



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Educazione Professionale

**L'Importanza del Teatro nell'ambito della
Salute Mentale**

Relatore Chiar.ma:
Prof.ssa CRISPIANI SILVIA

Tesi di Laurea di:
MARCONI DANIELE

INDICE	1
Introduzione	3
1. Capitolo – La Salute Mentale	
1.1. Storia della Salute Mentale	5
1.2. Le strutture riabilitative territoriali	8
1.3. I principali disturbi psichiatrici	10
1.4. L'educatore professionale e le competenze	13
2. Capitolo - Il Teatro	
2.1. La storia del teatro	16
2.2. Le scuole del teatro	18
2.3. Gli ambiti teorici dell'educazione teatrale	21
2.4. I vantaggi del teatro nella salute mentale	23
3. Capitolo – Il contesto gruppale	
3.1. Introduzione al contesto gruppale	25
3.2. La storia del contesto gruppale	27
3.3. La gruppalità nella riabilitazione psichiatrica	29
3.3.1. La Teoria del Campo	29
3.3.2. La Teoria della Comunicazione	31
3.3.3. L'Approccio Psicodinamico	33

3.3.4.	<i>L'Approccio Gestaltico</i>	35
3.3.5.	<i>La Teoria dei Sistemi</i>	37
3.4.	<i>Fattori terapeutici della struttura gruppale</i>	38
3.5.	<i>Il gruppo terapeutico: caratteristiche</i>	40
4.	Capitolo 4 – <i>L'esperienza di tirocinio</i>	42
5.	Conclusione	43
6.	Allegati - <i>Modulo delle aree riabilitative</i>	44
7.	Assessment	45
8.	Progetto	45
9.	Bibliografia	47
10.	Ringraziamenti	49

Introduzione

Grazie all'esperienza di tirocinio svolta durante il secondo anno del corso di laurea in Educazione Professionale presso il centro diurno ubicato a San Benedetto del Tronto, ho potuto riflettere rispetto all'importanza del teatro nell'ambito della Salute Mentale, ciò mi ha portato a sceglierla come tema della tesi.

Il ruolo dell'educatore professionale ha molteplici declinazioni, tra le quali sono ricomprese quelle che lo vedono in prima linea in ambito sanitario e nella fattispecie in quello della salute mentale. Nei due anni di tirocinio svolti presso il centro diurno, ho avuto per la prima volta l'occasione di approcciare le tematiche della Salute Mentale e attraverso questa esperienza ho compreso i benefici che derivano dall'applicazione del teatro, sia a livello psicologico sia relazionale.

Nel laboratorio teatrale svolto nell'ambito della Salute Mentale, l'educatore professionale ha il ruolo di strutturare e controllare il laboratorio teatrale, all'interno di un progetto educativo elaborato sulla base di quelle che sono le necessità degli utenti. Così il laboratorio teatrale assume un carattere riabilitativo e interdisciplinare che permette la libera espressione delle emozioni e delle peculiari necessità degli utenti che, consapevoli della finzione teatrale, sono consci di non subire conseguenze.

Il laboratorio teatrale opera sull'individuo in due direzioni convergenti: dall'esterno interviene sul corpo, sulla postura, sul movimento e sul linguaggio, dall'interno spinge il soggetto a riappropriarsi della sua identità mediante il processo d'immedesimazione nelle emozioni del personaggio interpretato. Nella messa in scena accade che le persone recuperino la loro voce, il loro linguaggio, i loro corpi iniziano a gesticolare e muoversi in una dimensione diversa, mai sperimentata nella vita quotidiana e, sostenendo anche la fatica dell'incontro con l'altro, soffrono, si appassionano, scoprono la libertà di mettersi in gioco. Essere in grado di gestire le emozioni del proprio personaggio, rappresentato sulla scena, permette agli utenti di convincersi che sia possibile rappresentare la propria vita, uscendo dal ruolo di passività e d'impotenza che la malattia mentale impone come stigma a chi ne è portatore.

È per questo che considero rivoluzionario il modello riabilitativo che proviene dall'officina teatrale e nutro una personale fiducia nelle potenzialità del linguaggio teatrale, perché in quello spazio si raccontano e s'intrecciano storie vere ed emergono ricordi e sensazioni, dolorose e gioiose, dalla memoria dell'essere umano.

Per rendere più agevole la lettura del mio elaborato ho ritenuto opportuno di seguito brevemente riassumere l'indice generale degli argomenti trattati e i capitoli nei quali li ho suddivisi.

Nel primo capitolo sarà esplicitata quella che è la storia della Salute mentale, le strutture ubicate presso il territorio, quelli che sono i principali disturbi psichiatrici, il ruolo dell'educatore professionale e le sue competenze.

Nel secondo capitolo andrò a ripercorrere quella che è la storia del teatro, le principali scuole di teatro, gli ambiti teorici dell'educazione teatrale, e infine l'importanza del teatro nell'ambito della salute mentale.

Nel terzo capitolo andrò a trattare della storia del contesto gruppale, delle sue caratteristiche e della sua importanza nell'ambito della riabilitazione psichiatrica.

Infine nel quarto capitolo sarà narrata l'esperienza svolta durante il secondo anno di tirocinio presso il centro diurno.

Capitolo 1

La Salute Mentale

1.1 Storia della Salute Mentale

La malattia mentale accompagna verticalmente le vicende dell'umanità, percorso reso alla perfezione dal lavoro di M. Foucault, sia riferendosi all'età classica in cui prende corpo un'immagine più organica della malattia, che a partire da epoche meglio documentate come il Medioevo. *“Restano invece e si protrae per secoli la cultura della segregazione, l'esclusione e, talvolta l'attribuzione di pene. Niente di più falso scrive, Foucault che nel Medioevo il folle fosse ritenuto sacro, collegandosi all'idea della malattia come “collera di Dio e bontà di Dio dunque oggetto di carità ma anche di pratiche purificatrici, tra le quali l'allontanamento.”* (Piero Crispiani, 2016)

Fino a tutto il '600 si consuma la fase classica dell'ossessione per la follia che si mescola a significati sia mitici sia religiosi. In altri ambienti la follia affascina, si connette alla sapienza e al potere preveggenze, oppure sta a determinare una sintesi di tutti i difetti umani e dell'immortalità. *“Tale periodo, legato alla logica dell'internamento e della reclusione, corrisponde alla cultura della monarchia, si formalizza nel '500 in Inghilterra e più avanti in Francia con il decreto di fondazione dell' Hospital général a Paris nel 1656, struttura tra il medico e il giuridico con insindacabile potere sulle persone, il che contribuisce ad imprigionare la follia”* (Piero Crispiani, 2016).

Malgrado in quei secoli nascessero in Francia, Inghilterra e Germania i primi ospizi o case di cura, egemone restò la tendenza all'esclusione che solo tra '600 e '700 si libera da interpretazioni letterarie: la follia è ora oggetto d'indagine di filosofi e medici e viene nominata *“la non ragione”*; perviene dunque allo stato di malattia, ma viene ugualmente esiliata, in quanto diversa dalla ragione. (Crispiani Piero, 2016)

Solo nell'epoca di Pinel il rapporto tra etica e ragione sarà rovesciato e, non considerando più la follia come malattia, si scopriranno gli orrori della condizione dei folli nelle prigioni e negli ospedali e prevarrà l'indignazione. Da qui, la confusione terminologica accompagnerà per secoli la condizione del malato mentale additato in epoche e culture diverse come insano, folle, posseduto, povero di mente, pazzo: il soggetto con difficoltà psichiatriche era frequentemente costretto a forme di segregazione privata o istituzionale e

all'esposizione pubblica. Si deve ai cambiamenti avvenuti a fine '700 ed al lavoro di psichiatri illuminati francesi come P. Pinel e E. D. Esquirol l'avvio di una cultura di approccio curativo ai deboli mentali, contro la tendenza all'internamento.

Nei primi anni dell'800, il medico italiano V. Chiarugi dà avvio a trattamenti di natura educativa all'interno dell'ospedale psichiatrico di Firenze mentre, sul finire del secolo, il fenomeno assume maggiori dimensioni in Francia, dove D. M. Bourneville e P. Janet volgono l'approccio medico- psichiatrico verso quello pedagogico e riabilitativo, dando così l'avvio ad esperienze che segnarono la cultura non solo francese in quell'ambito.

Già dagli inizi del '900 si è legiferato in tema di malattia mentale: *la "legge n° 36 del 14 Febbraio 1904 "sui manicomi e gli alienati" fa riferimento ai concetti di diversità, esclusione e pericolosità del malato mentale, che veniva definito appunto alienato. L'articolo 1 sanciva: Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualsiasi causa da alienazione mentale quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi".* Con l'approvazione di questa legge si pone come unico obiettivo nella cura del soggetto con difficoltà psichiatriche la custodia, non facendo riferimento a possibili interventi terapeutici o riabilitativi. Inoltre, la persona internata perdeva i suoi diritti civili e *"Il manicomio divenne un deposito senza tempo che disapprovava l'individuo della sua identità."*

Come afferma Franco Basaglia: *" il malato mentale chiuso nello spazio angusto della sua individualità perduta, oppresso dai limiti impostigli dalla malattia. È spinto dal potere istituzionalizzante del ricovero ad oggettivarsi nelle stesse regole che lo determinano, in un processo di rimpicciolimento e di restringimento di sé che, sovrapposto alla malattia, non è sempre reversibile"* (Basaglia, 1964). I concetti chiave che costituivano insieme al manicomio il fondamento della psichiatria erano l'irrecuperabilità, l'incomprensibilità, e la pericolosità. I malati rimanevano quindi inattivi, senza stimoli, costretti all'immobilità nella camicia di forza di una vita quotidiana senza tempo.

Tutto ciò evolve negli anni '30 con l'introduzione delle terapie di shock e l'uso terapeutico dei primi psicofarmaci, da qui si dà avvio ad una rivoluzione nella cura e nella prognosi delle malattie mentali, passando da una modalità esclusivamente custodialistica ad una possibilità terapeutica, prevista sempre all'interno di strutture istituzionali.

Solo nella seconda metà del secolo, dopo l'avvento degli psicofarmaci, iniziarono a diffondersi nuove teorie riguardanti la malattia mentale che modificavano la precedente visione organicistica: la malattia non viene più considerata come qualcosa d'indipendente

dall'insieme delle condizioni in cui essa si sviluppa, ma comincia ad essere presa in considerazione la situazione esistenziale del soggetto. *“Negli Stati Uniti si affermano approcci di natura fortemente psicologica circa l'origine dei disturbi mentali e nel '62 vengono istituiti i primi Centri di Igiene Mentale.”* (Gabriella BA, 2003)

Anche in Italia grazie a Franco Basaglia inizia un'opera di rinnovamento che porterà a una profonda revisione strutturale dell'Ospedale Psichiatrico e successivamente al suo smantellamento con la formulazione della legge 180/78.

Nel 1968 la legge numero 431 del 18 Marzo *“Provvidenza per l'assistenza psichiatrica”*:

- *promuove la ristrutturazione degli Ospedali psichiatrici, con l'inserimento della psichiatria anche negli ospedali civili;*
- *l'istituzione del ricovero volontario;*
- *l'abolizione dell'obbligo di annotazione dei provvedimenti di ricovero nel casellario giudiziario.* (Gabriella Ba, 2003)

Il 13 maggio 1978, in risposta alla richiesta di un referendum per l'abolizione della normativa del 1904 viene formulata la legge 108, i cui principi fondamentali sono:

il superamento degli ospedali psichiatrici, l'integrazione dell'assistenza psichiatrica nel Sistema Sanitario Nazionale e l'orientamento prevalentemente territoriale dell'assistenza psichiatrica in idonee strutture: CPS, CIM, CSM, Day Hospital, Centri Diurni. La limitazione del Trattamento Sanitario Obbligatorio in condizioni di degenza solo a situazioni gravi di pericolosità per se stessi e per gli altri e a incapacità o rifiuto a seguire le terapie (Gabriella Ba, 2003). Siamo ancora lontani però dalla chiusura definitiva degli Ospedali Psichiatrici che avverrà solamente il 31 Dicembre 1996.

Tra il 1998 e il 2000 con il Progetto Obiettivo *“Tutela della salute mentale”* si stabilirà che i servizi di salute mentale dovranno dare priorità a interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi, in modo da prevenire la cronicizzazione e l'emarginazione consentendo al malato mentale di mantenere o recuperare l'autonomia e il diritto di cittadinanza. (Gabriella Ba, 2003)

Nonostante i primi passi mossi nella storia della psichiatria non lasciassero spazio a un pensiero riabilitativo, un approccio teso alla riabilitazione emerse all'interno dell'esperienza manicomiale all'inizio dell'800 con la nascita del trattamento morale che poneva l'accento sul valore dell'occupazione, dell'educazione e del rapporto con l'ambiente. *“Tuttavia solo in parte si possono riconoscere volontà e caratteristiche di tipo riabilitativo in questo genere d'intervento, che mirava al ripristino delle funzionalità del paziente, ma che*

prescinde comunque da una motivazione di quest'ultimo al cambiamento." (Gabriella Ba, 2003). Si trattava piuttosto di una forma d'intrattenimento con lo scopo di migliorare le condizioni di vita all'interno del manicomio. Il termine "intrattenimento" allude infatti sia a un'azione piacevole per far passare il tempo al soggetto, sia al senso primario di "tenere dentro"; il manicomio realizzava così entrambe le condizioni "oscillando tra la forma forte del tenere dentro e la forma debole del far passare il tempo" (Saraceno, 1994).

La riabilitazione è autonomia ed emancipazione; essendo sempre un "portare fuori" si oppone per sua natura specifica al "tenere dentro". *"Essa si fonda sul concetto che nonostante il disagio psichico, la sofferenza e la disabilità indotte dalla malattia, l'individuo possa riacquistare e sviluppare le capacità perdute che gli consentono di integrarsi efficacemente nel proprio ambito sociale e familiare."* (Gabriella Ba, 2003)

L'uso di tecniche riabilitative si diffonde in Italia all'inizio dagli anni '60; in realtà però solo dopo la promulgazione della legge 180/78 la riabilitazione assume un ruolo di primaria importanza nel panorama dell'assistenza psichiatrica italiana.

1.2 Le strutture riabilitative territoriali

In seguito all'emanazione della legge 180/78 si è cercato di trovare forme di terapia, assistenza e riabilitazione atte a fronteggiare le esigenze del malato mentale, della sua famiglia e del suo contesto. Ciò ha portato a una riorganizzazione dei servizi in modo da poter garantire al malato un'assistenza prevalentemente esterna all'istituzione, rimanendo in stretto contatto con la famiglia e con l'ambiente. *"Solo brevi periodi di degenza sono previsti all'interno dei servizi di diagnosi e cura per il trattamento delle acuzie e delle urgenze e ricoveri più lunghi, in genere non superiori ai sei mesi nei centri residenziali di terapia psichiatrica e di risocializzazione (CTR), mentre la maggior parte del lavoro assistenziale e riabilitativo si svolge nel contesto di strutture non residenziali operanti sul territorio"* (Gabriella Ba, 2003)

L'assistenza psichiatrica è coordinata dal Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dal quale dipendono le Unità Operative Psichiatriche (UOP) alle quali è posto il compito di provvedere a ogni tipo d'intervento di prevenzione, cura e riabilitazione. Con il termine DSM s'intende l'insieme di strutture territoriali tra loro integrate che svolgono azioni di prevenzione cura e riabilitazione. Il modello dipartimentale è da ritenersi il più idoneo a garantire l'integrazione degli interventi e la continuità terapeutica. Le componenti del DSM

sono: strutture di ricovero, strutture ambulatoriali, strutture residenziali a ciclo continuo o diurno con caratteristiche prevalentemente sanitarie, strutture residenziali a ciclo continuo o diurno con caratteristiche d'integrazione sociosanitaria. Il DSM al fine di una maggiore integrazione sociale dei propri utenti in carico, ricaricherà la collaborazione sottoscrivendo protocolli d'intesa e convenzioni con i servizi confinati, le Associazioni di Volontariato e del Privato Sociale presente nel territorio, in particolare con le seguenti attività: attività di sostegno nella vita sociale, inserimento abitativo, inserimento lavorativo, prevenzione. Il DSM si suddivide a sua volta in: Centro Salute Mentale (CSM), Centro Diurno Psichiatrico (CD), Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), Day Hospital (DH)

Il CSM è la sede organizzativa dell'equipe degli operatori e del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale. Il CSM svolge: attività di accoglienza, analisi della domanda e attività diagnostica, definizione e attivazione dei programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati con le modalità dell'approccio integrato, consulenza specialistica ai servizi di confini (Sert) e alle strutture residenziali per anziani e disabili, attività di raccordo con i medici di medicina terapeutica, valutazione ai fini del miglioramento continuo della qualità, attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza ai fini di assicurare continuità terapeutica

Il Centro Diurno è una struttura semi residenziale con funzioni terapeutico-riabilitative collocata nel contesto territoriale. Esso è aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni la settimana ed è dotato di una propria équipe eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali e organizzazioni di volontari. Nell'ambito dei progetti terapeutico-riabilitativi consente di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle relazioni interpersonali, individuali e di gruppo e anche ai fini dell'inserimento lavorativo. Accoglie programmi riabilitativi della durata di massimo 2 anni di utenti in carico al Dipartimento di Salute Mentale affetti da disturbi psicotici e/o gravi disturbi di personalità, al fine di sviluppare comportamenti socialmente competenti che tendono al raggiungimento di un adeguato livello di autonomia. Generalmente i pazienti del Centro Diurno sono persone con patologie cronicizzate che usufruiscono prevalentemente delle attività di accoglienza, di aiuto nella cura del sé e d'interventi ricreativi.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è l'area di degenza ospedaliera, dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari e obbligatori. Il servizio esplica attività di consulenza alle altre strutture ospedaliere, accoglie casi di urgenza o di crisi, nelle quali sia inefficiente ogni altro intervento terapeutico in struttura ospedaliera ed è ubicato nel contesto

Aziendale Ospedaliero o di Presidi Ospedalieri di Aziende U.S.L. Il numero dei posti letto è solitamente pari a 16.

Il Day Hospital costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine. Può essere collocata all'interno dell'ospedale con un collegamento funzionale gestionale nell'SPDC, è aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni alla settimana e agisce al fine di: permettere l'effettuazione coordinata di accertamenti, effettuare interventi farmacologici e psicoterapeutico-riabilitativi, ridurre il ricorso al ricovero vero e proprio o limitarne la durata

1.3 I principali disturbi psichiatrici

La maggioranza degli individui durante la propria vita non va incontro a scompensi psicopatologici ed è quindi in grado di affrontare e superare le situazioni negative e il conseguente disagio attingendo alle risorse adattive di cui dispone; *“la difficoltà tacita di riferirsi l'esperienza in modo adattivo può emergere in un certo momento della vita, quando le risorse per mantenere la coerenza interna non riescono a controbilanciare le perturbazioni interne o esterne, portando alla comparsa di un'ampia gamma di espressioni di disagio, lungo il continuum che va dalla normalità alle nevrosi alle psicosi”*. (Bernardo Nardi, 2017)

Gli approcci descrittivi tradizionali alla psicopatologia catalogano i vari disturbi in categorie distinte le une dalle altre, ciascuna delle quali sono individuate dalla presenza di un determinato numero di sintomi, la cui presenza persiste per un determinato arco temporale e la cui frequenza si ripete o meno per un numero di volte. In quest'ottica si tendono a distinguere i “disturbi mentali” dai “disturbi di personalità” sebbene possa capitare che i primi possano svilupparsi proprio da una sottostante personalità disturbata. I vari “*disturbi mentali*” insorgono in un dato momento della vita del soggetto ed hanno un decorso che può recedere o cronicizzarsi. I “*disturbi di personalità*” sono espressione diretta di fragilità o rigidità dei tratti che costituiscono la personalità di un individuo che caratterizzano il suo modo di essere.

La personalità nei suoi tratti sia fisiologici sia psicopatologici è studiata come struttura. Essa è descritta come l'insieme delle caratteristiche stabili che permettono di riconoscersi e di dare stabilità alla propria identità. Nell'approccio tradizionale i disturbi della personalità sono divisi in categorie diagnostiche e distinte in tre gruppi o cluster:

➤ Cluster A:

- disturbo della personalità paranoide
- disturbo della personalità schizoide
- disturbo della personalità schizotipico

➤ Cluster B:

- disturbo di personalità antisociale
- disturbo di personalità borderline
- disturbo di personalità istrionico
- disturbo di personalità narcisistico

➤ Cluster C:

- disturbo di personalità evitante
- disturbo di personalità dipendente
- disturbo di personalità ossessivo compulsivo

I disturbi mentali che hanno un decorso di tipo acuto, subacuto, cronico possono comparire in un soggetto che, almeno apparentemente stava bene o possono insorgere come uno sviluppo di un sottostante disturbo di personalità.

I disturbi d'ansia comprendono i quadri clinici nei quali l'ansia nelle sue varie espressioni rappresenta l'elemento centrale. Quando l'ansia patologica è legata a specifiche situazioni e si protrae nel tempo, il timore di confrontarsi nuovamente produce ansia anticipatoria che spinge ad attivare condotte di evitamento. Il disturbo di ansia generalizzata ha come caratteristica principale un'ansia diffusa e persistente durante tutto il corso della giornata, non insorgendo esclusivamente o prevalentemente in relazione ad una specifica circostanza ambientale. I sintomi sono molto variabili, ma sono comuni: la continua situazione di nervosismo, il tremore, la tensione muscolare, le palpitazioni, i capogiri e il malessere epigastrico.

I disturbi fobici si manifestano con una paura persistente e immotivata di specifici aspetti. L'evitamento delle situazioni potenzialmente pericolose è spesso marcato e nei casi estremi può condurre a un isolamento sociale. *“Nella genesi delle fobie un ruolo fondamentale è dato dall’atteggiamento sintonico e regolativo del genitore centrato sulla paura, per cui il bambino si costruisce un film drammatico di pericolo ogni volta che si ripete una data situazione”* (Lambruschi e Lionetti, 2016.)

Il disturbo ossessivo compulsivo è caratterizzato da pensieri ossessivi e/o comportamenti compulsivi ricorrenti. I pensieri ossessivi sono idee, immagini o impulsi ricorrenti e persistenti che entrano ripetutamente nella mente del soggetto in modo stereotipato e intrusivo. La conservazione della capacità critica riguardo alle idee che assediano la mente produce sofferenza, poiché il soggetto le riconosce come un prodotto della propria mente e non come qualcosa di reale o imposto dall'esterno. Spesso è possibile ricostruire che queste idee rappresentino l'elaborazione di attivazioni emozionali che, essendo percepite come destabilizzanti, sono trasformate in pensieri che accedono alla coscienza dove possono essere parzialmente gestite schiacciandole per breve tempo dalla mente o annullandole magicamente attraverso un gesto (compulsione).

I comportamenti compulsivi, che derivano dal latino "*compulsare*", "*spingere alla violenza*", sono azioni ripetitive, stereotipate, in genere di controllo o di purificazione.

I disturbi dell'umore sono distinti in forme monopolari (caratterizzate esclusivamente dalla presenza nella storia clinica di episodi depressivi) e forme bipolari (per la presenza di episodi sia depressivi sia ipomaniacali o maniacali). Le forme monopolari si manifestano come episodi depressivi più o meno gravi, unici o ricorrenti o come depressione persistente o distimia. Il disturbo bipolare tipo I è caratterizzato da un andamento nel tempo di episodi con tono dell'umore orientato in senso prevalentemente maniacale. Il disturbo bipolare tipo II è caratterizzato da un andamento nel tempo di episodi con tono dell'umore in senso prevalentemente ipomaniacale. Gli innalzamenti patologici dell'umore rappresentano dei tentativi fallimentari, di uscire da un senso di Sé percepito attraverso tonalità di fondo negative, utilizzate come base per la percezione della propria identità, mentre i cambiamenti nel tono dell'umore esprimono l'oscillazione tra periodi in cui il soggetto tenta di reagire a sensi di fallimento e pessimismo attraverso un'iperattività di pensiero e comportamento e periodi di negatività e appiattimento nel pensiero e nel comportamento.

Nei disturbi di tipo schizofrenico il pensiero e il linguaggio appaiono disorganizzati, incoerenti, frammentati, con la tendenza a scostarsi dalla logica comune. In questi disturbi sono presenti sintomi positivi e sintomi negativi. I sintomi positivi sono neo produzioni psichiche attraverso le quali il soggetto tenta di mantenere un rapporto con il mondo e comprendono: le allucinazioni, false percezioni, in mancanza di un oggetto reale, che evidenziano una compromissione del controllo anticipatorio e retroattivo tale da non riconoscere come propria la percezione che assume una consistenza "*solida*",

materializzandosi ed essendo percepita come un aspetto della realtà che esiste oggettivamente e che coinvolge il soggetto dall'esterno. (Nardi, 2016)

I deliri, disturbi del contenuto del pensiero caratterizzati da idee false, non modificabili da prove e da argomentazioni razionali esterne, esprimono il tentativo di dare senso alla propria esistenza utilizzando le rappresentazioni interne e nascono dall'esigenza di rispondere a perturbazioni critiche discordanti rispetto alla propria coerenza interna, integrando l'immagine di sé con nuove costruzioni immaginative e verbali modificando temi, contenuti e strutture.

La catatonìa è uno stato di arresto psicomotorio caratterizzato da rigidità muscolare generalizzata, persistente tensione interna e opposizione alle sollecitazioni esterne

I sintomi negativi esprimono un atteggiamento passivo di demarcarsi e isolarsi rispetto a un ambiente vissuto come destabilizzante a livello affettivo e compaiono precocemente come espressione di un disturbo del neurosviluppo che si associa a una riduzione nel volume e nello spessore corticale. Essi determinano una condizione d'inaccessibilità del mondo interno con disinteresse per la comunicazione e l'integrazione sociale

Sono sintomi negativi:

- ritiro sociale
- appiattimento affettivo
- mancanza d'iniziativa
- impoverimento del linguaggio e del pensiero

1.4 L'educatore professionale e le competenze

L'educatore professionale sanitario è un operatore sociale e sanitario che attiva specifici progetti educativi e riabilitativi nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare.

Questa figura nasce negli anni '50 come figura non riconosciuta professionalmente ma largamente utilizzata in strutture residenziali quali istituti e case di rieducazione. Solo alla fine degli anni '70 l'educatore comincia a misurarsi con la realtà dei servizi territoriali, ove si affrontano nuovi problemi riguardanti i temi dell'emarginazione e dell'inclusione sociale per tutte le categorie della popolazione.

Alla fine degli anni '70 vengono istituite le prime leggi che si pongono l'obiettivo di rispondere in maniera globale e uguale sul territorio nazionale ai bisogni di salute dei cittadini e successivamente ad esse vengono promulgati decreti legislativi più specifici:

Decreto Legislativo 502/92: è una riforma del Sistema Sanitario Nazionale che avvia il processo di professionalizzazione degli operatori che vi operano. Prevede la pubblicazione di normative per il riconoscimento dei titoli, progressi, dei fabbisogni formativi da parte del Ministero della Sanità di Decreti Ministeriali per tutte le figure professionali operanti in questo ambito

Decreto Ministeriale 520/98: norme per l'individuazione della figura e del profilo dell'Educatore professionale. Esso definisce: i ruoli e funzioni dell'Educatore Professionale, il suo inserimento presso l'area della riabilitazione, la collocazione paritaria rispetto alle altre figure professionali.

Legge 10 Agosto 2000 n° 251 con la quale le figure professionali vengono distinte in: professioni sanitarie assistenziali, professioni sanitarie riabilitative, professioni sanitarie tecniche.

Legge Regionale 16 Marzo 2000 n° 20 che disciplina in materia di autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e agli accordi contrattuali delle strutture Sanitarie e Socio- Sanitarie pubbliche e private.

Ripercorrendo la figura dell'Educatore Professionale Sanitario è utile definire metodologie e strumenti usati da tale figura riabilitativa.

Alla base del lavoro educativo vi è la relazione educativa come situazione di convergenza che coinvolge processi di crescita e di comunicazione individuale e di gruppo. Essa si distingue da qualsiasi altra relazione perché fondata sull'intenzionalità educativa e sulla messa in atto di procedure e percorsi mirati al conseguimento di obiettivi educativi. L'educatore attraverso la sua azione aiuta il soggetto a distinguere ciò che può essere giusto per la propria dignità e ciò che non lo è, lasciando in ultimo proprio all'utente la libertà di scegliere. Per permettere ciò, durante il processo educativo l'educatore professionale deve necessariamente partire da un presupposto di fiducia verso l'utente che gli permetta di riconoscere i suoi bisogni e le sue aspettative, evitando così l'adattamento riabilitativo. Per operare secondo questi criteri l'educatore professionale sanitario non deve aderire a una linea rigidamente coerente, ma deve piuttosto mostrare autenticità e congruenza tra i sentimenti manifestati e quelli effettivamente provati. *“Alla base del lavoro dell'educatore professionale c'è la strutturazione di un progetto educativo e riabilitativo elaborato da un'equipe multidisciplinare.” Ogni processo va inteso come un processo in cui il piano*

iniziale infatti è fondamentale definire obiettivi chiari e delineare il più possibile le tappe necessarie a raggiungerli se si vuole evitare la confusione e il pressapochismo che rendono la riabilitazione altro da essa, demotivando pazienti e operatori e non portando a risultati.” (Gabriella Ba, 2003). E’ necessario rispettare “*i livelli e i gradi di libertà del paziente, il tempo di cui necessita per attivare il sistema motivazionale e quindi le scelte, il tempo dei percorsi per realizzare dei progressi, per raggiungere degli obiettivi”* (Ba, Carta, 1997)

Le fasi che compongono un progetto sono rispettivamente:

- finalità che descrive l’obiettivo generale
- obiettivi che descrivono le differenti fasi e attività. Essi possono essere a breve, medio o lungo termine
- partners interni o esterni al servizio, si tratta dei referenti istituzionali o extra istituzionali che verranno coinvolti nel progetto
- risorse interne o esterne al servizio, descrivono le risorse umane, i materiali, gli ambienti, la disponibilità di risorse che verranno integrate nel progetto
- attività necessarie all’attuazione del progetto
- tempi di attuazione delle fasi del progetto
- spazi necessari alle attività del progetto
- costi necessari da sostenere per la realizzazione del progetto
- valutazione processo parallelo al progetto nel quale si valuta l’appropriatezza degli obiettivi rispetto ai risultati raggiunti
- verifica che indica il tempo in cui poter verificare i risultati ottenuti
- indicatori di verifica che indicano i parametri per misurare i risultati, essi possono essere quantitativi o qualitativi

Prima della strutturazione del progetto è necessaria la stesura dell’*assessment*, ovvero di quell’insieme di procedure finalizzate alla raccolta sistematizzata e all’organizzazione delle informazioni che sono ritenute rilevanti per impostare e monitorare un intervento educativo-riabilitativo.

Una caratteristica che non deve mancare nel ruolo dell’educatore professionale è l’ascolto empatico. L’educatore deve saper infatti cogliere il mondo esistenziale dell’utente e deve comunicare a quest’ultimo tale comprensione. L’utente sperimentando l’accettazione, la vicinanza e il supporto dell’educatore diventa più consapevole delle sue difficoltà e delle risorse di cui dispone per superarle.

Capitolo 2

Il teatro

2.1 La storia del teatro

Il termine *teatro* deriva dal verbo greco *guardo, sono spettatore*. “*Nella rappresentazione teatrale i mezzi tecnici utilizzati sono il corpo e le sue modalità di comunicazione, verbali o non verbali*”. (Gabriella Ba, 2003). Questi mezzi, necessari diversamente dalle altre forme espressive, sono a disposizione nell'immediato per i soggetti che ne vogliono fare uso, e fanno inoltre parte del patrimonio soggettivo di ciascuno. Dunque la rappresentazione teatrale, crea una nuova realtà che, se pure illusoria, è comunque simile alla vita vera, poiché basata sugli stessi elementi che la pongono in essere (lo spazio, la postura, il linguaggio e la comunicazione intra e intersoggettiva).

Il patrimonio affettivo di ogni individuo, comprende inoltre i sentimenti che per il loro carattere universale e condivisibile, vengono trasmessi attraverso l'interpretazione di una sceneggiatura quindi attraverso il mezzo espressivo teatrale.

L'approccio terapeutico basato sulle tecniche teatrali può operare in due direzioni opposte: dall'esterno, operando sul corpo e sulle sue manifestazioni, con tecniche che intervengono sulla postura, sul movimento, e sul linguaggio; dall'interno, attraverso l'analisi del personaggio Sé che può decidere di rappresentarsi, valutando e affrontando i sentimenti e le emozioni che lo caratterizzano e che gli faranno sviluppare le intenzioni recitative.

L'uomo fin dalle origini ha sempre manifestato il bisogno di rappresentarsi possiamo dunque dire che la rappresentazione scenica deve considerarsi “*nell'insieme dei bisogni essenziali individuali e della società nel loro divenire*”. (Gabriella Ba, 2003) La forma più antica del teatro si origina e si sviluppa nelle popolazioni primitive come rappresentazione sacra. Quest'evento, divenuto poi centrale nella vita della comunità, non nasce dall'elemento religioso bensì da un nucleo emotivo. Se pensiamo al divario delle possibilità fra un uomo primitivo e la natura, possiamo denotare che quest'ultima abbia una schiacciante superiorità che manifestandosi può alternativamente salvaguardare o distruggere, ovvero dare la vita o la morte. L'uomo idealizza allora questa potenza non

come componente del modo reale ma come forza misteriosa che governa incontrastabile ogni evento. In questa emozione profonda troviamo l'Essenza, il Sacro, che spinge l'uomo primitivo all'osservazione delle manifestazioni della natura, fino a sviluppare un'empatia tale da ottenere la benevolenza di questa forza superiore.

Nascono così due riti: il rito magico e il rito religioso, e con essi si sviluppa la prima rappresentazione sacra nella quale troviamo un'identificazione, quasi completa tra attore e personaggio rappresentato (che si estende anche allo spettatore). *“L'origine del teatro è da ricercare proprio in questi riti”* (Gabriella Ba, 2003). Allo stesso modo può essere individuata *“nel momento in cui l'uomo inizia a concepire la differenza fra l'impossessarsi concretamente dell'audacia dell'eroe defunto, indossandone il mantello o nutrendosi del suo cuore, e l'interpretare le sue gesta, cogliendone e rappresentandone il significato simbolico”*. (Gabriella Ba, 2003) Il teatro nell'antica Grecia era una celebrazione che all'interno della vita sociale presentava forte carattere sacrale.

Il Dramma, sviluppatosi in questo ambiente, è la rappresentazione scenica di un conflitto.

Esso si può suddividere in quattro forme:

- Tragedia,
- Dramma satiresco,
- Commedia,
- Mimo.

Secondo Aristotele, la tragedia non ha come unico scopo l'intrattenimento degli spettatori, ma anche lo stimolo della *“catarsi”*, ovvero *“una purificazione dalle passioni”*. (Gabriella Ba, 2003). *“Oggi potremmo affermare che il soggetto, partecipando all'azione tragica, si libera delle passioni, le esteriorizza sulla scena, recuperando così l'equilibrio psichico necessario per poter riprendere il dominio delle proprie funzioni razionali”*. (Gabriella Ba, 2003). *“Così come l'uomo primitivo esorcizzava le sue paure rappresentando i misteri sacri della Natura così, nella tragedia, l'individuo esorcizza il timore che le passioni che lo generano, lo animano e lo costituiscono si presentino a lui come forze sconosciute e incontrollabili.”* (Gabriella Ba, 2003) L'unione della civiltà greca con quella latina, sviluppò rapidi cambiamenti in quest'ultima.

Il teatro perse infatti il suo carattere sacro di cerimonia per accentuarsi nell'aspetto profano (collegato alla celebrazione dei ludi). Inizialmente si diffuse come manifestazione drammatica, ma divenne successivamente espressione personale dei pensieri di uno scrittore riguardo argomenti politici, filosofici, culturali, e sui costumi culturali.

Un'importante evoluzione del concetto di teatro e della sua funzione avviene alle origini del Cristianesimo. *“Sant’Agostino scrive che la salvezza e la liberazione sono basate innanzitutto sulla liturgia, sulla supremazia dell’anima che si ritira in se stessa, riflette sul peccato che deriva dall’unione con il corpo colpevolizzato.”* (Gabriella Ba, 2003). Partendo dall’idea secondo cui l’uomo contempla e si converte a Dio come centro della propria realtà, l’Io, per contro, si manifesta come “centro della rappresentazione teatrale”. Da questa consapevolizzazione si sviluppa allora un dualismo tra sacro e profano che porterà alla demonizzazione di tutto ciò che riguarda le manifestazioni del corpo.

Dal Medioevo fino all’Età moderna si ha un continuo fermento e una costante ricerca, che porta alla nascita e allo sviluppo di svariati generi di rappresentazione. *“Tale vastità di contenuti fa apparire il teatro come un “laboratorio in continuo dialogo con il divenire della società” e come strumento critico e propulsore della vita politica, sociale, culturale e religiosa.”* (Gabriella Ba, 2003) Fra il sedicesimo e il diciassettesimo secolo Shakespeare identifica l’autore come conoscitore delle passioni contraddittorie e irrazionali dell’uomo. E solo con il teatro moderno si sviluppa una profonda differenziazione dagli ideali precedenti; la società infatti, cambiando nei suoi contenuti ma soprattutto nel modo di concepire se stessa, ha permesso all’uomo di divenire sempre più artefice di Sé nella ricerca di una propria identità.

Nel 1921 Moreno apre a Vienna il teatro della spontaneità da cui nascerà lo psicodramma e nel 1931 Artaud affermò che al dominio della parola è necessario contrapporre una rappresentazione in cui collocare tutte le forme d'espressione con l’obiettivo di far emergere la crudeltà nascosta dell’uomo e metterlo di fronte alle verità interiori della sua psiche.

2.2 *Le scuole del teatro*

Tra le maggiori scuole di teatro possiamo ricordare il Teatro della Crudeltà nato nei primi anni ‘30 del Novecento per idea di Antonin Artaud. Secondo la sua idea, il teatro è maggiormente necessario quando inesistente e impossibile. Egli sostiene che nel teatro si necessiti di Crudeltà non intesa come violenza, la Crudeltà per Artaud è rappresentare la vita così com’è, senza filtri, senza convenzioni, senza paura, quindi vera e cruda, di conseguenza il teatro della crudeltà tira fuori qualcosa dagli attori e dal pubblico; questo significa che quando il soggetto prova un malessere egli lo deve tirare fuori senza cercare di evitarlo. Il

teatro della Crudeltà inoltre non accetta né i testi ritenuti capolavori con la loro interpretazione psicologica né l'interpretazione psicologica del pubblico relativa a questi capolavori. Il termine Crudeltà è presente perché la vita la ha necessità di mettersi costantemente alla prova superando ogni limite, torturando e calpestando tutto e si differenzia nettamente dal cinema, dove le immagini sono filtrate e non permettono di aggiungere nulla alla sensibilità umana. Il teatro non ha filtri, è violento, efficace e immediato ed implica il lascito di un'impronta nelle vite altrui. Il teatro della Crudeltà è inoltre caratterizzato da: uno spettacolo dinamico e totalizzante che implica l'assenza di barriere e scenografie (che non fornirebbero importanza ai gesti e alle parole); uso calibrato del suono, in modo da creare ritmo, vibrazione; uso calibrato della luce; presenza di attori che, durante lo spettacolo, compiono gesti inutili, violenti e gratuiti (mai ripetuti una seconda volta, per non far venir meno la spontaneità).

Il dinamismo comunicativo di questa forma di teatro si esplica attraverso: il linguaggio acustico per cui le parole variano il loro significato in base a come vengono pronunciate e al tono; il linguaggio visivo, attraverso il quale tutto può essere rappresentato. L'opera è aperta a chiunque ed è di libera interpretazione per l'assenza di limiti o schemi. Di seguito altre scuole di teatro.

Il Teatro Sperimentale, il cui compito è quello di affrontare i grandi problemi e le passioni sono espresse in quell'epoca; Il Teatro Povero di Jerzy Grotowski, in cui tutto ciò che non è necessario sparisce, trascendendo i limiti e quindi permettendo di realizzare se stessi in un processo mediante il quale mettere alla luce ciò che è in ombra. *“Nella lotta per la verità personale, nello sforzo per liberarci dalle maschere imposte dalla vita, il teatro con la sua corporeità percettiva, è sempre stato luogo di provocazione capace di sfidare sia se stessi sia il pubblico, violando le immagini, i sentimenti, e i giudizi stereotipati e comunemente accettati.”* *“Questa dissacrazione dei tabù porta alla lacerazione della maschera permettendoci offrire il nostro essere a nudo”*. (Grotowski J, 1970). Il lavoro di Grotowski si ferma però davanti all'evidenza per la quale il pubblico non modificò il proprio comportamento nonostante il processo di cambiamento dell'attore. Trovando ciò altamente teatrale e in parte scorretto, Grotowski decise di eliminare anche quest'ultimo elemento di passività caratterizzato dallo spettatore, al fine di iniziare un lungo percorso di ricerca del proprio essere e della propria essenza e di realizzazione *corpo-mente* riservato a gruppi eletti disposti a vivere in modo comunitario (Claudio Bernardi, 2004)

“Il teatro dell'Oppresso” nato in America Latina come metodo attivo per cambiare la coscienza politica delle masse sfruttate di contadini e lavoratori, condizionati a credere in un

destino ineluttabile ed ha come precursore Boal. (Claudio Bernardi, 2004). Esso rifiuta il teatro che nella sua forma drammatica annega lo spettatore in lacrime ed emozioni che non fanno comprendere le ragioni e i meccanismi del dominio delle classi ricche su quelle povere. A differenza del modello brechtiano (in cui lo spettatore è critico, ma sempre in stato di visione e contemplazione) nel teatro di Boal lo spettatore agisce subito, nel qui e ora dello spettacolo, e fa subito esperienza di cosa significhi passare dal ruolo di spettatore a quello di attore al fine di constatare esperienzialmente che le situazioni possono cambiare. Boal perciò si propone di rifondare il teatro popolare con un teatro non solo per il popolo ma fatto dal popolo, ricercando forme, culture, linguaggi ed espressioni appartenenti allo stesso. Tutte le forme e i contenuti avevano l'obiettivo di favorire la presa di coscienza e l'azione, l'organizzazione, la vita e la lotta degli oppressi attraverso nuove forme di comunicazione a carattere formativo ed informativo, sia per promuovere nuove forme di partecipazione democratica e teatrale, sia per provocare movimenti al di fuori di qualsiasi cornice spettacolare e teatrale. Così in questa forma di teatro invisibile alcuni attori preparano in ambienti di vita quotidiana delle azioni o delle rappresentazioni riguardanti temi scottanti del momento,.

Il più celebre dei generi popolari di Boal è il *Teatro Forum* in cui un gruppo di attori rappresenta un determinato problema per il quale gli spettatori nel momento dell'interruzione della rappresentazione, sono invitati a proporre soluzioni sostituendosi all'attore. La gestione viene affidata alla figura centrale di un *conduttore* o un *jolly*, che senza condizionare e giudicare le scelte degli spettatori, si fa garante della loro presa di coscienza. (Claudio Bernardi, 2004). *“Boal infatti, sostiene un tipo di processo maieutico, dove ogni individuo scopre la propria verità personale, parziale e provvisoria, con l'aiuto del jolly e del confronto collettivo ”* (Boal A, 1970). In seguito il Teatro dell'Oppresso subì una radicale trasformazione per adattarsi alla diversa situazione socio-culturale, in cui l'oppressione non si manifesta a livello di masse o di comunità, ma d'individui. In conclusione, la liberazione delle masse di oppressi e il teatro del corpo dell'Europa sono stati riuniti da Boal nella *triplice liberazione* del Teatro dell'Oppresso tramite *“la liberazione della maschera sociale, ovvero dei comportamenti e gli stili fisici indotti dall'ambiente attraverso la scoperta del corpo”*. *“La liberazione della mente dai divieti, dai comportamenti e dai personaggi che l'educazione repressiva ci ha introdotto a considerare come frutto della nostra personalità, attraverso il gioco delle parti, l'immedesimazione in altri personaggi che ci fanno scoprire le parti nascoste e negate del nostro essere e la possibilità del superare i limiti prefissati.”* *“La*

liberazione dalle oppressioni interne che favorisce la liberazione socio-politica, le restrizioni e le repressioni che ci provengono dall'esterno.” (Dragone M, 2000)

2.3 Gli ambiti teorici dell'educazione teatrale

Una volta esplicitata quella che è la storia e le scuole del teatro è fondamentale analizzare quelli che sono gli ambiti teorici rispetto all'educazione teatrale.

Valenza educativa: il teatro non ha ideologie e tende al piacere di chi ne è protagonista. Possiamo quindi dire che il “teatro è educativo perché inutile”. In ogni epoca è stato utilizzato per veicolare idee morali, religiose e politiche, tuttavia esso non ha scopi, insegnamenti, modelli da imporre. Inoltre attiva l'oralità, fondamentale per chi ha difficoltà nell'esprimersi e caratteristica principale di chi soffre di disturbi psichici. Motiva l'interesse di chi ne è protagonista permettendo il miglioramento di quelli che sono i processi apprenditivi, e motiva l'interesse per la narrativa e la drammaturgia stimolando il piacere della narrazione orale poiché multimediale. Conduce ad una relazione autentica con il proprio corpo favorendo l'espressione del vissuto soggettivo. Comporta utili esperienze psicologiche, e favorisce lo sviluppo sociale ed emozionale annullando la dimensione egocentrica e favorendo una visione maggiormente imparziale.

I punti sopra evidenziati comportano l'uscita del Daimon, il vero io, in grado di favorire la maturazione personale, il decentramento e il rispetto delle regole. Infine comporta utili esperienze culturali tra cui lo sviluppo di tolleranza culturale, favorendo l'integrazione. Teatralità umana: può essere definita come l'attitudine teatrale dell'uomo a rappresentare le proprie esperienze, i propri bisogni, le proprie pulsioni (che siano coscienti o incoscienti). Possiamo infatti affermare che lo schema teatrale di base è costituito proprio dalla natura umana. In ognuno di noi è presente un “*teatrino, ovvero la tendenza a rappresentare*” ed insieme ad esso anche la vita interiore ha la vocazione a dar vita a dinamiche psicologiche; il soggetto allora non è mai uno, ma molti ed è inoltre spettatore di se stesso e del proprio conflitto interiore. (Piero Crispiani, 2006). Ed è qui che si evidenzia l'utilità del teatro : tramite esso la memoria va in scena rivivendo nella finzione, il luogo del ricordo e può essere esternata liberamente senza giudizi altrui in grado di ferire o schernire l'Altro. La teatralità umana si manifesta inoltre nella prima e seconda infanzia (0- 6 anni) tramite: la percezione di se stesso distinta dall'altro, la percezione del linguaggio dell'adulto, l'imitazione degli atti delle figure note. Mentre nell'età compresa tra i 2 e i 5 anni, ovvero nella fase

dell'egocentrismo (caratterizzata dall'incapacità da parte del bambino di assumere l'altrui punto di vista) si esprime tramite:

- il disegno,
- il gioco simbolico,
- l'immagine mentale,
- il linguaggio verbale.

In questa fase non si tratta di semplice imitazione ma piuttosto di una elaborazione immaginativa ed una proiezione affettiva. Durante l'età compresa tra i 5 e i 6 anni, il bambino inizia ad esprimersi mediante le prime recitazioni pur non avendone la piena consapevolezza. Durante la terza infanzia, età compresa tra i 6 e i 10 anni, il bambino è molto partecipe, riesce ad interpretare con tutti e 5 i sensi, non parte con l'intenzione di dover comunicare e recita per l'inutilità. L'età compresa tra l'adolescenza e l'età adulta è caratterizzata da una maturazione che porta il ragazzo ad una autocensura, ossia al rifiuto di esprimere la propria vita interiore, e di vederla drammatizzata. Questa fase è caratterizzata dal tentativo di affermare la propria singolarità, nonostante l'io non venga riconosciuto in quanto si è guidati da quelle che sono le pulsioni irrazionali.

Teatralità primitiva: le condotte dell'uomo sono regolate da registri razionali e si collocano nelle giuste condizioni ambientali. L'uomo nella sua singolarità e i gruppi nel loro contesto sociale e culturale, hanno sempre generato comportamenti esteriori tendenti al rappresentare e drammatizzare. In antichità la recitazione passava solamente attraverso l'oralità poiché le relazioni erano più autentiche.

Si è creato quindi il dibattito se il teatro derivi da:

- riti religiosi orfici e dionisiaci,
- forme primitive popolari

Nelle culture primitive le dinamiche recitative erano collegate a eventi significativi sia per l'individuo sia per la società. Anche in Italia la nascita del teatro appartiene al folklore, e ciò è ampiamente confermato dagli studiosi più autorevoli tra cui Alessandro D'Ancona, Vincenzo De Bartolomeis, e Paolo Toschi. Dal lavoro di quest'ultimo possiamo ricavare che tutte le forme drammatiche da cui deriva il nostro teatro hanno origine nelle cerimonie religiose, la commedia ha avuto origini di carattere sacro, ma nel modo ritualistico della religione, il teatro profano è precedente rispetto a quello cristiano e si prolunga fino ad oggi.

Possiamo affermare che il teatro nasce dall'oralità, la quale implica una relazione autentica tra i soggetti (improvvisazione), le relazioni autentiche, le radici culturali correlate

all'uomo; difatti le dinamiche psicologiche tendono alla spettacolarizzazione, e quindi al dialogo.

Tendenza al rappresentato: la messa in scena deve sempre avvenire, influentemente dalla composizione del pubblico. Se non lo si fa, vi è il rischio della perdita d'interesse, di non legittimare il percorso svolto, e di non rispettare le aspettative fin a quel momento accumulate. È inoltre importante la rappresentazione finale perché tra attori e spettatori si crea comunicazione bilaterale, nel senso che ciascuna parte comunica all'altra sul piano psicologico, emozionale e relazionale. E anche perché si crea una grande coralità che coinvolge tutti i presenti nella situazione di aperta convenzionalità e finzione. Doversi esibire è un impegno che in ognuno di noi scatena le reazioni più disparate di fronte alle quali si può sempre provare, verificare, valutare se stessi. Infine anche l'attività teatrale non partorita potrà essere fonte di esperienze positive se affrontata con l'intento di garantirle la destinazione pubblico, di cui si nutre per propria definizione

2.4 I vantaggi del teatro nella Salute Mentale

Facendo teatro è possibile trattare temi importanti senza correre nessun rischio, ciò è dovuto alla parziale finzione della teatralità; si riescono quindi ad elaborare temi vitali rimanendo coscienti della finzione di tale elaborazione. Nel teatro lo spazio si pone come elemento neutro che non risponde alle regole sociali e relazionali; permette infatti che si vengano a modificare le dinamiche relazionali concedendo una maggiore possibilità espressiva e una maggiore accettazione del giudizio critico. Questa libertà amplia il campo di sperimentazione del soggetto che può sbagliare senza sensi di colpa.

Il teatro svolge una funzione importante nell'ambiente della Salute Mentale grazie alle sue molteplici caratteristiche: *“il gioco”* che permette di creare un clima ed un campo di lavoro specifico. Come afferma Winnicott nel suo trattato *“Gioco e realtà”*: *“È il gioco l'universale che appartiene alla sanità; il gioco porta alle relazioni di gruppo; il gioco può essere una forma di comunicazione in psicoterapia, il gioco facilita la crescita e pertanto la sanità e, infine, la psicoanalisi si è sviluppata come una forma altamente specializzata di gioco al servizio della comunicazione con se stessi e con gli altri”*. (Gabriella Ba, 2003).

“L'utilizzo del corpo come forma espressiva di Sé e verso gli Altri da Sé; ad individui che spesso si percepiscono inadeguati rispetto ai canoni della società, o che provano un senso di inutilità, il teatro mostra che attraverso il proprio corpo sono capaci di trasmettere, di comunicare, di emozionare, di creare un dialogo con gli altri.” (Gabriella Ba, 2003)

Il feeling-tone, termine gergale comune fra i neri del Sud degli Stati Uniti, che fu in seguito introdotto nell'ambito scientifico dal neurologo *Herny Head* all'inizio dello scorso secolo e sta ad indicare la capacità di cogliere il tono e il sentimento nel linguaggio. (Gabriella Ba, 2003). È corretto infatti concepire il linguaggio come costituito, oltre che dalle parole, anche dal tono della voce, l'intonazione, le espressioni del viso, i gesti e la postura, soprattutto in ambito psichiatrico, dove spesso la patologia può alterare questi codici o i pazienti stessi possono non aver raggiunto ad una maturazione della propria espressività o dalla comprensione degli altri. Per esempio il sintomo più comune della schizofrenia è proprio l'appiattimento affettivo caratterizzato dall'inibizione o dall'assenza di mimica facciale, di contatto oculare con gli eventuali interlocutori e da una ridotta comunicazione non verbale.

Nel lavoro teatrale allora ognuno può esprimersi, ascoltarsi, cogliere la propria interpretazione e le differenze che emergono con gli altri membri del gruppo verso una migliore comprensione dell'Altro e un miglioramento delle espressioni di Sé. Il linguaggio del teatro permette di apprendere in maniera ecologica attraverso il pensiero il corpo e le emozioni e facilita il confronto e la crescita fra le persone, unendo gli aspetti cognitivi e quelli emotivi e diventando così esperienza edificante per la persona che rafforzata e sostenuta si esplora e si auto-consapevolizza dei processi mentali e culturali propri e degli altri individui.

Con l'esperienza teatrale si svolge un'azione di sensibilizzazione ed inclusione ed in particolare con lo spazio messo a disposizione da tale attività si instaurano relazioni non violente, si favorisce il rapporto, l'ascolto e l'accettazione delle differenti storie personali.

In conclusione possiamo quindi parlare di teatro per educare alla differenza sviluppando le proprie capacità personali e prendendo decisioni senza sottostare a visioni stereotipate; educare alla creatività e all'immaginazione che sono caratteristiche fondamentali per vivere e conoscere, sono mezzi che consentono di vivere in modo consapevole, di riflettere sull'esistenza, sul comportarsi autenticamente e permettono di fare ipotesi di trasformazione della realtà; educare alla critica, poiché la persona vive in due spazi paralleli che sono il coinvolgimento e la distanza. Questi due aspetti sottolineano come la vita sia segnata da un confronto con le emozioni e gli accadimenti quotidiani. La critica è saper sospendere nelle possibili interpretazioni il giudizio e nel chiedersi il perché delle cose, per evitare l'omologazione personale; educare al cambiamento, che indica la capacità cognitiva e mentale e permette lo sviluppo di capacità di flessibilità e di confronto al fine di mettere in

atto i propri impulsi creativi e la propria attitudine a realizzare scelte consapevoli e responsabili in modo adeguato.

Capitolo 3

Il contesto gruppale

3.1 Introduzione al contesto gruppale

“L’individuo fin dalla nascita e per tutta la vita fa parte di una organizzazione interpersonale complessa: il gruppo familiare, il gruppo sociale di appartenenza, il gruppo culturale”. (Gabriella Ba, 2003). *“È quindi di rilevante importanza il gruppo come trasmettitore della cultura e dei modelli razionali che sono alla base del rapporto tra l’individuo e gli altri membri della società di appartenenza.”* (De Mare, 1973)

Già nel 1902 il sociologo statunitense C. Cooley sosteneva: *“Le sfere più importanti di questa intima associazione e cooperazione, sebbene siano tutt’altro che le uniche, sono la famiglia, il gruppo di gioco per i bambini, il vicinato e la comunità degli anziani.”* *“Esse sono praticamente universali, appartenendo a tutti gli stadi dello sviluppo, e costituiscono di conseguenza una base di ciò che è universale nella natura umana e negli umani ideali”.* (De Mare, 1973).

L’individuo non può essere visto quindi come entità isolata, ma come risultato di una complessa rete di interazioni che coinvolgono tutte le persone. *“Questo approccio che vede l’individuo come facente parte di un gruppo, influenza anche la psichiatria ed il concetto di “malattia psichica”, sia rispetto alla sua genesi ed evoluzione, sia rispetto all’intervento terapeutico.”* (Gabriella Ba, 2003) *“In quest’ottica la sofferenza psichica può essere letta sia come una sequenza di sintomi, ma soprattutto come il risultato di una scorretta interazione tra l’individuo e il suo gruppo di appartenenza.”* (Peserico, 1994). Lo psicologo statunitense K. Lewin affermava nel 1947: *“è più facile modificare atteggiamenti individuali attraverso terapie di gruppo che attraverso terapie individuali”.* (K. Levin, 1980).

Data questa premessa il gruppo terapeutico, grazie alle proprie caratteristiche insite si pone come uno spazio sociale protetto nel quale il soggetto può sperimentare l’incontro con

l'altro e viverlo in modo meno conflittuale ed ansiogeno, imparando a intraprendere delle relazioni in modo più armonioso e soddisfacente, sperimentando maggiormente il senso di appartenenza, di condivisione e reciprocità.

Il concetto di spazio sociale protetto rappresenta uno dei punti cardine del contesto grupppale, rimanda, infatti, a due aspetti di primaria importanza: *“protetto rimanda alla figura del conduttore e del suo ruolo di facilitatore di processi e garante della sopravvivenza dell'individuo e del gruppo; spazio sociale è relativo a tutte le problematiche nella creazione del gruppo stesso e comprende i criteri d'inclusione e di esclusione ed il grado d'interdipendenza tra i diversi membri del gruppo.”* *“Quindi uno spazio il più simile possibile alla realtà esterna, ma portatore di cambiamenti.”* (Gabriella Ba, 2003)

Nella situazione grupppale, il paziente ha la possibilità di modificare i propri modelli comportamentali soprattutto grazie al feedback, positivo o negativo, che il gruppo gli restituisce in conseguenza del suo comportamento. Il gruppo terapeutico assume quindi le funzioni del gruppo originario, appare infatti come un microcosmo sociale in cui viene riproposta una situazione identica al macro-cosmo esterno in cui l'individuo è inserito. *“Nel gruppo il soggetto può comunicare i propri conflitti, verbalizzare i propri contenuti intrapsichici e attraverso il rapporto con gli altri acquisire una visione globale delle sue modalità di relazione fino ad arrivare a comprendere quali siano le dinamiche che stanno alla base del proprio disagio e di quello altrui.”* (Gabriella Ba, 2003)

Il gruppo terapeutico diviene allora creatore di una *“cultura alternativa”* che grazie al rafforzamento delle sue caratteristiche insite e allo sviluppo delle dinamiche interne, si propone come modello all'interno del quale risolvere i conflitti che l'individuo porta con sé. (Gabriella Ba, 2003)

Il soggetto sarà di conseguenza spinto a modificare il proprio comportamento (quando questo sarà in contrasto con la cultura del gruppo): ciò è dovuto al desiderio di appartenenza al gruppo, una delle forze che hanno maggiore influenza sull'individuo. Quest'ultimo acquisirà quindi dei modelli relazionali e comunicativi più corretti che lo faranno accettare dal gruppo, aiutandolo a rinforzare il senso di appartenenza e quindi la sua autostima.

Molteplici potrebbero essere le definizioni di gruppo terapeutico, ma possiamo affermare in primis che *“è un insieme non casuale di soggetti che si riuniscono per raggiungere uno scopo comune, costituito dal superamento del proprio disagio o del proprio stato di malattia”* (Lewin, 1980). Difatti non è possibile parlare di gruppo terapeutico quando ci si trova davanti a un gruppo casuale di persone: il concetto di terapeutico può essere

applicato solamente a un gruppo che si compone e che si sceglie, usando inizialmente il terapeuta come tramite, che si incontra:

- In un luogo prestabilito,
- Con una scansione temporale regolare,
- Per un intervallo di tempo regolare,
- Al fine di raggiungere uno scopo comune (rappresentato dal sottoporsi ad una terapia finalizzata al superamento del disagio psichico o malattia).

3.2 *La storia del contesto gruppale*

Antiche sono le origini dell'uso terapeutico del contesto gruppale. Infatti, come ricorda lo psicoterapeuta britannico P.B. De Mare: “ *fin dagli inizi di cui si ha memoria i metodi di gruppo erano stati adoperati sia con scopi terapeutici sia didattici, per far guarire tramite la magia, la religione o l'arte; ne sono esempi il tempio miracoloso di Epidauro (600 a.c.) le orge emotive dei riti bacchici, la catarsi dei drammi greci, la guarigione mediante la fede, i miracoli associati con la religione e il metodo socratico di insegnare per mezzo di un dialogo svolgentesi in piccoli gruppi o scuole con una tecnica nota come anamnesi, metodo consistente nel concentrarsi e richiamare alla mente, nel ricordare.*” “*La prima persona da cui si tramanda abbia adottato un metodo di gruppo a scopo più terapeutico fu Antonio Messmer, nei primi secoli del XVIII secolo*” (De Mare, 1973)

La storia dell'utilizzo del gruppo come strumento terapeutico nasce negli Stati Uniti. E. J. Pratt presenta nel 1905 alla Scuola Medica di Boston un articolo intitolato: “ *La cura sanitaria domestica della tisi*” in cui riporta l'esperienza appresa con i grandi gruppi di pazienti tubercolotici. Durante gli incontri regolari che effettua con loro discute della natura della malattia, delle terapie e degli atteggiamenti favorevoli o sfavorevoli rispetto la guarigione. L'autore denomina il suo metodo “*Class Method*”. (Gabriella Ba, 2003)

Negli Stati Uniti intorno agli anni '20 E. W. Lazel inizia una terapia di gruppo con pazienti ospedalieri ospedalizzati basata nell'associazione delle tecniche di supporto utilizzate da J. Pratt con una discussione di gruppo in cui si interpretano le dinamiche secondo le linee degli insegnamenti psicoanalitici. L'autore denomina questo metodo “*Lecture Method*”.

Nel 1925 per la prima volta viene utilizzato il termine “*analisi di gruppo*” da Trigant Burrow in un articolo pubblicato su *The Psychoanalytic Review*: “*The Group Method of Analysis*” in cui l'autore sostiene che i disturbi comportamentali non siano il risultato di una

patologia individuale, ma siano determinati da errati rapporti sociali e quindi la loro terapia deve avvenire nell'ambito di un gruppo in modo da diminuire le resistenze del paziente al processo terapeutico. È solamente a partire dagli anni trenta negli Stati Uniti e più tardi in Gran Bretagna che la psicoterapia di gruppo si struttura maggiormente, acquisendo delle metodiche proprie, e distanziandosi piano piano da quelle della psicoterapia individuale. (Foulkes 1975)

Durante il periodo bellico e post bellico i maggiori esponenti della psicoterapia di gruppo ad indirizzo analitico pongono le basi teoriche iniziali di questa metodologia terapeutica. Due sono le scuole di pensiero sulle dinamiche di gruppo applicate alla terapia dopo la seconda guerra mondiale: la psicoterapia in gruppo e la psicoterapia di gruppo. La psicoterapia in gruppo utilizza i principi teorici e le tecniche psicoanalitiche classici. L'attenzione del terapeuta è incentrata sull'individuo e le interazioni sono considerate solamente in rapporto al soggetto e mai come fenomeni a se stanti e portatori di un proprio significato.

L'utilità del gruppo è incentrata sulla frustrazione che il soggetto subisce nel dover condividere il terapeuta con gli altri, dalla possibilità di transfer multipli che facilitano la maggiore espressione delle modalità di rapporto interpersonale dell'individuo. La struttura gruppolo consente al paziente di rendersi conto che molto spesso i suoi conflitti sono simili a quelli degli altri, e questo permette una più facile verbalizzazione e analisi dello stesso; allo stesso tempo i membri del gruppo hanno la possibilità di rafforzare il proprio Io assumendo alternativamente il ruolo di coloro che prestano aiuto e/o di quelli che lo ricevono.

L'atteggiamento del terapeuta è simile a quello messo in atto nelle terapie individuali ad eccezione della posizione vis a vis. Nella psicoterapia di gruppo invece, il gruppo viene considerato come un'entità che si sostituisce alle figure genitoriali nella loro estensione di "produttori di cultura", attraverso un continuo confronto tra le parti. L'attenzione dei membri-gruppo e del terapeuta è incentrata sulla seduta: le problematiche vengono verbalizzate e affrontate nella loro immediatezza e non considerano la psicopatologia dei soggetti. Non viene affrontata individualmente ma piuttosto attraverso le modifiche e le correzioni delle anomalie evolutive del gruppo.

S.H. Foulkes afferma che: *"solo nella situazione di gruppo si può cogliere nella sua interezza la personalità individuale, in quanto essa permette di muoversi in senso centripeto verso il nucleo profondo dell'individuo, e in senso centrifugo, verso il sociale in generale."* (Foulkes, 1975)

3.3 La gruppalità nella riabilitazione psichiatrica

Le correnti teoriche a cui attinge la terapia di gruppo applicata alla riabilitazione psichiatrica, non hanno origine esclusivamente psicoanalitica, infatti derivano anche da altre scuole di pensiero. Si possono riconoscere i seguenti approcci teorici:

- la Teoria del Campo
- la Teoria della Comunicazione
- l'Approccio Psicodinamico
- l'Apporto Gestaltico
- la Teoria dei Sistemi

3.3.1 La Teoria del Campo

La Teoria del Campo e in particolare il lavoro di K. Lewin si incentra sullo studio del gruppo inteso come *“entità fenomenica”*. Secondo K. Lewin: *“la situazione gruppale è un fenomeno che non è dato solamente dalla somma dei singoli fenomeni (individui) che vi partecipano”* (Lewin, 1980)

Il gruppo è un'entità, che, anche se composta da singoli individui, ha delle proprietà che prescindono da quelle dei singoli membri che sono determinate da caratteristiche che sono intrinseche e proprie del gruppo stesso. I cambiamenti che avvengono all'interno del gruppo sono determinati non solo dalla sommatoria delle caratteristiche specifiche dei singoli membri del gruppo, ma quanto avviene è anche il risultato di aspetti che sono intrinseci al gruppo stesso e che sono determinati da come i diversi membri si integrano tra di loro, costituendo quello che nel linguaggio gruppale viene chiamato cultura o atmosfera di gruppo. Ciò implica che la situazione gruppale è specifica e non può essere riprodotta in altri gruppi, anche se questi ultimi sembrano apparentemente identici al primo. Possiamo affermare quindi che la situazione gruppale che si crea in un determinato gruppo è specifica e unica.

La pressione di gruppo può agire positivamente inducendo un cambiamento nell'individuo. Lewin nel suo articolo: *“Ricostruzione culturale”* ribadisce questo concetto: *“come è vero che un mutamento di valori provocherà a lungo andare un mutamento nella condotta sociale, così anche la sostituzione degli schemi d'azione e la modificazione della vita affettiva del gruppo finiranno per incidere sui valori culturali, trasformandoli.”* (Lewin, 1980)

L'inserire un soggetto in un gruppo diverso non è sufficiente a determinare in lui un cambiamento, infatti è necessaria la disponibilità ad acquisire nuovi modelli. Sempre secondo

Lewin: *“l’esistenza di un gruppo non è la somiglianza o la dissomiglianza dei suoi membri, ma la loro interdipendenza”. “Un gruppo può essere caratterizzato come una totalità dinamica, e questo significa che un mutamento nello stato di una qualsiasi sottoparte fa mutare lo stato di una qualsiasi altra sottoparte”.* (Gabriella Ba, 2003)

Non è essenziale per lo sviluppo delle dinamiche di gruppo, che si parta da una situazione di somiglianza o di differenza, ma è necessario valutare l’interdipendenza tra i diversi soggetti. Inoltre se nel gruppo, se le condizioni sono normali, vi è la tendenza al passaggio da una condizione di disordine a una condizione di unità compatta e quindi alla creazione di una situazione di maggiore coesione ed interazione potenzialmente proficua.

Lewin paragona il gruppo ad un sistema biologico aperto, infatti come avviene in quest’ultimo, al variare di una sottoparte variano gli equilibri che regolano il sistema nel complesso. La coesione di gruppo, elemento cardine per la sopravvivenza del gruppo, viene spiegata da Lewin attraverso il concetto di valenza. *“Dal punto di vista analitico, possiamo distinguere due tipi di forze che agiscono sul membro di qualsiasi gruppo: l’una che cerca di attrarlo e mantenerlo nel gruppo, l’altra che lo allontana da esso”;* (Gabriella Ba, 2003).

Per forze intendiamo tutte le istanze, gli aspetti relazionali, intrapersonali, interpersonali, che vengono attuati all’interno del gruppo: se l’equilibrio tra le forze è negativo, l’individuo abbandonerà il gruppo a meno che non intervenga qualche altro fattore. In una condizione di libertà il gruppo sarà composto in modo che le forze positive prevalgono su quelle negative. Infine come afferma Kurt Lewin: *“in un sistema di questo tipo (cioè in un gruppo) i risultati finali che vengono ottenuti non dipendono dalla situazione di partenza, ma dall’entità e dal tipo di interazioni che si sono determinate durante il processo evolutivo del sistema stesso”.* (Gabriella Ba, 2003)

La composizione del gruppo non può essere casuale, difatti è fondamentale nella strutturazione di un gruppo terapeutico, valutare attentamente le caratteristiche dei membri che comporranno il gruppo stesso al fine di evitare situazioni relazionali a carattere eccessivamente negativo o caratterizzate da caratteristiche di interdipendenza non adeguate.

Lo studio e l’applicazione delle teorie della comunicazione all’interno della situazione grupitale va presa in considerazione per due ordini di fattori: il possibile utilizzo terapeutico di particolari schemi comunicativi (quali il doppio legame, i messaggi paradossali, la prescrizione del sintomo); per mettere in evidenza modalità di comunicazione patologiche che portano a rapporti interpersonali scorretti

3.3.2 La Teoria della Comunicazione

“In generale per comunicazione si intende ogni processo attraverso il quale le persone si influenzano reciprocamente.” (Gabriella Ba, 2003) La comunicazione va intesa e considerata nei suoi due canali essenziali: comunicazione verbale e comunicazione non verbale.

Lo studio della comunicazione umana deve essere esteso a tre ulteriori livelli:

- Sintassi, che tratta e affronta i problemi relativi alla trasmissione e codificazione dell'informazione, ai canali della comunicazione, ecc...
- Semantica, che si occupa dei problemi di significato;
- Pragmatica, che si interessa dell'influenza che la comunicazione ha sul comportamento.

Rispetto alla comunicazione, fondamentale è approfondire i 5 assiomi della comunicazione teorizzati dallo psicologo e filosofo Paul Watzlawick: *Non è possibile non comunicare.*

Questo assioma è basato sul concetto che dato che ogni comportamento ha il valore di messaggio, ne deriva che non è possibile non comunicare. In ambito terapeutico questo è un concetto sostanziale in quanto riconosce l'esistenza della comunicazione non verbale, ma soprattutto perché sottolinea l'importanza comunicativa *Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto ed un aspetto di relazione di modo che il secondo classifica il primo ed è quindi metacomunicazione.*

Ogni comunicazione è portatrice di un contenuto che viene trasmesso attraverso la comunicazione verbale, ma allo stesso tempo influenza anche il rapporto tra i due comunicanti, infatti contiene un messaggio trasmesso attraverso la comunicazione non verbale che esprime il tipo di relazione presente tra i due soggetti. *La natura di una relazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione tra i comunicanti.*

Per definire e comprendere una comunicazione tra due soggetti è necessario (oltre che considerare la successione dei messaggi) osservare anche la loro sequenza: la punteggiatura dell'interazione consente di definire i modelli di scambio, e quindi anche i modelli comportamentali. In questo modo si cerca di stabilire un ordine gerarchico, senza dimenticare che i due ruoli (dei comunicanti) sono interdipendenti, infatti l'uno non esisterebbe senza gli altri.

Una punteggiatura comunicativa divergente tra due soggetti è frequentemente all'origine di patologie relazionali che tendono poi a mantenersi; difatti una volta iniziato un conflitto, non è più possibile stabilire dove ha avuto inizio la punteggiatura, o chi è all'origine

del conflitto. In questo caso è necessario ricorrere alla metacomunicazione ed affrontare i modelli comunicativi utilizzati dai due soggetti. *Gli esseri umani comunicano sia con il modulo digitale sia con quello analogico.*

Possiamo definire come comunicazione analogica ogni tipo di comunicazione non verbale; ciò deve implicare oltre al movimento del corpo noto come cinesica, anche le posizioni del corpo, i gesti, le espressioni del viso, le inflessioni della voce, la sequenza, il ritmo e la cadenza delle stesse parole e ogni altra espressione non verbale di cui l'organismo sia capace, come i segni di comunicazione immancabilmente presenti in ogni contesto in cui ha luogo ogni interazione.

Il linguaggio analogico, con il suo codice è un tipo di comunicazione che è generalizzabile in ogni epoca e nazione, seppur si presenti a volte ambiguo (presenta diversi significati in una comunicazione). Infatti, il codice digitale o comunicazione verbale è convenzionale ed ha bisogno, per la sua esistenza, di un accordo precedente che sancisca la corrispondenza tra l'oggetto e la parola che lo rappresenta. Per poter attuare una comunicazione corretta l'individuo deve unire i due linguaggi e deve essere in grado di tradurre l'uno nell'altro e viceversa. A causa delle differenze dei due sistemi questo compito risulta spesso difficile e in questo caso si assiste a delle deformazioni della comunicazione che possono rendere difficile la comunicazione.

Tutti gli scambi di comunicazione sono simmetrici o complementari, a seconda che siano basati sull'uguaglianza o sulla differenza. Le interazioni tra due individui sono un processo in continuo mutamento, infatti non solo il comportamento di A influenza quello di B, ma il comportamento di B conseguente al comportamento di A, determina una modifica nel comportamento di A stesso. L'evoluzione di questa interazione si può evolvere secondo due modelli:

Simmetrica quando la relazione è incentrata sull'uguaglianza, sulla riduzione delle differenze oppure sulla competizione crescente;

Complementare quando l'atteggiamento dei due individui non è simile ma complementare, e si assiste quindi a un'accentuazione delle differenze e delle disuguaglianze, ne consegue l'assenza della competizione. Ad esempio, il soggetto A attua un comportamento di superiorità (one-up) e consecutivamente il soggetto B attuerà un comportamento secondario (one-down) e viceversa. Nessuno dei due imporrà all'altro questo tipo di relazione, ma ognuno dei due si comporterà in modo da indurre il comportamento dell'altro, fornendogli le ragioni per farlo.

Oltre allo studio teorico degli assunti e delle possibili patologie della comunicazione è fondamentale sottolineare gli schemi pratici attraverso i quali essa si manifesta all'interno di un gruppo terapeutico. Necessario è quindi introdurre i concetti di canali di comunicazione, che possiamo definire come il numero di rapporti a due che si possono instaurare in un gruppo. Invece possiamo definire come reti comunicative particolari configurazioni spaziali attraverso le quali si ha il passaggio della comunicazione verbale e paraverbale.

Le possibili reti comunicative evidenziate da P. B Schneider:

- *Rete a catena*. Nella modalità a catena la comunicazione si trasmette dal soggetto primo all'ultimo soggetto, ciò implica che la possibilità comunicativa è minore tra i due soggetti che si trovano agli estremi, poiché essi possono comunicare solamente con un altro soggetto, ma non tra di loro.
- *Rete a Y*. Nella modalità a Y, la mancanza di equità è ancora maggiore, poiché il terzo soggetto non può comunicare con gli altri tre membri del gruppo, mentre i soggetti posti alle estremità hanno la minor possibilità di scambio potendo comunicare rispettivamente solo con i soggetti adiacenti.
- *Rete a cerchio*. Nella modalità comunicativa circolare ogni membro del gruppo ha la stessa possibilità di comunicazione con tutti gli altri. Questa modalità corrisponde a quella utilizzata classicamente nei gruppi terapeutici e riabilitativi.
- *Rete a raggio / Rete a croce*. Infine nella modalità a croce e a raggio, un solo soggetto comunica con tutti mentre agli altri è negata la comunicazione reciproca.

3.3.3 *L'Approccio Psicodinamico*

“Per comprendere le dinamiche che si attivano durante il setting terapeutico di gruppo molto importanti sono alcuni concetti di Foulkes.” (Foulkes, 1975). “Egli parla di situazione, come accadere totale nel gruppo, che è in costante movimento e cambiamento, ed ha come base la relazione tra i suoi componenti.” (Gabriella Ba, 2003)

La situazione è a sua volta letta in termini di struttura (che concerne le relazioni stabili, basata sui ruoli dei membri), processo (che concerne la componente dinamica della situazione, ovvero l'interazione degli elementi di questa nelle sue relazioni e comunicazioni reciproche), contenuto (la somma delle idee dei sentimenti che si trasmettono attraverso la struttura e il processo).

Il gruppo è quindi di più dell'insieme dei singoli individui perché nel gruppo il singolo è qualcosa di più di un individuo. Anche W.R. Bion considera il gruppo come una totalità all'interno della quale l'individuo ha la possibilità di sperimentare e conoscere: *“In un gruppo l'individuo scopre di possedere capacità che sono allo stato potenziale fino a che egli si trova in un relativo isolamento”*. (Pines, 1988)

Bion parla anche di mentalità di gruppo: *“La mentalità di gruppo è l'espressione unanime della volontà di gruppo alla quale l'individuo contribuisce in modo inconscio, che lo mette a disagio tutte le volte che pensa o si comporta in maniere deviante rispetto agli assunti di base”*. (Gabriella Ba, 2003). Il soggetto inserito in un gruppo partecipa alla formazione della mentalità di gruppo, e allo stesso tempo ne è influenzato.

Altro concetto importante è quello della *“cultura di gruppo”*: un soggetto inserito in un gruppo tende a soddisfare i propri bisogni e desideri, ma ciò può essere in contrasto con la mentalità di gruppo, per cui ci sarà la tendenza a modificarsi. (Gabriella Ba, 2003). Secondo l'autore l'identificazione *“proiettiva e introiettiva”* sono i due meccanismi fondamentali che stanno alla base del rapporto individuo-gruppo: ogni membro può proiettare contenuti psichici di altri membri del gruppo e contemporaneamente può proiettare i propri contenuti sul gruppo e i suoi membri. (Bion, 1979). Secondo Bion, due sono le componenti nello studio sulle dinamiche di gruppo, dalla cui interazione deriva quanto avviene nel gruppo: *il gruppo di lavoro*, che costituisce l'aspetto conscio del gruppo e comprende la motivazione che spinge i diversi membri a partecipare nel gruppo. Rappresenta la parte razionale dello stesso. *Gli assunti di base*, che comprendono l'insieme dei meccanismi di difesa inconsci, messi in atto dal gruppo, che possono interferire con il lavoro di gruppo.

Il patrimonio emotivo affettivo attivato dagli assunti di base può essere considerato come la forza più potente che può spingere al cambiamento. Quindi la presenza degli assunti di base non deve essere interpretata solamente come un ostacolo, ma anche come elemento che attivando le capacità di gruppo permette di contrastare e superare inconvenienti in favore del gruppo di lavoro stesso. (Gabriella BA, 2003)

Gli assunti di base postulati da Bion sono tre:

Assunto di dipendenza. Il gruppo assume una posizione di dipendenza passiva rispetto ad un leader che viene idealizzato come punto cardine. Spesso questa figura coincide con il conduttore, ma questa non è una regola. Questo tipo di gruppo è caratterizzato dall'immaturità delle relazioni individuali, l'insufficienza delle relazioni di gruppo e la paura. Questo assunto si instaura quanto nel gruppo si teme la distruzione. In condizioni normale questo assunto assume rilevanza nelle prime fasi della creazione del gruppo, quando i membri

non si conoscono tra di loro e hanno come unico punto che li unisce è la conoscenza e la fiducia nei confronti del conduttore

Assunto di attacco e fuga. Il gruppo, una parte del gruppo, o un singolo individuo, tende a combattere o fuggire da qualcosa perché sentito come nemico, che può essere interno o più frequentemente esterno al gruppo stesso. La leadership viene assunta dal soggetto che maggiormente rappresenta queste istanze e la dinamica di attacco e fuga se non viene elaborata e superata può portare allo scioglimento del gruppo.

Assunto di accoppiamento. In questo caso nel gruppo si forma una coppia sulla quale ricadono le aspettative e le speranze del gruppo poiché dall'unione dei due membri nasce una figura che avrà la funzione di salvare il gruppo. Anche in questo assunto, la vita di gruppo viene paralizzata in quanto non ci si trova davanti a una delega (come può avvenire in un gruppo basato sull'assunto di dipendenza) bensì di fronte alla totale passività del gruppo al quale non compete fare nulla se non attendere che il messaggero agisca.

L'evoluzione terapeutica è quindi condizionata dall'alternarsi dell'istanza del lavoro di gruppo e dell'istanza del gruppo degli assunti di base. Bion a riguardo afferma: “ *Secondo me uno degli aspetti più sorprendenti di un gruppo è il fatto che nonostante l'influenza degli assunti di base il gruppo razionale o di lavoro alla fine riesce a trionfare*”. (Moreno, 1975)

3.3.4 L'Approccio Gestaltico

La terapia di Gestalt trae le sue origini dal pensiero di K. Goldstein. Perls, uno dei suoi fondatori sottolinea in questa terapia l'importanza del qui ed ora, sottolineando il rapporto con il proprio Sé e non, con il passato o il futuro. Assume un'importante rilevanza il gruppo come unità dinamica, e l'interazione è ritenuta come strumento terapeutico principale, anche se questo avviene in modo diverso dal setting analitico.

Whithaker e Lieberman sostengono che il paziente durante il lavoro di gruppo, dato che condividono le problematiche emergenti, che in un determinato momento, influenzano l'atmosfera del gruppo stesso, può esprimere i propri conflitti e consecutivamente cerca di mettere in atto i propri modelli abituali. “*Quando si verifica una situazione di questo tipo e nel gruppo e le condizioni sono ottimali, il soggetto può trarre informazioni sul piano personale e migliorare il proprio insight.*” (Gabriella Ba, 2003).

Per condizioni ottimali vengono comprese per gli autori tutte le situazioni che facilitano l'assunzione delle “*decisioni capacitanti*”, che consentono l'analisi delle problematiche presenti e scoraggiano l'applicazione dei modelli restrittivi che da un lato

coprirebbero i temi comuni nascosti mentre dall'altro favorirebbero l'assunzione di nuove modalità. (Gabriella Ba, 2003). Diversamente dal setting analitico, in questo approccio il leader ha un ruolo più attivo intervenendo direttamente sul paziente.

A seconda della sua valutazione della situazione di gruppo, il terapeuta varierà i suoi interventi: può interpretare caratteristiche del livello di gruppo, può evidenziare il modo in cui determinati pazienti partecipano alle forze del gruppo, può dare interpretazioni individuali può porre una domanda o introdurre una propria. Come si può osservare, alcuni possono essere diretti a influenzare il carattere della cultura di gruppo, altri possono essere diretti a utilizzare la situazione di gruppo per il beneficio di determinati pazienti. Uno dei mezzi terapeutici fondamentali di questo tipo di terapia risiede nella drammatizzazione, caratterizzata dalla verbalizzazione estremizzata e drammatizzata della relazione del terapeuta nei confronti del paziente.

Il terapeuta, in una relazione autentica con il paziente, quando prova delle reazioni, deve comunicarle nel momento più efficace possibile, anche drammatizzandole, allo scopo di ottenere l'esplicitazione delle emozioni del paziente.

Nella terapia di gruppo un altro rapporto gestaltico è relativo all'area interazionale, riferendosi allo schema gestaltico della relazione interpersonale: *la finestra di Johari*. Tramite questo modello è possibile rendere coscienti comportamenti di cui l'individuo non è consapevole, che non è detto che poi siano corretti. (Gabriella Ba, 2003)

	Noto a Sé	Ignoto a Sé
Noto agli Altri	PUBBLICA	CIECA
Ignoto agli Altri	PRIVATA	INCONSCIA

La finestra è normalmente utilizzata per rappresentare il singolo membro del gruppo, ma potrebbe essere utilizzata anche per rappresentare il gruppo nella sua totalità.

Essa è costituita da 4 aree:

- *Pubblica*: ciò che tutti sanno della Persona;
- *Privata*: ciò che solo la Persona sa di Sé;
- *Cieca*: ciò che la Persona non sa di Sé, ma sanno di Lei gli altri membri del gruppo;
- *Inconscia*: ciò che né gli altri membri del gruppo né la persona sanno di Lei.

Gli elementi contenuti nell'*area pubblica* rappresentano le modalità di relazione abituale del soggetto, o di tutti gli aspetti della persona che sono noti.

L'area privata contiene le modalità di rapporti che il soggetto attua nella vita privata e che egli può esplicitare nel gruppo se lo desidera o può anche non farlo, mantenendo esclusivamente propria la conoscenza di ciò.

L'area inconscia non è un'area accessibile, essendo infatti ignota sia al soggetto stesso sia al gruppo.

L'area cieca è la più importante rispetto alla terapia di gruppo: essa contiene tutti quei comportamenti del soggetto, che egli non percepisce, ma che sono percepiti dagli altri membri del gruppo. La loro esplicitazione, fa in modo che il soggetto ne diventi consapevole, e giunga ad accettarle o modificarle se lo ritiene necessario.

L'area cieca è un fenomeno specifico della terapia di gruppo in quanto solo in questo setting terapeutico sono presenti altri soggetti che possono osservare questi processi e comunicarglieli.

L'elemento terapeutico fondamentale secondo la *Terapia della Gestalt* è costituito dal riconoscimento della discordanza tra il modo abituale di vedere il mondo e la nuova modalità proposta dal gruppo. Questo induce una modifica nel campo percettivo cognitivo che sfocia in un cambiamento di comportamento.

3.3.5 La Teoria dei Sistemi

Secondo la definizione di *Von Bertalanffy*, uno dei pionieri in questo campo, la teoria dei sistemi rappresenta: "... *La formulazione e la deduzione di quei principi che sono validi per i sistemi in generale*". (Vanni, 1979) Hall e Fagen definiscono un sistema come un insieme di soggetti e di relazioni tra gli oggetti e tra i loro attributi.

Nell'ambito psicoterapeutico il gruppo può corrispondere al sistema dove gli oggetti sono gli individui, gli attributi che rappresentano le proprietà degli oggetti possono corrispondere alle caratteristiche intrapsichiche, le relazioni sono il substrato che mantiene unito il sistema. I sistemi possono essere divisi a loro volta in sottosistemi che possono più o meno comunicare tra di loro: sistemi e sottosistemi aperti o chiusi. Gli esseri viventi possono essere paragonati a sistemi aperti in cui è possibile il libero scambio di informazioni tra l'ambiente e l'interno del sistema.

È possibile che il rapporto tra gli individui del sistema e qualunque cambiamento di questa parte determina un cambiamento delle altre e del sistema; quest'ultimo quindi non si comporta come la somma degli elementi indipendenti, in quanto in questo caso la variazione di una parte non influenzerebbe le altre dagli altri membri del gruppo. Questo induce una

modifica nel campo; ne deriva che un agglomerato è caratterizzato dalla somma dei singoli soggetti, mentre il sistema è caratterizzato da un determinato grado di totalità.

Secondo la teoria dei sistemi le relazioni che mantengono unito il sistema sono la *retroazione* e la *circolarità*. Il circuito di *retroazione* è caratterizzato dai feedback, che si determinano in una relazione tra due individui o fra sottoparti di un sistema. Ponendo che il soggetto A stimoli il soggetto B questo avrà una reazione che causerà un feedback su A. Il feedback può essere: negativo e quindi il sistema rimanendo rigido e non avendo modificazioni mantiene lo status quo; positivo, e in questo caso l'informazione che rientra nel sistema viene amplificata e determina una variazione del sistema stesso.

3.4 Fattori terapeutici della struttura gruppale

Secondo "Yalom" i fattori terapeutici specifici della struttura gruppale sono i seguenti:

Informazione. La partecipazione e la condivisione di tutte le problematiche del singolo facilita lo sviluppo di una corretta coesione di gruppo, riduce l'ansia derivante dalla percezione del proprio mondo interno sentito come incomprensibile, trasformandolo in qualcosa di condivisibile, più facilmente spiegabile e quindi meno angosciante poiché più facilmente filtrabile e separato dai vissuti inconsci del soggetto stesso.

Universalità. Il paziente solitamente inizia il proprio percorso terapeutico con la convinzione che i suoi conflitti siano unici. Nel gruppo può cogliere perciò cogliere l'universalità dei problemi e le similitudini presente con gli altri. È quindi rassicurato e stimolato ad aprirsi con gli altri comunicando i suoi conflitti, inoltre questo spazio comune facilita la partecipazione di ogni membro ai problemi degli altri

Infusione di speranza. Deriva dall'interessamento degli altri membri e la sua importanza va correlata all'effetto indiretto della possibile fiducia nel percorso terapeutico intrapreso. Inoltre essa è essenziale per mantenere il soggetto nel gruppo durante il periodo in cui l'ansia, le frustrazioni e i conflitti sono particolarmente forti. Inoltre dato che nel gruppo sono presenti pazienti con un diverso stadio evolutivo, il confronto che hanno affrontato simili problematiche, facilita nel soggetto il nascere di sentimenti positivi rispetto alle proprie possibilità di miglioramento.

Altruismo. È rappresentato dall'interessamento del gruppo e del terapeuta alle problematiche del singolo, che ha frequentemente, ha relazioni superficiali e indifferenti con gli altri. I

pazienti, aiutandosi reciprocamente e percependo di essere utili agli altri, sperimentano una diminuzione del proprio vissuto di alterità e indegnità con un conseguente miglioramento dell'autostima.

Riepilogo correttivo del gruppo primario familiare. È uno dei più importanti fattori terapeutici, infatti la famiglia è il primo contesto sociale nel quale oggi soggetto è inserito e il gruppo, proponendosi come situazione familiare, rende possibile la riproposizione da parte del singolo dei suoi modelli comportamentali patologici e disfunzionali consentendo la loro analisi e modificazione. Inoltre l'assenza delle rigidità dei ruoli e delle stereotipie comportamentali consente l'apprendimento di comportamenti più adeguati (G. Ba, 2003)

Sviluppo di tecniche di socializzazione. Nel gruppo il paziente può modificare i suoi modelli relazionali, e acquisirne di nuovi e più consoni grazie ai feed back positivi e negativi che riceve dal gruppo in risposta ai suoi comportamenti.

Comportamento imitativo. Spesso i terapeuti o altri pazienti possono essere presi come modello da parte del paziente e questo facilita i suoi processi maturativi

Apprendimento interpersonale. Fattore estremamente rilevante nella situazione grupppale. Molto importante per l'uomo considerato come animale sociale è l'ambiente che lo circonda. Secondo lo psichiatra e psicologo Sullivan la personalità di un soggetto è il risultato della sua interazione con altri individui significativi per lui. Il bambino tende a sviluppare gli aspetti del comportamento che vengono rafforzate dalle figure significative, mentre tende a inibire gli altri. Quindi l'individuo adulto struttura un livello di autostima secondo i feed back ricevuti dalle figure significative. Il soggetto inserito nel gruppo terapeutico proietta il proprio ideale sul gruppo, che può agire quindi da modificatore. Inoltre può rivivere un'esperienza emotiva correttiva, poiché nel gruppo può sperimentare situazioni emotive più favorevoli di quelle che ha vissuto in passato

Coesione di gruppo. È espressa dal senso di appartenenza di gruppo e rappresenta il maggiore fattore terapeutico. Per il paziente psichiatrico, che ha spesso vissuto esperienze di passività ed esclusione, il potersi considerare parte di un gruppo con il quale identificarsi, e dal quale ricevere partecipazione emotiva, facilita il processo maturativo. La coesione inoltre è l'elemento che consente la sopravvivenza del gruppo nelle situazioni di stress dei singoli membri o del gruppo stesso in toto

Catarsi. Promuove la coesione di gruppo ed ha una funzione liberatoria e di scarica emozionale (Yalom, 1974)

Inoltre lo psicologo e psichiatra svizzero R. Battegay propone un altro fattore: "l'effetto di amplificazione" il cui fondamento si basa su fatto che le emozioni dei singoli

membri influenzano sempre i sentimenti degli altri partecipanti. (R. Battegay, 1980) Ciò facilita l'emergere di sentimenti che rimarrebbero altrimenti nascosti e quindi inaccessibili all'interpretazione terapeutica.

Inoltre nella struttura gruppale si assiste a:

- Livelli meno intensi della regressione del paziente, dato che nella struttura gruppale i rapporti impersonali sono meno intimi.
- Presenza di fenomeni transferali non necessariamente indirizzati ai terapeuti.

Questo consente sia un più rapido emergere dei conflitti intrapsichici, sia una maggiore mobilità rispetto a dinamiche e contenuti affettivi ad esse legate. Ci ritroviamo spesso a osservare l'emergere di contenuti affettivo - emotivi aggressivi o competitivi nei confronti del terapeuta, alla quale susseguono profondi sentimenti di ansia e angoscia conseguenti *“alla ritorzione dell'oggetto alle proiezioni aggressive del paziente. La possibilità, secondo questa teoria, di transfert multipli e collaterali riduce queste angosce poiché la proiezione di aggressività sul fratello viene vissuta in modo meno distruttivo e colpevolizzante rispetto alla proiezione.”* (Gabriella Ba, 2003)

3.5 Il gruppo terapeutico : caratteristiche

Il terapeuta nella psicoterapia di gruppo ha una funzione più complessa e articolata di quella del terapeuta nella psicoterapia individuale. Pur partendo da una posizione di neutralità simile a quella del setting individuale, la strategia terapeutica è diversa e comprende una partecipazione attiva al gruppo, che gli permetta di cogliere e utilizzare la propria risposta emotiva (quando necessario).

Nelle fasi iniziali della vita di gruppo il terapeuta svolge la funzione di elemento di coesione del gruppo (essendo conosciuto da tutti, mentre gli altri membri non si conoscono tra loro); è colui che detiene la speranza di guarigione di ogni membro che quindi tenta di instaurare con lui un rapporto preferenziale di dipendenza magica e onnipotente. Sempre nelle fasi iniziali il terapeuta pur non assumendo mai la leadership in modo attivo, né la smentisce, né si sottrae ad essa, ma si limita a non rifiutarla.

Questo atteggiamento è motivato dalla necessità di far sentire il gruppo protetto e rassicurato da una figura autorevole, e dal bisogno di una iniziale fase di dipendenza che poi si evolverà verso l'autonomia e il ridimensionamento della sua figura. Trascorsa la fase iniziale il terapeuta si sforza nel favorire le condizioni che porteranno allo sviluppo della coesione di gruppo e quindi alla nascita della struttura gruppale fondamentale per iniziare un

percorso terapeutico proficuo. Il terapeuta è quindi è un leader che funge da catalizzatore a tratti manifesto, più spesso inapparente.

Il gruppo terapeutico deve essere composto da aspetti strutturali e dinamici che consentono la classificazione e l'individuazione per tipologia. I vari parametri di riferimento utilizzati per la creazione del gruppo consistono in:

Possibilità di inserire nel gruppo un nuovo paziente, con conseguente creazione di:

- 1) *Gruppo chiuso*: composto da pazienti che iniziano e finiscono insieme il percorso terapeutico, non è possibile quindi inserire nuovi membri in itinere. Solitamente la durata del tempo di questo gruppo è prestabilita precedentemente. I criteri di ammissione sono più rigidi rispetto che nel gruppo aperto e si ha omogeneità di problemi o patologia.
- 2) *Gruppo aperto*: sono gruppi che hanno una vita illimitata dato che i pazienti dimessi vengono sostituiti da altri pazienti, si hanno quindi varie generazioni di pazienti. Frequentemente sono gruppi eterogenei e i criteri di selezione sono meno rigidi rispetto ai gruppi chiusi.

Scelta del materiale analizzato, con conseguente creazione di:

- 1) *Gruppo etero centrato*: il materiale terapeutico analizzato non proviene dal gruppo, ma dalle diverse situazioni ambientali dei vari partecipanti. L'esposizione della problematica funge al soggetto come punto di partenza per comprendere ciò che è accaduto e l'intervento terapeutico è diretto ad aiutare il paziente a risolvere il problema portato in gruppo.
- 2) *Gruppo autocentrato*: in questo caso i pazienti parlano di ciò che accade all'interno del setting e quindi l'attenzione è posta sul qui e ora. I membri possono manifestare liberamente tutto ciò che viene loro in mente, quindi il terapeuta analizza quanto detto e interpreta le dinamiche transferali che si determinano nei suoi confronti e tra i vari membri. Il lavoro terapeutico basato sul qui e ora consente di intervenire e modificare la struttura personologica del soggetto e consecutivamente del gruppo stesso.

Composizione vera e propria del gruppo, con conseguente creazione di:

- 1) *Gruppo omogeneo*: composto da membri con una o più caratteristiche simili. Alla base c'è la coesione di gruppo secondo cui una maggiore omogeneità dei soggetti favorisce l'attrazione che il soggetto prova nel gruppo facilitando la nascita di una più rapida e duratura coesione che a sua volta rappresenta la variabile più importante per il raggiungimento del risultato terapeutico finale.
- 2) *Gruppo eterogeneo*: si intende un gruppo che comprende soggetti che, per una o più caratteristiche sono diversi fra loro.

Alla base dell'eterogeneità ci sono due concetti: la teoria del micro cosmo sociale e la teoria della dissonanza. Secondo la teoria del micro cosmo sociale il gruppo rappresenta un micro cosmo che rispecchia il macro cosmo esterno.

La teoria della dissonanza si basa sul concetto di cultura di gruppo: quando un soggetto agisce o ha modelli di interazione che sono diversi da quelli degli altri, si ritrova in uno stato di disagio che spinge a modificarsi per raggiungere un maggiore stato di armonia con il gruppo

Capitolo 4

L'esperienza di tirocinio

Il tirocinio è stato svolto nel settore della salute mentale nel Centro Diurno collocato presso il centro di San Benedetto del Tronto. Il responsabile della struttura è il dottor Enrico Iommetti e nel servizio operano un infermiere, due educatori professionali, due operatori socio sanitari e diversi psicologi. Nella struttura sono presenti utenti con disturbi psichiatrici compensati.

Le attività svolte presso il Centro Diurno sono state la terapia occupazionale, la musicoterapia, l'attività teatrale e il nuoto. La funzione degli educatori professionali è stata quella di partecipare agli incontri in équipe, di occuparsi della formulazione e strutturazione dei progetti educativi individualizzati e il controllo dello svolgimento delle attività. Durante questo periodo ho potuto approfondire l'aspetto comunicativo rafforzando ciò che già avevo appreso nel primo anno di tirocinio, inoltre ho potuto migliorare la mia capacità nella strutturazione dell'assessment e del progetto ampliando le nozioni già in mio possesso. Infine, avendo acquisito maggiore consapevolezza sull'utilizzo della gestione empatica delle emozioni, sono riuscito a comprendere meglio le emozioni e il vissuto degli utenti rafforzando quindi le relazioni.

Gli aspetti che ho maggiormente approfondito sono stati quelli osservativi e relazionali che mi hanno aiutato maggiormente nella strutturazione del progetto. Il Centro Diurno purtroppo presenta uno spazio ristretto rispetto al numero degli utenti presenti. Inoltre il numero di educatori presenti nel Centro Diurno dovrebbe essere maggiore rispetto al numero complessivo degli utenti. Felice considero invece l'ubicazione nel centro di San Benedetto del Tronto in quanto offre una situazione ottimale per lo svolgimento di diverse attività.

Conclusione

Ho raggiunto il mio obiettivo dimostrando l'importanza del laboratorio teatrale nelle tematiche della salute mentale.

Durante i due anni di tirocinio svolti presso il Centro Diurno, mi sono affacciato per la prima volta alle tematiche della salute mentale e ho scoperto l'importanza del ruolo che svolge l'educatore professionale e le potenzialità dell'utilizzo del laboratorio teatrale. Ho potuto constatare durante lo svolgimento del laboratorio teatrale due effetti positivi sugli utenti che ne hanno preso parte: uno a breve termine che riguarda il miglioramento del tono dell'umore ed uno a lungo termine che favorisce la prevenzione primaria attraverso il miglioramento delle abilità nascoste, promuove efficaci interventi riabilitativi in grado di contrastare i fenomeni di cronicizzazione e regressione, contribuisce al miglioramento nella comunicazione e nell'espressione linguistica e di quelle che sono le emozioni e i bisogni dell'utente.

Le presenti considerazioni sono avvalorate da ciò che ho scritto nel capitolo 2 in cui elenco ed esamino i vantaggi apportati dal teatro nell'ambito della Salute Mentale. E' suscettibile di rendere più chiaro il concetto un famoso verso composto da Lucio Dalla nella canzone "Caruso" dove canta: "potenza della lirica, dove ogni dramma è un falso, che con un po' di trucco e con la mimica puoi diventare un altro" e alla cui stregua possiamo dire che il paziente, attraverso l'interpretazione di un personaggio del canovaccio teatrale, può liberarsi della prigione creata dallo stigma che caratterizza la salute mentale.

L'interazione sociale che si sviluppa nei laboratori di teatro consente l'apertura di nuove strade da percorrere in cui l'utente è sempre in divenire. In questo periodo, caratterizzato dal cambiamento continuo delle teorie sull'educazione e sul trattamento di queste fragilità, ritengo che il laboratorio teatrale debba rimanere come punto cardine tra i percorsi riabilitativi, considerati i suoi effettivi e concreti benefici, tanto più in questo durissimo frangente in cui la pandemia ha reso più complicata, se non impossibile, la tutela delle persone affette da disturbo psichico, che, se non supportate in modo adeguato, rischiano di peggiorare il proprio stato o comunque di rimanere chiuse in se stesse.

Il laboratorio teatrale, in quest'ottica, apre a nuove teorie sull'educazione che hanno il fine di sopperire a tutte le mancanze con lo scopo di migliorare ulteriormente la qualità di vita degli utenti.

ALLEGATI

Modulo delle Aree Riabilitative (AR)

Identificativo ...

R.R.

Scheda n. 4 di 11 (1) (2) (3) (4) (5)

Codice per ciascuna area, riferito a una o più delle aree (tra i codici affiancati dell'intervento riabilitativo e almeno ogni volta che viene modificato il piano riabilitativo. Ogni scheda serve per tre compilazioni, i codici sono:

- 0 = assenza di problemi
 - 1 = presenza di un problema, ma da cui si è deciso di non intervenire direttamente
 - 2 = presenza di problema, in fase di progettazione dell'intervento
 - 3 = intervento in corso
 - 4 = intervento concluso, problema in tutto o in parte risolto
 - NV = identifica le aree non pertinenti o non valutabili, ad esempio l'area 14 se P non ha figli minori
- L'assenza di segni indica quindi che l'area è pertinente ma non ancora valutata.

DATE	1	2	3	4
01. Cura di sé	NV 0 1 2 3 4			
02. Cura del proprio abbigliamento	NV 0 1 2 3 4			
03. Cura della propria salute fisica	NV 0 1 2 3 4			
04. Gestione della propria salute psichica	NV 0 1 2 3 4			
05. Abitazine	NV 0 1 2 3 4			
06. Zona di abitazione	NV 0 1 2 3 4			
07. Cura dello spazio di vita e attività domestiche	NV 0 1 2 3 4			
08. Attività produttive ed occupazionali	NV 0 1 2 3 4			
09. Quantità e tipologia attività quotidiane	NV 0 1 2 3 4			
10. Modalità dei movimenti	NV 0 1 2 3 4			
11. Partecipazione alle vite di residenze/centro diurno	NV 0 1 2 3 4			
12. Partecipazione alla vita familiare	NV 0 1 2 3 4			
13. Vita affettiva, aspetti sessuali e sentimentali	NV 0 1 2 3 4			
14. Cura dei figli minori	NV 0 1 2 3 4			
15. Frequenza dei rapporti sociali esterni	NV 0 1 2 3 4			
16. Relazioni di amicizia e di aiuto	NV 0 1 2 3 4			
17. Controllo dell'aggressività	NV 0 1 2 3 4			
18. Altre regole di convivenza	NV 0 1 2 3 4			
19. Sicurezza	NV 0 1 2 3 4			
20. Interessi	NV 0 1 2 3 4			
21. Informazioni generali	NV 0 1 2 3 4			
22. Livello di istruzione	NV 0 1 2 3 4			
23. Gestione del denaro	NV 0 1 2 3 4			
24. Spostamenti e uso dei mezzi di trasporto	NV 0 1 2 3 4			
25. Uso del telefono	NV 0 1 2 3 4			
26. Acquisti e commissioni	NV 0 1 2 3 4			
27. Fronteggiamento dell'emergenza	NV 0 1 2 3 4			
28. Pensieri e susurri	NV 0 1 2 3 4			
Punti di forza*	NV 1	NV 1	NV 1	NV 1

CAPACITÀ INTELLETTIVE ORGANIZZATIVE

(continua)

© IREI, Modulo "Aree Riabilitative" - 1993, elaborato per la pubblicazione in formato Telex - Fax/ton

Assessment

Nome: R.

Cognome: R.

Stato civile: celibe

Scolarizzazione: diploma di secondo grado

Vive con entrambi i genitori

Usufruisce della pensione d'invalidità

Attualmente dispone di una borsa di lavoro.

Nella lettera di ammissione a ciclo riabilitativo si dichiara che R. R. deve lavorare sulle aree:

- della cognizione individuale e sociale
- gestione delle relazioni affettive

L'area delle abilità è rilegata tramite la scheda di valutazione VADO.

Diagnosi: disturbo schizoaffettivo

Progetto

Il progetto è basato sull'attività di teatro svolta durante il periodo del tirocinio. La finalità del progetto consta nel miglioramento della qualità di vita con riferimento al benessere psico-fisico e sociale e il potenziamento dell'autonomia.

Gli obiettivi a lungo termine sono: la condivisione nel gruppo delle problematiche, alleggerendosi delle stesse e creando un tessuto di empatia; il potenziamento dell'espressione come comunicazione utilizzando molteplici linguaggi: corporeo, verbale e mimico; l'acquisizione della consapevolezza delle proprie potenzialità espressive comunicative; creare un momento d'incontro e di riconoscimento nel rispetto delle regole.

Come partners esterni del progetto hanno fatto parte la cooperativa sociale, la Parrocchia di San Benedetto del Tronto e il volontariato. Il laboratorio teatrale ha una durata di 9 mesi e termina con una rappresentazione finale. L'attività è stata svolta in uno spazio esterno al centro diurno, presso la Parrocchia di San Benedetto e le risorse sono state fornite dalla cooperativa sociale. Le attività svolte sono state basate sulla recita di copioni assegnando a ogni utente una parte prestabilita.

Per la valutazione è stato utilizzato come indicatore qualitativo la scheda Vado mentre come indicatore quantitativo è stato utilizzato il report delle attività mensili. La verifica è stata attuata mensilmente.

Valutazione

Data:

Nome e cognome: R. R.

Osservatore: Daniele Marconi

Lavoro da eseguire: potenziamento della comunicazione, condivisione delle problematiche, consapevolezza delle proprie capacità comunicative.

	Inizio tirocinio	Fine Tirocinio
Condivisione nel gruppo delle problematiche	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Potenziamento del linguaggio corporeo	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Potenziamento del linguaggio mimico	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Potenziamento del linguaggio verbale	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Valore minimo: 1 Valore massimo: 5

Bibliografia

- BA G., *Strumenti e tecniche di Riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, Franco Angeli editore, Milano, 2003
- Battegay R., *La psicoterapia di gruppo come metodo di cura nell'ospedale psichiatrico*, in S.
- Bernardi C., *Il Teatro sociale: l'arte tra disagio e cura*, Carocci Editore, Roma, 2004
- Bion W. R., *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma, 1979
- Boal A., *Il teatro degli oppressi. Teoria e tecnica del teatro latino-americano*, Feltrinelli, Milano, 1977
- Cassanelli F., *Teatro in educazione: guida all'animazione per insegnanti, educatori, animatori*, Edizioni ETS, Pisa, 2017
- Crispiani P., *Storia della pedagogia speciale: L'origine, lo sviluppo, la differenziazione*, Edizioni ETS, Pisa, 2016,
- De Maré P. B., *Prospettive di psicoterapia di gruppo*, Astrolabio, Firenze, 1973
- De Schill (a cura di), *Terapia psicoanalitica di gruppo*, Feltrinelli, Milano
- Dragone M., *Esperienze di teatro sociale in Italia*, in Bernardi, Cuminetti, Dalla Palma, 2000
- Foulkes S. H., *Analisi terapeutica di gruppo*, Bollati Boringhieri, Torino, 1975
- Grotowski J., *Per un teatro povero*, Bulzoni, Roma, 1970
- Lewin K., *I conflitti sociali*, FrancoAngeli, Milano, 1980
- Moreno M., *Venti argomenti per un seminario di psicoterapia*, Bollati Boringhieri, Torino, 197.
- Nardi B., *Organizzazioni di personalità: Normalità e Patologia psichica*, Ancona, Accademia Dei Cognitivi Della Marca, 2017,
- Peserico M., Ba G., 1994, "Il gruppo come strumento terapeutico",
- G. Ba (a cura di), *Metodologia della riabilitazione psicosociale*, FrancoAngeli, Milano
- Pines M., *Bion e la psicoterapia di gruppo*, Borla, Roma, 1988
- Saraceno B., *La fine dell'intrattenimento*, Etas Libri, RCS, Milano 1995
- Vanni F., *Saggi di psicoterapia*, Bollati Boringhieri, Torino, 1979

- Watzlawick P., Beavin H. J., Jackson D. D., *Pragmatica della comunicazione umana: Studio dei modelli interattivi delle patologie e dei paradossi*, Casa Editrice Astrolabio, Roma, 1971
- Yalon L. D., *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, Bollati Boringhieri, Torino, 1974

Ringraziamenti

Voglio ringraziare per questo traguardo raggiunto:

- la Professoressa Silvia Crispiani per avermi sostenuto in questo percorso;
- la mia famiglia per avermi fatto comprendere che non bisogna mollare mai
- i miei compagni di corso per aver condiviso con me questo percorso di 3 anni
- i miei amici per avermi sostenuto e creduto in me