



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

AUTODETERMINARSI

*l'integrazione dell'immagine
corporea nel paziente psichiatrico
tramite l'attività teatrale*

Relatore: Chiar.mo

Silvia Crispiani

Tesi di Laurea di:

Arianna Tonelli

A.A. 2021/2022

Indice

Introduzione	1
1 La salute mentale	2
1.1 Concetto di salute	2
1.2 L'autodeterminazione	4
1.3 Storia della salute mentale	9
1.4 Classificazione dei disturbi psichiatrici e rete dei servizi	12
2. Ruolo dell'educatore professionale	18
2.1 Profilo e metodologia di lavoro	18
2.2 Storia dell'educatore professionale	22
2.3 Educatore come garante dei diritti: diritti di personalità	24
3. Il riconoscimento della propria immagine corporea	29
3.1 Concetto e nascita immagine corporea	29
3.2 Distorsione immagine	33
3.3 La vita drammaturgica	36
3.4 Il teatro per conoscersi e riconoscersi	40
4. Tirocinio e progetto educativo riabilitativo	45
4.1 L'ambiente e l'esperienza	45
4.2 Perché il progetto	49
4.3 Progetto e valutazione	51
4.3.1 Assessment e scheda educativa	51
4.3.2 Progetto	57
4.3.3 Verifica e valutazione educativa	62
Conclusione	78
Bibliografia	80
Sitografia	82
Allegati	84
Ringraziamenti	85

Introduzione

Il corso di studi frequentato fornisce l'opportunità di unire tra loro conoscenze teoriche e pratiche di vasti settori di ambienti di disagio, sia attraverso gli esami sostenuti, che con il tirocinio. Con questa tesi, si sviluppa l'interesse verso un argomento considerato da sempre un tabù, ossia la salute mentale, ramo di tirocinio del terzo anno.

Al fine di avere una conoscenza completa circa l'argomento, l'elaborato si focalizza dapprima su cosa si intenda con il concetto di salute, come questa venga a svilupparsi nella storia e la relativa malattia, definendone i significati legislativi, così come i più intimi. Infatti, durante le seicento ore di tirocinio, è stato possibile toccare con mano la differenza personale applicata al concetto, che ogni individuo dà alla propria vita.

Da questo si sviluppa l'interesse verso l'autorealizzazione, elemento fondamentale nella vita di tutti i giorni. Vengono proposti approfondimenti sulla nozione, sia riguardante la sfera personale, sia in ambito territoriale; ribadendo che questa dovrebbe essere considerata come un diritto sia per il singolo, che per l'intera popolazione.

Ecco come grazie al primo capitolo si potrà avere una visione d'insieme del concetto di salute, relativa patologia, approcciandosi alla storia della salute mentale e i servizi di cura a cui potersi rivolgere. Importante sarà un excursus sul concetto di autodeterminazione, nella sua accezione e nelle relative competenze per poterla sviluppare.

Nel secondo capitolo, si tratterà invece di analizzare in maniera più approfondita la figura dell'educatore professionale, la sua metodologia di lavoro, gli interventi che è chiamato a compiere. Tra questi, un paragrafo interamente dedicato alla garanzia dei diritti fondamentali, legati alla propria identità, di coloro affetti da patologie psichiatriche, ribadendo che non debba essere questo motivo di discriminazione e abuso nei loro confronti. Da sempre si parla di counseling, inteso come il riuscire a sviluppare le proprie capacità e mantenere un soddisfacente tenore di vita anche in presenza di difficoltà, tutto ciò attribuendo la giusta importanza ai diritti e doveri ad esso legati, che nel caso della persona in difficoltà vengono spesso violati.

Ci sono diritti inalienabili, imprescrittibili e irrinunciabili, che appartengono a tutti in quanto esseri umani, tra cui quello di avere una propria personalità e identità, nella quale rispecchiarsi e che renda possibile il riconoscimento. Come scoprirla se non attraverso l'osservazione di quella che prende il nome di immagine corporea?

Il terzo capitolo andrà allora ad illustrare meglio che cosa sia quest'ultima e come si vada a formare sin dalla nascita, nonché presenterà un approfondimento relativo ai disturbi ad essa associate. Si propone qui un approccio alla problematica, differente da quello clinico, ma ancora poco utilizzato: il teatro. Ogni interazione può essere vista come una rappresentazione, ogni momento viene ad essere considerato come una finzione, grazie alla quale la persona-attore è in grado di riconoscersi e di scoprirsi. Questa è la visione drammaturgica riportata nei paragrafi, parallela alla sollecitazione di togliere quella maschera che, presente nella filosofia pirandelliana, ancora oggi, risulta fondamento della società. La stessa può essere veritiera, così come fonte di stereotipi e pregiudizi. Si pensi a quanto siano questi accentuati nei disturbi psichiatrici, in cui spesso la persona trova più facile rivedersi come "il malato" piuttosto che con il proprio nome. Da questo pensiero nasce il progetto che sarà oggetto di trattazione nel quarto ed ultimo capitolo, il quale racconterà al lettore l'esperienza di tirocinio, partendo dall'ambiente e contesto di svolgimento, sino ad arrivare al progetto svolto, il cui obiettivo è il riconoscimento della propria immagine corporea, incentrato su varie attività teatrali.

1 La salute mentale

1.1 Concetto di salute

Una prima definizione del concetto di salute è collocata nella Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che la definisce come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità".¹ Obiettivo dell'Organizzazione è "il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute", assegnando ad ogni nazione il compito di garantire e tutelare la salute dei suoi cittadini.²

La salute viene posta come un diritto umano fondamentale: per conseguirla bisogna essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, nonché sogni e di soddisfare i propri bisogni, modificando o adattandovisi all'ambiente circostante.

Questa definizione assume valore rilevante a partire dal 1948, quando il concetto subisce una radicale trasformazione divenendo quello ancora oggi conosciuto.

¹O.M.S. Definizione di salute O.M.S. 1948

²<https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?area=rapporti&id=1784&lingua=italiano&menu=mondiale>

Prima di tale attribuzione, veniva fatto riferimento al modello biomedico, che si limitava a considerare fattori puramente biologici escludendo ogni tipo di influenza psicologica, ambientale e sociale. La buona salute, secondo questa ottica, veniva vista come l'assenza di dolore, di malattia o di difetti, nella considerazione dei soli processi che influenzano la propria condizione personale, come la fisiologia e la patologia. Per ogni malattia bisogna, allora, una volta individuata e rimossa la causa sottostante, il paziente tornerà di nuovo sano. Il compito del medico è quello di identificare e correggere i determinanti della malattia, mentre al paziente spetta il compito di rispettare le prescrizioni. Appare evidente, come, adottando questa concezione, il soggetto passi in secondo piano rispetto alla sua patologia, costretto ad assumere un ruolo passivo senza trovare posto all'interno del processo di cura, poiché non si tiene conto di tutti quegli aspetti che non si prestano ad un'analisi scientifica quantitativa.

Tale modello fu seguito fino alla Seconda guerra mondiale. In seguito, a causa dell'incremento delle malattie non solo fisiche, ma anche di natura psichica, dovute ai numerosi traumi, ci si iniziò ad accorgere di come la salute di un individuo non potesse essere basata solamente sull'assenza di sintomi fisici, ma dovessero essere presi in considerazione altri fattori propri della persona, non subito visibili. Si iniziò allora ad intraprendere un nuovo modello, definito biopsicosociale, quale strategia di approccio in grado di attribuire il risultato della malattia, nonché della rispettiva salute, all'interazione, spesso variabile, di fattori biologici (come la genetica, l'età, il genere), psicologici (aspetti cognitivi ed emotivi, motivazione, credenze) e sociali (famiglia, relazioni interpersonali, vita lavorativa, cultura); sino a giungere a quello che viene definito approccio olistico, che prende in considerazione la persona a 360 gradi, nella sua interezza fisica, mentale ed ambientale.

A seguito di queste valutazioni, nel 1986, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, per rispondere all'esigenza di nuovi movimenti mondiale con a tema la salute, presenta "la Carta di Ottawa". Il documento si basa sulla teoria ecologica della salute, nella quale il paziente, sinora considerato soggetto passivo, diviene protagonista al centro della scena, parte integrante dell'atto clinico; soffermandosi sul legame indissolubile tra l'uomo e i sottosistemi che compongono l'ecosistema nel quale vive.

Nel documento si parla di promozione salutistica come il processo in grado di consentire agli individui di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute, con facoltà di

poterla migliorare. Vengono evidenziati anche dei prerequisiti necessari per raggiungere tale obiettivo, tra questi, la pace, risorse economiche adeguate, cibo, una abitazione, un eco-sistema stabile ed un uso sostenibile delle risorse. Il riconoscimento di questi fattori sottolinea l'instaurarsi di legami tra le condizioni sociali ed economiche, l'ambiente fisico, gli stili di vita individuali e la salute, fornendo la chiave per una comprensione olistica del fenomeno.

La discussione è incentrata sui bisogni dei paesi industrializzati, senza però trascurare le esigenze delle nazioni più disagiate; l'alfabetizzazione alla salute (health literacy) e le relative conoscenze risultano elementi essenziali per favorire la partecipazione, tra cui l'accesso all'istruzione e all'informazione, essenziali per ottenere l'empowerment delle persone e delle comunità. La salute non viene considerata una condizione astratta, quanto un mezzo per permettere alle persone di condurre una vita produttiva sul piano individuale, sociale ed economico. Vi è la presa di coscienza della necessità dei molteplici fattori sociali, psicologici e biologici essenziali per raggiungere il benessere. Non è lo scopo dell'esistenza, ma una risorsa quotidiana, un diritto fondamentale. "Si tratta di un concetto positivo in grado di valorizzare le risorse sociali e personali, oltre alle capacità fisiche; di conseguenza, la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma necessita di azioni sinergiche e intersettoriali con altri ambiti sociali".³ Comprendere quali siano gli elementi da tenere in considerazione permetterebbe di tracciare una serie di scenari possibili, utili a regolare e a prevedere, quando necessario, azioni di politica sanitaria utili per migliorare le condizioni di salute e limitare i danni. È importante che ogni intervento tenga conto delle disuguaglianze sociali riguardanti l'accesso ai servizi e all'informazione della propria comunità di appartenenza.

1.2 L'autodeterminazione

L'autodeterminazione esiste quando gli individui risultano in grado di definire gli obiettivi che riguardano loro stessi e prendere le iniziative necessarie per raggiungerli.⁴ Questa funge da spinta all'individuo ad impegnarsi in comportamenti agendo per scelta piuttosto che per obbligo, implicando un buon senso di responsabilità: una persona

³<https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/programma/CorniceRiferimento>

⁴<https://ojs.pensamultimedia.it/index.php/siref/article/view/3443/3286>

autodeterminata sa che, pur non potendo controllare tutto, ha modo di incidere sul proprio futuro, in base alle scelte che compie.⁵

Gli individui autodeterminati sono consapevoli dei propri interessi e delle proprie preferenze, dei propri punti di forza e di debolezza riuscendo, in tal modo, ad autoregolare il proprio comportamento. Si caratterizzano per chiarezza mentale e capacità di scelta, senso di soddisfazione e positività, hanno fiducia in sé stessi, sanno rialzarsi e riprovare; sono orgogliosi dei propri risultati. Si approcciano ai problemi in modo sistematico e fanno scelte sulla base di preferenze, interessi e necessità. Coriacea è la loro perseveranza nel raggiungere gli obiettivi prefissati utilizzando la negoziazione, il compromesso e la persuasione.⁶ La teoria dell'autodeterminazione sostiene che il benessere è il risultato della soddisfazione di tre bisogni psicologici di base: il bisogno di autonomia, che comporta la libertà e volontà di ogni propria azione; il bisogno di competenza e il bisogno di relazioni, tutte da instaurarsi in un clima di sicurezza e positività. L'ambiente esterno può promuovere l'autodeterminazione, quando consente di soddisfare i tre bisogni psicologici innati, ma anche ostacolarla, nel caso in cui favorisca la nascita di paure legate allo svolgimento di un compito, fornendo troppe direttive o sottolineando l'assenza di abilità. Ciascun individuo, presenta un'innata motivazione verso determinate attività, ma queste vengono allo stesso tempo influenzate dal contesto circostante. Gli autori, Deci e Ryan, parlano della motivazione come la sintesi dei numerosi e diversi fattori che spingono un individuo alla realizzazione di un determinato comportamento. Le differenti tipologie di motivazioni, si situano su un continuum che procede dalla motivazione intrinseca alla amotivazione. La prima, ossia il più alto livello di motivazione autodeterminata di un soggetto, implica la messa in atto di un comportamento per il solo piacere derivante. Vi è poi la motivazione estrinseca, per la quale l'individuo vuole ottenere qualcosa in cambio della messa in atto di un determinato comportamento; non agisce più per piacere, ma per motivi guidati da fattori esterni e sociali, sulla base di una promessa di premi o minaccia di punizioni. Infine, l'assenza di motivazione causata dall'incapacità dell'individuo di cogliere una relazione tra il comportamento adottato ed

⁵<http://www.eulabconsulting.it/offerta/74-extra/455-la-teoria-dell-autodeterminazione>

⁶ (PDF) Nota, L., Ferrari, L., Soresi, S., & Wehmeyer, M.L. (2007). Self-determination, social abilities, and the quality of life of people with intellectual disabilities. | Michael Wehmeyer - Academia.edu

i risultati ottenuti. I due studiosi, osservando e interrogandosi sulle capacità e propensione degli individui nell'adottare comportamenti autonomi, sviluppano il concetto di autodeterminazione, individuandola come la "propensione naturale, sulla base del personale mix di conoscenze, competenze e convinzioni, propria di tutti gli individui di determinare in modo libero e autonomo il futuro".⁷

Wehmeyer, invece, precisa ciò che l'autodeterminazione non è. Dapprima, non è sinonimo di performance indipendente e controllo assoluto, perché gli uomini vivono di rapporti di interdipendenza. La spinta all'agire autodeterminato caratterizza tutti gli individui, indipendentemente dalle loro capacità e competenze, ma i conseguenti comportamenti non conducono necessariamente ad esperienze di successo poiché le decisioni prese non sono sempre ottimali; dipende allora dalle capacità, dalle occasioni e dalla presenza di supporti adeguati. È una dote che deve essere conosciuta e sviluppata. Pur essendoci persone più portate per carattere e storia personale a essere autodeterminate, tutti possono, con tempi diversi, diventare tali.⁸ Il modello funzionale dell'autodeterminazione si fonda sulla definizione di quest'ultimo autore. In questo, pur riconoscendo l'importanza dell'ambiente, si pone maggiore enfasi sulle caratteristiche individuali dei soggetti. Un'azione è autodeterminata quando possiede quattro caratteristiche: l'individuo agisce in modo autonomo; i comportamenti sono autoregolati; la persona inizia e risponde agli eventi in modo da favorire il proprio empowerment agendo in modo da favorire l'autorealizzazione.

Se invece si considera il modello ecologico l'attenzione è posta sulla relazione interdipendente tra competenze personali e ambiente: la prime vengono influenzate dal contesto che, a sua volta, è influenzato dalle competenze. L'autodeterminazione dipenderebbe, a questo punto, da tre elementi tra loro correlati: il desiderio di controllo, il grado di controllo effettivamente esercitato e l'importanza data ai vari eventi. Vi è poi il modello dell'apprendimento che, invece, valuta il processo che conduce all'autodeterminazione vista come la libertà di usare le proprie risorse per raggiungere gli obiettivi coerenti con i propri bisogni e interessi. Questa, viene ad essere influenzata da

⁷https://oraconsulting.altervista.org/blog/la-teoria-dell-autodeterminazione/?doing_wp_cron=1650967856.6911029815673828125000

⁸L'autodeterminazione nelle persone con disabilità (erickson.it)

due domini, le capacità del soggetto e le opportunità fornite dal suo contesto di appartenenza.

Dall'analisi delle prospettive proposte emerge chiaramente che la responsabilità sulla propria vita include sia il controllo diretto che indiretto delle situazioni, nonché il fatto che assumere decisioni sia un concetto più ampio rispetto alla scelta tra varie opzioni, richiedendo una serie di abilità necessarie per autodeterminarsi. Il termine autodeterminazione indica, allora, la sovranità dell'individuo su sé stesso e sulle proprie azioni: la persona si autodetermina, agendo come essa stessa decide per i fini che si pone; l'uomo, in questo, segue la propria legge di appartenenza, espressione della responsabilità e imputabilità di ogni suo volere e ogni sua azione.

John Locke è uno fra i primi ad argomentare i propri studi, impostando la propria teorica, inerente ai diritti umani, attorno ad una matrice proprietaria: nello stato di natura l'uomo possiede dei diritti inalienabili, tra cui quello della o alla sua proprietà. Questo, non si intende solo nei rapporti con le cose, ma anche quello della persona con sé medesima; la persona non è solo proprietaria, ma esercita un dominio e un'autorità su sé stessa in modo che solo essa può avere dei diritti su di sé. "Sebbene la terra e tutte le creature inferiori siano comuni a tutti gli uomini, tuttavia ogni uomo ha una proprietà sulla sua propria persona: su questa nessuno ha diritto se non lui stesso".⁹

Il principio della proprietà è considerato da Locke espressione della natura umana: non è un prodotto della società ma qualcosa presente anche nello stato di natura presociale. La stessa natura umana viene assorbita nel concetto di autodeterminazione: l'uomo crea la propria persona e si percepisce come un prodotto costruito da sé stesso. La sua personalità viene vista come un'opera d'arte prodotta dalla volontà e senza regole. L'individuo, allora, si scopre libero, con dei diritti inalienabili spettanti, oltre che a sé, a ciascuno dei suoi simili.¹⁰

L'autodeterminazione esplica lo svincolamento finalistico dell'agire umano, in favore di ciò che la diade volontà-intelletto può liberamente decidere. Autodeterminarsi significa volere ciò che il singolo desidera ed immagina, senza limiti. Tuttavia, questo stato idilliaco non è destinato a durare, in quanto entra in crisi a causa delle turbative ingenerate da coloro che non rispettano la legge di natura, specie nel farsi giustizia da sé, dando

⁹Locke: la proprietà privata (homolaicus.com)

¹⁰Locke, il padre dell'autodeterminazione | Libertà e Persona (libertaepersona.org)

origine così a quello che prende il nome di stato di guerra. Una volta insorti i conflitti, non essendo possibile per gli uomini dirimerli da soli, si assiste all'instaurarsi di una sempre maggiore violenza. Del resto, trattandosi di soggetti pressoché egualmente totipotenti, nulla può evitare che la minima divergenza sprofondi nel caos più totale. Ciononostante, dando origine alla comunità politica l'uomo rinunciarebbe solo al potere esecutivo della legge naturale, ossia a farsi giustizia da sé, non al proprio diritto di autodeterminazione. "Poiché gli uomini, come s'è detto, sono tutti per natura liberi, eguali e indipendenti, nessuno può esser tolto da questa condizione e assoggettato all'altrui potere politico senza il suo consenso".

Eppure, come tutte le cose, anche queste ideologie e concetti sono destinate alla mutazione.

Soltanto dopo la fine della Seconda Guerra Mondiale, in seguito all'entrata in vigore della Carta delle Nazioni Unite, la comunità internazionale riconosce ad ogni popolo la libertà di autodeterminarsi, sia rispetto ai propri confini esterni, che alla scelta del governo.¹¹

La stessa espressione autodeterminazione dei popoli indica l'assenza di dominazione straniera, che per tutta l'era del colonialismo aveva invece assediato le popolazioni locali. Soprattutto nei primi decenni del '900 le grandi potenze europee, approfittando del loro potere militare ed economico, attuarono progetti di sfruttamento su territori abitati da altri popoli, mostrando assoluto disinteresse alla volontà di questi ultimi. Appare lampante come sia la rivendicazione dell'essenziale diritto alla indipendenza a risultare la causa di conflitti anche armati, comportanti sempre mutamenti territoriali e modifiche di confini. Generalmente, in questi casi, la prima risposta dello stato preesistente è la repressione nei confronti del movimento popolare, a cui segue un'espansione del conflitto, che tende a divenire internazionale.¹²

Nel 1960 l'Assemblea generale delle Nazioni Unite adotta la risoluzione n. 1514 recante "Dichiarazione per la garanzia dell'indipendenza dei Paesi e dei popoli coloniali", con la quale il colonialismo viene additato quale illecito internazionale. Sarà poi la Corte Internazionale di Giustizia a confermare la legittimità del principio. Si delinea, così, un diritto in cui si riconosce al popolo, assoggettato al governo straniero, la lecita aspettativa

¹¹RS 0.103.1 - Patto internazionale del 16 dicembre 1966 relativo ai diritti economici, sociali e culturali (admin.ch)

¹²<https://liberodivivere.it/autodeterminazione/>

di divenire uno Stato indipendente, scegliendo il proprio regime politico.¹³ Il diritto di autodeterminazione è allora un diritto rivoluzionario. Seguendo il filone geopolitico, perché comporta processi di ristrutturazione, ma allo stesso tempo implica che il popolo mantenga una propria soggettività giuridica e politica internazionale, distinta da quella dello stato di appartenenza. Seguendo il filone umanitario, perché oggi, che lo scenario appare in costante mutamento, è necessario essere flessibili e propositivi, per cui i vantaggi derivanti dall'autodeterminazione sono notevoli e comportano maggiori probabilità di successo.

1.3 Storia della salute mentale

La Carta di Ottawa identifica la salute mentale come “stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni”.¹⁴

Nel corso degli anni la malattia mentale, inizialmente denominata follia, diviene protagonista di numerose discipline, ad iniziare dalla medicina, passando per la pedagogia, la psicologia, l'antropologia e molte altre. La cura, in ogni civiltà, si basa sulle differenti concezioni del mondo e secondo la specifica struttura sociale, politica ed economica di ciascuna di esse. Nella più lontana antichità il disturbo psichico assumeva un significato mistico, quasi che i folli venissero considerati messaggeri delle divinità, per cui dovessero essere seguiti o curati da sciamani o sacerdoti che avevano il compito di interpretare il messaggio extra terreno.

Anche nell'antica Grecia, la malattia si associava alla sfera sacra e il folle veniva considerato oggetto dell'ira o della volontà degli Dei. Solo con la dottrina di Ippocrate, primo medico riconosciuto dalla storia, intorno al 400 A.C., il disturbo mentale trova collocazione all'interno della medicina. “Gli uomini devono sapere che il piacere, la letizia, il riso, gli scherzi e così pure il dolore, la pena, l'afflizione ed il pianto, da nessuna parte ci provengono se non dal cervello. E sempre per opera sua diventiamo folli ed

¹³Conforti, *Diritto internazionale*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2014

¹⁴O.M.S. *Carta di Ottawa per la promozione della salute*, 1986

usciamo di senno ed abbiamo incubi e terrori e, talvolta di notte, talvolta anche durante il giorno, soffriamo di sogni e di smarrimenti ingiustificati e di preoccupazioni infondate e siamo incapaci di riconoscere le cose solite che ci appaiono e ci sentiamo sprovveduti”.¹⁵

Si inizia a considerare la diade corpo-mente come un tutt’uno.

Nell’antica Roma, nell’ambito medico, si mantiene l’interesse per i disturbi mentali, che successivamente viene influenzato dall’ottica religiosa. Si sviluppano teorie sul legame causale tra fattori esterni e psicosi, ma tali studi sono destinati e confinati ad interpretazioni irrazionali e semplicistiche. Nel Medioevo la psicosi assume una connotazione del tutto negativa e i malati sono destinati ad essere segregati ed esclusi dalla società, spesso con delle pene. “Nel medioevo il folle era l’espressione del male e della bontà redentiva, in connessione con l’idea della malattia come “collera di Dio” e “Bontà di Dio” dunque oggetto di carità ma anche di pratiche purificatrici”.¹⁶ Un’altra interpretazione consisteva nel considerarli posseduti da demoni malvagi o addirittura di essere individui sottoposti a punizione divina. Una delle pratiche purificatrici più diffuse consisteva nell’allontanamento: il folle veniva esiliato e costretto a vivere la sua vita emarginato senza nessuna possibilità di reintegrazione.

Nel 1656 in Francia, in particolare a Parigi, nasce l’Hopital general, un luogo di reclusione dove i malati mentali, sottoposti a condizioni di vita molto precarie, ricevevano sia assistenza che maltrattamenti. La finalità consisteva nell’imprigionamento della follia, così da non farla penetrare ed isolarla dalla società. Un notevole mutamento si registrò con l’avvento dell’Illuminismo e della Rivoluzione Francese proclamanti l’affermazione dei diritti di uguaglianza e libertà dell’uomo. Si sviluppò un pensiero critico, che non considerava più la malattia mentale legata al peccato, bensì una patologia organica comportante sofferenza. Le soluzioni alle problematiche salutari investono l’uomo, dotato di emozioni, nella sua totalità e considerando l’anima, il corpo, nonché il suo inserimento in una sfera sociale.

L’800 vede tuttavia una prima forma di evoluzione terapeutica nel passaggio dalla reclusione al “sistema degli asili”, azione iniziata da P. Pinel nel 1793 e gradualmente generalizzata. I malati mentali saranno destinati pertanto ai manicomi, molto diffusi in Europa sin dal ‘700. Pinel fu il primo a cogliere lo stretto rapporto tra la disintegrazione

¹⁵Ippocrate. *La malattia sacra*, a cura di Amneris Roselli, 2001

¹⁶Crispiani P. *Storia della pedagogia speciale. L’origine, lo sviluppo, la differenziazione*, 2016

sociale, la miseria e i disturbi mentali, riconoscendo, inoltre, l'importanza degli stati emozionali e psicologici presenti e correlati alle varie patologie. Fu anche il primo ad attuare un vero e proprio trattamento medico nei confronti dei malati psichici, definendo il manicomio come "un luogo deputato a difendere, più che la società dai malati, i malati da una società turbolenta, assicurando loro la soddisfazione dei bisogni minimi oltre che primari come l'avere un letto, del cibo, il riscaldamento, lo svago e le cure. L'abolizione della contenzione e l'utilizzo di farmaci orientano la psichiatria a intendere la cura come una rieducazione ambientale e morale, quale rimedio ai danni prodotti dalla società stessa".¹⁷ Attraverso queste parole, appare evidente come egli voglia restituire la dignità di malati, alle persone, nonché attuare delle modifiche per trasformare il manicomio da luogo di contenzione a luogo di cura.

Con l'inizio del ventesimo secolo, si forma una maggiore e più intrinseca visione della vita psichica individuale e della personalità. Per la prima volta si riconosce la mente saldamente legata ad altre aree, tra cui le relazioni sociali, gli ambienti di vita e di crescita della persona. Viene assunta una visione globale e olistica dell'uomo, dove corpo e mente sono elementi uniti ed indivisibili. Queste nuove visioni gettano la base per dei nuovi trattamenti, consistenti in percorsi volti ad abbondare l'assistenzialismo, in favore di nuovi approcci educativi. Il culmine di tale percorso è individuabile nella Legge 180 del 13 maggio del 1973, Legge Basaglia, che sancisce in Italia la chiusura dei manicomi e l'avvio dei servizi sociosanitari nazionali.

Oggi i disturbi mentali presentano un notevole impatto sulla sanità pubblica, in quanto presenti in tutte le classi d'età creando non indifferenti problematiche e difficoltà nelle attività quotidiane, nel lavoro, nei rapporti interpersonali e familiari. L'Oms evidenzia come la prevenzione e la promozione della salute mentale debbano avere come fondamenti la consapevolezza e la comprensione dei segni premonitori e sintomi del disturbo. La stessa Organizzazione registra, a livello globale, che il continuo aumento di casistiche comportano un devastante impatto sulla salute e sui principali aspetti sociali, umani ed economici in tutti i Paesi del mondo. I dati dimostrano come a livello globale il 10-20% di bambini e adolescenti soffra di patologie psichiatriche e la metà dei casi abbia avuto esordio all'età di 14 anni, mentre tre quarti entro i 25. Diviene, allora, fondamentale

¹⁷Sonia Ricchietti, *Il manicomio di Voghera: la "Città Dolorosa" voluta da Cesare Lombroso*, 2022

che sin da piccoli, i ragazzi vengano sostenuti nella costruzione di abilità di vita in grado di aiutarli a far fronte alle esigenze quotidiane. Se non affrontate in maniera adeguata, queste condizioni graverebbero pesantemente sullo sviluppo e non renderebbero possibili esperienze di vita soddisfacenti e produttive da adulti.

1.4 Classificazione dei disturbi psichiatrici e rete dei servizi

La già trattata trasformazione del concetto di salute, inteso dapprima come assenza di malattia, poi come capacità di autodeterminarsi, costituisce la base per un progressivo miglioramento della psichiatria. Si assiste al passaggio dal paradigma dello scientismo classico, caratterizzato dall'applicazione del metodo sperimentale al fine di dimostrare la scientificità dei fenomeni, ad un nuovo scenario, che prende il nome di epistemologia della complessità, la quale porta alla luce l'importanza dei concetti di empiricità, ecologia e individualità.¹⁸

Nel corso degli anni seguono questa linea anche i manuali diagnostici, nei quali si trova la terminologia più appropriata e rispettosa della considerazione e dei diritti delle persone disabili; nonché la modifica della natura dei servizi a cui questi possono far riferimento: considerati dapprima assistenzialistici, divengono ora educativi. Si lavora non più per, ma con il soggetto, a fianco dello stesso. A testimonianza di questa trasformazione, si riporta l'esempio del manuale ICDH, pubblicato dall'OMS nel 1980 sotto il nome di "classificazione internazionale delle menomazioni, delle disabilità e degli handicap.", sino ad arrivare all'anno 2001 dove, a sostituirlo, si trova l'ICF, cioè "classificazione del funzionamento, delle disabilità e della salute".

Tutti i manuali diagnostici si allineano all'esigenza di creare un glossario comune per un raffronto fra le casistiche a livello internazionale, dei vari disturbi, tra cui quelli psichiatrici. Questi vengono per la prima volta racchiusi in una sezione nel 1946, all'interno dell'ICD-VI. L'unico manuale relativo esclusivamente a quest'ultimi è il Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM) "Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali"¹⁹, che adotta un sistema di classificazione basato sulla sintomatologia. Nel corso degli anni, sono state proposte, da parte dell'American

¹⁸Crispiani, *Pedagogia clinica. La pedagogia sul campo, tra scienza e professione*, Sillabus Center, 2001

¹⁹Enciclopedia Treccani, definizione DSM

Psychological Association (APA), diverse versioni, partendo dal 1952 con il DSM-I, fino ad arrivare al DSM-V, pubblicato nel 2014 e attualmente utilizzato. Questo presenta un approccio multidimensionale alla diagnosi per far fronte alla condizione di eterogeneità dei sintomi contemporanei e al conseguente alto livello di comorbilità. Si registra necessaria, al suo interno, la distinzione tra nevrosi e psicosi. Con il primo termine si intendono i disturbi psichici più comuni, che non compromettono il rapporto dell'individuo con la realtà, mentre, per psicosi si intende "l'insieme di condizioni psicopatologiche gravi contraddistinte dalla perdita del contatto con la realtà e delle capacità di critica e giudizio, dalla presenza di disturbi pervasivi del pensiero, delle percezioni e dell'affettività e da una compromissione delle abilità e delle relazioni sociali".

Tutti i disturbi ad oggi conosciuti possono essere racchiusi all'interno di queste due grandi categorie appena descritte; pertanto, è necessario un focus sui relativi sintomi, oggetto di studio, nonché sfida quotidiana dell'educatore. Le principali manifestazioni del disturbo sono le allucinazioni ed i deliri, ossia delle forti convinzioni in contrasto col senso comune. La comparsa di tali disturbi viene definita episodio psicotico. La patologia si manifesta in ciascuna persona in modalità differente, in relazione al contesto di appartenenza; oltre ai già sopracitati sintomi, possono essere presenti pensieri confusi e disturbati per cui il soggetto parla rapidamente, saltando da un argomento all'altro, senza seguire il filo logico del suo discorso, e/o mancanza di insight, cioè della consapevolezza di essere malati. Possono inoltre presentarsi alterazioni severe dell'umore e disturbi comportamentali legati alla presenza dei deliri o allucinazioni. L'insorgenza riguarda la fascia di età compresa tra i 15 e i 35 anni; è bene sottolineare che i termini "psicosi" e "psicopatia" indicano due disturbi diversi e, quindi, non devono essere confusi tra loro. La psicosi è una condizione acuta a breve termine, mentre la psicopatia, invece, consiste in un disturbo della personalità con caratteristiche antisociali, che includono mancanza di empatia, carattere manipolatorio e disinteresse per le conseguenze delle proprie azioni. Gli individui con personalità antisociale possono, a volte, rappresentare un pericolo per gli altri, poiché violenti; al contrario, la maggior parte

delle persone colpite da psicosi hanno maggiori probabilità di essere un pericolo per sé stesse piuttosto che per gli altri.²⁰

I disturbi psicotici consistono in uno spettro di patologie comprendente la schizofrenia, il disturbo schizotipico di personalità e altri disturbi, quali il delirante, lo schizoaffettivo, schizofreniforme e la catatonia. Un recente studio ha osservato che, in Inghilterra, la psicosi ha un tasso d'incidenza annuale pari a un caso ogni 2.000 individui, mentre un'altra indagine statistica ha stimato che circa 3 soggetti ogni 100 sviluppano un episodio di psicosi almeno una volta nella vita.²¹ Gli antipsicotici, chiamati anche neurolettici, rappresentano il trattamento farmacologico d'elezione. Agendo sulla dopamina, favoriscono un effetto calmante, apprezzabile già dopo poche ore, unito ad un anti-allucinatorio e stabilizzante dell'umore, che invece richiede un paio di settimane.

La nevrosi, a differenza, è un disturbo psicologico caratterizzato dalla presenza di meccanismi di difesa nei confronti di situazioni esterne ritenute minacciose o frustranti, attuate dalla persona al fine di sentirsi rassicurata. Tra queste le più comuni sono l'ansia e la depressione nelle loro varie declinazioni. La prima è una sensazione di nervosismo, preoccupazione o inquietudine normalmente provata dall'uomo; viene considerata un disturbo quando si manifesta in momenti inappropriati, è frequente e talmente intensa e duratura da interferire con le normali attività di una persona. L'entità e la frequenza dello stato ansioso appaiono maggiori rispetto a quanto giustificato dalla situazione. Le preoccupazioni hanno carattere generale e riguardano temi diversi, possono insorgere in modo improvviso oppure gradualmente nell'arco di minuti, ore o giorni. Neppure la durata è definita: può variare da pochi secondi ad anni, nonché può manifestarsi in forma di apprensione appena percepibile o di attacco di panico conclamato. Dopo l'ansia, la depressione è il disturbo mentale più comune. Circa il 30% delle persone che ricorre al medico di base presenta sintomi di depressione, ma meno del 10% di esse si trova in una situazione grave. La depressione è una sensazione di tristezza con conseguente riduzione dell'interesse o del piacere per le attività; anche in questo caso, diviene un disturbo quando è sufficientemente intensa da interferire col sereno funzionamento della persona. Spesso dovuta a una situazione drammatica, è una reazione eccessiva rispetto all'evento scatenante, che dura più tempo del normale: un episodio

²⁰<https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/p/psicosi#sintomi>

²¹4907-TrattamentoFarmacologicoSchizofrenia.pdf (cipesalute.org)

dura solitamente per circa 6 mesi, ma talvolta persiste per 2 o più anni e tende a ripetersi nell'arco della vita. I sintomi si sviluppano gradualmente, nell'arco di giorni o settimane, e possono variare notevolmente, il soggetto può apparire apatico e triste, come irritabile e ansioso, manifestando sensazioni di disperazione, solitudine e inutilità. Spesso si sente indifeso e senza speranza, arrivando a pensare alla morte e al suicidio. La maggior parte delle persone colpite presenta difficoltà ad addormentarsi svegliandosi ripetutamente, soprattutto nelle prime ore del mattino, mentre altre dormono più del dovuto. Il consumo eccessivo di cibo e l'aumento di peso sono frequenti nei casi di depressione lieve, mentre se la patologia si protrae, si presenta inappetenza e perdita di peso, che portano al deperimento. Legata alla moltitudine di sintomi, si differenziano anche diverse tipologie della patologia, tra cui la depressione mista, in cui il soggetto presenta tre o più sintomi di mania; il disturbo atipico che comprende la capacità della persona di rallegrarsi temporaneamente per eventi piacevoli; la modalità psicotica con presenza di false convinzioni e allucinazioni; il disturbo catatonico, dove il pensiero, la parola e l'attività generale vengono inibiti al punto da bloccare qualsiasi attività volontaria; e la depressione stagionale, comportante episodi che si verificano tutti gli anni in un determinato periodo, di solito con inizio in autunno / inverno e termine in primavera.²²

Esiste infine un disturbo limite fra le due entità appena descritte: il disturbo borderline di personalità, caratterizzato da una modalità pervasiva di instabilità e di ipersensibilità nei rapporti interpersonali, instabilità nell'immagine di sé, estreme fluttuazioni dell'umore e impulsività. I pazienti presentano un'intolleranza all'abbandono: i comportamenti suicidari, le minacce e l'automutilazione innescati dal rifiuto, dalla percezione di rimanere soli o dalla delusione di un caregiver sono molto comuni e rappresentano una modalità che invita al salvataggio e all'assistenza da parte degli altri. L'impulsività che determina i loro comportamenti, anche se non destinati a porre fine alla vita, aumenta il rischio suicidario in questi pazienti di quaranta volte superiore a quello della popolazione generale.

L'intensità della loro reazione rispecchia la loro sensibilità al rifiuto, divenendo timorosi e arrabbiati, avendo tuttavia difficoltà nella gestione emozionale che sfogano

²²<https://www.msmanuals.com/it/casa/disturbi-di-salute-mentale/disturbi-dell-umore/depressione?query=depressione>

con pungente sarcasmo, amarezza o sfuriate, per poi provare vergogna e sentendosi in colpa, rafforzano la loro sensazione di essere cattivi. Il loro modo di pensare è in bianco o nero (splitting) e si riflette nella tendenza a cambiare visione degli altri bruscamente e drammaticamente, attuando il passaggio dall'idealizzazione del caregiver, alla sua svalutazione. Questo atteggiamento varia in base alla loro percezione della disponibilità e del sostegno fornitogli. Allo stesso tempo, possono anche bruscamente e drammaticamente cambiare la loro immagine di sé, come dimostrato da improvvisi mutamenti nei loro obiettivi, valori, opinioni, carriere o amici. I cambiamenti di umore di solito durano solo poche ore e raramente più di un paio di giorni. Tale disturbo viene diagnosticato più nelle donne rispetto agli uomini e con il tempo, i sintomi tendono a ridursi nella maggior parte dei soggetti. Ciò che trae in inganno è che i soggetti spesso sembrano spesso più stabili rispetto a come si sentono intimamente.²³

Per quanto riguarda, invece, la rete dei servizi psichiatrici riguardanti tali patologie, in Italia, prima del 1978 questi erano prevalentemente a carattere assistenziale e prevedevano l'allontanamento del paziente dal proprio contesto, al fine di effettuare le cure. Si sviluppano, poi, delle correnti di pensiero a sostegno del fatto che la sofferenza psichica dei soggetti sia legata ai rapporti creati dall'individuo all'interno dell'ambiente nel quale egli vive. Nasce da qui la necessità di affrontare il disagio nel luogo di insorgenza e non in una realtà esterna. La legge n°180, anche conosciuta come legge Basaglia, sancisce la chiusura dei manicomi e consente la riorganizzazione del Sistema Sanitario Nazionale attraverso la creazione di appositi servizi di psichiatria territoriale diffusi e diversificati, chiamati Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). Lo scopo di tali servizi non si limita alla cura, ma consente al paziente il mantenimento di significativi rapporti con la propria famiglia e con la realtà del tessuto sociale in cui è inserito, contrastando quei fattori che, nell'esperienza manicomiale, fungevano da rinforzi alla cronicità istituzionale. Il soggetto non viene più escluso dalla società per essere portato in un luogo fisicamente distante, bensì è il luogo stesso della cura che si sposta verso di lui, nella realtà dei suoi rapporti.

“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

²³<https://www.intherapy.it/disturbo/disturbo-borderline-di-personalita/>

(ASL).” Comprende e coordina i seguenti servizi: il CSM (Centro di Salute Mentale), servizio per l’assistenza diurna; il CD (Centro Diurno), servizio semiresidenziale; le SR (Strutture Residenziali), distinte in residenze terapeutico-riabilitative e socioriabilitative e i Servizi Ospedalieri, distinti in Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e Day Hospital (DH).²⁴

Il Centro di Salute Mentale (CSM) viene individuato come struttura territoriale sanitaria esterna all’ospedale che si occupa di prevenzione, riabilitazione e cura della malattia mentale, fornendo interventi di tipo ambulatoriale e domiciliare. All’interno si trovano le figure dello psichiatra, dello psicologo, assistente sociale, educatore, infermiere e del personale amministrativo. Tali professionisti lavorano in maniera integrata, creando quella che prende il nome di equipe. L’attività è garantita almeno dodici ore al giorno per sei giorni alla settimana.

Il Centro Diurno è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico riabilitative, collocata nel contesto territoriale. È aperto almeno otto ore al giorno per sei giorni a settimana. È dotato di una propria equipe, eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali ed organizzazioni di volontariato. Attraverso la costruzione di progetti personalizzati, consente agli utenti 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. All’educatore professionale, in accordo con l’équipe, il compito di progettare e condurre interventi individualizzati volti al miglioramento della qualità della vita ed a un maggior grado di benessere.

Per Struttura Residenziale si indica “una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socioriabilitativo per i cittadini con disagio psichiatrico inviati dal CSM con programma personalizzato e periodicamente verificato.”²⁵ La permanenza della persona all’interno della struttura varia in base al grado di assistenzialità, pertanto non risulta una misura standard, ma individuale e variabile.²⁶

Il “Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è un servizio ospedaliero, utilizzato nelle fasi più acute della malattia, dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari

²⁴Ministero della Salute, *La rete dei servizi per la Salute Mentale*

²⁵Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti (salute.gov.it)

²⁶Ministero della Salute. *Le strutture residenziali psichiatriche*

ed obbligatori in condizioni di ricovero. Il numero complessivo dei posti letto è individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni diecimila abitanti”. La terapia prevista all’interno del SPDC è di tipo prevalentemente farmacologico, in quanto l’obiettivo risulta la remissione dei sintomi e la stabilizzazione delle acuzie del paziente. Il Day Hospital costituisce un’area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine. La sua collocazione può variare, dal trovarsi all’interno dell’ospedale, collegato con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, o presso strutture esterne, collegate con il CSM, dotate di spazi, attrezzature e personale adeguato. L’apertura del servizio è almeno di otto ore al giorno per sei giorni alla settimana. L’utente vi accede in base a programmi concordati tra gli operatori del DSM; tale servizio permette di fare controlli diagnostici, di effettuare trattamenti farmacologici, riducendo l’utilizzo del ricovero.

2. Ruolo dell’educatore professionale

2.1 Profilo e metodologia di lavoro

L’Educatore Professionale è definito, come da D.M 8 ottobre 1998 n.520, “l’operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell’ambito di un progetto terapeutico elaborato da un’equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà”.²⁷ La varietà di figure professionali all’interno dell’équipe multidisciplinare permette di impostare e calibrare interventi mirati sull’individualità del soggetto. L’educatore, tra queste, fonda il proprio agire sulla relazione educativa, con cui si propone di sviluppare sia l’interiorità che la socialità dell’utente, con lo scopo di fargli raggiungere un maggior livello di autonomia, autostima e senso di responsabilità, sostenendo quel processo di cambiamento in grado di permettere una ristrutturazione della situazione socio-ambientale e delle sue relazioni. L’obiettivo non è tanto quello di curare la patologia individuale o sociale, ma quello di sostenere un processo di apprendimento di modi diversi di pensare, sentire, agire che rendano più adeguati e funzionali gli sforzi per affrontare la quotidianità. “Questo processo d’aiuto si attua su diversi piani; sul piano

²⁷D.M. 8 ottobre 1998, n. 520

organizzativo-promozionale, lavorando sulle reti sociali, istituzionali e ambientali per coinvolgerle intorno al progetto formulato; sul piano razionale-emotivo, cercando di ottenere dal soggetto un cambiamento nel modo di percepirsi e di rappresentarsi la realtà, le difficoltà e i problemi che gli provocano stress e ansia, ragionando sulle possibili soluzioni e vie d'uscita; sul piano comportamentale, sostenendo il soggetto nello svolgimento di determinati compiti di sviluppo".²⁸ L'intervento deve essere mirato, consapevole e specifico sulla base dei bisogni della persona avendo come presupposto il rispetto della libera adesione, ossia il rispetto della libertà dell'utente, il quale può anche rifiutare l'aiuto. All'operatore è richiesto di rispettare l'Altro anche nelle sue paure e resistenze che gli impediscono di intraprendere un percorso di cura; non deve imporre la sua presenza né tantomeno il suo operare.

Per agire professionalmente nella complessità è molto importante possedere delle competenze, individuate nella metodologia dell'educatore professionale.

Carl Rogers afferma che è possibile parlare di relazione d'aiuto quando una persona cerca di favorire l'Altro nella crescita, sviluppo e maturità, riuscendo a massimizzare la sua capacità di affrontare la vita.²⁹ Per lui, il terapeuta dovrebbe avere tre qualità, tra cui l'autenticità, comprendente la spontaneità, l'apertura e la genuinità, non dissimulando i propri sentimenti; considerazione positiva incondizionata, che consiste nell'astenersi da valutazioni, approvazioni, disapprovazioni e correzioni. Questa è la condizione necessaria affinché possa realizzarsi la sospensione del giudizio che contamina la costituzione di una reale fiducia da parte dell'utente. Grazie a questo atteggiamento l'utente sperimenta l'accettazione, la vicinanza e il reale supporto dell'educatore, diventa più consapevole delle sue difficoltà senza sentirsi colpevolizzato, ma motivato a cambiare atteggiamento facendo riferimento alle risorse di cui dispone. L'ultima caratteristica posseduta dal terapeuta deve essere la comprensione empatica. La relazione educativa, poggia allora, su tre condizioni fondamentali: la congruenza, cioè la consapevolezza del facilitatore dei propri sentimenti e vissuti, senza negarli o distorcerli, l'accettazione positiva incondizionata che consiste nel rispetto dell'altro, senza giudizi o svalutazioni e l'empatia, ossia la capacità di mettersi nei panni dell'altro, cogliendone contenuti

²⁸Maria Teresa Bassa Poropat, Fabrizio Lauria. *Professione educatore. Modelli, metodi, strategie d'intervento*. Edizioni ETS, 1999

²⁹La relazione di aiuto - Associazione OLOS

emozionali e cognitivi, avviandone un'autentica comprensione. Empatizzare significa condividere temporaneamente i sentimenti dell'altro, partecipando alla qualità e non alla quantità del vissuto emotivo, mantenendo separato il proprio mondo interiore. Si tratta di una relazione non paritaria, ma asimmetrica, vissuta in un clima di reciprocità con ruoli differenti; è l'operatore a condurre la relazione verso un obiettivo concordato e condiviso. È inoltre caratterizzata da intenzionalità, il che significa quindi che non può essere spontanea, improvvisata e occasionale.³⁰

A rendere possibile l'instaurarsi di questa relazione, è importante entrare gradualmente in contatto con l'utente, attraverso un processo di osservazione, che permetta di rilevare tutti i suoi aspetti, nonché le sue capacità, abilità e aspettative. Si definisce osservazione una forma di rilevazione finalizzata all'esplorazione di un determinato fenomeno, connotata da finalità e intenzionalità. Gli obbiettivi consistono nella conoscenza e nella descrizione, il più possibile oggettiva, fedele e completa, di un determinato fenomeno. Si configura come un processo cognitivo, poiché non solo orientata alla lettura di una situazione, quanto alla sua comprensione; si mettono in evidenza alcune caratteristiche, ponendole tra loro in relazione, all'interno di un contesto.³¹

È possibile individuare tre fasi costitutive della procedura osservativa, prima tra queste la focalizzazione, cioè la circoscrizione degli elementi del problema conoscitivo, rendendo esplicite le caratteristiche conosciute e precisando quanto sfugge alla loro comprensione. Passando alla raccolta dei dati, attraverso la loro registrazione e codifica, con cui si individuano, analizzano e misurano le caratteristiche, la frequenza, la durata e l'intensità delle variabili dei fenomeni sottoposti all'osservazione. Giungendo all'analisi degli stessi, che può essere quantitativa, nel caso in cui sia possibile determinare, mediante opportune scale, il grado con cui determinati eventi sono stati registrati, o qualitativa, fondata sull'inferenza, ossia quel processo mediante il quale il ricercatore attribuisce significato ai dati raccolti attraverso un'interpretazione delle categorie di eventi o comportamenti osservati.

Considerando la variabile ambiente, è possibile evidenziare due grandi modelli di osservazione: si definisce osservazione in condizioni controllate un processo effettuato in

³⁰<https://www.sociocounseling.it/carl-rogers-e-lapproccio-centrato-sulla-persona/>

³¹Serenella Maida, Lura Molteni, Angelo Nuzzo, *Educazione e osservazione. Teorie, metodologie e tecniche*. Carocci Faber, 2009

ambiente artificiale, mentre con il termine osservazione sul campo si intende, al contrario, una rilevazione effettuata in una situazione di vita reale, quotidiana, dove il comportamento si produce in maniera spontanea. La diversa partecipazione e il differente livello di coinvolgimento che l'osservatore mette in atto durante l'osservazione e la conoscenza dei soggetti di venire osservati o meno, danno origine a due differenti procedure operative, conosciute come osservazione partecipante e osservazione non partecipante. Nella prima, durante la rilevazione delle informazioni, l'osservatore prende parte alla situazione, interagendo con i soggetti osservati in una dimensione dinamica che lo coinvolge direttamente. Essa è un tipo di rilevazione avente luogo a partire da un accordo tra osservatori ed osservati, nella condivisione di un quadro di riferimento comune: l'obiettivo è la comprensione della situazione educativa dall'interno. L'osservazione non partecipante, al contrario, è un tipo di rilevazione nella quale l'osservatore, cerca di influenzare il meno possibile ciò che avviene, ricoprendo una posizione esterna, non interagendo con la realtà in considerazione.

L'osservazione definita sistematica prevede la messa appunto preventiva di un sistema pianificato di raccolta e classificazione dei dati, attraverso strumenti di rilevazione strutturati o aperti. Ad esempio, la procedura di videoregistrazione di un avvenimento garantisce più di qualsiasi altro strumento attendibilità ed affidabilità, attraverso una descrizione fedele degli avvenimenti, evitando errori di rilevazione. Permette, inoltre, un confronto intersoggettivo tra più osservatori rispetto ad uno stesso episodio. Con il termine check list, invece, si intende un elenco di comportamenti evidenziati a priori, al fine di rilevarne, in modo ordinato e sistematico, utilizzando delle scale di valutazione, la presenza e la frequenza in un determinato intervallo di tempo. Il diario è una tecnica di osservazione retrospettiva che consiste nel descrivere, con il linguaggio abitualmente usato, le proprie attività o quelle degli altri. Le annotazioni sotto questa forma sono indicate per una riflessione a posteriori sul materiale raccolto. La tecnica del giornale di bordo appare più completa di quella appena descritta, in quanto non si limita all'annotazione degli eventi per come essi accadono, ma si arricchisce di ulteriori annotazioni a cura dell'osservatore. Vi si trovano interpretazioni, analisi personali rispetto ai propri vissuti, bisogni e aspettative.³²

³²Pagina iniziale (unito.it)

2.2 Storia dell'educatore professionale

La figura dell'Educatore Professionale nasce nel dopoguerra dalla necessità di accudimento dei bambini rimasti orfani e/o ricoverati negli istituti; successivamente con la chiusura dei manicomi, tale figura inizia ad essere inserita nelle strutture territoriali per le persone con disagio psichico, mentre è solo con l'emanazione del profilo professionale del 1984, che si lega anche alle aree della disabilità e nelle attività terapeutiche delle dipendenze patologiche.³³

Nello stesso anno si riunì la “Commissione Nazionale di studio per la definizione dei profili professionali e dei requisiti di formazione degli operatori professionali”, attivata dal Ministero degli Interni, che giunse ad una definizione condivisa del profilo professionale. Questa definizione, contrariamente agli obiettivi prefissati, non contribuì, però, a produrre un profilo professionale giuridicamente riconosciuto.

Successivamente ci furono, quindi, ulteriori proposte di legge come il DM 10/2/1984 n.1219 e nel 1992 la fondazione dell'ANEP (Associazione Nazionale Educatori Professionali) mai approvate, che non modificarono la situazione. Fu il D.lvo 502/92, a stabilire che le figure professionali riconosciute dal Ministero della Sanità dovessero essere riordinate. La figura dell'Educatore Professionale fu, a questo punto, riordinata con il DM 520/98, che pur avendo valenza solo in ambito sanitario, riconobbe la natura unitaria della professione, evidenziando con particolare attenzione la natura dei progetti che realizza l'operatore. Infine, il Dlgs 229/99 e la Legge 328/00 stabilirono che dovessero essere definiti i profili per gli ambiti sociali e sociosanitari, nei quali potrà trovare riconoscimento anche tale figura.

Attualmente il suo profilo lavorativo è quello declinato dal DM 8 ottobre 1998, n. 520 “Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”. Sebbene non si rinvenga un riferimento che espliciti con immediatezza quale sia l'attività svolta dall'Educatore professionale socio-pedagogico, la stessa si evince per sottrazione da quelle che costituiscono le attività declinate nei profili professionali di tale figura, di cui al DM 520/1998 e delle altre professioni sanitarie, recanti il novero delle prestazioni svolte istituzionalmente a

³³Welfare oggi (anep.it)

beneficio delle persone assistite in sanità e nei servizi sociali, sociosanitari e assistenziali.³⁴

Per le caratteristiche possedute, tale figura opera nei vari servizi territoriali, in strutture residenziali o servizi diurni, nel sistema ospedaliero, nei servizi di accoglienza ed integrazione di cittadini stranieri richiedenti asilo o titolari di protezione internazionale. Lo si trova all'interno dei servizi di integrazione e inclusione socio-lavorativa e in quelli rivolti a minori o adulti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria. Negli ultimi anni, nell'ambito della prevenzione, prende spazio anche nell'ambito formativo universitario e di ricerca (unità di strada, progetti di prevenzione nelle scuole, sportelli di ascolto, ...).³⁵

L'attuale classificazione ISTAT vede la professione classificata nel livello 3 – PROFESSIONI TECNICHE. Il Ministero della Salute ha inserito la figura tra le professioni sanitarie dell'area della riabilitazione (DM 19/3/1999), connotandola come professione dotata di autonomia professionale e non più "ausiliaria" del medico (LN 42/99).

Il documento esplicita che le attività dell'Educatore professionale socio-pedagogico sono identificabili all'interno della promozione della prospettiva pedagogico-educativa e supportano la persona in tale dimensione, senza sovrapposizioni con le professioni sanitarie e sociosanitarie ordinate dalla Legge 3/2018. Ai sensi della stessa legge, tutti gli EP sociosanitari che possiedono una laurea di classe SNT2 o un titolo equipollente, sono obbligati a iscriversi all'Albo presso l'Ordine delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione (Ordine TSRM-PSTRP) a prescindere dalle forme contrattuali e dal luogo di lavoro.³⁶

Quindi, per esercitare la professione risulta necessaria l'iscrizione all'albo o alle liste speciali. Per coloro che, in qualsiasi ambito operino con funzioni socio-assistenziali, socio-sanitarie e della salute, sprovvisti di titolo abilitante, equipollente o equivalente all'esercizio della professione, si applica quanto previsto dal comma 537 della Legge n. 145/2018 "coloro che svolgono o abbiano svolto un'attività professionale in regime di

³⁴DM-interministeriale-EP-SP-Documento-di-posizionamento-FNO-TSRM-e-PSTRP.pdf

³⁵EDUCATORE PROFESSIONALE (EP). ANEP

³⁶Documento di posizionamento sulla figura dell'Educatore professionale socio-pedagogico - FNO TSRM e PSTRP

lavoro dipendente o autonomo, per un periodo minimo di trentasei mesi, anche non continuativi, negli ultimi dieci anni, possono continuare a svolgere le attività professionali previste dal profilo in oggetto, purché si iscrivano, entro il 31 dicembre 2019, negli elenchi speciali ad esaurimento istituiti presso gli ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione”.³⁷

Negli ultimi anni la figura dell’educatore professionale ha visto il presentarsi di diversi disegni di legge, nonché di numerosi derivanti conflitti, che pongono sempre più incertezza nel definire questa professione. Un esempio è il disegno di Legge n. 2443: “Disciplina delle professioni di educatore professionale socio-pedagogico, educatore professionale socio-sanitario e pedagogista.”: testo risultante dall’unificazione dei disegni di Legge n. 2656 e n. 3247; il primo rispettivamente dell’Onorevole Iori e il secondo dell’On. Binetti; che porta, la figura dell’Educatore Professionale Socio-Pedagogico quasi equiparata all’attuale Educatore Professionale. Oppure, il disegno di Legge n. 3868: “Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per l’aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute”. Tale disegno di legge, portò all’istituzione dell’albo delle professioni sanitarie tecniche della riabilitazione e della prevenzione. Prerequisiti per accedervi e iscriversi sono: possedere un titolo di studio idoneo ed aver superato un esame di stato; bisogna, inoltre, avere una fedina penale pulita. Gli Albi Professionali sono aggiornati sistematicamente, vigilati dal Ministero della Giustizia, con la funzione di assistere i cittadini e assicurare loro la coerenza tra la qualità dei servizi forniti e le retribuzioni adottate. Gli ordini professionali, oltre a tenere la revisione degli albi, si occupano degli abusi delle funzioni di una professione.

2.3 Educatore come garante dei diritti: diritti di personalità

Molte nazioni europee prevedono una figura di garanzia dei diritti delle persone private della libertà o in condizioni di svantaggio. Per quanto concerne l’Italia, si registra un percorso avviato nel 1997, che solo nei primi mesi del 2016 ha portato all’istituzione del Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale. La competenza principale della figura in questione viene indicata nell’articolo 7 della legge n. 146 del

³⁷Ministero della Salute. comma 537 della legge n. 145/2018

2013 ed è il potere di visita, anche senza preventiva autorizzazione, negli istituti penitenziari, ospedali psichiatrici, comunità terapeutiche e di accoglienza, istituti penali per minori e comunità di accoglienza, con lo scopo di individuare eventuali criticità e trovare soluzioni per risolverle. Infatti, dopo ogni visita, il Garante redige un rapporto contenente eventuali osservazioni e raccomandazioni circa lo stato della struttura in questione e lo inoltra alle autorità. Se vengono rilevate delle criticità rispetto alla tutela dei diritti, egli instaura un dialogo con l'amministrazione interessata e propone interventi correttivi, amministrativi o politici per risolverle.

Lo Stato italiano gli conferisce altri tre compiti: il primo riguarda un obbligo derivante dalla ratifica del protocollo opzionale delle Nazioni Unite per la prevenzione della tortura; il secondo tratta del monitoraggio dei rimpatri degli stranieri extra-comunitari irregolarmente presenti sul territorio italiano, che devono essere accompagnati nei paesi di provenienza. Infine, gli è stato attribuito il compito di monitorare le strutture per persone anziane o disabili, in base alla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità.³⁸

Le amministrazioni possono richiedere formalmente al garante pareri o suggerimenti, spesso gli viene richiesto di farsi promotore di azioni verso enti di diversa natura affinché questi si facciano meglio carico di problemi non sufficientemente affrontati. La richiesta può essere mossa da chiunque, cittadino italiano o straniero, enti, associazioni o formazioni sociali e comitati; la stessa può avvenire verbalmente o per iscritto, con il fine della tutela dei propri diritti e interessi, che si ritengono violati, trascurati o compromessi a causa di omissioni, ritardi o irregolarità da parte di uffici o servizi di pubblica amministrazione. Per l'intervento, deve trascorrere un certo lasso di tempo, in genere di 30 giorni, dalla ricezione di una risposta insoddisfacente da parte di una pubblica amministrazione circa lo stato di una pratica o dal sollecito volto all'adozione di un provvedimento. A questo punto, il garante stesso o uno dei suoi funzionari riceve o interpella il cittadino, verificando la fondatezza delle istanze e assumendo tutta la documentazione necessaria all'avvio dell'azione. Se l'operato nei suoi confronti non viene ritenuto corretto, il garante formula le proprie osservazioni ed eventualmente

³⁸<https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/pages/it/homepage/ilgarante/chisiamo/>

sollecita i provvedimenti più opportuni. Nei casi che invece, non rientrano nella sua competenza, si limita a fornire, ove possibile, informazioni o consigli.³⁹

Il ruolo dei garanti è naturalmente dipendente dalla normativa che li regola a livello regionale; pertanto, sono previste figure di garanti dedicate a particolari fasce di utenza e problemi. In proposito, si riporta quanto emerso in una intervista con la Dr.ssa Rita Turino, che dal 2016 ricopre il ruolo di “Garante per l’infanzia e l’adolescenza” per la regione Piemonte. Ella sostiene che il garante occupandosi dei casi individuali, dovrebbe comunque puntare alla generalizzazione, ossia promuovere azioni non solo rivolte al singolo. La disponibilità da parte del garante a recepire segnalazioni non deve esaurirsi a contenziosi tra cittadino e pubbliche amministrazioni, ma estendersi a chiunque viva un problema. Un ulteriore ruolo che dovrebbe ricoprire tale figura è quello di “promotore di cultura” almeno in due sensi: evidenziando alle istituzioni se vi sono carenze nel sistema di welfare, anche rispetto a temi che vengono alla ribalta nell’opinione pubblica e il favorire occasioni di approfondimento su questioni che hanno conseguenze sui diritti, sul tema dell’informazione e della loro divulgazione.

Alla domanda “non pensa che in alcune di queste attività il garante rischi di sovrapporsi o sostituire interventi che competerebbero ai servizi?” la risposta si sviluppa così: “Non credo, perché il garante si pone come soggetto terzo, a parte le specifiche funzioni che la legge gli affida, è chiaro che nell’intercettare problemi e nell’avviare azioni, questa figura non può evitare di occuparsi anche del singolo caso segnalato, per i problemi che pone “qui e ora”. Tuttavia, l’azione del garante è tanto più utile quanto più problemi e soluzioni emerse diventano opportunità per generalizzare procedure e miglioramenti anche nella rete dei servizi”.⁴⁰

Lavorare sul qui ed ora, occuparsi del singolo e non solo, prevenire, evidenziare criticità nel sistema e formare delle reti, promuovere una maggior sensibilità nella comunità di appartenenza, sono questi compiti che ricadono nelle tasche dell’educatore. Allora perché non vedere lo stesso come un garante di coloro che rientrano nelle categorie a rischio, di cui la figura si occupa? È utile rispondere alla domanda, con il formularsi di una nuova: quali sono i diritti in pericolo in queste categorie di persone?

³⁹<https://www.garantediritti.marche.it/chi-siamo/cosa-fa/>

⁴⁰<https://welforum.it/punto-di-vista/a-che-cosa-servono-i-garanti-dei-diritti/>

In Italia, è grazie alla Costituzione, che viene introdotta, all'interno dell'ordinamento, la sacralità dei diritti inviolabili della persona, tra cui si trovano i diritti della personalità, ossia una branca di diritti soggettivi che spettano all'essere umano in quanto tale. Essi sono innati, essenziali, assoluti, inalienabili, intrasmissibili, irrinunciabili, imprescrittibili e non patrimoniali. Poiché rivolti alla tutela di beni immateriali nella persona fisica, il significato oggi attribuitogli è, una conquista recente rispetto a precedenti inquadramenti, che ne confutavano la legittimità teorica e la pratica utilità. Si trovavano teorie differenti, che da un lato rilevavano un unico diritto della personalità, proprio dell'individuo in ogni sua manifestazione a prescindere dalla specifica norma, dall'altro, tesi che attribuiscono tanti diritti quante le varie previsioni legislative.⁴¹

Solo recentemente è prevalsa l'interpretazione dell'art.2 Cost. come caposaldo con il quale attribuire ogni interesse legato alla realizzazione della propria personalità, influenzato dalle varie esigenze e dai processi storico-sociali della comunità in cui si interagisce nel corso della propria vita.⁴²

Le fonti nazionali dei diritti della personalità, oltre alla Costituzione, sono il Codice civile (artt. 5-10), il Codice penale e altre leggi complementari, anche sovranazionali.

In tema di gerarchia delle fonti, nonché del rapporto tra i principi affermati dalle varie Carte, “diviene di volta in volta prevalente quella che assicura una tutela più piena di tali diritti, con continuo travaso delle forme più accentuate di tutela degli ordinamenti nazionali a quello dell'UE e da questa ai primi, direzione quindi sia ascendente che discendente”.⁴³

Come anticipato, l'art. 2 Cost. consente, di trovare nuovi valori della persona fortemente condizionati dai processi evolutivi della stessa in un dato momento storico. Il valore costituzionale di identità personale si riferisce alla sfera della personalità dell'individuo, in grado di differenziarlo dagli altri. La Corte costituzionale ha riconosciuto, con lo stesso articolo, il diritto all'identità personale, la quale costituisce un bene tutelabile indipendentemente dalle condizioni personali e sociali della persona.⁴⁴

⁴¹ALPA G., in Alpa-Ansaldo, *Le persone fisiche* (art. 1-10), in *Il Codice civile, Commentario* diretto da SCHLESINGER, Milano, 1996; RESCIGNO P., op. cit.

⁴²Cass. Civ., Sez. III, 14 ottobre 2008, n. 25157, in *Giust. Civ. Mass.*, 10, p. 1482

⁴³Consiglio di Stato, Sez. VI, n. 4723 del 09.08.2011 in *Foro amm.*, CDS 2011, 7-8-, 2563, in Chiarella M.L., op. cit.

⁴⁴FAQ 3 DIRITTI DELLA PERSONALITA'.pdf (ordineavvocatitorino.it)

Il diritto all'identità personale garantisce la fedele e completa rappresentazione della personalità individuale del soggetto nell'ambito della comunità di appartenenza. "Si tratta del diritto ad essere sé stessi, inteso come rispetto dell'immagine di partecipe alla vita associata, con le acquisizioni di idee ed esperienze, con le convinzioni ideologiche, religiose, morali e sociali che differenziano, ed al tempo stesso qualificano, l'individuo".⁴⁵ L'ingresso di tale diritto all'interno dell'ordinamento giuridico si trova nella Legge 31 dicembre 1996 n. 675, la quale si limita a menzionarlo, ma non a definirne l'oggetto.

In ambito giuridico si potrebbe definire l'identità come l'immagine che la società possiede dell'individuo, anche se erroneamente, in quanto non vi saranno mai due soggetti che vedono la persona allo stesso modo. Al fine di un'individuazione inequivoca della persona, quindi, all'interno dell'ordinamento trovano garanzia i diritti in riferimento al nome e all'immagine.⁴⁶ È necessario considerare, che ad un nome, nonché all'immagine collegata, corrispondono una serie di attività, idee ed esperienze in grado di esprimere convinzioni ideologiche, religiose, morali e sociali che differenziano e, al tempo stesso, qualificano l'individuo. Identificare una persona significa accertarne i caratteri che la distinguono da un'altra, tra questi i dati anagrafici e caratteri individuali; ma anche l'esigenza intrinseca nel soggetto di affermare le sue qualità all'interno delle relazioni.⁴⁷

L'attenzione si focalizza sulla situazione giuridica dell'identità personale, come elemento caratterizzante della persona e connesso alle garanzie costituzionali della tutela dei diritti fondamentali. Questa non può essere confusa con la riservatezza, la quale attiene alla non rappresentazione a terzi del complesso delle vicende private del soggetto; neppure può essere ricompresa all'interno delle discipline che tutelano l'onore e la reputazione, poiché una distorsione della verità sulla persona potrebbe non ledere l'interessato, ma distorcere la sua verità, ossia la sua immagine pubblica. L'identità personale costituisce quindi un bene, indipendentemente dalla condizione personale, dai pregi e difetti del soggetto e la

⁴⁵0173_raffiotta.pdf (forumcostituzionale.it)

⁴⁶FALZEA A., *Il diritto all'identità personale: motivi di perplessità*, in AA. VV., *La lesione dell'identità personale e il danno non patrimoniale*, Milano, 1985, p. 89

⁴⁷<https://scienze politiche.unical.it/bacheca/archivio/materiale/1773/Niger%20II%20diritto%20al%20l'identit%C3%A0%20personale.pdf>

finalità dell'art. 2 Cost. è proprio quella di tutelare la persona umana integralmente e in tutti i suoi modi di essere.⁴⁸

È possibile affermare che la disciplina del diritto all'identità personale resta ancora oggi quella enucleata nelle sentenze della Corte di Cassazione, per le quali tale diritto tutela "l'interesse di essere rappresentato, nella vita di relazione, con la sua vera identità, così come questa nella realtà sociale", in altre parole il diritto "a non vedersi all'esterno alterato, travisato, offuscato, contestato il proprio patrimonio intellettuale, politico, sociale, religioso, ideologico, professionale, ecc. quale appariva destinato a mostrarsi nell'ambiente sociale".⁴⁹

La nozione del diritto rimane, però, fluida, necessariamente mutevole nel tempo, che cambia con l'evoluzione del soggetto. "Soprattutto nel mondo delle nuove tecnologie, in particolare di internet, l'identità si conferma come il frutto di una costruzione continua, incessante".⁵⁰ Nella società odierna, l'uomo vive una condizione d'inautenticità, sentendosi privato della consapevolezza esistenziale, trovandosi sempre freneticamente alla ricerca di proiezioni di sé, che vivono in sostituzione al reale. Oggi, le identità sono "vestiti da indossare e mostrare, non da mettere da parte e tenere al sicuro".⁵¹

Tra gli altri diritti di personalità, strettamente collegati a quello appena descritto, si trova il diritto all'integrità morale, con cui s'intende l'interesse al godimento del proprio onore e decoro, descrivendo il primo come valore che il soggetto avverte di sé, il secondo come l'insieme di attributi che vanno a definire la percezione sociale dell'individuo. Mentre il diritto all'onore riguarda la dignità personale, nonché la buona reputazione di cui si gode nella società di appartenenza.

3. Il riconoscimento della propria immagine corporea

3.1 Concetto e nascita immagine corporea

I concetti di schema corporeo e di immagine corporea forniscono la possibilità di rappresentare la totalità e la complessità del corpo umano. Mentre il primo è un costrutto oggettivo, in quanto creato dall'insieme delle percezioni del nostro corpo rappresentate a

⁴⁸SANDRELLI G. G., *Legge sulla privacy e libertà di informazione*, in *Dir. informatica* 2008

⁴⁹<https://core.ac.uk/download/pdf/53246766.pdf>

⁵⁰Stefano Rodotà- *Privacy, libertà, dignità- Privacy, Freedom, and...* - Garante Privacy

⁵¹BAUMAN, *Intervista sull'identità*, Roma-Bari, 2006, p.87

livello della corteccia cerebrale, rappresentato come un complesso schema percettivo legato al processo di localizzazione spaziale compiuto dal sistema nervoso; la seconda appare opposta, includendo al suo interno, le componenti soggettive, cognitive e affettive delle rappresentazioni corporee. Questo secondo concetto, di sua natura più complesso, si presta pertanto a differenti interpretazioni.

Nel 1935, Schilder, la descrisse come “l’immagine e l’apparenza del corpo umano che ci formiamo nella mente, e cioè il modo in cui il nostro corpo ci appare”, concetto che include la situazione emotiva, i ricordi, le motivazioni e i propositi d’azione dell’individuo.⁵² Similarmente si espresse Slade, quasi sessanta anni dopo: “L’immagine che abbiamo nella nostra mente della forma, dimensione, taglia del nostro corpo e i sentimenti che proviamo rispetto a queste caratteristiche e rispetto alle singole parti”. L’autore ne individua quattro componenti: percettiva (come il soggetto vede la taglia e la forma del suo corpo), cognitiva (cosa pensa del suo corpo), affettiva (cosa prova per il suo corpo) e comportamentale (alimentazione, attività fisica).

Fornendone una spiegazione in chiave psicoanalitica, si asserisce che la rappresentazione mentale del corpo è un’organizzazione psichica inconscia, rafforzata da particolari fantasie del sé in interazione con un altro. L’immagine corporea, quindi, dipenderebbe dalle esperienze corporee interne, formate in seguito agli scambi relazionali e dal conseguente investimento affettivo.⁵³

Secondo la prospettiva cognitivo-comportamentale, a fondamento dell’immagine corporea si trovano, invece, i concetti di body image evaluation e body image investment. Il primo riferito alla soddisfazione o insoddisfazione per il proprio aspetto, mentre il secondo riguarda l’importanza psicologica che le persone danno al proprio aspetto fisico secondo la salienza motivazionale e/o di auto-valutazione. Indipendentemente dalle varie definizioni e le varie correnti che si vogliono seguire, il costrutto di immagine corporea si riferisce alle modalità attraverso le quali il corpo viene considerato, percepito e valutato; è la rappresentazione di un corpo che cambia continuamente, di cui si cerca di mantenere un’immagine coerente. Non appare un concetto statico, bensì un qualcosa che si costituisce tramite l’integrazione di esperienze percettive, emotive e sociali, in grado

⁵²<https://www.stateofmind.it/immagine-corporea/>

⁵³Craparo, G. *The role of dissociation, affect dysregulation, and developmental trauma in sexual addiction*, Clinical Neuropsychiatry, 2014

di modificarsi per merito delle esperienze personali: dipende dall'atteggiamento dei genitori, specie dall'adeguatezza di quello materno, dal modo in cui viene vissuto lo sviluppo sessuale durante la pubertà, ma hanno anche grande importanza i fattori esterni. Questa immagine può, tuttavia, essere completamente differente da come si viene percepiti e visti dagli altri; spesso, non si ha neppure interesse che gli altri condividano la stessa immagine. In ogni caso, è riconosciuto come l'immagine corporea influenzi fortemente il comportamento, e averne una, in cui specchiarsi come inadeguati, è probabile divenga un'importante fonte di malessere. A sostegno della tesi, risulta interessante uno studio condotto presso il Centro di Psicoterapia del Policlinico "G.B. Rossi" di Verona, in cui si tenta di valutare: la presenza di differenze significative nel modo di vivere la propria immagine corporea, il modo in cui l'età influisce nel vissuto legato all'immagine corporea e se un'immagine corporea negativa si possa correlare alla tendenza alla depressione. Il campione indagato risulta composto da 60 soggetti suddivisi in tre gruppi: uno con Disturbi del Comportamento Alimentare (0 maschi e 20 femmine di età compresa tra 17 e 47 anni), uno con disturbi psichiatrici diversi da DCA (8 maschi e 12 femmine, di età compresa tra 26 e 72 anni) e uno di controllo, costituito da individui reclutati presso la nostra Facoltà di Medicina e Chirurgia, tra studenti e dipendenti (3 maschi e 17 femmine di età compresa tra 22 e 66 anni).

Ciò che emerge dai risultati è che il senso di inadeguatezza prevale nel gruppo dei DCA, mentre l'insicurezza sociale è comune a entrambi i gruppi patologici. L'insoddisfazione per il corpo, presente in tutti i gruppi e il perfezionismo, più marcato nei pazienti psichiatrici con disturbi differenti da DCA, non sono correlati significativamente all'età in alcun gruppo.

Nel gruppo con disturbi psichiatrici diversi da DCA la tendenza alla depressione si correla significativamente all'insoddisfazione per il volto, per la figura, ma soprattutto per il corpo. Qui, ad un maggiore senso di inadeguatezza corrisponde maggiore tendenza alla depressione mentre nei controlli ciò risulta meno evidente.⁵⁴

Il corpo è, allora, sicuramente uno tra gli elementi più importanti per definire il Sé e quanto riportato sopra, sottolinea l'importanza di curare quest'ultimo. Fondamentale nel

⁵⁴Immagine corporea: confronto tra pazienti con disturbi del comportamento alimentare e pazienti con altri disturbi psichiatrici afferenti al Servizio di Psicoterapia del Policlinico "G.B. Rossi" in Verona (jpsychopathol.it)

dargli significato è l'ambiente culturale: non si può pensare ad un corpo se non come facente parte di un contesto.⁵⁵

Proprio le prime forme di consapevolezza su sé stessi iniziano dalle esperienze corporee. Esistono due livelli del processo di costruzione della rappresentazione di sé: una più precoce, legata all'acquisizione della nozione di possesso del corpo a partire da feedback sensoriali cinestetici, l'altra, più tardiva, legata invece all'acquisizione di una rappresentazione del sé costante nel tempo, che permette il riconoscimento. Durante i primi due anni di vita, la conoscenza avviene, infatti, attraverso schemi senso-motori: tutte le informazioni raccolte sono basate sulle sensazioni e sulla possibilità di muoversi nell'ambiente. Gli organi di senso costituiscono, in questo caso, il primo mezzo per entrare in contatto con la realtà, utilizzati per raccogliere e organizzare le informazioni in costrutti globali e complessi. A differenza degli altri oggetti, però, il proprio corpo non può essere del tutto percepito e conosciuto nella sua globalità se non attraverso uno specchio, che rimanda un'immagine che dapprima deve essere conosciuta e poi riconosciuta.⁵⁶

Il primo specchio, prettamente emotivo con cui il bambino entra in contatto è il volto della madre; le dinamiche createsi, modellano le prime relazioni del bambino con l'oggetto, che verranno poi interiorizzate, diventando così la base per lo sviluppo del suo mondo interno. In sintesi, tutto ciò che la madre rispecchia al bambino, per quest'ultimo diviene realtà, la sua realtà.⁵⁷ Lacan, sostiene che il bambino, tra i sei e i diciotto mesi, osservando la propria immagine riflessa nello specchio, la percepisca dapprima come un individuo reale altro-da-Sé, poi come immagine esterna e in ultimo come il proprio riflesso. Tale consapevolezza, con l'acquisizione di un'immagine di Sé unitaria e definita, condurrà alla nascita dell'Io, in contrapposizione alle altre immagini specchiate. Nei primi mesi di vita, il piccolo evidenzia una spiccata attrazione nei confronti di immagini allo specchio di altre persone, ma soltanto verso la fine del primo anno egli sembra notare la differenza tra i propri e altrui movimenti riflessi. I sentimenti manifestati sono dapprima attrazione, poi perplessità, imbarazzo e infine inquietudine; quest'ultima data

⁵⁵Faccio, E. *Le identità corporee. Quando l'immagine di sé fa star male*, Firenze, Giunti, 2007

⁵⁶Piaget, J. *La nascita dell'intelligenza nel bambino*, Giunti Barbera, Firenze, 1968

⁵⁷Winnicott, D.W. *La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile*, tr. it. in *Gioco e realtà*. Roma: Armando, 1967

probabilmente dalla percezione di un essere simile a sé che mima i propri movimenti, fissa insistentemente negli occhi, ma senza dare inizio a scambi sociali.⁵⁸

In un secondo momento dello sviluppo del bambino, in seguito alla comparsa e all'utilizzo del linguaggio, si avrà il cosiddetto Sé descritto, cioè il risultato di operazioni, da parte del bambino, di attribuzione a sé di caratteristiche e di collocazione all'interno di categorie ben precise. Infine, in seguito alla comparsa della capacità narrativa, il piccolo risulterà in grado di organizzare le proprie esperienze in una sequenza coerente, dotata di senso rispetto al proprio contesto di appartenenza e possiederà una rappresentazione più complessa di sé, che potrà far conoscere agli altri attraverso il racconto, producendo un vero e proprio Sé narrato.⁵⁹

L'immagine corporea si costituisce anche a partire da quanto gli altri ci rimandano del nostro aspetto; questa funzione di rispecchiamento è fondamentale per la conoscenza che abbiamo di noi stessi e si realizza attraverso degli scambi comunicativi che agiscono attraverso movimenti d'attrazione-repulsione. La consapevolezza di sé, non compare in modo improvviso, ma è caratterizzata dalla comparsa di comportamenti caratteristici. Emerge dagli studi di Povinelli, che il bambino, solo a partire dall'età di quattro anni, cominci a riconoscersi con continuità, cioè a costruirsi una rappresentazione costante e duratura nel tempo di sé; processo successivo rispetto all'acquisizione della nozione di possesso del corpo.⁶⁰ Mentre all'età di sette, inizierebbe a dimostrare una certa preoccupazione per la propria immagine. La possibilità di rispecchiarsi, nelle immagini rimandate dagli altri o da uno specchio reale, rende possibile, facilita o complica il percorso evolutivo umano.

3.2 Distorsione immagine

L'immagine è un riflesso della sua interiorità, del suo vissuto, ma allo stesso tempo anche dell'esteriorità; è un doppio che il soggetto può percepire come familiare o estraneo, in cui sposta oggetti che non sono più cose, come da bambino quando le utilizzava per individualizzarsi, ma affetti e sentimenti.⁶¹ Tutti tendono a vedersi con gli occhi degli altri e contemporaneamente ad attribuire agli altri il proprio modo di percepirsi. Ad esempio,

⁵⁸Lo specchio come strumento di riflessione del S (core.ac.uk)

⁵⁹Bruner, *La mente a più dimensioni*, Laterza, Bari, 1988

⁶⁰atque_18ns_4.pdf (atquerivista.it)

⁶¹Carotenuto, A. *Il corpo tradito*, Milano, Bompiani, 1997

nell'adolescenza, epoca caratterizzata da cambiamenti fisici, l'immagine di sé fisica di ragazzi e ragazze si sovrappone all'identità personale. Seppur scientificamente, è stato dimostrato che nei maschi quest'età è caratterizzata da un visibile aumento di massa muscolare, mentre nelle ragazze da un fisiologico aumento di massa grassa, entrambe le circostanze sono in grado di far sentire la persona o più attraente, o meno serenamente, possono rappresentare elemento di contrasto rispetto all'ideale di corpo perfetto.

È impossibile pensare al corpo senza considerare le influenze culturali, sociali e politiche, che fanno da sfondo alla nostra vita e che praticano delle pressioni su di noi, soprattutto per quanto riguarda l'aver un aspetto desiderabile. Attenendosi agli aspetti socioculturali, vi è un Modello Tripartito di Influenza che considera i genitori, i pari e i mass media, tre fonti in grado di condizionare lo sviluppo delle alterazioni dell'immagine corporea. Gli ultimi promuovrebbero un'eccessiva esaltazione della magrezza e conseguente perfezione, rinforzata dalle altre due categorie che incoraggerebbero il soggetto ad avvicinarsi e spingersi sempre più verso tale attuale standard. Il modello viene interiorizzato ma, poiché impossibile da raggiungere concretamente, favorirebbe l'insoddisfazione corporea, dovuta ad una scontentezza soggettiva per il proprio corpo in generale o per alcune parti di esso. La discrepanza psicologica che una persona possiede tra il proprio corpo reale e quello ideale è in grado di causare un sentimento negativo verso sé stessi, il quale potrebbe sfociare nell'attuazione di comportamenti dannosi per la propria salute.⁶²

È stato dimostrato, inoltre, che l'aver sviluppato un attaccamento ansioso predice l'insoddisfazione corporea; soprattutto nella popolazione femminile, in tale caso, si sviluppa una maggiore propensione a farsi influenzare dagli ideali proposti dai media.⁶³

Anche nelle esperienze evolutive avverse come umiliazioni per l'aspetto fisico durante l'infanzia e l'adolescenza, rientrano gli aspetti psicologici associati all'alterazione dell'immagine corporea. I soggetti, in questo caso, si caratterizzano per un'estrema importanza data all'apparenza, derivante dall'essere stati bambini e adolescenti molto o per nulla apprezzati per il proprio aspetto fisico. Una delle conseguenze più importanti

⁶²Thompson, J.K., Heinberg, L., Altabe, M., Tantleff-Dunn, S. *Exact beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*, Washington DC, American Psychological Association, 1999

⁶³Hardit, S.K., Hannum, J.W. *Attachment, the tripartite influence model, and the development of body dissatisfaction*, 2012

che accompagnano tali preoccupazioni è il ritiro sociale, dettato dal desiderio di sfuggire agli sguardi degli altri, percepiti come giudicanti e ipercritici.

Come evidenziato, la distorsione può essere, pertanto, di natura percettiva o affettiva; nel caso in cui questa rappresenti un disturbo a sé stante si parla di disturbo da dismorfismo corporeo, se invece fa parte del quadro clinico di disturbi psichiatrici non primitivamente legati all'immagine corporea si parla genericamente di disturbo dell'immagine corporea. Il disturbo da dismorfismo corporeo (DDC) è un disturbo somatoforme descritto nel DSM-IV-TR caratterizzato da un'enorme preoccupazione per un presuntivo difetto fisico in un soggetto normale oppure dall'esagerazione di una lieve anomalia fisica: il corpo viene sovraccaricato di aspettative, fino a credere che il suo cambiamento migliorerà l'intera esistenza del soggetto. Il soggetto affetto è portato a concentrarsi su quella parte del proprio corpo difettosa o come tale giudicata in modo ipercritico; nell'esaminare costantemente la propria immagine allo specchio, appare combattuto fra il desiderio di fuggire quel riflesso che giudica poco attraente e il desiderio, accompagnato da un forte stato d'ansia, di esaminarlo per correggerlo.⁶⁴

Nel DSM-V, tale patologia è inserita nella categoria dei disturbi ossessivi – compulsivi, la persona affetta comprende che la sua preoccupazione è ingiustificata ed esagerata, nonostante ciò, non riesce a evitare di preoccuparsene. Nel caso differente dal disturbo, risulta esaustiva la definizione di Thompson (1991) secondo cui intendere per immagine corporea negativa: “Uno stato di persistente insoddisfazione, preoccupazione e disagio correlati ad un aspetto dell'apparenza nel quale è presente un certo grado di malfunzionamento nelle relazioni affettive e sociali in generale”.

“I figli del ventunesimo secolo sono schiavi del culto del corpo, il loro stato d'animo dipende dall'approvazione o disapprovazione che ricevono dai padroni della loro esistenza: lo specchio e la bilancia. La società, oggi, suggerisce che per avere successo bisogna apparire perfetti, uguali o addirittura migliori dei modelli che vengono proposti”.⁶⁵

Con il passare dei secoli, l'immagine del corpo ideale è radicalmente cambiata; nella società moderna, la discrepanza corpo reale e quello desiderato, nonché il corrispettivo

⁶⁴Dalla Ragione, L., Mencarelli, S. *L'inganno dello specchio. Immagine corporea e disturbi del comportamento alimentare in adolescenza*, Milano, Franco Angeli, 2012

⁶⁵Mian, E. *Specchi. Viaggio all'interno dell'immagine corporea*, Phasar Edizioni, Milano, 2006

confronto con il proprio riflesso allo specchio, diviene un'esperienza carica di sofferenza. Si evidenzia che l'insoddisfazione corporea delle adolescenti aumenta all'aumentare dell'età, mentre, al contrario, diminuisce nei maschi. Invece, da adulte sembra che siano le donne, a mettere in atto comportamenti autolesionistici e ad avere atteggiamenti meno protettivi verso il proprio corpo rispetto agli uomini. Un gran numero di studi evidenzia una vera e propria associazione tra bassa soddisfazione per il proprio corpo e problemi come ansia, depressione, bassa autostima, abuso di alcool, uso di tabacco, abuso di sostanze. Tutto questo ha portato, negli ultimi decenni, a un vero e proprio culto del corpo che, negli anni, si è trasformato in un idolo, un dio severo ed esigente, di cui spesso si diventa schiavi. Questo si deve, in particolar modo, al progredire di tecniche mediche, che rendono possibili trasformazioni corporee profonde; sebbene l'origine del disagio non risieda propriamente nel corpo, ci si convince sempre più che la sua modificazione estetica rappresenti una soluzione efficace. La pressione ad avere un fisico perfetto è diventata così potente, a tal punto che chi si rifiuta di sottoporsi a tali procedure, può arrivare a essere visto e considerato come deviante. Vi è il desiderio di riuscire a possedere il proprio corpo ed è per questo che molti cercano di divenire padroni, costruendolo come vogliono grazie alla chirurgia. L'American Society of Plastic Surgeons (ASPS) ha indicato che le procedure mediche cosmetiche continuano ad aumentare. Nel 2009, negli Stati Uniti, più di duecento mila interventi di chirurgia estetica sono stati eseguiti su soggetti di età compresa tra i 13 e i 19 anni. In Italia il numero d'interventi di chirurgia estetica è stimato intorno ai seicento mila l'anno.⁶⁶

3.3 La vita drammaturgica

Il sociologo Goffman viene ricordato per aver elaborato una “sociologia della vita quotidiana”, dell'interazione, del comune comportamento e delle sue regole. In particolare, egli si domanda come si comportino due persone quando si incontrano, indipendentemente da chi siano o dal motivo per il quale sia avvenuto il loro incontro.

Il presupposto che sorregge tale teoria è che le interazioni, oggetto di studio privilegiato, avvengono non soltanto attraverso il linguaggio verbale, ma anche tramite abbigliamento, gesti e posture. Gli individui necessitano di informazioni sugli altri e mentre trasmettono

⁶⁶Morgan, K.P. *Women and the knife: Cosmetic surgery and the colonization of women's bodies*, Hypatia, 1991

immagini di loro stessi, nei contesti quotidiani, ne ricevono altre in cambio. Più o meno consapevolmente, quindi, vengono inviati senza sosta segnali che vengono recepiti da altri come informazioni utili per definire la situazione in cui ci si trova, la quale consente di orientare il proprio agire.

Per spiegare la propria concezione interattiva, nella sua opera *La vita quotidiana come rappresentazione*, Goffman fa ricorso a una metafora assai efficace per definire la vita sociale, quella di metafora drammaturgica: una rappresentazione che i gruppi sociali mettono in scena di fronte ad altri gruppi, basata sul controllo delle impressioni, ossia il modo in cui l'individuo guida e controlla le idee che gli altri si fanno di lui. Durante le interazioni, ogni persona recita sé stessa all'interno di una situazione triangolare: attore-palcoscenico-pubblico, in cui ognuno è impegnato a fornire un'immagine che sia al contempo vantaggiosa per sé e credibile per gli altri. Nella vita sociale, l'attore è sempre intento a porre sé stesso in scena; il self, cioè l'autocoscienza, viene concepito come una costruzione sociale alimentata dalle interazioni, stabilito in base alla situazione. Pertanto, la concezione della propria identità, seppur non del tutto determinata dai rapporti con gli altri, nasce nelle interazioni e grazie a queste si sviluppa.⁶⁷

Tutte le attività svolte in un certo lasso di tempo in cui la persona si trova in presenza di altre, tali da esercitare una certa influenza su quest'ultime, vengono definite con il termine rappresentazione; mentre il repertorio espressivo che l'individuo utilizza in tali situazioni costituiscono la sua facciata, a sua volta comprensiva dell'ambientazione. Naturalmente, ci sono aspetti che è preferibile non presentare agli osservatori, tuttavia, alcuni di essi non possono essere mascherati, pertanto, ci si impegna a minimizzarli e privarli di valore comunicativo.

L'ambiente fisico che fa da sfondo ai comportamenti umani può essere distinto in due regioni: una anteriore e una posteriore, ovvero palcoscenico e quinte. Nella prima viene realizzata la rappresentazione, mentre nella regione posteriore, a cui il pubblico non ha accesso, l'attore sociale può prepararsi, rilassarsi e impegnarsi in azioni che danneggerebbero il suo personaggio e il corrispettivo controllo delle impressioni.

La società si divide in due gruppi: di audience e di performance. Per appartenere ad un gruppo, bisogna dividerne il suo retroscena, quindi a seconda della situazione,

⁶⁷Goffman, *La vita quotidiana come rappresentazione*, trad. di M. Ciacci, Il Mulino, Bologna, 1969

l'individuo può appartenere indistintamente al primo o al secondo. I gruppi di performance sono costituiti dagli attori, ossia le persone impegnate nella recitazione e agiscono su uno spazio pubblico, il palcoscenico e, ad intervalli, su uno spazio privato costituito dal retroscena. Condividere quest'ultimo, in questa veste, significa soprattutto conoscere i segreti del gruppo, ossia quelle informazioni che, se trafilassero all'esterno renderebbero falsa e non credibile la rappresentazione. Naturalmente, il comportamento nei due spazi può risultare tanto uguale quanto contraddittorio.⁶⁸ In ogni caso, le interazioni non avvengono mai tra un pubblico passivo e una compagnia di attori attiva, ma fra due gruppi che interagiscono sostenendo apertamente i rispettivi comportamenti. Questo perché le persone si venerano le une con le altre come piccoli dei, e il modo in cui si accetta la presentazione di un sé diviene parte di una liturgia. L'individuo aderendo a queste regole, diviene così volontariamente carceriere di sé stesso, smettendo di cercare l'autentica sua persona.

La città, con i suoi molteplici palcoscenici, appare come un ambiente in cui esistono molteplici modi di farsi conoscere dagli altri e in cui si rendono possibili svariate manipolazioni dell'informazione proveniente dal retroscena, offrendo quindi molte occasioni di presentare il proprio sé più o meno consapevolmente ingannevoli. Pensando di conoscere il proprio pubblico è chiaro come si cerchi di mantenere un'immagine coerente; pertanto, si dà per scontato di essere più al sicuro in un gruppo di estranei, ma il fatto di non conoscere qualcuno non implica necessariamente il contrario. Nessuno si aspetta una coerenza assoluta nel comportamento di un individuo, ma che la selezione dei propri ruoli sia in grado di esprimere un sé unitario. Allo stesso modo, non si esibisce mai per intero il proprio intero repertorio di ruoli, cosa che invece accade per attributi discriminanti; la persona sceglie accuratamente i più adatti in base ai contesti e alla propria volontà.

Così nell'impianto teorico di Goffman si trovano attori, palcoscenici, pubblico, retroscena, con la sola mancanza di un copione fisso.⁶⁹

“La vita, mia cara, è un palcoscenico dove si gioca a fare sul serio”. Questo estratto è preso dal dramma più famoso di Luigi Pirandello: *Sei personaggi in cerca d'autore*. Rappresentato per la prima volta il 9 maggio 1921. Assumere il relativismo conoscitivo

⁶⁸T4 - Erving Goffman, *La ribalta e il retroscena* (giuntitvp.it)

⁶⁹ <https://www.filosofico.net/goffman.htm>

pirandelliano, significa sostanzialmente ammettere di una verità non assoluta, poiché l'unica verità possibile è quella che identifica l'essere con il suo apparire. L'autore parla di recita del mondo, secondo cui l'umanità vive in un perenne palcoscenico, costretta a comportarsi in un certo modo sulla base delle varie situazioni sociali, in cui l'uomo si trova costretto ad indossare delle maschere. La maschera, qui, rappresenta quell'identità che ogni individuo sceglie e nelle quali si immedesima per poter interpretare il suo corretto ruolo all'interno della società.

Nel romanzo Uno, nessuno e centomila, attraverso questa metafora, si spiega al lettore come l'uomo si nasconda dietro questa, una maschera, un velo di Maya che non consente di conoscere la sua personalità. Il protagonista del romanzo, Angelo Mostarda rispecchia a pieno questa visione e può essere interpretato come la controfigura della nostra realtà contemporanea. Egli, infatti, rifiuta lo specchio, simbolo per eccellenza dell'eterno conflitto tra l'immagine che si ha di sé e la propria identità riflessa, in favore delle maschere, mutevoli in base ai contesti. Essere sé stessi implicherebbe accettare il peso del confronto, affrontare conflitti e sperimentarne i danni, mettere in discussione le proprie idee. Da ciò deriva che l'uomo trovi più semplice e meno rischioso nascondere il proprio volto dietro una maschera, per vivere ai margini della mediocrità senza abbracciare apertamente alcuna posizione. La maschera risulta, allora, simbolo alienante, indice della spersonalizzazione e della frantumazione dell'io in identità molteplici. La crisi che investe il personaggio, è il fatto di trovarsi perennemente alla ricerca di sé stessi, imprigionati in forme e situazioni che non sentono peculiari a sé.

“Un personaggio, signore, può sempre chiedere ad un uomo chi è. Perché un personaggio ha veramente una vita sua, segnata di caratteri suoi, per cui è sempre qualcuno”.⁷⁰

La realtà attuale sembra non offrire una visione tanto differente: l'uomo risulta costretto e gettato in un mondo mutevole, esponenzialmente veloce, in cui sottoporre sé stessi e il prossimo a continue rivalutazioni e a mostrarsi diversamente nei vari contesti. Questo irrisolvibile scontro tra essere e apparire costringe gli uomini a vivere in una condizione di infelicità. È la società a richiedere l'uso delle maschere, necessarie per fronteggiare le situazioni, in una realtà in cui l'estrema labilità delle relazioni non permette di acquisire la conoscenza di chi ci sta attorno e nemmeno di noi stessi.⁷¹

⁷⁰Luigi Pirandello, *Sei personaggi in cerca di autore*, Rizzoli, Ed.1994.

⁷¹<https://www.pirandelloweb.com/pirandello-e-la-contemporaneita/>

Cosa porta un uomo a indossare una maschera? Uno dei principali motivi potrebbe essere il bisogno di appartenere a qualcosa perché ci si sente emarginati, avvertendo un senso di inadeguatezza. Viviamo in un mondo in cui ci si sente costantemente giudicati ed etichettati, in un mondo in cui ci si deve nascondere dietro a un qualcosa di irreale perché si ha paura di non venire accettati.

La sfida sta nel riuscire a rimuovere questo strato superficiale di irrealtà che ognuno possiede e affrontare i pericoli di questa scelta, accettandone le conseguenze, perché solo in questo modo si riuscirà ad essere felici e liberi dai giudizi delle altre persone.⁷²

3.4 Il teatro per conoscersi e riconoscersi

Il teatro è da sempre considerato una forma di conoscenza; questo perché sviluppa mezzi per rappresentare particolarità individuali e leggi sociali, ancor prima che queste divengano oggetto di studio della sociologia e la psicologia scientifica. Non solo, ma gli aspetti terapeutici della pratica teatrale vengono dimostrati lungo tutta la storia dell'umanità. Il termine catarsi deriva dal greco *kátharsis*: purificare: la liberazione dell'individuo da una contaminazione che danneggia o corrompe la natura dell'uomo. Venne introdotto da Aristotele per esprimere il peculiare effetto che aveva il dramma greco, ossia, purificare gli spettatori attraverso l'eccitazione artistica delle emozioni.

Nell'antica Grecia, infatti, l'aspetto più importante delle rappresentazioni teatrali era la capacità di creare una simbiosi vera e propria tra attori e pubblico, il quale, osservando lo spettacolo, viveva un'esperienza in grado di provocare il cosiddetto fenomeno della catarsi, da intendersi come una sorta di purificazione dell'anima. Il tutto avveniva prevalentemente nel genere della tragedia; i sentimenti quali l'amore, l'odio, la vendetta, la pietà che dominavano negli eroi tragici, una volta proiettati sulla scena, venivano razionalizzati ed espulsi dagli strati più profondi della coscienza. In questo modo, lo spettatore aveva la possibilità di liberarsene, quindi di rinascere puro. Le rappresentazioni nelle quali i protagonisti finivano per morire o sopravvivere con sensi di colpa, rimorsi, angosce, conseguenze di scelte irrazionali, invece, offrivano la possibilità di lasciarsi coinvolgere, immedesimarsi, perciò evitarli nella realtà quotidiana.⁷³

⁷²<https://ermesverona.it/2021/03/15/lattualita-di-pirandello/>

⁷³ARISTOTELE, LA CATARSI (filosofico.net)

A partire dalle avanguardie storiche si delinea uno spostamento di interesse non più focalizzato sul prodotto, ma sul processo. Nel 1959 Jerzy Grotowski dà vita al Teatro Laboratorio, la cui novità si trova nel fatto che questa pratica nasce da gente esterna al teatro, da dilettanti, ossia dal cosiddetto teatro povero. Egli propone la povertà in teatro, lo sfondamento di tutti gli elementi per arrivare a svelare le ricchezze inesplorate di questa forma artistica. “Il teatro, grazie alla tecnica dell’attore, quest’arte in cui un organismo vivo lotta per motivi superiori, presenta una occasione di quel che potremmo definire integrazione, il rifiuto delle maschere, il palesamento della vera essenza: una totalità di reazioni fisico-mentali. Questa possibilità deve essere utilizzata in maniera disciplinata, con una piena consapevolezza delle responsabilità che essa implica. È in questo che possiamo scorgere la funzione terapeutica del teatro per l’umanità nella civiltà attuale”.⁷⁴

Il setting del laboratorio teatrale, in cui attori e regista lavorano insieme sul training e sulla preparazione dello spettacolo, si propone come uno spazio separato dalla quotidianità, in favore di una esplorazione e costruzione di modalità diverse non solo di pensare, percepire, muoversi, ma anche di interagire. Le normali regole che orientano le interazioni sociali e comunicative vengono ridefinite, e questa esperienza non investe solo gli schemi di relazione interpersonale, ma anche il linguaggio, la mente e il corpo. L’obiettivo è l’ampliamento della coscienza e dell’espressione di sé. Lo spettacolo non è il fine, ma lo strumento, utilizzato dai partecipanti per affermare al mondo la presenza di una loro identità multipla, che contiene anche personaggi non sufficientemente espressi nella vita quotidiana, intraprendendo un percorso di conoscenza e trasformazione. La scoperta di parti che urgono di non essere ulteriormente repressi, ma necessitano di trovare uno spazio d’espressione, consente di sperimentare nuove modalità, quindi nuovi ruoli.

Il processo dinamico di sviluppo della persona attraverso il sistema del teatro si può declinare in diversi passaggi: frantumazione della maschera fissa e stereotipata che si indossa con conseguente contatto autentico con sé stessi e gli altri; liberazione del linguaggio del corpo e del suono della voce, nonché l’improvvisazione di più personaggi con spontaneità e creatività. Inoltre, il lavoro metodico e integrato sulla concentrazione e

⁷⁴Il teatro e la relazione d'aiuto (parte prima) - Counseling Italia - La Comunità dei counselor italiani

l'attenzione, sulla consapevolezza, sull'immaginazione e la creatività, tende ad ampliare la propria mente in una direzione orientata verso l'integrazione e l'autorealizzazione.⁷⁵

A teatro, quindi, comunicazione ed espressione comportano una trasformazione dell'uomo, sia attore o spettatore, su diversi piani. L'attore che agisce sul palco è quello consapevole, che sta agendo con uno scopo, con un'intenzione; mentre il pubblico con cui si interfaccia è quello inconsapevole. "Una sorta di gioco di specchi", come fa rilevare Marialuce Giardini su Frammenti Rivista, "per cui l'attore in platea riflette e risponde a ciò che sul palco avviene e viceversa".⁷⁶

Quanto avviene in teatro, è uno scambio reciproco di vere e proprie vibrazioni che rendono diversa ogni rappresentazione; il cinema, infatti, può esistere anche senza un pubblico, il teatro no. È possibile vedere sempre lo stesso bellissimo film, ogni volta che si vuole, ma mai assistere due volte di fila alla stessa rappresentazione di uno spettacolo teatrale. Le immagini riflesse dal cinema sono filtrate dalla macchina, pertanto non in grado di raggiungere la sensibilità; il cinema chiude la rappresentazione in una pellicola, attraverso il video c'è un filtro, una sorta di vero e proprio velo di Maya che non permette di vivere a pieno qualsiasi sensazione proposta. L'azione, in teatro, non ripete la vita, ma la compie e la consuma rifacendola. Ripetere un gesto vuol dire rifarlo, mai replicarlo.⁷⁷

Il 6 maggio 1935 Antonin Artaud riesce a far rappresentare il suo spettacolo *I Cenci*, precursore di quello che prenderà poi il nome di teatro della crudeltà. L'opera fu però un immediato fallimento, in quanto il pubblico non colse gli aspetti innovativi, ma solamente i più superficiali ancora di stampo surrealista. Per Artaud il teatro della crudeltà deve fondare uno spettacolo che abbia la stessa capacità del cinema, di creare una magia che avvolga tutta la sensibilità dell'individuo. Con il termine crudeltà egli non intende la violenza fisica che può scatenarsi tra due persone, bensì il rigore, la necessità, quella violenza necessaria che le cose provocano a discapito delle persone. Non è sadismo, né fatta di sangue, ma applicazione e decisione implacabile, determinazione assoluta. La crudeltà va intesa nel suo legame con le idee metafisiche che riguardano la dinamica della vita e della morte, secondo cui non vi è un atto di creazione che non generi morte con la sua decisione di esistere. Per questo, codesta tipologia di teatro non utilizza un linguaggio

⁷⁵D. Goleman, *Intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano, 1996

⁷⁶<https://www.thewalkoffame.it/blog/teatro-e-catarsi/>

⁷⁷Francesco Coppa, *Formazione come teatro*, Cortina Raffaello, Milano, 2016

verbale, bensì fatto di gesti, inutili, violenti e gratuiti, con carattere metafisico, in grado di permettere a ciascun individuo di sperimentare la forza dell'energia del gesto stesso, come un qualcosa che addensa e dissemina in una dimensione ulteriore rispetto a quella della sua organicità. Il gesto prende una funzione incantatoria, che trasporta la persona in uno stato di trance, che permette tanto l'individuazione, quanto il distacco. L'arte non è separata dalla vita e il pubblico deve esser messo nelle condizioni di poter accedere ad un'esperienza che lasci riapparire il mistero di quelle leggi che da sempre regolano l'azione della vita. Seguendo la prospettiva di Artaud, il teatro è un mezzo per costruire un'esperienza che trascenda la sfera puramente estetica, capace di trasformare in profondità chi lo fa e chi lo assiste, avendo, così, il trapasso da una fisicità fine a sé stessa a un dispositivo capace di innescare un cambiamento. Nel fare teatro, la persona prende contatto di ciò che fa, delle motivazioni e dei significati che queste assumono. La partitura, ossia il prodotto del gruppo, non trasferisce un sapere predefinito, ma diviene un oggetto nuovo, di natura cognitiva e affettiva, la cui produzione presuppone un incontro con il tempo altrui, in grado di ridimensionare il proprio. Inoltre, il teatro permette di tematizzare i significati delle proprie azioni su un piano di esperienza di secondo livello rispetto al quotidiano: la relazione non è a due, ma a tre, introducendo come terzo lo sguardo dell'altro.

Eppure, con il teatro della crudeltà non è possibile parlare ancora di terapia, infatti il vero incontro tra teatro e psicologia avviene intorno agli anni '60, dove una parte della pratica si muove verso le situazioni di margine, i luoghi del disagio, nel senso più ampio del termine, approdando nei manicomi, nelle carceri, nelle case di cura, ... fino alla strada.

Il vero precursore di questo processo è considerato Jacob Levi Moreno, psicoterapeuta ideatore dello Psicodramma. Egli si cimentò nella conduzione di un gruppo teatrale presso un parco della periferia di Vienna con alcuni ragazzi definiti difficili, scoprendo con loro che il lavoro teatrale di gruppo, basato soprattutto sull'improvvisazione ha una funzione non solo di allontanamento dai pericoli della strada, ma ha anche una funzione terapeutica sulle loro personalità. Lo psicodramma di J.L. Moreno è una forma di psicoterapia di gruppo nella quale ciascun paziente rappresenta sé stesso, dando forma drammatica alle proprie vicende interiori, passate o presenti, in una restituzione del senso della unitarietà della propria esperienza. Nell'esperienza collettiva si realizza una catarsi

delle tensioni, dei blocchi, del disagio profondo, come avveniva nelle rappresentazioni misteriche dell'antica Grecia.

In campo psicologico, l'attenzione si sposta sui vissuti qui ed ora e sulla consapevolezza dell'esperienza. Questa, può essere raggiunta attraverso l'auto-osservazione, che presuppone una certa distanza, una non identificazione con i contenuti mentali. La stessa non identificazione la ritroviamo in campo teatrale con Brecht che ribadisce la necessità di una distanza critica dell'attore nei confronti del personaggio e del testo. La distanza implica la distinzione tra l'azione e il riflettere sull'azione stessa, la separazione tra il ruolo e l'attore; qui, lo straniamento induce lo spettatore a pensare alle vicende rappresentate, prendendo coscienza della sua situazione. La distanza nel teatro permette alla persona, l'attore o lo spettatore, di avanzare fra due mondi: quello oggettivo e quello soggettivo, perché il teatro è un'esperienza nella quale le persone immaginano e si comportano come se fossero altro, in un altro tempo, in un altro posto.

Più recentemente Landy riprende il concetto per sottolineare la distinzione tra il ruolo e l'attore. Egli utilizza tecniche proiettive per amplificare questa distanza, apparendo uno dei più importanti teorici di un nuovo approccio chiamato drammaterapia. *Dramma*, dal greco "*Dran*", significa letteralmente compiere un'azione, ma l'atto drammatico non è semplicemente fare qualcosa, è necessario che l'azione sia compiuta con un certo grado di distanza. Il modello terapeutico utilizzato è quello del modello del ruolo, il quale vede l'individuo come colui che rappresenta numerosi ruoli, biologici, familiari e sociali nella vita reale. Nel lavoro teatrale l'attore entra ed esce costantemente dal ruolo, vi è un continuo slittamento da una realtà all'altra ed è nello spazio intermedio che possono emergere le potenzialità. Gli obiettivi della rappresentazione sono incrementare il numero dei ruoli che la persona possiede, nonché la capacità di muoversi da uno all'altro.⁷⁸

“L'uomo deve dunque poter “crescere” e liberarsi delle proprie schiavitù “giocando” con più copioni, libero di interpretare e sperimentare quelli che più gli si confanno. Infatti, la persona sana non dovrebbe cercare la fedeltà “al copione” che gli è stato imposto, ma la fedeltà al proprio sé”. (Walter Orioli, teatro terapeuta).⁷⁹

⁷⁸<http://www.psicologia-psicoterapia.it/articoli-psicoterapia/igart-teatroterapia-funzione-terapeutica-teatro.html>

⁷⁹<https://www.istitutopsicoterapie.com/la-teatro-terapia/>

4. Tirocinio e progetto educativo riabilitativo

4.1 L'ambiente e l'esperienza

Obiettivo del corso di studi risulta l'aver appreso la corretta metodologia per riuscire a creare dei progetti educativi individualizzati. Le capacità utili alla stesura di questi piani vengono acquisite durante i tre anni. Nel primo anno, durante le 180 ore di tirocinio previste, viene sviluppata l'osservazione, intesa come iniziale momento di incontro e fondamento per la conoscenza dell'utenza, nonché successiva instaurazione della relazione. Osservare, risulta lo strumento utile soprattutto in quello che poi prenderà il nome di assessment, ossia una raccolta di dati del soggetto, divisi per aree, tra cui quella anagrafica, quella familiare, lavorativa, ecc.

Nel secondo anno, con 450 ore di tirocinio, si passa alla stesura del progetto, comprendente tutte le sue fasi e le varie articolazioni. All'interno del servizio a cui sono stati affidati, i tirocinanti si trovano ad avere un proprio tutor guida, a cui potersi rivolgere per concordare i turni e in caso di necessità. Questi sono molto importanti anche per quanto riguarda il progetto, in quanto essendo operatori del servizio in questione, conoscono e hanno esperienza nel settore.

Nel terzo ed ultimo anno, si applicano le precedenti e si prosegue con la verifica e valutazione. Per questo sono previste 600 ore da svolgere, le quali, nel mio caso, sono trascorse all'interno del Centro di Salute Mentale di Osimo, dal 4 ottobre 2021 al 24 marzo 2022.

Ubicato in Via Alcide de Gasperi, 54, 60027 Osimo AN, esso si identifica come centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico dei territori sottostanti l'area vasta 2 più prossimi al comune di Osimo, ad esempio Castelfidardo, Loreto, Porto Recanati, Offagna ecc. Nella struttura, corrispondenti agli obiettivi del servizio, primo tra tutti una presa in carico globale dei soggetti, operano molteplici e differenti figure professionali: otto infermieri, cinque psichiatri, tre educatrici, due assistenti sociali e una psicologa. Il responsabile del servizio è il dott. Massimo Mari.

Gli psichiatri svolgono prime visite, colloqui clinici e stabiliscono piani terapeutici individualizzati per l'utenza in carico; rispettando e aderendo a questi, i soggetti si recano in struttura per l'affidamento o l'assunzione dei farmaci, la quale somministrazione avviene da parte degli infermieri. Quest'ultimi sono molto attivi anche per quanto

riguarda il servizio territoriale, usufruiscono delle prime ore del mattino per effettuare visite domiciliari e relativa consegna dei medicinali.

Per ogni utente viene a formarsi una micro-equipe, composta dai professionisti di riferimento, che concordano un piano terapeutico individuale (PTI) per il soggetto, contenente il suo progetto di vita. Questo documento è aggiornabile e modificabile, la verifica avviene tendenzialmente ogni sei mesi o nel caso particolare, al momento del bisogno.

La funzione principe dell'educatore all'interno del servizio risulta la programmazione, che si svolge attraverso un briefing mattutino con gli altri operatori, riunioni di equipe, progettazione e verifica dei PTI, nonché primi colloqui con gli utenti interessati ad accedere alle attività proposte dalla struttura. Accanto a questa, il sostegno, attuato tramite colloqui individuali con gli utenti e in situazioni di necessità, eventuali loro familiari. Avvengono anche riunioni con operatori esterni ed agenzie per favorire il reinserimento nel territorio, attività domiciliari e supporto presso SPDC o cliniche psichiatriche.

Come ultima, sicuramente non meno importante, la funzione riabilitativa, attraverso la creazione di gruppi appartamento e relativo affiancamento nell'autonomia abitativa, che si costituisce come un lavoro di rete per coloro, che pur avendo raggiunto una certa autonomia, necessitano una continuità di sostegno. Inoltre, assieme all'assistente sociale, vengono valutati inserimenti lavorativi, eventuali accompagnamenti e successivi monitoraggi. Le attività ad oggi proposte all'interno del Centro sono molteplici, nonché gruppalì: si trovano infatti "il gruppo benessere" con obiettivo la cura del sé, "il gruppo autonomia" con il fine di aiutare gli utenti per una prossima e possibile entrata in appartamento condiviso con altri, il "gruppo multimediale" con la visione di film a tema. Di questi gruppi se ne occupano principalmente le educatrici, con il sostegno delle figure interessate. Durante la bella stagione, a questi si aggiungono anche attività di montagna-terapia, ossia delle escursioni di durata variabile, condotte dall'educatrice affiancata da volontari e guide esperte.

I turni di tirocinio durano sei ore, con l'entrata prevista alle 8.30 e termine attorno alle 14.30, ad eccezione del giovedì, che solitamente è il giorno della cosiddetta "uscita fuori porta", in cui utenti e operatori preparano e portano il pranzo al sacco, per poi mangiarlo e passare l'intera giornata, sino le 18 circa, assieme.

Ogni venerdì, in tarda mattinata, dopo il “gruppo arte” guidato da utenti esperti, i quali fungono da maestri d’opera, si svolge una riunione d’équipe, a cui partecipa tutto il personale. Durante questa, vengono discussi temi riguardanti l’organizzazione del servizio ed eventuali sue modifiche, viene stabilita la programmazione della settimana successiva e discussi eventuali casi complessi, che necessitano di un confronto tra operatori, al fine di riuscire a concordare la decisione più consona per proseguire, garantendo una presa in carico globale.

Forte è la collaborazione tra il CSM e l’Ambito Sociale Territoriale XIII, il quale risulta promotore del progetto “La rete del Sollievo”. Un progetto che nasce con l’obiettivo di promuovere il benessere psichico delle persone affette da patologie psichiatriche e loro familiari, per integrare gli stessi nel tessuto sociale di riferimento. Articolate in diverse giornate, presso una sede distaccata, vengono proposte attività, tra cui laboratori, spazi di risocializzazione e di gruppo, gruppi di Auto Mutuo Aiuto, progettazione lavorativa e turismo sociale. Per decidere chi far partecipare all’interno, un lunedì ogni due settimane, si tiene una riunione con il responsabile della rete, in cui educatrici, assistenti sociali e psichiatri propongono nuovi inserimenti nei laboratori offerti, in base alle effettive necessità dei soggetti in questione.

Il CSM di Osimo, aderendo agli orari previsti sulla carta di ciascun servizio sanitario, è aperto tre pomeriggi a settimana, i quali solitamente vengono utilizzati soprattutto per colloqui individuali. Il sabato è possibile recarsi solo durante la mattinata ed esclusivamente per la somministrazione di farmaci, infatti non sono previste attività educative. La domenica è il giorno di chiusura del centro.

Come già indicato, al terzo anno di corso si presuppone che gli studenti abbiano già appreso una buona metodologia, soprattutto teorica derivante dagli esami sostenuti, ma ciò non toglie un primo disorientamento, quando si comincia il tirocinio.

Dopo la presentazione con gli utenti e varie figure professionali, inizia l’osservazione del contesto, inizialmente interagendo a malapena. Con il passare dei giorni, la conoscenza dell’utenza che procede, arriva la partecipazione a diversi gruppi, inizialmente come osservatrice poi anche come co-conduttrice, fino ad arrivare all’inizio del progetto da me proposto, prendendo le vesti di conduttrice, in autonomia con l’aiuto della tutor.

Numerosi all’interno del servizio risultano i primi incontri di conoscenza di nuovi utenti, durante questi, viene utilizzato lo strumento VADO, ossia un insieme di domande da

porre, come in un'intervista e in cui annotare le risposte, per riuscire ad avere un quadro generale circa il soggetto in questione.

Per quanta riguarda i colloqui educativi, operando in un contesto gruppale, non erano previste modalità individuali: questi avvenivano solo in caso di necessità, o comunque non in maniera formale. Solitamente iniziavano delle discussioni, dove l'educatore si limitava a coinvolgere tutti i presenti, ed erano queste occasioni a trasformarsi in colloqui, dove ognuno si sentiva libero di esprimersi a riguardo e raccontare le proprie vicende.

Essendo un servizio territoriale forte è la collaborazione con gli altri enti; infatti, sono previste riunioni con quest'ultimi sia riguardanti delle nuove prese in carico, sia per aggiornare i piani terapeutici individuali di utenti con doppia diagnosi, ossia in carico a più di un ente. Per questi ultimi, sono quindi previste delle riunioni che comprendano tutte le figure professionali di riferimento, allora ci si recava, soprattutto al SERT di Ancona, per la revisione del loro PTI. Questa, avveniva una volta ogni sei mesi, anche per coloro in carico al CSM e vi seguivano degli incontri di confronto con le varie famiglie per la restituzione dell'andamento e la formulazione di nuovi obiettivi da aggiungere.

Sul piano territoriale, ci si recava regolarmente a svolgere delle visite domiciliari presso il gruppo appartamento che veniva seguito dal servizio, di cui facevano parte tre utenti e nella prima mattinata del lunedì, questi venivano accompagnati a fare la spesa per la settimana successiva. Saltuariamente si collaborava con gli infermieri per la distribuzione dei farmaci a domicilio, in quanto la caposala del servizio presupponeva la presenza di minimo due figure nell'erogazione di tale prestazione.

Oltre alle molte nuove prese in carico, durante il periodo di tirocinio è successo anche l'inverso, ossia un'utente del gruppo appartamento, che in quanto gravemente obeso, è stato inserito dal CSM in una comunità, per favorire la sua perdita di peso. In questo caso, si è collaborato alla preparazione delle valigie, alla spesa per l'inserimento e accompagnato il soggetto alla prima visita della struttura, con successivo colloquio con la psicoterapeuta. Nei casi di urgenza, caratterizzati da avvenimenti eclatanti, è previsto il ricovero degli utenti nell'ente ospedaliero presso la clinica psichiatrica. In questo caso, come avvenuto, l'equipe con in carico il soggetto si reca presso il servizio SPDC per fare una visita.

4.2 Perché il progetto

Come già detto, l'esperienza di tirocinio svolta all'ultimo anno del corso di laurea prevede come obiettivo finale la stesura e successiva messa in atto di un progetto educativo, che può essere svolto in un contesto singolo o gruppale.

Inizialmente il protagonista doveva trattarsi di un utente di nome Lucas, di circa 50 anni, il quale aveva gravi problemi di obesità, che compromettevano la sua vita sociale, procurandogli un grande senso di vergogna. Dopo aver stabilito assieme all'assistente sociale e il suo psichiatra di riferimento, il fatto che nel giro di qualche settimana, egli sarebbe stato trasferito dal gruppo appartamento in cui alloggiava, ad una comunità situata in Ancona, per favorire la perdita di peso, si è dovuto modificare.

La nuova idea è scaturita il 9 novembre, durante un'attività di gruppo, in cui si richiedeva ai partecipanti di annotare su di un cartellone i loro sogni più prossimi. Giorgio, un ragazzo di circa 30 anni, scrive tra i suoi desideri il fatto di voler essere considerato normale e di volere una relazione intima senza impegno. Alla successiva richiesta di chiarimenti da parte dell'operatrice, egli spiega che si sentirebbe perennemente giudicato quando si trova fuori casa: gli altri lo etichetterebbero come "il disabile" piuttosto che con il suo vero nome. Da questo nasce una vera e propria discussione sul fatto che spesso queste stesse etichette, così come i pregiudizi, prima che dagli altri, vengono messe in primis dal soggetto stesso, che magari, come nel suo caso, si vede riconosciuta la legge 104. A riguardo, è Lippmann a sostenere che i pregiudizi hanno il potere di distorcere la percezione delle persone e la realtà. Questi vengono visti come un insieme di opinioni negative nutrite su soggetti appartenenti a determinati gruppi sociali e scaturiscono dal fatto che gli individui hanno la tendenza a sviluppare non solo schemi mentali inerenti a singoli soggetti, ma anche gruppi di persone, schemi mentali che prendono il nome di stereotipi. Si parla di effetto di omogeneità dei gruppi esterni, i quali vengono percepiti come simili fra loro e allo stesso tempo, basandosi sull'etnocentrismo è possibile affermare, pur non avendo basi oggettive, che le persone considerano in maniera più favorevole i membri del proprio gruppo interno. Secondo Tajfel, la tendenza di un individuo ad esaltare le qualità del proprio gruppo a scapito dell'esterno, rifletterebbe una generale pulsione personale utile a costruire la propria autostima.⁸⁰

⁸⁰https://www.unife.it/lettere/filosofia/comunicazione/insegnamenti/psicologia_sociale_pregiudizio/materiale_didattico/parte-prima

Tenendo ben a mente la patologia del soggetto in questione, che comprende la presenza di deliri e paranoie, si provi a pensare un possibile approccio al problema presentato, e cercando del materiale in rete, ci si ritrova a sfogliare pagine e pagine di articoli riguardanti la percezione della propria immagine corporea. Si legge: “nella persona esiste un Sé soggettivo, ma anche un Sé oggettivo e di ciò occorre prendere consapevolezza” ed è questa frase a divenire l’obiettivo del progetto.

Cooley coniò il termine sé riflesso per sottolineare che si apprende a conoscersi osservando gli altri nel contesto di appartenenza. Il mondo sociale è pertanto lo specchio in cui un individuo vede sé stesso: lo specchio rimanda un’immagine attraverso le reazioni degli altri, mentre si utilizza la percezione delle caratteristiche e delle abilità altrui come metro per misurare le proprie. Tali convinzioni condizionano il comportamento che viene assunto nei confronti di una persona, il che a sua volta condiziona il suo comportamento e il concetto che ha di sé.⁸¹ La persona per giudicarsi o attribuirsi un qualsivoglia aggettivo, parte, quindi, inevitabilmente da ciò che le scaturisce il guardarsi e ciò che le rimanda il proprio contesto, ed è proprio in questo momento, nel momento stesso in cui una persona si riconosce nell’immagine riflessa allo specchio, che questa comincia a giudicare ciò che vede.

Inserendo nel progetto l’utilizzo dello specchio, si stimolano i partecipanti a ragionare sulla percezione che essi sviluppano di sé stessi, mettendola a confronto con l’idea che invece sviluppano gli altri. Oggetto affascinante, stimolante e misterioso, come attraverso uno specchio, il processo di costruzione del Sé può essere visto come un continuo gioco di rimandi di immagini, sempre meglio definite e articolate, modificatesi nel tempo, ma sempre riconducibili a un’idea coerente, continua e costante. L’immagine è un riflesso dell’interiorità, del proprio vissuto, ma allo stesso tempo anche dell’esteriorità; è un doppio che il soggetto può percepire come familiare o estraneo. In questo modo, sarebbe possibile aumentare il proprio grado di autostima, evitando il formarsi di nuovi pregiudizi e stereotipi, o comunque riuscendo a metterli in discussione. Non ci si soffermerebbe più su ciò che di più esterno vi è della persona, ma si inizierebbe a considerare anche il proprio.

Pertanto, le attività all’interno del progetto sono mirate al riconoscimento della propria immagine corporea, portando l’attenzione di ciascuno a quell’influenza, inevitabilmente

⁸¹<https://www.stateofmind.it/2018/09/concetto-di-se-psicologia/>

reciproca, che si ritrova tra la consapevolezza della propria immagine e la percezione esterna che gli altri sviluppano della persona. Infatti, da sempre si parla di come il proprio modo di porsi, risulta ineludibile rispetto alla costruzione di nuove relazioni sociali, ma allo stesso tempo, anche la percezione che gli altri sviluppano della persona, sulla base di giudizi esterni, ancor prima di conoscerla, influenzerà la stessa. L'auto-percezione è sempre intrisa di etero-percezione; il giudizio personale è sempre influenzato da quello sociale. Sono gli studi sulla cognizione sociale ad occuparsi dell'influenza esercitata dagli altri sul pensiero e sul comportamento del singolo individuo. I pensieri e le percezioni riguardo agli altri, a sé stessi e alla società nel loro complesso non necessariamente riflettono la realtà con esattezza, nonostante aiutino a crearla. Solitamente si è molto rapidi nel formare un'impressione su un'altra persona, in quanto basterebbe basarsi esclusivamente su poche informazioni. Le prime informazioni che si ricevono su una persona svolgono un ruolo notevole sulla sua valutazione, più di quelle accumulate in seguito: fenomeno definito effetto di priorità.⁸² Il concetto che il soggetto ha di sé dipende, quindi, dalle aspettative altrui, dalle situazioni sociali e dai valori culturali, ma questo non implica un ruolo di passività. Per conoscersi si è obbligati a confrontarsi con gli altri, attraverso un processo di comparazione sociale che ha come diretta conseguenza il fatto che il concetto di sé cambia in relazione al gruppo di riferimento. Il modo in cui ci si presenta dipende dal fatto che, in questo confronto, ci si preoccupa delle impressioni suscitate, e solitamente il proprio comportamento viene moderato, così da influenzare in senso positivo ciò che gli altri penseranno. Nel progetto, proponendo al termine di ciascuna attività, un confronto tra i partecipanti, si rende possibile una maggiore consapevolezza circa questi aspetti. La stessa, svolgendosi in un contesto protetto, risulterebbe meno ansiogena e in grado di produrre degli effetti benefici sui soggetti che potrebbero rendersi conto di ciò che sembrano all'esterno.

4.3 Progetto e valutazione

4.3.1 Assessment e scheda educativa

Il gruppo è formato da cinque partecipanti, tre femmine e due maschi di età variabile compresa tra i 24 e i 42 anni. Tra tutti gli utenti in carico al servizio, partecipano coloro che presentano rilevabili problematiche relative alla propria immagine corporea. Il primo

⁸²La cognizione sociale (slideshare.net)

partecipante, G., un ragazzo di circa trenta anni, che scrivendo su di un cartellone la parola pregiudizio, può essere considerato promotore dell'idea. Come già riportato nella parte teorica, questo è un concetto molto legato alla propria percezione, nonché alla propria rappresentazione.

DATI ANAGRAFICI:

Nome: G.

Sesso: M

Età: 29

AREA FAMILIARE:

Componenti della famiglia: madre, padre, sorella e nonna paterna.

Referente/ caregiver: padre.

Titolo di studio dei familiari: diploma.

Rapporti: rapporto triangolare con i genitori, buon rapporto con la sorella che vive al di fuori della casa di famiglia e ottimo rapporto con la nonna.

Caratteristiche nucleo: vivono nella stessa abitazione lui, madre e padre, lui più legato alla figura paterna, madre con diagnosi di depressione.

Situazione economica: scarsa.

Rapporto tra familiari e comunità: quasi inesistente, minimo rapporto tra CSM e padre.

AREA FORMAZIONE

Scuola: terminata istruzione al secondo anno di ragioneria, dopo svariate bocciature.

Diploma/ Laurea: scuola media.

Lavoro: TIS in un bar, in cui si occupava di preparazioni, interrotto per presenza di paranoie legate ai colleghi.

Esperienze lavorative: assenti.

AREA SOCIALE

Relazioni sociali: Uscite nel fine settimana con dei ragazzi volontari che fanno attività presso il CSM.

Sport: partecipa al calcetto e alla pallavolo organizzati dai vari servizi di salute mentale presenti nella provincia.

Hobbies: montagna.

Patente: sì, ma non utilizza l'auto per paura.

AREA SANITARIA

Diagnosi: Diagnosi schizo/affettiva con esordio a 16 anni.

Psichiatria di riferimento: M.B.

AREA LEGISLATIVA

Invalidità: presente al 100 %

Ingresso al C.S.M.: 07.2010.

Vi è poi S., una donna di circa 50 anni. Durante gli incontri al CSM spesso ella racconta del suo passato, caratterizzato da un grande sovrappeso e prova a stimolare gli altri utenti a perdere peso, per, utilizzando le sue parole “riprendere in mano la propria vita e riuscire a sentirsi liberi”. A riguardo, sostiene di aver trovato la motivazione solo in sé stessa, dopo aver subito un intervento. Con la sua partecipazione e il relativo confronto con il gruppo, potrebbe rafforzare l'importanza dei risultati che è riuscita a raggiungere, nonché aumentare la propria autostima, riuscendo anche a generalizzare ciò che è riuscita a fare ed apprendere.

DATI ANAGRAFICI:

Nome: S.

Sesso: F

Età: 48

AREA FAMILIARE:

Componenti della famiglia: madre e sorella.

Referente/ caregiver: madre.

Rapporti: scarsi.

Caratteristiche nucleo: rapporto conflittuale con la madre con cui abita. Relazione inesistente con il padre con cui non si rapporta da decenni. Relazione amicale con la sorella, con cui saltuariamente esce a fare shopping. Quest'ultima abita con il compagno con cui ha due figli, ma S. non si reca a trovarla, in quanto non tollera la presenza dell'uomo.

Situazione economica: discreta.

Rapporto tra familiari e comunità: madre partecipa ai colloqui se sollecitata.

AREA FORMAZIONE

Diploma/ Laurea: diploma di scuola superiore.

Lavoro: OSS.

Esperienze lavorative: operaia, dopo il fallimento della ditta ha seguito un corso da OSS. Una volta preso il diploma, ora esercita la professione in una comunità per minori a Loreto.

Patente: no.

AREA SOCIALE

Relazioni sociali: inesistenti.

Hobbies: montagna, camminate.

AREA SANITARIA

Diagnosi: disturbo depressivo atipico.

MMG: M.

Psichiatria di riferimento: M.B.

AREA LEGISLATIVA

Invalidità: presente al 80 % (handicap)

Ingresso al C.S.M.: 01.2018.

Per non avere una sola figura maschile all'interno del gruppo, si chiede la partecipazione di R., ragazzo di 25 anni. Per quanto non siano presenti rilevabili difficoltà con la propria immagine corporea, molto spesso egli viene ritenuto inopportuno per i suoi continui interventi. Molte attività proposte nel progetto potrebbero apparire abbastanza ansiogene per i partecipanti, soprattutto per quanto riguarda il confronto finale che viene fatto in gruppo. Grazie a questo, potrebbe comprendere meglio quando sia il momento di intervenire e quando invece le circostanze non lo ritengano adeguato. Inoltre, egli è una persona molto socievole e solare, pertanto, potrebbe risultare di aiuto per quanto riguarda la positività all'interno del gruppo, nonché l'innalzamento dell'autostima di tutti.

DATI ANAGRAFICI

Nome: R.

Sesso: M

Età: 25

AREA FAMILIARE:

Componenti della famiglia: madre, padre e fratello.

Caregiver: madre.

Caratteristiche nucleo: genitori separati, vivono su due piani della palazzina; R. passa una settimana presso la mamma e la successiva con il papà. Ottima relazione con il fratello e con il cugino.

Situazione economica: buona.

Rapporto tra familiari e comunità: mantenuti.

AREA FORMAZIONE

Diploma/ Laurea: diploma presso istituto alberghiero.

Lavoro: attualmente presso officina del padre.

Esperienze lavorative: stagioni come cuoco in vari ristoranti e aiuto nell'officina del padre.

Rapporto lavorativo: lavora all'officina, ma non percepisce stipendio concordato.

Patente: sì, utilizza l'auto.

AREA SOCIALE

Relazioni sociali: molto presenti, ha un gruppo di amici e risulta socievole. Ottima la relazione con il cugino, con cui esce spesso.

Hobbies: disegno, skateboard.

AREA SANITARIA

Diagnosi: fuga di idee, in accertamento.

Psichiatria di riferimento: A.Z.

AREA LEGISLATIVA

Invalidità: richiesta, in fase di ottenimento.

Ingresso al C.S.M.: 01.2021.

C., ragazza di 31 anni. Ha terminato da poco un tirocinio lavorativo nell'ambito della ristorazione con eccellenti risultati, che si ammette con difficoltà; non riuscendo ad essere mai totalmente soddisfatta. Molto curata per quanto riguarda trucco, capelli e profumo, indossa sempre abiti larghi e malmessi. Presenta un evidente sovrappeso, sostiene di andare a periodi, alcuni in cui ingrassa molto, altri in cui le rimane semplice perdere del peso, ma in ogni caso mai recata da un nutrizionista, sempre fatto per conto suo. Con la sua partecipazione alle attività, la si aiuterebbe ad accettare i suoi punti deboli, nonché a godere delle sue conquiste. Non per ultimo, magari lavorare anche sul suo fisico.

DATI ANAGRAFICI

Nome: C.

Sesso: F

Età: 31

AREA FAMILIARE:

Componenti della famiglia: madre.

Caratteristiche nucleo: vivono da sole la madre e lei, rapporto molto conflittuale, ella sta cercando di svincolarsi, facendosi aiutare a trovare un affitto.

Situazione economica: discreta.

Rapporto tra familiari e comunità: nessun rapporto.

AREA FORMAZIONE

Diploma/ Laurea: diploma con massimo dei voti presso ragioneria (corso linguistico).

Esperienze lavorative: TIS.

Lavoro: TIS presso ristorante messicano, preparazioni in cucina.

Rapporto lavorativo: ad oggi terminato con la struttura, mantiene buoni rapporti con una collega.

Patente: no.

AREA SOCIALE

Relazioni sociali: buoni rapporti con il personale della struttura dove ha svolto il TIS, incontri saltuari.

Hobbies: disegno.

AREA SANITARIA

Diagnosi: borderline.

Psichiatria di riferimento: M.B.

AREA LEGISLATIVA

Invalidità: presente al 80%

Ingresso al C.S.M.: 12.2013.

Infine, M. la più anziana. Capelli corti lasciati “come si sveglia la mattina” e vestiti sempre larghi e invecchiati. Ha difficoltà nel lasciarsi trasparire agli altri, sempre sulle sue, si innervosisce sino al diventare scontrosa se qualche altro utente va troppo in profondità nel voler conoscerla. Molto misteriosa, non esprime mai giudizi in riferimento a nulla. Dubbi persistenti sulla sua identità sessuale, vive da sola ma non riesce ad attuare quel distacco dai propri genitori.

DATI ANAGRAFICI

Nome: M.

Sesso: F

Età: 42

AREA FAMILIARE:

Componenti della famiglia: padre, madre e due fratelli.

Rapporti: passa il più della giornata a casa dei suoi genitori, poi torna a dormire presso il suo appartamento. Parla spesso dei propri fratelli, che vivono in autonomia fuori dall'Italia. In rapporto a loro si sente il parassita della famiglia.

Caratteristiche nucleo: vive da sola.

Situazione economica: buona.

Rapporto tra familiari e comunità: nessun rapporto.

AREA FORMAZIONE

Diploma/ Laurea: diploma di scuola superiore.

Lavoro: avvio di un TIS presso un canile.

Esperienze lavorative: operaia (lav. man. dipendente) esperienze varie da aiutante in diversi uffici.

Patente: no.

AREA SOCIALE

Relazioni sociali: assenti.

Hobbies: disegno.

AREA SANITARIA

Diagnosi: schizofrenia (presenza assidua di voci).

MMG: M. S.

Psichiatria di riferimento: A. Z.

AREA LEGISLATIVA

Invalidità: invalidità 100 %

Ingresso al C.S.M.: 03.2011.

4.3.2 Progetto

cORPO(SA)MENTE

“L'immagine corporea è l'immagine che ognuno possiede del proprio corpo ed è influenzata da fattori biologici, psicologici e socioculturali.”

Dalla definizione, l'immagine corporea risulta un costrutto, includente le componenti soggettivo-cognitivo-affettive delle rappresentazioni fisiche ed emotive, riguardando i sentimenti, i ricordi, le motivazioni e i propositi d'azione dell'individuo. Da questo, ne deriva la non staticità: la stessa è in grado di modificarsi continuamente per merito delle esperienze personali, che se positive determinerebbero un aumento di autostima, ma allo stesso tempo questa modificazione potrebbe influire sulla discordanza che si ha tra il modo in cui si viene percepiti e visti esternamente. Spesso, è la persona stessa a non avere alcun interesse che gli altri condividano la stessa immagine.

Risulta evidente come, a vedere in modo così lampante i propri difetti, sia molto spesso, solo la stessa e ciò, se protetto per diverso tempo, può divenire un'importante fonte di malessere. Citando Oscar Wilde: "Non c'è una seconda occasione per fare una buona prima impressione", ma un progetto in cui poter riflettere su questa.

Obiettivo: consapevolezza circa la propria immagine corporea.

Finalità: affermazione di sé stessi e aumento autostima.

Tempi: incontri da circa un'ora e mezza.

Materiali: fogli, pennarelli, specchio, tappetini da yoga, giornali e riviste, forbici, colla, fogli grandi.

Costi: interni alla struttura.

Risorse: stanza a disposizione.

Partners: educatrice tutor.

Attività: ogni attività costituirà un incontro.

1) DISEGNO

Si accolgono i partecipanti, ognuno prende un tappetino da yoga e ci si mette in cerchio.

Vengono proposti degli esercizi di respirazione. (esercizi: rilassamento muscolare progressivo, 4 secondi, narici alternate)

Si distribuiscono dei fogli ciascuno e si posiziona la scatola con i pennarelli al centro.

Il conduttore dà il compito a ciascuno di disegnare sé stesso, utilizzando i colori che vuole.

Ognuno fornisce la spiegazione di ciò che ha voluto mettere in risalto nel suo ritratto e ciò che invece ha tralasciato.

Dare un titolo al proprio disegno.

Discussione.

Auto abbraccio.

2) FORZA E DEBOLEZZA

Si accolgono i partecipanti, ognuno prende un tappetino da yoga e ci si mette in cerchio.

Ad ogni partecipante si distribuisce carta e penna.

Ognuno divide il proprio foglio in due parti, scrivendo “Forza” da una parte e “Debolezza” dall’altra.

Si completano le colonne con le proprie caratteristiche, scrivendo gli aggettivi che ritiene propri.

Dietro allo stesso foglio scrivere un aggettivo positivo per ogni compagno presente.

Confronto e discussione; ognuno aggiunge nella parte relativa alla propria forza anche gli aggettivi che gli altri hanno scritto di lui.

A turno, ognuno sceglierà l’aggettivo che meglio si addice a descriverlo e ripeterà ad alta voce: “io sono ...”.

Auto abbraccio.

3) SENTI IL CORPO

Si accolgono i partecipanti, ognuno prende un tappetino da yoga e ci si mette in cerchio.

Ad ognuno viene distribuito un foglio e una penna.

Il conduttore propone degli esercizi di stretching.

Al termine di ognuno, ciascun partecipante annota la parte del corpo su cui è ricaduta la propria attenzione e le sensazioni provate.

Confronto e discussione.

Si formano delle coppie e si pone lo specchio al muro.

A turno ogni coppia si dispone di fronte allo specchio, uno davanti e uno dietro. La persona davanti farà da marionetta e si lascerà muovere dal proprio compagno. Discussione su ciò che si prova, se i movimenti si sentono propri o meno, se ci è sentiti in imbarazzo o meno rispetto al fatto di essere mossi da un altro.

Auto abbraccio.

4) DALLA BODY IMAGE AL RACCONTO DI SÉ

Si accolgono i partecipanti.

Vengono posizionati i fogli grandi a terra, assieme ai pennarelli.

Ogni partecipante sceglie un colore e si formano delle coppie.

A turno uno si sdraia sul grande foglio, assumendo la posizione corporea desiderata e il compagno traccia i confini della figura seguendone il perimetro.

Utilizzando un foglio nuovo, si invertono i ruoli.

Vengono posizionate le riviste/giornali al centro.

Ognuno sfoglia gli stessi e ritaglia dalle pagine le immagini o frasi che sente proprie e che preferisce.

Fare un collage all'interno della propria sagoma, incollando i pezzi di giornale scelti.

Confronto e discussione.

Auto abbraccio.

5) COSA TI HO REGALATO

Si accolgono i partecipanti e si forma un cerchio.

Si pone lo specchio al centro e uno alla volta ci si posiziona davanti a questo.

Il conduttore chiede a ciascuno la parte che meno apprezza del proprio corpo. La persona che si sta specchiando deve pensare ad un vissuto che la stessa parte del proprio corpo gli ha permesso di fare.

Ci si rimette al proprio posto e si annota il pensiero assieme alle emozioni che sono scaturite dal ricordo.

Chiudendo gli occhi, andare a toccare la parte del corpo pensata.

Confronto e discussione sulle criticità.

Auto abbraccio.

6) RISPECCHIAMENTO E IO AUSILARIO

Si accolgono i partecipanti, che si dispongono in cerchio e vengono formate delle coppie.

Il conduttore consegna lo specchio ad un partecipante, che si mette di fronte al proprio compagno facendolo specchiare.

Quest'ultimo, mentre si specchia, dirà "se tu mi rispecchi io sento..." e proseguirà esprimendo tutto ciò che sta sentendo.

Si scambiano i ruoli nella coppia.

Una volta terminati i turni, confronto su cosa si è scoperto circa il bisogno di conferma e riconoscimento.

Il conduttore fa scrivere a ciascuno una frase che avesse immaginato riferirgli lo specchio.

A turno ci si posiziona di fronte allo specchio e gli altri in coro leggono la frase scritta sul foglio.

Lo specchiato inizierà, allora, un monologo con lo specchio.

Confronto e discussione

Auto abbraccio.

7) AFFERMIAMOCI

Si accolgono i partecipanti, si forma un cerchio, distribuendo a ciascuno carta e penna.

Il conduttore invita a pensare ed annotare una situazione in cui non ci si è sentiti adeguati.

Si formano delle coppie.

La coppia si mette al centro ed entrambi descrivono la propria situazione immaginata in precedenza.

Tenendo a mente la situazione uno dei due componenti dovrà ripetere "io posso perché sono..." mentre l'altro dovrà provocarlo dicendo: "tu non puoi perché ...".

Dopo alcune ripetizioni, interviene il gruppo. Sarà, ora, quest'ultimo, a dire "tu non puoi perché non sei..." e il soggetto a ripetere "io posso perché sono...".

Si invita il soggetto a specchiarsi.

Una volta terminato il giro, ognuno scrive cinque aggettivi che sente lo rappresentino.

Confronto e discussione.

Auto abbraccio.

Indicatori di verifica qualitativi: coinvolgimento e collaborazione; confronto tra gli aggettivi utilizzati per descrivere il proprio sé forniti nel primo incontro e nell'ultimo.

Indicatori di verifica quantitativi: tempo di partecipazione all'attività e presenza agli incontri; differenze numeriche che si ottengono dal confronto tra l'immagine e la definizione di sé fornita all'inizio del progetto e al termine.

4.3.3 Verifica e valutazione educativa

Primo incontro

M. utilizza il blu e fa un disegno abbastanza anonimo, è lei stessa a definirlo così: “una tra tante”, poi, sollecitata dalla discussione, si dà come titolo LA ragazza con gli occhiali. Tutti le fanno notare l'impostazione delle spalle, ma ella non ci si sofferma.

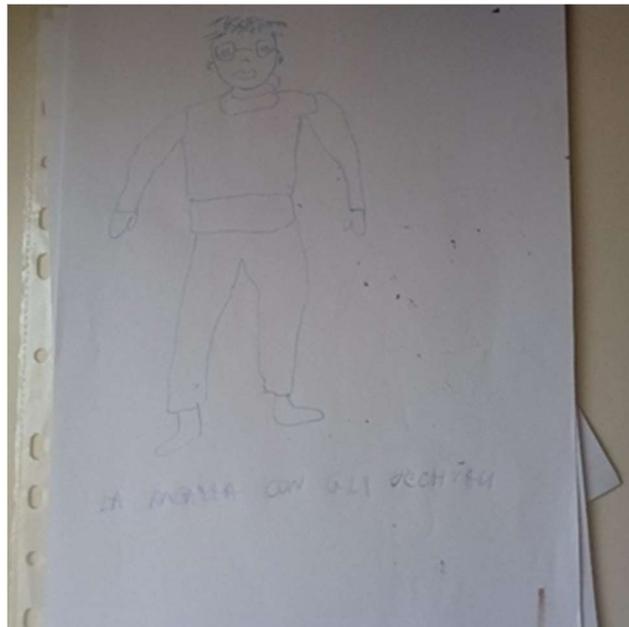


Figura 1 – *Elaborato di M*

Foto dell'autrice, 2022

C. si disegna molto attentamente, è l'unica ad utilizzare più colori; ci impiega più tempo di tutti. Mostra tantissima attenzione ai dettagli (si disegna borsa e orecchini). Disegna marcatamente la pancia. All' incontro si presenta decisamente molto più trascurata, con una tuta e non truccata.

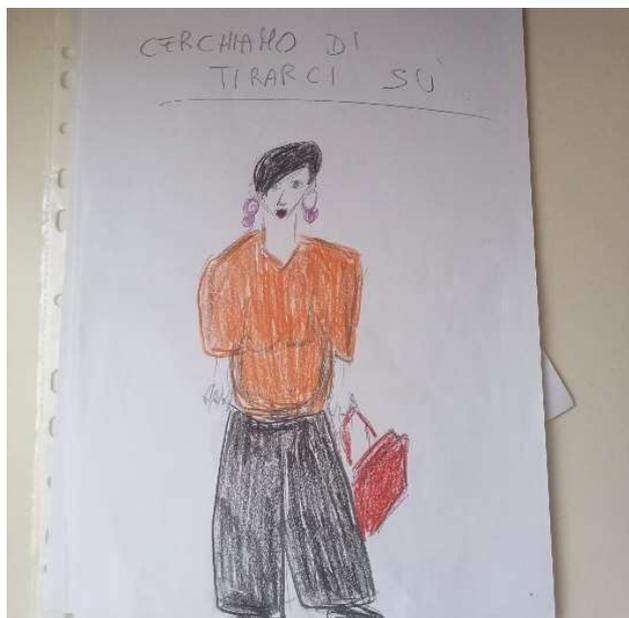


Figura 2 – *Elaborato di C.*

Foto dell'autrice, 2022

G. usa un solo colore: il rosso. Il suo disegno ricorda molto un videogioco dell'orrore (dita lunga, braccia cadenti). Si rivedono all'interno i suoi interessi, ma anche la sua patologia. Nel disegno compie l'azione di fumare, durante la spiegazione dice che lui è così, si riconosce solo con la sigaretta in bocca, è un qualcosa che lo fa sentire in vita. Anche il titolo attribuito è molto significativo: "Paura della vita", ciononostante gli altri partecipanti sembrano comprendere e non sorprendersi.



Figura 3 - *Elaborato di G.*

Foto dell'autrice, 2022

R. decide di utilizzare solo un colore: il verde, che definisce come suo preferito. È l'unico a disegnarsi come si sente e non come in realtà è. Rappresenta un maresciallo, con anche le medaglie. Durante la discussione si ragiona sulla postura che ha fatto assumere al suo disegno: eretta. Gli altri gli riportano che è significato di sicurezza e che effettivamente, visto da fuori è ciò che trasmette.

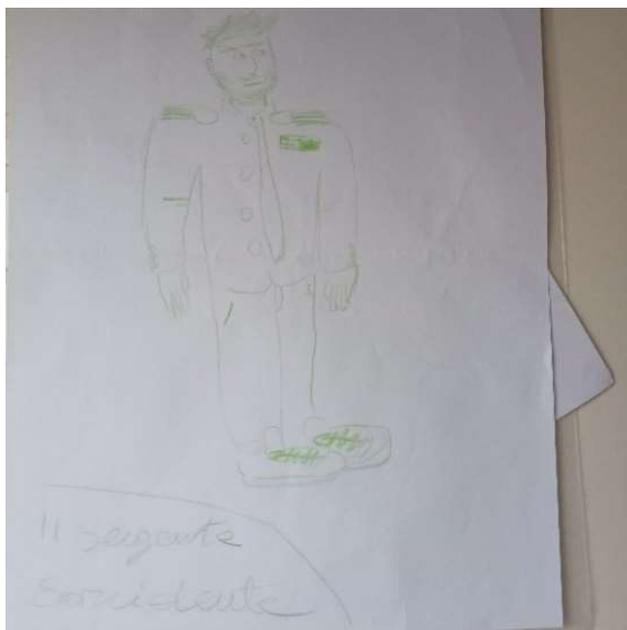


Figura 4 - *Elaborato di R.*

Foto dell'autrice, 2022

S. ride del suo disegno, si giustifica dicendo di non saper disegnare. Intervengo, dicendo che tutti sono belli a loro modo e se ha deciso di farsi così sicuramente si è impegnata e ci ha messo del suo, gli altri mi sostengono in questo e la indirizzano verso il fatto che il suo disegno ha una felicità contagiosa. Decide dopo questo confronto di attribuire il titolo “Oggi sono felice”.



Figura 5 - *Elaborato di S.*

Foto dell'autrice, 2022

Secondo incontro

G. non presente.

M. scrive i propri punti di forza e molti più di debolezza. Tra i primi: capacità di osservazione, concentrazione e la capacità di sintesi. Nei secondi: l'emotività, il non aver costanza, poca fiducia, l'essere impaziente e rigida. Gli altri le fanno aggiungere: il fatto di essere indipendente, riflessiva, sensibile, forte e molto empatica.

S. scrive come sua unica debolezza il non riuscire ad imporsi e vi aggiunge tantissimi punti di forza, tutti derivanti dalla sua esperienza lavorativa presso Casa Giovanna. Tra questi: un grande senso di responsabilità, la sicurezza di sé, la praticità e il fatto di riuscire, quindi essere capace nei compiti a lei assegnati. Scrive anche del fatto che nel lavoro ella è libera di uscire da sola e vi pone molta importanza. Si nota la sua sofferenza relativa a

questo fatto e si sente di raccontare le criticità che ha con sua madre, che dopo un episodio di fuga, non si fida più di lei e non la lascia libera.

Gli altri partecipanti le fanno aggiungere: disponibile, socievole e flessibile di idee.

R. si concentra soprattutto sugli aspetti positivi, quali la sua simpatia, generosità, altruismo e fraternità. Inserisce tra questi, ma in posizione tendente alle debolezze il fatto di essere scaltro, che alla fine verrà da lui spostato in queste ultime, assieme all'incertezza e la monotonia, che più che essere rivolte a sé, dirige verso la sua vita.

La vitalità e il saper ascoltare vengono individuati dagli altri per quanto lo riguardano e aggiunti nei suoi punti di forza, anche se in realtà egli non sembra molto convinto. Egli si individua soprattutto nell'essere fraterno, che sottolinea più volte e cerchia nel foglio.

C. è sicuramente la più esaustiva, fornisce di sé tantissimi aggettivi, positivi e più numerosi, negativi. Tra i punti di forza inserisce il fatto di essere leale, buona, simpatica, di avere la capacità di imparare subito, quindi essere intelligente e veloce, dolce a suo modo e diretta. Sono su questi due ultimi punti che si crea la discussione, in quanto spesso le si fa notare che sul dire le cose direttamente è importante soprattutto moderare le parole e che questo a molte persone possa comunque risultare sgradevole. A questa punto, C. si sente di inserirlo anche nelle debolezze. L'essere dolce a suo modo, ella lo riferisce soprattutto al fatto che si apre sempre molto dopo tanto tempo e da quel momento in poi da tutta sé stessa, rimanendoci spesso fregata. Su questo punto tutti gli altri condividono e raccontano le proprie esperienze in maniera sintetica, alla fine si nota come questo sia in realtà un punto in comune di tutti i partecipanti. Tra le debolezze, invece inserisce di essere permalosa, timida, pigra e il chiudersi a riccio quando vi è un problema; vi inserisce la paura di soffrire e il non sentirsi a proprio agio nei luoghi affollati.

Terzo incontro

Agli esercizi di stretching sono snodati, riescono a compierli tutti.

R. scrive di aver sentito soprattutto la parte superiore del corpo, anche dato dal mal di schiena che spesso ha; si focalizza su collo, trapezio e spalle. La sua parte del corpo preferita, concorde con ciò, sono infatti le gambe. Vorrebbe migliorare l'attaccatura dei capelli.

M. ammette di riuscire meglio negli esercizi che coinvolgono la muscolatura di destra. Alla domanda quale parte del corpo apprezzi di più di te? Risponde gli occhi e le mani; mentre la risposta a ciò che vorrebbe migliorare è "un po' tutto".

S. si limita a scrivere mi sento tranquilla, non ho avuto difficoltà durante gli esercizi.

C. scrive di aver sentito tirare i muscoli delle braccia e di essercisi soffermata, nonché la schiena. Scrive che il fatto di essere bassa l'ha sicuramente aiutata negli esercizi proposti, mentre ha trovato difficoltà nel mantenimento dell'equilibrio. Annota che mentre si trovava a fare lo stretching ha anche pensato al giudizio degli altri.

La parte del corpo che preferisce è il viso (capelli, occhi, bocca) e la parte inferiore anche se meno (gambe e piedi). Ciò che detesta sono invece le braccia, ma soprattutto la pancia. Nel formare le coppie decido di seguire la disposizione che hanno scelto nella stanza, accoppiando chi si trova di fronte: S. e R. – M. e C. iniziano i primi a porsi di fronte allo specchio. Tutti mostrano rispetto e molta cura nel muovere il compagno, particolare attenzione. La prendono sul serio, non cadono in battute o sciocchezze.

S. sostiene di specchiarsi spesso, pertanto non ha prestato attenzione alla presenza dello specchio. Preferisce essere mossa e percepisce tranquillità da parte di R. nel toccarla, nonché delicatezza. È molto sicura di sé stessa, tanto da lasciarsi manovrare da un uomo e non provare alcun disagio riguardo a questo; questo risulta inaspettato, in quanto ha un rapporto ostico con le figure maschili, derivante dall'abbandono del padre di cui molto poco parla.

R. non calcola lo specchio, scrive “né caldo, né freddo” a riguardo, ha preferito essere la marionetta e farsi manovrare, non si espone in profondità, ma conferma quanto provato dalla sua compagna dicendo “credo di essere apparso tranquillo” durante tutta l'attività. Alla domanda, non come sei apparso ma cosa hai provato, divaga.

Non va tutto liscio per quanto riguarda l'altra coppia, che a confronto della prima fa movimenti essenziali nel minor tempo possibile e cerca il contatto il meno possibile.

M. scrive che davanti allo specchio ha provato pena, focalizzandosi principalmente su sé stessa. Preferisce muoversi da sola, o manovrare e alla domanda se ci è sentiti tranquilli con il proprio compagno, risponde con un abbastanza. Scrive che C. ha percepito la sua rigidità e che oltre allo specchio, fonte di blocco erano gli sguardi degli altri.

C. si è specchiata, ma contro la sua volontà; non si è sentita per nulla a suo agio: si è sentita invasa nel suo spazio personale, preferisce di certo muoversi autonomamente. “Ho odiato sia manovrare che essere la marionetta” queste sono le sue parole. “Sono riuscita a pensare soltanto a quello che non mi piace di me”. È consapevole di aver dato l'idea di trovarsi a disagio. Durante la discussione a fine attività quasi che sta per piangere.

Si rifiuta di venire all'incontro del gruppo autonomia del venerdì, perché toccata da questo del giorno prima.

Quarto incontro

Presente Milo (sostituto educatore) come osservatore. C. si rifiuta di partecipare, al telefono le viene chiesto il motivo e dice di essere rimasta scossa dall'incontro precedente, quindi non se la sente.

M. non si espone, si limita a fornire una spiegazione schematica delle immagini che ha deciso di inserire. Gli altri partecipanti si complimentano per il volto inserito.

Titolo schematico: ME

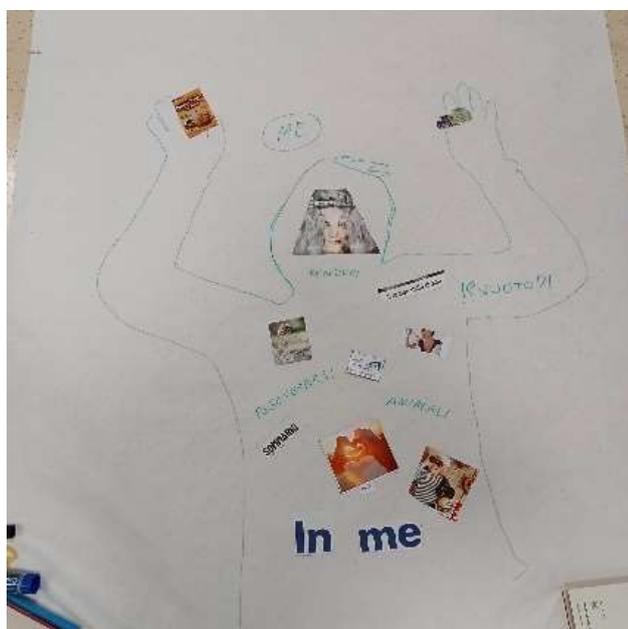


Foto 6 - *Elaborato di M.*

Foto dell'autrice, 2022

R. non è soddisfatto del lavoro fatto, lo definisce troppo incasinato. Sostiene di aver incollato tutte quelle immagini per il loro colore non badando ai significati; si rispecchia nel bambino che ha inserito nel volto della figura. Al confronto con gli altri, quando viene chiesto ai partecipanti cosa scaturisca questo collage viene tirata fuori la parola “caos” che poi R. decide di inserire nel titolo. Ciononostante, tutti lo rivedono soprattutto nel bambino che inserisce nel volto.



Foto 7 – *Elaborato di R.*

Foto dell'autrice, 2022

S. sfoglia molto attentamente le riviste proposte, focalizzandosi soprattutto su quelle relative ai veicoli. Si scopre una passione nascosta per le moto, probabilmente legata al suo bisogno di libertà. Parla per la prima volta del suo problema relativo ai capelli, gli altri la rispettano e le dirigono parole di supporto.

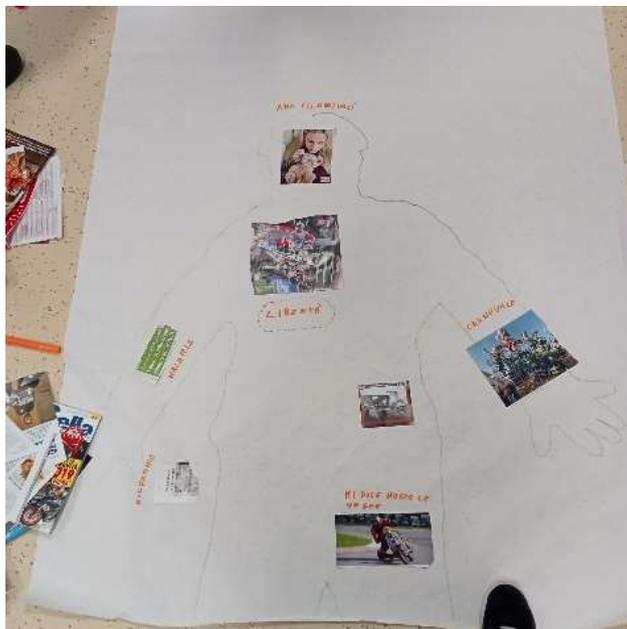


Foto 8 – Elaborato di S.

Foto dell'autrice, 2022

Si nota tantissimo divertimento nel fare l'attività, molta precisione nello scegliere e ritagliare i giornali. Nessuno utilizza i quotidiani. Alla discussione prestano tutti molta attenzione e si aiutano a trovare un senso a ciò che hanno prodotto; non sono intrusivi per quanto riguarda la storia di M. che rimane nascosta e si percepisce la non intenzione di aprirsi.

Quinto incontro

R. riporta come parte del corpo ostica la schiena e porta come evento una partita di calcetto in cui dopo uno sgambetto, egli è riuscito a fare una capriola, evitando così di cadere e procurarsi delle lesioni. Ribadisce le parti che non cambierebbe di sé e vi inserisce: le gambe, il viso e le braccia.

Ciò che non modificherebbe degli altri e che apprezza sono: per quanto riguarda C. la postura, S. le gambe e M. le mani.

A S. non piacciono le sue spalle, le vorrebbe più grandi, ciononostante pensando ad un evento, riporta una camminata in montagna di circa 20 km che ha portato a termine e

ringrazia le proprie gambe. Per quanto riguarda gli altri apprezza la capigliatura e il naso di M., le gambe e il modo di vestirsi di R., i capelli e il viso di C.

M. odia la sua pancia che non le permette più di essere agile come un tempo. Non ha episodi positivi da scrivere, ma anzi ne scrive uno negativo di quando una giornata al mare ha provato a fare una posizione di yoga, senza riuscirci. Non modificherebbe il viso di tutti gli altri partecipanti e anche il proprio, focalizzandosi soprattutto sui suoi occhi.

Anche C. non sopporta la propria pancia, ma parla di un intervento all'utero che ha dovuto subire, dove si avevano avuto delle complicazioni e quando si è risvegliata il chirurgo le aveva detto di essersi salvata grazie al suo sovrappeso. Nel momento di accarezzarla, si commuove e la ringrazia verbalmente. Parlando degli altri, si nota la sua cura nel carpire i dettagli infatti riporta alla perfezione ciò che gli altri non modificherebbero di sé: S. le gambe, M. le mani e R. le braccia.

Sesto incontro

R. assente perché impegnato con il padre in un viaggio lavorativo. L'attività prevedeva il formarsi di coppie, ma essendo 3 partecipanti si è proceduto con 2 persone che tenevano lo specchio e la terza che si specchiava. Il clima era di comprensione, nonché di affinità (magari essendo tutte donne), si rideva insieme e si comunicava molto.

S. scrive di sentirsi normale, non turbata dallo specchio, né dalla presenza di qualcuno che lo tenga. Si vede cambiata, perché si sente bene con sé stessa, anche se potrebbe comunque migliorare.

C. utilizza la parola metamorfosi e parla del fatto che ha deciso di intraprendere una dieta, per cambiare e migliorarsi. Le vengono fatti i complimenti. Per la prima volta utilizza un termine positivo in riferimento allo specchio, scrive di sentirsi accolta perché sa che coloro che le tengono lo specchio non giudicano. Vede una ragazza determinata e concentrata nei suoi obiettivi. Si sofferma sui capelli per controllare fossero sistemati. Si dedica da parte dello specchio la frase "Sei una ragazza che nelle sue fragilità è forte a modo suo. Vai avanti e non volerti troppo male, né tutto e subito: piano piano".

M. dice di sentirsi riflessa, per il semplice motivo che vede la sua figura così come questa appare. Non reputa le ragazze giudicanti, ma ammette di preferire il guardarsi in solitudine. Vede un'immagine presente, che nulla ha a che vedere con il passato, ingrassata rispetto a questa. Indica come frase "hai visto come sei diventata? Dovresti curarti di più".

Dall'esperienza di M. ha inizio la discussione, che ha a che vedere con il proprio passato e che questo è lecito vederlo nella propria immagine. È doveroso sapere cosa si ha passato, come si sono superate determinate situazione, dove si ha sbagliato...

C. è molto a favore della tesi, S. appare quasi assente, M. completamente contraria, sostenendo che essendo ormai successo se ne possono vivere solo gli effetti.

Settimo incontro

C. assente

Riscontrate molte difficoltà, in quanto i partecipanti faticano a prendere sul serio l'attività. Nel momento in cui gli viene chiesto di fare la parte negativa verso il compagno, si mettono a ridere e non hanno un tono deciso. Intervendiamo io e la mia tutor a sostegno e la situazione sembra migliorare.

R. racconta di una presa in giro da parte di alcuni ragazzi in spiaggia per la sua inflessione toracica. Le altre partecipanti gli fanno notare che in realtà non è così prorompente. Nelle conclusioni egli scrive che per la prima volta si è fermato a ragionare sull'immagine che dà di sé stesso vista all'esterno, la quale, in questo senso non appare poi così disordinata. È fiero di ciò che dimostra all'esterno del contesto famiglia, volenteroso di lavorare meglio su quest'ultimo. "Ringrazio in primis le mie gambe e il mio corpo, in linea generale sono felice"

S. racconta un episodio traumatico, della sua operazione al bacino. Sostiene di essersi sentita in pericolo, e che fosse convinta che da quel momento in poi non sarebbe più riuscita a fare molte cose. Oggi ne parla con scioltezza, appare consapevole dei limiti derivanti, ma che questi non vadano a determinare ciò che è in grado di fare.

Quando le viene chiesto di scrivere ora, quali siano i suoi punti di forza, inserisce di reputarsi più felice, più sicura di sé e soprattutto di essere riuscita ad aprirsi, cosa che le ha permesso di affrontare meglio gli imprevisti. Sa di aver trovato degli amici, di non essere sola, di potersi aprire in caso di difficoltà con qualcuno in grado di ascoltarla e non chiudersi in sé stessa. Scrive "ora ho la possibilità di prevenire una fuga, parlando non solo con me", riferendosi alla sua esperienza passata che l'ha portata ad entrare in contatto con il servizio.

M. si riporta la seconda parte dell'attività svolta, quindi dei suoi punti di forza, che ritengo un vero e proprio successo. Ella tra questi, inserisce il fatto di essere una buona osservatrice, concetto già espresso da lei negli altri incontri e di buona ascoltatrice,

suggerito dagli altri e scaturito dal progetto. Inoltre, scrive “a volte cambiare idea fa bene”, nonostante nei primi incontri si mostrasse molto chiusa e ferma sulle sue convinzioni. Aggiunge “la parte mentale è più forte e consapevole, mentre per quanto riguarda il corpo mi sento in difetto”.

Il progetto da me attuato ha sicuramente avuto degli effetti nei partecipanti.

Tra gli obiettivi, in conclusione vi aggiungo anche la socializzazione che si ha avuto tramite una forte coesione del gruppo, che incontro dopo incontro stimolava i partecipanti ad aprirsi di più e garantiva una comprensione. Mi viene riferito che tutti si sono sentiti liberi di dire la propria e di esternare i propri sentimenti, rimpiangendo che questo clima si sia instaurato solo ora.

Seguendo gli indicatori da me prefissati, M. e S. sono state presenti a tutti gli incontri e sempre portato a termine tutte le attività. Per quanto riguarda R. assente una sola volta, lo stesso si è scusato più volte per questo fatto e anche lui rimasto sempre fino alla fine. Non si può dire lo stesso per quanto riguarda C., che ha preferito saltare diversi incontri; a questo in realtà non mi sento però di dare una chiave di lettura negativa, in quanto non presentarsi perché turbati da ciò che emerge all'interno del gruppo, significa, sotto un certo punto di vista, essere andati in profondità ed essere riusciti a stimolare la persona, che poi ha la libertà di reagire come meglio crede.

Andando in dettaglio, quindi analizzando ciascun partecipante si potrebbe dire che ognuno abbia raggiunto degli obiettivi differenti, tutti comunque in linea con le attività proposte.

R. il maschio del gruppo: inizia a disegnarsi come un sorgente, simbolo di perfezione e impeccabilità, con questo disegno, i partecipanti gli rimandano un'immagine di sicurezza che trasmette, che egli riconosce forse come propria. Nel secondo incontro, appare consapevole dei suoi punti di forza, tutti incentrati sulla sua socievolezza, ma si ha qui il primo elemento di distorsione: egli asserisce di avere una vita monotona, mentre gli altri gli rimandano che da fuori, lo si potrebbe invidiare per la sua vitalità. La quarta attività è sicuramente per lui la più significativa, insoddisfatto del suo elaborato, si rende conto dell'immagine che ha di sé: si sente incasinato dentro, lo rappresenta al massimo tramite il collage, ma sembra non emergere fuori. Il titolo lo rappresenta al massimo “CHAOS DINAMICO”, c'è della discordanza, del caos anche tra ciò che egli sente e ciò che egli dimostra. Prende subito atto di tutto questo, infatti nell'ultimo gruppo, al momento delle

conclusioni è egli stesso a scrivere che per la prima volta si è fermato a ragionare sull'immagine che dà di sé stesso vista all'esterno, la quale, in questo senso non appare poi così disordinata.

S. forse sollecitata dal primo incontro, in cui tutti le trasmettono una certa felicità, si sente di raccontare sin da subito la sua storia, che vede un rapporto problematico con la mamma che non si fida più di lei e non la lascia libera, ciononostante sembra avere consapevolezza dei suoi punti di forza, tra cui inserisce un grande senso di responsabilità, scaturito dalla sua esperienza lavorativa. Dà di sé un'immagine forte, sicura di sé, confermata al terzo incontro in cui non ha problemi a farsi manovrare da un uomo e risponde alla presenza dello specchio con fermezza. Anche durante la quarta attività si apre con gli altri, raccontando una sua passata patologia che le aveva fatto cadere i capelli. Si scopre di lei non tanto una inconsapevolezza, infatti scrive di “vedersi cambiata, in quanto si sente bene con sé stessa, anche se potrebbe comunque migliorare”, quanto un certo bisogno di ascolto. Al termine del progetto sa di aver trovato degli amici, di non essere sola, di potersi aprire in caso di difficoltà con qualcuno in grado di ascoltarla e non chiudersi in sé stessa; pertanto, reputo per lei raggiunto un obiettivo fondamentale: la socializzazione.

C. guarda ai particolari, si disegna da subito con molta accuratezza, coglie degli altri tutti i loro aspetti. Fiera del suo viso, mostra fin dal primo incontro criticità con il corpo, dove rimarca la sua pancia. Si descrive in maniera meticolosa, ma sotto questa descrizione tutti percepiscono una certa sofferenza, che quando spunta fuori la porta a “chiudersi a riccio” e isolarsi. Incentrata quindi su di sé, da conoscersi abbastanza bene, ma altrettanto sugli altri, tanto che nel momento di fare degli esercizi di stretching non pensa al suo corpo, ma agli sguardi altrui. Sa di sé, ma non è un'immagine così ferma, appare labile, anche determinata da giudizi esterni. Non si apprezza, al terzo incontro si specchia, ma contro la sua volontà e in questo gesto riesce a pensare “soltanto a quello che non mi piace di me”. Un rapporto problematico quello che si presenta tra lei, gli altri, i giudizi e lo specchio, quando le si propone un contatto fisico con qualcuno, riferisce di aver odiato l'esperienza, sia nel momento attivo in cui manovrava l'altra, sia passivo quando veniva manovrata. Viene talmente scossa dall'attività che decise di non partecipare all'incontro successivo, impaurita da ciò che potrebbe accadere, poi la situazione si inverte, dapprima ripensando ad un evento traumatico si sente di ringraziare la parte odiata del corpo, anche commuovendosi, poi al sesto incontro utilizza il termine “accolta” nei confronti di tutto

ciò che prima le era fonte di ansia. Nello specchio, con cui prima non cercava contatto, ora vede una ragazza determinata e concentrata nei suoi obiettivi. Decide di intraprendere una dieta, forse per attuare quel ringraziamento che prima si limitava solo a pronunciare. Immagina che lo stesso gli dedichi la frase “Sei una ragazza che nelle sue fragilità è forte a modo suo. Vai avanti e non volerti troppo male, né tutto e subito: piano piano”. Con lei e la sua partecipazione saltuaria, si può però affermare di aver raggiunto l’obiettivo prefissato dal progetto.

M. parte in pieno anonimato, si disegna senza tratti distintivi e si chiama una tra tante. Non si attribuisce la giusta importanza, chiusa in sé stessa, di lei non si conosce nulla se non quello che vuol far trasparire. Nel momento in cui si commentano i disegni, sembra non essere toccata, ma allo stesso tempo decide di cambiare e attribuirsi un articolo determinativo: LA ragazza con gli occhiali. Forse un qualcosa che la identifica, forse un oggetto scomodo, ma sicuramente lei.

Al secondo incontro tutto ruota attorno alla sua rigidità che viene a essere classificata da lei stessa come una debolezza. Si definisce sintetica, grande osservatrice e non sopporta il fatto di essere emotiva; infatti, anche questo rientra nella stessa categoria. Alla discussione presta attenzione, ma non si lascia toccare, non una smorfia, non un sorriso, ripete semplicemente ciò che ha scritto nel foglio, che sicuramente sembra rispecchiarla in pieno. Gli altri le attribuiscono l’aggettivo sensibile ed è lei a chiedere le motivazioni, senza però rispondere a queste ultime.

Apprezza i suoi occhi, senz’altro blu e le sue mani. Cosa vorrebbe invece migliorare? Tutto. Al contrario degli altri, non si percepisce nessuna sofferenza dietro le sue parole, né tantomeno si comprende lo stato d’animo. Monotono, sembra non provare nulla. Non sopporta essere toccata, per quanto non le sia piaciuta l’attività del terzo incontro, ha comunque preferito manovrare. Si guarda allo specchio, incentrata quindi su sé stessa, ma prova pena, si detesta. Gli altri partecipanti rimangono di stucco, ma non se la sentono di intervenire, bucare la sua corazza sembra quasi un’impresa più grande di tutti.

Al quarto incontro continua questo clima, anche se tra gli altri si sta creando un rapporto, lei continua a rimanerne fuori. Si concentra su ciò che sta sfogliando, finisce prima di tutti il proprio collage e ne fornisce una spiegazione matematica, limitandosi a descrivere le singole immagini. Dalla discussione emerge che la foto della ragazza posta sul viso, nasconde qualcosa, ma ancora non è possibile conoscere che cosa. Inizia a sentirsi

vulnerabile, si chiude e al termine dell'incontro ciò che si riesce ad ottenere da parte sua sono semplicemente dei cenni di approvazione con il capo.

Durante il quinto incontro, prettamente sul piano teorico, riesce ad aprirsi un po' di più, ma ancora una volta incentrata sul negativo. Mentre gli altri ringraziano una propria parte del corpo per ciò che gli ha permesso di fare, lei rimpiange ciò che invece non è più in grado di compiere. Questa volta, la discussione da me iniziata si focalizza proprio a riguardo e si va ad incentrare sul passato, sui cambiamenti corporali inevitabili e sul rispetto che bisogna portare per questi, perché dietro un corpo c'è sicuramente una persona e questa porta con sé tutta la sua storia, che si riflette proprio su di esso, come ad esempio con le cicatrici. C. si sente di intervenire a riguardo, quasi commuovendosi e confermando il tutto, ma M. risulta contraria, sostenendo che del passato si possono solo vivere gli effetti, senza modificarli. Inizia un dibattito, sempre rispettoso, tra C. e M., mediato dalla mia tutor, che essendo più anziana di me, sicuramente ha più voce in capitolo. Questa volta oltre all'auto abbraccio mi sento di proporre anche un abbraccio tra di noi, dove tutte dicono alle altre di essere belle.

Nell'ultimo incontro, al momento di riscrivere i propri punti di forza, M. riporta quanto sotto:

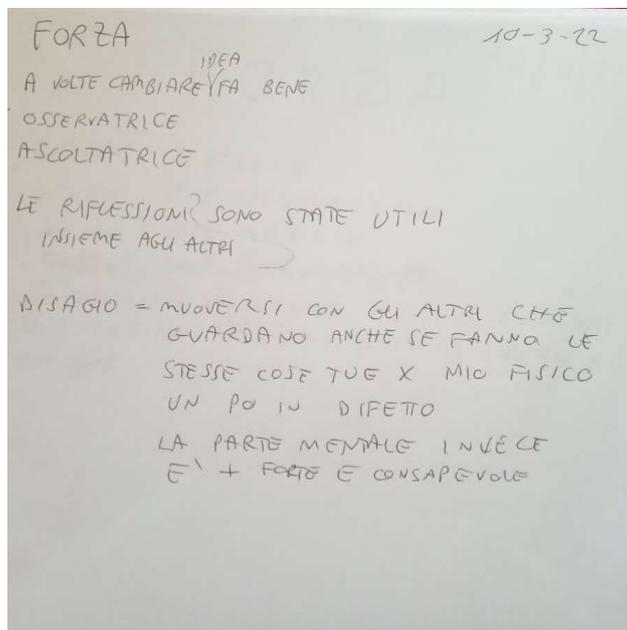


Foto 9 – Elaborato di M.

Foto dell'autrice, 2022

Certamente, dall'immagine si potrebbe pensare di non aver raggiunto come obiettivo la consapevolezza circa la propria immagine corporea, ma sicuramente si può affermare di essere riusciti, partendo da una marcata rigidità, ad entrare in relazione. Il lavoro più grosso sicuramente l'ha svolto ella con sé stessa, ma il fatto di leggere "a volte cambiare idea fa bene", vuol dire aver svolto un progetto educativo, basato sul qui ed ora, che abbia come finalità l'abbattimento della resistenza al cambiamento. Nell'ultimo incontro, tutti mi hanno riferito di aver partecipato volentieri e di essersi soprattutto divertiti. Mi sono sentita di proporre allora un selfie, come testimonianza della confidenza che ognuno ha preso con lo specchio.

Conclusione

Durante la vita si è perennemente sottoposti a cambiamenti, sia corporei che psicologici, che la persona vive senza neanche accorgersi. Si passa così dall'essere bambini a quello che viene definito il mondo dei grandi, che da piccoli sembrava irraggiungibile, noioso e troppo formale. Fondamentale da mantenere è la capacità di giocare, per godersi ogni momento e saper ridere, ma soprattutto di saper assimilare ogni propria esperienza in un unicum in cui potersi riconoscere. Questo per poter dire: "questo sono io".

Accanto a questo, si pensi ai mille contesti che una persona nell'arco della propria vita si trova a cambiare e sperimentare, alcuni più positivi altri meno, nonché alla loro influenza nell'immagine che ognuno ha di sé. Un esempio lo si ritrova negli stereotipi, che vengono a generarsi ancor prima di conoscere un soggetto, definendolo agli altri non tanto per quello che è davvero, ma per ciò che, dello stesso, si percepisce da fuori. Non andando a toccare le parti più profonde e che più hanno da svelare, ma soffermandosi su caratteristiche, spesso anche non veritiere e superficiali. Legati ci sono i tanti pregiudizi, il poco peso dato alle parole, concetti che da sempre vengono ribaditi ma a cui nessuno presta la giusta attenzione. Importante è sapersi difendere, lasciarli correre, sapersi autodeterminare.

Autodeterminazione, una parola che racchiude al suo interno la forza, quella forza di prevalere, di poter dire sono così, di essere fieri di sé. Oggi più che mai lo scenario è in costante mutamento, per cui è necessario sempre essere flessibili e propositivi, i vantaggi derivanti sono notevoli: la persona autodeterminata avrà maggiori probabilità di successo.

Nessuno è intoccabile e il peso degli sguardi è grande per chiunque, tanto più per un paziente psichiatrico, la cui sensibilità risulta troppo alta. Non si è mai soltanto il malato, ognuno possiede potenzialità da far sbocciare attraverso le relazioni, che spesso, però, nella patologia vengono evitate. Il soggetto in questione deve, allora, essere aiutato a superare quella sofferenza che porta spesso ad isolarsi e non avere più alcun rapporto. Si parla di non esistenza, in cui egli si trova catapultato in un mondo che non è più quello comunemente vissuto, ma uno psicotico, sentito solo da lui.

La resistenza è ciò che determina e allo stesso tempo, blocca il cambiamento. Una resistenza psicologica, che adagiando il soggetto all'interno della sua patologia, genera piacere. Una resistenza che pone le condizioni favorevoli al mettere la maschera del malato e toglie le iniziative di affrontare la propria vita. Ecco come, con il progetto si è riusciti a toccare con mano questa situazione e a stimolarla, a combattere questa inerzia, offrendo, attraverso le attività teatrali, una sorta di scudo protettivo, con cui mobilitare tutte quelle possibilità comunicative che sono state sopite dalla condizione di non esistenza psicotica dei partecipanti, scardinando la rigidità mentale che da sempre connota la loro psicosi. Si è stati sé stessi, sentendosi liberi di tirar fuori le proprie paure e i propri fallimenti, sperimentandosi e riconoscendosi in tutti i propri ruoli e i propri successi. Tutto questo in uno spazio di ascolto, collaborazione e rispetto, uno spazio reale che parla di finzione, riuscendo a scoprire capacità inaspettate e forza di volontà, così da riuscire a specchiarsi e oltre a riconoscere una figura, pensare alle mille abilità della stessa. Riuscendo ed essere fieri di sé stessi, per ciò che si è stati, ciò che si è e sperare in ciò che sarà. La vita si riflette sulla pelle e le speranze negli occhi. È decisamente più difficile guardarsi allo specchio e non vedere solo un corpo.

Bisognerebbe capire che non si è fatti solo di carne e ossa, ma di esperienze, speranze e sogni, tutti da inseguire.

Bibliografia

- Alpa G., Ansaldo A.**, *Le persone fisiche* (art. 1-10), in *Il Codice civile Commentario*, diretto da Schlesinger, Milano, Giuffrè Edizioni, 1996.
- Bassa Poropat M. T., Lauria F.**, *Professione educatore. Modelli, metodi, strategie d'intervento*, Pisa, Edizioni ETS, 1999.
- Bauman**, *Intervista sull'identità*, Roma-Bari, Editori Laterza, 2006.
- Bruner**, *La mente a più dimensioni*, Bari, Edizioni Laterza, 1988.
- Carotenuto A.**, *Il corpo tradito*, Milano, Bompiani, 1997.
- Cassazione Civile**, Sez. III, 14 ottobre 2008, n. 25157, in *Giust. Civ. Mass.*, 10, p. 1482
- Conforti B.**, *Diritto internazionale*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2014.
- Consiglio di Stato**, Sez. VI, n. 4723 del 09.08.2011 in *Foro amm.*, CDS 2011, 7-8-, 2563, in Chiarella M.L., op. cit.
- Coppa F.**, *Formazione come teatro*, Milano, Cortina Raffaello, 2016.
- Cottini L.**, *L'autodeterminazione nelle persone con disabilità. Percorsi educativi per svilupparla*, s.l., Erickson, 2016.
- Craparo G.**, *The role of dissociation, affect dysregulation, and developmental trauma in sexual addiction*, *Clinical Neuropsychiatry*, 2014.
- Crispiani P.**, *Pedagogia clinica. La pedagogia sul campo, tra scienza e professione*, Sillabus Center, 2001.
- Crispiani P.**, *Storia della pedagogia speciale. L'origine, lo sviluppo, la differenziazione*, Pisa, Edizioni ETS, 2016.
- Dalla Ragione L., Mencarelli S.**, *L'inganno dello specchio. Immagine corporea e disturbi del comportamento alimentare in adolescenza*, Milano, Franco Angeli, 2012.
- D.M. 8 ottobre 1998, n. 520.** *Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale.*
- D.P.R. 10 novembre 1999** *Approvazione del progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000".*
- Enciclopedia Treccani**, definizione DSM.
- Erikson**, *Identity, youth and crisis*, New York, Norton & Company, 1968.
- Fabbroni B.**, *Tra le braccia di Narciso*, Roma, Edizioni Universitarie Romane, 2008.
- Faccio, E.**, *Le identità corporee. Quando l'immagine di sé fa star male*, Firenze, Giunti Editore, 2007.

- Goffman E.**, *La vita quotidiana come rappresentazione*, trad. di M. Ciacci, Bologna, Il Mulino, 1969.
- Goleman D.**, *Intelligenza emotiva*, Milano, Rizzoli, 1996.
- Hardit S.K., Hannum J.W.**, *Attachment, the tripartite influence model, and the development of body dissatisfaction*, in National Library of Medicine, 2012.
- Ippocrate**, *La malattia sacra*, a cura di Amneris Roselli, Venezia, Marsilio Editori, 2001.
- Maida S., Molteni L., Nuzzo A.**, *Educazione e osservazione. Teorie, metodologie e tecniche*, Roma, Carocci Faber, 2009.
- Manes S.**, *68 nuovi giochi per la conduzione dei gruppi. Sul treno della vita per scoprire il nostro sé di ieri, di oggi e di domani*, s.l., Franco Angeli, 2002.
- Mian E.**, *Specchi. Viaggio all'interno dell'immagine corporea*, Milano, Phasar Edizioni, 2006.
- Milan G.**, *Educare all'incontro. La pedagogia di Martin Buber*, s.l., Città Nuova, 2021.
- Ministero della Salute**, *La rete dei servizi per la Salute Mentale*.
- Ministero della Salute**, legge n. 145/2018 comma 537.
- Ministero della Salute**, *Le strutture residenziali psichiatriche*.
- Morgan K.P.** *Women and the knife: Cosmetic surgery and the colonization of women's bodies*, in Hypatia, 1991.
- O.M.S.** Definizione di salute, 1948.
- O.M.S.** *Carta di Ottawa per la promozione della salute*, 1986.
- Piaget J.**, *La nascita dell'intelligenza nel bambino*, Firenze, Giunti Barbera, 1968.
- Pirandello**, *Sei personaggi in cerca di autore*, s.l., Rizzoli, Ed.1994.
- Ricchietti S.**, *Il manicomio di Voghera: la "Città Dolorosa" voluta da Cesare Lombroso*, 2022.
- Sandrelli G. G.**, *Legge sulla privacy e libertà di informazione*, in Dir. informatica 2008, pp. 459 ss.
- Thompson, J.K., Heinberg, L., Altabe M., Tantleff-Dunn, S.**, *Exactng beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*, Washington DC, American Psychological Association, 1999.
- Winnicott**, *La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile*, tr. it. in *Gioco e realtà*. Roma, Armando, 1967.

Sitografia

[0.103.1 \(admin.ch\)](#)

[4907-TrattamentoFarmacologicoSchizofrenia.pdf \(cipesalute.org\)](#)

[Anep](#)

[Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti \(salute.gov.it\)](#)

[Concetto di Sé, come si sviluppa: le principali teorie psicologiche \(stateofmind.it\)](#)

[Cosa è Guadagnare Salute \(iss.it\)](#)

[DM-interministeriale-EP-SP-Documento-di-posizionamento-FNO-TSRM-e-PSTRP.pdf](#)

[Il teatro e la relazione d'aiuto \(parte prima\) - Counseling Italia - La Comunità dei counselor italiani](#)

[JOHN LOCKE: LA TOLLERANZA E LA RELIGIONE \(homolaicus.com\)](#)

[La cognizione sociale \(slideshare.net\)](#)

[La relazione di aiuto - Associazione OLOS](#)

[La Teatro-terapia — Istituto per lo Studio delle Psicoterapie \(istitutopsicoterapie.com\)](#)

[La teoria dell'autodeterminazione / psicologia | Psicologia, filosofia e pensiero sulla vita. \(sainte-anastasie.org\)](#)

<https://core.ac.uk/download/pdf/41182583.pdf>

<https://core.ac.uk/download/pdf/53246766.pdf>

<https://ermesverona.it/2021/03/15/lattualita-di-pirandello/>

<https://liberodivivere.it/autodeterminazione/>

https://mydbook.giuntityp.it/app/books/GIAC01_G0168924U/pdf/172

<https://oraconsulting.altervista.org/blog/la-teoria-dell->

[autodeterminazione/?doing_wp_cron=1650967856.6911029815673828125000](https://oraconsulting.altervista.org/blog/la-teoria-dell-autodeterminazione/?doing_wp_cron=1650967856.6911029815673828125000)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18089159/>

<https://welforum.it/punto-di-vista/a-che-cosa-servono-i-garanti-dei-diritti/>

http://www.atquerivista.it/wp/wp-content/uploads/pdf/atque_18ns_4.pdf

https://www.filosofico.net/Antologia_file/AntologiaA/ARISTOTELE_%20LA%20CA

[TARSI.htm](https://www.filosofico.net/goffman.htm)

<https://www.garantediritti.marche.it/chi-siamo/cosa-fa/>

<https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/pages/it/homepage/ilgarante/chisiamo/>

<https://www.intherapy.it/disturbo/disturbo-borderline-di-personalita/>

<https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/p/psicosi#sintomi>

<https://www.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2015/08/Siciliani1.pdf>

<http://www.libertaepersona.org/wordpress/2020/03/locke-il-padre-dellautodeterminazione/>

<https://www.msmanuals.com/it/casa/disturbi-di-salute-mentale/disturbi-dellumore/depressione?query=depressione>

<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-della-personalit%C3%A0/disturbo-borderline-di-personalit%C3%A0#:~:text=Rapidi%20cambiamenti%20di%20umore%2C%20di,sintomi%20dissociativi%20innescati%20dallo%20stress>

<https://www.pirandelloweb.com/pirandello-e-la-contemporaneita/>

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=99393

[https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?area=rapporti&id=1784&lingua=italiano&menu=mondiale#:~:text=Secondo%20la%20Costituzione%20dell'OMS,assenza%20di%20malattie%20o%20infermit%C3%A0%E2%80%9D](https://www.salute.gov.it/portale/rappportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?area=rapporti&id=1784&lingua=italiano&menu=mondiale#:~:text=Secondo%20la%20Costituzione%20dell'OMS,assenza%20di%20malattie%20o%20infermit%C3%A0%E2%80%9D)

<https://www.sociocounseling.it/carl-rogers-e-lapproccio-centrato-sulla-persona/>

<https://www.stateofmind.it/immagine-corporea/>

<https://www.tsrn.org/index.php/educatore-socio-pedagogico/>

https://www.unife.it/lettere/filosofia/comunicazione/insegnamenti/psicologia_sociale_pregiudizio/materiale_didattico/parte-prima

[Pagina iniziale \(unito.it\)](#)

[Sotresi, S., Nota, L. Competenze, formazione e deontologia dei professionisti dell'orientamento \(unipd.it\)](#)

[Stefano Rodotà- Privacy, libertà, dignità- Privacy, Freedom, and... - Garante Privacy](#)

[Teatro e catarsi - The Walk of Fame](#)

[TeatroTerapia: La funzione terapeutica del teatro \(psicologia-psicoterapia.it\)](#)

[Welfare oggi \(anep.it\)](#)

Allegati

Figura 1 - *Elaborato di M.*

Figura 2 - *Elaborato di C.*

Figura 3 - *Elaborato di G.*

Figura 4 - *Elaborato di R.*

Figura 5 - *Elaborato di S.*

Figura 6 - *Elaborato di M.*

Figura 7 - *Elaborato di R.*

Figura 8 - *Elaborato di S.*

Figura 9 - *Elaborato di M.*

Ringraziamenti

A una bimba con gli occhioni blu.

Questo va a te, che sei speciale. Che quando ero piccola mi chiedevi se ti avessi mai voluto scambiare con qualcun'altra. Sempre troppo sicura di te, che sai leggere ancor prima che venga scritto qualcosa. A cui mi son trovata a dare diverse delusioni, ma anche questa vittoria. A te che, nonostante le mie idee sempre troppo bizzarre, mi hai sempre lasciato fare e andare, senza mai smettere di credere in quelle potenzialità che neppure io sapevo di avere. Alla mamma che sa esserci, ascoltare e cullare.

A te che sempre distaccato mi hai educato. A tutte le risate, i segreti, gli incoraggiamenti un po' mascherati. Alla vita che è come una scatola di cioccolatini. Alla tua apatia e la tua forza, per non avermi fatto mai mancare nulla, a tutti i tuoi sacrifici. Per avermi insegnato a ragionare, a non essere gregge, ma pecora nera. Forse è per essere simile a te che ho intrapreso questo percorso, ti vedevo sempre troppo grande, imbattibile e irraggiungibile; volevo anche io essere come papà, sicura a modo mio, contro quel mondo là fuori fatto di stramberie.

A Fede e la sua allegria, che prova a mettere dappertutto. Ai balbettii e i mille sorrisi. Alle foto venute male, un po' mosse, un po' brutte. Alla coppia che siamo, alla nostra convivenza. Alle mille testate in motorino, sempre troppo leggere. A tutte le volte che provi a tirare su gli altri, quando sei tu il primo a cadere. Alla tua sensibilità che provi a nascondere. A quelle debolezze che pian piano mi vieni raccontando che non troveranno mai altro, se non uno spazio sicuro dove poterle lasciarle andare. Ai viaggi organizzati e mai affrontati. Ai braccialetti dell'amicizia e le peggio battute fuori luogo. A chi ascolta sempre e ha sempre poco da dire. Per la goffaggine che ti contraddistingue e tutte le risate che mi tiri fuori. All'amore che dici di non provare, ma che generi negli altri. Perché ci si sceglie per farselo in compagnia questo viaggio dove non si ripassa dal via.

A Ga, la sua determinazione e la voglia di vivere. A tutte le nostre avventure di cui mai mi pentirò. A lei che non pensa mai se deve dirti qualcosa. Agli sbagli commessi, agli insulti regalati. A lei che in fondo è come me, sempre decisa e sempre troppo dubbiosa. Che ha saputo sempre tutto, forse in ritardo, forse dentro di sé già in anticipo. Ai mille brindisi, le situazioni più scomode, al nostro saperci raccogliere quando siamo a terra. A

tutte le serate, ai ricordi un po' sbiaditi e i risvegli. Per quei vestiti che mai rivedrà e quelli che tornano stirati. Ai panini al prosciutto, le lacrime versate, i limoncelli, le pizzette e le cartucce. Per il filo indelebile che ci lega e tutte le parole che non so mettere e aggiungi tu.

Nel silenzio di mille parole a Nicolò, perché riesce a salvarmi. Per tutte quelle parole non dette, ma non superflue. Per avermi insegnato a vivere. Alle mille giornate senza senso, ai repentini cambi di umore e direzione. A Lucca, Pisa, Roma, al molo 71. Per tutte le corse, le camminate e i buoni propositi di inizio anno. Ai nostri aperitivi, alle albe senza senso e i risi sconditi. A tutti i passaggi e le pedate dappertutto, alle schedine mai giocate e quelle perse. Alle continue lacrime versate, che vengono cullate. “Con la tua nuvola di dubbi e di bellezza”, con la tua pazienza. Per mai giudicarmi, ma consigliarmi. Per il tuo altruismo, per il cuore sempre troppo grande, che un pezzetto mi appartiene. Alla persona straordinaria che sei, per tutto ciò che non ti rendi conto di regalare. Con i troppi ricordi, con i troppi sospiri, ma sempre sarai nella tasca destra in alto.

A tutti i vostri ritardi e alla pazienza persa volta per volta. Per essere una seconda famiglia, dove trovo sempre un rifugio. Grazie.

Grazie a Matteo, per aver tirato fuori la mia tenacia. Per avermi ascoltato e supportato. Per la sua pazienza, i giochi e gli indovinelli. Per avermi insegnato a non gettare la spugna, ma strofinare più forte. Alla persona che posso non vedere per mesi, ma poi al primo incontro è come se fosse sempre stato lì. Alle pizze, le torte e i ciambelloni. Al mi aiuti per favore? E non si trovavano più gli ingredienti. Alla mia ingordigia sempre troppo grande. A chi si chiede come facciamo ad andare d'accordo ancora non so rispondere, eppure siamo sempre qui, troppo diversi per stare lontani.

Ad Ale e il nostro rapporto che da anni non si stringe mai, eppure c'è. A chi ormai ha visto i lati positivi e negativi, ma continua a non scansarmi. Alle foto sempre a sinistra, ma che inevitabilmente pendono verso destra. Alla sua timidezza, il dolore e tutto il coraggio dentro tanta semplicità. Alle serate, le patatine sempre crude e quel nostro ballo sotto la pioggia. Per esserci, pur rimanendo lontana; per non avere paura di dire mai nulla.

E un grazie a te non basta. Tu che avendomi trovato un po' impaurita, un po' spaesata, sei riuscito a crearci qualcosa di fantastico. Momenti belli, momenti bui, ma sicuro solo nostri. Qualcosa che visto da fuori può sembrare appiccicoso, banale e noioso, ma che per me significa vivere.

Grazie per tutti i sacrifici fatti e per le sorprese; per i sogni che non mi fai chiudere nel cassetto, ma aiuti a realizzare. Per sopportarmi ancora oggi, per avermi ripreso con te. Ai nostri aperitivi che diventano abbuffate, per i gelati che prima non mangiavo. A tutti i festeggiamenti e i regali. Alla testa che sbatti perennemente, senza ritrovarla mai. Al bambino che si nasconde in te.

Per tutti i sorrisi, le carezze nascoste e gli abbracci. Grazie per le mani prese a caso mentre passeggiamo. Grazie per i baci sulla fronte, che risultano più semplici. Per sorbirti tutte le mie lamentele. Per essermi accanto nelle sbornie e nella vita.

Tu che credi in me sempre un po' più di quanto riesca a farlo io. Che mi guardi come fossi sempre uguale, speciale. Per tutta l'autostima che mi crei, per vedermi bellissima e un po' farmici sentire.

Alle nostre videochiamate, ai viaggi e le vacanze. Alla curiosità che nutri. A quello che non chiedi. Per tutto quello che meriteresti e non so darti. Con il tuo procrastinare e la tua organizzazione. Perché sei pieno di difetti, ma con lo stesso odore inconfondibile che sa di casa.

Grazie perché senza di te sarebbe tutto grigio, e sai che io vedo solo in bianco e nero. Grazie perché ogni volta che provo ad aiutare te, in realtà aiuto me. Grazie per tutti gli obiettivi raggiunti, i tuoi, i miei e i nostri. Sei riuscito a smussare il mio comportamento e avermi fatto superare la paura di cambiare, di migliorare. Accanto hai un disastro che vorrebbe regalarti il mondo, ma per oggi può solo ringraziarti e dedicarti questo successo. Perché le cose belle succedono solo con te.

*Il traguardo è nostro,
ma la rivincita è la mia.*