vive per ricavare informazioni su di sé.

Come afferma il professor Bernardo Nardi: *«L'esperienza esprime il modo in cui la psiche entra in contatto con i vari aspetti della realtà e li sperimenta attraverso le senso-*

percezioni, producendo attivazioni emozionali e ricavandone una conoscenza, come ricorda l'etimologia latina "experientia" ("ex" rafforzativo+ "perior" = provo).»

L'assimilazione dell'esperienza avviene, sulla base delle risorse fornite dal patrimonio genetico, attraverso un rapporto attivo e reciproco con l'ambiente, attraverso una relazione di attaccamento. Quindi i processi mentali sono il risultato di un sistema conoscitivo complesso, cioè l'aspetto sistemico, il quale consente il mantenimento della coerenza interna nonostante i cambiamenti sperimentati durante la vita.

Dalla relazione di attaccamento con una figura accudente "*care giver*", si sviluppa uno stile affettivo e relazionale che si organizza in maniera specifica per ogni individuo.

Questo stile può essere espresso in maniera equilibrata se i processi della relazione di attaccamento consentono di dare sicurezza alla costruzione dell'identità, di demarcarla senza confonderla con i bisogni, le richieste e i modi di funzionare degli altri.

La scoperta di sé stessi e degli altri va quindi di pari passo, non si può amare in modo autentico l'altro se non si riesce ad accettare la propria unicità, la rappresentazione del mondo interno e di quello esterno che fa da base all'identità, nasce da come il soggetto impara a sentirsi attraverso l'altro.

Costantemente, nel corso della vita il soggetto da un lato sperimenta un flusso continuo di senso percezioni e attivazioni emotive ad esse collegate, mentre dall'altro lato questo insieme di esperienze fatte e delle quali ha poca consapevolezza è costantemente elaborato e integrato a livello logico per essere trasformato in spiegazioni dell'esperienza vissuta. Ogni conoscenza, quindi, non è in modo univoco né soggettiva né oggettiva ma è appunto allo stesso tempo sia soggettiva che oggettiva, pertanto l'esperienza procede

su due livelli: un primo livello di esperienza immediato e scarsamente consapevole è quello dell'“esperienza immediata” la quale esprime ciò che si prova (attivazioni emozionali), come lo si prova e quando lo si prova.

La messa a fuoco di questo primo livello di esperienza consente di ricostruire il livello corrispondente di coscienza soggettiva che è quello della conoscenza implicita “tacita”.

Questo livello è inconscio o solo parzialmente accessibile alla consapevolezza e riceve un forte condizionamento dalle emozioni che si provano e fornisce una rappresentazione di sé e del mondo unica e generica.

Un secondo livello più complesso rispetto a quello immediato è costituito dalla “esperienza spiegata”. Mediante elaborazioni il soggetto esegue una ricostruzione dell'esperienza immediata in modo da renderla “assimilabile” quindi coerente con quelle precedentemente vissute e immagazzinate nella memoria.

Le spiegazioni possono essere contaminate da forme di autoinganno e quindi non fedeli all'esperienza immediata vissuta poiché il soggetto tende a voler mantenere un'immagine cosciente di sé che sia compatibile con la propria storia personale.

Alle spiegazioni dell'esperienza corrisponde il livello della conoscenza esplicita, che utilizza i processi logici per rappresentare il mondo interno e quello esterno in maniera compatibile al proprio funzionamento.

La rappresentazione logica e razionale del mondo interno ed esterno permette sia di spiegare l'esperienza vissuta (funzione esplicativa) sia di comunicarla agli altri (funzione comunicativa).

È fondamentale quindi considerare gli elementi soggettivi come una variabile importantissima per comprendere il funzionamento umano normale o patologico e come esso costruisce la conoscenza.

La modalità di assimilare l'esperienza ricavandoci la propria identità è fondamentale anche per comprendere l'origine e la natura delle resistenze al cambiamento che emergono negli utenti.

Il patrimonio genetico consente all'individuo di funzionare in modo flessibile e predisposto al cambiamento, alla base di questa flessibilità c'è il sistema dell'attaccamento, il quale esprime la competenza che un bambino ha fino dalle prime fasi di vita, di mantenere la prossimità e ottenere l'accudimento di una figura genitoriale che gli fornisca cura e protezione.

L'attaccamento oltre a consentire al bambino di ottenere e mantenere la prossimità ad una figura genitoriale, gli permette di imparare ad individuare e gestire (emotivamente e cognitivamente) aspetti specifici della vita di relazione fondamentali nella costruzione del senso di sé. Esso è quindi fondamentale per lo sviluppo dell'identità, nel condizionare le competenze di cui un individuo dispone geneticamente, favorendole o frenandole.

Come ha evidenziato Lambruschi¹³: «I processi di attaccamento esprimono configurazioni di relazioni interpersonali significative che consentono di regolare e memorizzare i propri stati emozionali, imparando specifiche modalità di “usare” la mente». L'identità individuale è quindi correlata al legame affettivo con le figure

¹³ Furio Lambruschi, psicologo e psicoterapeuta è direttore della SPBC (Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva) ad indirizzo costruttivista ed evolutivo.

genitoriali di attaccamento, una base sicura è fondamentale per organizzare le emozioni del bambino che quando si sente fragile ha bisogno di un riferimento forte e rassicurante. L'attaccamento si esprime poi nel corso della vita con aspetti sempre più complessi che caratterizzano lo stile relazionale e affettivo di un individuo.

Il fatto di identificarsi in ciò che si è imparato a sperimentare di sé è evidente nelle patologie psichiche, nelle quali l'individuo si sente vincolato o ingabbiato nel suo "personaggio", sia nel presente che nel futuro, utilizzando la sua storia come se coincidesse con le sue risorse, per cui si rassegna a non cercare altri modi di riferirsi ciò che è successo stabilizzando così emozioni, atteggiamenti non funzionali.

Queste considerazioni fanno comprendere l'importanza del ruolo educativo (genitoriale e dell'educatore professionale) per consentire a una persona di "tirare fuori" (*ex ducere*) le proprie risorse anche quando pensa di non averle e in questo modo facendo coincidere errori ed eventi negativi con un fallimento personale.

3.2 L'approccio processuale attento alla soggettività

Il funzionamento psichico e il comportamento sono espressioni del soggetto che li manifesta, quindi se appaiono come qualcosa di oggettivo essi hanno anche un importante valore conoscitivo sul funzionamento interno, in quanto esprimono modalità psichiche legate a come un individuo ha imparato a sperimentare e riferirsi le esperienze. L'approccio processuale attento alla soggettività centra l'attenzione sullo studio dei processi individuali di adattamento che portano alla costruzione della vita psichica nella sua complessità. Gli studi che hanno contribuito a definire questo approccio hanno

quindi messo in rilievo che non è possibile avere un'idea totalmente oggettiva e univoca della realtà, la natura appare sia oggettiva che soggettiva così come lo è la conoscenza. Non viene negata l'esistenza di una realtà oggettiva, ma viene proposto un modello scientifico basato sul fatto che per conoscere il mondo interno e il punto di vista di un soggetto (che costituiscono una "realtà oggettiva") è fondamentale evidenziare le sue modalità uniche e specifiche di riferirsi l'esperienza (che esprimono la sua "realtà soggettiva").

Questo approccio consente all'educatore professionale di riuscire a comprendere a pieno il mondo interno dell'individuo, il quale è l'unico esperto di sé, in quanto è l'unico a contatto diretto con il suo vissuto, l'educatore quindi si fa "esploratore", poiché deve ricavare il mondo interno dell'altro con il suo supporto.

Questo è possibile attraverso una relazione di aiuto che permette di conoscere i bisogni dell'utente per poter mettere in atto un intervento educativo.

L'identità viene costruita come una rappresentazione psicofisica di sé e dei propri rapporti con gli altri, ha un andamento dinamico nel tempo, che permette il mantenimento del senso di continuità e di stabilità di sé, ma anche l'apertura al cambiamento per progredire nella crescita attraverso nuove esperienze.

L'approccio alla soggettività può correre il rischio di operare un riduzionismo, che considera identici gli stessi sintomi in tutti gli individui che li producono, quando invece i sintomi hanno un significato diverso da individuo a individuo in base alla specificità di ogni soggetto di assimilare e riferirsi l'esperienza.

Un' osservatore, come lo è appunto un educatore professionale, non può essere sicuro di conoscere "a priori", cioè sulla base del proprio sapere, quello che sta provando e vivendo un altro. In più interagendo con lui, l'osservatore produce stimoli che modificano ciò che osserva, così come l'altro modifica gli stati interni dell'osservatore senza che egli ne sia a volte consapevole.

La conoscenza, quindi, passa attraverso la soggettività dell'osservatore, il quale mette sempre un po' di sé nell'osservazione che fa.

L'osservazione della realtà, perciò non potrà mai essere un'operazione neutra e oggettiva, né può essere considerata indipendente dal soggetto che percepisce la realtà e la riordina secondo come la percepisce. Come ha osservato la scrittrice Anais Nin¹⁴:

«non vediamo le cose come sono, le vediamo come siamo»¹⁵

Pertanto, fare esperienza quindi assimilare e trasformare ciò che accade in conoscenza prima tacita e poi esplicita di sé e del mondo, oltre a rispondere a criteri soggettivi, è espressione diretta dell'unicità di ogni persona.

Nel campo della riabilitazione psichiatrica, la possibilità di utilizzare l'approccio post razionalista, in chiave di *recovery* (quindi di recupero delle capacità personali, socio relazionali e socio lavorative) e di cambiamento consente di utilizzare in modo nuovo e più attento alla soggettività dell'individuo, gli strumenti di valutazione della qualità della vita a partire dal periodo di degenza ospedaliera.

¹⁴ Anais Nin (1903-1977) è stata una scrittrice statunitense.

¹⁵ In *Seduction of the Minotaur*, 1961, p. 124.

L'approccio post razionalista, quindi, pone l'accento sul significato soggettivo dei sintomi, i quali sono apparentemente manifestazioni omogenee e condivise da tutti i soggetti con un disagio che ne sono affetti, mentre invece contengono prima di tutto informazioni sullo specifico modo di funzionare del singolo individuo.

Il sintomo rappresenta l'espressione di un tentativo di adattamento, il migliore tra quelli disponibili, se non l'unico che il soggetto conosce, anche se è disfunzionale.

I sintomi, quindi, rappresentano una chiave di accesso al mondo interno dell'individuo, il fine di un intervento terapeutico è perciò quello di partire dai sintomi, per individuare risorse personali e possibili percorsi alternativi che consentano comunque al soggetto di riconoscersi e di mantenere una sua coerenza interna.

Il percorso adattivo di ogni soggetto parte dalle sue potenzialità, un approccio adattivo alla personalità è quindi fondamentale non solo in condizioni fisiologiche, ma soprattutto in quelle patologiche.

3.3 Normalità, nevrosi e psicosi

Ogni rottura dell'equilibrio interno di un individuo produce nella psiche una situazione di instabilità, i cui esiti e la cui gravità e durata sono imprevedibili nel continuum esistente tra normalità e patologia. Il cambiamento agisce da *stressor* (positivo o negativo) che va a modificare l'equilibrio omeostatico legato alla coerenza interna.

Quando il soggetto non riesce a gestire uno stressor, può prendere percorsi patologici, come un disagio che viene espresso attraverso i tipici sintomi dei disturbi mentali, in questi casi il disagio si manifesta attraverso quadri clinici diversi che possono

comportare modificazioni comportamentali, con un'instabilità fino ad una vera e propria devianza. Esse possono avvenire sia nel senso di una attivazione, quindi iperattività, sia nel senso di una inibizione, quindi con un blocco del comportamento di iniziativa motoria.

3.4 I disturbi psicopatologici

Le psicosi si configurano come un insieme di disturbi psichici, con accentuata apparenza di processi morbosi, cioè di vere malattie mentali. La psicosi ha un'origine prevalentemente somatica (anche se non esclude la componente psicogena, che può essere notevole). È un insieme di alterazioni profonde della soggettività: a cui corrispondono alterazioni del comportamento per lo più considerate abnormi.

Il comportamento e il linguaggio psicotico appaiono come indizi drammatici di una "frattura" dell'individuo; manifestano segni di un'alterazione profonda caratterizzata da una modalità morbosa di percepire la realtà e di interpretarla, soprattutto quando il disturbo si presenta con i suoi sintomi più gravi e tipici quali sono l'allucinazione e il delirio. Tuttavia, "psicosi" non è sempre sinonimo di follia: ma può significare un modo diverso di essere, di percepire la realtà, e di reagire ad essa. In molti casi, ed in particolare nei disturbi meno gravi, tali modalità sconfinano nella normalità; a tal proposito si può dire che, piuttosto che malattie sono modi di essere abnormi della psiche.

Nelle psicosi l'Io stesso è disturbato, fino ad essere destrutturato e frammentato nei casi più gravi. Il soggetto è inconsapevole di ciò che gli accade e lo disturba, in quanto, la sua stessa soggettività percettiva e la sua capacità di giudizio sono colpite dal disturbo;

ciò costituisce l'aspetto più appariscente di una destrutturazione dei normali rapporti fra l'Io, il corpo, il mondo esterno, di conseguenza ciò conduce ad una alterazione o perdita del sentimento di sé come centro che unisce ogni esperienza. Le psicosi si distinguono in organiche o funzionali. Le psicosi organiche, conseguenti a disturbi organici del funzionamento cerebrale, si dividono in croniche e acute. Quelle croniche si identificano con le demenze (senili o presenili) e sono caratterizzate da un deficit dell'intelligenza e della memoria; quelle acute invece conseguono ad un alterato funzionamento cerebrale per cause tossiche (alcol o sostanze stupefacenti) o infettive.

Le psicosi funzionali costituiscono un insieme non omogeneo di disturbi di tipo psicotico caratterizzati dall'assenza di una patologia cerebrale accertabile. Salvo che nei casi più gravi, vi è lucidità della coscienza e non vi sono sintomi di demenza in quanto l'intelligenza e la memoria permangono integre. La sintomatologia è più complessa rispetto a quella delle psicosi organiche e riguarda soprattutto il pensiero, l'affettività, la valutazione della realtà, derivante da un'alterazione "qualitativa" dell'Io.

Di queste, la più tipica è la schizofrenia, per fare solo un accenno a quella che è considerata l'esperienza psicotica per eccellenza, possiamo dire che nella schizofrenia avviene una destrutturazione dell'Io, con una perdita parziale, o una "porosità" dei confini fra coscienza di sé, del corpo e del mondo esterno.

Le altre psicosi funzionali sono la depressione (assume caratteri psicotici solo quando è grave) e la mania. In questo tipo di psicosi l'alterazione dell'Io risponde a un disturbo profondo dell'umore: nella mania si ha un'esaltazione euforica dell'umore con inflazione dell'Io; nella depressione, al contrario, l'Io è schiacciato da una malinconia di

cui è parte costitutiva un profondo sentimento di colpa. Le cause delle psicosi sono sempre in via di definizione ed è probabile che possano ascriversi come multifattoriali; ad ogni modo la divisione classica è ormai insufficiente, si è reso infatti necessario introdurre una serie di forme intermedie che identificheremo in seguito.

Le nevrosi possono definirsi come un insieme di disturbi psichici senza evidente causa organica, in genere di non grave entità e di “incerto confine” nei confronti della normalità, nel senso che sono considerate come risposte psicologiche particolari, e quantitativamente abnormi, agli eventi psichici interni ed esterni.

Sul piano sintomatologico, sono caratterizzate dall’ansia, e su quello psicopatologico, dall’esistenza di conflitti inconsci, o parzialmente tali, che pongono il soggetto nell’incapacità di scegliere fra istanze motivazionali incompatibili fra loro.

Nella maggioranza dei casi il disturbo nevrotico agisce su funzioni aventi a che fare direttamente con la vita affettiva: raramente, il disturbo si aggrava in modo tale, da rendere il soggetto totalmente inabile alla vita di relazione (nevrosi fobiche).

Nelle nevrosi, al contrario che nelle psicosi, il soggetto non ha difficoltà a partire da sé stesso come “io agente”, ha una corretta percezione della realtà e vive i propri sintomi come difficoltà “esterne”, rispetto ad una soggettività fondamentalmente integra; vive le proprie difficoltà come incapacità e, nella fattispecie, come inibizioni rispetto a un normale progetto di vita. La sintomatologia, come si è detto, è sempre dominata da un disturbo fondamentale: l’ansia. Tuttavia, il termine nevrosi è utilizzato al plurale a causa della grande varietà delle manifestazioni sintomatiche e perché i meccanismi psicopatologici variano notevolmente a seconda del tipo di disturbo nevrotico.

L'ansia, sempre sottesa a questo disturbo, infatti, non si manifesta sempre con le medesime caratteristiche: può essere ansia fluttuante, uno stato indefinibile di attesa spiacevole, o tensione immotivata, apprensione, oppure ansia somatizzata avvertita come minaccia corporea sotto forma di disturbi fisici vaghi, e così via.

La "crisi di allarme" è uno stato di ansia nevrotica acuta, può verificarsi nelle fobie, nelle quali, l'ansia insorge in occasione di circostanze che abitualmente non vengono ritenute tali da motivarla. Talora le crisi acute di allarme sono accompagnate dal timore di morte imminente e dall'insorgere di meccanismi ossessivi di difesa, corrispondenti a rituali che il soggetto ripete per allontanare l'ansia. Le nevrosi fobiche e fobico-ossessive sono caratterizzate dalla produzione dominante di fobie: per i luoghi chiusi (claustrofobia), per i luoghi aperti (agorafobia), per le malattie (ipocondria), per i viaggi, ecc...

I disturbi psico-somatici sono disfunzioni organiche e malattie di origine psichica, quasi sempre di natura conflittuale. Le cause delle nevrosi sono complesse e multifattoriali, non sempre esattamente accertabili in ogni singolo caso. Non vi è dubbio che la sintomatologia della nevrosi, che la psicoanalisi ha chiarito, sia sostenuta da conflitti inconsci e meccanismi difensivi sempre intensamente carichi di affettività, ma raramente il conflitto nevrotico si presenta in modo schematico come causa-effetto, quasi sempre si lega a una catena di eventi psicologici inconsci che originano da un passato più o meno remoto.

SECONDA PARTE: IL RUOLO DELL'EDUCATORE IN SPDC, LA MIA ESPERIENZA DI TIROCINIO

CAPITOLO 4: Il mio tirocinio

4.1 L'importanza dell'Educatore in SPDC

Lo scopo principale di questa tesi è stato descrivere come ho lavorato nel corso del tirocinio, attraverso l'utilizzo delle competenze metodologiche dell'educatore professionale.

Durante il mio ultimo anno di corso, ho avuto modo di svolgere il tirocinio nel SPDC collocato all'interno dell'ospedale regionale di Torrette.

Le figure professionali presenti erano medici, psichiatri, infermieri e specializzandi.

Gli utenti all'interno della struttura presentavano diagnosi di disturbi psichiatrici differenti: disturbo bipolare, disturbo schizofrenico, disturbo borderline e disturbo di personalità paranoide.

La degenza media dell'utenza era di circa due o tre settimane, un periodo purtroppo molto breve, per poter conoscere in modo approfondito ogni utente e attuare un progetto educativo individualizzato specifico con obiettivi a medio, lungo termine.

La mia esperienza di tirocinio inizialmente non è stata semplice, poiché era la mia prima esperienza nell'ambito della salute mentale, inoltre non essendo presente la figura di riferimento dell'Educatore mi sentivo abbastanza disorientato.

Ciò nonostante, ero affiancato da due compagni di corso e credo che questo ci abbia aiutato, poiché ci confrontavamo sulle esperienze che vivevamo con gli utenti, sulle osservazioni fatte e questo ci permetteva di rielaborarle, di renderci conto in modo più consapevole di come stessimo agendo, gli aspetti da migliorare e gli interventi da poter mettere in atto. Inoltre, pianificavamo in base alle preferenze, ai bisogni degli utenti, le attività da svolgere, in un'apposita stanza.

Ho percepito fin dai primi contatti con i vari utenti la necessità che avevano di esprimere i propri bisogni. Un momento significativo di questa esperienza è stato un colloquio individuale con un'utente, il quale mi aveva fatto esplicita richiesta di poter parlare in disparte. Una volta finita la conversazione mi ha riferito che aveva assolutamente bisogno di sfogarsi con qualcuno per potersi sentire meglio, questa situazione mi ha fatto riflettere molto sui bisogni degli utenti, sull'aspetto umano e relazionale che molte volte viene tralasciato per concentrarsi maggiormente sull'aspetto medico e farmacologico. Si dovrebbe invece lavorare con l'utente tenendo in considerazione come fattori fondamentali, la sua soggettività e il suo vissuto, la sua storia personale e il modo peculiare che ha di riferire a sé le esperienze che vive ed ha vissuto in passato, tutti aspetti questi caratterizzanti il lavoro dell'Educatore Professionale.

4.2 Come agisce l'Educatore sul disagio degli utenti?

L'educatore lavora sulla domanda espressa dal soggetto, per rielaborarla, rendendo il soggetto stesso più consapevole rispetto ai suoi bisogni, ai suoi diritti e possibilità nonché alle risorse già disponibili ma non ancora attivate.

Egli è un agente di collegamento, un facilitatore di legami (dei singoli e dei gruppi). Stimola, crea, consolida, potenzia e rivitalizza risorse disponibili o possibili, non come un esperto che si sostituisce ad altri, siano questi utenti, operatori, ecc., ma come una persona competente. Non attribuisce a sé ogni responsabilità o iniziativa, ma riconosce e trasferisce competenze. Nella riabilitazione psicosociale l'educatore programma ed organizza costantemente il lavoro di rete, svolge funzioni di intermediario, di mobilizzatore e coordinatore di risorse, formali e informali, di orientamento, di guida relazionale, di promotore di scambi e di relazioni, di processi che dal singolo giungono al gruppo e alla comunità nel suo complesso, promuovendo autonomia ed emancipazione.

La comunità circostante, la rete, con la quale si interfaccia il servizio, è l'esempio di una inesauribile fonte di risorse esistenti e potenziali, materiali ed umane; sono tutto ciò che non è il singolo servizio e con cui può entrare in relazione.

Egli non può vedere il paziente come un contenitore da riempire di aiuti e sostegni, come utilizzatore di servizi che lo riabilitino, ma come artefice del suo cambiamento, portatore non solo di bisogni ma anche di desideri, volontà, competenze.

Molto spesso l'Educatore impara, non solo in termini emotivi ma anche materiali, dallo scambio di conoscenze e abilità di cui gli utenti sono portatori.

Il primo strumento indispensabile della metodologia educativa è rappresentato dalla capacità di programmare e progettare. La programmazione è la prima area di lavoro dell'intervento educativo, essa consta di quattro momenti: 1) L'analisi della situazione di partenza nella quale si conosce bene l'utenza e i materiali a disposizione, si tiene sotto

osservazione l'ambiente sociale e culturale in cui si lavora; l'analisi della situazione va esercitata sull'utente, le risorse disponibili, l'ambiente, la famiglia e il territorio. 2) Definizione degli obiettivi in cui bisogna definire le finalità generali e gli obiettivi educativi specifici per ogni utente. 3) Scelta dei metodi, delle attività, gli Educatori decidono quali atteggiamenti assumere, come organizzare spazi e tempi, cosa utilizzare, quali rapporti stabilire con la famiglia e con l'esterno.

4) Valutazione dei risultati e del processo, oggetto della valutazione sono l'ambiente, l'azione dell'educatore e la metodologia seguita, altro aspetto importante ricopre la documentazione che rappresenta la condizione per la continuità nel tempo dell'azione educativa e per la sua memoria storica.

La seconda area dell'intervento educativo è rappresentata dal progetto, in cui è maggiormente circoscritta l'esperienza dell'incontro e dello scambio tra educatore e soggetto, parlando di programmazione e progettazione in rapporto al lavoro dell'educatore si fa riferimento alla sfera dell'operatività e della relazionalità da attuare con il soggetto. È questo legame che valorizza la professionalità educativa, è questa peculiarità a dare all'educatore una propria autonomia non subordinata ad altri professionisti che operano nello stesso campo.

Nessuna problematica può essere colmata dall'esterno, qualunque azione educativa richiede un supporto metodologico al quale sia possibile agganciarsi per evitare di accusare difficoltà a gestire il quotidiano e l'intervento educativo stesso.

CAPITOLO 5: Soggetti e metodi

5.1 Interazione con gli utenti e progetto educativo

Come detto, l'utenza con cui mi sono rapportato presentava diversi disturbi psichici, le difficoltà principali che ho incontrato sono state legate all'approccio comportamentale adeguato da adottare con ogni utente, in base alla situazione specifica.

L'obiettivo era innanzitutto la conoscenza dei vari utenti attraverso dei contatti diretti con loro e tramite la partecipazione ai *briefing*¹⁶ mattutini, (sostituivano le riunioni di équipe) i quali venivano svolti due volte a settimana. Noi tirocinanti vi partecipavamo, al fine di ottenere informazioni sull'andamento degli utenti e sulle entrate e uscite di quest'ultimi dal SPDC.

I primi giorni in struttura sono stati dedicati soprattutto ad un'osservazione e ad una valutazione iniziale degli utenti, cioè la messa in atto della prima fase del *assessment*, ovvero il processo valutativo della condizione globale della persona in stato di necessità. In esso l'Educatore Professionale utilizza gli strumenti metodologici educativi tra i quali la scheda educativa, con cui viene eseguita una raccolta delle informazioni sull'utente e una valutazione delle criticità e del potenziale educativo.

Il momento basale dell'*assessment* è l'inizio della presentazione degli utenti, attraverso dei colloqui individuali ho cercato di conoscerli e reperire informazioni su di loro.

Durante i vari colloqui educativi, è stato fondamentale l'utilizzo delle competenze della metodologia educativa quali: una comunicazione chiara e trasparente, un ascolto attivo,

¹⁶ Riunione di lavoro per dare informazioni e direttive.

un'osservazione partecipata e la gestione del processo empatico.

L'utilizzo di tutte queste competenze mi ha aiutato ad instaurare con gli utenti una relazione autentica, la quale è allo stesso tempo una finalità e uno strumento della metodologia educativa. Il processo di *assessment* si basa sull'osservazione e la valutazione, innanzitutto del livello di funzionamento in aree diverse e della compliance educativa¹⁷. Attraverso l'assessment ho operato una riflessione sulle osservazioni effettuate: sui contenuti che sono emersi e sugli strumenti più adatti per un'osservazione efficace. Attraverso il processo valutativo dell'assessment ho posto le basi per la costruzione del progetto educativo riabilitativo rivolto ad un gruppo di utenti.

Le finalità principali del progetto sono state innanzitutto: migliorare la qualità di vita e il livello di autonomia, recuperare l'accettazione di sé, delle capacità personali e favorire un incremento della consapevolezza corporea.

Gli obiettivi prefissati sono stati diversi, indirizzati ad uno sviluppo delle capacità sociali e relazionali, al rispetto delle regole, ad uno sviluppo cognitivo (*problem solving*¹⁸), e di coping¹⁹ e ad accettare la sconfitta come punto di partenza per iniziare un nuovo percorso (sviluppare la capacità di resilienza). Il breve tempo di degenza media degli utenti in struttura, non ha permesso purtroppo di poter fissare obiettivi a lungo termine, per il cui raggiungimento il tempo a disposizione non era sufficiente.

In base agli obiettivi prefissati ho pianificato varie attività da svolgere, con cadenza di

¹⁷ Significato soggettivo della problematica per l'utente, quindi il livello di frustrazione, accettazione della patologia, difficoltà comunicabili.

¹⁸ Risoluzione dei problemi, è un'attività intellettuale del pensiero umano finalizzata al raggiungimento di una condizione desiderata, a partire da una condizione iniziale data.

¹⁹ In psicologia il termine coping, indica l'insieme dei meccanismi psicologici adattivi messi in atto da un individuo per fronteggiare problemi emotivi e interpersonali, allo scopo di gestire, ridurre lo stress ed il conflitto.

tre giorni a settimana. In ognuno dei quali veniva svolta un'attività specifica, il lunedì si svolgeva ginnastica dolce, il mercoledì si faceva un gioco di società mentre il venerdì si guardava un film.

5.3 Criteri di assessment

Ho eseguito una valutazione riguardo i cambiamenti che si sono verificati nei singoli utenti individualmente e in relazione al gruppo.

Qui di seguito riporto la struttura della scheda educativa, che ho utilizzato per l'organizzazione delle informazioni, ottenute attraverso l'osservazione, con le quali ho potuto poi effettuare una valutazione degli utenti.

Autonomie personali: Cura e igiene della persona, cura degli spazi, criticità, potenzialità.

Autonomie sociali: Orientamento spaziale nella struttura, conoscenza e uso del denaro, uso del telefono. Competenze cognitive: modalità di approcciare e risolvere situazioni problematiche, lettura, competenze matematiche. Competenze comunicative: come si esprime, qualità linguaggio verbale, qualità linguaggio non verbale.

Competenze relazionali: aspetti caratteristici del modo di relazionare, come si mette in relazione con altri soggetti, ruolo nelle relazioni (attivo/passivo), capacità di instaurare nuove relazioni, adeguatezza nel gestire le situazioni rispetto al contesto.

Competenze motorie: come si muove, resistenza fisica alle attività motorie, coordinazione motoria globale. Competenze attentive e mnemoniche: quanto riesce a concentrarsi su un'attività, qualità della memoria a breve e lungo termine.

Espressione delle emozioni: esprime le proprie emozioni, modalità delle espressione.

Motivazioni, interessi, atteggiamenti di fondo: rispetto a persone, ad attività a situazioni, a cose. Criticità relative al pensiero: idee ossessive, idee persecutorie, deliri, allucinazioni, incoerenze dei nessi associativi. Caratteristiche dell'umore di base: qualità e descrizione, serenità, disponibilità, apatia, depressione, rabbia, mancanza di interessi, irritabilità, umore oscillante. Dati riepilogativi relativi a tutti gli indicatori: aspetti critici generali, aspetti positivi generali, potenzialità generali.

5.2 Attività svolte

Le attività sono state svolte in una stanza apposita del reparto, nella quale c'era tanto spazio per muoversi. La prima attività settimanale svolta era la ginnastica dolce a corpo libero, la cui durata era di circa 30/35 minuti, l'attività veniva strutturata in base al numero di utenti presenti secondo tre varianti:

- 1) Questa prima variante veniva attuata quando erano presenti molti utenti, ai quali si chiedeva di disporsi in cerchio, ma si lasciava scegliere loro dove posizionarsi, in questo modo ho potuto osservare alcune dinamiche relazionali come, ad esempio, chi si posizionasse vicino a chi. Io mi sono posizionato al centro del cerchio in modo da poter avere il contatto visivo con tutti.
- 2) Mi disponevo di fronte agli utenti che in questo caso erano pochi e lasciavo anche in questo caso a loro la scelta su come disporsi anche qui osservando le dinamiche.
- 3) In questa terza variante mi posizionavo tra gli utenti, i quali si mettevano in ordine sparso.

L'attività veniva svolta in due fasi:

1) Nella prima venivano svolti esercizi per aumentare la consapevolezza corporea quindi la coordinazione, la postura e un rinforzo muscolare leggero.

2) La seconda fase era di rilassamento e stretching, nella quale si privilegiava la respirazione e occupava gli ultimi 5/10 minuti dell'attività.

Oltre ai benefici fisici sopra citati come l'aumento della consapevolezza corporea, l'attività ha dato anche dei benefici psichici: favorire il rilassamento e aiuto nello sgombrare la mente da pensieri negativi.

Ognuno dei giochi di società proposti era indirizzato al rafforzamento di una specifica capacità degli utenti e a migliorare la cooperazione tra di essi, la durata dell'attività era di circa 45/60 minuti. I giochi di società svolti sono stati diversi: il monopoli con il quale si mirava ad un miglioramento degli utenti nella gestione del denaro, il labirinto magico che aiutava nella risoluzione dei problemi, il cruciverba e lo scarabeo per lo sviluppo/mantenimento delle abilità cognitive, il rinforzo del lessico il miglioramento della cooperazione tra gli utenti. I vari giochi si svolgevano in squadre, lasciavo liberi gli utenti di disporsi come desideravano e anche qui come nell'attività di ginnastica ho potuto osservare le dinamiche relazionali tra i vari utenti, comportamenti specifici che adottavano e in quali circostanze specifiche, la scelta del gioco di società veniva fatta tutti insieme. Lo svolgimento dell'attività di visione del film è stato svolto in due fasi: prima la visione del cortometraggio della durata di mezz'ora e poi subito dopo una discussione sui contenuti della durata di 15/20 minuti.

Per la scelta del cortometraggio da guardare, ho utilizzato tre strategie diverse di volta in volta. La prima è stata scegliere personalmente un cortometraggio che avesse una

tematica inerente alla situazione in reparto, in modo da essere educativa ma anche non troppo esplicita e diretta. La seconda strategia applicata è stata quella di domandare agli utenti quale cortometraggio preferissero guardare, in questo modo, si creava un momento di svago. Nella terza ho proposto agli utenti una serie di cortometraggi, da me selezionati, tra i quali scegliere. La strutturazione del setting educativo²⁰ variava nelle due fasi dell'attività: Nella prima fase di visione del cortometraggio, gli utenti erano seduti su delle sedie disposti in file e io ero posizionato dietro o al lato delle file per poter osservare in maniera ottimale la situazione. Nella seconda in cui avveniva la discussione di quanto visto, gli utenti erano disposti in cerchio, io mi posizionavo al centro del cerchio o in alternativa in mezzo a loro, questa disposizione permetteva a chi aveva la parola di poter guardare ed essere allo stesso tempo guardato da tutti.

²⁰ Il setting educativo o pedagogico è un'organizzazione di elementi spaziali, temporali, materiali e normativi; è un'organizzazione concreta e simbolica che produce significati nel contesto comunicativo e relazionale.

CAPITOLO 6: Risultati

6.1 Resoconto del lavoro educativo

Il gruppo con cui ho lavorato era poco numeroso, i membri variavano spesso poiché c'erano giorni in cui alcuni utenti non partecipavano all'attività per diversi motivi. A volte capitava che un'utente non era interessato ad un'attività oppure non era dell'umore adatto in quel momento, è capitato anche che nell'orario dell'attività uno degli utenti dormisse. La sonnolenza e le oscillazioni del tono dell'umore erano dovute alla terapia farmacologica che gli utenti assumevano in base al disturbo specifico.

È stato importante parlare con lo psichiatra per conoscere gli effetti dei vari farmaci sull'utente e gli orari in cui venivano somministrati. In questo modo ho potuto organizzare l'orario delle attività per cercare di coinvolgere più utenti possibile e capire quali momenti fossero più adatti per svolgere dei colloqui individuali.

Nel corso dei colloqui ho utilizzato l'approccio alla soggettività descritto nella prima parte di questo elaborato, ho cercato di comprendere le ragioni, le emozioni provate dagli utenti in determinate situazioni problematiche come quella prima citata relativa al diverso atteggiamento che avevano alcuni utenti: maggiormente rilassati nel parlare individualmente e al contrario molto agitati da non riuscire a parlare nel contesto del gruppo. Attraverso un ascolto attivo ho compreso il significato di ciò che mi stava comunicando l'utente, il messaggio implicito dietro quelle parole, utilizzando la tecnica di formulazione ho fatto domande sul vissuto, sulla situazione personale e sulle reazioni

per capirne l'origine. Ho poi utilizzato la riformulazione, cioè ho esposto all'utente il contenuto di ciò che mi stava dicendo con parole diverse che gli permettessero di rielaborare le situazioni, fargli mettere a fuoco le emozioni provate e trovare poi insieme una soluzione che la più adeguata possibile in base alle sue specifiche risorse adattive, per orientare il soggetto verso un cambiamento.

Questi colloqui hanno aiutato l'utente a intraprendere un percorso riabilitativo che lo ha portato ad un miglioramento durante le varie settimane. In questo arco di tempo ho potuto notare diversi cambiamenti in tutti quegli utenti che inizialmente nel contesto di gruppo mostravano nervosismo e difficoltà a parlare, a fine progetto erano più sereni, più a loro agio con gli altri membri e, anche se non sempre, comunque riuscivano ad esporsi maggiormente rispetto alla situazione iniziale. Oltre ai colloqui hanno sicuramente aiutato i momenti condivisi nel corso delle attività, che hanno consentito ai vari utenti di conoscersi meglio e gradualmente aprirsi verso l'altro.

6.2 Verifica cambiamenti osservati

La verifica dei risultati del progetto è stata basata sui fattori osservabili della scheda educativa, i cambiamenti avvenuti negli utenti relativi a questi fattori sono stati utilizzati come indicatori di verifica, con particolare riguardo verso quei cambiamenti individuali nei comportamenti dell'utente in relazione al gruppo poiché il progetto è stato rivolto proprio a quest'ultimo. Gli indicatori di verifica mi hanno aiutato a monitorare la situazione durante lo svolgimento delle attività (verifica in itinere) ed apportare alcune modifiche al programma d'azione, sempre tenendo presente gli obiettivi da raggiungere,

mi hanno consentito anche di effettuare una verifica finale, dei risultati raggiunti.

Ulteriori indicatori di verifica sono stati la variazione degli atteggiamenti di ogni utente nei confronti del gruppo e delle attività svolte, quindi il grado di coinvolgimento e di attenzione e i cambiamenti nelle dinamiche del gruppo.

I tempi e i modi stabiliti a inizio progetto, sono stati rispettati, lo svolgimento delle attività è avvenuto in maniera regolare, nonostante difficoltà iniziali gli utenti hanno partecipato quasi sempre alle attività.

CAPITOLO 7: Discussione

7.1 Elementi osservati

Nell'osservazione del gruppo, ho prestato attenzione a diverse persone che sono state silenziose, ho osservato di esse la comunicazione non verbale quindi il modo di avvicinarsi o allontanarsi dal resto del gruppo, la posizione assunta, le modalità di relazionarsi con l'ambiente nelle diverse situazioni, la capacità di porsi in modo attivo, partecipe, consapevole; tutti aspetti che ho utilizzato come indicatori di verifica, è stato utile osservare nel corso dei giorni queste dinamiche per verificarne la ripetitività e i cambiamenti avvenuti. Ho potuto verificare che alcuni utenti assumevano atteggiamenti diversi nei colloqui individuali che ho avuto con loro, rispetto alle situazioni in cui era presente il resto del gruppo. È capitato che un utente nel contesto del gruppo, non prendeva mai la parola e assumeva una postura rigida, mentre invece nei colloqui individuali che svolgevamo era molto più tranquillo, il corpo era più rilassato e riusciva a parlare con più serenità.

Era evidente come alcuni di loro palesassero una difficoltà nel relazionarsi in contesti più allargati, questi comportamenti esprimevano un disagio.

L'osservazione è stata molto importante per notare in quali momenti si presentavano i disturbi, quali fossero le situazioni che si ripetevano come i posti occupati dagli utenti, la persona che interveniva per prima, coloro che utilizzavano maggiore tempo per i loro interventi. Altrettanto importante è stato il controllo del mio atteggiamento non verbale,

poiché è da ricordare che così come l'educatore osserva è anche osservato allo stesso tempo. Ho sempre valutato con attenzione i cenni di consenso, le dichiarazioni di approvazione, l'attenzione data a ciascun componente del gruppo, in quanto, tali messaggi non verbali determinano il clima del gruppo, all'interno del quale tutti devono poter esprimere il proprio pensiero con autenticità senza timore di essere giudicati dall'altro.

7.2 Valutazione finale

Le attività svolte con gli utenti sono state fondamentali per l'avvio di un processo di cambiamento, che possa continuare poi anche dopo la chiusura del progetto.

In ogni utente sono avvenuti dei notevoli miglioramenti dal punto di vista comportamentale e relazionale, i soggetti erano diventati più inclini al dialogo e al rispetto dell'altro e delle regole.

È stato quindi efficace il lavoro svolto, basato su un intervento mirato alla realizzazione di piccoli cambiamenti che hanno determinato l'avvio del processo di cambiamento nei vari utenti, in ognuno di loro tale processo avrà ovviamente un andamento diverso, in base alle resistenze al cambiamento specifiche del soggetto.

Con diversi utenti sono riuscito a instaurare un'ottima relazione di fiducia, la quale è risultata fondamentale per il superamento delle resistenze dell'individuo, per il suo coinvolgimento e per la motivazione al cambiamento.

Per motivare l'utente al cambiamento è stato importante l'utilizzo della tecnica "successo senza richieste" di Spivak, cioè la gratificazione di tutti gli atti sociali anche

minimi come entrare nel gruppo, salutare, sostenere gli sguardi o dar avvio a una conversazione, l'obiettivo raggiunto è stato far sperimentare all'utente i vantaggi che scaturiscono dalle relazioni, grazie agli effetti positivi delle proprie azioni socializzate.

Per quanto riguarda gli altri obiettivi prefissati a inizio progetto, sono stati raggiunti quelli relativi a uno sviluppo delle capacità sociali e relazionali, il rispetto delle regole, lo sviluppo cognitivo quindi la capacità di problem solving e parzialmente quella di coping, così come quella di resilienza per il miglioramento delle quali era forse necessario più tempo a disposizione. Le finalità progettuali invece sono state tutte raggiunte, quest'ultime erano relative ad un miglioramento della qualità di vita e del livello di autonomia, un recupero dell'accettazione di sé e delle capacità personali, inoltre attraverso l'attività di ginnastica dolce si è riusciti a favorire in diversi utenti un incremento della consapevolezza corporea e della autostima in sé stessi.

CONCLUSIONI:

Al termine di questo elaborato, alla luce dell'esperienza di tirocinio, sono maggiormente consapevole del ruolo significativo dell'educatore. La mia impressione è che soprattutto in ambiti psico-medicalizzati, ma non solo, la figura dell'educatore sia ancora poco definita, debole, in minoranza rispetto ad altre professioni sorrette da prassi consolidate. Ho elaborato un'idea diversa sulla base di ciò che ho potuto sperimentare sul campo in questi tre anni, ritenendola una professione completa, che affonda le radici in un passato antico, quello dello sviluppo e del divenire umano, della sua formazione. La malattia mentale non può essere assimilata del tutto a quella organica, è esperienza di tutti noi che abbiamo visto, sentito, sperimentato, che la relazione, spesso più dei farmaci, produce cambiamento e miglioramento nella vita degli utenti. Ho imparato molto da queste persone che convivono con il loro disagio e il loro dolore e proprio laddove la diversità, non nel corpo ma nella mente, si faceva più evidente e l'asimmetria del rapporto educativo più importante ho trovato ammirazione nel riscontrare la capacità di vivere, di gioire, di provarci ancora, nonostante tutto. È stata un'esperienza che mi ha profondamente arricchito e che mi ha dato delle indicazioni per la scelta del mio futuro professionale. Il rammarico grande è non aver potuto a causa del covid-19, finire le ore di tirocinio previste, interrompendole circa a metà percorso. Il contatto diretto con gli utenti, che è una prerogativa fondamentale del lavoro educativo, non è paragonabile a nessuna teoria, che però rimane una base solida e indispensabile per approcciarsi alla specificità e al vissuto dei singoli utenti.

BIBLIOGRAFIA:

- Ba G., Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale, strumenti per il lavoro psico-sociale e educativo, Franco Angeli, 2004
- Lauria F., Poropat B., Teresa M., Professione educatore, Modelli, metodi, strategie d'intervento, 1998, ETS
- Nardi B., Organizzazioni di personalità: normalità e patologia psichica, Accademia dei Cognitivi della Marca, 2017
- Lambruschi F., Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva: Procedure di assessment e Strategie Psicoterapeutiche, Bollati Bolinghieri Editore, Torino, 2004
- Saraceno B., La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica, RCS Libri & Grandi Opere S.p.A., Milano, 1995.
- Watzlawick P., Beavin J. H., Jackson D.D., Pragmatica della comunicazione umana, 1971, Casa Editrice Astrolabio, Roma.
- Salomone I., Il setting pedagogico. Vincoli e possibilità per l'interazione educativa, Carocci editore S.p.A., Roma, 1998.

SITOGRAFIA

- http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=171&area=alute%20mentale&menu=vuoto
- http://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1v2/en/index.html
- <https://www.nurse24.it/specializzazioni/salute-mentale/tso-come-funziona-trattamento-sanitario-obbligatorio.html>

