



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Educazione Professionale

**Le attività espressive nei percorsi
riabilitativi nel settore salute mentale**

Relatore: Chiar.mo

Dott.ssa Marilena Flamini

Tesi di laurea di:

Tommaso Pierantoni

A.A. 2020/2021

INDICE

INTRODUZIONE.....pag. 4

CAPITOLO 1

LA SALUTE MENTALE: DEFINIZIONE, EVOLUZIONE STORICA E RIABILITAZIONE

1.1 La storia della salute mentale dal 900' ad oggi.....pag. 6

1.2 Le strutture della riabilitazione psichiatrica.....pag.9

1.3 I principali disturbi psichici.....pag.15

1.4 Il ruolo dell'Educatore professionale nella riabilitazione psichiatricapag.24

CAPITOLO 2

I LABORATORI MULTIDISCIPLINARI NELLA SALUTE MENTALE

2.1 Laboratori di arte terapia.....pag.27

2.1.1 Arteterapia pittorica.....pag.28

2.1.2 Danza-movimento-terapia.....pag.29

2.1.3 Teatroterapia.....pag.30

2.1.4 Musicoterapia.....pag.31

2.1.5 Laboratorio artigianale.....pag.32

2.2 Laboratorio di scrittura autobiografico.....pag.33

2.3 Laboratorio di cucina.....pag.34

2.4 Cineterapia.....pag.34

CAPITOLO 3

POSSIBILI PERCORSI EDUCATIVI E RIABILITATIVI, PER LA COMPrensIONE DELLA SALUTE MENTALE, TRAMITE LA CINEMATOGRAFIA

3.1 Approccio nosografico.....pag.40

3.2 Approccio psicopatologico narrativo.....pag.41

3.3 Approccio sui contesti di cura e trattamenti.....pag.42

3.4 Approccio focalizzato sullo stigma.....pag.43

3.5 Approccio sulla professione.....pag.44

CAPITOLO 4

L' ESPERIENZA DI TIROCINIO PRESSO LA STRUTTURA RIABILITATIVA RESIDENZIALE "IL GABBIANO" (SRR)

4.1 La SRR "il Gabbiano"pag.46

4.2 Il progetto educativo-riabilitativo: "Laboratorio di lettura"pag.48

4.3 Valutazione finale del progetto.....pag.55

CONCLUSIONE.....pag.57

BIBLIOGRAFIA.....pag.60

SITOGRAFIA.....pag.62

INTRODUZIONE

Lo scopo di questa tesi sta nell'evidenziare, i benefici a livello riabilitativo, dei laboratori multidisciplinari nella Salute Mentale. La tesi si aprirà con una panoramica sulla storia della salute mentale facendo al contempo una tassonomia dei principali disturbi psichici, sul ruolo dell'educatore professionale e sulla descrizione delle strutture nelle quali opera.

All' interno delle strutture riabilitative, l'educatore organizza e mette in atto le attività laboratoriali prefissate in equipe e le stesse vengono utilizzate come mezzo per raggiungere gli obiettivi decisi al momento della stesura del PEI.

Il secondo capitolo andrà ad analizzare e descrivere i laboratori solitamente proposti nelle strutture riabilitative. I laboratori sono spazi che si accomunano perché facilitano i rapporti interpersonali, stimolano la collaborazione e sono forieri di scambi di opinione. Quelli che andremo a presentare sono numerosi e vanno da quello plastico-pittorica a quello musicale, da quello teatrale a quello artigianale, ma la nostra attenzione si soffermerà particolarmente su quello cinematografico, per una personale passione che mi ha portato ad approfondire l'argomento, e su quello di lettura perché questo laboratorio è protagonista del progetto, formulato e messo in opera, durante il tirocinio al terzo anno di università. Il laboratorio di cinema che sarà maggiormente approfondito sarà l'ultimo che andremo a prendere in considerazione, e farà da ponte al capitolo successivo nel quale descriveremo le possibilità didattiche che possono essere sottese alla visione del film. Medici, professionisti della riabilitazione e, anche e semplicemente persone con un particolare interesse, sono i destinatari principali dei cineforum che, come vedremo, si possono utilizzare con approcci differenti. Nello stesso progetto terapeutico integrato, definito per ogni paziente, prende posto sovente la cineterapia o laboratorio cinematografico. Con il suo potere metaforico ed identificativo e con la sua capacità evocativa il cinema offre possibili esempi comportamentali, rappresenta un forte attivatore psicologico, cognitivo ed emotivo che permette di suscitare affetti, riconoscerli, approfondirli. In tale contesto l'uso del cinema ha assunto un ruolo di rilievo per la pratica clinica. La visione di un film come la lettura sono attività che si svolgono solitamente in gruppo e il gruppo riveste un ruolo di fondamentale importanza.

Alcune condizioni psichiatriche salgono sul treno della rappresentazione cinematografica classica per essere raccontate al grande pubblico e su quello del cineforum per individuare

possibili percorsi didattici come strumento operativo-sanitario. Il contenuto apparentemente casuale della vita e i segreti del carattere umano salgono, invece, sul treno della cineterapia che, utilizzata nei laboratori, diventa possibile strumento di crescita o di riacquisizioni per la persona con malattia mentale. All'interno del terzo capitolo analizzeremo alcuni approcci didattici per la comprensione della salute mentale attraverso la cinematografia

Il laboratorio di lettura è descritto nell'ultimo capitolo perché è strettamente legato alla mia esperienza di tirocinio e, soprattutto, al progetto educativo che ho avuto il piacere di ideare e realizzare e che è argomento principale del capitolo stesso.

Esso ha l'obiettivo di incrementare abilità quali la memoria, l'attenzione, la concentrazione e l'uso di strutture logiche, ha quello di aiutare a recuperare un adeguato rapporto con la realtà, nonché di facilitare lo sviluppo di abilità sociali, favorendo lo scambio di opinioni tra i partecipanti. Si prefigge l'incremento dell'autostima e del senso del se, offrendo la possibilità di mettere in gioco impressioni, opinioni e interessi. Nel laboratorio di lettura si mettono in gioco gli aspetti cognitivi, relazionali ed emotivi dell'utente e la finalità sta nel concorrere, all'interno di un programma multidisciplinare, a fornire competenze per favorire l'inclusione sociale. La parte finale di questo capitolo sarà dedicata alla valutazione dei dati inerenti il progetto.

CAPITOLO 1

LA SALUTE MENTALE: DEFINIZIONE, EVOLUZIONE STORICA E RIABILITAZIONE

1.1 La storia della salute mentale dal 900' a oggi

Con le nuove idee diffuse nel secondo Settecento dall'Illuminismo, e con l'affermazione dei diritti dell'uomo e del cittadino propagati durante la Rivoluzione francese, si chiudono gli istituti di segregazione e inizia a diffondersi la spiegazione della "follia" in termini di malattia. La condizione del folle, almeno in linea teorica, viene distinta da quella del povero e del criminale, e si comincia a pensare ad un trattamento in termini esclusivamente medici.

Così il manicomio, istituzione creato da Philippe Pinel in Francia durante la Rivoluzione, diventa il luogo di cura dei malati. Questa nuova istituzione, che durante il secolo si diffonde in tutta Europa, costituisce un passo avanti rispetto ai reclusori del passato, perché è basata su obiettivi di cura e di ricerca medica.¹ Tuttavia rappresenta la continuità con i luoghi di segregazione precedenti, dal momento che la "cura" coincide con l'obiettivo del controllo dei malati.

Dal punto di vista istituzionale, in questo periodo, non accade praticamente nulla. In sostanza, l'istituzione manicomiale si perfeziona, e in questo modo reclude e isola sempre più tenacemente, oltre ai pazienti, anche se stessa: si specializza nella funzione sociale di contenitore della follia, ma viene meno ad ogni effettivo programma di cura e di riabilitazione. La psichiatria stessa, più o meno implicitamente prigioniera del pregiudizio dell'organicità, si isterilisce in una sorta di esercizio classificatorio: disturbi, sintomi, comportamenti vengono minuziosamente attribuiti a questa o a quella patologia, salvo ricorrere poi sempre alle stesse cure di carattere sedativo.

Alla fine degli anni Trenta iniziano a diffondersi le terapie di shock basate sull'ipotesi che un trauma elettrico, opportunamente indotto, portasse miglioramenti terapeutici. Tra tutte queste terapie la più diffusa e conosciuta è l'elettroshock, è una tecnica terapeutica che si

¹ Crispiani Piero, Storia della pedagogia speciale. L'origine lo sviluppo, la differenziazione. 2016

basa sull'induzione di convulsioni nel paziente ottenute tramite il passaggio di corrente elettrica attraverso il cervello.

Dalla metà degli anni Cinquanta vengono introdotti gli psicofarmaci: sostanze che, indipendentemente dai risultati curativi, hanno l'effetto di attenuare i sintomi, e di rendere più governabili i momenti di crisi. È evidente l'uso ambiguo degli psicofarmaci in quegli anni: per un verso costituiscono un ulteriore strumento di controllo dei pazienti; dall'altro aiutano a alleviare i sintomi dovuti alla malattia

Nella storia della psichiatria italiana di questo secolo possiamo sinteticamente distinguere tre periodi.

1. Il periodo manicomiale

Il 1904 costituisce una data importante per la storia dell'assistenza psichiatrica in Italia. In quell'anno viene proposta e promulgata, per interessamento diretto di Giolitti, la legge n. 36 che dice, " Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi. sono compresi sotto questa denominazione, agli effetti della presente legge, tutti quegli istituti, comunque denominati, nei quali vengono ricoverati alienati di qualunque genere." Questa legge, con alcuni successivi aggiustamenti, determina per l'Italia, il consolidamento giuridico e scientifico del manicomio come luogo pressoché esclusivo per il trattamento dei disturbi mentali. Rispetto al passato, costituisce un progresso: ma la figura del paziente psichiatrico è sostanzialmente quella di un carcerato. Si è ricoverati nella maggior parte dei casi in quanto persona "pericolosa" e di "pubblico scandalo", con il rischio di internare soggetti senza malattia.² Il ricovero è possibile solo sotto forma di provvedimento del magistrato o del questore (si viene ricoverati dalla polizia). Il direttore del manicomio è responsabile penale e civile del "paziente dimesso". In tale regime, nella stragrande maggioranza dei casi, i disturbi dei ricoverati rischiavano di peggiorare, diventando spesso cronici.

2. Il periodo manicomiale attenuato

² Maurizio Cervigno. Il carcere travestito, quando il manicomio era uno strumento di bonifica sociale. 2017

Nel 1968 lo scenario italiano cambia. Viene approvata una nuova legge, la 431. Prese il nome di Legge Mariotti, e che esattamente prescriveva tre azioni estremamente innovative quanto qualificanti:

- consentiva all'articolo 4 il ricovero volontario in ospedale psichiatrico senza la perdita dei diritti civili, assimilando i pazienti psichiatrici agli altri ammalati e accomunando l'ospedale psichiatrico a qualsiasi altro ospedale;

- introduceva i Centri di igiene mentale (CIM), quale embrione di servizio comunitario. L'apertura dei CIM non modificava il ruolo dell'ospedale psichiatrico ma per la prima volta la risposta a problemi di natura psichiatrica poteva essere data anche fuori dalle mura del manicomio;

- finanziava l'ampliamento del budget per il personale medico e psicologico a spese dello Stato. In questo punto la norma introduceva l'elemento dell'equipe medica per ogni divisione psichiatrica. La Legge Mariotti cercava di rendere più dignitose le condizioni di vita all'interno degli ospedali psichiatrici fissando un numero massimo di posti letto in ciascuna struttura per tentare di sopperire al sovraffollamento che rappresentava una costante dei manicomi. Stabiliva, a riguardo, che le strutture potessero essere costituite da un numero di divisioni compreso tra due e cinque, ciascuna con un massimo di 125 posti letto (art.1).³

Con questa legge inizia in Italia il sistema di assistenza territoriale; tuttavia questa innovazione costituisce ancora una fase di passaggio.

3. Il periodo territoriale

Tocca alla legge 180 del 1978 portare a compimento questo lungo cammino. È necessario ricordare che la riforma definitiva del sistema psichiatrico italiano è dovuta al lavoro tenace di Franco Basaglia, iniziato diversi anni addietro nell'Ospedale psichiatrico di Gorizia e portato a compimento con il totale smantellamento dell'Ospedale psichiatrico di Trieste, avvenuto nel 1977, un anno prima dell'approvazione della legge 180." La legge 180 stabilisce che tutti i trattamenti sanitari devono essere volontari. Il trattamento non volontario, detto Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), e quindi la prestazione delle cure in condizioni di degenza ospedaliera, può avvenire in presenza di questi 3 elementi:

- Alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici;

³ L. 18 Marzo 1968 n.431

- La non accettazione delle cure da parte dell'infermo;
- Assenza di condizioni e circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere.”⁴

Questa legge ha dato la svolta al concetto di “malattia mentale “restituendo dignità ai malati nel rispetto dei loro diritti. Per effetto della Legge venne predisposta la chiusura definitiva dei manicomi, stabilendo il graduale superamento degli ospedali psichiatrici e aprendo così la via alla rivoluzione in campo della salute mentale: non più contenitiva ma integrativa rispetto la società e in un’ottica di riabilitazione.

Ciò ha determinato la presa in cura della persona da parte degli operatori. Nella stessa l’individuo viene visto nella sua unicità, per poter progettare un percorso terapeutico per una migliore qualità di vita.

Alla legge Basaglia seguirono altre leggi: prima su tutte la numero 833 del 23 dicembre 1978, approvata pochi mesi dopo la Basaglia e che istituì il Servizio Sanitario Nazionale, e successivamente la 9 del 2012 e la 81 del 2014, grazie alla quale furono chiusi anche gli ospedali psichiatrici giudiziari. La legge Basaglia, quindi, fu solo il primo step di una rivoluzione più lenta che coinvolse la sanità italiana, ma anche quella che scardinò una certa mentalità in termini di salute mentale e di progettazione nell’intervento.

L’alternativa al manicomio viene individuata in un’organizzazione decentrata, in una rete flessibile di strutture, capaci di confrontarsi più direttamente con i bisogni delle persone. Nascerà così il Dipartimento di Salute mentale (DSM). L’alternativa, dunque, viene individuata nel territorio. Esso si presenta come un insieme di strutture e attività ed è costituito da più luoghi operativi: il Centro di Salute Mentale, servizi psichiatrici di diagnosi e cura, le strutture residenziali e semi residenziali, i centri diurni, ma anche luoghi non propriamente appartenenti al DSM come il domicilio del paziente.

1.2 Le strutture della riabilitazione psichiatrica

Il DSM (dipartimento di salute mentale) è una struttura assistenziale complessa che raggruppa più strutture in unità operative funzionali, ed è finalizzata alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione delle patologie psichiatriche

⁴L. 13 Maggio 1978 n. 180

“il Dipartimento di Salute Mentale 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”⁵

Il DSM, dotato di una direzione generale e affiancato da un Comitato tecnico con funzioni pratiche, scientifiche e organizzative, coordina le attività di tutti i servizi che comprende, ciascuno deputato a offrire un supporto differenziato

Il Dipartimento di Salute Mentale è dotato dei seguenti servizi:

-Centro di Salute Mentale (CSM), è il servizio per l’assistenza diurna

-Centro diurno, offre un servizio semiresidenziale

-Strutture Residenziali, in cui può essere presente anche il Centro Diurno

-SPDC (servizio psichiatrico diagnosi e cura) e i Day Hospital⁶

Per il funzionamento del Dipartimento di Salute Mentale le regioni e le province autonome destinano quote adeguate del fondo sanitario prendendo in considerazione delle specifiche esigenze relative ai contesti metropolitani. Il direttore di ogni DSM negozia annualmente il budget, con il direttore dell'azienda sanitaria territoriale, e redige un documento programmatico che mira alla valutazione della qualità erogata e a quella percepita, promuovendo interventi per il miglioramento continuo della qualità del servizio.

Il Ministero della Salute, ci fornisce una serie di definizioni e caratteristiche specifiche di tutte le componenti strutturali del Dipartimento di Salute Mentale italiano.

CENTRO DI SALUTE MENTALE (CSM)

Il CSM rappresenta il primo luogo di riferimento per i soggetti con disagio psichico, con la funzione di coordinare nell’ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, e riabilitazione rivolti ai cittadini con patologie psichiatriche. Si può accedere al CSM tramite il medico di base (un professionista, presente sul territorio della propria città di residenza, che accoglie le numerose richieste di cura e i vari bisogni dei suoi pazienti, e, che, dopo una prima ipotetica diagnosi, indirizza il soggetto verso un professionista

⁵ Ministero della salute, la rete dei servizi per la Salute Mentale

⁶ Ministero della salute, la rete dei servizi per la Salute Mentale

privato o verso i servizi pubblici di salute mentale) o dal Pronto Soccorso, e dopo un'attenta diagnosi, se ritenuto necessario, viene presa in carico dal servizio e dai suoi professionisti.

“Il CSM offre i seguenti servizi:

-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 base, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formativa.

-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

-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 sia aperto per interventi ambulatoriali o domiciliari per almeno 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana”⁷

I CSM sono caratterizzati dalla presenza di équipes professionali che attuano interventi personalizzati ed integrati di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale ,

⁷ Ministero della salute, la rete dei servizi della Salute Mentale

ambulatoriali, domiciliari, e, eventualmente, anche residenziali, al fine di assicurare la continuità terapeutica. Le équipe sono formate da medici psichiatri, psicologi, educatori professionali, assistenti sociali ed infermieri che collaborano con i medici di medicina generale e con gli altri servizi del distretto

CENTRO DIURNO

Il Centro Diurno è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutiche, riabilitative ed educative- occupazionali, rivolta ai cittadini, che presentano un disturbo psichico. Si rivolge ai cittadini maggiorenni con patologia psichiatrica che sono stati valutati e presi in carico dal Centro di Salute Mentale e, per i quali appare, opportuno un percorso riabilitativo di gruppo che abbia una forte valenza educativa e socializzante.

Il Centro Diurno, attraverso le attività proposte, favorisce negli utenti il mantenimento e/o lo sviluppo dell'autonomia personale, delle relazioni interpersonali, sociali, culturali e lavorative, in rapporto alle rispettive potenzialità ed attitudini individuali. Contribuisce altresì a far progredire una cultura di promozione dei diritti delle persone con disabilità psichiatrica mettendo in atto, in sinergia con tutte le agenzie territoriali, azioni volte a contrastare lo stigma nei confronti di chi ha un disturbo mentale e a sviluppare percorsi di salute mentale personalizzati, sostenibili e soddisfacenti.

Al fine di raggiungere i vari obiettivi prefissati, è fondamentale all'interno del Centro Diurno, lo svolgimento delle attività, impostate in maniera specifica sui bisogni della persona, in modo che questa possa trarne il giusto beneficio. Visto che il CD è un luogo di interazione sociale, la maggior parte dei laboratori vengono svolti in gruppo. Il pasto al CD può assumere un ruolo rilevante poiché, da un lato implica la cooperazione tra utenti per: apparecchiare, cucinare e mettere in ordine; dall'altro è un momento di condivisione basato sullo "stare insieme"

L'equipe multidisciplinare è costituita da operatori socio-sanitari: educatori professionali, personale infermieristico, istruttori in base alle attività previste. È possibile la presenza di psicologi e psichiatri.⁸

STRUTTURE RESIDENZIALI

“Le strutture residenziali costituiscono una risorsa del Dipartimento Salute Mentale (DSM), come individuato dal Progetto obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000 (DPR 1 Novembre 1999), dedicata al trattamento di pazienti affetti da disturbi psichiatrici che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi o di interventi di supporto sociosanitario, effettuabili in regime residenziale.”⁹

L'inserimento nelle strutture, avviene su invio del Centro di Salute Mentale di riferimento, sulla base di un programma terapeutico-riabilitativo personalizzato concordato tra lo psichiatra curante, l'equipe della struttura, il paziente e la sua famiglia.

Le Strutture residenziali si articolano in:

- Comunità terapeutiche, in cui l'assistenza sociosanitaria è di tipo riabilitativo ad alta intenzionalità terapeutica;
- Case protette e Case famiglia (o semi-protette), dove l'assistenza riabilitativa è di natura prevalentemente sociale, oltre che terapeutica;
- Comunità Alloggio, dove risiedono piccoli gruppi di convivenza di persone che si possono trovare ad affrontare condizioni di disagio psichico ma che tuttavia non necessitano di un'assistenza continuativa, perché in grado di gestire autonomamente, o insieme agli operatori sociali, la propria vita privata e sociale.

La gestione della quotidianità nella struttura, il rispetto delle regole, la dimensione di gruppo e il rapporto con le figure di riferimento dell'equipe, hanno un ruolo essenziale non solo per il recupero di abilità di base, ma soprattutto per la ricostruzione della consapevolezza di sé e della propria dignità personale. A tale scopo particolare attenzione

⁸ D.P.R 14 gennaio 1997 n.42

⁹ Ministero della Salute, le strutture psichiatriche, accordo conferenza unificata 17 Ottobre 2013

viene riservata all'affiancamento nei momenti dedicati alla pulizia, all'igiene personale e al proprio spazio di vita, soprattutto nella prima fase di inserimento. Altrettanta importanza viene data alla partecipazione alle attività quotidiane che assumono un valore riabilitativo essenziale. La partecipazione deve essere costante, poiché la continuità nel portare avanti impegni e progetti da parte dell'utente sviluppa un più alto grado di autonomia. Alle varie attività educative-riabilitative si affiancano i programmi finalizzati all'inserimento lavorativo.

La permanenza di una persona con problemi di salute mentale in un contesto abitativo protetto mira a favorire e facilitare una graduale riduzione del deficit di funzionamento personale e sociale, tramite un incremento delle competenze nell'area delle autonomie.

SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA

Il SPDC è impegnato nella cura e nell'assistenza di persone con disturbo psichico critico e grave. Garantisce: ricoveri volontari, ricoveri in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e attività di consulenza urgente attraverso l'accesso al Pronto Soccorso.¹⁰ È strettamente collegato con il CSM, una delle cui funzioni è infatti l'organizzazione degli inserimenti delle persone che soffrono di disagio psichico nei ricoveri. Il TSO è il trattamento sanitario obbligatorio che si attua nei casi d'urgenza quando la persona non è cosciente della propria condizione rifiutando il periodo di degenza. L'equipe multidisciplinare è formata da: medici, infermieri, tecnici della riabilitazione psichiatrica, psicologi, operatori socio-sanitari e non sempre è prevista la figura dell'educatore professionale. Il numero dei posti letto è tendenzialmente uno ogni 100,000, anche se ciascun SPDC contiene un numero non superiore a 16 posti letto e deve avere spazi distinti per degenza maschile e femminile.

La terapia prevista nell' SPDC è strettamente farmacologica poiché il ricovero si pone l'obiettivo di stabilizzare le fasi acuzie e la remissione dei sintomi dei pazienti. Successivamente tramite la rete dei servizi competenti, si lavora per l'inserimento degli individui in strutture adeguate in base alle loro necessità e bisogni.

¹⁰Ministero della salute, la rete dei servizi della Salute Mentale

DAY HOSPITAL

Costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine. E' un servizio ospedaliero che può essere inoltre, collocato presso strutture esterne all'ospedale, collegate con il CSM. È aperto almeno otto ore al giorno per 6 giorni alla settimana. Ha la funzione di:

- permettere l'effettuazione coordinata di accertamenti diagnostici vari e complessi
- effettuare trattamenti farmacologici
- ridurre il ricorso al ricovero vero e proprio o limitarne la durata¹¹
- consulti psicologi e di supporto infermieristico

1.3 I principali disturbi psichici

Il termine DSM è l'acronimo di Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders («Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali») ed è uno degli strumenti diagnostici per disturbi mentali più utilizzati da medici, psichiatri e psicologi di tutto il mondo. La prima versione risale al 1952 (DSM-I) e da allora ci sono state modifiche che hanno portato alla pubblicazione nel DSM-5, nel 2013, negli Stati Uniti.” Il DSM-5 contiene tutti i criteri diagnostici di malattie mentali per adulti e bambini. Medici e operatori della salute mentale qualificati, fanno riferimento a questo manuale per determinate diagnosi accurate e affidabili”. Il manuale acquisisce un'importanza fondamentale perché permette un linguaggio comune, accessibile a tutti gli operatori della salute mentale. Esso fornisce un codice e i criteri diagnostici per ciascun disturbo mentale, spiegandone le condizioni dei soggetti portatori. Il DSM-5 fornisce informazioni sulla prevalenza, i fattori di rischio, tipico corso e sviluppo e la prognosi di ogni diagnosi. Per ciascun disturbo c'è una descrizione del suo funzionamento generale e dei sintomi che lo caratterizzano. Prima di proseguire è necessario distinguere la psicosi dalla nevrosi. “Con il termine psicosi si indica un gruppo di disturbi caratterizzati da gravi alterazioni del pensiero, delle senso-percezioni, dell'affettività, della sfera cognitiva e della

¹¹ibidem

psicomotricità, che finiscono per influenzare pesantemente il comportamento stesso del paziente”.¹² Per nevrosi si intendono i disturbi psichici più comuni, che possono generare intensa sofferenza nell’individuo ma che non compromettono il rapporto con la realtà, a differenza della psicosi in cui è presente un distacco dalla realtà.

È necessario descrivere i principali disturbi psichici per avere una visione più ampia del loro sviluppo e decorso.

I DISTURBI DI PERSONALITÀ

La personalità è ciò che ci rende unici e distinguibili dagli altri. Essa è influenzata dall’ambiente circostante, dalle esperienze che facciamo e dalle conseguenti reazioni personali, e dai tratti ereditari. Essa tende a restare stabile nel tempo, ma fattori esterni possono indurre dei cambiamenti.

In generale, i disturbi di personalità sono diagnosticati nel 40-60% dei pazienti psichiatrici, rendendoli i più frequenti nelle diagnosi. Questi sono generalmente riconoscibili nell’adolescenza, nell’inizio dell’età adulta o talvolta anche dall’infanzia. I disturbi della personalità influenzano diverse aree: il modo di pensare sé stessi e gli altri, il modo di rispondere emotivamente, il modo di relazionarsi con altre persone e il modo di controllare il proprio comportamento. Essi sono nel DSM-5 organizzati in 3 cluster, basati su somiglianze descrittive. Il cluster A è caratterizzato da comportamenti “bizzarri” o eccentrici, in cui si agisce spesso con diffidenza e si tende a isolarsi. Ne fa parte il disturbo paranoide, schizoide e schizotipico.

Le persone con un disturbo di personalità paranoide risultano spesso sospettose e diffidenti nei confronti degli altri. “Sulla base di poche o nessuna prova, sospettano che gli altri siano intenzionati a danneggiarli e, generalmente, trovano motivazioni ostili o malevoli dietro le azioni altrui. A causa di ciò, gli individui con personalità paranoide possono attuare condotte che essi ritengono giuste, ma che le altre persone reputano eccessive o ingiustificate. Questo comportamento conduce spesso al rifiuto da parte delle altre persone”. Spesso sostengono la loro idea con un alto grado di convincimento, e la vigilanza che si prefiggono di mantenere per sentirsi al sicuro li porta a sentirsi ansiosi ed

¹² Nardi Bernardo, Manuale essenziale di psichiatria p.104 2009

emotivamente esausti. Dal momento che non si fidano degli altri, hanno bisogno di essere autosufficienti e avere tutto sotto controllo.

Le persone con una personalità schizoide sono introversive, ritirate e solitarie. Sono emozionalmente fredde e socialmente distanti. Generalmente si concentrano sui propri pensieri e sentimenti, possono risultare intimorite e disinteressate a creare rapporti intimi con altre persone. Sono poco comunicative, e preferiscono la teoria alla pratica. Il fare risulta spesso uno sforzo eccessivo di energie per chi vive il disagio. Inoltre, chi è affetto dal disturbo della personalità schizoide non si preoccupa di cosa pensano gli altri, con evidenti difficoltà a reagire e a mostrare emozioni.

I soggetti caratterizzati da una personalità schizotipica, risultano socialmente ed emozionalmente distaccati. Mostrano bizzarrie nel pensiero, nella percezione e nella comunicazione. Alcune persone con personalità schizotipica mostrano pensieri fantasiosi e immaginari, nella convinzione che questi possano controllare eventi o altre persone, senza agire direttamente su di loro. Per esempio, possono voler danneggiare qualcuno soltanto facendo pensieri aggressivi. I soggetti con una personalità schizotipica presentano a volte idee paranoide.

I disturbi mentali appartenenti al cluster B sono caratterizzati da comportamenti drammatici. Egocentrismo, scarsa empatia e una forte emotività caratterizzano questi disturbi. Il cluster B comprende il disturbo di personalità narcisistico, istrionico, borderline e quello antisociale.

I soggetti con personalità antisociale, mostrano sistematiche e croniche negligenze per i diritti e le sensibilità altrui. La disonestà e la menzogna pervadono i loro rapporti sociali. Usano gli altri per ottenere vantaggi materiali o soddisfazione personale (differiscono dai soggetti narcisisti, che sfruttano le altre persone reputando giustificate tali azioni in virtù della loro presunta superiorità). Tipicamente, le persone con una personalità antisociale sono impulsive ed irresponsabili. Tollerano male la frustrazione e esprimono comportamenti ostili o violenti. Spesso non prevedono le conseguenze negative dei loro comportamenti e, malgrado i problemi o i danni che causano agli altri, non provano rimorso o colpa. Sono inclini all'alcolismo, all'abuso di sostanze, alle perversioni sessuali. Molto spesso falliscono nel lavoro o cambiano attività in maniera imprevedibile.

Il Disturbo Borderline di personalità è una condizione che genera un significativo livello di instabilità emotiva ed è caratterizzato da un'immagine distorta di sé, come il sentirsi inutile o sbagliato. Il paziente oscilla rapidamente lungo intensi stati di rabbia, dolore, vergogna, panico, solitudine. Si tratta di individui caratterizzati da una notevole impulsività e per il quale il vivere è sovente motivo di dolore. La sintomatologia cognitiva si caratterizza per la presenza di stati mentali di natura non psicotica, come l'idea pervasiva di essere cattivi, le esperienze di dissociazione (depersonalizzazione e derealizzazione), la sospettosità e le idee di riferimento. Ciò nonostante è possibile la comparsa di sintomi quasi-psicotici o psicotici transitori. A volte la persona può avere delle allucinazioni. L'impulsività può mostrarsi in due modalità: o in quella autodistruttività (tentativi di suicidio, automutilazioni) o in una forma più generica (abuso di sostanze, rabbia incontenibile, scoppi verbali). Le relazioni sono intense ed instabili, accompagnate da una pervasiva paura dell'abbandono. L'equilibrio nelle stesse, appare alle volte instabile, soprattutto in quelle più intime; caratterizzate da frequenti discussioni, ripetute rotture e sentimenti di fiducia dell'altro, che si alternano a vissuti di svalutazione. Il paziente reagisce ricorrendo a strategie difensive che alimentano il rischio di una rottura relazionale.

“Le persone con un disturbo di personalità istrionica cercano sistematicamente l'attenzione altrui, risultano drammatici nell'espressione dei sentimenti, eccessivamente emotivi e sono preoccupati per come appaiono agli altri.”

Le loro modalità interpersonali sono vivaci ed espressive e inducono facilmente le altre persone a farsi coinvolgere emotivamente, anche se i rapporti che creano sono spesso superficiali e transitori. La loro espressione emotiva risulta spesso esagerata e infantile. Il loro comportamento seduttivo esprime un intenso desiderio di essere protetti.

“Le persone con una personalità narcisistica sono caratterizzate da senso di superiorità, esigenza di ammirazione e mancanza di empatia.” Si sentono superiori alle altre persone esprimendo una credenza esagerata del loro valore o della loro importanza. Possono essere estremamente sensibili ai fallimenti, alla sconfitta, o alla critica. Se incontrano un fallimento, a causa della loro elevata opinione di sé, possono facilmente manifestare estrema rabbia o depressione. Dal momento che si vedono superiori agli altri

spesso pensano di essere ammirati o invidiati. Il loro comportamento risulta solitamente offensivo per gli altri, che li vedono come arroganti o egoisti.

DISTURBI D'ANSIA

È necessario sapere che l'ansia è un'emozione che tutti quanti abbiamo provato di fronte alla percezione di una minaccia, ma questo non implica che in seguito si sviluppi un disturbo d'ansia. “L'ansia è un termine largamente usato per indicare un complesso di reazioni cognitive, comportamentali e fisiologiche che si manifestano in seguito alla percezione di uno stimolo ritenuto minaccioso e nei cui confronti non ci riteniamo sufficientemente capaci di reagire.” Quando si manifesta è caratterizzata da sensazioni di preoccupazione, inquietudine e nervosismo. La risposta cambia tra gli individui e, quando ci troviamo davanti soggetti che non riescono a affrontarla, essa può diventare patologica. L'ansia patologica è disfunzionale perché, essendo persistente, interferisce con la nostra prestazione e con la nostra vita, e può essere associata ad eventi neutri, che non sono realmente pericolosi; a differenza dell'ansia fisiologica. Essa viene considerata un disturbo quando si manifesta in momenti inappropriati e quando è talmente persistente e duratura da interferire con le normali attività di una persona, causando malessere. Le cause dell'insorgenza del disturbo sono plurime: ambiente (stress o ambiente traumatico), fattori genetici, sviluppo patologico o una patologia fisica. Quando la risposta agli stress è inadeguata può insorgere un disturbo d'ansia. L'intensità del disturbo può manifestarsi in forma di apprensione appena percepibile o di attacco di panico conclamato, che può causare respiro affannoso, vertigini, aumento della frequenza cardiaca e tremore. Il disturbo ansioso può interferire talmente tanto con la vita di un individuo da causare depressione.

I disturbi d'ansia comprendono: il disturbo d'ansia generalizzato, i disturbi fobici e i disturbi da attacco di panico. Il disturbo d'ansia generalizzato è caratterizzato da un'eccessiva tensione e preoccupazione davanti a determinate situazioni, con una riduzione significativa della qualità di vita. L'entità, la frequenza e la durata dello stato ansioso sono maggiori rispetto a quanto giustificato dalla situazione. I sintomi ansiosi tendono ad essere presenti per tutta la giornata, e le preoccupazioni a differenza che negli altri disturbi d'ansia dove sono spesso riconducibili a situazioni specifiche e circoscritte, nei DAG non riguardano un tema specifico ma sono estese ai diversi ambiti della vita del

paziente. Sono appunto “generalizzati”. Le fobie sono disturbi d’ ansia molto diffusi, caratterizzati da una paura incontrollabile nei confronti di una situazione. Anche se la persona ha la consapevolezza che l’oggetto della propria fobia non sia minaccioso, l’esposizione alla situazione induce una reazione psichica ed emotiva più o meno intensa, con sintomi a carattere neurovegetativo (tachicardia, tremore, sudorazione, etc.)” Un attacco di panico è un breve periodo di estremo malessere, ansia o paura che si manifesta all’improvviso ed è accompagnato da sintomi fisici e/o emotivi.” Quando gli attacchi di panico si presentano frequentemente in un breve lasso di tempo allora si parla di disturbo. Gli attacchi di panico possono indurre determinati sintomi come dolore toracico, senso di soffocamento, vertigini, nausea e respiro affannoso. Poiché gli attacchi di panico possono presentarsi senza apparente motivo, il soggetto che li accusa spesso cerca di prevenirli, ed è preoccupato per un possibile altro attacco successivo (tale condizione è definita ansia anticipatoria), per cui tende a evitare i luoghi che associa a precedenti attacchi di panico.

DISTURBI DELL’UMORE

I disturbi dell’umore comprendono tutta una serie di disturbi psicopatologici accompagnati da sintomi che consistono in alterazioni o anomalie del tono dell’umore dell’individuo, che sono di entità tale da causare problemi o disfunzioni persistenti e ripetute, oppure disagio marcato, nonché disadattamento alle condizioni ambientali di vita, con varie ripercussioni nella vita personale. Nel DSM-5 i disturbi dell’umore sono stati suddivisi in due categorie distinte: i disturbi depressivi e i disturbi bipolari.

Nei disturbi depressivi è importante sottolineare come non tutte le modificazioni del tono dell’umore siano patologiche, poiché a tutti capita di provare in alcuni momenti tristezza, pessimismo e sconforto.” Si parla di depressione quando il disturbo dell’umore è pervasivo e influenza significativamente il funzionamento sociale, personale, lavorativo e relazionale del soggetto.” La depressione maggiore è una depressione non collegabile a particolari eventi (traumi, lutti ecc..). I principali sintomi sono: tono dell’umore depresso per gran parte della giornata, gamma di interessi ridotta o assente, costanti situazioni di stanchezza, bassa autostima, ridotte capacità di concentrazione e attenzione, insonnia o ipersonnia persistente e nei casi più gravi il soggetto ha pensieri suicidari. A

differenza dei disturbi depressivi (caratterizzati da una sola polarità), i disturbi bipolari alternano episodi maniacali o ipomaniacali a episodi depressivi. L'umore è fisiologicamente influenzato e perturbato, ma attraverso complessi meccanismi di regolazione mantiene un equilibrio. Il disturbo bipolare è caratterizzato dalla perdita più o meno marcata di questo equilibrio: da un lato la persona palesa disinibizione esasperata e altri comportamenti eccessivi e socialmente inappropriati, dall'altro palesa forme depressive così acute da portare anche ad episodi di autolesionismo. Il DSM 5 suddivide 3 tipologie di disturbo bipolare:

-disturbo bipolare di tipo I è caratterizzato dalla presenza nell'arco della vita di un episodio maniacale, a prescindere dalla presenza o meno di altri episodi depressivi o ipomaniacali, che tuttavia si associano frequentemente agli episodi di mania.

– Il disturbo bipolare di tipo II è caratterizzato dalla presenza nell'arco della vita da uno o più episodi depressivi maggiori accompagnati da almeno un episodio ipomaniacale.

– Il disturbo ciclotimico (o ciclotimia) è caratterizzato dall'alternanza di episodi di depressione e ipomaniacali di lieve intensità ma con elevata frequenza, che portano a una lunga e ininterrotta fase di malattia della durata di almeno due anni, con cambiamenti comportamentali che provocano notevoli complicazioni a livello psicosociale.

DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

“Il disturbo ossessivo-compulsivo è caratterizzato da pensieri ricorrenti, persistenti, non voluti e intrusivi, incalzanti, o da immagini (ossessioni) e/o comportamenti ripetitivi o azioni mentali che i pazienti si sentono spinti a compiere (compulsioni) per cercare di diminuire o evitare l'ansia che provocano tali ossessioni.” Il sintomo principale del DOC è la presenza, per gran parte della giornata, di compulsioni e/o ossessioni che causano sofferenza e compromettono le relazioni sociali e l'attività lavorativa.¹³ Le persone con DOC possono avere pensieri ossessivi o compulsioni, ma la maggior parte delle persone che soffrono di questo disturbo li presentano entrambi. Un'ossessione è un pensiero indesiderato e sgradevole, un'immagine o un impulso che si presenta più e più volte nella mente provocando emozioni negative, come il disagio e l'ansia. Pertanto, i pazienti di

¹³ Il disturbo ossessivo-compulsivo, Francesco Mancini

solito cercano di ignorare e/o di sopprimere i pensieri, le sollecitazioni o le immagini. O cercano di neutralizzarli eseguendo una compulsione. Una compulsione è un comportamento che si sente il bisogno di ripetere continuamente (o un'azione mentale che si deve compiere per cercare di alleviare temporaneamente l'ansia e le sensazioni spiacevoli causate dai pensieri ossessivi). In genere, i rituali compulsivi devono essere eseguiti in modo preciso in base a regole rigide. I trattamenti principali per il DOC sono la psicoterapia e la terapia farmacologica.

SCHIZOFRENIA

Il termine schizofrenia è un disturbo psichico che comporta disfunzioni cognitive, comportamentali ed emotive. Un soggetto per avere una diagnosi di schizofrenia, secondo i criteri del DSM-5, deve aver avuto almeno due dei seguenti sintomi, ciascuno presente per una parte di tempo significativa durante un periodo di un mese: deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato (es: frequente deragliamento o incoerenza), comportamento grossolanamente organizzato o catatonico e sintomi negativi (ad es: diminuzione dell'espressione delle emozioni e abulia). I sintomi della schizofrenia si suddividono in sintomi positivi e negativi. I sintomi cosiddetti "positivi" sono i deliri e le allucinazioni. Si definisce delirio una convinzione falsa che la persona continua a mantenere anche se gli si dimostra che è sbagliata (idee deliranti di grandezza, di persecuzione, mistiche, di colpa ecc..). Le allucinazioni consistono in un'alterazione nel modo di percepire le cose che possono interessare tutti e cinque gli organi di senso. Le allucinazioni più comuni sono il sentire voci inesistenti e vedere oggetti e persone non reali. I sintomi negativi sono manifestazioni meno eclatanti rispetto ai sintomi positivi, ma non meno gravi e invalidanti. I sintomi della schizofrenia comunemente compromettono l'esecuzione di complesse e difficili funzioni cognitive e motorie; quindi, i sintomi spesso interferiscono in modo marcato con il lavoro, con le relazioni sociali e con la cura di sé. Le conseguenze più frequenti sono la disoccupazione, l'isolamento, il deterioramento delle relazioni e lo scadimento della qualità di vita.¹⁴

¹⁴ Schizofrenia, di Carol Tamminga, 2020

DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

Il DSM-5 ha introdotto numerose novità per cercare di migliorare la descrizione dei sintomi e dei comportamenti delle persone che soffrono di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. "I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale".¹⁵ Il DSM-5 include 8 categorie diagnostiche necessarie a classificare i sintomi e l'eventuale trattamento. I DCA più frequenti e che andremo brevemente a descrivere sono l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il binge-eating. L'anoressia è caratterizzata da una eccessiva preoccupazione verso il proprio peso corporeo, dalla distorsione dell'immagine di sé, vista come sgradevole o inaccettabile e dalla restrizione dell'assunzione di cibo, comportando problemi fisici e psicologici di notevole importanza. La bulimia nervosa è caratterizzata da un'eccessiva assunzione di cibo, definita come abbuffata, seguite da episodi volti a liberarsi della quantità di cibo ingerita con metodi quali il vomito autoindotto o l'uso di lassativi. Le abbuffate possono essere innescate e favorite dalle diete, dallo stress o dalle emozioni negative, come la rabbia o la tristezza. Il vomito e le altre tecniche per evitare di ingrassare sono tutti modi per avere l'impressione di tenere meglio sotto controllo la propria vita e alleviare lo stress e l'ansia. Il disturbo da binge-eating è caratterizzato da abbuffate analoghe a quelle della bulimia, ma che non vengono seguite da pratiche di eliminazione o compensazione. Chi ne è affetto, quindi, è spesso obeso o in notevole sovrappeso. Le abbuffate di solito avvengono in solitudine per l'imbarazzo che la persona prova nel mangiare tutto quel cibo. Le persone affette da un disturbo alimentare possono avere ripercussioni sulle proprie capacità relazionali, hanno difficoltà emotive, problemi nello svolgimento delle normali attività sociali, lavorative, e complicazioni mediche, poichè la percezione distorta che la persona ha del suo corpo influenza in modo non obiettivo i suoi atteggiamenti e pensieri.

¹⁵ Ministero della Salute, disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

1.4 Il ruolo dell'Educatore professionale nella riabilitazione psichiatrica

L'educatore professionale svolge la sua attività professionale, nell'ambito delle proprie competenze, in strutture e servizi sociosanitari e socioeducativi pubblici o privati, sul territorio, nelle strutture residenziali e semiresidenziali, in regime di dipendenza o di libera professione. In tali contesti l'educatore professionale: programma, gestisce e verifica interventi educativi mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti in difficoltà, per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia. programma, organizza, gestisce e verifica le proprie attività professionali all'interno di servizi, in modo coordinato e integrato con le altre figure professionali presenti nelle strutture. Viene individuato l'EP come "operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativi/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà"

All'interno della riabilitazione psichiatrica questa figura assume molto rilievo.

L'EP ha un ruolo centrale in ambito psichiatrico: egli, come professionista dell'educazione, è un facilitatore dell'apprendimento, e, oltre a conoscere a fondo i processi di apprendimento, ha la capacità di stimolare la persona a impegnarsi in un percorso individualizzato terapeutico. È parte integrante di un'equipe multidisciplinare che coopera per obiettivi e finalità comuni. Nella salute mentale, la figura dell'Educatore professionale funge prettamente da mediatore tra il paziente ed i suoi processi di organizzazione cognitiva ed emotiva; egli trova tra le sue funzioni quella di aiutare, tramite strumenti metodologici, il paziente nei compiti quotidiani che ogni giorno si trova davanti, contribuendo così alla ristrutturazione della sua immagine interiore, a una futura autonomia e a un conseguentemente miglioramento della qualità di vita.

L'intervento dell'Educatore è complesso ed articolato, in quanto esercita quotidianamente un ruolo di mediazione tra i bisogni degli utenti e le risorse professionali e strumentali a disposizione.

L'Educatore è chiamato a riconoscere e ad ascoltare con particolare attenzione i sentimenti che ciascun utente prova e sperimenta, ad amplificarli e a dar loro voce. Egli

tramite la sua sensibilità e grazie a strumenti tecnici deve essere in grado di individuare i bisogni dell'utente che non sempre esplicita. Alcuni strumenti che l'Educatore impara ad utilizzare e ad affinare nell'esercizio del suo incarico privilegiano sono: la relazione empatica, l'osservazione, la capacità di lavorare in equipe, la supervisione, l'ascolto attivo, la capacità di analisi, l'utilizzo della famiglia come risorsa indispensabile. La relazione educativa rappresenta le fondamenta dell'agire educativo ed è il luogo in cui si origina l'intero processo riabilitativo. È il presupposto necessario per l'inizio di un buon percorso tra utente-operatore il rapporto di fiducia reciproca che si instaura è una condizione per promuovere il cambiamento. L'osservazione, in tutto questo, rappresenta uno strumento fondamentale di conoscenza, indispensabile per strutturare l'assessment necessario per il PEI.

La prima fase del processo di riabilitazione nella salute mentale è l'accoglienza, in cui l'educatore professionale organizza alcuni incontri conoscitivi per effettuare una valutazione complessiva del soggetto che ha davanti. Questa prima fase è molto delicata, perché si creano le basi per il successivo sviluppo della relazione educativa. La seconda fase consiste nell'assessment ovvero l'organizzazione di dati e informazioni attraverso l'utilizzo di specifici strumenti. Indagando il funzionamento globale della persona: le risorse, le carenze, gli aspetti deficitari, la storia individuale, il contesto in cui vive e la sua rete sociale. Gli strumenti utilizzati per l'assessment possono essere strutturati o non strutturati. I primi sono composti principalmente dall'osservazione diretta e/o partecipata sul campo e da colloqui con utenti e familiari. I secondi utilizzano strumenti quali test, scale di valutazioni, interviste semi-strutturate. Fra gli strumenti validanti che possono essere utilizzati in psichiatria si presenta il Vado.

Dopo la valutazione l'EP è in grado di identificare i bisogni primari e raggiungibili. Partendo da ciò struttura un progetto educativo individualizzato. Il progetto va fatto con l'utente e deve essere declinato al contesto di vita in cui vive.¹⁶ In questo quadro del progetto (PEI) vengono individuati: finalità, obiettivi, attività (metodologie e strategie), le risorse utilizzate, i tempi, i costi, le varie verifiche e la valutazione finale.

¹⁶ Matteo Balestrieri, L'educatore professionale e il processo educativo-riabilitativo in psichiatria

Gli obiettivi possono essere a medio-lungo-breve termine e devono essere calibrati sulle reali possibilità di raggiungerli.

Tra gli obiettivi generali che l'educatore professionale deve perseguire troviamo : agganciare il paziente e mantenere il contatto utente-servizio, sostenere la raggiunta compliance, testare le motivazioni dell'utente al cambiamento, verificare l'aderenza ai piani di trattamento e riabilitazione, entrare in empatia con il disagio del paziente, coinvolgere l'utente nella programmazione di attività riabilitative, aiutare l'utente ad assumersi responsabilità, fornirgli possibili strumenti per poter agire in autonomia, contenere il senso di abbandono dell'utente e riuscire a lavorare d'equipe per perseguire i vari obiettivi.

È da sottolineare, come abbiamo appena visto, che la riabilitazione psichiatrica può intervenire su molti aspetti della vita del paziente: cura del sé, conoscenza e rispetto degli altri e delle norme sociali, la gestione del denaro, il lavoro, la rete familiare, alla scansione dei tempi della giornata e alla convivenza con gli altri.

La scelta dell'attività è calibrata in base all'area su cui scegliamo di intervenire, dalle possibilità e attitudini dell'utente. L'educatore sceglierà come strutturare le attività da lui proposte: individuali o di gruppo, al chiuso o all'aperto, strutturate o non strutturate, la durata e la frequenza. Esse sono uno dei mezzi per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

L'educatore professionale occupa quindi, una posizione fondamentale per la riabilitazione psichiatrica, poiché fa da filo conduttore tra l'utente e il servizio in cui è a carico. Vivendolo quotidianamente diventa spesso, l'operatore su cui il paziente ci si affida.

CAPITOLO 2

I LABORATORI MULTIDISCIPLINARI NELLA SALUTE MENTALE

L'educatore professionale che opera all'interno delle strutture psichiatriche, grazie alle sue competenze, progetta e utilizza i laboratori multidisciplinari nella riabilitazione psichiatrica come mezzo per il miglioramento, il potenziamento, lo sviluppo e l'acquisizione delle funzioni cognitive quali la memoria, l'attenzione, la percezione, la comprensione del mondo esterno, la capacità di dare risposte adeguate, di farsi capire con le parole e le azioni, di riconoscere e modulare le proprie emozioni, di orientarsi nello spazio e nel tempo, di gestire il denaro e di entrare in relazione con gli altri. Questi sono solo alcune abilità che il laboratorio permette di potenziare, nei paragrafi successivi vedremo specificatamente come si strutturano i principali laboratori utilizzati nella riabilitazione psichiatrica. La proposta degli stessi è calibrata sugli interessi, sulle abilità e potenzialità dei pazienti coinvolti, con l'intento di supportare, sostenere e rafforzare gli obiettivi previsti nel loro percorso terapeutico individuale. Andremo ad analizzare i principali laboratori utilizzati per la riabilitazione psichiatrica con una particolare attenzione ai laboratori artistici e alla cineterapia

2.1 Laboratori arte terapia

È affidata all'equipe, più specificatamente all'educatore professionale, il compito di impostare e condurre, in accordo con l'equipe stessa, progetti educativi individualizzati volti al miglioramento della qualità di vita dell'utenza ed a un maggior stato di benessere. I laboratori possono essere il mezzo per raggiungere gli obiettivi prefissati dall'educatore professionale. Pittura, teatro, musica, artigianato fanno emergere risorse e potenzialità che ognuno possiede; chi più chi meno. È un lavoro in parte individuale che si svolge però in un contesto di gruppo. Andremo ad analizzare i principali laboratori artistici nella riabilitazione psichiatrica

2.1.1 Arteterapia pittorica

Il rapporto tra arte e terapia inizia a svilupparsi intorno al 19 secolo, dopo che all'interno degli istituti psichiatrici si osservò che i pazienti nel tempo libero provavano piacere nel disegnare, colorare e dipingere. In questi anni scaturì la convinzione che le rappresentazioni artistiche dei pazienti fornivano informazioni sul loro mondo interiore ed era quindi necessario analizzarle. Freud ebbe un ruolo fondamentale nello sviluppo dell'idea che l'arte poteva essere un forte strumento terapeutico. Gli psicoterapeuti tramite lo studio dei testi di Freud si resero conto che le immagini, sotto forma di prodotti artistici, potevano fornire dei messaggi che le parole da sole non erano in grado di veicolare. Cominciava a prendere piede l'idea, che l'espressione per immagini avesse un valore simbolico: si concentrò l'attenzione sul significato delle immagini prodotte dai pazienti per comprendere pensieri e sentimenti inconsci o rimossi.

Per poter parlare di arte come mezzo terapeutico e riabilitativo, ci si è presto resi conto che era necessario strutturare nei minimi dettagli il setting nel quale si svolge l'attività e preparare gli operatori con una specifica formazione "del doppio linguaggio". Le competenze artistiche e psicologiche sono necessarie per sapere come muoversi con i pazienti e per far sì che sia un'occasione terapeutica-riabilitativa per quest'ultimi e non solo divertimento.

Ad oggi l'utilizzo dell'arte si rivela molto utile nei contesti psichiatrici, per promuovere l'autostima, incrementare la socializzazione e facilitare il contatto con il proprio mondo emotivo, che spesso, nei pazienti, risulta caotico. Attraverso i laboratori artistici sono rilevabili, miglioramenti delle funzioni cognitive, quali memoria, attenzione, pianificazione. Essa è una forma di intervento, nel quale si fa uso di differenti mediatori artistici al fine di favorire l'empowerment della persona o del gruppo, la piena utilizzazione delle proprie risorse e il miglioramento della qualità della vita. Il laboratorio necessita di un setting ben preciso e strutturato in cui spazi e tempi sono definiti. Esso si configura come uno spazio allestito dove sperimentare e sperimentarsi in forme diversificate e creative. Nel laboratorio si utilizzano strumenti tecnici che hanno in vario modo a che fare con il mondo dell'espressione e della comunicazione attraverso il segno e l'immagine. Il laboratorio è un luogo dove, attraverso l'uso di materiali, tecniche, sostegno alla persona e stimoli sul piano cognitivo-relazionale, si favorisce l'esperienza

espressiva e lo sviluppo della creatività. Il laboratorio è spazio di relazione dove la persona sperimenta una situazione sociale orientata al benessere. La gestione del laboratorio si avvale della consulenza di artisti esperti del settore in grado di insegnare ed impostare l'attività seguendo diverse fasi della lavorazione fino ad arrivare al prodotto finito. Il riuscire a raffigurare immagini, sentimenti ed emozioni esprimendoli simbolicamente in una forma visiva concreta permette di poterli osservare come qualcosa di staccato da sé, e quindi poterli analizzare da una prospettiva diversa. Il laboratorio ha come obiettivo il potenziamento di abilità manuali e cognitive, attraverso la valorizzazione della creatività, in un agire di gruppo. Essa deve favorire nei soggetti il potenziamento delle capacità comunicative e l'acquisizione di autostima.

2.1.2 Danzamentoterapia

Secondo la definizione dell'APID la danzamentoterapia “promuove l'integrazione fisica, emotiva e cognitiva della persona, la sua maturità affettiva e psicosociale, lo sviluppo del suo potenziale creativo.”¹⁷ La specificità della DMT si riferisce al linguaggio del movimento corporeo, della danza ed al processo creativo quali principali modalità di valutazione ed intervento all'interno di processi finalizzati alla positiva evoluzione della persona. Pertanto il danzaterapeuta è una figura professionale che opera in campo clinico e/o socio-educativo, con funzioni di prevenzione, riabilitazione e terapia per mezzo del linguaggio corporeo nelle sue valenze rappresentative, comunicative e simboliche. La danzamentoterapia trova applicazione nel trattamento di numerosi disturbi psichiatrici: dalle psicosi ai disturbi d'ansia e dell'umore, dalle malattie psicosomatiche ai disturbi del comportamento alimentare e alle tossicodipendenze. Essa è un potente linguaggio per entrare in relazione profonda e naturale con sé stessi, con le proprie emozioni e con gli altri, attraversando i limiti e le barriere insite nella comunicazione verbale. Il corpo parla una lingua che va dritta all'essenziale e la maggior parte delle volte non mente. Il linguaggio verbale spesso non può tradurre i vissuti del corpo proprio perché la natura del corpo non è verbale. Quando si cerca di definire o concettualizzare le azioni o le manifestazioni emotive del corpo si rischia di interpretarlo

¹⁷ Definizione da statuto APID

e di giudicarlo. Lo spazio-tempo della danza, in cui si mescolano il senso del limite e il sentimento della trascendenza, diviene un inesauribile viaggio di ricerca, confronto e crescita. La danzamovimentoterapia rappresenta un originale intervento terapeutico; un percorso di cura e ascolto di sé attraverso una danza accessibile a tutti. Lo specialista acquisisce un ruolo fondamentale: la relazione che si instaura tra paziente e terapeuta è il requisito cardine per un'espressione emozionale autentica. È necessario che organizzi il setting in maniera minuziosa, in un ambiente "facilitante" in cui è possibile esprimere e organizzare i vissuti corporei e affettivi. Danzare è un atto profondamente creativo e da tempo è riconosciuta alla danza la capacità di curare la psiche e di apportare dei notevoli benefici al corpo umano

2.1.3 Teatroterapia

Il teatro con i suoi molteplici linguaggi apre canali comunicativi fra psichiatria, individuo e società.

Una definizione dell'OMS recita: "La riabilitazione è un processo che deve facilitare, agli individui con disabilità, l'accesso a tutte le opportunità per raggiungere il livello ottimale di funzionamento autonomo nelle comunità di appartenenza. Questo sia orientandosi a migliorare le competenze individuali, sia ad introdurre modificazioni ambientali che creino le condizioni per la migliore qualità di vita possibili"¹⁸. In questa dimensione si inserisce il laboratorio teatrale. Significa partecipare attivamente ad una esperienza, in un ambito "protetto", che consente di sperimentare modalità comunicative nuove, che mettono insieme la dimensione corporea, cognitiva ma soprattutto emozionale. Allo stesso tempo il gruppo e la condivisione della esperienza consentono di valorizzare la dimensione sociale e la collaborazione. Il laboratorio necessita di un'organizzazione ben strutturata. Nella fase preliminare vengono svolti incontri tra operatori, con e senza utenti, finalizzati ad un'elaborazione condivisa del progetto. È necessario una figura esperta e esterna (consulente tecnico) che diriga il tutto, strettamente monitorato e supervisionato dagli operatori del servizio. È necessaria una preparazione per far acquisire agli utenti le

¹⁸ Definizione OMS

basi della recitazione, caratterizzata da una serie di esercizi propedeutici finalizzati a prendere confidenza con il teatro e con lo spazio scenico, lavorando sulle capacità espressive del corpo e della voce. Il gesto è un'azione fatta dal corpo caratterizzato da movimenti posturali, di braccia e gambe che rientra nella sfera della comunicazione non verbale. La gestualità teatrale è una componente fondamentale della recitazione poiché utilizza l'espressività del corpo per mandare un messaggio. Successivamente in base alle conoscenze acquisite dagli operatori, sulle caratteristiche degli utenti, occorrerà definire i vari ruoli che gli attori acquisiranno all'interno dello spettacolo definendo i personaggi che andranno ad interpretare. Lo studio del copione è subordinato ad alcune abilità cognitive come la memoria e la comprensione. Dopo aver deciso e strutturato in maniera dettagliata il setting e i vari ruoli si metterà in scena lo spettacolo. Il laboratorio ha diversi obiettivi:

-controllare le proprie emozioni

-aiutare i soggetti a esprimere diversi linguaggi, verbali e non verbali, facilitando lo scambio tra il proprio mondo interno e esterno.

-ridurre le etichette e lo stigma, restituendo individualità al paziente, creando quel tessuto di empatia, tra attori e pubblico. Inoltre, esibirsi davanti a una platea può aumentare il proprio grado di autostima.

-Crescere insieme al gruppo, imparare a conoscere meglio se stessi e le proprie risorse, sviluppare potenzialità espressive, comunicative e creative.¹⁹

2.1.4 Musicoterapia

“La musicoterapia è l'uso della musica e/o dei suoi elementi (suono, ritmo, melodia e armonia) per opera di un musicoterapista qualificato, in rapporto individuale o di gruppo, all'interno di un processo definito, per facilitare e promuovere la comunicazione, le relazioni, l'apprendimento, la mobilitazione, l'espressione, l'organizzazione e altri obiettivi terapeutici degni di rilievo, nella prospettiva di assolvere i bisogni fisici, mentali,

¹⁹ Ibidem

emotivi, sociali e cognitivi. La musicoterapia mira a sviluppare le funzioni potenziali e/o residue dell'individuo, in modo che egli possa ottenere una migliore integrazione sul piano intrapersonale e/o interpersonale e, conseguentemente, una migliore qualità della vita attraverso la prevenzione, la riabilitazione o la terapia²⁰. È opportuno sottolineare che i trattamenti di musicoterapia dovrebbero essere svolti esclusivamente da personale qualificato, in possesso di un diploma che attesti un percorso di formazione. La musicoterapia è una disciplina basata sull'uso della musica come strumento educativo, riabilitativo o terapeutico e non prevede che il paziente sia mai entrato in contatto con strumenti.

Nell'ambito della riabilitazione psichiatrica vengono usate due tecniche di musicoterapia:

-la musicoterapia attiva che prevede la partecipazione attiva da parte del soggetto che sperimenta e utilizza gli strumenti messi a disposizione, tramite il corpo e la voce

-musicoterapia recettiva, essa prevede l'ascolto attivo, in cui gli utenti vengono stimolati a ascoltare e a proporre determinati brani musicali.

La condivisione sulla scelta del brano da ascoltare facilita la costruzione delle relazioni perché aiuta i vari componenti del gruppo a conoscersi. Nei gruppi questa condivisione migliora la comunicazione e la socializzazione, lavorando sugli aspetti più elementari dello stare insieme: rispettare l'altro, rispettare le canzoni scelte dell'altro, suonare in gruppo seguendo lo stesso ritmo, accelerare o aumentare il battito ecc.. L'ascolto di canzoni, melodie e suoni agisce sui nostri stati d'animo e sulle nostre emozioni permettendo alle persone che partecipano al gruppo di poter rielaborare ciò che hanno provato o sentito. Attraverso la condivisione delle modalità espressive di ognuno, e mediante l'introduzione di opportune variazioni, la musicoterapia può consentire l'apertura di nuovi canali comunicativi, utilizzabili dal soggetto può esprimersi con più facilità.

2.1.5 Laboratorio artigianale

Il laboratorio artigianale può essere inteso come un laboratorio socio-occupazionale che

²⁰ definizione ufficiale data dalla "World Federation of Music Therapy"

offre a persone affette da un disturbo psichico la possibilità di sperimentarsi in ambito manuale e creativo, lavorando alla realizzazione di creazioni artigianali ed artistiche o nei processi di assemblaggio di prodotti. Consiste nella lavorazione di determinate materiali come il legno, la stoffa, feltro, pelle, produzione di carta, ceramica, argilla e altri ancora. È necessario una figura esterna del settore artigianale che sostiene e aiuta gli utenti durante lo svolgimento dell'attività. Il fine del laboratorio artigianale sta nell'incrementare alcune abilità cognitive del paziente a prescindere da quelle fini-motorie. In questo contesto si mettono in gioco attenzione, concentrazione, continuità e creatività

2.2 Laboratorio scrittura autobiografica

La scrittura autobiografica di gruppo riavvicina il paziente alla parola scritta e gli offre l'opportunità di poter comunicare quello che per tutti è difficile comunicare, e cioè il proprio mondo di dolore, sogni, aspettative, disagi e relazioni. Allo stesso tempo fa in modo che la persona attinga possibilità espressive dal proprio patrimonio di esperienze, di memoria, di passato e di valori. La parola scritta serve come mezzo per mettere a nudo le proprie emozioni, guardarle, accettarle, capirle. Il gruppo è formato da operatori ed utenti, lo scambio di frammenti autobiografici faciliterà il processo di stima e fiducia tra loro. La scrittura autobiografica permette di pensarsi come una trama di ricordi e di esperienze che collega il passato al presente e si apre al futuro. I partecipanti saranno invitati a dedicare spazio e tempo alla cura della propria storia, alla sospensione del giudizio e all'ascolto partecipato delle storie altrui. Scrivere è un gesto che richiede un tempo maggiore rispetto alla narrazione orale e questo facilita la riflessività, il pensiero, la consapevolezza. Per questo motivo, offrire alle persone la possibilità di raccontarsi attraverso le parole scritte significa dare loro modo di costruirsi degli strumenti volti al riconoscimento e alla valorizzazione di sé attraverso un incremento di autoconoscenza, di autostima e di consapevolezza

2.3 Laboratorio di cucina

L'obiettivo è quello di definire uno spazio all'interno del quale permettere il recupero o l'acquisizione di competenze specifiche nella direzione di un'autonomia funzionale sempre maggiore.

Inizialmente il gruppo che parteciperà all'attività dovrà scegliere che piatto cucinare. Per poi predisporre l'ambiente, gli alimenti e gli attrezzi necessari, con l'aiuto degli operatori se necessario. Dovranno essere concordati i tempi e i vari ruoli che ciascuno ha. Il gruppo riveste un ruolo fondamentale poiché esso tende a sviluppare il concetto di appartenenza, favorendo la socializzazione e la collaborazione, nonché l'acquisizione di ruoli diversi. È necessario che gli utenti cooperino in sintonia e si dividano i vari compiti per portare a termine il piatto scelto. Ognuno all'interno del gruppo ha un ruolo diverso, ma fondamentale per la riuscita del prodotto finale. Si crea così un obiettivo comune, in cui la piena realizzazione dipende da ciascuna persona. Successivamente, dopo aver portato al termine la pietanza i ragazzi e gli operatori si siedono per gustare ciò che hanno preparato, perciò si crea un'occasione di condivisione e interazione. Infine è necessario che tutti insieme puliscano e riordinino la cucina e la sala da pranzo. L'organizzazione tra gli utenti acquisisce un ruolo fondamentale per tutto lo svolgimento dell'attività. L'obiettivo è che un domani siano in grado di cucinarsi in autonomia e di riuscire a diversificare i pasti nei diversi giorni, per avere un'alimentazione salutare.

2.4 La cineterapia

Il cinema nasce principalmente come luogo di intrattenimento, in alcuni casi anche di tipo culturale e sociologico, ma sicuramente luogo molto lontano dagli effetti trasformativi che la cinematerapia tende a perseguire. Ciò non vuol dire che guardare un film nella sala cinematografica sia privo di effetti. Il film modifica l'umore e offre sensazioni; può ad esempio rallegrare come intristire o meravigliare come stupire. Il film ha un grande potere evocativo e suscita immedesimazione ed emozione. È però difficile immaginare che esistano film per realizzare un felice rapporto di coppia, per vincere il vuoto d'angoscia o per realizzare i propri sogni esistenziali. Il cinema potremmo immaginarlo come uno strumento che a seconda dell'uso che se ne fa, della mano che lo utilizza può declinarsi

in progettualità differenti.²¹

Freud agli inizi del 1900 utilizzava i sogni come uno strumento non affermando mai che i sogni di, per sé, hanno una funzione terapeutica. Freud ha semmai scoperto che, utilizzando il materiale grezzo prodotto dall'analisi dei sogni all'interno di un preciso percorso psicoanalitico, si ottenevano dei risultati curativi e di guarigione. Sebbene la cinematerapia non sia una psicoterapia (non cura e guarisce di per sé stessa patologie) per analogia possiamo dire che essa utilizza le emozioni grezze che emergono dopo la visione di una pellicola, per poi lavorarci sopra e stimolare così processi di cambiamento, di aiuto, di sostegno e di trasformazione. Le emozioni grezze che emergono dopo il film sono nella maggioranza dei casi caotiche e disorganizzate, un po' come i colori fondamentali sulla tavolozza di un pittore.

Utilizzare la sala cinematografica a scopo d'intrattenimento se permette a queste emozioni d'emergere, non fornisce comunque alcuna metodologia per utilizzarle efficacemente. Questa metodologia è invece necessaria quando si desidera analizzare, organizzare, sintetizzare, questi colori base al fine di realizzare una "composizione pittorica" complessa, articolata e con una funzione che non sia semplicemente liberatoria. Vi è quindi un'importante differenza tra la visione cinematografica, tipica dell'uso da intrattenimento e una visione a fini trasformativi, tipica della cineterapia. Questa non si limita agli aspetti pulsionali ma tende a promuovere un lavoro su sé stessi e un percorso che vanno al di là della visione di un singolo film.

La cineterapia si avvale del potente effetto evocativo, simbolico e allegorico delle immagini filmiche (analogamente a quanto facevano e fanno ancora le favole, i miti, i sogni notturni etc..) per comporre ed elaborare le emozioni grezze in processi complessi che hanno la finalità di stimolare nell'individuo lo sviluppo di nuove competenze, la realizzazione dei progetti e agevolare il suo cammino esistenziale.

In questo paragrafo come scritto, nell'introduzione, il contenuto apparentemente casuale della vita e i segreti del carattere umano salgono sul treno della cineterapia, per essere proposti alla persona con malattia mentale, con l'intento di ottenerne consapevolezza e

²¹ Donato Essolino, *Uso del cinema a scopo terapeutico e di crescita personale*

competenze

Nell'ambito della clinica psichiatrica l'uso del cinema ha spesso avuto un ruolo di rilievo. La visione e la discussione di un film prende forma all'interno di un progetto terapeutico definito per ogni paziente. Il film rappresenta un forte attivatore psicologico, cognitivo, emotivo e comportamentale e permette di suscitare sentimenti, di riconoscerli, di approfondirli e condividerli nel gruppo.

Il gruppo sul cinema si integra con altre attività laboratoriali tra cui il disegno, la musica, il teatro, il gioco. Il percorso terapeutico fondato sul cinema è spesso in grado di favorire nei pazienti un riconoscimento e un arricchimento del bagaglio di esperienze emozionali e affettive, una maggiore flessibilità cognitiva, un progresso nelle capacità di rispecchiamento e di immedesimazione nelle situazioni osservate, un rafforzamento dell'alleanza terapeutica e, insieme alle altre forme di trattamento un generale miglioramento del quadro psicopatologico.

L'elemento del gruppo riveste in tale ambito fondamentale importanza. Nel gruppo si matura un sentimento di autostima e di appartenenza che lenisce l'isolamento. Si acquisiscono competenze nelle capacità decisionali e contemporaneamente nelle capacità di negoziazione e compromesso, che sono correlate alla capacità di tollerare la frustrazione. Vengono contrastati l'impoverimento e il deterioramento del linguaggio offrendo la capacità di avviare e mantenere la conversazione, di formulare e trattare richieste, di accettare critiche. Si possono inoltre acquisire capacità di assumersi responsabilità e di sentirsi utile nella collaborazione del risultato finale. Si favorisce l'interesse per il contesto globale distogliendosi dall'auto-concentrazione e dalla preoccupazione per i propri sintomi. Si riattribuisce importanza alle aspettative dell'altro riducendo l'ostilità verso di esso che si esprime con l'isolamento, la svalutazione, la rabbia. Il gruppo appare promotore di resilienza che è la capacità di far fronte alle difficoltà senza esserne travolti.²²

I film da proporre sono selezionati in base al lavoro artistico e all'appropriatezza del contenuto rispetto alla storia personale e alla storia clinica dei pazienti. Vengono scartate

²² Gian Battisti Ricci, Un film non guarisce la psiche però... 2020

le tematiche altamente ansiogene o suicidarie e, nel caso di soggetti schizofrenici, è consigliabile evitare il genere fantasy (certe fantasie sono già intensamente presenti nei loro deliri). Fra i film più utilizzati nei laboratori di cinematografia possiamo ascrivere: *La finestra di fronte* (2003), dove lo smemorato Davide riacquistata la memoria incoraggia Giovanna a inseguire le sue passioni; *Il piccolo grande uomo* (1970) che vede Jack Crabb vagare tutta la vita alla ricerca della sua identità fra l'universo dei bianchi e il mondo dei nativi americani; *Nel mio amore* (2004) dove Stella deve fare i conti con un passato pesantissimo; *Chiedi alla polvere* (2006) dove il tema dell'emarginazione all'epoca del proibizionismo in America rimanda a problemi simili della società attuale.²³

Il laboratorio di cinema spesso si sviluppa su tre momenti sequenziali standard: la presentazione più o meno articolata del film, la visione di gran parte o dell'intera pellicola e la discussione successiva. L'approccio e l'indirizzo della discussione può, però, presentare delle variazioni nella metodologia, legate, al modello teorico a cui si fa riferimento. Nel modello psicoanalitico le pellicole cinematografiche rappresentano delle metafore ben precise ed il terapeuta le utilizza al pari di storie, miti e sogni del paziente. Tramite la tecnica delle libere associazioni e promuovendo l'analisi delle identificazioni e proiezioni con i personaggi il terapeuta rende consapevole il paziente delle proprie reazioni positive-negative rispetto alla storia trattata durante la sessione, che può andare ad evidenziare degli elementi inconsci nascosti dell'io. I terapeuti d'orientamento cognitivo-comportamentale utilizzano i film per comprendere quali sono le convinzioni irrazionali del paziente e per poterle successivamente modificare andando a favorire in loro la nascita di nuovi comportamenti. I terapeuti umanistici invece, riescono attraverso l'utilizzo dei film a favorire un accrescimento del benessere del paziente andando a lavorare principalmente sui suoi desideri e bisogni.

Un'altra delle tecniche di cineterapia utilizzata è quello nella quale si propone un breve riassunto di un film non conosciuto ai partecipanti, omettendone il finale, per poi farne vedere i primi 15 minuti. I pazienti dovranno immaginarne la conclusione durante una discussione libera, agganciandosi alle proprie esperienze personali. Nelle riflessioni scaturite dalla visione di uno spezzone di film rivestono spesso importanza considerazioni

²³ Ibidem

sulle relazioni personali e familiari, sul carico emotivo a esse associato, sullo stato affettivo, sulle aspettative e sulle ambizioni personali. L'approfondimento in gruppo delle suggestioni evocate dal cinema permette, così, l'individuazione di tematiche che potranno poi essere approfondite e gestite durante i colloqui individuali e familiari. Tale approccio risulta quindi coerente con l'affermazione di Gabbard e Gabbard per cui "la psichiatria e il cinema hanno tentato di penetrare il contenuto apparentemente casuale della vita di ogni giorno e di rivelare i segreti del carattere umano."

La visione di film è stata anche utilizzata a scopo psicoeducativo al fine di migliorare nei pazienti in cura la percezione dello stigma in relazione alla patologia psichiatrica e la loro consapevolezza della stessa. Lo stigma è definito come "un segno di vergogna, di disonore o disapprovazione che fa in modo che un individuo sia rifiutato, discriminato ed escluso dalla partecipazione a molti settori della società". La modalità con cui un individuo affetto da disturbo psichiatrico cronico percepisce la propria condizione e lo stigma pubblico verso di essa può essere modulata attraverso i mezzi di comunicazione. Partendo da questa considerazione si può proporre un intervento articolato in incontri di gruppo nei quali i pazienti guardano film rappresentanti aspetti rilevanti di clinica psichiatrica. Nella discussione avranno poi l'opportunità di approfondire con gli operatori sanitari opinioni, informazioni ed esperienze personali riguardo quanto osservato e riguardo alla concezione pubblica e individuale del loro stato d'animo. L'obiettivo sta nel perseguire nei pazienti miglioramenti significativi nelle scale psicometriche che valutano il grado di stigma percepito e la consapevolezza di malattia.

CAPITOLO 3

POSSIBILI PERCORSI DIDATTICI, PER LA COMPrensIONE DELLA SALUTE MENTALE, TRAMITE LA CINEMATOGRAFIA

La cinematografia, con i suoi limiti, ha, il merito di aver fatto conoscere un mondo particolare al grande pubblico. Naturalmente strumenti come presentazione e discussione dei film e la conseguente possibilità di soffermarsi sulla tematica, con le sue complessità e numerose sfaccettature, non rientrano nel "prezzo del biglietto". Ciò che si recepisce è soggettivo e frutto di un bilancio tra la visione al cinema e la propria sensibilità, esperienza, cultura.

Nell' ultimo trentennio, però, sono state numerose le iniziative di cineforum atte ad approfondire l'argomento. Se prendiamo, ad esempio, la regione Marche ci piace ricordare un progetto, di vent' anni fa, che coinvolgeva scolaresche delle medie e delle superiori di Ancona. Si erano organizzate dieci serate con dieci proiezioni differenti. In ogni serata veniva affrontata una particolare tematica, collegata al film. Alla presentazione seguiva la visione e in ultimo si affrontava una discussione guidata da un esperto in materia. l'obiettivo della rassegna era rivolgersi ai giovani per promuovere un contatto con la malattia mentale con un approccio diverso, come può essere un film, per andare oltre il film stesso e magari acquisire nuove consapevolezza.

In questo paragrafo proviamo a fare un passaggio ulteriore andando ad elencare alcuni approcci didattici alla cinematografia per comprendere la salute mentale.

Cercheremo, inoltre, per ogni approccio di individuare i partecipanti per i quali è utile questo modo di fare didattica: come si evincerà questi seminari sono rivolti soprattutto a persone che studiano o lavorano nel campo della malattia mentale oltre a quelle per le quali la tematica è particolarmente interessante a prescindere dalla professione.

3.1 Approccio nosografico

L'obiettivo di questo approccio è quello di individuare sintomi e comportamenti, partendo dall'idea che basta individuare singoli sintomi, collezionarli e collegarli ai criteri diagnostici dei sistemi classificativi per individuare i disturbi psichiatrici.

In questi seminari si utilizzano scene molto brevi estrapolate dai film. Questo approccio si sgancia del tutto dalla storia del film anzi potrebbe anche essere in contrasto con la storia stessa. Ad esempio si potrebbero usare scene di allucinazioni prodotte da sostanze per illustrare allucinazioni schizofreniche o scene di paura dovuta ad elementi oggettivi per illustrare attacchi di panico e così via.

Questo modo di fare didattica è utile per gli studenti, per gli operatori delle varie discipline sanitarie e spesso anche per medici non specialisti.

I limiti di questo approccio sono, evidentemente, quelli di un'ipersemplificazione delle situazioni cliniche che dovranno, perciò, essere approfondite con una didattica complementare di tipo formale o di discussione di casi clinici reali. Un'altra tesi pericolosa che potrebbe essere stimolata, sovrapponendo una persona a un singolo disturbo, sta nell'atteggiamento "ad ogni sintomo un farmaco" poiché nella realtà clinica questo approccio è fuorviante.

La sequenza di domande che si potrebbero proporre al termine della visione potrebbero essere:

- Sono illustrati una serie di sintomi. Quali sono?
- Quanto sono presenti i sintomi illustrati nella vita comune delle persone?
- Questi sintomi possono far pensare ad una o più diagnosi specifiche?
- Somigliano a sintomi che voi avete avuto modo di osservare nella vostra esperienza?
- Vi erano differenze con quelli visti nel film?
- Se sì, quali possono essere i motivi?
- Cosa si può fare quando compaiono questi sintomi?
- Che evoluzione possono avere i sintomi illustrati nel film?

3.2 Approccio psicopatologico narrativo

Questo approccio ha l'intento di far acquisire nuove informazioni "oggettive" attraverso il racconto filmico di storie di persone con sofferenza psichica. Rispetto al precedente vi è un rapporto diretto con il film, la storia sceneggiata, il contesto storico, geografico e culturale in cui si svolge. Vi è la necessità di utilizzare scene piuttosto lunghe se non l'intero film.

I limiti di questo approccio sono

- Solo talvolta il regista ha come tesi esplicita quella di illustrare un disturbo psichiatrico
- Quando capita che il regista va ad illustrare un disturbo psichiatrico, con una certa frequenza, descrive il caso clinico con ingenuità o imprecisione
- La sceneggiatura è spesso costruita su una tesi precostituita (guarigione attraverso l'amore, equazione tra killer e personaggio psicopatico, oppure "la causa di tutto è la madre/il padre)

L'approccio psicopatologico narrativo è utile quando si vuole affrontare il tema con uno sguardo globale alle persone e alla loro sofferenza. È utile per la comprensione della eziopatogenesi e degli approcci terapeutici. È perciò adatto agli psichiatri in generale, agli psicologici e a tutti coloro che sono interessati a capire che cosa c'è dietro il sintomo.

La didattica sottesa a questo approccio vede i film come esemplificativi di condizioni psicopatologiche che rimandano a situazioni di sofferenza per le quali potrebbe essere importante l'intervento di uno psichiatra. Utilizzare tutto il film, o ampi spezzoni, consente di non soffermarsi solo sui sintomi ma anche sul contesto e sull'idea di una storia personale che ha un inizio, uno sviluppo e una possibile evoluzione.

Le domande che possono attivare una discussione potrebbero essere:

- Quali tipo di disturbo è presente?
- Quanto realisticamente è rappresentata la situazione nel film?
- Quali sono le cause del disturbo-sofferenza illustrato nel film?

-Siete d'accordo sulle cause del disturbo-sofferenza che vengono proposte nel film? Perchè?

-I trattamenti attuati nel film sono corretti?

-Se dovessi intervenire in questa situazione che tipo di trattamento attivereste?

-Sarebbe stato possibile un finale diverso per il disturbo illustrato, ad esempio più ottimista, pessimista o più realistico?

-I servizi psichiatrici nella tua zona sono attrezzati per affrontare questo tipo di disturbo?

3.3 Approccio sui contesti di cura e trattamenti

Lo scopo è di approfondire gli aspetti che riguardano i luoghi della cura e i trattamenti attuati. Grande risalto all' interno di questo approccio è stato dato alle grandi istituzioni psichiatriche.

Questo tipo di cinematografia, in genere piuttosto conosciuta, non è tanto utilizzata a fini didattici mentre vi è l'occasione di affrontarla nel corso di convegni e dibattiti a tema come potrebbero essere quelli riguardanti: l'uso e l'abuso di elettroshock, il mandato della società allo psichiatra, il ricorso al ricovero, la storia della psichiatria. Sono disponibili numerosi film sui trattamenti psichiatrici manicomiali e istituzionali (Qualcuno volò sul nido del cuculo, Frances ecc...)

Film più recenti si occupano invece di descrivere i servizi territoriali sin dalla loro nascita (C'era una volta la città dei matti, 2010; La meglio gioventù, 2003)

A questo stesso approccio appartiene poi il vastissimo capitolo del comportamento degli psichiatri e degli psicoterapeuti. Come riportato nel primo capitolo, essi sono rappresentati in diverse versioni caratteriali: dai tratti sadici o perversi a quelli bonari e protettivi, e in diverse versioni professionali: da quelli cialtroni o incompetenti a quelli risolutivi o oracolari. Anche la visione di questi film è solitamente proposta in simposi e congressi.

Per quanto riguarda il trattamento farmacologico molto rari sono i film che affrontano l'argomento in modo accurato e una didattica specifica non è usuale. Pur offrendo il

materiale cinematografico pochi spunti in merito, alcune scene di film, come *La mia vita a Garden States* ad esempio, possono essere utilizzate per stimolare osservazioni e riscontri ad esempio con medici generalisti.

3.4 Approccio focalizzato sullo stigma

Lo stigma preclude, a molte persone, la possibilità di accedere ad un adeguato intervento. Per affrontare questo tipo di problematica esistono pellicole prodotte appositamente ma è possibile spesso utilizzare anche film commerciali. Per la psichiatria proporre iniziative volte a combattere i pregiudizi più comuni sulla malattia mentale è importante e, una possibilità per promuovere dibattiti virtuosi, la offre la cinematografia.

Uno studio americano ha analizzato l'impatto di due approcci didattici in una classe di studenti universitari. Uno impostato secondo un approccio diagnostico e l'altro secondo un approccio umanizzante. Gli studenti della classe con approccio umanizzante leggevano storie personali raccontate da autori con depressione, schizofrenia e disturbi bipolari. Inoltre vedevano documentari e film di soggetti con disturbo psichiatrico. Infine scrivevano loro stessi testi mettendosi nei panni delle persone con disturbo. Nell'altra classe gli studenti imparavano le diagnosi psichiatriche con metodo classico. I risultati hanno indicato una decisa riduzione dello stigma nelle persone che avevano ricevuto un approccio umanizzante mentre gli studenti del secondo gruppo non hanno mutato le loro convinzioni rispetto alla malattia mentale.

L'approccio focalizzato sullo stigma è in genere utilizzato in convegni che, tra le altre, si avvalgono dell'opportunità del cineforum. Oltre a essere rivolto a gruppi di persone interessate, questo approccio si utilizza anche durante le campagne di sensibilizzazione a strati estesi della popolazione. Là dove la proposta filmica viene utilizzata da gruppi ridotti di persone è possibile organizzare un dibattito successivo. Quando il film viene invece proiettato per una vasta platea sarà solamente il conduttore a proporre punti di vista magari intervistando il regista o psichiatri.

3.5 Approccio sulla professione

Gli obiettivi di questo approccio sono quelli di proporre una riflessione sulla professione sanitaria. L'intento è quello di valorizzare e approfondire il vissuto dell'operatore sanitario con i suoi sentimenti, idee e interpretazioni, aspettative e desideri. Vengono messe in risalto le difficoltà nella gestione delle emozioni in ambienti lavorativi stressanti, dove frequente è il rapporto con la morte altrui e le decisioni prese hanno conseguenza sulla sopravvivenza del paziente. Vengono dibattuti i comportamenti che facilitano la comunicazione, evitano la reificazione del paziente e permettono una gestione adeguata della vita personale.

Ci sono molti film che possono essere utilizzati in questo approccio specialmente all'interno di corsi per il "burnout". Tra gli altri si possono citare Patch Adams, (1999); Tutto su mia madre, (1999) e Parla con lei (2005).

Di alcuni film si possono utilizzare alcune scene, di altri è utile consentire una visione completa. In questi film viene rappresentata una figura professionale mentre lavora che mostra comportamenti corretti oppure critici. Le domande sulle quali sviluppare il dibattito riguarderanno il ruolo professionale, il contesto lavorativo, le motivazioni dei protagonisti.

Un possibile elenco tra cui scegliere le domande potrebbe essere:

- Come descriveresti il contesto lavorativo illustrato nel film?
- In quel contesto è possibile svolgere correttamente il proprio lavoro?
- Vi sono figure professionali con le quali si può collaborare?
- Quali comportamenti professionali tiene il protagonista?
- Quali sono le sue motivazioni?
- Il suo comportamento professionale è adeguato?
- Qual'è la cosa migliore che compie il protagonista?
- Quale la peggiore?
- Che cosa vuole dimostrare il protagonista?

- Il protagonista controlla? Le proprie emozioni?
- Cosa potrebbe fare il protagonista se si sente teso /arrabbiato/depresso?
- (Se presente) quale cambiamento avviene e perchè?
- Il cambiamento effettuato è efficace?
- Quali situazioni di questo genere avete vissuto o visto accadere nella vostra vita?²⁴

²⁴ Matteo Balestrieri, Approcci cinematografici per comprendere la Salute Mentale

CAPITOLO 4

L' ESPERIENZA DI TIROCINIO PRESSO LA STRUTTURA RIABILITATIVA RESIDENZIALE “IL GABBIANO”

La lettura di gruppo è una tra le varie possibilità, che si possono creare con gli utenti, per favorire una crescita personale. Tra i vari laboratori analizzati nel secondo capitolo , questo non è stato preso in considerazione poiché ne andrò a discutere in questo capitolo. Il mio progetto di tirocinio svolto nel terzo anno universitario si è basato sul laboratorio di lettura di gruppo per cui le caratteristiche dello stesso si ritroveranno all'interno del paragrafo deputato. Quella, che andrà a seguire sarà invece una descrizione della struttura in cui mi sono trovato ad operare.

4.1 La SRR “Il Gabbiano”

Durante il mio percorso universitario, ogni anno era previsto un tirocinio con durata diversa, nel quale dovevamo acquisire determinate competenze e abilità. L'obiettivo del tirocinio del terzo anno era quello di elaborare un progetto e metterlo in atto, con uno o più utenti della struttura nel quale operavo, la SRR il Gabbiano, localizzata a Falconara Marittima. L'SRR è rivolta a persone in carico ai Servizi di Salute Mentale territoriali. Lo psichiatra della struttura, che opera in prima linea al CSM (centro di salute mentale) di Falconara, dopo una valutazione d'equipe in accordo con le varie parti inserisce l'utente all'interno della struttura per un determinato periodo. È necessario spiegare come è strutturata la rete dei servizi della salute mentale.” 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)”. Esso eroga diversi servizi: servizi per l'assistenza diurna (CSM), servizi semiresidenziali (Centri diurni) e servizi residenziali (SRR). “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.”

Il Gabbiano dispone di 7 posti letti, ridotti causa covid a 5, e il centro diurno è in grado di accogliere fino a 20 utenti. Durante la mia permanenza, causa Covid il centro diurno non era operativo. Questa tipologia di struttura (SRR) eroga due servizi, poiché fa sia da struttura residenziale che da centro diurno. Le strutture si differenziano per diversi livelli assistenziali e specifici programmi personalizzati. Ci sono le strutture di tipo semiresidenziale (Centro Diurno e Day Hospital Territoriale), aperte solo di giorno, dove vengono svolte attività terapeutiche e riabilitative che comprendono attività espressive e occupazionali. L'accesso al Centro Diurno avviene esclusivamente su invio del Centro di Salute Mentale, territorialmente competente, per periodi di tempo concordati e definiti. Le persone inserite nel Centro Diurno vengono aiutate a potenziare abilità nelle relazioni interpersonali, nell'autonomia personale e nella gestione della quotidianità. Compatibilmente alle capacità e attitudini di ogni utente e in base al progetto educativo individualizzato vengono proposte attività di tipo pratico, espressivo e ricreativo. Le strutture residenziali costituiscono una risorsa del Dipartimento Salute Mentale (DSM), dedicate al trattamento di pazienti affetti da disturbi psichiatrici che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi o di interventi di supporto sociosanitario, effettuabili in regime residenziale. L'inserimento deve essere effettuato in una struttura ubicata nel territorio di competenza del DSM, al fine di favorire la continuità terapeutica ed il coinvolgimento della rete familiare e sociale. Le strutture mirano al progressivo raggiungimento di autonomia da parte della persona oppure all'assistenza prolungata di pazienti con problematiche psichiatriche gravi e cronicizzate. La permanenza dell'utente può variare in base al progetto riabilitativo e prevedere periodi di accoglimento brevi, medio-lunghi.

L'equipe multidisciplinare della SRR era composta da uno psichiatra, uno psicologo, 3 educatori che si alternavano, diverse figure infermieristiche a rotazione e 2 assistenti sanitarie. Era strutturata su due piani: nel primo c'era la cucina, l'infermeria, la sala pranzo e due stanze dedicate allo svolgimento delle attività. Nel secondo piano si trovavano le camere. Gli utenti alle 7.30 si svegliavano, andavano a prendere la terapia e procedevano con la colazione. La giornata prevedeva un'attività mattutina e una pomeridiana, per la durata di 2 ore circa ciascuna. Avevano inoltre, oltre al quotidiano riordino della stanza, altri compiti che in alternanza dovevano svolgere: apparecchiare, sparecchiare, fare la lavatrice e buttare la spazzatura. Gli utenti venivano coinvolti

nell'attività, anche se non sempre partecipavano tutti. Le attività che la struttura prevedeva erano: laboratorio di cineforum, laboratori artistici, laboratorio ricerca-lavoro, laboratorio di cucina, cura del sé e erano previste uscite programmate. Notai che quando eravamo nel divano, davanti la tv, ed era in onda un telegiornale gli utenti o cambiavano canale, o leggevano solo le didascalie che apparivano nella parte inferiore dello schermo. Inoltre un ragazzo comprava quasi ogni giorno la Gazzetta dello Sport o il Corriere Adriatico. Si assisteva alla medesima situazione; la lettura non avveniva in maniera approfondita ma l'utente si limitava a leggere la frase che faceva da titolo riassuntivo dell'articolo. Pensai alle possibili cause: semplice disinteresse nell'approfondimento, confusione nella lettura di frasi troppo lunghe, argomentazioni che rievocavano problematiche interne, difficoltà di comprensione del testo e altre ancora.

4.2 Il progetto educativo-riabilitativo: “Laboratorio di lettura”

Dagli interrogativi che mi sono posto, è scaturita in me l'idea di organizzare un laboratorio di lettura all'interno del centro. Il percorso riabilitativo sotteso alla creazione di un laboratorio di lettura ha come obiettivo lo sviluppo delle abilità dei pazienti, attraverso un percorso centrato sul gruppo, finalizzato a favorire il reinserimento nel contesto abituale di vita, proponendo dei veri e propri momenti di autentica integrazione sociale. “La lettura del giornale e riviste è un modo per valutare ed approfondire insieme alcune tematiche attuali con l'obiettivo di stimolare i partecipanti a tenere in esercizio la capacità di ascolto di osservazione e comprensione, favorendo l'attivazione di processi di comunicazione e di socializzazione.”

Il laboratorio viene strutturato per aiutare i pazienti a prendere contatto con il mondo dell'informazione, per aprire nuovi interessi sull'attualità, per avvicinare il paziente alla carta stampata, per raccontare i loro pensieri, le loro emozioni, le loro tradizioni. Il Laboratorio di lettura, diventa un'occasione in più non solo per informarsi, ma anche per familiarizzare, condividere momenti culturali e in generale migliorare la relazione con gli altri pazienti. Il laboratorio ha come presupposto teorico l'utilizzo di abilità cognitive ed ha come obiettivo favorire il miglioramento della memoria, dell'attenzione, della concentrazione, attraverso l'uso di strutture logiche, ma anche di lettura come mezzo di

comunicazione, favorendo il mantenimento o il recupero di un adeguato rapporto di realtà.

Per la realizzazione del progetto mi sono accordato con la direzione del centro per valutare la possibilità in termini spaziali e temporali. Mi è stata offerta l'opportunità di usufruire di un'ora al giorno per, due volte a settimana (il martedì e il giovedì per due mesi), e di svolgere l'attività nella sala principale del centro. Il passo successivo è stato quello di provare a coinvolgere tutti i 5 ospiti della struttura. Dei 5 residenti della struttura hanno deciso di partecipare all'attività in 4. Un ragazzo di 30 anni, con diploma di scuola superiore. Un ragazzo di 40 anni con diploma di scuola superiore. Una donna di 55 anni, con diploma universitario e una ragazza di 25 anni con il diploma di terza media. Nell'elencare i partecipanti ho aggiunto il titolo di studio perché è stato per me importante nel momento che dovevo scegliere le letture da proporre durante le sedute. I primi due incontri (la prima settimana del progetto) mi sono stati utili per avere una visione globale, e al contempo peculiare a ogni partecipante, in merito a:

- Spontaneità nella partecipazione
- Rispetto dei tempi altrui durante la discussione
- Capacità di lettura davanti a altre persone
- Capacità di comprendere il testo
- Durata del momento della discussione

Durante questi primi 2 incontri ho pensato di assumere una posizione marginale per avere una visione iniziale della situazione che non venisse inficiata dalle mie sollecitazioni. Il mio proposito era avere un punto di partenza per poi al termine dei due mesi cercare dei riscontri in merito all'accrescimento di alcune abilità. L'unica domanda che mi ero proposto di fare ai partecipanti era relativa alla comprensione del testo. Dai dati emersi in questa piccola indagine ho riscontrato che le problematiche più frequenti stavano nella spontaneità della partecipazione e conseguentemente nella durata del momento della discussione e nel rispetto dei tempi altrui durante il dibattito. Infatti erano abbastanza evidenti le difficoltà a prendere l'iniziativa e ad intervenire durante il dibattito che infatti durava meno di 5 minuti e, d'altra parte nel momento che qualcuno iniziava a parlare era probabile che due dei quattro partecipanti si sovrapponevano con chi stava intervenendo.

L'obiettivo, che mi sono posto in merito, stava nel riscontrare, al termine del secondo mese di laboratorio, un possibile miglioramento nei tempi di partecipazione al dibattito sperando in un numero decrescente di mie sollecitazioni e nel rispetto dei tempi dell'altro da parte soprattutto delle due persone più estroverse.

Il setting di lavoro ho cercato di crearlo scevro da possibili distrazioni per cui nella sala centrale sia la televisione che la radio erano spente, gli utenti erano altresì invitati a non usare il telefono e gli altri operatori sanitari che erano in servizio quel giorno non si interfacciavano con i pazienti in quell'ora. Ci posizionavamo in una determinata posizione per consentire a tutti di potersi guardare: uno a capotavola e gli altri quattro, suddivisi in due "gruppi" da due, erano posti di fronte. Non era rilevante che posizione assumevamo incontro per incontro.

.

1) FINALITA

Lo sviluppo di uno stato di maggior benessere sociale e psicologico in ottica di un miglioramento della qualità di vita sia dal punto di vista strettamente personale, che sociale e relazionale. L'educazione alla lettura attraverso la condivisione con l'altro, su temi odierni da utilizzare come abilità sociale da investire all'esterno, favorisce lo sviluppo di queste abilità e promuove uno stato di benessere psicologico.

2) OBIETTIVI

- Incremento abilità quali la memoria, la concentrazione e l'attenzione
- facilita lo sviluppo di abilità sociali, favorendo la relazione e il rispetto dei tempi e del pensiero altrui
- stimolare la capacità di analisi e di comprensione
- favorire il dibattito tra i partecipanti, attraverso lo scambio di idee personali
- essere aggiornati sulla realtà circostante, come abilità sociale da investire all'esterno

3)ATTIVITA

OBBIETTIVI PERSEGUIBILI DALL'ATTIVITA

- **OBBIETTIVI PSICOLOGICI:** La lettura stimola la riflessione e ci permette di confrontarci con diverse realtà. Allena il pensiero critico e le capacità di analisi. Migliora la capacità di immaginazione, concentrazione e memoria. Potenzia la nostra intelligenza emotiva, ovvero la capacità di riconoscere, utilizzare, comprendere e gestire in modo consapevole le proprie e le altrui emozioni.

-**OBBIETTIVI SOCIALI:** La lettura di gruppo permette lo scambio di idee, opinioni e valori personali. Il rispetto dei tempi e dei pensieri altrui. Tramite la condivisione e il dibattito i soggetti sviluppano, mantengono e affrontano in modo efficace una buona relazione con gli altri ed un buon inserimento nell'ambiente che lo circonda. Migliora le abilità di conversazione e le capacità comunicative da investire all'esterno. Permette di acquisire informazioni e notizie sulla realtà circostante, da utilizzare come abilità in un contesto non-comunitario.

-**TEMPO DELL 'ATTIVITA.** le sedute hanno durata di un'ora con frequenza di 2 volte a settimana, il martedì e il giovedì

Ogni seduta è composta da differenti fasi:

1) SCELTA DELL' ARTICOLO: appena arrivato in struttura con in mano il giornale o le riviste che mi ero prefissato di utilizzare (in base al giorno, il martedì, la lettura del giornale e il giovedì la lettura di riviste di riviste) sceglievo i 4 articoli che sarebbero stati oggetti di discussione. Mi assicuravo che il linguaggio utilizzato negli stessi fosse semplice, composto da frasi non ridondanti ma sintetiche e facilmente comprensibili. Alle 9 iniziava l'attività, all'interno della sala principale, seduti intorno a un tavolo

2) LA LETTURA DELL'ARTICOLO: Dopo aver presentato i 4 articoli ogni utente leggeva ad alta voce in maniera lenta e il più possibile precisa l'articolo, che massimo doveva avere una durata di 2/3 minuti per lasciare almeno 10/12 minuti alla discussione che seguiva. In un'ora dovevamo essere in grado di leggere tutti e 4 gli articoli e discuterli insieme. In questo momento ero in grado di capire il livello di lettura che i ragazzi avevano: lenta o veloce, precisa o imprecisa, comprensibile o non comprensibile. Inoltre la lettura dei giornali e di determinate riviste permetteva ai ragazzi di tenersi aggiornati

sulla realtà circostante, di entrare a contatto con argomenti interessanti e prima di allora sconosciuti, e di migliorare le capacità comunicative e di lettura

3) DIBATTITO: finita la lettura, seguiva il dibattito (10/12 min) caratterizzato da uno scambio di opinioni e idee. Dal dibattito si può potenziare l'analisi critica, il rispetto del pensiero e dei tempi altrui, le capacità comunicative e riflessive, e si acquisiscono notizie sulla realtà circostante e su determinati temi. Qui potevo valutare le capacità di analisi dei ragazzi, capire se avevano compreso il testo letto, se avevano messo in campo abilità come l'attenzione, la concentrazione, la memoria, se rispettavano i tempi altrui e se prendevano iniziativa nel parlare. Terminata la lettura sollecitavo quindi i ragazzi a intervenire tramite stimoli sotto forma di domande. Nella prima settimana del progetto le problematiche più frequenti stavano nella spontaneità della partecipazione e conseguentemente nella durata del momento della discussione, e nel rispetto dei tempi altrui durante il dibattito. Così ho deciso di programmare che se la discussione si interrompeva, dopo 20 secondi ponevo un'ulteriore sollecitazione per continuarla. Al quinto minuto smettevo le sollecitazioni e si cambiava articolo. Quando invece una persona si sovrapponeva all'altra durante il dibattito mi limitavo a dire "Scusa X lascia finire di parlare Y e poi parli tu". In particolari i 2 utenti più estroversi nella prima settimana erano soliti a parlare sopra agli altri, mancando conseguentemente di rispetto e non dando a loro stessi la possibilità di ascoltare.

Decisa la modalità operativa ho iniziato a prendere i dati sin dalla seconda settimana. In queste prime sessioni ho riscontrato che le sollecitazioni per dare continuità al dibattito erano anche 10 in 5 minuti, il dibattito a volte si interrompeva dopo solamente 5 minuti e in questi primi incontri i miei interventi per interrompere le sovrapposizioni erano stati anche 6 in alcuni step. Alla fine di ogni seduta riportavo dei punteggi nella scheda di valutazione che analizzeremo successivamente. I dati li raccoglievo in maniera discreta durante gli incontri e li andavo a inserire successivamente nelle schede in assenza dei ragazzi.

Durante il proseguimento del progetto, arrivato agli ultimi incontri, ho visto dei miglioramenti arrivando in alcune occasioni anche a 10 minuti consecutivi di dibattito mentre in altre, i dati non distanziavano da quelli iniziali per cui non si superavano ugualmente i primi 5 minuti. I miei interventi per sollecitare la discussione sono

notevolmente diminuiti (mediamente meno di 4 a sessione) anche se, forse per la scelta di articoli poco interessanti o forse perché la giornata non era propizia per gli utenti, in alcuni step ho dovuto continuare a stimolarli sovente a prendere la parola. Per quanto riguarda la sovrapposizione, in particolare dei 2 utenti più “estroversi”, ho constatato una forte diminuzione della stessa (mediamente 2 a sessione); in uno degli ultimi due incontri i due ragazzi prendevano parola uno alla volta senza la necessità che intervenissi mai.

4) RISORSE E PARTNER

-Sala principale della struttura: al fine di poter svolgere il laboratorio all’interno della struttura era necessaria la presenza di un luogo consono. In accordo con il servizio mi è stata concessa la sala principale.

-Tavolo e sedie era necessaria la presenza di un tavolo, che era posto al centro della sala. Abbiamo usufruito delle sedie già presenti intorno al tavolo

-Riviste: usufruivo della moltitudine di riviste che disponeva la struttura che mi sono state concesse

- Giornale: il Corriere Adriatico, lo portavo io stesso prima di entrare in servizio

5) TEMPI

- **TEMPI DELL’ATTIVITA** L’attività durava un’ora e veniva svolta due volte a settimana, il martedì e il giovedì
- **TEMPI DEL PROGETTO** In accordo con gli obbiettivi il progetto ha avuto durata di 2 mesi per un totale di 18 incontri.

6) COSTI

La sola spesa che ho dovuto sostenere era quella relativa al Corriere adriatico di 1.20\$, per un totale di 10.80\$

7) INDICATORI DI VERIFICA

Gli indicatori di verifica da me utilizzati sono stati 2:

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL LABORATORIO DI CIASCUN UTENTE

PARTECIPANTE: La tabella era composta da 5 colonne e tante righe quanti erano gli utenti che partecipavano. Nella prima colonna vengono annotati i nomi dei partecipanti, le ultime quattro colonne riguardano dei livelli di valutazione degli utenti durante l'attività: "livello di partecipazione", "livello di comprensione", "livello di comunicazione", "n. di sovrapposizioni per ciascun utente". Ad ognuno di questi livelli, tranne all'ultimo, veniva assegnato un punteggio da 1 a 5 secondo una scala di Likert così suddivisa

-1 = molto scarso

-2 = scarso

-3 = medio/sufficiente

-4 = buono

-5 = ottimo

Il "n. di sovrapposizioni per ciascun utente" veniva annotato nella quinta colonna scrivendo a numero quante volte l'utente X ha interrotto la conversazione.

Per quanto concerne la rilevanza numerica delle mie sollecitazioni per ripristinare il dibattito, ho utilizzato una semplice scheda che quantificava il numero delle volte che ogni paziente interveniva mentre parlava un altro.

Terminato ogni incontro dedicavo il tempo necessario per compilare la scheda di valutazione. Alla fine del progetto ho messo a confronto la scheda dei primi incontri con le schede degli ultimi notando dei cambiamenti positivi.

QUESTIONARIO DI FINE PROGETTO: inoltre per avere un rimando da parte dei pazienti che hanno partecipato all'attività ho proposto un questionario a fine progetto in cui ponevo tre domande aperte:

-ti piacerebbe inserire il laboratorio di lettura all'interno delle attività proposte dalla struttura? Se sì perché?

-tra la lettura delle riviste e la lettura del giornale quali delle due è stata per te più interessante e piacevole? Perché?

- pensate che dopo questi incontri sarete più interessati a leggere giornali e determinate riviste?

Tramite queste domande ho voluto far sì che mi ritornasse un feed back per: capire se in un futuro sarebbe stato interessante proporre questa tipologia di attività a altre strutture che non la prevedevano, capire quale lettura sono state più gradite dagli utenti e provare a comprendere se dopo questo progetto i ragazzi siano più incentivati a aggiornarsi sulla realtà circostante.

8)VALUTAZIONE

La valutazione del progetto si basa su due indicatori di verifica che ho citato precedentemente, cioè sulla tabella di valutazione da me compilata incontro dopo incontro e sul questionario compilato a fine progetto dagli utenti. Operando un confronto temporale (dai primi incontri agli ultimi) delle tabelle di valutazione è risultato come ci sono stati dei piccoli miglioramenti nei 4 livelli valutati. Inoltre tramite il questionario post-progetto ho notato un buon grado di soddisfazione derivato dall'attività.

4.3 Valutazione finale del progetto

Come già riportato, la valutazione del progetto educativo si è basata su due indicatori di verifica, la scheda di valutazione e il questionario post-progetto. Dai dati analizzati sono stati riscontrati dei miglioramenti sui 4 livelli valutati e un soddisfacimento generale da parte degli utenti nei confronti dell'attività.

Il laboratorio di lettura, come abbiamo descritto sopra può mirare al raggiungimento di diversi obiettivi : il potenziamento di abilità quali la memoria la concentrazione e l'attenzione, stimola la riflessione e ci permette di confrontarci con noi stessi, la condivisione in gruppo stimola lo scambio di valori e pensieri personali, il rispetto del parere altrui e dei suoi tempi, migliorare le capacità comunicative, far acquisire nuove

conoscenze ampliando conseguentemente il proprio bagaglio culturale e personale, allena il pensiero critico e le capacità di analisi. Sicuramente pretendere il raggiungimento di uno di questi obiettivi in 2 mesi e 18 incontri totali, sarebbe auspicabile ma molto difficile. Riuscire a registrare dei cambiamenti tra l'inizio e la fine del progetto tramite la compilazione al termine di ogni attività del questionario di valutazione era il mio scopo. Gli obiettivi prioritari durante lo svolgimento dei vari incontri riguardavano:

-la partecipazione serena e scevra da freni psicologici che spesso bloccano le persone quando si tratta di esporsi dialetticamente davanti agli altri. Conseguenza naturale del raggiungimento di questo obiettivo è indubbiamente l'incremento dei tempi di partecipazione al dibattito

-la capacità di ascolto dell'altro per cui il rispetto, dei suoi tempi, quando esponeva opinioni o argomentazioni e della turnistica. L'abilità acquisita per raggiungere questo obiettivo sta nel trattenersi dal sovrapporsi verbalmente all'eloquio altrui

Alla fine del progetto i ragazzi prendevano liberamente la parola senza la necessità di miei stimoli, rispettando per la maggior parte dei casi i tempi dell'altro e riuscendo a portare avanti il dibattito che si creava. Mettevano in gioco le loro capacità comunicative e di analisi. Tramite la lettura e la possibilità di ascoltare gli altri si creavano le condizioni per una crescita in termini di consapevolezza del mondo.

Dal punto di vista relazionale l'esperienza condotta al Gabbiano mi ha fatto notare la necessità che i ragazzi hanno di parlare e di condividere le proprie esperienze, le proprie idee e i propri progetti di vita. Nei giorni trascorsi a chiacchierare ho potuto notare un forte senso di insicurezza che li ha accompagnati in certi periodi della loro vita. Insicurezza causata soprattutto, dal contesto sociale e ambientale in cui erano cresciuti e dalle qualità delle relazioni.

CONCLUSIONE

Mi ricordo ancora bene l'ultima ora trascorsa con i pazienti. Il laboratorio di lettura volgeva al termine e noi cinque non avremmo più preso posto attorno a quel tavolo. Piccole ma percettibili novità cromatiche erano confluite nella moltitudine di colori che caratterizzano il quadro che ci rappresenta?

Mi fa piacere pensare di sì per le due donne e i due uomini che mi hanno accompagnato. Essere un pò più sereni nell'affrontare una discussione, senza soccombere alla sensazione di essere inadeguati o almeno senza soccombere sempre, sentire l'altro senza sovrapporsi sovente e magari ascoltare qualcosa, sono due pennellate leggere che credo possiamo trovare nei loro dipinti. Certamente questo momento, di per sè stesso, non può essere foriero di importanti modifiche nella luminosità ma il pennello della riabilitazione ha varie tavolozze dalle quali attingere. Affinchè nel quadro appaiano l'incremento dell'autostima e della convivenza serena con le proprie emozioni, e la capacità di ascolto e di autocontrollo, nelle loro tonalità di giallo acceso, c'è bisogno del giallo di ogni tavolozza e che il pennello sia sempre a disposizione.

Nel capitolo sui laboratori è evincibile l'importanza che ho dato agli stessi. Questi sono parte integrante del PEI e sottendono ad obiettivi e finalità perseguiti con un piano multidisciplinare. La tesi di questo scritto sta, perciò, nell'affermare la validità dei progetti laboratoriali in chiave riabilitativa. La bibliografia, in merito, è ricca di argomentazioni, studi, confutazioni ed è ricca di stimoli per chi, avvalendosi soprattutto delle conoscenze acquisite nel percorso universitario, si propone di confermare una tesi a partire da una possibilità esperienziale come un tirocinio. La verifica di questa tesi perciò la si può riscontrare all'interno del mio progetto di laboratorio di lettura e, come riportato, dalla stessa emergono risultati positivi.

Se per gli utenti che hanno partecipato al laboratorio non posso che auspicare una possibile crescita, che abbia tra i tanti punti di appoggio e partenza il puntino rappresentato da questa esperienza, per me stesso non posso che essere soddisfatto. Nei nostri incontri sono cresciuto. Come persona e spero come futuro professionista. Ho utilizzato tecniche come gli aiuti, nei momenti di stagnazione delle discussioni, con

l'obiettivo di decrementare gli stessi con il trascorrere delle sedute. Ho cercato di modellare il comportamento opportuno alternativo, invece di bloccare o sottolineare quello sbagliato. Ho fatto un'analisi dei prerequisiti per una discussione comprendendo che, forse, la qualità del discorso era sottesa alla serenità nel prendere parola e alla capacità di ascoltare e perciò ho impostato, prioritariamente, l'intervento su questi due aspetti provando a non contestare opinioni e a non intervenire su processi argomentativi distorti per non sembrare coercitivo e bloccare la conversazione. Per quanto concerne i dati a livello quantitativo mi sono proposto di rilevarli con la massima esattezza possibile, tenendo conto della sensibilità degli altri partecipanti.

Nel quadro che mi rappresenta i colori di questa esperienza sono evidenti. Magari con il tempo sbiadiranno o da altri saranno parzialmente coperti ma saranno lì; a ricordarmi Lorenzo, che inizialmente sembrava avesse poco da dire, e che invece aveva un mondo dentro e quando, con fatica ma sempre più frequentemente, lo faceva uscire, mi stupiva per perizia di linguaggio e profondità in alcuni ragionamenti. E mi faceva sentire una persona utile. Migliore solo per questo.

BIBLIOGRAFIA

O.M.S *Definizione di salute mentale,*

Crispiani Piero, *Storia della pedagogia speciale. L'origine, lo sviluppo, la differenziazione, 2016*

A.Canevaro, *Pedagogia speciale Mondadori*

D.Demetrio, *L'educatore auto.(bio)grafo, Milano*

Gabriella Ba, *Strumenti e tecniche della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, Franco Angeli*

Paola Carozza, *Principi di Riabilitazione psichiatrica, Franco Angeli*

Mary Whitless, *I disturbi di personalità*

Benedetto Saraceno, *La fine dell'intrattenimento Etaslibri RCS*

B. Bettelheim, *Un genitore quasi perfetto Feltrinelli*

Contini Gianfranco, *Il miglioramento della qualità nella riabilitazione psichiatrica*

Dottoressa D.Saltari, *Le competenze dell'educatore professionale. Dispensa modulo didattico "Metodologia dell'educazione professionale"*

Scientifico Editore 1999: *L'atto di volontà- Assaggioli, Astrolabio editore*

Cristina Palmieri, Maria Bendetta Gambacorti-Passerini, *Il lavoro educativo in salute mentale, una sfida pedagogica*

Paola Cavani, Rossella Chifari, *Arti Terapie: Applicazioni nelle relazioni d'aiuto*

Paola Caboara Luzzato, *Arte terapia, Una guida al lavoro simbolico per l'espressione e l'elaborazione del mondo interno*

Mimma Della Cagnoletta, *Arte terapia la prospettiva psicomotricità*

World Federation of Music Therapy (WTFMT) ,1996

Walter Orioli, *Teatroterapia, Prevenzione, Educazione, Riabilitazione,2007*

Glen O. Gabbard, Krin Gabbard, *Cinema e psichiatria*

Andrea Fiamma, *Curarsi con i film*

Ciappina, G., & Capriani, P. (2007) . Manuale di cineterapia : Utilizzare il Cinema come strumento di sviluppo personale

Binetti, P. Cinema e Formazione e Cinema e Terapia

Colombo Giovanni, Psichiatria e cinema

SITOGRAFIA

<https://www.passaggilenti.com/manicomio-in-italia-nascita-e-chiusura/>

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2460_allegato.pdf

http://www.opicomo.it/documenti/Mereu_slides_10_10_2012.pdf

<http://www.annamariastriano.it/disturbi-di-personalita/>

<https://www.intherapy.it/disturbo/ansia/>

<https://www.msmanuals.com/it-it/casa/disturbi-di-salute-mentale/disturbi-da-ansia-e-stress/panoramica-sui-disturbi-d-ansia>

<https://www.apc.it/disturbi/adulto/disturbo-ossessivo-compulsivo/disturbo-ossessivo-compulsivo/>

[https://www.apc.it/wp-](https://www.apc.it/wp-content/uploads/2010/10/2005_Mancin_Il_disturbo_ossessivo_compulsivo_Bara.pdf)

[content/uploads/2010/10/2005_Mancin_Il_disturbo_ossessivo_compulsivo_Bara.pdf](https://www.apc.it/wp-content/uploads/2010/10/2005_Mancin_Il_disturbo_ossessivo_compulsivo_Bara.pdf)

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/homeSaluteMentale.jsp>

<https://docplayer.it/50919537-L-educatore-professionale-e-il-processo-educativo-riabilitativo-in-psichiatria.html>

<http://www.risme.cittametropolitana.bo.it/mente-salute-mentale-percorsi/scuola-arte-roncati/attivita-espressive-bologna-provincia.html>

https://www.psichiatriaoggi.it/wp-content/uploads/2018/12/3-Amatulli-Musicoterapia-PsichiatriaOggi_annoXXXI_n2.pdf

<http://www.psychiatryonline.it/node/1084>

<https://relaxingcooking.wordpress.com/2016/05/05/salute-mentale-i-benefici-della-cucina-terapia/>

<http://www.balamosteatro.org/teatro-e-salute-mentale-laboratorio-linguaggi-mentali/>

<http://www.psychiatryonline.it/node/4797>

<https://www.maybemagazine.it/>

<https://lamenteemeravigliosa.it/cinematapia-film-per-curare-le-ferite/>

[http://www.psicologia-dinamica.it/psysito/banner/Cineterapia%20\(2\).pdf](http://www.psicologia-dinamica.it/psysito/banner/Cineterapia%20(2).pdf)

