



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
Facolta' di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in:
EDUCAZIONE PROFESSIONALE

Tesi di Laurea:

**Il teatro nell'espressione del Sé:
il processo riabilitativo in salute mentale
attraverso le arti terapie**

Candidata:
Caterina Brocanelli

Relatrice:
Prof.ssa Marilena Flamini

Anno Accademico 2021-2022

Ad Anna, che è ispirazione e ragione di ogni mio pensiero e parola.

A Bianca, che è faro della mia vita: dolce, inaspettata follia.

Ad Harry, che è puro amore.

A Marco, che è vento di bonaccia per le mie onde in tempesta: il tuo approdo nelle mie giornate ha significato serenità, sei la luce che mi guida quando non vedo a un palmo da me.

Ad Ettore, che un anno fa non mi conosceva ed ora è il motivo della mia tesi.

INDICE

INTRODUZIONE	4
1. LA SALUTE MENTALE.....	6
1.1 La salute mentale: il paradigma biopsicosociale.....	6
1.2 Dal 900 ad oggi: un po' di storia.....	9
1.3 Le strutture e il ruolo dei professionisti in ambito riabilitativo	16
1.4 La diagnosi clinica e le tipologie di trattamenti terapeutico-riabilitativi.....	19
2. LA FUNZIONE EDUCATIVA E IL RUOLO DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE	25
2.1 L'educatore professionale come figura socio-sanitaria	25
2.2 Il lavoro educativo: contesti e funzioni.....	26
2.3 La figura dell'educatore professionale nella struttura psichiatrica Villa Jolanda..	31
3. LE ARTI TERAPIE.....	35
3.1 Origini e storia	35
3.2 Definizione delle principali arti terapie	39
3.3 Applicazione delle arti terapie nei contesti educativi	42
3.4 La teatro terapia	44
4. ESPERIENZA DI TIROCINIO IN SALUTE MENTALE: IL PROGETTO EDUCATIVO-RIABILITATIVO.....	48
4.1 Villa Jolanda: centro per la cura e la riabilitazione del paziente psichiatrico	48
4.2 Le attività proposte e i progetti riabilitativi	52
4.3 Il progetto educativo: il soggetto con psicosi nel laboratorio teatrale	62
4.3.1 Assesment educativo	62
4.3.2 Il progetto educativo riabilitativo.....	64
4.3.3 Monitoraggio.....	65
4.3.4 Valutazione in itinere	70
4.4 Il progetto educativo: follow up e valutazione finale	71
CONCLUSIONI.....	76
RINGRAZIAMENTI.....	79
FONTI BIBLIOGRAFICHE E SITOGRAFIA.....	81

INTRODUZIONE

Questo lavoro di tesi è nato in seguito alla mia esperienza di tirocinio in salute mentale, dove ho avuto la possibilità di approfondire questo settore e di osservare da vicino il lavoro dell'educatore professionale e l'applicazione delle arti terapie: tra le diverse attività educative proposte in struttura, la mia attenzione è stata catturata dai laboratori di teatro terapia, che si svolgevano il lunedì pomeriggio per circa un'ora e mezza. L'obiettivo di questo elaborato è dimostrare come il medium artistico-teatrale favorisca il processo di socializzazione nel soggetto con problemi di salute mentale, contrastando la tendenza alla cronicità tipica della malattia e dell'ambiente psichiatrico: inoltre come tutto questo sia reso possibile grazie alla costituzione di una relazione educativa, mediante la quale la persona può acquisire nuove abilità e scoprire delle personali risorse. Vengono illustrate l'eziologia e la storia della patologia mentale, la trasformazione del pensiero psichiatrico e l'accezione rinnovata del concetto di salute; la storia delle arti terapie, la metodologia attraverso la quale vengono praticate, i loro benefici e vantaggi sulla qualità della vita della persona; il ruolo protagonista dell'educatore professionale nel percorso di cura del soggetto psichiatrico, la sua funzione socio-sanitaria e i principali ambiti di lavoro. Ho seguito da vicino un utente affetto da psicosi cronica, il quale partecipava costantemente ai laboratori di teatro terapia: ho scelto il suddetto utente dal momento che, dopo averlo osservato durante gli incontri, notavo che in alcuni esercizi trovava delle difficoltà, in particolare nella comprensione e quindi nell'esecuzione del compito. Ciò gli impediva di portare a termine la consegna assegnata e quindi di ricavare piacere e soddisfazione dall'esecuzione di quest'ultima: ho voluto accompagnarlo nello svolgimento dei laboratori per fornirgli il mio aiuto nella gestione delle difficoltà, per il raggiungimento di un maggior grado di autonomia e per incrementare il divertimento e il piacere. Seguire da vicino il suo operato ha significato anche aumentare il grado di partecipazione attiva dell'utente e di conseguenza rinforzare le sue relazioni sociali con gli altri membri del gruppo: grazie a tutto questo è riuscito a raggiungere lo spettacolo finale.

Il capitolo I espone i principali concetti riguardanti la salute mentale: che cosa si intende per *malattia mentale* e come questa si trasforma in *salute*, chi e cosa ha reso possibile e quindi reale la transizione fra i due termini; sono presenti accenni di storia

della psichiatria, si assiste ad un cambiamento del pensiero, il quale si estende lungo un continuum che va dai primi anni del 900 fino all'età contemporanea; sono elencate le figure socio-sanitarie che si occupano della salute mentale e la loro rispettiva funzione sul campo, le strutture adibite al trattamento e alla cura dei disturbi, il manuale diagnostico di riferimento per la redazione della diagnosi e la scelta del miglior percorso riabilitativo.

Il capitolo II si concentra sull'educatore professionale e sulle sue funzioni in ambito lavorativo: come nasce questa figura e in quale contesto, come si trasforma negli anni e come viene inteso oggi il lavoro educativo; quali sono gli ambienti dove esercitare la professione e qual è la metodologia utilizzata. Nell'ultimo paragrafo è presente un focus sull'intervento educativo in salute mentale e una conseguente osservazione sul campo, ricavata dalla mia esperienza di tirocinio: sono descritte le funzioni educative in un ambiente psichiatrico residenziale, inoltre viene sottolineata l'importanza dell'educatore professionale nella quotidianità dei soggetti ricoverati e nella programmazione e gestione delle attività.

Il capitolo III riguarda le arti terapie: come e quando nascono, in che contesto e con quali funzioni, come evolvono nel tempo e il valore terapeutico che assumono oggi in ambito riabilitativo; sono elencate le principali terapie espressive e il meccanismo che è alla base di ognuna di loro, come vengono applicate e in quali contesti. In particolare mi sono voluta soffermare sulla teatro terapia e sul potenziale educativo tipico della pratica teatrale, facendo riferimento alla mia esperienza di partecipazione e azione ai laboratori di teatro proposti nella struttura sede del mio tirocinio.

Nel IV e ultimo capitolo viene esposto il progetto educativo: quali sono le motivazioni che lo hanno posto in essere, la finalità e i principali obiettivi riabilitativi; sono presenti l'assessment educativo e il monitoraggio degli incontri, insieme alle valutazioni in itinere e finale relative al percorso svolto. Sono stati registrati i progressi dell'utente nel tempo, le abilità progressivamente acquisite e le capacità potenziate, fino ad arrivare alla realizzazione dello spettacolo finale.

CAPITOLO 1.

LA SALUTE MENTALE

1.1 La salute mentale: il paradigma biopsicosociale

La prima volta che ho sentito parlare di salute mentale avevo vent'anni: credevo di sapere cosa fosse, anche se fino a quel momento non mi era mai stata presentata così.

L'OMS la definisce come «[...] uno stato di benessere nel quale una persona può realizzarsi, superare le tensioni della vita quotidiana, svolgere un lavoro produttivo e contribuire alla vita della propria comunità [...]». Allo stesso tempo però è una «[...] sfida costante che mira alla ricerca di un equilibrio tra i diversi fattori che la possono influenzare. Ogni nuova situazione di vita la può destabilizzare [...]»¹. Il sito ufficiale del Governo Italiano recita invece: «[...] la salute mentale è parte integrante della salute e del benessere, lo si deduce dalla definizione di salute della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità [...] . La salute mentale, come altri aspetti della salute, può essere influenzata da diversi fattori socio-economici sui quali è necessario agire con strategie globali di promozione, prevenzione, trattamento e recovery in un approccio di government globale [...]»². Sempre riferendoci alle istituzioni, la Costituzione stessa sancisce il diritto alla salute nell'articolo 32: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La Legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana»³. Si nota come, dalle definizioni precedenti, la salute mentale non sia un dato di fatto, una condizione statica uguale a sé stessa non soggetta al cambiamento, bensì una componente della salute dell'uomo che è suscettibile agli stressor esterni e dunque a modificazioni di diversa natura. Può subire delle alterazioni, muoversi lungo un continuum tra benessere e malessere: mantenere un equilibrio diventa un impegno costante e non sempre facile. Dunque non è possibile distinguere nettamente i due stati, quello patologico e quello sano, dal momento che si intrecciano fra loro in un groviglio difficile da districare, confusionario e a volte ambivalente, sempre in movimento.

¹ Cfr. <https://www.santepsy.ch/it>

² Cfr. <https://www.salute.gov.it>

³ Cfr. L. Franchi., V. Feroci, S. Ferrari, *Codice Civile e leggi complementari*, Hoepli, Milano 2021, p. XIV.

L'enciclopedia Treccani definisce la malattia mentale come una modalità di comportamento disfunzionale, a cui si associano una componente del pensiero negativa e/o una menomazione fisica più o meno grave: viene sottolineato, inoltre, che non è possibile fornire una definizione precisa e univoca per esplicitare tale concetto, tanta è la sua complessità come il suo sovrapporsi a stati mentali alterati, ma non per forza patologici. Infatti, ogni persona in momenti diversi della vita può sperimentare periodi critici di tristezza, solitudine, rabbia e sconforto, ma non per questo si parla obbligatoriamente di malattia mentale: non saremo umani, se non provassimo almeno un po' di queste emozioni⁴.

Per alcune persone certi periodi sono più oscuri di altri, diventa più difficile superare gli ostacoli e ricostruirsi: ciò può dipendere da un trauma, come un lutto, un fallimento, la perdita del lavoro o la fine di una storia d'amore. Dai ricordi di un'infanzia triste e solitaria, oppure ricchissima di stress e di instabilità: la memoria si insinua nel presente del soggetto orientando ogni sua decisione e scelta. C'è il rischio allora di cadere nella paura e perciò smettere di esplorare e di mettersi in gioco, si inizia a pensare di non essere degni dell'amore altrui e forse neanche del proprio, fino ad arrivare ad un ritiro sociale che null'altro genera se non isolamento. Il buio è anche dove da fuori si vede la luce: ragazze giovani e adolescenti commettono un errore a volte, quello di fermarsi troppo a lungo davanti allo specchio, a pensare e ripensare, a ruminare, a individuare ogni centimetro in meno o in più sul loro corpo. Così le giornate scorrono e la vita passa, quel riflesso si prende tutto e intorno è solo terra bruciata.

La malattia mentale non è una definizione ma la fase di un processo. Quello di crescita, di scoperta dell'io; quello di definizione dell'identità, dell'acquisizione di fiducia in sé stessi e negli altri; quello della riappropriazione di senso della vita e dei rapporti umani, della socializzazione e dell'autonomia. Il concetto di "recovery" riesce a descrivere questa dinamica, in quanto non è la scomparsa della malattia, «[...] piuttosto rispecchia lo sviluppo di abilità perdute e il recupero di un ruolo valido e soddisfacente all'interno della società»⁵.

Questa visione rinnovata riguardo alla malattia mentale si sviluppa intorno agli anni '50 del Novecento, quando avviene un taglio netto fra la patologia e la persona,

⁴ Cfr. <https://www.treccani.it/enciclopedia/malattia-mentale/>

⁵ Cfr. P. Carrozza, *Principi di riabilitazione psichiatrica*, Franco Angeli, Milano 2006, pp. 173.

poiché quest'ultima non viene più identificata nei suoi disturbi: lo stesso concetto di salute si evolve e non coincide più con l'assenza di malattia, ma con un benessere generalizzato che comprende diversi aspetti della vita dell'individuo. In ambito medico e psicologico si va a definire il così detto modello biopsicosociale, ossia una concettualizzazione che include tutti i fattori che influiscono sull'intera persona, i quali contribuiscono ad apportare cambiamenti nell'ambito della sua salute fisica e mentale: tale modello sostiene che entrambi gli stati di benessere e malessere dipendano dall'interazione complessa e non lineare fra fattori fisici, chimici e organici, e le diverse componenti psicologiche, sociali e culturali del soggetto⁶. Se scomponiamo il termine, notiamo infatti che *bio* sta per biologico (la componente genetica), *psico* per psicologico (la dimensione mentale, emozionale e spirituale) e *sociale* descrive invece l'influenza dei sistemi familiari, culturali ed economici sulla salute. L'interazione che avviene fra il soggetto e i fattori contestuali in cui si trova a vivere è dinamica e non casuale, non sempre si sviluppa all'interno di una relazione biunivoca prevedibile: per esempio, la presenza di una disabilità più o meno grave può modificare la condizione di salute di un individuo e viceversa, uno status di malessere psicologico costante può avere delle ripercussioni negative sulla salute fisica della persona⁷. È stato osservato da Besedovsky negli anni '70 che lo stress ha un ruolo decisivo nella produzione del cortisolo, ormone capace di sopprimere la risposta del sistema immunitario: in questo modo il corpo del soggetto sperimenta un deficit delle attività di protezione dell'organismo, quindi la persona può andare incontro ad uno status di malessere fisico⁸.

Prima dell'introduzione di questo paradigma, la medicina si serviva di un altro modello per strutturare i trattamenti sanitari ed erogare le relative cure: quello biomedico, focalizzato soprattutto sullo stato patologico, il quale si credeva originasse da una deviazione rispetto alla normalità biologica di riferimento⁹. Sussisteva la teoria dualistica che considerava il corpo e la mente come due entità separate, non comunicanti fra loro: i segni e i sintomi manifestati da un paziente venivano associati ad una o più cause organiche responsabili, poiché non erano presi in considerazione gli

⁶ Cfr. <https://www.ambulatoriosocialepsicoterapia.com/il-modello-biopsicosociale>

⁷ Cfr. O.M.S., ICF. *Classificazione internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Erickson, Trento 2002, pp. 22.

⁸ Cfr. <https://www.centrostudidelmovimento.it/blog/stress-e-infiammazione/>

⁹ Cfr. <https://www.neuropsicomotricista.it/>

aspetti socio-economici relativi alla vita della persona¹⁰. Questa visione unimodale, focalizzata sulla malattia, sarà quella che influenzerà buona parte della storia della psichiatria prima di Basaglia e della sua legge sulla chiusura dei manicomi, prima della riforma in ambito psichiatrico e dell'istituzione delle strutture adibite al trattamento e alla riabilitazione dei soggetti con disagio psichico.

1.2 Dal 900 ad oggi: un po' di storia

Avvolgendo il nastro e guardando indietro, fino a un secolo fa la malattia mentale era confinata all'interno di istituti chiusi e di carattere fortemente repressivo: i manicomi.

In Italia nel 1904 venne pubblicata una legge unitaria (Legge Giolitti) che regolamentava per la prima volta in maniera organica la materia psichiatrica: il manicomio diventava strumento di repressione e controllo sociale, poiché la sua finalità era contenere ed isolare tutti coloro che potenzialmente rappresentavano un pericolo per la società. Si può ben comprendere dunque che non era adibito solo alla "cura" del soggetto psichiatrico: ospitava anarchici e ribelli, persone con disabilità fisica, stranieri, alcolisti e tossicodipendenti. In questo modo l'istituzione manicomiale diventava il braccio destro della politica vigente nel Paese, in particolare negli anni del fascismo: al loro interno infatti, venivano reclusi tutti quei cittadini che non corrispondevano ai canoni del regime, per esempio gli omosessuali, gli ebrei, i pensatori anti fascisti¹¹. Scrive Matteo Petracci in *"I matti del duce"* che nel fascismo si salda il concetto di pericolosità sociale con «[...]la teoria che anche utopisti, teorici e inconcludenti fossero folli [...]»¹². Egli inoltre afferma come sanità e politica si fossero legate già in passato in altri governi precedenti a quello fascista sempre per lo stesso scopo: confinare la cultura e i comportamenti anarchici, regolamentando con normative apposite l'internamento in strutture manicomiali. Gli psichiatri in particolare avevano un potere egemonico senza eguali: a loro era affidata la redazione della diagnosi, erano loro in ultima istanza a decidere chi doveva essere internato, per quali ragioni (o per quali colpe) e le modalità

¹⁰ Cfr. <https://openfisioterapia.blogspot.com/2013/04/modello-biomedico-bio-psico-sociale.html>

¹¹ Cfr. <https://thevision.com/cultura/fascismo-manicomi>

¹² Cfr. M. Petracci, *I matti del duce. Manicomi e repressione politica nell'Italia fascista*, Donzelli editore, 2014, p. 7.

da utilizzare come “terapie”¹³. Annacarla Valeriano afferma inoltre che il sistema manicomiale era concepito per assistere alla follia ma utilizzato per mantenere l’ordine pubblico e tutela della moralità, attraverso la presa in carico della pericolosità sociale e del pubblico scandalo¹⁴: nel suo libro *Malacarne*, descrive i ricoveri coatti e la sintomatologia assurda con cui erano compilate le cartelle cliniche delle pazienti, definite «[...] stravaganti, loquaci, capricciose, erotiche, smorfiose, piacenti e civettuole [...]»¹⁵. Coloro che venivano rinchiusi non corrispondevano al tipo ideale femminile che promuoveva il regime, ossia quello di una figura sottomessa all’uomo chiamata a rispettare i codici etici e morali imposti, che doveva rispondere al ruolo che la politica aveva individuato per lei, ossia quello di “angelo del focolare”: chi non rientrava in questi schemi era la *malacarne* e finiva in manicomio¹⁶.

Com’era quindi, la vita degli internati? Suona strano chiamarla così, poiché sembrava assomigliare neanche a una semplice sopravvivenza: se si entrava come persone si usciva come cose, nella migliore delle ipotesi in cui la vita continuasse dopo il ricovero. Proprio perché pericolosi per il mondo, i pazienti venivano considerati come “non persone, oggetti disumani”, per questo erano spogliati di ogni loro diritto: a ereditare, a sposare, a comprare e a vendere, ad amministrare il proprio patrimonio, a votare, a essere genitore. Per gli internati manicomiali non esisteva la scelta: i tutori, familiari o esterni, avevano l’ultima parola su ogni decisione che riguardasse la loro vita o la loro morte. L’autonomia della persona si eclissava completamente dietro alla malattia, senza possibilità di ritorno. Si ricorreva all’utilizzo di terapie traumatizzanti, invasive e inconcludenti, che rendevano le condizioni di vita degli ospedali molto peggiori di quelle condotte da un detenuto in qualsiasi carcere: si usavano ad esempio la segregazione nei letti di contenzione, la camicia di forza, l’elettroshock praticato in maniera selvaggia, le docce fredde, l’insulino-terapia, la lobotomia¹⁷. Si praticava inoltre la malarioterapia, inoculando la malaria nel malato, il quale pativa i sintomi della malattia con febbre fino a 42 gradi, delirio e debilitazione fisica: tutto questo nella

¹³ Cfr. M. Petracci, *I matti del duce. Manicomi e repressione politica nell’Italia fascista*, Donzelli editore, 2014, pp. 30-33.

¹⁴ Cfr. A. Valeriano, *Malacarne. Donne e manicomio nell’Italia fascista*, Donzelli editore, Pomezia, 2017, pp. 83-90.

¹⁵ Cfr. A. Valeriano, *Malacarne. Donne e manicomio nell’Italia fascista*, Donzelli editore, Pomezia, 2017, p. 26.

¹⁶ Cfr. A. Valeriano, *Malacarne. Donne e manicomio nell’età fascista*, Donzelli editore, Pomezia, 2017, pp. 36-44.

¹⁷ Cfr. <https://associazioneideeincircolo.wordpress.com>

speranza di cambiare qualcosa nel soggetto provocandogli uno shock. Ovviamente tale effetto veniva sortito ma risultava fine a sé stesso, poiché il trauma era talmente forte che la persona, anziché rinsavire, sprofondava in un vortice ancora più profondo, in una cronicità invalidante e gravissima, che azzerava qualsiasi possibilità di cura, di riabilitazione o di guarigione. L'assistenza che veniva fornita dunque non rispondeva ai reali bisogni dei pazienti, era uguale ed estrema per tutti: non c'erano riscaldamento, cibo e medicine sufficienti, le misure igienico sanitarie erano inesistenti, non c'era spazio per la privacy e i malati dormivano ammassati in grandi stanzoni comuni. Si stima che tra le 24 e le 30 mila persone ricoverate nei manicomi morirono di fame e stenti¹⁸.

Il sistema manicomiale entrò in crisi intorno agli anni '60 e '70, periodo in cui il Paese conobbe anche nuove importanti riforme per i diritti umani: vennero approvati lo Statuto dei lavoratori (l. 20 maggio 1970, n. 300), la legge sul divorzio (l. primo dicembre 1970, n. 898), la riforma del sistema carcerario (l. 26 luglio 1975, n. 354), la legalizzazione dell'aborto (l. 22 maggio 1978, n. 194)¹⁹. In tale contesto riformistico si distingueva la figura di Franco Basaglia, psichiatra illuminato praticante a Gorizia, il quale individuò la falla nel sistema manicomiale che definì come “un’istituzione della violenza” in cui «[...] *la violenza è giustificata da una colpa (carcere) o una malattia (ospedale psichiatrico). Compito dei tecnici a cui sono appaltati questi istituti è adattare gli individui ad accettare la loro condizione di oggetti di violenza [...]»*²⁰. Gli studiosi di Gorizia rifiutarono il mandato sociale basato sulla concezione negativista e coercitiva della malattia, introducendo un modello differente in cui il dialogo tra operatori e pazienti diventava centro del lavoro terapeutico: questo corrispondeva ad una presa di responsabilità da parte delle figure professionali di utilizzare la loro autorità per restituire libertà di scelta e dignità al soggetto in cura. La pratica terapeutica maggiormente adoperata era proprio quella della “riunione” tra pazienti e personale medico, mediante la quale era possibile la riappropriazione della propria personalità attraverso le scelte e la discussione condotta alla pari con gli operatori. Questo pensiero si collocava in un’ottica riformistica che si contrapponeva fortemente all’oppressione e al sopruso.

¹⁸ Cfr. <https://thevision.com/cultura/fascismo-manicomi/>

¹⁹ Cfr. https://www.studistorici.com/2014/12/29/mantovani_numero_20/

²⁰ Cfr. F. Basaglia, *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino, 1968, p. 115.

«Ma dietro questo atto c'è un significato che va oltre. Nel momento in cui si riconosce nel paziente psichiatrico una persona, diventa assolutamente insopportabile continuare a chiuderlo nelle gabbie o a contenerlo. Quando si mette tra parentesi la malattia, si scopre l'altro, l'esserci. Questo ha a che vedere prima che con i diritti, con la libertà»²¹.

La legge Basaglia prese corpo sotto il nome di Legge 180 nel 1978 dopo un lavoro di molti anni: rappresentava la prima riforma in Europa a sancire l'abolizione dei manicomi e l'instaurarsi di un concetto fondamentale, quello secondo cui tutte le persone con disturbi mentali avevano uguale diritto di cittadinanza, diritto che per secoli la psichiatria aveva negato. L'effettiva attuazione però avvenne soltanto alcuni anni dopo, con l'introduzione della Legge 833 che demandava l'attuazione delle norme alle singole Regioni e perciò si realizzava una diversificazione in materia molto significativa: la chiusura dei manicomi si concretizzò solamente nei primi anni '90²².

Se nel corso degli anni le istituzioni e i servizi per le malattie mentali sono andati modificandosi, la stessa cosa è accaduta per il pensiero degli psichiatri e psicoanalisti che studiavano la mente umana.

Nel 1911 Bleuler, psichiatra tedesco, pubblicò "*Dementia praecox*" o "*Il gruppo delle schizofrenie*", saggio in cui per la prima volta si definisce il termine "schizofrenia" e viene fornita una panoramica sintomatologica della stessa e di altre malattie psichiatriche.

Secondo Bleuler la schizofrenia è una malattia di origine organica che produce deliri e allucinazioni, i quali si definiscono come sintomi psicologici ma anche psicomotori, per identificare e insieme nascondere gli stati ontologici reali della malattia: la dissociazione a livello cognitivo e l'autismo a livello affettivo. Introduce il concetto di "scissione" (in tedesco "spaltung") tipico del paziente schizofrenico, in cui avviene una rottura delle connessioni sintattiche e semantiche tra le varie rappresentazioni della psiche: «[...] logica e realismo non abitano più la casa del soggetto, i nuovi inquilini, abusivamente installati, sono spettri di realtà psichica e il loro nome è 'complessi'»²³. La schizofrenia fa parte del gruppo delle psicosi

²¹Cfr. <https://www.redattoresociale.it/article/notiziario/>

²² Cfr. <https://www.pazienti.it/contenuti/burocrazia-sanitaria/legge-basaglia>

²³ Cfr. E. Bleuler, *Dementia praecox o Il gruppo delle schizofrenie*, Polimnia Digital Edition, Sacile, 2017, pp. 6-8.

denominato dallo psichiatra tedesco come “*dementia praecox*”, ossia delle patologie a decorso cronico che ad ogni stadio possono arrestarsi oppure regredire, ma mai ritornare o approdare a uno stadio sano, che comporti l’assenza di malattia. Bleuler nella sua opera descrive la patologia non in senso scientifico, ma dottrinale, secondo il suo statuto ontologico da cui origina il fenomeno morboso: propone un approccio “non medicale” alla “non malattia” della schizofrenia, poiché sostiene che ogni volta che ci troviamo di fronte a uno schizofrenico ci poniamo una questione, ossia quale sia la nostra concezione di “normalità”. Lo stesso chiedersi mette in discussione la definizione di schizofrenia come malattia; la patologia in sé è secondaria, il fatto primario è rappresentato dagli effetti della malattia, ossia la mancata integrazione dell’individuo nel sociale e soprattutto viceversa, del sociale nell’individuo: si parte dal credo che ogni Folle si porti dietro un Sé. Questo diventa importante per definire il pensiero e il trattamento dei pazienti psichiatrici negli anni futuri, la visione non medicalizzante e assistenzialista della patologia, la presa di coscienza della malattia come attributo e non come status quo del soggetto, il quale in primis si definisce come persona²⁴.

Impossibile non citare nella storia della psicopatologia Sigmund Freud, padre e portavoce della psicoanalisi: attraverso la sua teoria degli stadi psico-sessuali, definisce la costruzione del sé e della personalità come il prodotto di un processo di crescita e di sviluppo, che il soggetto attraversa dai primi anni di vita fino all’età puberale, ossia l’adolescenza. In ogni fase il bambino deve imparare a gestire uno stimolo, una pulsione che si concentra in una parte del corpo precisa (es: la bocca, l’ano, i genitali): alla sollecitazione di questa, egli percepisce l’alleviarsi della tensione, lo smaltimento dell’energia. Questo processo si ripete durante i vari stadi fino a completarsi, lasciando spazio alle fasi successive. Può avvenire però che il soggetto rimanga “intrappolato” in uno stadio precedente oppure che vi regredisca successivamente a fatti traumatici o particolarmente critici: questa “falla” nel processo di sviluppo dà origine alla psicopatologia nel soggetto adulto, quindi per esempio l’isteria coincide con la regressione alla fase fallica, la terza fase dello sviluppo che avviene nel bambino tra i 3 e i 5 anni.

Freud propone un modello di sviluppo statico e unimodale, in parte riduzionista perché fortemente organico: egli infatti individua i bisogni primari di fame e

²⁴ Cfr. E. Bleuler, *Dementia praecox o Il gruppo delle schizofrenie*, Polimnia Digital Edition, Sacile, 2017, pp. 6-8.

sopravvivenza come trainanti di tutto lo sviluppo, il bambino è un “bozzolo autistico”, entra in relazione con gli altri soltanto per mettere a tacere i suoi impulsi, quindi l’aspetto socio relazionale è ridotto ai minimi termini. L’importanza della relazione e la definizione di uomo come “essere sociale” arriva con Bowlby e il suo modello relazionale: il bambino per crescere ha bisogno di stare insieme agli altri, il suo rapporto con la madre è di primaria importanza e determina la sua personalità e la formazione dei MOI (modelli operativi interni), che utilizza per modulare i suoi comportamenti e per gestire le situazioni critiche. La socialità diventa un bisogno primario responsabile della sana crescita del soggetto.

Secondo Bowlby tra madre e figlio si instaura un legame privilegiato, responsabile della definizione del bambino come soggetto adulto: si sta parlando dell’attaccamento. Questo nasce già dai primi mesi di vita, negli atti di cura della madre, quando lava, veste, coccola il piccolo, lo accudisce e lo tiene vicino a sé: egli percepisce la presenza e il calore della mamma, grazie a questo riesce prima a riconoscere sé stesso come soggetto nel mondo e poi gli altri. La figura materna è il punto di riferimento per entrare in relazione con il mondo esterno, è oggetto transizionale attraverso il quale il bambino fa esperienza e impara a conoscere le cose, a gestire le situazioni problematiche a rispondere in modo corretto agli stimoli. Se però, la madre non è capace di un buon maternage, il figlio può fare esperienza di un attaccamento non sicuro, in parte patologico: questo comporta delle ripercussioni, durante il periodo adolescenziale e nella vita adulta.

Mary Ainsworth struttura la “strange situation”, situazione sperimentale in cui la mamma, il bambino e un estraneo sono posti all’interno di una stanza e si registrano le reazioni del bambino al momento della separazione dalla madre e al loro ricongiungimento. Si osservano diversi comportamenti, i quali portano alla definizione di quattro diversi tipi di attaccamento: sicuro, insicuro evitante, ambivalente e disorganizzato. I bambini ad attaccamento insicuro hanno una relazione distorta con la madre: restano lontani, non si accorgono della sua presenza quanto della sua assenza, non sembrano mostrare alcuna emozione al distacco e al ricongiungimento, oppure sono apprensivi, non smettono di piangere neanche quando si riuniscono alla madre, presentano comportamenti bizzarri come il buttarsi a terra, picchiarsi o urlare. I bambini che fanno esperienza di questo tipo di attaccamento diventano adulti insicuri,

riproponendo così i comportamenti patologici quando entrano in relazione con gli altri: di conseguenza possono sviluppare disturbi di personalità (borderline, personalità antisociale), disturbi della condotta, possono cadere nelle dipendenze patologiche (sostanze stupefacenti, alcol, gioco d'azzardo), oppure in vere e proprie patologie psichiatriche come la depressione o il disturbo bipolare. Di fatti molto spesso, la storia di ragazzi e adulti con disturbi psichiatrici è costellata di traumi infantili: la perdita di un familiare in età molto giovane; figure genitoriali a loro volta con problemi di alcol e/o droga oppure con disturbi psichiatrici; padri e madri assenti, indifferenti ai problemi dei figli, non presenti né fisicamente né emotivamente.

Ad oggi quindi, se si dovesse definire l'origine della psicopatologia, questa sarebbe da ricercare nella storia del soggetto, nei primi anni della sua vita, nel rapporto con i genitori e di conseguenza con gli altri: il grado di malattia o sanità di una persona dipende dalla sua capacità di stare in relazione, nel modo in cui vede e percepisce sé stessa nel mondo. Non esiste un'origine comune della psicopatologia, la depressione non nasce da uno snodo uguale per tutti: ognuno ha la sua storia, i suoi fantasmi e le sue gallerie, poiché ogni soggetto è differente e proprio grazie a questo si rende possibile la cura; la condivisione e il dialogo restituiscono emozioni ed esperienze che sono formanti per sé e per gli altri, danno la possibilità di un futuro diverso, migliore.

La riforma di pensiero in ambito psichiatrico ha portato all'istituzione di servizi di diversa entità per il trattamento e la cura dei disturbi mentali: i centri diurni, le strutture residenziali, i gruppi appartamento, le comunità protette, i centri di salute mentale ed il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) sono alcuni dei principali servizi di supporto al disagio psichico. In base allo stadio della malattia e al livello di gravità, queste strutture operano offrendo prestazioni differenti per ogni tipologia di soggetto: in ognuna di queste si trovano figure professionali specializzate che lavorano in sinergia per la riabilitazione della persona. Tali figure quindi, insieme alla terapia farmacologica, svolgono un intervento di supporto e definizione dei percorsi di cura e di crescita del singolo, finalizzati al raggiungimento di un maggior grado di autonomia e indipendenza.

1.3 Le strutture e il ruolo dei professionisti in ambito riabilitativo

Le principali strutture che agiscono nell'ambito della salute mentale sono: il dipartimento di salute mentale (DSM), il centro di salute mentale (CSM), il centro diurno, il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), il day hospital (DH), le strutture residenziali e semi residenziali, i gruppi appartamento, le comunità protette.

- 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): è composto da diversi servizi, come quelli per l'assistenza diurna, l'SPDC e i DH, coordina strutture residenziali (SR) distinte in residenze terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative.

- Il centro di salute mentale (CSM) è il servizio di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico: coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche. Al Centro fa capo un'équipe multiprofessionale costituita almeno da uno psichiatra, uno psicologo, un assistente sociale e un infermiere. Fornisce diversi tipi di prestazioni: trattamenti psichiatrici e psicoterapie, interventi sociali, inserimenti dei pazienti in centri diurni, day hospital, strutture residenziali; attività diagnostiche come visite psichiatriche, colloqui psicologici per la programmazione terapeutico riabilitativa, interventi ambulatoriali e domiciliari; consulenza specialistica per i servizi "di confine" (alcolismo, tossicodipendenze), nonché per le strutture residenziali per anziani e per disabili; intese e accordi di programma con i Comuni per gli inserimenti lavorativi degli utenti psichiatrici. Il servizio è attivo 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana.

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

- Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero: è parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale ed è ubicato all'interno di strutture ospedaliere. Il numero complessivo dei posti letto è individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 abitanti, ciascun SPDC contiene non più di 16 posti letto.

- Il Day Hospital psichiatrico (DH) costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine, può essere collocato all'interno dell'ospedale, con un collegamento funzionale e gestionale con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. È previsto che sia aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni alla settimana.

- Si definisce struttura residenziale (SR) una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per i cittadini con disagio psichiatrico inviati dal CSM con programma personalizzato e periodicamente verificato. Queste strutture hanno lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative: pertanto la SR, non va intesa come soluzione abitativa. Sono differenziate in base all'intensità di assistenza sanitaria (24 ore, 12 ore, fasce orarie), collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili per prevenire ogni forma di isolamento delle persone che vi sono ospitate e per favorire lo scambio sociale.

- Il gruppo appartamento è una struttura residenziale che accoglie persone adulte e parzialmente autonome, con problematiche psichiatriche, in situazione di disagio sociale o abitativo all'interno di un contesto residenziale ristretto. Il servizio si prefigge come scopo principale la prevenzione dell'istituzionalizzazione (ricorso a forme di assistenza e cura più intensive) sostenendo la gestione autonoma della vita quotidiana e della cura della persona, attraverso la vita comunitaria, il supporto lavorativo e l'integrazione con la comunità locale.

- La comunità protetta si caratterizza come una sorta di grande residenza destinata ad accogliere soggetti con patologie di natura psichiatrica che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi: per accedervi bisogna fornire una domanda di ammissione redatta dallo psichiatra di riferimento, dopo di che per il paziente che accede viene ideato un percorso terapeutico ad hoc con degli obiettivi da raggiungere in

un determinato arco di tempo. All'interno di una comunità gli ospiti sono controllati e supportati da un'equipe di medici, psichiatri, psicologi, educatori professionali e infermieri: le attività terapeutiche riuniscono colloqui clinici e psicoterapici, atelier di attività espressive, riabilitative e ricreative. Ci sono inoltre reparti dedicati ai disturbi della sfera affettiva, quindi disturbi dell'umore, di personalità, disturbi psichiatrici associati ad abuso di alcool o di sostanze: si prevedono attività terapeutiche che mettono al centro la relazione, la collaborazione con la famiglia e la rete sociale del territorio²⁵.

Ovviamente quando si parla di lavoro nella salute mentale questo non viene mai svolto da una sola persona: infatti per fare in modo che la riabilitazione si realizzi e il soggetto esca dalla fase acuta della patologia, è più che mai necessario un lavoro di equipe. Le figure professionali che la compongono sono generalmente: il medico psichiatra, il neurologo, lo psicologo, l'infermiere, il tecnico della riabilitazione psichiatra (TERP), l'assistente sociale e l'educatore professionale. Ognuno di loro ha una funzione specifica che è di supporto alle altre: insieme collaborano all'interno del percorso riabilitativo del paziente, portando le loro conoscenze e contributi, personali e professionali.

- Il medico psichiatra ha il compito di fare un primo colloquio con il paziente all'ingresso in struttura: illustra le tappe del percorso di guarigione, gli obiettivi e le difficoltà da affrontare e predispone l'eventuale terapia farmacologica.

- Il neurologo si dedica allo studio e alla cura dei disturbi del sistema nervoso centrale e periferico: il suo lavoro consiste nell'esaminare i disturbi sensitivi, i riflessi e le funzioni cerebellari tramite esami clinici di varia natura.

- Lo psicologo è la figura che si occupa della comprensione e del sostegno della persona in ottica di prevenzione e diagnosi, approfondendone il funzionamento sia a livello caratteriale sia dal punto di vista cognitivo: svolge colloqui con il soggetto in privato, singolarmente oppure insieme ad altri, che possono essere altre figure professionali oppure membri della famiglia. Nelle strutture residenziali prende parte ai gruppi e in alcuni casi li dirige.

- L'infermiere ha un ruolo terapeutico-riabilitativo all'interno dell'equipe multidisciplinare, ponendosi come figura professionale trasversale, di supporto nel percorso di cura: si occupa della somministrazione della terapia, assiste i pazienti

²⁵ Cfr. <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/>

durante la giornata nel caso in cui questi dovessero accusare delle problematiche (crisi psicotiche, sintomi influenzali, dolori muscolari o diffusi, mal di testa ecc.). Nelle strutture residenziali è presente durante i pasti per verificare che i pazienti mangino correttamente e si idratino; collabora con l'OSS nella gestione dell'utenza.

- Il tecnico della riabilitazione psichiatrica (TERP) si occupa di tutte quelle attività che aiutano il paziente a ritrovare un ordine spazio temporale, restituendo un ritmo alla giornata, lavorando sulla motivazione e facendo leva sulle inclinazioni della persona: struttura gruppi metacognitivi e di problem solving, affianca lo psicologo nei gruppi motivazionali.

- L'assistente sociale si occupa di supportare il paziente sia per quanto attiene il periodo della degenza sia per quanto riguarda i problemi connessi alla dimissione e al rientro a casa.

- L'educatore professionale opera sul contesto sociale del soggetto, allo scopo di favorirne il reinserimento nella comunità, seguendolo nell'intero arco della sua giornata e aiutandolo a manifestare e condividere dubbi, perplessità e difficoltà: struttura attività creative e di coinvolgimento solitamente in gruppo, come la musicoterapia, l'arteterapia, la pet-therapy, la teatroterapia ed altre²⁶.

Ogni professionista della riabilitazione agisce secondo la metodologia specifica della sua formazione, mettendo a disposizione del paziente diverse tipologie di prestazioni, che siano queste mediche, psicologiche, sociali ed educative. Esiste inoltre uno strumento utilizzato in ambito psichiatrico per effettuare la diagnosi clinica e per definire le linee guida del percorso di cura e riabilitazione: stiamo parlando del DSM V.

1.4 La diagnosi clinica e le tipologie di trattamenti terapeutico-riabilitativi

Ad oggi medici e psichiatri utilizzano il DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) per effettuare una diagnosi di malattia mentale.

Aggiornato all'ultima versione del 2013, questo manuale diagnostico fornisce informazioni sulla prevalenza, i fattori di rischio, il tipico corso e sviluppo della malattia, contiene per ogni disturbo una breve descrizione del funzionamento generale e un elenco della sintomatologia e dei comportamenti tipici. Introduce dei concetti e delle

²⁶ Cfr. <https://neomesia.com/l-equipe-assistenziale/>

classificazioni del tutto nuovi: al suo interno infatti sono elencate delle categorie per i disturbi dell'apprendimento e dello spettro autistico, per le così dette "dipendenze comportamentali" in cui rientra il gioco d'azzardo compulsivo (gambling); sono presenti delle scale per valutare il rischio suicidario e per individuare la presenza o meno dei disturbi del comportamento alimentare, quali binge eating, bulimia e anoressia nervosa. Aderisce a quattro principi nella descrizione della patologia: è nosologico, statistico, ateorico e assiale. È nosologico poiché i disturbi mentali sono definiti in base a quadri sintomatologici descritti a prescindere dal vissuto del soggetto e sono raggruppati utilizzando dei criteri standard; statistico in quanto la presenza o meno di un disturbo mentale e la distinzione tra questo e un livello "normale" di funzionamento è definito attraverso i concetti statistici di frequenza, intensità, moda, mediana, varianza e correlazione; ateorico perché la diagnosi viene fatta a prescindere da qualsiasi approccio teorico, che sia questo comportamentista, cognitivista, psicoanalitico o relazionale; infine assiale perché raggruppa i disturbi mentali su cinque assi, al fine di ottenere una diagnosi esaustiva.

Questa edizione è l'ultima di una lunga serie: la prima del 1952 e la seconda del 1968 sono il risultato del lavoro e dell'influenza dell'APA (American Psychiatry Association), non arrivarono in Italia. Nel 1980 fu pubblicata la III edizione consultata anche dagli psichiatri italiani: i membri della task force guidata da Robert Spitzer lavorarono per eliminare qualsiasi teoria eziopatogenetica limitandosi alla descrizione di sintomi e segni. Il DSM III perciò è pensato come strumento attendibile e di facile comprensione per il dialogo e il confronto fra professionisti di tutto il mondo, evitando dubbi e fraintendimenti. Anche la IV edizione segue la stessa linea.

Com'è ovvio non è possibile inquadrare la mente e il comportamento umani in numeri, sezioni e categorie: tuttavia risulta necessario individuare un linguaggio chiaro e condiviso da tutti, che sia contenuto in un unico scritto e che renda possibili comunicazione e condivisione di informazioni e teorie, accettando i vantaggi ma anche i limiti che questa unificazione comporta.

Utilizzando il DSM V è possibile fare una diagnosi psichiatrica: il terapeuta, che sia uno psicologo o uno psichiatra, in primis svolge un colloquio conoscitivo con il paziente, in cui quest'ultimo racconta la sua storia e il suo passato, quali sono i rapporti con la famiglia, che cosa lo mette maggiormente in crisi. Dopo una serie di incontri il

professionista ha un quadro più definito della situazione, dunque riesce ad effettuare una diagnosi: questa è utile non solo per individuare il tipo di disturbo quindi il relativo trattamento, ma anche per permettere alle altre figure professionali in campo di comprendere il loro ruolo nel percorso riabilitativo del soggetto. Si utilizzano diversi strumenti di valutazione: dei questionari autosomministrati come l'Attachment Style Questionnaire, l'Inventory of Interpersonal Problems e altri simili; le interviste semi strutturate come l'Intervista per la valutazione della Metacognizione oppure la Structured Clinical Interview for DSM IV. Esistono inoltre delle scale apposite per valutare la presenza e il grado di intensità di un determinato disturbo: si distinguono quelle per il disturbo d'ansia generalizzato (The Penn State Worry Questionnaire), per i disturbi psicotici (Brief Psychiatric Rating Scale Vers), per il disturbo bipolare (Beck Depression Inventory, Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) ed altre²⁷.

Il DSM V individua e classifica ogni tipo di disturbo mentale: contiene la descrizione delle caratteristiche, della sintomatologia e del trattamento delle psicosi più diffuse, come per esempio la schizofrenia, il disturbo bipolare o le psicosi indotte da sostanze.

La schizofrenia, dal greco $\sigma\chi\iota\zeta\omicron$ (= schizo, dividere) e $\phi\rho\epsilon\nu\alpha$ (= frenia, cervello) è una delle patologie psichiatriche più comuni e più diffuse: è caratterizzata dalla produzione di sintomi positivi quali deliri, allucinazioni, comportamenti bizzarri e sintomi negativi come il ritiro sociale, l'appiattimento emotivo, l'apatia, il linguaggio disorganizzato e illogico, la difficoltà nell'eloquio e nella relazione con gli altri. I sintomi insorgono solitamente in un momento particolare della vita della persona, ad esempio successivamente a un fatto traumatico, quali un lutto o una perdita, come epilogo di un'infanzia o un'adolescenza complicate, costellate da rapporti critici e disfunzionali con le figure genitoriali, oppure in maniera del tutto arbitraria in persone adulte che conducono una vita "normale". In seguito all'esordio il soggetto progressivamente perde alcune abilità, per esempio quelle relative all'igiene personale e alla cura del sé, non riesce più a tenere ordinata la casa, non va più a lavorare: questo comporta un isolamento e una distanza sociali sempre maggiori, che inaspriscono la gravità dei sintomi e a lungo andare, cronicizzano lo stato patologico.

²⁷ Cfr. <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/1461/articoli/16137/>

Il disturbo bipolare è caratterizzato dall'alternarsi di due poli opposti, quello maniacale e quello depressivo. Il soggetto quindi vive periodi di grande euforia, in cui le sue energie risultano superiori al normale, non dorme e salta i pasti, presenta comportamenti e reazioni eccessive e disfunzionali: a questi si alternano invece altri periodi di grande tristezza, isolamento e chiusura sociale, in cui l'individuo cade in uno stato depressivo tale da impedirgli di svolgere una vita "normale". I due stadi si alternano in modo differente da persona a persona e possono avere durate diverse, ad esempio qualcuno può sperimentare fasi depressive più lunghe di altri e viceversa. È difficile relazionarsi con una persona che soffre di bipolarismo, perché risulta eccessiva, fastidiosa e rumorosa oppure piatta, apatica, indifferente ad ogni stimolo.

Le psicosi indotte da sostanze stupefacenti sono degli stadi patologici che insorgono soprattutto in soggetti che soffrono già di una tossicodipendenza: a lungo andare, all'abuso delle sostanze si unisce il disturbo psichiatrico. Di solito questo tipo di psicosi si presenta con dei sintomi simili a quelli della schizofrenia, quindi allucinazioni e deliri: questi portano la persona a compiere atti bizzarri o addirittura pericolosi per la sua incolumità e di quelli che gli stanno attorno. Se si seguono una terapia farmacologica adeguata e un percorso riabilitativo efficace, di solito si può uscire dallo stato patologico in questione: rimane però comunque alto il rischio di un nuovo episodio psicotico, legato soprattutto al fatto che, nelle tossicodipendenze, le ricadute sono molto frequenti.

In relazione alla patologia esistono diverse tipologie di trattamenti terapeutico riabilitativi, i quali agiscono nelle specifiche aree funzionali del soggetto: tra questi troviamo quello medico e infermieristico, quello sociale e psicologico, quello educativo e riabilitativo.

Il trattamento medico consiste nell'erogazione di cure farmacologiche e di visite private, nella somministrazione al bisogno di farmaci e nell'operazione di controllo dei principali parametri corporei; la figura medica opera nella redazione e definizione della diagnosi clinica, servendosi del relativo manuale diagnostico, comunica all'equipe multidisciplinare la storia clinica del paziente e illustra i partecipanti sul tipo di intervento da applicare. Il medico psichiatra prende il carico il singolo utente ed è responsabile della sua terapia farmacologica come del monitoraggio della stessa, è in contatto con strutture riabilitative quali centri diurni o gruppi appartamento, per

progettare, insieme alle altre figure della riabilitazione, l'inserimento dell'utente in questione.

Il trattamento psicologico spetta allo psicologo o allo psicoterapeuta, il quale dirige il paziente all'interno di un percorso introspettivo individualizzato, funzionale all'acquisizione di una coscienza di sé come di una personale consapevolezza, entrambe utili per il reinserimento della persona all'interno della realtà sociale. Il compito dello psicologo è quello di far riflettere il cliente sul suo passato, sull'origine e sul movente di determinati comportamenti: il paziente è invitato a pensare alle possibili cause responsabili dell'attuale disagio psichico e psicologico, su come egli può riuscire a rispondere autonomamente e con resilienza agli ostacoli del tempo presente e futuro. Lo psicologo elabora il suo intervento a stretto contatto con altri professionisti della cura, come l'educatore professionale e il tecnico della riabilitazione psichiatrica.

Il trattamento educativo riabilitativo è responsabilità dell'educatore professionale ed è praticato all'interno di strutture socio-sanitarie residenziali e non. I principali obiettivi educativi puntano all'acquisizione dell'autonomia, al mantenimento delle abilità residue insieme alla scoperta di nuove capacità, alla risocializzazione delle persone e all'inserimento attivo in una comunità sociale, in contrapposizione alla cronicità tipica della patologia mentale. L'educatore professionale si caratterizza come presenza costante di accompagnamento del soggetto, guida fedele e base sicura di riferimento: propone delle attività gruppali a base ludico-espressiva, in cui sono incentivate l'espressione del sé mediante il processo creativo come l'impiego di nuove e personali risorse; inoltre l'intervento educativo è strutturato per sottolineare il significato potenziale della gruppalità e il valore della condivisione reciproca, come forma di arricchimento e di rispetto dell'altro. Perché tutto ciò sia possibile, è necessario che si instauri una relazione educativa significativa tra educatore professionale ed utente: quest'ultimo deve potersi sentire protetto, legittimato nei suoi pensieri come nei suoi diritti, all'interno di un legame saldo e definito dal dialogo, dall'accettazione e dall'ascolto empatico.

La figura dell'educatore professionale è stata regolamentata solamente pochi anni fa, dopo un periodo di tempo che ha inizio a metà del secolo scorso, quando l'Italia era palcoscenico di pressioni e lotte sociali orientate alla definizione e alla riconquista dei diritti fondamentali delle persone. Nato in un contesto rivoluzionario, il lavoro

dell'educatore professionale viene svolto in ambiti molto diversi tra di loro, si estende dai centri di salute mentale alle comunità protette per minori e tossicodipendenti: l'azione educativa è strutturata secondo i principi di flessibilità e plasticità, di modo che possa facilmente adattarsi anche a contesti fra di loro molto distanti.

CAPITOLO 2.

LA FUNZIONE EDUCATIVA E IL RUOLO DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE

2.1 L'educatore professionale come figura socio-sanitaria

La figura dell'educatore professionale ha origine intorno agli anni '50 del '900: la sua funzione era inizialmente di tipo contenitivo e correttivo, affiancava il medico nelle sue attività. Dopo la seconda guerra mondiale e il conseguente sviluppo economico e industriale, le necessità delle persone cambiarono progressivamente così come la figura educativa, la quale non poteva più limitarsi al contenimento e all'assistenzialismo, ma sentiva il bisogno di ampliare il proprio campo d'azione sulla scia delle nuove pratiche pedagogiche in circolazione. Ci fu una transizione nei servizi per la cura: se prima fornivano un'assistenza particolaristica, focalizzata sulla risoluzione del problema e sulla sola soddisfazione dei bisogni primari e fisiologici, l'attenzione poi venne spostata sulla generalità dei cittadini, sui bisogni relativi alla personalità degli individui. Tutto questo fu il frutto di anni di pressione sociale operata dai soggetti portavoce di interessi collettivi, per esempio i sindacati²⁸. Nel 1984 fu sancito il Decreto Degan che esplicitava il ruolo dell'educatore professionale: tale figura necessitava di un diploma di laurea triennale professionalizzante per esercitare le funzioni di rilevanza educativa, rieducativa e riabilitativa, con caratteristiche di quotidianità e progettualità, in relazione ai servizi per la persona, dunque era inquadrata come figura intermedia. Questo decreto costituì di fatto l'ossatura principale con cui l'educatore professionale viene inteso tutt'oggi, nelle scuole e nelle strutture riabilitative²⁹. Anni dopo, si assiste all'emanazione del DM 520 nel 1998, normativa ufficiale per la definizione della figura educativa: l'educatore professionale è infatti un operatore socio sanitario, che persegue obiettivi educativo-relazionali, all'interno di un progetto educativo individualizzato, da attuare insieme ad un'equipe multidisciplinare di supporto. La figura educativa programma, gestisce e verifica gli interventi educativi per lo sviluppo delle potenzialità e il raggiungimento del massimo grado di autonomia del singolo; contribuisce alla realizzazione e promuove il progetto educativo individualizzato, redatto per ogni singolo utente o per ogni singolo gruppo; progetta le sue attività all'interno di servizi

²⁸ Cfr. <https://www.anep.it/profiloprofessionale>

²⁹ Cfr. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1984/02/15/45/sg/pdf>

alla persona, in modo coordinato e integrato con gli altri professionisti della cura; lavora sul tessuto sociale dell'individuo, sulla famiglia, favorendo il reinserimento sociale e lavorativo. Inoltre si occupa trasversalmente della formazione di studenti e del personale di supporto, concorre all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale come all'educazione alla salute³⁰.

L'educatore professionale lavora a stretto contatto con il dubbio, con l'incertezza, la dimensione dell'infallibilità non gli appartiene per definizione: l'atto dell'educare è esso stesso incerto, il punto di partenza è variabile per ognuno così come il punto di arrivo, i tempi generalmente sono lunghi, il processo di rieducazione e riacquisizione delle abilità perdute o alterate si estende lungo un arco di tempo che non è semplice κρονος (kronos: la natura quantitativa del tempo, lo scorrere dei minuti) ma καιρος (kairos: la natura qualitativa del tempo, l'abilità di agire nel momento opportuno). Ogni persona è unica, e il suo percorso verso l'acquisizione di autonomia e indipendenza è diverso rispetto a quello degli altri: ecco la necessità dell'educatore professionale di lavorare sulla persona e sulla sua unicità, sulle sue potenzialità e sulla scoperta delle risorse. Diventa fondamentale nella pratica educativa la valorizzazione del processo in quanto tale, come qualcosa che si muove, che scorre, che porta con sé novità e rinnovamento come pure cadute ed ostacoli: l'educatore professionale accompagna il soggetto lungo questo percorso di crescita, lo osserva, ora da vicino ora da lontano, strutturando le attività che più si addicono a lui. Ogni giorno gli educatori professionali si trovano di fronte a nuove sfide: proprio questa caratteristica novità e questa incessante incertezza, sono le fonti da cui origina la curiosità educativa, la voglia di esplorare e di imparare sempre. Perché alla fine significa questo, lavorare con le persone.

2.2 Il lavoro educativo: contesti e funzioni

L'educatore professionale lavora in contesti educativi e riabilitativi, a contatto con utenze differenti: minori a rischio, anziani con patologie degenerative croniche (Alzheimer), disabilità psico fisica e sensoriale, dipendenze patologiche (sostanze stupefacenti, alcool, gioco d'azzardo, internet), salute mentale.

³⁰ Cfr. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/04/28/099G0190/sg>

- Con i minori a rischio l'educatore professionale svolge un lavoro principalmente rieducativo, del singolo soggetto o della famiglia, all'interno di strutture residenziali o semi residenziali che ospitano bambini e ragazzi minorenni che sono stati allontanati dal nucleo familiare per un periodo di tempo, o che non possiedono un tutore che possa prendersi cura di loro. Compiuti i 18 anni, sono costretti a lasciare le strutture, che rappresentano per la maggior parte un aiuto primario di sostanziale importanza: l'educatore professionale quindi lavora con loro durante il periodo difficile dell'adolescenza. Imposta attività individuali, di conoscenza della persona, si propone come punto di riferimento per il ragazzo o la ragazza: instaurando una relazione significativa con lui\lei, gli\le dà la possibilità di scoprirsi e di definire la sua identità, attraverso un atteggiamento empatico egli diventa la base sicura di riferimento, il punto di partenza per esplorare il mondo. Inoltre promuove attività di gruppo, per esempio mediante l'utilizzo delle arti terapie: attraverso l'espressività i ragazzi sono incentivati a conoscersi e a scoprire risorse ed abilità a loro nascoste; in aggiunta questa aumenta il dialogo fra i vari membri del gruppo, la condivisione di spazi e tempi diventa progressivamente condivisione di esperienze.

- Con gli anziani affetti da patologie croniche e degenerative, per esempio il morbo di Alzheimer, il lavoro educativo è improntato sul mantenimento delle abilità residue, sulla memoria, ed eventualmente sull'acquisizione di nuove e semplici informazioni. Di solito ricoverati all'interno di RSA, gli anziani si trovano sempre di più a vivere in contesti di stallo, fermi e perennemente uguali, dove ogni minuto fluisce uguale a quello precedente: i familiari sono sempre meno presenti, per mancanza di tempo, per rassegnazione o per difficoltà esterne ed iter burocratici meccanici (ad esempio durante il primo lockdown, ma più in generale per tutta la pandemia di Covid-19). È come se, una volta entrati in queste strutture, non se ne potesse più uscire. La persona anziana che, già a causa dell'età e dei problemi ad essa legati, tende di per sé a perdere buona parte delle sue capacità, ne perde il doppio se affetta da una patologia cronica come l'Alzheimer: quest'ultima infatti, può presentarsi relativamente presto, ad esempio intorno ai 65\70 anni, per accompagnare la

persona fino alla morte, in quanto non esistono cure per questa patologia ma soltanto farmaci palliativi che allungano di qualche anno la vita della persona. La malattia regredisce progressivamente nel corso del tempo, i ricordi si fanno di giorno in giorno sempre più sbiaditi, diventa difficile riconoscere i volti dei propri familiari, si perde la capacità di camminare, di mangiare, di parlare: in aggiunta, avere intorno a sé un contesto piatto, privo di stimoli, peggiora la condizione psico fisica della persona, la quale subisce una forte perdita anche a livello emozionale e psicologico. È chiaro quindi come la figura dell'educatore professionale diventi una necessità in contesti del genere, perché imposta attività strutturate per il mantenimento della memoria e l'allenamento delle capacità cognitive: inoltre si pone vicino a chi è solo, abbandonato a sé stesso e alla sua malattia, offre il suo affetto e la sua presenza a chi non ne riceve più.

- Con la disabilità psico-fisica e sensoriale l'educatore professionale si affianca ad altri professionisti della riabilitazione, come medici, fisioterapisti, logopedisti, neuro e psicomotricisti, contribuendo con la sua attività al benessere e all'autonomia dei soggetti. Il lavoro educativo è incentrato principalmente sull'acquisizione di abitudini e ritmi, in modo che la persona impari a distinguere i diversi momenti della giornata, ad orientarsi negli spazi, a riconoscere dei luoghi oppure degli oggetti. Nei bambini le attività educative sono orientate proprio sul gioco, ad esempio sul giusto utilizzo di un giocattolo (far correre la macchinina anziché metterla in bocca oppure usarla per picchiarsi), oppure sul gioco di gruppo, sull'osservazione dell'altro e sulla giusta modalità di interazione, canalizzando le emozioni ed arginando il comportamento disfunzionale; con gli adulti la figura educativa partecipa alla creazione di una quotidianità attiva, attraverso attività manuali (ad esempio la realizzazione di un manufatto utilizzando la carta, l'argilla, la plastica, e altri materiali maneggiabili) per incrementare le capacità fino motorie e la coordinazione occhio-mano, oppure nella divisione dei momenti della giornata (mediante la rappresentazione grafica, per esempio realizzando un cartellone in gruppo da tutti consultabile) per favorire la conoscenza del mondo intorno a sé e percepirsi come elementi partecipi in esso. Le persone con una disabilità grave a volte, finiscono per ricevere lo stesso trattamento delle persone anziane,

soprattutto dopo l'infanzia e l'adolescenza, quando bambini e ragazzi vengono accompagnati e seguiti da vicino all'interno della scuola e dalle figure socio-sanitarie di supporto: con l'ingresso nell'età adulta e l'invecchiamento dei genitori, spesso queste persone restano da sole, abbandonate a servizi ed enti esterni che non conoscono gli aspetti fondamentali della cura, i quali si limitano ad una vicinanza materiale poco utile. L'educatore professionale invece lavora in contesti difficili e marginali proponendo un approccio tutto diverso, non di cure mediche e di soddisfazione dei bisogni primari ma con un'attenzione alle anime, alle risorse interne, alle potenzialità delle persone, anche e soprattutto di chi non parla, non vede e non sente, facendosi portavoce dei bisogni e dei desideri di chi non riesce ad esprimerli.

- Con i soggetti che soffrono di una dipendenza patologica l'educatore professionale svolge diversi tipi di interventi: all'interno del SERT anche come coordinatore, svolgendo colloqui di counseling, proponendo attività espressive come la teatro terapia, la musicoterapia o l'arteterapia, dirigendo gruppi di dialogo e di ascolto, tutto integrando il suo intervento con quello dello psicologo e delle altre figure professionali. All'interno di strutture residenziali e comunità protette o di recupero, l'educatore professionale è sempre a contatto con l'utenza, quindi conosce bene certe dinamiche e riesce a gestirle meglio: lavora con i ragazzi sui diversi momenti della giornata, su come usare bene il tempo, su cosa vuol dire vivere in gruppo, su come regolare le proprie emozioni e reazioni quando ci si trova di fronte all'altro. Molto spesso le condotte dipendenti si sviluppano in ragazzi e ragazze giovani, adolescenti o giovani adulti/adulte, a cavallo di anni difficili caratterizzati dalla scoperta della propria identità e dalla definizione del sé, anni in cui non è così facile chiedere aiuto o scusa, in cui ogni 'no' è percepito come un rifiuto o un obbligo e la reazione più ovvia e naturale è quella di ribellarsi a qualsiasi cosa in qualsiasi modo possibile: ai genitori, agli adulti, al mondo, alle consuetudini e alle regole che la società definisce 'buone' per mettersi dalla parte diametralmente opposta. Se l'uso delle sostanze nasce per gioco, ad una festa o in un'occasione particolare, può poi trasformarsi in uso frequente, ossia mensile, settimanale, giornaliero: alla fine diventa abuso e si mischia al rancore, al rifiuto, alla tristezza,

all'indifferenza, alla rabbia e alla mancanza, la sostanza è l'unica cosa che resta quando tutto attorno piano piano brucia, e ci si distende nella dipendenza. Il lavoro dell'educatore professionale risulta particolarmente difficile in questo caso, richiede un impegno non indifferente, poiché dev'essere praticato di fronte ai comportamenti problema, all'aggressività, al disprezzo e alle prese in giro con cui l'utenza in questione si pone in relazione: la pratica educativa scavalca la difficoltà, la utilizza come punto di partenza per studiare il territorio, tracciarlo, cadere per comprendere ed agire di conseguenza, per arrivare alla creazione di una relazione educativa forte, che fa da faro per la persona che soffre, che è luogo di inizio e di crescita, di cambiamento coerente.

- Con la salute mentale l'educatore professionale lavora sul recupero delle capacità perdute o alterate, sulla gestione del comportamento problema e sulla canalizzazione delle emozioni: il suo intervento contribuisce e accompagna quello medico e infermieristico, incentrato per lo più sulla somministrazione della terapia farmacologica. La salute mentale è una tematica molto vasta poiché riguarda ognuno di noi, il lavoro educativo va di pari passo con essa e a volte la sfiora: è sottilissimo il filo che separa la salute dalla malattia, chi è sano da chi è malato, e ciò si rende visibile quando abbiamo a che fare con la malattia mentale. Che alla fine malattia non è: è espressione del sé, del proprio essere ed esistere nel mondo, che però viene comunicato agli altri in modo anomalo, a volte distruttivo, non funzionale e di difficile adattamento. L'educatore professionale in questo caso ha il compito di vedere al di là del sintomo, di staccarlo dalla persona di modo che questa non si identifichi più nella sua patologia: tutt'oggi si guarda alla malattia mentale con paura, le persone che ne soffrono sono definite *matte*, vittime di una stigmatizzazione forte che le porta ad allontanarsi e ad essere allontanate reciprocamente dalla società, come se non fossero nemmeno degne di avere una possibilità. La pratica educativa invece avvicina, rompe i muri e riempie i vuoti, attraverso attività che incrementano l'espressione del sé in maniera creativa, per mezzo del dialogo e dell'empatia, della condivisione di punti di vista come di esperienze, le quali assumono molta più importanza se condivise insieme agli altri: il gruppo è un'entità a carattere molto forte che può restituire tanto, opera come uno

specchio, permettendo al singolo di riflettere e di riflettersi al tempo stesso, perciò risultano di fondamentale importanza le attività terapeutiche gruppalì.

2.3 La figura dell'educatore professionale nella struttura psichiatrica

Villa Jolanda

Ho svolto il tirocinio del III anno di corso in salute mentale, precisamente presso la residenza psichiatrica di cura "Villa Jolanda": per circa sette mesi ho trascorso metà delle mie giornate a contatto con un'utenza psichiatrica più o meno grave, ho potuto osservare le dinamiche comportamentali dei soggetti ricoverati e le modalità di interazione con il personale medico e riabilitativo. Durante i turni affiancavo gli educatori e le educatrici professionali nelle attività quotidiane, ad esempio nella cura del sé di prima mattina (docce, igiene personale), al momento dei pasti aiutando gli utenti in difficoltà e collaborando insieme agli/alle OSS, inoltre durante le attività riabilitative che si svolgevano rispettivamente a metà mattina e a metà pomeriggio.

La figura educativa a Villa Jolanda ha differenti ruoli e mansioni, alcuni da svolgersi in autonomia mentre altri richiedono un lavoro sinergico da attuare insieme alle altre figure socio-sanitarie: buona parte della giornata gli utenti la trascorrono insieme agli educatori, poiché sono sempre presenti al fine di occupare in modo utile il tempo che resterebbe vuoto, collaborando con infermieri, OSS, psicologi e medici, inoltre facendosi partecipi di dinamiche e decisioni importanti per gli utenti. L'educatore/educatrice professionale quindi:

- programma, progetta e svolge le attività riabilitative gruppalì: la musicoterapia, la psicomotricità, il gruppo espressivo, la terapia occupazionale, gli esercizi di stimolazione cognitiva, il laboratorio teatrale insieme all'operatore/operatrice di teatro sociale, la pet therapy, il cineforum, il gruppo attualità e il giornalino; il gruppo discussione e il gruppo motivazionale invece, sono svolti dallo/a psicologo/a insieme all'educatore/trice professionale, il/la quale si caratterizza come figura di supporto nella guida del gruppo e nella gestione delle sue dinamiche;
- guida l'utenza nell'igiene personale e nella cura del sé: esiste una programmazione settimanale grazie alla quale vengono monitorati gli utenti più in difficoltà registrando la data in cui è stata effettuata la

doccia, l'utenza meno autonoma è seguita e avviata giornalmente all'igiene intima e personale. Inoltre per gli utenti a più alto funzionamento l'educatore/trice professionale si propone comunque con la sua disponibilità nella scelta e nella sistemazione del vestiario, nella gestione e organizzazione dei beni personali, in generale come punto di riferimento e figura di aiuto per i bisogni di tutti gli ospiti;

- collabora insieme ad OSS e infermieri/e durante i pasti (colazione, pranzo, cena) nel monitoraggio dell'utenza per quanto concerne le modalità di nutrimento, quindi che gli utenti mangino correttamente, bevano abbastanza, che taglino le pietanze, mastichino a sufficienza e finiscano il pasto con un ritmo regolare senza abbuffarsi; coopera nella somministrazione delle giuste pietanze a chi ha dei bisogni particolari operando un controllo sull'intero gruppo, ad esempio accertandosi che i soggetti glicemici ricevano un pasto personalizzato e non lo scambino con quello di altri utenti con un menu standard. Fornisce un aiuto concreto durante le fasi di preparazione, apparecchiando e sparcchiando, in più guida gli utenti nella raccolta differenziata;
- è responsabile della distribuzione giornaliera di denaro e sigarette per ogni utente, la cui gestione è stabilita dallo/a psicologo/a in accordo con il medico psichiatra, si occupa settimanalmente dell'ordine delle sigarette o del tabacco; ogni mattina ed ogni pomeriggio distribuisce il caffè con caffeina agli utenti che ne fanno richiesta, sempre in base ad accordi presi con il medico di riferimento. In generale l'educatore professionale, quando non svolge le attività, si appoggia all'interno di un ufficio presso il piano riabilitativo dove gli utenti possono sempre recarsi per qualsiasi domanda, richiesta, perplessità, o semplicemente per scambiare due parole: è uno spazio fisico che definisce uno spazio mentale, dove l'utente percepisce dei confini e si sente da questi legittimato nel dialogo, può accedere a una dimensione altra dove gli è possibile esprimersi in maniera libera e spontanea. Di risposta l'educatore professionale restituisce al soggetto un atteggiamento di ascolto non giudicante basato

sull'empatia: questo ambiente possiede dunque le caratteristiche di un setting educativo e riabilitativo.

Gli educatori e le educatrici professionali quindi si definiscono come presenze attive e partecipi, collaboranti alla creazione della quotidianità dei soggetti.

La mia esperienza da tirocinante ha voluto ricalcare il lavoro educativo effettuato in clinica. Durante i primi mesi mi sono limitata all'osservazione delle attività e alla memorizzazione dei diversi momenti della giornata, distinguendo ed individuando il ruolo dell'educatore professionale in ciascuno di essi: davo una mano quando possibile, ad esempio nella sistemazione dell'ufficio, oppure al momento del pranzo o della cena portando a tavola i piatti, apparecchiando e sparecchiando, chiamando in "sala vitto" gli utenti assenti. Successivamente mi sono inserita aiutando gli educatori e le educatrici professionali durante le loro attività, osservando e guidando gli utenti in difficoltà, oppure cooperando con la figura educativa di riferimento nella gestione del gruppo, nel rispetto dei tempi degli altri, del silenzio, facilitando l'espressione del sé e del proprio punto di vista: ad esempio durante le ore di psicomotricità seguivo singolarmente alcuni ospiti con esercizi personalizzati su consiglio dell'educatore, mentre nei gruppi di potenziamento delle abilità cognitive guidavo i partecipanti in giochi da tavolo e di società; seguivo e aiutavo il singolo utente nella risoluzione di alcuni giochi di stimolazione cognitiva, attraverso l'utilizzo di schede guida fornite dall'educatrice in turno. Con il passare dei mesi il mio operato si è andato definendo in maniera sempre più autonoma, in quanto ho portato a termine degli incarichi e ho svolto delle mansioni in modo totalmente indipendente: soprattutto durante l'igiene personale, lavoravo fattivamente alla realizzazione degli obiettivi e mi muovevo da sola gestendo le diverse dinamiche che potevano presentarsi, ad esempio avviando personalmente gli utenti nelle docce e stimolando coloro che ne avevano bisogno; ho programmato e gestito un incontro di stimolazione cognitiva in cui ho proposto agli utenti il gioco del Taboo, chiamando gli ospiti a partecipare e gestendo il gruppo per tutta la durata dell'attività. Ho svolto colloqui informali con alcuni utenti che ne sentivano il bisogno, poiché si trovavano in situazioni particolarmente difficili a causa di problemi familiari, erano insofferenti per la lunga durata del ricovero in clinica, oppure semplicemente agitati, preoccupati in risposta ad alcune dinamiche avvenute con altri ospiti o con il personale medico e sanitario: davo loro la possibilità di parlare ed esprimere le loro

preoccupazioni, oppure mi limitavo ad ascoltare le loro parole e ad accogliere la loro tristezza, restituendo supporto e disponibilità emotiva.

Tra le attività che venivano proposte, sono stata particolarmente incuriosita e affascinata dagli incontri di arteterapia, quindi il laboratorio teatrale, musicale, pittorico-espressivo e la therapy dog: osservavo come gli utenti partecipassero in modo costante, con entusiasmo e divertimento, come le attività espressive generassero un effetto positivo sulla qualità della vita degli ospiti. Ho sempre trovato molto interessante l'utilizzo del medium artistico come forma di trattamento e di intrattenimento, per la cura e la riabilitazione del soggetto con disagio psichico: a Villa Jolanda ho avuto l'opportunità di assistere all'utilizzo dell'arte come strumento terapeutico, capace di veicolare stati d'animo celati dalla malattia, così da poter stimolare in modo utile ed efficace la crescita e la riabilitazione della persona.

CAPITOLO 3.

LE ARTITERAPIE

3.1 Origini e storia

Le arti terapie (o terapie espressive) consistono nell'utilizzo di attività di tipo artistico, quali la musica, il disegno, la danza, il teatro, per favorire e incrementare la riabilitazione nel soggetto psichiatrico, con disabilità psico-fisica e sensoriale, negli anziani e in altre categorie di persone con problematiche di tipo psicologico e/o comportamentale. La loro origine è molto antica: anche se non era utilizzata per fini terapeutici, l'arte in quanto tale è considerata strumento curativo e di guarigione sin dai primi secoli della storia dell'uomo. Nelle culture aborigene e tribali, lo sciamano utilizzava e utilizza la musica e la danza all'interno di specifici rituali per guarire i malati dai loro stenti: di conseguenza, tutti i componenti della tribù ricavano giovamento e cura dai riti artistico-propiziatori. Le pratiche che si servono della forma artistica come modalità di cura sono ancora oggi in uso in alcuni paesi e tribù Africane³¹.

Nelle culture greca e romana invece c'era la convinzione che l'arte in ogni sua forma potesse riequilibrare il pensiero favorendo lo sblocco di emozioni represses. In particolar modo la musica nella civiltà ellenica ricopriva una funzione di rilievo: era concepita come "medicina dell'anima", i ragazzi venivano educati alla cultura musicale: infatti è proprio in Grecia che nascono le prime forme di musicoterapia. Alcuni filosofi ne parlano nei loro scritti: Platone afferma che i suoni generano emozioni diverse, poiché alcuni hanno un effetto rilassante, altri assomigliano a un lamento, altri sono formanti e formativi oppure fuorvianti. Egli sostiene che il mondo si muove seguendo dei "principi musicali", che la musica in sé possiede una componente incantatoria che modula e governa la parte irrazionale dell'uomo: questa modulazione si può tradurre in educazione musicale, utile per la formazione della persona. Allo stesso modo Aristotele si muove su questo filone, introducendo il concetto di musica come "arte del ritmo", utile a migliorare la calma interiore, la serenità e la morale: assume un carattere catartico e introspettivo, di purificazione e liberazione. Anche nelle culture orientali la musica come terapia era molto utilizzata: in Cina fu ritrovato un manuale di medicina

³¹ Cfr. Coppo P., *Guaritori di follia*, Bollati Boringhieri, Torino 1993, pp. 13-17.

che al tempo stesso era un libro di musica, poiché seguiva una struttura simile a quella pentatonica, mentre in Arabia si usava suonare il flauto per curare i disturbi mentali³².

Nel primo dopoguerra del Novecento la musica era usata come metodo curativo soprattutto nei soldati reduci dai combattimenti, per alleviare i loro traumi fisici e psicologici, invece la musicoterapia in quanto modalità terapeutico-espressiva si definì in America nel 1959, quando nacquero strutture come il Music Therapy Center e il Creative Arts Rehabilitation Centre a New York. Alcuni studiosi definirono dei metodi, come ad esempio quello dell'“Iso” di Rolando Benenson, docente presso l'università del Salvador di Buenos Aires: nella sua metodica il terapeuta aveva il compito di individuare ed isolare un suono appartenente al paziente, in questo modo poteva crearsi fra i due un'intesa particolare, che si configurava come punto di partenza per instaurare una relazione significativa, a livello umano e riabilitativo. Negli stessi anni in Europa nacquero diverse scuole di formazione come l'Accademia Musicale di Vienna, a Salisburgo alcuni corsi di specializzazione, come quello che seguiva il metodo Orff. Quest'ultimo era stato ideato molti anni prima da Carl Orff come metodologia didattica per insegnare ai bambini la musica, in quanto egli credeva che questa fosse una delle migliori attività per favorire lo sviluppo sociale ed espressivo nei più piccoli: la sua metodica si basava sull'utilizzo di strumenti semplici, senza l'imposizione di alcuna regola, slegando la musica dall'insegnamento della stessa³³.

Nel XX secolo inoltre si distinsero le personalità che aprirono la strada al concetto moderno di artiterapie. Negli anni '40 in Gran Bretagna si ricorreva all'utilizzo del disegno nei sanatori, per alleviare il tono simil depressivo tipico dei ricoverati: Adrian Hill, maestro d'arte e psicologo, nel giro di pochi anni riuscì a trasformare questa pratica distrazionale e di intrattenimento in un vero e proprio metodo di cura per trattare i pazienti psichiatrici. Egli faceva riflettere la persona sul proprio stato emotivo e su come si poteva esprimere attraverso il medium artistico: la sua disciplina verrà ripresa negli anni successivi da psicologi, psichiatri e pittori³⁴. Friedl Dicker Brandeis invece, nacque a Vienna da una famiglia ebrea, si interessò all'arte come strumento formativo nei bambini della scuola dell'infanzia: credeva che lo strumento artistico

³² Cfr. <https://www.scuolamusicoterapiathiene.it/storia-musicoterapia/>

³³ Cfr. <http://www.globusmagazine.it/musicoterapia-nascita-e-funzione-terapeutica-conversazione-con-il-dr-branca/dott-enrico-branca/#.YwddtHZByUk>

³⁴ Cfr. <https://www.ilgiardinodeilibri.it/speciali/arteterapia-come-funziona-e-in-cosa-consiste.php>

potesse favorire la crescita spirituale della persona soprattutto nella relazione con gli altri, nella conoscenza di sé stessi e del proprio corpo, inoltre che l'arte rendesse possibile l'instaurarsi di un legame fra il soggetto e i suoni, le forme e i colori; credeva che il linguaggio artistico generasse armonia. Nel 1934 si trasferì a Praga dove iniziò ad insegnare ai bambini del ghetto come maestra d'arte: si accorse nel corso degli anni di quanto il medium artistico fosse d'aiuto per far fronte alla discriminazione e ai soprusi quotidiani tipici degli anni del nazi-fascismo. La sua attività di insegnamento continuò anche quando venne deportata nel campo di Terezin: il suo obiettivo era quello di riequilibrare il mondo emozionale dei bambini che erano stati allontanati dai genitori e subivano le violenze dei campi. Le sue lezioni d'arte divennero indispensabili, perché rappresentavano l'unico momento in cui era possibile una riconnessione con la parte più vitale e profonda del sé, in un luogo dove tutto era destinato a distruggersi³⁵. I suoi insegnamenti furono ripresi e portati avanti dalla sua alunna Edith Kramer, anche lei nata a Vienna e di origine ebrea, fu costretta ad emigrare in America per sfuggire al regime nazista: qui diede origine a uno dei più importanti orientamenti di arteterapia, il quale strutturò dopo la sua esperienza lavorativa con bambini ed adolescenti. La Kramer sosteneva l'importanza del "processo creativo" come principale strumento di cura: è nello svilupparsi di questo processo che la persona entra in contatto con le parti più nascoste di sé, svela abilità sconosciute e riesce a riformare la propria identità; inoltre sperimenta un processo di crescita che è curativo in sé, indipendentemente dal risultato finale³⁶. Nel 1976 fondò un programma di insegnamento per l'arte-terapia presso la New York University: tutt'oggi il metodo "Arte come terapia" è proposto in diverse scuole, come quella torinese "Il Porto Adeg", specializzata nella formazione degli arte-terapeuti, in collaborazione con quella di New York³⁷. Un altro modello nato sempre in America negli anni '50 fu quello ad orientamento psicodinamico di Margaret Naumburg, psichiatra, psicoanalista e maestra d'arte: sosteneva che la rappresentazione grafica fosse il medium per esprimere le componenti emozionali più inconsce del soggetto, era convinta che le immagini più delle parole potessero comunicare emozioni e stati d'animo. Fu una delle prime psichiatre ad utilizzare l'arteterapia a scopo medico,

³⁵ Cfr. <https://lyceum.it/academy/arteterapia-clinica/origini-del-metodo-arte-come-terapia/>

³⁶ Cfr. Kramer, E., *L'arte come terapia nell'infanzia*, La Nuova Italia, Firenze 1971, pp. 29-52.

³⁷ Cfr. Associazione italiana per lo studio della comunicazione non verbale, R. Bortino, G. Gamma, A. Gilardi, *Che cos'è l'Arte Terapia? II° Giornata di Studio ADEG – AISCNV 1985*, ADEG, Torino, 1985.

praticandola insieme ai suoi pazienti al termine di ogni seduta: seguendo il pensiero freudiano, credeva l'arte capace di risvegliare sentimenti inconsci e di farli venire alla luce, così da risolvere dinamiche conflittuali responsabili del disagio psichico della persona³⁸.

Più antiche sono le origini della danza movimento terapia: intorno agli anni '20 del Novecento il coreografo ungherese Laban decise di isolare e definire i movimenti del corpo, codificando tutti quelli che potevano trasformarsi in danza, dando origine ad un vero e proprio metodo. Il "metodo Laban" aveva come scopo quello di leggere il "linguaggio del movimento corporeo" ed imparare le componenti basilari di ogni azione fisica, esplorando i concetti che riguardano il corpo, la qualità dinamica, la forma, lo spazio. Negli stessi anni Isadora Duncan metteva le origini di quella che sarà la danza moderna: amava danzare in modo a-convenzionale, aborriva le punte e si muoveva a piedi nudi, senza seguire il rigore che la danza classica imponeva ma esprimendosi in modo libero, riproducendo le "onde" della luce e dei suoni³⁹. Aveva una spiccata dote pedagogica, sentiva il bisogno di insegnare come fare la sua danza, perciò formò diverse scuole in Francia e in Germania, che furono punto di partenza per la diffusione della sua metodologia⁴⁰. Negli anni '50 nasceva inoltre in America il Movimento Autentico, grazie al lavoro di Mary Stark Whitehouse, Joan Chodorow e Janet Adler: alla base c'era l'idea che la danza dovesse avvenire tra due entità, due persone o due gruppi, come fosse un vero e proprio dialogo tra chi muove e chi viene mosso. Solitamente ad occhi chiusi, si configurava come una pratica semi-meditativa, fortemente introspettiva, che si focalizzava sull'uso dello spazio e sulla comunicazione non verbale tra i corpi: la finalità era quella dell'acquisizione di una maggiore consapevolezza del sé, attraverso la scoperta di parti del corpo e della personalità nascoste, che potessero incrementare la percezione della propria corporeità e di quelle degli altri⁴¹. Questa metodica è tutt'oggi utilizzata negli interventi riabilitativi di danza movimento terapia. Maria Fux invece propone un approccio creativo-pedagogico basato sugli studi di danza contemporanea: la sua danza si pone nella dimensione del possibile, ogni movimento diviene alla portata

³⁸ Cfr. Naumburg, M., *Dynamically Oriented Art Therapy: Its Principles and Practice*, Grune and Stratton, New York and London 1966, pp. 34-40.

³⁹ Cfr. <https://giornaledelladanza.com/isadora-duncan-la-fondatrice-della-danza-moderna-che-mori-strangolata-da-una-sciarpa/>

⁴⁰ Cfr. <http://www.enciclopediadelledonne.it/biografie/isadora-duncan/>

⁴¹ Cfr. <https://www.movimentocreativo.it/movimento-autentico/>

di tutti poiché rappresenta una modalità di espressione e di comunicazione. La Danza Fux vuole essere strumento di crescita, di arricchimento e di cambiamento, partendo dalla presa di contatto con il proprio sé emotivo e immaginativo: si pone la finalità di facilitare il miglioramento dell'umore, di aumentare la consapevolezza del sé e di suggerire comportamenti utili per il proprio benessere⁴².

3.2 Definizione delle principali artiterapie

Nelle terapie espressive si individuano codici artistici differenti che definiscono pratiche terapeutiche diverse. Ognuna di loro si basa sulla teoria per cui i sentimenti, le emozioni e i pensieri delle persone si fondano su dinamismi inconsci, che emergono utilizzando modalità comunicative diverse dalla parola: mediante l'arteterapia è possibile incrementare le abilità sociali ed emotive del soggetto, il quale esprime le proprie emozioni attraverso i comportamenti, i gesti, gli atteggiamenti e il tono della voce. Si utilizzano per diversi scopi: a livello preventivo, per la promozione di risorse sociali ed espressive, in ambito pedagogico e in sinergia con le terapie sanitarie, fanno da ponte tra la comunicazione verbale e non verbale⁴³. L'arte assume una finalità terapeutica quando avviene un processo creativo, ossia l'evoluzione di un'idea attraverso la progressione di pensieri ed azioni, che implica l'utilizzo del pensiero critico e del problem solving. Tale processo può porre il soggetto di fronte a un "vuoto creativo" in cui non ci sono stimoli esterni: questa "falla" porta alla produzione di una risposta creativa, che permette la nascita di un prodotto totalmente nuovo⁴⁴. È ciò che accade all'illustratore di fronte al foglio bianco, al pittore di fronte alla tela e allo scultore di fronte al marmo. La creatività è considerata una meta-competenza, poiché è l'insieme di fattori che interagiscono in un processo portando al risultato finale, il quale non è la somma delle singole parti ma il frutto di un lavoro in sinergia realizzato dall'azione di tutti gli elementi: questa quindi, non è utile soltanto per le artiterapie, ma per tutta la vita della persona, è una capacità da acquisire come competenza trasversale, per far fronte alle criticità della vita e saperle risolvere in modo creativo⁴⁵. Le principali

⁴² Cfr. <https://www.risveglimariafux.it/>

⁴³ Cfr. <https://lamenteemeravigliosa.it/arteterapia-definizione-e-benefici/>

⁴⁴ Cfr. <https://www.imagery.academy/blog/il-processo-creativo>

⁴⁵ Cfr. <https://www.diariodellaformazione.it/news/creativita-e-formazione-le-5-fasi-del-processo-creativo>

arti terapie sono: l'arte o disegno terapia, la musicoterapia, la pet-therapy, la danza-movimento terapia, la teatro terapia.

- L'arteterapia o disegno terapia utilizza le rappresentazioni grafiche per esprimere emozioni represses e nascoste: si basa sulla convinzione che le immagini più delle parole permettano alla persona di esprimersi liberamente, in modo autentico e spontaneo, in quanto provengono dal profondo e non passano attraverso la verbalizzazione, quindi la concettualizzazione. Il soggetto mentre disegna rivede davanti ai suoi occhi dei ricordi passati, delle esperienze che ha vissuto come traumatiche, le rielabora secondo il proprio schema mentale e riesce a ricollegare passato, presente e futuro in maniera armonica, sperimentando i sentimenti di libertà e leggerezza: questo è possibile grazie allo stesso "atto del disegnare" e agli strumenti che vengono utilizzati, quindi colori, matite, pennelli, acquerelli, tele e fogli. L'arteterapia si configura come l'arte del "mettere a posto": riesce lentamente a portare a galla sentimenti e stati d'animo sommersi, permettendo al soggetto di ricostruirsi senza provare angoscia e paura. Viene praticata da terapeuti specializzati in strutture psichiatriche, con soggetti disabili o anziani malati di Alzheimer, di solito in gruppo.

- La musicoterapia utilizza il suono e la produzione musicale come principali strumenti per l'espressione del sé: il soggetto sperimenta condizioni di rilassamento e piacevolezza che rendono più semplice ed efficace il processo creativo. La musica come cura contribuisce all'abbassamento della pressione sanguigna, incrementa la memoria, migliora la comunicazione e le abilità sociali. Agisce a livello organico regolando i meccanismi fisiologici responsabili della digestione e del battito cardiaco: quando ascoltiamo un brano che ci piace, sperimentiamo un benessere mentale, risultato del rilascio di endorfine da parte del sistema nervoso centrale, le quali alzano il nostro tono dell'umore. La musicoterapia può essere di diversi tipi: è passiva quando si ascoltano delle canzoni e si analizzano insieme, estrapolando stati d'animo e sentimenti che si distinguono in base a chi ascolta; è attiva quando il soggetto, insieme al terapeuta, fa la musica, ossia utilizza uno strumento musicale oppure dei materiali o delle superfici, per produrre un suono (ad esempio battere le mani sul tavolo, cantare seguendo un ritmo, riprodurre oralmente i suoni degli strumenti musicali). In quest'ultima modalità, il processo creativo risulta importante poiché permette al

soggetto di scoprirsi capace di produrre un suono, o un insieme di essi, aumentando l'empowerment e alzando la sua autostima.

- La pet-therapy è un tipo di intervento educativo-riabilitativo praticato dal terapeuta insieme ad un animale domestico, solitamente il cane: è stato osservato come il rapporto animale-uomo sia un efficace metodo di cura per combattere gli stati depressivi, l'isolamento sociale e i disturbi del comportamento. Nei pazienti con problemi psichiatrici e nei bambini con disturbo dello spettro autistico il contatto con l'animale incrementa le abilità sociali, permette l'apertura del soggetto alla relazione, in quanto egli nell'incontro non si sente giudicato: inoltre, essere in compagnia di un cane, comporta dei benefici a livello fisico e organico, come la diminuzione dei livelli di stress e ansia, l'elevata produzione di ormoni del buon umore come endorfina e dopamina, il rilassamento generale del corpo e l'abbassamento della frequenza cardiaca come della pressione arteriosa.

- La danza movimento terapia è una forma di terapia espressiva in cui il corpo fa da protagonista: praticata di solito in gruppo attraverso movimenti lenti, spontanei e specifici allo stesso tempo, questa pratica favorisce l'espressione del sé permettendo la riscoperta della persona. Molto spesso si svolge ad occhi chiusi, il terapeuta guida il gruppo negli incontri descrivendo situazioni o stati d'animo, chiede ai partecipanti di rispondere ai comandi con la danza: oltre a una vera e propria terapia, si configura come pratica di rilassamento e libera espressione della personalità. Si crea così un setting facilitante in cui la persona può esprimere ed organizzare i propri vissuti corporei e affettivi.

- La teatroterapia si serve del medium teatrale come strumento principale di riabilitazione socio-educativa: si crea una dimensione parallela, quella della finzione e dell'immaginario, in cui ogni cosa diventa possibile, avviene un distacco tra ciò che è normale e ciò che non lo è, tutto è diverso ed unico. Può essere usata in diversi contesti sia in forma preventiva che curativa, lavorando sulla sperimentazione di nuove visioni di sé: offre la possibilità di creare percorsi di supporto per superare periodi di disagio, per sviluppare risorse interiori necessarie alla salute e all'equilibrio della persona. Si pratica in gruppo per favorire la socializzazione e staccare il soggetto dalla propria malattia, attraverso esercizi appositi basati sull'osservazione reciproca, l'ascolto del tempo degli altri, il riconoscimento delle emozioni; oltre alle sue finalità terapeutiche, la

teatro terapia è anche una forma di intrattenimento per i soggetti con disabilità, la componente ludica assume una grande importanza proprio perché favorisce l'espressione di emozioni positive. Permette quindi l'apertura a esperienze di trasformazione e guarigione, sostenendo la cura di mente e corpo.

3.3 Applicazione delle artiterapie nei contesti educativi

Le attività di arteterapia sono svolte da figure professionali specializzate, gli arte-terapeuti: si configurano come esperti in materia che utilizzano le tecniche artistico-espressive combinate a quelle terapeutiche e riabilitative, per aiutare e supportare le persone in situazioni di disagio personale o sociale. Lavorano in diversi ambienti e modalità: nelle scuole, in servizi sociali ed educativi, in strutture ospedaliere, all'interno di aziende, in maniera individuale o gruppale, affiancando altre figure professionali quali insegnanti, psicologi, psichiatri, terapisti della riabilitazione. Per diventare arte-terapeuti è necessario essere in possesso di una laurea triennale e di un diploma di specializzazione in arteterapia: sono richieste conoscenze e competenze in ambito antropologico, psicologico, pedagogico, psicopatologico e psichiatrico oltre che artistico, conoscere quindi la storia dell'arte e dell'arteterapia, le tecniche artistiche e la metodologia specifica per la terapia espressiva in cui ci si specializza⁴⁶. Inoltre c'è bisogno di essere in possesso di competenze trasversali, quali la capacità di ascolto, di comprensione dell'altro a livello non verbale, di astensione del giudizio, con la conseguente creazione di un setting protetto e ben definito; di gestione dei gruppi e di collaborazione con le altre figure professionali con cui l'arte terapeuta si trova necessariamente a lavorare, poiché la sua attività si inserisce in un progetto riabilitativo ed educativo svolto in equipe. È fondamentale che l'arte terapeuta possieda una buona dose di immaginazione e creatività, per rendere ogni laboratorio unico e per rispondere in modo innovativo e a-convenzionale alle problematiche del gruppo, che sappia entrare in empatia con il soggetto in difficoltà per riconoscere e comprendere i suoi limiti e le sue potenzialità. L'arte-terapeuta infatti, è in primis un esperto della relazione di aiuto: la finalità del suo intervento è quella di facilitare l'autoespressione, la riflessione, la crescita e il cambiamento personali attraverso l'utilizzo di materiali artistici quali la

⁴⁶ Cfr. <https://www.nuoveartiterapie.net/come-diventare-arteterapeuta>

musica, il disegno, la pittura, la rappresentazione teatrale, la danza, l'incontro con gli animali⁴⁷.

Un progetto di arteterapia si svolge più o meno in questo modo, variando in base alla forma d'arte che si sceglie di utilizzare: il terapeuta incontra il soggetto oppure il gruppo, parla con loro, cerca di individuare attraverso le parole e i comportamenti quali possono essere le tematiche su cui strutturare gli incontri; nel corso delle attività vengono proposti esercizi di sperimentazione sempre diversi, che mettono la persona di fronte a nuove opportunità di crescita e scoperta di sé (es: la manipolazione dei materiali, l'improvvisazione teatrale, la composizione di un brano). Non è tanto importante il risultato finale, quanto il processo che è avvenuto nelle personalità di ognuno, in termini di crescita e di cambiamento. Solitamente le terapie espressive sono praticate in concomitanza e a sostegno di altri interventi riabilitativi, ad esempio quello educativo: appunto perché il medium artistico fa da facilitatore nella scoperta delle proprie potenzialità, esso permette di raggiungere in maniera più agevole gli obiettivi educativo-riabilitativi. Infatti molto spesso, l'arte terapeuta che svolge la sua attività in un centro diurno o in una struttura residenziale, è accompagnato proprio dall'educatore professionale, che conosce gli utenti più da vicino, i loro modi di fare e la loro quotidianità, è consapevole dei loro limiti e delle loro risorse, ha quindi un ruolo molto importante nella progettazione degli incontri e nella loro declinazione effettiva.

In base alla tipologia di utenza si differenziano le terapie espressive più efficaci. Con i bambini affetti da disabilità psico-fisica e sensoriale si può praticare per esempio la musicoterapia attiva, in diverse modalità: ad esempio si fa sedere il bambino sopra ad una scatola, che in realtà è una cassa di risonanza, e ad ogni suo movimento (delle mani, dei piedi, delle gambe) corrisponde un suono; in questo modo il bambino è stimolato a muoversi di più e a direzionare i movimenti (es: quando capisce che il suono che gli piace avviene dopo che ha battuto la mano destra sulla cassa, tenderà a ripeterlo). Oppure il terapeuta suona davanti al bambino uno strumento che gli piace, per esempio la chitarra, e dopo qualche incontro di osservazione la dà in mano a lui e osserva l'uso che ne fa: solitamente il bambino ripete i movimenti del terapeuta, quindi pizzica le corde e ascolta il suono, impara a riconoscere la chitarra come strumento preferito e a saperla utilizzare. Con gli anziani malati di Alzheimer è spesso funzionale l'utilizzo

⁴⁷ Cfr. <https://www.arteterapiabologna.it/arte-terapia/chi-e-larte-terapeuta>

delle arti figurative come il disegno o la pittura, per allenare e mantenere le capacità fino-motorie (es: coordinazione occhio-mano) e quelle creativo-espressive: inoltre è un modo per riempire le loro giornate, è importante che le attività siano programmate per giorni ed orari specifici e costanti, così da creare un'abitudine e un ritmo, utili per scandire il tempo e incrementare la memoria. Con i pazienti psichiatrici invece risultano molto efficaci i laboratori di teatro terapia: all'interno della dimensione drammaturgica il soggetto ha la possibilità di mettersi in gioco, sperimenta situazioni insolite, in cui si relaziona in modo differente con gli altri ma anche con sé stesso. Il potenziale del gruppo risulta di fondamentale importanza: i pazienti imparano a guardarsi, a coordinarsi, si sintonizzano gli uni con gli altri attraverso esercizi di osservazione e dialogo reciproci, così con il passare degli incontri le singole entità diventano sempre di più un tutt'uno. La teatro terapia è molto utile nell'incremento delle abilità sociali: infatti i pazienti cronici, isolati e chiusi nella loro patologia, riescono all'interno della dimensione teatrale a esprimersi anche in termini relazionali, si aprono all'incontro con l'altro e partecipano attivamente alle attività.

Mi soffermerò ora su quest'ultima terapia espressiva: ho potuto osservare da vicino lo svolgimento di laboratori di teatro terapia all'interno della residenza psichiatrica dove ho svolto tirocinio, ogni lunedì pomeriggio per un'ora e mezza si tenevano le attività. Nel prossimo paragrafo si cercheranno di spiegare le origini di questa pratica, come il teatro diventa terapeutico, quali sono le sue finalità e che vantaggi apporta nella vita della persona.

3.4 La teatroterapia

Prima di assumere la finalità terapeutica, il teatro si è evoluto nel corso degli anni, soprattutto nel XX secolo, mutando significati ed accezioni, fino ad arrivare alla definizione di teatro terapia che conosciamo oggi.

La prima emancipazione del teatro come strumento libero di espressione avvenne in Italia nel secondo dopoguerra, quando a Milano Mario Apollonio decise di uscire dal "Piccolo Teatro", dal momento che non condivideva il pensiero di Strehler e di altri drammaturghi del tempo, i quali ritenevano il teatro un'arte per pochi, un passatempo riservato alla borghesia che dovesse seguire delle regole rigorose. Al contrario Apollonio promulgava il concetto di teatro corale, che nasceva a partire dalla

partecipazione attiva del pubblico: quest'ultimo, non era l'aggregazione casuale di spettatori, ma un gruppo protagonista e recettivo partecipante alla vita sociale. Il teatro corale era tale poiché metteva al centro l'attualità, assumeva una posizione di centralità nella vita sociale delle persone e si estendeva verso il futuro. Artaud diede vita al "teatro della crudeltà": questa era intesa come "realtà", "concretezza", al limite fra ciò che è possibile e ciò che non lo è. Si inserivano nella rappresentazione teatrale le forze vitali che muovono l'uomo, la lotta fra la persona e il suo doppio, facendo uso della "doppia consapevolezza" tipica del teatro: mettere in scena l'illusione attraverso l'espressione di sensazioni ed emozioni realistiche. Per la prima volta si rifletteva sul valore del corpo, il quale assumeva una posizione di centralità, era inteso come mezzo principale di comunicazione: infatti colui che vive un disagio lo esprime in primis attraverso il corpo (es: la disabilità, la tossicodipendenza, la salute mentale). Artaud utilizzava un forte dinamismo gestuale e comunicativo, un linguaggio visivo e acustico, non verbale, in cui i sentimenti e i significati si esprimevano attraverso luci e suoni: ciò produceva un effetto destrutturante, in cui le dimensioni di tempo e spazio si dilatavano e perdevano le loro caratteristiche tradizionali. Nel teatro della crudeltà lo spettacolo era sempre contemporaneo: seppure la trama avesse basi storiche, le emozioni e i sentimenti comunicati erano sempre quelli del tempo. Grotowsky invece parlava di teatro povero: per lui il teatro era un dono, l'attore si donava agli altri attraverso la rappresentazione di sé e del suo vissuto, sulla scena rimaneva da solo con il suo dramma. Il teatro era lo spazio dell'incontro, della formazione del sé e della resistenza⁴⁸. Nel '68 nacquero il "teatro dell'avanguardia", il "teatro della ricerca" e il "teatro sperimentale", per un rinnovamento radicale della rappresentazione teatrale: lo stile, il linguaggio, la produzione non erano più quelli tradizionali, c'era il rifiuto del teatro dell'immaginario e dell'utopia, che rispecchiava il capitalismo occidentale. La contestazione giovanile operava anche su questo fronte, promuovendo il sociale, il comune, il collettivo, dando vita al "teatro dell'avvenire" dove i registi venivano sostituiti o affiancati da psichiatri, insegnanti e studenti, che diventavano operatori di teatro. L'istituzione teatrale diventava forma attiva attraverso l'animazione teatrale, un metodo che metteva al centro la sperimentazione e l'improvvisazione, per aumentare l'immaginazione e favorire l'autonomia creativa del soggetto. Il primo luogo che scelse di servirsi dell'animazione

⁴⁸ Cfr. F. Cappa, *Formazione come teatro*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2016, pp. 45-71.

come metodo didattico fu la scuola: gli insegnanti si resero conto subito dell'importanza del teatro per gli studenti, i quali potevano sperimentare situazioni nuove e diverse all'interno di una dimensione ludica, dove venivano valorizzate le individualità di ognuno mediante la spontaneità. Jacob Levi Moreno fu invece il fondatore dello psicodramma, che egli definiva come "scienza che esplora la verità attraverso metodi drammatici". Aveva compreso la valenza terapeutica, culturale e sociale del teatro praticandolo con bambini, profughi e prostitute che incontrava nei loro stessi ambienti di vita: per lui il teatro terapeutico era quello della spontaneità e della coralità⁴⁹. Anni dopo in America Latina nasceva il Teatro dell'Oppresso, ossia una forma di teatralità attiva per cambiare la coscienza politica delle masse sfruttate di contadini e lavoratori: Boal promuoveva il teatro della rivoluzione fatto dal popolo, per l'azione e la lotta della vita degli oppressi. Il teatro sociale vero e proprio origina quindi da un'idea rinnovata di teatro, in cui si esce dalla tradizione e si entra in un paradigma nuovo, quello dell'atto teatrale come azione, partecipazione, rivale e terapia: ha come obiettivi la cura del sé, la costruzione di una personale identità, la gestione del proprio comportamento quotidiano, il controllo delle emozioni e la loro espressione, la capacità di entrare e stare in relazione con gli altri. Questo metodo si applica all'interno di dimensioni laboratoriali, dove il soggetto impara a raccontare la propria storia e a darle un senso: il teatro si configura quindi come strumento di ricostruzione dell'identità perduta, frammentata, mai trovata, delle persone con difficoltà psichiche e psicologiche, comportamentali e fisiche⁵⁰. Il laboratorio teatrale è un laboratorio pedagogico: al suo interno il soggetto svolge delle attività di per sé inutili e perciò piacevoli, grazie a questo apprende in quantità maggiore e ritiene di più ciò che impara. È una dimensione scientifico-sperimentale in cui si agisce una ricerca azione: è il luogo dove si acquisiscono delle conoscenze, si lavora sulla marginalità e sulla disabilità, sulla doppia consapevolezza, sulla valorizzazione delle differenze e sull'inclusione della diversità come valore aggiunto ed elemento di spicco nel gruppo. Lo spazio del laboratorio è duttile, vario, si costruisce insieme; il tempo è lungo, poiché si deve permettere a ognuno di iniziare ed avviare il proprio processo creativo, che è percorso di crescita e di conoscenza attraverso l'incontro con l'altro. La dimensione laboratoriale è ampiamente

⁴⁹ Cfr. <https://www.psicologia-psicoterapia.it/articoli-psicoterapia/igart-teatroterapia-funzione-terapeutica-teatro.html>

⁵⁰ Cfr. <https://teatrosociale Marche.com/il-teatro-sociale/>

utilizzata a scuola e si serve del teatro sfruttando la così detta “teatroralità primitiva”, secondo cui ogni persona, sin dai tempi antichi, ha sempre sentito il bisogno di rappresentare in modo più o meno eccentrico sé stessa, la propria vita e la propria cultura: esempi ne sono i riti propiziatori in cui si ballava e cantava, le prime forme teatrali e le attuali feste del folklore⁵¹. Il teatro sociale si applica a contesti educativi e di cura prendendo il nome di teatro terapia: viene praticato in forma grupppale all’interno di residenze psichiatriche, centri di recupero per la tossicodipendenza, in strutture protette per minori, con la disabilità psico-fisica e sensoriale e nelle RSA con gli anziani. In particolare nella psichiatria è stato osservato come il medium teatrale favorisca la crescita personale e la comunicazione delle emozioni, l’educazione della percezione, la relazione con gli altri e il processo di identificazione, attraverso l’acquisizione di un ruolo all’interno della rappresentazione teatrale. La finalità ludica della dimensione drammaturgica inoltre, permette al soggetto di sperimentare un benessere fisico e mentale, il quale va ad incidere sul decorso della patologia in modo positivo. I laboratori sono guidati dall’esperto in teatro terapia, che è affiancato dall’educatore professionale: la presenza di quest’ultimo risulta di fondamentale importanza poiché, grazie alla sua formazione, egli conosce la genesi e lo sviluppo del processo creativo, sa che può essere una modalità di comunicazione ed espressione molto efficace per la persona; inoltre passa più tempo a contatto con l’utenza ed è a conoscenza di certe modalità di comportamento come di certi aspetti caratteriali degli utenti, in virtù dei quali riesce a gestire meglio momenti critici del gruppo, a direzionare alcuni utenti piuttosto che altri in determinati esercizi o attività, collaborando fattivamente nella gestione del gruppo e supportando l’intervento dell’operatore di teatro.

Nella struttura dove ho svolto tirocinio era attivo un progetto di teatro terapia, che si svolgeva una volta a settimana per circa un’ora e mezza, insieme a un gruppo di pazienti con problemi di salute mentale: ho seguito e monitorato da vicino un utente durante gli incontri per tutta la durata dei laboratori, svolgevo insieme a lui gli esercizi proposti dall’operatrice di teatro in modo tale da favorire la sua inclusione nel gruppo, così ho potuto osservare i suoi progressi e l’incremento di alcune abilità, quali la memoria, l’autostima e la creatività. Ho registrato l’andamento degli incontri in un diario, che è poi diventato il mio progetto educativo.

⁵¹ Cfr. P. Crispiani, *Fare teatro a scuola*, Armando Editore, Roma 2006, pp. 24-37.

CAPITOLO 4.

ESPERIENZA DI TIROCINIO IN SALUTE MENTALE: IL PROGETTO EDUCATIVO-RIABILITATIVO

4.1 Villa Jolanda: centro per la cura e la riabilitazione del paziente psichiatrico

Villa Jolanda è il nome della clinica psichiatrica dove ho svolto il mio ultimo tirocinio: si definisce come “centro per la cura e la riabilitazione del paziente psichiatrico”, è situata a Scisciano, frazione di Maiolati Spontini, è collegata con Moie di Maiolati, Jesi e Cupramontana. La sua posizione è piuttosto isolata rispetto al centro abitato, si trova in campagna e vicino ad essa si estende un ampio giardino a più livelli, ricco di alberi, piante e vegetazione, con sentieri e stradine dove gli ospiti possono liberamente passeggiare e fare attività fisica, oppure trascorrere un po' di tempo all'aria aperta, da soli come in compagnia.

La clinica è divisa in quattro piani ma ad oggi ne vengono utilizzati solamente tre. Vi è un piano sotterraneo che ospita gli spogliatoi di medici, OSS e infermieri, le cucine e i magazzini; al pian terreno si trovano gli uffici di medici, psichiatri, psicologi e dell'assistente sociale, il centralino, una stanza dove si svolgono gli incontri con i familiari e una che è utilizzata per depositare i bagagli dei nuovi utenti prima della loro sistemazione. Inoltre ci sono due aree ricreativo-riabilitative dove si svolge la maggior parte della giornata degli utenti: sono entrambe munite di televisione, sedie, tavolini, servizi igienici, una palestra e due stanze polivalenti contenenti i materiali utilizzati durante le attività. Il primo piano ospita il dormitorio dei pazienti cronici più anziani e con patologie degenerative gravi, i quali risiedono da molto tempo in clinica, tanto che alcuni di loro hanno fissato la propria residenza a Villa Jolanda: le patologie sono svariate, dal disturbo bipolare alla schizofrenia, dall'oligofrenia alla demenza senile. Molti di loro hanno perso il controllo sfinterico così come la capacità di vestirsi, lavarsi e nutrirsi; alcuni soffrono di disfagia, una patologia che insorge soprattutto negli anziani i quali incontrano difficoltà nella deglutizione, quindi rischiano di ingoiare cibi duri ancora interi andando incontro ad un soffocamento: per questo vengono nutriti dagli operatori ed operatrici sanitari, con pietanze più morbide che possono essere ingerite senza bisogno di essere masticate. Al secondo piano troviamo invece il dormitorio dei

pazienti a più alto funzionamento, che da soli riescono a mangiare e a vestirsi, come a svolgere l'igiene personale: alcuni permangono solo per brevi periodi in clinica mentre altri hanno ricoveri più lunghi. Qui l'utenza è molto eterogenea: ci sono ragazzi giovani, alcuni adolescenti, ricoverati per uno o due mesi per problematiche legate principalmente alla tossicodipendenza; adulti affetti da depressioni profonde, a causa delle quali hanno dovuto lasciare lavoro e famiglia; soggetti schizofrenici e bipolari con una storia di ricoveri intermittenti, sia a Villa Jolanda che in altre strutture psichiatriche. Proprio per questa grande varietà, in termini di età e di diagnosi, certe volte risulta difficile lavorare con l'utenza del secondo piano, poiché è necessario rivolgersi in maniera diversa ad ognuno di loro, la strutturazione delle attività e la proposta degli interventi non può essere unica e univoca, ma deve poter incontrare le esigenze e i bisogni di tutti. Il terzo ed ultimo piano ora è vuoto, ma un tempo ospitava gli utenti per cui non c'erano posti letto negli altri due piani: attualmente è ancora munito di letti e mobilio, talvolta è utilizzato nelle situazioni di emergenza dagli operatori che, finito il turno del pomeriggio, non riescono a tornare a casa.

L'equipe di Villa Jolanda rispecchia per quantità e varietà l'utenza ospitata: i professionisti della cura infatti sono tanti, ognuno di loro ha un ruolo specifico che coordina insieme al resto del team. Tra le professioni di aiuto presenti in clinica si distinguono quindi:

- i medici psichiatri. Sono due, si alternano nella turnazione durante la settimana, sono presenti in struttura cinque giorni su sette, dalle 9.00 alle 15.00 circa. Ricevono gli utenti nel loro ufficio per colloqui di counseling individuali, progettano e guidano gli incontri con i familiari; stabiliscono la terapia degli utenti a loro carico e monitorano la somministrazione della stessa, osservando gli effetti comportamentali indotti, i quali sono comunicati dal personale infermieristico ed educativo che è quotidianamente a contatto con l'utenza. Partecipano il lunedì mattina al gruppo discussione, insieme agli utenti del secondo piano e al resto del personale medico ed educativo;
- due medici di base. Sono presenti in struttura anche di notte e si alternano nella turnazione per sette giorni su sette, di modo che la loro figura non sia mai assente in clinica; si occupano dell'aspetto prettamente medico, quindi svolgono visite ai pazienti quando presentano dei fastidi o insorgono crisi

anomale, somministrano la terapia al bisogno e monitorano gli utenti più instabili durante i pasti o l'igiene personale;

- gli infermieri. Sono presenti in numero elevato, di solito ce ne sono cinque per ogni turno, si alternano tra mattino, pomeriggio e notte per circa sette ore; somministrano la terapia ai pazienti e svolgono accertamenti al bisogno, ad esempio analisi del sangue, misurazione della pressione arteriosa o del battito cardiaco; monitorano gli utenti durante i pasti per verificare che si idratino e mangino correttamente. Sono responsabili della somministrazione delle sigarette notturne ad alcuni utenti che ne hanno il permesso, come al ritiro dei cellulari, in quanto di notte l'educatore professionale (colui che di norma svolge queste mansioni) non è in turno;

- gli operatori socio-sanitari (OSS). Anche questi sono distribuiti equamente per ogni piano in proporzione al numero di utenti, i loro orari di lavoro coprono tutto l'arco della giornata per tutta la settimana e di solito sono presenti in tre o quattro durante ciascun turno. Si occupano di tutto ciò che concerne la sfera della cura del soggetto: l'igiene personale, la sistemazione dei letti, l'organizzazione del vestiario, dei beni personali e degli armadi, la pulizia di bagni e camere, la preparazione della tavola e la distribuzione dei pasti. Il lavoro degli OSS pone loro in un rapporto di intensa prossimità fisica con gli utenti: questo porta a sviluppare un'affezione e una tenerezza reciproche, che rendono dei semplici "adempimenti" dei veri e propri atti di vicinanza emotiva;

- gli psicologi. Ce ne sono tre, sono presenti in clinica cinque giorni su sette dalle 9.00 del mattino alle 15.00 circa; svolgono colloqui di counseling individuali, progettano e organizzano gli incontri con i familiari, seguono ciascun utente in un percorso psicologico di scoperta e presa di consapevolezza; lavorano in sinergia con gli educatori professionali, in quanto guidano insieme alcuni gruppi, ad esempio quello motivazionale: si confrontano al cambio turno su novità e perplessità riscontrate nell'utenza. Lo psicologo comunica all'educatore professionale l'ingresso di un nuovo utente, lo introduce agli operatori raccontandone la storia: stabilisce insieme allo psichiatra di riferimento il numero di sigarette o di tabacco (nel caso in cui il nuovo paziente sia un fumatore) e la gestione giornaliera del denaro;

- l'assistente sociale. È presente in clinica tre giorni alla settimana, di mattina oppure di pomeriggio; si occupa della gestione del patrimonio economico degli utenti, mediante il contatto con i loro assistenti sociali oppure con il caregiver di riferimento. Riceve l'utenza su appuntamento come anche gli educatori professionali, i quali una volta a settimana si recano da lui per comunicare le esigenze e i bisogni dei pazienti che ne fanno richiesta; partecipa alle riunioni di equipe e a volte anche al gruppo discussione del lunedì;
- le terapiste della riabilitazione psichiatrica (TERP). Attualmente sono due, lavorano insieme agli educatori e alle educatrici professionali in turni di sette ore per sette giorni a settimana, hanno circa uno o due giorni di riposo. Il loro lavoro a Villa Jolanda è simile a quello educativo: si occupano della gestione del denaro e delle sigarette, monitorano gli utenti nei pasti e nell'igiene personale, svolgono colloqui con l'assistente sociale; progettano attività mirate sull'acquisizione e il recupero delle abilità cognitive, ad esempio strutturando il gruppo metacognitivo, il memory training, il problem solving e gli incontri di social skills training insieme allo psicologo;
- gli educatori e le educatrici professionali. Sono sei, svolgono i turni insieme alle TERP per sette giorni a settimana alternando i turni di mattina e pomeriggio; si occupano principalmente della distribuzione di denaro e sigarette, collaborano con gli OSS durante i pasti, avviano gli utenti nell'igiene personale e monitorano il programma settimanale delle docce; organizzano e strutturano attività espressive e riabilitative per l'utenza, come la pet therapy, il gruppo espressivo, la musicoterapia d'ascolto, la psicomotricità e la ginnastica dolce, il gruppo di realizzazione del giornalino, il gruppo attualità e la teatro terapia, insieme all'operatrice esterna di teatro sociale. Sono le figure che, insieme alle TERP, passano più tempo a contatto con l'utenza, assistono quindi alle crisi improvvise di alcuni utenti, si trovano a gestire comportamenti disfunzionali che possono mettere in difficoltà l'intero gruppo, spesso sono costretti a rispondere con fermezza, generando reazioni avverse nei pazienti: a tutto ciò però, si aggiunge che la figura dell'educatore professionale è percepita da ciascuno degli ospiti come una presenza attiva e sempre disponibile, punto di appoggio e di riferimento per qualsiasi dubbio o necessità.

I pazienti che vengono ricoverati a Villa Jolanda arrivano per lo più dall'SPDC (servizio psichiatrico di diagnosi e cura) e dai reparti psichiatrici delle Marche, ad esempio da Jesi, Fabriano, Ancona e Civitanova: la maggior parte dell'utenza è seguita dal CSM della zona di provenienza, ha uno psichiatra di riferimento che è al corrente della loro storia clinica e ha già stabilito la terapia farmacologica. I ragazzi più giovani con problematiche di dipendenza patologica invece sono inviati dal SERT, al quale sono in carico per la somministrazione del metadone o di altre terapie sostitutive, come per i colloqui educativi e psicologici. Per qualche paziente invece non c'è nessun retroscena, non ci sono medici e psichiatri, non ci sono cliniche né reparti ospedalieri: il ricovero a Villa Jolanda è un'esperienza a sé, che può rappresentare per alcuni l'inizio di una storia clinica importante, per altri un periodo di passaggio e di presa di consapevolezza, uno stop alla normalità per riflettere ed interrogarsi, per ritrovarsi. Tutte queste storie si incontrano nei corridoi della clinica, nei bagni delle camerate e nelle sedie vicine della sala vitto: tra di loro i pazienti si guardano e si scrutano, si attraversano, si amano da subito oppure non si sopportano, si odiano per poi fare amicizia.

Le loro storie e i loro ricordi sono condivisi all'interno dei gruppi, in modalità e quantità differenti: c'è chi è più espansivo e chi è più timido, chi è un buon oratore e chi un buon ascoltatore, chi non riesce a stare al suo posto e chi non si muoverebbe dalla sedia nemmeno di un centimetro. I gusti di ognuno si rispecchiano e si amplificano grazie alle attività educative e riabilitative proposte: sono variegata e ben distribuite nel corso della giornata, una o due la mattina e una di pomeriggio, le svolgono gli educatori e le educatrici professionali oppure le terapisti della riabilitazione psichiatrica.

4.2 Le attività proposte e i progetti riabilitativi

Grazie ad un'equipe educativa e riabilitativa ben formata e specializzata, Villa Jolanda riesce ad offrire un'ampia varietà di attività agli ospiti, soddisfacendo gusti, passioni e curiosità di tutti (operatori ed operatrici comprese!). Per gli utenti l'ora dell'attività segna rispettivamente la metà della mattina e la metà del pomeriggio, al termine degli incontri corrisponde l'ora di pranzo oppure l'ora di cena: le attività sono tutte per lo più fisse, ad esempio il laboratorio di teatro terapia si svolge il lunedì pomeriggio dalle 15.30 alle 17.00 e gli utenti che partecipano più assiduamente ricordano perfettamente questo appuntamento. Stabilire un luogo e un orario fissi, ai

quali corrisponde un certo evento, aumenta la memoria e le capacità cognitive soprattutto degli utenti cronici che, a causa della lunga durata della malattia, tendono ad essere molto abitudinari: risulta fondamentale, per questi ultimi, l'acquisizione di un certo equilibrio che definisca lo scorrere del tempo. Gli educatori e le educatrici professionali insieme alle TERP svolgono le seguenti attività declinandole in base alla tipologia di utenza, differenziano l'organizzazione e la programmazione degli incontri passando dal primo piano, che ospita i pazienti più gravi e cronici, al secondo, dove invece si trovano ricoverati adolescenti e giovani adulti a più alto funzionamento.

- *Musicoterapia passiva d'ascolto.* Attività di gruppo svolta sia al primo che al secondo piano. Al primo piano l'educatore o l'educatrice professionale fa ascoltare ai partecipanti un brano, che ricordi loro dei periodi legati all'infanzia o all'adolescenza, poi chiede al gruppo di provare a riconoscere la canzone. Ciò è funzionale all'allenamento della memoria e all'espressione del sé: alcuni utenti ricordano perfettamente intere canzoni alle quali corrispondono precisi ricordi, così che, riascoltando certe melodie, le loro menti si proiettano nel passato e ritornano ad avvenimenti tristi o felici della loro vita. Questi ultimi sono esposti verbalmente grazie alla guida dell'educatore o dell'educatrice e l'esposizione orale favorisce a sua volta le capacità cognitive come anche il mantenimento del ricordo stesso. Al secondo piano il procedimento è più o meno lo stesso, con la differenza che i brani a volte vengono scelti e commentati dagli utenti stessi, mentre altre volte è l'educatore professionale a scegliere le canzoni, in quanto decide di impostare l'incontro su un certo tema, ad esempio la tristezza, l'amore o l'amicizia: sceglie i brani da far sentire al gruppo e al termine di ogni ascolto i testi si commentano insieme, ognuno esprime le emozioni e le sensazioni provate, poi successivamente queste sono registrate in una scheda fornita dall'educatore o dell'educatrice professionale.

- *Ginnastica dolce – psicomotricità.* Attività di gruppo svolta sia al primo che al secondo piano dall'educatore professionale specializzato. Al primo piano vengono proposti degli esercizi di ginnastica dolce molto semplici, ad esempio l'estensione di braccia e gambe, la rotazione oraria e antioraria del collo, la coordinazione dell'atto respiratorio inspirando ed espirando a ritmo con

i movimenti: tali pratiche si configurano come modalità di rilassamento, attraverso le quali l'utente riesce a percepire la propria corporeità e ad intendere il corpo non solo come un peso da trascinare, ma come uno strumento attivo da valorizzare. Al secondo piano invece l'educatore struttura l'incontro progettando degli esercizi di psicomotricità da fare in diverse "tappe": dopo un riscaldamento iniziale, sempre accompagnato da una buona respirazione, gli utenti hanno la possibilità di cimentarsi in diversi esercizi, per esempio il salto della corda, il sollevamento di piccoli pesi, le estensioni degli arti superiori mediante fasce elastiche, per circa tre minuti, dopodiché "si cambia stazione" e si passa all'esercizio successivo. Di solito le attività sono ideate per abbracciare i bisogni e le possibilità di ogni utente, ma può capitare che a volte, per problematiche fisiche temporanee, qualcuno non riesca a svolgere tutti gli esercizi: non per questo il paziente viene lasciato da parte, ma viene seguito individualmente con altre batterie di movimenti, che siano più piacevoli e funzionali, dunque che si adattino meglio al corpo del soggetto in questione.

- *Gruppo espressivo.* Attività di gruppo svolta sia al primo che al secondo piano in maniera più o meno analoga: ad ogni incontro viene proposta un'emozione da trattare (ad esempio la gioia, la tristezza, la paura), un tema di solito relazionale come l'amore o l'amicizia, oppure riguardante alcune ricorrenze ed occasioni particolari, come la festa del papà o il carnevale. Si discute insieme sull'argomento scelto e l'educatrice professionale pone delle domande guida per la realizzazione di un manufatto, che può essere un disegno, un dipinto oppure un testo: a volte vengono messi a disposizione dei materiali da manipolare come l'argilla o la pasta di sale, i quali vengono utilizzati dagli utenti per sviluppare il proprio pensiero creativo. Alla fine dell'incontro i lavori vengono appesi al muro (se si tratta di disegni o dipinti) oppure riposti in mensole apposite, adibite alla loro conservazione, nella stanza delle attività (se sono oggetti in argilla o simili). Il laboratorio espressivo è un gruppo in cui tutti gli utenti possono liberamente dare sfogo al loro genio creativo come alla propria spontaneità, hanno la possibilità di cimentarsi nell'utilizzo di oggetti artistici inusuali come pennelli ed acquerelli, inoltre imparano a dare forma a una massa indefinita di materia come l'argilla. Nello svolgimento del disegno o

nella realizzazione del manufatto, il soggetto utilizza capacità cognitive come la memoria, l'attenzione e la concentrazione: in questo modo alla fine del processo creativo egli scopre di aver portato a termine un compito e di aver prodotto un risultato concreto in completa autonomia.

- *Pet-therapy.* Attività di gruppo fissa il mercoledì pomeriggio, guidata dall'educatrice professionale specializzata in IAA (Interventi Assistiti con gli Animali), dalle 16.00 alle 17.00 si svolge nei locali dell'area riabilitativa del secondo piano ed è aperta a tutta l'utenza. Prima di incontrare il cane, gli utenti vengono introdotti alla conoscenza dell'animale attraverso un cartellone illustrato: qui è disegnata la sagoma di un cane, sulla quale sono indicate le zone di piacere, dove egli ama essere accarezzato, e quelle di fastidio, dove invece si dovrebbe evitare di toccarlo. In seguito si discute insieme sul temperamento canino e si scrivono sul cartellone alcune cose a cui bisogna fare attenzione: il cane è molto abitudinario, ha bisogno di un buon equilibrio per stare bene, gli piace mangiare ed essere coccolato, per rinforzare i comportamenti positivi è utile premiarlo con dei biscotti dalle forme speciali. Dopo alcuni incontri di conoscenza indiretta, gli utenti conoscono fisicamente il cane, così si dispongono seduti in un grande cerchio e a turno, guidati dall'educatrice, giocano con lui: si svolgono alcuni esercizi di comando, dicendo ad esempio "seduto", "terra", "zampa", oppure il cane passa all'interno di un tunnel con il rinforzo di un biscotto o di un applauso. Attraverso il rapporto diretto con il cane l'utente sviluppa una sensazione di rilassamento che favorisce l'espressione di emozioni positive, sperimenta situazioni nuove e fuori dall'ordinario che agiscono innalzando il tono dell'umore; inoltre la vicinanza fisica tra il soggetto e l'animale permette la creazione di un legame forte, basato sull'empatia e sull'accettazione incondizionata: la persona non si sente giudicata, ma libera di essere.

- *Cineforum.* Attività di gruppo fissata per il giovedì pomeriggio dalle 15.45 alle 17.30 circa, si tiene nei locali dell'area riabilitativa del primo piano ma è pensata per essere proposta a tutta l'utenza. L'educatrice professionale programma la visione di un film dopo aver raccolto gusti e opinioni dei pazienti, quindi trasforma la stanza scelta per l'attività in un vero e

proprio cinema: si spostano i tavolini e si dispongono le sedie su più file, le finestre sono oscurate con dei teli neri e il film viene proiettato sulla parete, tutto ciò grazie all'aiuto di alcuni utenti che desiderano partecipare attivamente alla creazione del setting educativo. Alla fine della visione avviene un piccolo momento di condivisione, in cui l'educatrice guida l'utenza nella riflessione e nella sintesi di ciò che è stato visto: si riassume la trama della storia, si individua il genere trattato, la discussione in gruppo verte sulle emozioni provate e sui ricordi ritornati alla memoria, in quanto spesso capita che alcuni utenti abbiano già visto il film ma desiderino comunque guardarlo di nuovo.

- *Gruppo attualità.* Attività di gruppo svolta di solito al mattino con gli utenti del secondo piano. L'educatore professionale apre una discussione sui temi riguardanti l'attualità, che si tratti di questioni economiche, politiche o sociali, nazionali ed internazionali: solitamente si parte dalla lettura di notizie ed articoli del giorno, reperiti da siti internet e social network, poi si discute insieme su quanto letto. Avviene uno scambio di informazioni costruttivo e arricchente, sia a livello quantitativo che qualitativo: molti utenti diventano consapevoli di dinamiche e situazioni che non conoscevano, inoltre viene data a tutti la possibilità di esporre liberamente il proprio punto di vista. Questo concorre alla creazione di una coscienza collettiva la quale si pone l'obiettivo di imparare ad ascoltare la relatività dell'altro, essendo consapevoli del fatto che non esistono punti di vista oggettivi ma che ognuno, nella sua diversità ed individualità, è fonte di ricchezza e sapere comuni. Grazie al gruppo attualità i pazienti riescono a mantenere, se non a ricostruire, un ponte tra Villa Jolanda e il mondo esterno: essere consapevoli di cosa accade fuori ed elaborare un punto di vista consapevole, favorisce e rafforza la socialità del soggetto, disincentivando la spinta alla cronicità tipica degli ambienti psichiatrici residenziali.

- *Redazione del giornalino.* Attività di gruppo fissata per il giovedì pomeriggio al secondo piano, dalle 16.00 alle 17.30 circa. L'educatore professionale propone agli utenti un tema, quindi si decidono insieme gli argomenti da trattare: questi possono riguardare fatti storici o di attualità, oppure possono toccare aspetti più introspettivi e vertere sull'interiorità della persona. Dopo un'iniziale definizione delle tematiche si procede con la scrittura: ogni

utente mette per iscritto racconti e pensieri partendo dalla propria esperienza, esplicita il proprio punto di vista su determinate questioni politiche o sociali. Ciò accade per ogni incontro, di settimana in settimana: si va così a definire nel corso del tempo una raccolta scritta della vita delle persone, raccolta che, dopo essere stata revisionata e corretta, diventa il giornalino di Villa Jolanda. Nel corso del tempo sono state redatte diverse versioni, ognuna contenente gli articoli di più utenti come pure di operatori sanitari, medici ed educatori; il prodotto finale si caratterizza come specchio dell'esistenza delle persone, è funzionale al processo creativo del soggetto e allo sviluppo dell'immaginazione, come pure dello spirito critico; sottintende un lavoro di collaborazione e cooperazione fra utenti e figure professionali, l'acquisizione di una responsabilità collettiva e l'impegno sistematico alla realizzazione del prodotto finale.

- *Gruppo motivazionale.* Attività di gruppo fissata per il venerdì mattina dalle 10.00 alle 11.00, pensata e realizzata per gli utenti del secondo piano con ricovero breve (1, 2, 3 mesi): gli incontri sono guidati dall'educatrice professionale e dalla psicologa. Gli utenti si dispongono seduti in cerchio, l'educatrice apre la discussione chiedendo loro qual è il significato che hanno attribuito (o che stanno attribuendo) al ricovero a Villa Jolanda: si apre un dialogo costruttivo fra i partecipanti, in cui ognuno espone le proprie emozioni e stati d'animo, la conversazione è guidata dalla psicologa che regola i tempi del gruppo e gestisce le dinamiche disfunzionali che possono sopraggiungere fra gli utenti. L'esito della discussione è molto variabile poiché dipende in larga parte dalla tipologia di utenza: di solito i ragazzi riescono a creare un clima positivo e di reciproco scambio, in cui si accettano e si rispettano le storie e le esperienze degli altri, ma a volte può succedere anche il contrario. Infatti alcuni utenti meno abituati a stare in gruppo, prendono il sopravvento sugli altri direzionando l'attenzione unicamente su di loro e rendendo difficili la condivisione e l'ascolto reciproci: questo modo di fare irrita il resto degli utenti, così capita che alcuni lascino il gruppo prima della fine, oppure che altri, i quali di solito intervengono e partecipano attivamente alle discussioni, si chiudano in sé stessi e rimangono in silenzio. Tali dinamiche dipendono in larga parte dallo status emotivo e

psicologico degli utenti e può essere difficile a volte gestire determinati aspetti, anche per le figure professionali specializzate: risultano comunque fisiologici, se non educativi, anche ostacoli di questo genere, poiché si indentificano come punti di partenza per la rimodulazione degli incontri successivi e per la ridefinizione delle pratiche di gestione e conduzione del gruppo.

- *Giochi di stimolazione cognitiva.* Attività di gruppo svolta al secondo piano: l'educatrice professionale distribuisce ai partecipanti delle schede contenenti degli esercizi di logica, alcuni basati sulla ri-composizione delle parole mediante l'ordinamento delle sillabe o delle lettere, oppure rebus e cruciverba, mentre altri consistono nell'individuazione, per un gruppo di vocaboli, di un solo termine che sia comune all'insieme di parole proposte (es: per cucina, letto, famiglia e giardino, la parola comune è casa). Tali schede sono ideate dall'educatrice stessa oppure vengono prese da testi inerenti il gioco di stimolazione cognitiva, dove sono presenti esercizi strutturati per un certo tipo di utenza: i partecipanti sono chiamati a svolgere gli esercizi in autonomia, ma qualora si presentasse qualche difficoltà, l'educatrice professionale si rende disponibile ad aiutare coloro che lo richiedono nel completamento delle schede.

- *Memory training.* Attività di gruppo svolta dalla terapeuta della riabilitazione psichiatrica con i pazienti del primo piano, affetti da patologie croniche e degenerative gravi. Gli incontri sono strutturati in modo tale da allenare e mantenere la memoria dei pazienti: a turno ogni partecipante viene stimolato, grazie a delle domande guida, a parlare della propria infanzia e delle proprie passioni, a descrivere luoghi e situazioni passati riguardanti il tempo della giovinezza, dopo di che tutto viene trascritto in un diario personale, il quale può essere liberamente consultato in qualsiasi momento. Vengono stimolate inoltre anche le capacità cognitive di concentrazione ed attenzione, poiché è richiesto ad ogni utente di tenere a mente i propri ricordi come pure delle caratteristiche riguardanti gli altri membri del gruppo, ad esempio i loro interessi, il lavoro passato, il paese di origine: in questo modo l'utenza è stimolata sia a parlare di sé che ad ascoltare gli altri.

- *Gruppo per lo sviluppo delle abilità metacognitive.* Attività svolta dalla terapeuta della riabilitazione psichiatrica al secondo piano, fissata il martedì

pomeriggio dalle 16.00 alle 17.30 circa: la terapeuta orienta la discussione seguendo delle tematiche scelte, in base soprattutto al tipo di utenza che compone il gruppo. Sono elaborati degli incontri basati sulla riflessione come sullo scambio reciproco e costruttivo di differenti punti di vista, quindi si discutono insieme alcuni temi che riguardano da vicino la quotidianità dei pazienti: ad esempio, il gruppo analizza insieme l'origine e la natura delle dinamiche depressive e la gestione dei relativi momenti di crisi, quindi sono mostrati ai partecipanti dei power point esplicativi, contenenti una parte teorica e una maggiormente pratica composta da esercizi guida, creati per il confronto e la riflessione reciproca tra gli utenti. Questa metodologia favorisce la comunicazione verbale chiara fra i membri del gruppo, permette loro di sviluppare una consapevolezza concreta su certe dinamiche che riguardano la loro patologia; i soggetti imparano a conoscere dei meccanismi psicologici rimasti troppo a lungo celati, inoltre grazie allo scambio reciproco, comprendono come trattare e gestire alcuni lati disfunzionali della malattia, incrementando così la loro personale capacità di resilienza.

- *Social skills training.* Attività di gruppo svolta il giovedì mattina, dalle 10.00 alle 11.00, nei locali del secondo piano: è guidata dalla terapeuta della riabilitazione psichiatrica insieme allo psicologo. Gli incontri si sviluppano seguendo un filo conduttore unico riguardante delle tematiche relazionali, come ad esempio l'amicizia o il reciproco rispetto: la TERP prepara anticipatamente dei power point sull'argomento del giorno, seleziona dei video da youtube o alcuni filmati che possano catturare l'attenzione dei partecipanti, nel frattempo lo psicologo spiega e commenta i contenuti che vengono presentati. Si prepara poi una simulazione: due utenti a piacere si siedono uno di fronte all'altro e "mettono in scena" una situazione fittizia, in cui devono utilizzare le abilità sociali precedentemente discusse per relazionarsi fra di loro. Viene realizzata ad esempio una simulazione secondo il tema del rispetto reciproco, in modo particolare su come accettare un rifiuto: la signora T. e la signora G. sono due amiche, si sono conosciute da poco e fra le due quella più coinvolta nel rapporto sembra la signora T., che chiede più spesso a G. di organizzare delle uscite; al contrario la signora G., che ha un carattere più timido e riservato, non se la sente

di aprirsi subito all'interno della relazione, quindi è costretta a rispondere con un rifiuto all'invito di T. Quest'ultima è chiamata ad accettare con educazione questa decisione, anche se non rispecchia le sue aspettative e non le piace particolarmente, poiché per fare in modo che sia tale, un rapporto di amicizia deve basarsi sul rispetto reciproco delle scelte e dei punti di vista degli altri. L'utenza apprezza particolarmente questo gruppo del giovedì mattina, poiché è uno spazio molto interattivo e arricchente, il setting che si va a costituire è ben definito ma non limitante, riesce ad essere permeabile e flessibile alle opinioni e ai punti di vista di ognuno: purtroppo però non tutti possono partecipare, soprattutto i pazienti cronici, dal momento che non riescono a mantenere un buon livello di attenzione e rischiano di creare confusione agli altri utenti del gruppo.

- *Problem solving.* Attività di gruppo svolta dalla terapeuta della riabilitazione psichiatrica con gli utenti del secondo piano: si riflette insieme sulle problematiche, di tipo relazionale o personale, incontrate quotidianamente in clinica dai pazienti, si apre così una discussione su quali possono essere le modalità per risolvere il problema. La TERP costruisce un grafico su un cartellone dove vengono schematizzati il problema scelto e le possibili risoluzioni: si articola insieme un dialogo sui possibili percorsi da intraprendere per superare l'ostacolo, dopo di che tutto viene messo per iscritto. Questa attività risulta di fondamentale importanza per l'incremento di alcune abilità cognitive come il pensiero logico deduttivo e l'attenzione: il ragionamento che si attiva nell'utente gli permette di comprendere che ogni tipo di problema non ha un'unica soluzione, ma può essere visto da un differente punto di vista e dunque avere una risoluzione altra, diversa, magari molto lontana da quella di partenza. In questo modo i soggetti sono stimolati alla condivisione dei loro problemi con gli altri e all'ascolto reciproco di punti di vista ed idee differenti.

- *Laboratorio teatrale.* Attività di gruppo fissa il lunedì pomeriggio dalle 15.30 alle 17.00 circa, proposta all'utenza del secondo piano ma aperta anche ad alcuni pazienti del primo che hanno piacere di partecipare: gli incontri sono strutturati e realizzati dall'operatrice di teatro sociale esterna, in aiuto con l'educatrice professionale di riferimento. Gli utenti sono guidati nell'espressione

delle proprie emozioni attraverso esercizi di animazione teatrale, in cui si mettono in gioco sperimentando sé stessi ed utilizzando l'immaginazione. Iniziando dal riscaldamento, in cui i partecipanti sono chiamati a "connettersi" fra di loro utilizzando lo sguardo e i movimenti del corpo, gli incontri sono strutturati per introdurre gradualmente l'utenza alla teatralità: vengono quindi proposti esercizi con la musica, in cui i partecipanti devono muoversi nello spazio cercando di seguire il ritmo; oppure esercizi di coordinazione a coppie, come per esempio quello dello specchio, nel quale un soggetto compie un'azione e l'altro deve ripeterla. Dopo una serie di incontri, gli utenti vengono orientati e introdotti alla pratica dell'improvvisazione: ognuno di loro ha a disposizione degli oggetti, quali maschere, parrucche, cappelli e vestiti, che sono utilizzati a turno per mettere in scena una situazione fittizia inventata sul momento. Prima singolarmente e poi in gruppetti da tre o quattro persone, i soggetti imparano lentamente aneddoti e pratiche teatrali che saranno loro utili per la rappresentazione finale vera e propria. In questo lento processo di apprendimento ed espressione, l'operatrice di teatro struttura gli incontri e guida l'utenza negli esercizi, mentre l'educatrice professionale segue individualmente gli utenti che incontrano delle difficoltà e supporta l'operatrice nella spiegazione delle diverse attività: infine tra le due avviene un confronto sui punti di forza e di debolezza incontrati durante il percorso, sulle potenzialità da sviluppare e sulla progettazione degli incontri futuri.

All'interno del laboratorio teatrale ho potuto osservare come molti utenti abbiano trovato un canale di espressione proprio servendosi del medium artistico: quelli più silenziosi, più solitari, i più stereotipati e cronici sono stati quei pazienti che, più degli altri, hanno tratto giovamento dagli appuntamenti del lunedì pomeriggio. A mio parere, sono i soggetti che si sono divertiti di più: su di loro il cambiamento in positivo è stato chiaro ed evidente.

Ho così scelto di seguire da vicino uno di loro, accompagnandolo durante i laboratori e cercando di essere per lui guida attenta e mite: ho registrato i suoi progressi in un diario, dal quale è nato il mio progetto educativo.

4.3 Il progetto educativo: il soggetto con psicosi nel laboratorio teatrale

Da gennaio a maggio ho partecipato agli incontri di teatro terapia, i quali si svolgevano il lunedì pomeriggio nei locali dell'area riabilitativa del secondo piano: partecipavano sempre molti pazienti, alcuni erano abitudinari mentre altri si aggiungevano nel corso delle settimane, poiché incuriositi dagli utenti che solitamente prendevano parte ai laboratori oppure solamente per osservare. Durante i primi incontri mi sono limitata anche io all'osservazione delle attività, poi successivamente ho deciso di seguire da vicino un utente in particolare ed ho formulato con lui il progetto educativo e riabilitativo.

4.3.1 Assessment educativo

E. M. è un uomo di 58 anni nato a Verona il 10 maggio 1963: si trasferisce a Civitanova Marche da giovane per via del lavoro del padre (carabiniere) e si trova ricoverato a Villa Jolanda poiché affetto da psicosi.

- *Diagnosi clinica/area farmacologica.* Da molti anni è ricoverato in struttura, dal momento che l'esordio della malattia risale intorno ai 20 anni: se prima passava 1 mese in clinica e 5 a casa, nel corso del tempo gli ingressi sono aumentati quantitativamente, per frequenza e gravità. La sua patologia si è andata cronicizzando: questo ha portato di pari passo la perdita progressiva di alcune autonomie e l'alterazione di determinate funzioni cognitive, linguistiche e sociali. In passato ha avuto dei problemi con la gestione della rabbia, i quali attualmente sono rientrati anche grazie alla massiccia terapia farmacologica: tutt'ora ha le sue 'giornate no', che rimangono da monitorare con attenzione, poiché si vede dagli occhi quando in E. c'è qualcosa che non va. Da ormai molti anni si cura con svariati psicofarmaci, che hanno prodotto in lui più di un effetto collaterale, a livello intestinale e di controllo sfinterico: soffre di gastrite ed ha avuto episodi di incontinenza, per questo usufruisce spesso del bagno, per evitare "incidenti". Insieme alla terapia farmacologica segue anche una dieta iposodica.

- *Diagnosi educativa:*
 - *Cura del Sé.* È in parte autonomo per quanto riguarda la cura del sé: per la doccia completa necessita dell'aiuto delle OSS, invece si veste ed esegue l'igiene personale da solo. Durante i primi anni di ricovero era in grado di lavarsi e vestirsi in completa autonomia, ma con il passare del tempo, l'avanzare

dell'età e la progressione della malattia molte di queste funzioni sono andate perdute. Ricorda luogo e orario di pasti e distribuzione (per quanto concerne la terapia, il denaro e le sigarette), conosce il suo posto a tavola, si orienta nelle dimensioni di spazio e tempo.

- *Area sociale.* Fino agli anni dell'esordio ha vissuto una vita "normale": usciva con gli amici, andava a ballare, per un periodo ha anche avuto una storia d'amore, con il passare del tempo però tutto ciò è stato sostituito gradualmente da un ritiro sociale sempre più massiccio. È un gigante gentile, ricorda i nomi di tutti e a tutti si rivolge sempre con gentilezza: è voluto bene da ogni paziente e operatore in struttura, anche per i tanti anni di conoscenza.
- *Area familiare.* A prendersi cura di lui fuori da Villa Jolanda ci sono la mamma e la sorella, le quali lo riforniscono settimanalmente di sigarette, soldi e abiti puliti: tutti i giorni dopo pranzo si sentono per telefono, a volte anche dopo cena. Il papà e il fratello sono venuti a mancare anni fa, uno dietro l'altro: le loro morti sono coincise, più o meno, con l'inizio della malattia.
- *Area formativa.* Possiede il diploma di maturità scientifica con il quale aveva iniziato un percorso universitario presso la facoltà di economia, il quale però era stato interrotto senza aver dato neanche un esame; ha lavorato per qualche anno come operaio portuale e in fabbrica.
- *Area degli interessi.* Ama la musica, nel cassetto del suo comodino ci sono decine di CD originali e masterizzati, dei più svariati artisti: Dire Straits, Jetro Tull, Police, Rolling Stones, Genesis e Phil Collins, che è il suo preferito. È molto bravo a giocare a biliardino. È 'presente' da un punto di vista cognitivo, come anche musicale, riesce bene nei giochi di stimolazione cognitiva e ama stare in cerchio ad ascoltare canzoni durante l'ora della musicoterapia: invece trova difficoltà nei discorsi lunghi, elaborati, quando gli viene posta una domanda può far fatica a rispondere, come se qualcosa si bloccasse. È molto ripetitivo nel linguaggio verbale e nei contenuti: anche questo aspetto si è andato deteriorando nel corso degli anni.

4.3.2 Il progetto educativo riabilitativo

E. partecipa ogni lunedì pomeriggio all'attività di teatro terapia: ho scelto di volerlo accompagnare durante gli incontri per fare in modo che acquisisca consapevolezza del suo ruolo nel gruppo, che ne ricavi un costruttivo piacere personale, che segua costantemente l'attività e a modo suo ne interpreti una parte, facendosi portavoce di tutta quella ricchezza che tiene nascosta.

FINALITÀ: favorire l'empowerment e la socializzazione attraverso il medium teatrale.

OBIETTIVI:

- ✓ partecipazione costante
- ✓ partecipazione attiva guidata dall'educatrice professionale
- ✓ comprensione della consegna funzionale allo sviluppo delle capacità cognitive
- ✓ incremento dell'interazione sociale attraverso il medium teatrale
- ✓ scoperta e acquisizione di un nuovo canale di comunicazione
- ✓ apprendimento formante e formativo della persona all'interno di una dimensione ludica
- ✓ acquisizione e comprensione del ruolo nello spettacolo finale

ATTIVITÀ: laboratorio di teatro terapia. Attività gruppale che si svolge ogni lunedì pomeriggio dalle 15.30 alle 17.00 nella palestra del piano riabilitativo, progettata dall'operatrice esterna di teatro sociale, inoltre guidata e gestita insieme all'educatrice professionale della struttura.

VERIFICA E MONITORAGGIO: durante il corso dei laboratori vengono registrati i progressi dell'utente e le considerazioni personali, i quali confluiscono nel diario educativo del progetto.

VALUTAZIONE IN ITINERE: circa a metà del percorso si procede con la valutazione e l'analisi dei risultati ottenuti, per poter progettare le attività future in base ai dati raccolti.

TEMPI: da gennaio a giugno, un incontro alla settimana di un'ora e mezza circa il lunedì pomeriggio.

COSTI: accordo di convenzione tra Villa Jolanda e l'ATGTP (associazione teatro giovani e teatro pirata).

MATERIALI: della struttura, quindi vecchie valigie, tavolini, sedie; forniti dall'operatrice di teatro, quindi oggetti di scena come cappelli e maschere, fiori finti, vestiti, scarpe, cassa bluetooth per la riproduzione dei brani; degli utenti, quindi cd, vestiti ed altri oggetti personali.

RISORSE INTERNE: gli spazi, quindi la palestra del piano riabilitativo sede delle attività e il giardino esterno per lo svolgimento dello spettacolo; i materiali, sia quelli interni alla struttura che gli oggetti personali degli utenti; il supporto e la guida dell'educatrice professionale nella gestione delle dinamiche di gruppo come nella stimolazione adeguata dell'utenza.

RISORSE ESTERNE: la proposta di attività innovative ed inclusive da parte dall'associazione teatrale; i materiali forniti dall'operatrice esterna di teatro per lo svolgimento dei laboratori.

PARTNER ESTERNI: l'Associazione Teatro Giovani e Teatro Pirata.

VALUTAZIONE FINALE: al termine del progetto viene redatta la valutazione finale, comprensiva dei risultati ottenuti dall'utente, del contributo del gruppo e dell'operatrice di teatro sociale, della qualità della struttura sede dei laboratori.

4.3.3 Monitoraggio

Lunedì 28/02. Era stato assegnato come compito ai partecipanti di portare delle canzoni, o soltanto dei pezzi di queste, che sarebbero stati presentati e condivisi in gruppo per svolgere degli esercizi di interazione e socializzazione. E. non aveva svolto il compito, così prima di iniziare abbiamo scelto insieme una canzone: "Another Day In Paradise" di Phil Collins. Dopo che tutti avevano presentato i loro brani si è dato il via all'esercizio: ognuno doveva camminare in giro per la stanza cantando, poi fermarsi per un momento, quindi assumere e mantenere una posizione che rappresentasse la canzone scelta; di seguito gli altri avrebbero fatto lo stesso, fino a ritrovarsi vicini gli uni gli altri a formare una sorta di "statua vivente". All'inizio E. non aveva capito la consegna: dopo avergliela rispiegata ha svolto l'esercizio, ma solo in parte, poiché non ha mantenuto la posizione. È come se agisse per imitazione degli altri: quando il compito è più complesso, più variegato, quindi soggettivo, incontra la difficoltà. Prima di questo abbiamo fatto un esercizio sulla respirazione: questo è stato eseguito senza problemi e senza spiegazioni aggiuntive.

Lunedì 07/03. Partecipa all'attività. Si inizia l'incontro simulando la discoteca, ognuno balla mentre c'è la musica, poi allo stopparsi di questa ognuno deve fermarsi: mentre sono immobili, gli utenti intercettano lo sguardo di qualcuno intorno a loro, di solito quello della persona vicina, che sarà la compagna/il compagno di ballo appena ripartirà la musica. E. comprende l'esercizio, guarda e individua il vicino e balla insieme a lui/lei. Il secondo esercizio è prettamente teatrale: individuare e separare 5 movimenti, renderli puliti e associarli ad una parola. E. viene preso da parte, ed è guidato a eseguire soltanto due movimenti: quando poi gli viene chiesto di presentarli agli altri ne ricorda soltanto uno. L'ultimo esercizio si articola in più parti: inizia con la lettura di una poesia da parte dell'operatrice di teatro e ad ogni frase ognuno dei partecipanti deve associare un movimento ("quando arriva l'estate" = movimento che ricordi questa stagione, quindi nuotare nel mare, prendere il sole, sventolarsi con le mani; "ad occhi chiusi" = si chiudono, ci si copre il volto). E. svolge correttamente l'esercizio, cerca il mio sguardo quando non sente bene la frase oppure vuole una conferma: all'inizio gli ripeto le parole a bassa voce nell'orecchio, poi mimo a distanza un gesto, che lui ripete. L'esercizio continua con il seguire e imitare il movimento associato di un altro partecipante (es: F. mima l'estate -> seguiamo tutti F.): anche qui, aiuto e guido l'utente nello svolgimento dei diversi movimenti. Siamo stati molto tempo in piedi, abbiamo corso, ballato, camminato a lungo e ogni tanto E. lamentava un dolore alla pianta dei piedi, ma in ultima istanza si è divertito come sempre, ha raccontato al gruppo un po' della sua adolescenza. Come la scorsa volta, osservo che è più facile per lui portare a termine l'esercizio se può guardare qualcun altro che lo esegue, o se è preso in disparte e seguito individualmente. Ho voluto provare però anche a lasciarlo fare da solo, per capire se ha bisogno di maggior tempo per comprendere la consegna e se riesce a svolgere determinati compiti senza dover essere aiutato da un terzo: ad esempio durante l'esercizio dei 5 movimenti, probabilmente anche qui per imitazione, ma ho notato che avviava qualche gesto in autonomia ed ho ritenuto opportuno non intervenire almeno all'inizio, anche perché se si trova in difficoltà, è lui stesso a chiedere aiuto.

Lunedì 14/03. Partecipa all'attività. L'incontro è iniziato come sempre con un po' di riscaldamento: connessione tramite sguardi, movimenti a specchio, andature a ritmo con la musica; E. svolge correttamente gli esercizi, in alcuni (per esempio quello

delle andature) è guidato dall'educatrice. Si prosegue con un esercizio più "creativo", mai fatto prima: ognuno doveva cercare nella stanza un oggetto, ad esempio un foglio di carta oppure una penna, una sedia, una bottiglia, e utilizzarlo in maniera completamente diversa dal suo uso convenzionale. Io ed E. abbiamo scelto insieme il suo oggetto: da solo si è avvicinato al tavolino da ping pong e ha preso in mano una tovaglietta da colazione, che ha usato come un ventaglio. Dopo il primo momento di scelta ogni partecipante ha mostrato il suo oggetto e ne ha esposto l'utilizzo nuovo: successivamente alla presentazione individuale alcune scenette si sono unite insieme e a modo loro si sono connesse, creando una scena unica. Il signor A. aveva scelto un cartellone che poi ha trasformato in un cannocchiale, il quale ha usato per scorgere la riva all'orizzonte, come fosse su una nave: allora E. si è aggiunto alla scena andando a "sventolare" A. con il suo ventaglio per rinfrescarlo un po', mentre F. puliva il pavimento e G. era il capitano sulla poppa. Così accade che in pochi minuti stavamo assistendo a una ciurma intenta a raggiungere la terraferma. L'ultimo esercizio ha seguito questa linea, con la differenza però che doveva essere svolto in silenzio, utilizzando solo il linguaggio del corpo: qui E. non partecipa, viene stimolato dall'educatrice ma non comprende la consegna. C'è anche da dire che era l'ultimo di vari esercizi precedenti in cui l'utente aveva partecipato attivamente, quindi reputo fisiologica la stanchezza sia fisica che mentale, come anche la minor attenzione. E. si è molto divertito durante questo incontro: è stato insieme agli altri, ha giocato e recitato con loro, si è spinto in mezzo al gruppo e ha preso iniziativa (es: nell'esercizio dello specchio), ha riso e applaudito al momento opportuno. Già prima dell'inizio dell'attività chiedeva del laboratorio ed è stato il primo a entrare e sistemarsi: credo che oltre al fine educativo e riabilitativo, questo appuntamento con il teatro sia una fonte di divertimento e di piacere per E.

Lunedì 21/03. Partecipa all'attività. È una bella giornata e l'operatrice decide di svolgere la prima parte del laboratorio all'aperto, insieme gli utenti fanno una passeggiata per il giardino esplorando gli spazi: giunti in cima si arriva ad una piccola terrazza, un pavimento di cemento circondato da fiori e cespugli con di fronte delle scalette in pietra, si inizia così a pensare insieme che proprio questo luogo potrebbe essere il palcoscenico perfetto di un futuro spettacolo. E. si sposta insieme agli altri seguendo il gruppo, trova difficoltà nei tratti dissestati (per esempio dove non si segue

più il sentiero e si prende una scorciatoia), quando deve fare le scale o passare oltre un ostacolo. Dopo l'esplorazione esterna si torna dentro e l'operatrice di teatro spiega il progetto che ha in mente per il gruppo: intraprendere il tema del viaggio, svolgendo attività che incrementino la scoperta del sé (esercizio dello specchio, imitazione reciproca) per inscenare uno spettacolo che si ispiri a *Il Barone Rampante* di Italo Calvino. I ragazzi entusiasti accettano l'idea e subito inizia la vera e propria attività con il riscaldamento solito, questa volta guidato dagli utenti stessi: E. diversamente dagli altri non prende iniziativa ma comunque segue adeguatamente il gruppo. L'esercizio di seguito è di improvvisazione: seguendo il ritmo della musica e l'emozione che questa comunica, l'utente sviluppa una scena, utilizzando un oggetto dato a piacere, anche facendone un uso non convenzionale: in questo caso viene utilizzata una sedia, quindi c'è chi la tira, chi ci balla sopra e chi la usa come sdraio per prendere il sole. E. è molto incuriosito da questo esercizio e più volte tenta di inserirsi, fino a che non si siede sulla sedia, incrocia le gambe e inizia a muovere le braccia a suo piacimento: procede libero nella formulazione dell'atto creativo, il gruppo lo accoglie e gli restituisce un applauso. Sempre sulla linea dell'improvvisazione, ogni membro del gruppo, rimanendo seduto, deve immaginare di essere trattenuto da qualcosa e di volersene liberare, alzandosi e scappando: il gruppo è chiamato a simulare l'agitazione. E. non recepisce la consegna, quindi gli rispiego singolarmente l'esercizio e lo svolge nel modo corretto. A questo si aggiunge una seconda parte, nella quale vengono utilizzate le valigie: qui la persona si libera dalla morsa dell'agitazione, si alza fino ad arrivare alla sua valigia, la riempie e fugge via. Anche in questo secondo momento guido E. nella sequenza di azioni. Osservo soprattutto nell'esercizio della simulazione che l'utente fa fatica quando gli si chiede di "immaginare": prima di iniziare l'operatrice di teatro dice "immaginate di essere agitati: cosa fate? Come vi comportate?" ed E. non reagisce alla consegna, ma se io traduco *immagina* con *fai finta* l'esercizio diventa più concreto e viene svolto nel modo corretto. Mi sembra come se facesse difficoltà a collocarsi in un tempo diverso da quello reale, che sia questo presente o passato, come se rimanesse senza parole di fronte allo scenario potenziale di una situazione, poiché è sempre qualcosa di astratto che deve essere immaginato: per esempio in uno degli ultimi esercizi l'operatrice gli pone la domanda "*Che cosa ti fa arrabbiare?*" ed E. risponde: "*Niente*".

Poi, sempre lei: "*Immagina se non ti danno le sigarette*"

E. non risponde.

Operatrice: *“Se oggi non te le danno ti arrabbi?”*

E.: *“Si!”*

Quando l'operatrice ha riportato il discorso a una realtà temporaneamente e fisicamente tangibile e vicina, l'utente ha capito e ha risposto. Questo mi fa pensare di continuare a portare avanti con lui un lavoro individuale più semplice possibile, che sia fatto di traduzione simultanea delle consegne e di rinforzo al raggiungimento dell'obiettivo, per incrementare il soddisfacimento personale e per fargli assumere un ruolo all'interno del gruppo.

Lunedì 28/03. Partecipa all'attività. Accoglie A. con il sorriso ed è felice di vederla come di svolgere il laboratorio. Come sempre si inizia con il riscaldamento, poi l'esercizio dello specchio, prima si svolge come le altre volte poi vengono aggiunti al centro della stanza un tavolo con degli oggetti, quali maschere, coperte, pennelli, foulard, un cappello e delle presine di plastica. L'esercizio successivo consiste nel “giocare” con questi oggetti, continuando a guardarsi e a muoversi insieme, il tutto seguendo il ritmo e l'emozione che vengono comunicati dalla musica: se prima il movimento era di coppia poi diventa individuale, ognuno va al centro e anima un oggetto recitando. E. non comprende subito la consegna e mi chiede di rispiegarliela, quindi si alza, prende dal tavolo una maschera e la indossa, così l'operatrice gli dice: “immagina. Chi sei?”. Qui l'utente incontra qualche difficoltà: riesce ad associare la maschera alla festa del carnevale, quindi, con la guida della figura educativa, mima il lancio dei coriandoli. Dopo il riscaldamento gli utenti vengono divisi in gruppi da quattro o cinque persone, scelgono tre oggetti dal tavolo e li usano per inventare una storia: E. si unisce in gruppo con altri quattro utenti e insieme inventano una fiaba. Dopo una prima rappresentazione improvvisata ne segue una più teatrale: anche in questo secondo momento E. è entusiasta di partecipare, ma ha bisogno della mia guida e di quella dei suoi compagni prima di entrare in scena. Noto, incontro dopo incontro, un incremento della motivazione, sia per quanto riguarda la partecipazione che per il divertimento: il medium teatrale per E. è uno strumento utile per la sua attivazione in positivo. Nonostante gli facciano male i piedi e si lamenti della gastrite, sta insieme agli altri, fa domande, si mette in gioco proponendosi per iniziare gli esercizi anche se non

riesce a comprenderli subito del tutto: quando parte la musica batte le mani a ritmo, riconosce alcuni brani, ne ricorda il titolo e i testi.

4.3.4 Valutazione in itinere

Durante i cinque incontri che ho svolto insieme a lui, l'utente si è dimostrato progressivamente più partecipativo, il suo spirito di iniziativa come la sua motivazione sono aumentati, si è messo in gioco nello svolgimento degli esercizi e si è cimentato per primo in questi; è riuscito ad essere parte attiva del gruppo ed ha assunto un ruolo nelle improvvisazioni, inoltre, grazie al mio aiuto e alla guida dell'operatrice di teatro, ha fatto la sua parte in ogni piccola rappresentazione che prendeva vita durante gli incontri. Il laboratorio teatrale è diventato parte della routine di E., proprio perché ogni lunedì pomeriggio alla stessa ora si svolgono le attività: poco prima dell'inizio, è lui stesso che viene a ricordare a me e all'educatrice professionale l'appuntamento con il teatro. Ho osservato E. anche all'interno di altri gruppi, ad esempio quello di musico-terapia d'ascolto ed ho notato che la sua partecipazione ed interazione sono molto limitate o spesso sovrastate da qualcun altro: invece, nella dimensione teatrale, riesce ad esprimersi seguendo il ritmo degli altri e sviluppando una sua personalissima armonia, è realmente parte del gruppo, dunque in questo modo diventa possibile l'incremento delle sue capacità cognitive, emozionali e sociali. Grazie al medium teatrale E. è riuscito a trovare un canale di comunicazione più funzionale di quello verbale, è stato in grado di dare voce a parti di sé nascoste e mai rivelate, incrementando le sue abilità sociali attraverso il divertimento condiviso con gli altri: infatti ho potuto osservare il modo in cui giocava e rideva insieme al resto degli utenti, batteva le mani al momento giusto, esprimeva liberamente la sua opinione e riusciva a relazionarsi positivamente con tutta l'utenza, contrastando quindi l'isolamento sociale ed emozionale che contraddistingue solitamente le sue giornate.

Il laboratorio teatrale però è stato sospeso per un periodo di tempo e poco prima che venisse riattivato, E. è stato dimesso dalla struttura, quindi il progetto si è interrotto: se la dimissione fosse avvenuta più avanti egli avrebbe avuto la possibilità di svolgere più incontri, quindi la progettualità si sarebbe maggiormente estesa e concretizzata, inoltre sarebbe stato possibile definire gli obiettivi con più precisione. C'è anche da dire che la storia clinica di E. è composta da diversi ricoveri intermittenti, sempre più lunghi,

il decorso della sua patologia è tendente alla cronicità e di conseguenza gli interventi ricalcano l'assistenzialismo, il mantenimento delle abilità residue e il potenziamento di queste ultime: difficilmente si punta all'acquisizione di nuove capacità e alla scoperta di quelle risorse che rimangono celate dal disturbo psichiatrico. Diverse sono le motivazioni: l'età adulta avanzata, la tipologia di malattia e la regressione di quest'ultima sotto diversi aspetti, la numerosità degli utenti in struttura e la difficoltà nel seguire tutti singolarmente.

Purtroppo fino al termine del mio tirocinio non ho più incontrato E. e non si sono più tenuti incontri di teatro terapia, quindi ho dovuto sospendere l'osservazione diretta come pure la partecipazione alle attività. Sono però rimasta in contatto con l'educatrice professionale che, ogni lunedì pomeriggio, era presente insieme a me durante i laboratori: mi ha aggiornata sugli incontri successivi, inoltre mi ha invitata ad assistere allo spettacolo dei ragazzi. Grazie a questo contatto sono riuscita ad aggiornare ed ultimare il progetto educativo avviato durante il tirocinio, a partecipare come spettatrice alla rappresentazione finale e a rivedere E.

4.4 Il progetto educativo: follow up e valutazione finale

Dopo la mia partenza sono stati effettuati altri cinque incontri di teatro terapia, principalmente focalizzati sulla preparazione dello spettacolo: l'educatrice professionale di Villa Jolanda con cui ho partecipato ai laboratori mi ha tenuta al corrente delle dinamiche del gruppo, del reinserimento di E. in struttura e della sua partecipazione sempre costante agli incontri del lunedì. Con il passare del tempo anche altri partecipanti sono stati dimessi, dunque il gruppo iniziale con cui era stato svolto la maggior parte del lavoro si è disgregato: si sono però aggiunti tanti nuovi pazienti, altrettanto entusiasti di cimentarsi nella pratica teatrale e proprio grazie alla loro partecipazione è stata possibile la realizzazione de *Il Barone Rampante*. E. è stato reinserito a Villa Jolanda poco dopo la mia partenza, ma subito è stato trasferito al primo piano: credo che questa decisione sia dipesa dalla caratteristica cronicità dei suoi disturbi, dall'avanzare dell'età e dalla progressiva perdita di diverse autonomie. Nonostante ciò però, ha continuato a voler essere presente agli incontri di teatro e a dare il suo contributo, perciò anche lui ha preso parte alla rappresentazione finale.

Lunedì 6 giugno gli utenti hanno effettuato delle registrazioni da utilizzare durante lo spettacolo: l'operatore di teatro ha strutturato degli esercizi di improvvisazione per favorire l'immedesimazione dei partecipanti nella parte del protagonista, Cosimo, un ragazzo stanco di abitare sulla terra, obbligato a rispondere agli ordini degli altri, il quale decide di scappare e di andare a vivere da solo sulla cima di un albero. L'operatore quindi chiede ai partecipanti "*che cosa fate voi quando siete da soli?*": ognuno pensa e scrive la propria risposta, questa in seguito viene registrata e salvata al fine di essere utilizzata per la costruzione dello spettacolo. Inoltre durante questo incontro sono stati assegnati i ruoli dei protagonisti e del resto dei personaggi: E. aveva il compito di guidare e supportare, insieme ad altri utenti, la figura di Cosimo nelle sue scelte e prese di posizione, agendo a volte come una coscienza a volte come una regola del consenso sociale. Sono stati eseguiti degli esercizi di improvvisazione a specchio, attraverso l'osservazione del comportamento degli altri per l'incremento della memoria visiva, e ancora sono stati proposti degli esercizi di interpretazione musicale, nei quali veniva effettuato l'ascolto di un brano e successivamente gli utenti erano chiamati a "metterlo in scena", esplicitando con il corpo e con le parole le emozioni provate e le sensazioni percepite.

Gli incontri successivi sono stati principalmente organizzativi: gli utenti hanno preso visione del copione e sono state ultimate le registrazioni, inoltre due partecipanti hanno proposto un accompagnamento musicale di chitarra e voce come colonna sonora dello spettacolo. Sono stati organizzati gli spazi di scena nel giardino, di modo che lo svolgimento della trama andasse di pari passo con la trasformazione degli ambienti: gli utenti si sarebbero spostati nei diversi livelli del giardino per realizzare le scene, seguendo l'ordine cronologico della storia.

Venerdì 24 giugno ho assistito allo spettacolo finale a Villa Jolanda: ogni attore ha portato parte di sé nella rappresentazione, molti sono riusciti ad esprimere abilità e talenti nascosti grazie alla mediazione teatrale. In modo particolare E. ha recitato la sua parte insieme agli altri ed è riuscito nella realizzazione della stessa grazie all'osservazione e all'imitazione dei suoi compagni, dimostrando capacità di collaborazione con il resto del gruppo; ha seguito la trama della storia rispondendo correttamente al ruolo che gli era stato assegnato, inoltre ha mantenuto l'attenzione, non si è isolato ma è riuscito a seguire il gruppo coordinando il suo comportamento con

quello degli altri. Si è divertito ed ha apprezzato gli applausi e i complimenti del pubblico: con la sua parte ha contribuito alla realizzazione e al successo dello spettacolo.

Alla fine di questo percorso posso osservare che, l'andamento intermittente delle attività e la dimissione anticipata di E. sono stati dei fattori ostacolanti per il raggiungimento di alcuni obiettivi, ad esempio quelli relativi all'acquisizione di un ruolo e alla comprensione di un compito: credo che, se l'utente fosse stato accompagnato individualmente, in maniera costante e continuativa, si sarebbe presentata per lui la possibilità di assumere una parte più significativa e di recitare nello spettacolo con maggiore autonomia. Sono stati raggiunti gli obiettivi riguardanti le aree sociali ed espressive: l'utente ha partecipato costantemente ai laboratori, in modo attivo ed attento grazie alla mia guida, inoltre ha incrementato le sue capacità relazionali creando dei legami significativi con i membri del gruppo e con gli operatori di teatro sociale. È riuscito a scoprire ed acquisire un nuovo canale di comunicazione attraverso l'espressività all'interno di una dimensione ludico-terapeutica: il setting teatrale infatti si realizza grazie alla proposta degli esercizi sotto forma di gioco e al potenziale del gruppo, così all'interno di questo ambiente si è realizzato un percorso di apprendimento formante e formativo per la persona.

In ultima istanza il laboratorio di teatro terapia si è rivelato uno strumento utile ed efficace per l'aumento della socialità e dell'espressività degli utenti che vi hanno partecipato, sia di quelli che sono arrivati fino allo spettacolo sia di coloro che hanno dovuto interrompere anticipatamente il percorso: l'appuntamento del lunedì pomeriggio aveva qualcosa di intrigante, riusciva a catturare la curiosità dei più schivi e solitari come pure degli stessi operatori ed operatrici; erano attirati a guardare gli utenti più oppositivi e quelli che raramente prendevano parte alle attività. Notavo che, di settimana in settimana, la partecipazione dei membri del gruppo era sempre più attiva e sentita, che l'atteggiamento dei partecipanti risultava propositivo alla novità ed entusiasta nel cimentarsi in qualcosa di diverso, di inusuale: era tanta la voglia di uscire dalle mura grigie e imponenti di Villa Jolanda per catapultarsi in un universo parallelo, fatto di sorrisi, sguardi, parole, risate, insegnamenti e condivisione. Non esistevano regole durante il tempo dell'attività, eccezion fatta per quelle relative al rispetto degli altri nei loro tempi, spazi e scelte: se il comportamento di un utente provocava fastidio o

difficoltà ad un altro, la necessità primaria era quella di trovare un punto nel mezzo, un compromesso, attraverso il dialogo e il reciproco ascolto, per permettere a ognuno di partecipare in modo positivo e significativo al laboratorio. A causa delle problematiche relative al Covid19 e alla dimissione di molti utenti, non è stato possibile garantire una continuità agli incontri: per circa cinque settimane infatti questi sono stati sospesi in quanto, a causa dell'aggiornamento restrigente delle norme di sicurezza, gli operatori di teatro non sono potuti entrare in struttura ed allo stesso tempo nessun utente poteva uscire. I pazienti di Villa Jolanda hanno sofferto particolarmente le misure restrittive legate alla pandemia, accusando problematiche e sintomi nuovi relativi proprio all'isolamento sociale e alla distanza dal mondo esterno: molti di loro sono regrediti a stadi della malattia che erano stati superati, molti altri hanno perso delle determinate abilità e di conseguenza alcune autonomie importanti, come quelle relative all'igiene personale e alla cura del sé. Le attività educative e riabilitative hanno cercato di arginare la spinta alla cronicizzazione, lavorando lungo una dimensione opposta e parallela a quella della regressione e dell'isolamento vertiginosi portati dal coronavirus: in questo contesto il laboratorio teatrale ha significato novità, spinta alla vita e ridefinizione degli obiettivi riabilitativi in linea con il paradigma rinnovato del concetto di salute. Tutto questo non è riuscito a realizzarsi secondo i presupposti di partenza poiché purtroppo, nonostante lo sforzo degli utenti e l'impegno degli operatori, la burocrazia non ha lasciato spazio alle persone.

Durante i sette mesi di tirocinio sono stata spettatrice, come talvolta attrice, del lavoro educativo: all'interno della teatro terapia come nel resto delle attività, la figura educativa sa mettersi vicino alla persona in maniera progressiva, seguendo i tempi e le modalità relazionali del singolo. La presenza educativa è incisiva nelle giornate dell'utente, poiché egli sa di poter fare affidamento sull'educatore per ogni ostacolo e bisogno. C'è da dire che non sempre è facile, poiché Villa Jolanda è una struttura residenziale che ospita circa 60 persone, di età, provenienza e cultura differenti, con le patologie più svariate per tipologia e gravità: gli educatori e le educatrici professionali sono chiamati/e a relazionarsi in maniera sempre diversa in base alla persona con cui hanno a che fare, devono poter essere in grado di svolgere un'autoanalisi e un'autoosservazione personali, per comprendere le loro risorse e i loro limiti così da poter migliorare il rapporto educativo con i pazienti. A Villa Jolanda non è solo l'educatore

professionale a svolgere le attività, ma anche il tecnico o terapeuta della riabilitazione psichiatrica (TERP): entrambe queste figure agiscono nell'ambito della salute mentale per favorire l'autonomia e l'indipendenza della persona, per l'acquisizione di nuove abilità e il mantenimento delle capacità residue; in particolare si occupano della progettazione e organizzazione delle giornate dell'utenza, con la proposta di progetti, laboratori ed uscite, sono responsabili della distribuzione giornaliera di denaro e sigarette, collaborano con gli OSS nell'igiene personale dei pazienti e durante i pasti. C'è però qualcosa che differenzia le due professioni e ciò è visibile soprattutto durante le attività: se quelle guidate dalle TERP sono focalizzate sull'acquisizione, l'allenamento e il mantenimento di particolari abilità cognitive (quindi il social skills training per l'acquisizione di abilità socio-relazionali, il problem solving per lo sviluppo di un sistema mentale adeguato alla risoluzione di problematiche differenti, il memory training per il mantenimento dei ricordi e l'allenamento della memoria), quelle svolte dagli educatori ed educatrici professionali sono maggiormente esperienziali, ricreano una dimensione laboratoriale dove viene favorita l'espressione della persona in termini di creatività e spontaneità, sono poco strutturate e lasciano molto spazio alla soggettività di ogni utente. Cambia anche l'approccio del professionista: il terapeuta della riabilitazione psichiatrica effettua un lavoro più tecnico, strutturato e focalizzato su determinati obiettivi, inoltre i gruppi sono composti da un'utenza più o meno uniforme e sono proposti solo per una parte dei pazienti. Diverso è l'atteggiamento dell'educatore professionale, prossimo alla persona in termini affettivi ed emozionali, connesso all'utente attraverso l'istituzione di una relazione basata sull'empatia: egli può liberamente ridere e scherzare con i pazienti, il rapporto educatore-utente è basato sul rispetto e la libertà reciproci, diventa chiaro quindi come l'efficacia del lavoro educativo passi proprio attraverso questo canale.

CONCLUSIONI

Durante l'esperienza di tirocinio dell'ultimo anno, ho avuto la possibilità di osservare da vicino due cose: come lavora sul campo l'educatore professionale e chi sono davvero gli utenti. Appena entrata in università non avevo idea né di come si potesse "lavorare" con le persone, né di chi fossero: avevo paura di alcune di loro, in particolare proprio di quelle che soffrivano di una patologia psichiatrica. Soltanto sentire la parola mi provocava disagio, timore, impotenza: guardavo alla malattia mentale come qualcosa di molto lontano da me, una dimensione intoccabile e intangibile. Con il passare degli anni sono entrata sempre di più all'interno di questo mondo, prima attraverso un approccio teorico e alla fine direttamente sul campo. Dopo tre anni di studi, molti dei miei pensieri sono cambiati: ho ascoltato le testimonianze dei professori, dei compagni, degli ex alunni che avevano svolto tirocinio in salute mentale, così il mio timore si è trasformato in curiosità ed ero molto entusiasta di trascorrere le mie ore di tirocinio a contatto con un'utenza psichiatrica. Ancora un po' spaventata ma felice, sono entrata in punta di piedi a Villa Jolanda e mi sono messa a guardare: numerose sono state le settimane passate soltanto ad osservare gli utenti, il loro modo di camminare e di parlare, la modalità di relazione con il personale e con gli/le educatori/educatrici professionali. All'inizio mi sentivo un'estranea, mi sembrava così complicato e certi giorni impossibile entrare in sintonia con loro: ho lasciato che il tempo facesse il suo lavoro, così tutto è accaduto, in maniera naturale e graduale. Mi sono osservata al fianco delle persone, seduta vicino a chi mi faceva paura, per mano con chi avrebbe potuto darmi una spinta e farmi cadere a terra, prossima a chi sembrava capace solo di prendermi in giro. Giorno dopo giorno, ho visto davanti a me nascere una miriade di relazioni, tutte così diverse e così uniche da farmi sentire quasi protagonista di un mondo che, fino a pochi mesi prima, non mi apparteneva affatto. Ho deciso di realizzare il mio elaborato di tesi partendo dall'esperienza di tirocinio in salute mentale proprio per approfondire aspetti che non riuscivo a cogliere durante i turni in struttura, ad esempio le basi storiche: è stato interessante mettere per iscritto l'evoluzione del pensiero in materia psichiatrica, il sottile e sostanziale passaggio dalla definizione di malattia alla concezione di salute come benessere completo della persona; ho scoperto idee, autori, avvenimenti che non conoscevo. Svolgere un'esperienza diretta in salute mentale mi ha dato la possibilità di vedere come, effettivamente, si tratta con la

patologia: ho partecipato a tutte le attività e sono stata intrigata dai laboratori di arteterapia, in particolar modo da quello teatrale. Nutro un debole per tutto ciò che riguarda l'arte, credo che sia capace di veicolare parti della soggettività uniche e saggiamente nascoste dalla coscienza: ho iniziato a disegnare e poi a dipingere diversi anni fa e a posteriori ho osservato come queste pratiche siano per me una forma di terapia, prima che un hobby o una professione. Entrata in università ho conosciuto le arti terapie, in maniera indiretta dai libri e da alcuni seminari svolti nel corso degli anni: ricordo di essermi detta "voglio diventare un'arte terapeuta". Era tanta la voglia di capire come, effettivamente, il disegno, la musica, il teatro, potessero diventare degli strumenti di cura: non mi bastava studiarlo per gli esami o ascoltare le testimonianze di qualcuno che ne sapeva più di me. Volevo vedere, volevo provare, e Villa Jolanda è stato decisamente il posto giusto. Ho scoperto la teatroterapia e ne sono rimasta da subito affascinata: era così bello vedere decine di pazienti alzarsi da quelle scomode sedie blu per partecipare ai laboratori. L'ora di teatro era entusiasmante e coinvolgente anche per me, che partecipavo all'inizio soltanto come osservatrice: piano piano sono diventata attrice di molti incontri, dando il mio contributo attivo negli esercizi e stando al fianco di chi necessitava un aiuto in più. E. è stato l'utente che mi ha colpita di più: noi avevamo (abbiamo ancora!) un rapporto un po' diverso, speciale, perché fra tutti gli altri lui era quello che i miei occhi avevano captato per primo. Non è stato, fra i pazienti, il primo ad avvicinarsi a me, anzi è successo il contrario: ricordo che la nostra prima conversazione l'avevo cercata proprio io e riguardava la musica. Uscii molto contenta dal turno quel pomeriggio, poiché era stato strano ma bellissimo, parlare di musica rock degli anni 90 con un uomo che poteva essere mio padre e scoprire di avere gli stessi gusti in materia: avevo capito, quel pomeriggio, che io ed E. avevamo qualcosa in comune, qualcosa che per me era molto importante. Più avanti ho scoperto che lo era anche per lui. Quando sono iniziati i laboratori di teatro, E. era entusiasta di cominciare, tanto che subito dopo pochi incontri, era diventato pilastro del gruppo. Osservavo però che c'era qualcosa che si metteva tra l'entusiasmo di E. e l'effettiva riuscita degli esercizi: non avevo ben capito cosa, banalmente pensavo alla malattia, sta di fatto che ho deciso di dargli una mano. Ogni lunedì ero pronta ad affiancarlo negli esercizi, a rispiegarli la consegna, a guidarlo nell'esecuzione di alcuni movimenti o scenette: alla fine nel nostro percorso insieme, è nato il progetto educativo riabilitativo.

Potrei essere più soddisfatta del risultato che è stato prodotto? Sì: se avessi avuto un altro ruolo, se avessi trascorso più tempo in struttura ed E. non fosse stato dimesso, sicuramente il nostro lavoro sarebbe stato diverso, forse migliore, però sono stata appagata da qualcos'altro. Vedere E. sorridere, divertirsi, scherzare con gli altri, cercare e chiamare gli utenti che non partecipavano ai laboratori, sentire la sua voce avvicinarsi alla stanza delle attività e le sue gambe allontanarsi velocemente dalla sedia dove passava intere giornate, seduto a fumare: tutto questo mi ha riempito il cuore e mi ha fatto capire come, dietro ad ogni malattia, anche la più tremenda ed insidiosa, c'è sempre una persona, che può tornare ad essere protagonista della sua vita in ogni momento, attraverso l'applicazione delle giuste pratiche e l'utilizzo degli strumenti adatti. In questo percorso formante e formativo ho capito ancora meglio l'importanza e il potere del medium artistico, nella malattia come nella salute: so bene di non conoscere ancora fino in fondo il potenziale di questa pratica, ma va bene così. Le cose più forti sono quelle che non si dicono: si vivono.

RINGRAZIAMENTI

Voglio ringraziare ogni persona che ha contribuito alla realizzazione di questo lavoro: mi sembra quasi surreale essere arrivata fino a qui.

Grazie agli utenti di Villa Jolanda per avermi regalato un turbinio di emozioni scombinata, che mi ha acceso l'anima e ingigantito il cuore; agli operatori sanitari tutti, agli educatori e alle educatrici professionali che mi hanno accompagnata con empatia in questo percorso formativo di sette mesi.

Grazie ad Angelica che era insieme a me ogni lunedì pomeriggio durante l'ora di arteterapia e mi ha tenuta aggiornata riguardo i progressi di E. dopo la mia partenza, così si è reso possibile il completamento del progetto educativo che avevo avviato in struttura: è stata compagna fidata, presenza gentile e rassicurante, durante i turni in cui il carico emotivo si faceva sentire un po' di più. Grazie ad Arianna, l'operatrice di teatro sociale, che ha promosso i laboratori teatrali e ha condotto gli utenti di Villa Jolanda fino allo spettacolo finale. Grazie a Silvia, la mia tutor, che è stata molto più che una guida: presenza disponibile al dialogo e all'ascolto, è sempre stata pronta a chiarire i miei dubbi così come a farmi sperimentare situazioni ed esperienze nuove, senza farmi sentire inadatta o in imbarazzo.

Grazie alla mia professoressa e relatrice Marilena Flamini, che ha accettato di seguirmi in questo percorso di scrittura e di scoperta, che mi ha supportata con gentilezza ed attenzione durante questi mesi di ricerca come in questi tre anni di studi: è stata una professoressa differente, più vicina di altri e altre, a livello umano e professionale.

Grazie ai miei compagni e compagne di corso, con i/le quali è nata un'amicizia bellissima: spero che ciò che abbiamo costruito in tre anni non si disperda con il tempo e la distanza, voglio credere che possiamo riuscire a rimanere uniti/e, vicini/e anche se a milioni di chilometri di distanza.

E grazie poi a chi, fuori da Villa Jolanda e dall'Università, era a fianco a me quando avevo paura, quando ero arrabbiata, quando sentivo che i nervi stavano per cedere e non ce la facevo più; a chi mi ha fatto ridere a crepapelle, a chi mi faceva trovare il pranzo e la cena pronti quando tornavo sfinita dai turni; a chi nella sua innocenza mi ha riempito di affetto e di tenerezza. Grazie a mia madre, a mia nonna, alle mie due piccole luci: a tutta la mia famiglia.

A chi mi è stato ad ascoltare quando ero un disco rotto, quando sentivo il bisogno di ripetere sempre le stesse cose e di lamentarmi più del dovuto; a chi ha scelto di fermarsi di fianco a me anche quando volevo rimanere da sola, pur sapendo che mi sarei fatta soltanto del male; a chi mi ha riempito di affetto, di certezze, a chi non è mai andato/a via ed ha condiviso con me il suo tempo, facendomi sentire un po' più leggera. Grazie Marco, grazie Arianna, grazie Pamela, grazie Letizia: perché, nonostante me, avete avuto la pazienza, la forza e l'amore di rimanermi vicino.

A chi mi ha dato la possibilità di confrontarmi, a chi mi ha accompagnato concretamente nei passi che, timida, cercavo di fare in avanti: credo di aver imparato tanto. Di nuovo grazie Angelica, grazie Silvia, grazie Gianmarco, grazie Chiara.

Lo scorso ottobre volevo soltanto che i mesi passassero velocemente e che i miei sensi non si rendessero conto di niente: ora guardo questo pensiero e lo reputo alquanto stupido perché senza questo tempo lungo e faticoso non sarei chi sono ora, non mi sentirei così come mi sento adesso.

Eternamente grata.

FONTI BIBLIOGRAFICHE E SITOGRAFIA

- Associazione italiana per lo studio della comunicazione non verbale, Bortino Raffaella, Ganna Gustavo, Gilardi Anna, *Che cos'è l'Arte Terapia? II° Giornata di Studio ADEG – AISCNV 1985*, ADEG, Torino, 1985
- Axia Giovanna, Bonichini Sabrina, *L'osservazione dello sviluppo umano*, Carocci Editore, Roma, 2001
- Ba Gabriella, *Strumenti e tecniche della riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, Franco Angeli, Milano, 2016
- Basaglia Franco, *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino, 1968, p. 115
- Bassa Poropat Maria Teresa, Lauria Fabrizio, *Professione Educatore – Modelli, metodi, strategie di intervento*, Edizioni ETS, Pisa, 1998
- Beavin J.H., Jackson D.D., Watzlawick Paul, *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi delle patologie e dei paradossi*, Editrice Astrolabio, Roma, 1971
- Bettelheim Bruno, *Un genitore quasi perfetto*, Feltrinelli, Milano, 1997
- Bleuler Eugen, *Dementia praecox o Il gruppo delle schizofrenie*, Polimnia Digital Edition, Sacile, 2017, pp. 6-7-8
- Canevaro Andrea, *Pedagogia speciale*, Mondadori, Milano, 1999
- Canevaro Andrea, Chierigatti Arrigo, *La relazione d'aiuto*, Carocci Editore, Roma, 2002
- Cappa Francesca, *Formazione come teatro*, Raffaele Cortina Editore, Milano, 2016
- Carozza Paola, *Principi di riabilitazione psichiatrica*, Franco Angeli, Milano, 2006, pp. 173
- Cian Luciano, *La relazione d'aiuto. Elementi teorico-pratici per la formazione a una corretta comunicazione interpersonale*, Ellenici, Torino, 2000
- Contini Gianfranco, *Il miglioramento della qualità nella riabilitazione psichiatrica*, Centro Scientifico Editore, Torino, 1999
- Coppo Piero, *Guaritori di follia*, Bollati Boringhieri, Torino 1993, pp. 13-17
- Crispiani Piero, *Fare teatro a scuola*, Armando Editore, Roma, 2006, pp. 24-37
- Demetrio Duccio, *L'educatore auto(bio)grafo*, Unicopli, Milano, 2003
- Fine Sara F., Glasser Paul H., *Il primo colloquio. Coinvolgimento e relazione nelle professioni d'aiuto*, McGraw-Hill, New York, 1999

Franchi Luigi, Feroci Virgilio, Ferrari Santo, *Codice Civile e leggi complementari*, Hoepli, Milano 2021, p. XIV

Galli Matilde, *Lo spazio dell'incontro*, Meltemi Editore, Roma, 2000

Kramer Edith, *L'arte come terapia nell'infanzia*, La Nuova Italia, Firenze 1971, pp. 29-52

Maida Serenella, Molteni Laura, Nuzzo Angelo, *Educazione e osservazione. Teorie, metodologie e tecniche*, Carocci Editore, Roma, 2009

Manuzzi Paola, *Pedagogia del gioco e dell'animazione*, Guerini Studio, Roma, 2002

Mercuel Alain, Monfort Jean Claude, Lauth Bertrand, *Colloquio e relazione d'aiuto. Situazioni psichiatriche e psicologiche difficili*, Masson, Milano, 2000

Milan Giuseppe, *Educare all'incontro*, Città nuova editrice, Roma, 1994

Mortari Luigina, *Apprendere dall'esperienza: il pensare riflessivo nella formazione*, Carocci, Roma, 2004

Naumburg Margaret, *Dynamically Oriented Art Therapy: Its Principles and Practice*, Grune and Stratton, New York and London 1966, pp. 34-40

O.M.S., *ICF. Classificazione internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Erickson, Trento 2002, pp. 22

Petracci Matteo, *I matti del duce. Manicomi e repressione politica nell'Italia fascista*, Donzelli editore, 2014, p. 7 e 30-33

Saraceno Benedetto, *La fine dell'intrattenimento*, Etaslibri, Milano, 1995

Trincherò Roberto, *Manuale di ricerca educativa*, Franco Angeli, Milano, 2000

Valeriano Annacarla, *Malacarne. Donne e manicomio nell'Italia fascista*, Donzelli editore, Pomezia, 2017, pp. 26, 36-44, 83-90

Ambulatorio sociale psicoterapia Torino,
<https://www.ambulatoriosocialepsicoterapia.com/il-modello-biopsicosociale>

Anep, Associazione Italiana Educatori Professionali,
<https://www.anep.it/profiloprofessionale>

Arteterapia bologna, <https://www.arteterapiabologna.it/arte-terapia/chi-e-larte-terapeuta>

Associazione Idee in Circolo, <https://associazioneideeincircolo.wordpress.com>

Centro studi del movimento, <https://www.centrostudidelmovimento.it/blog/stress-e-infiammazione/>

Centro studi musicoterapia Alto Vicentino,
<https://www.scuolamusicoterapiathiene.it/storia-musicoterapia/>

Diacronie, studi di storia contemporanea,
https://www.studistorici.com/2014/12/29/mantovani_numero_20/

Diario della formazione, <https://www.diariodellaformazione.it/news/creativita-e-formazione-le-5-fasi-del-processo-creativo>

Enciclopedia delle donne, <http://www.enciclopediadelledonne.it/biografie/isadora-duncan/>

Enciclopedia Treccani, <https://www.treccani.it/enciclopedia/malattia-mentale/>

Gazzetta Ufficiale, <https://www.gazzettaufficiale.it>

Giornale della danza, <https://giornaledelladanza.com/isadora-duncan-la-fondatrice-della-danza-moderna-che-mori-strangolata-da-una-sciarpa/>

Globus Magazine, <http://www.globusmagazine.it/musicoterapia-nascita-e-funzione-terapeutica-conversazione-con-il-dr-branca/dott-enrico-branca>

Il giardino dei libri, Anima Corpo Mente Spirito,
<https://www.ilgiardinodeilibri.it/speciali/arteterapia-come-funziona-e-in-cosa-consiste.php>

Imagery Accademy, <https://www.imagery.academy/blog/il-processo-creativo>

La mente meravigliosa, <https://lamenteemeravigliosa.it/arteterapia-definizione-e-benefici/>

Lyceum, <https://lyceum.it/academy/arteterapia-clinica/origini-del-metodo-arte-come-terapia/>

Ministero della Salute, <https://www.salute.gov.it>

Movimento creative, <https://www.movimentocreativo.it/movimento-autentico/>

Neomesia, <https://neomesia.com/l-equipe-assistenziale/>

Neuropsicomotricità.it, <https://www.neuropsicomotricista.it/>

Nuove artiterapie.net, <https://www.nuoveartiterapie.net/come-diventare-arteterapeuta>

Open fisioterapia, <https://openfisioterapia.blogspot.com/2013/04/modello-biomedico-bio-psico-sociale.html>

Pazienti.it, <https://www.pazienti.it/contenuti/burocrazia-sanitaria/legge-basaglia>

PsicologiaPsicoterapia.it, <https://www.psicologia-psicoterapia.it/articoli-psicoterapia/igart-teatroterapia-funzione-terapeutica-teatro.html>

Redattoresociale.it, <https://www.redattoresociale.it/article/notiziario/>

Risvegli Maria Fux, <https://www.risvegli maria fux.it/>

Rivista di psichiatria, <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/1461/articoli/16137/>

Salutepsi.ch, <https://www.santepsy.ch/it>

Teatro sociale Marche, <https://teatrosociale marche.com/il-teatro-sociale/>

The vision, <https://thevision.com/cultura/fascismo-manicomi>