



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Educazione Professionale

**Educazione psico-corporea e Salute Mentale:
il progetto educativo-riabilitativo
“Attività di movimento finalizzata al benessere
psico-fisico”
rivolto ad utenti del Servizio Psichiatrico Diagnosi e
Cura**

Relatore: Chiar.ma

Prof.ssa Daniela Saltari

Tesi di Laurea di:

Gianluca Mariotti

Anno Accademico 2019 – 2020

INDICE

INTRODUZIONE	1
1 ASPETTI GENERALI DELLA SALUTE MENTALE	3
1.1 Il concetto di Salute nel settore Salute Mentale	3
1.2 Storia della Salute Mentale.....	7
1.3 Evoluzione dell'assistenza psichiatrica in Italia.....	10
1.4 Disturbi psichici.....	14
1.5 L'Educatore Professionale e la rete dei servizi nel percorso riabilitativo psichiatrico	30
2 CRITICITA' DEL PAZIENTE PSICHIATRICO RISPETTO AL CORPO	39
2.1 Integrazione psico-corporea: la relazione mente-corpo	40
2.2 Effetti dei disturbi psichici su corpo e mente	42
3 LE TERAPIE ESPRESSIVE	48
3.1 Descrizione delle Terapie Espressive.....	48
3.2 La dimensione del gruppo come risorsa	61
3.3 Progettare un intervento educativo utilizzando le Terapie Espressive.....	63
4 L'ESPERIENZA DI TIROCINIO ED IL PROGETTO EDUCATIVO	66
4.1 Il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura	66
4.2 Il progetto educativo-riabilitativo "Attività di movimento finalizzata al benessere psico-fisico.....	69
4.3 Risultati del progetto e discussione	77
CONCLUSIONE	79
BIBLIOGRAFIA	82
SITOGRAFIA	86

INTRODUZIONE

All'interno di questo elaborato si vuole descrivere l'importanza di svolgere attività fisiche di movimento e i benefici che queste possono portare nei soggetti che presentano disturbi psichici.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma che un'attività fisica regolare di intensità moderata apporta benefici significativi alla salute, tali benefici possono essere sia di natura fisica che psichica e, nell'individuo concorrono al mantenimento dello stato di salute, inteso come stato di completo benessere fisico, psichico e sociale.

Volgendo lo sguardo ancor più indietro nel tempo, è una locuzione latina tratta dalle "Satire" di Giovenale, "*mens sana in corpore sano*" a ribadire la relazione inscindibile che lega la salute del corpo a quella della mente.

Nella presente tesi si vogliono presentare le attività di movimento ed il loro contatto e sviluppo con la più ampia categoria delle Terapie espressive, nonché i loro benefici in relazione alla Salute Mentale, tramite un Progetto Educativo-Riabilitativo rivolto agli utenti del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura dell'Ospedale Regionale di Torrette (AN). Questo progetto prevede come punto di partenza la figura dell'Educatore Professionale, operatore sociale e sanitario, che, supportato da un'équipe multidisciplinare, attua specifici progetti educativi-riabilitativi volti al miglioramento della qualità di vita della persona.

Si vogliono ora sintetizzare le varie tematiche che verranno affrontate all'interno dei capitoli di questo elaborato.

Nel primo capitolo verrà presentata la Salute Mentale nei suoi aspetti generali, partendo dalla sua storia fino ad arrivare alla legislazione attuale in merito. Verranno approfonditi i numerosi disturbi psichici e la rete dei servizi che in Italia si occupa della presa in carico dei soggetti che ne soffrono.

All'interno del secondo capitolo ci si concentrerà sulla profonda relazione che lega la mente al corpo e, pertanto, sulle conseguenze che le varie psicopatologie possono avere sul piano fisico, mentale e sociale negli utenti.

Il terzo capitolo sarà dedicato alle Terapie espressive. La prima parte tratterà gli aspetti generali, successivamente si entrerà nello specifico andando a descrivere le varie tipologie di Terapie espressive. La parte finale riguarderà la stesura di un progetto

educativo in cui queste terapie sono protagoniste.

L'elaborato si chiude con il quarto ed ultimo capitolo, all'interno del quale verrà presentata l'esperienza di tirocinio ed il progetto educativo sul quale l'elaborato stesso verte.

La scelta di trattare questo tema è conseguenza delle esperienze di tirocinio, all'interno delle quali, nel percorso educativo rivolto agli utenti, è sempre stata presente almeno un'attività educativa che fosse riconducibile ad un'attività di movimento; questa va considerata non solo come fonte di divertimento e gioco, ma anche come azione dalla forte valenza educativa, riabilitativa e terapeutica. Attraverso l'osservazione di tali attività ho potuto riscontrare notevoli benefici sia fisici che mentali da parte dell'utenza

1 ASPETTI GENERALI DELLA SALUTE MENTALE

1.1 IL CONCETTO DI SALUTE NEL SETTORE SALUTE MENTALE

Il concetto di Salute Mentale è parte integrante del più ampio concetto di salute, lo si può dedurre dalla definizione che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha fornito per descrivere la salute stessa. Quest'ultima va intesa come *“stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non come semplice assenza di malattia o infermità”*¹.

L'OMS riconosce inoltre la salute come un diritto della persona e, di conseguenza, viene annoverata tra i diritti fondamentali dell'uomo. Questo principio assegna ad ogni stato il preciso compito di garantire e tutelare la salute dei suoi cittadini.

La definizione sopracitata però, ha assunto valore solamente a partire dalla metà del XX secolo, precisamente dal 1948, anno in cui il concetto di salute subì una radicale trasformazione diventando appunto quello conosciuto al giorno d'oggi.

Prima di allora, la salute veniva considerata riferendosi al modello entro il quale questa era inserita, ovvero il Modello biomedico. Caratteristica principale di questo modello era il focus sul concetto di malattia, si credeva dunque che la salute risiedesse nella mera assenza di patologie e nel corretto funzionamento dell'organismo. La principale conseguenza di queste convinzioni fu la quasi totale egemonia di pratiche ed approcci clinico-medici nel trattamento dei pazienti, *“Le malattie sono entità biologiche o psicofisiche universali, imputabili a lesioni o a disfunzioni somatiche. Queste anomalie producono dei segni quantificabili con le procedure cliniche e di laboratorio, che producono dei sintomi [...], così compito primario della medicina è la diagnosi.”*². In questo modo il soggetto passava in secondo piano rispetto alla sua malattia, era costretto ad assumere un ruolo passivo, senza trovare quindi posto all'interno del processo di cura; non veniva infatti tenuto conto del *background* della persona, quindi del suo ambiente di vita, del suo vissuto, della sua personalità e di tutti quegli aspetti che non si prestavano

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

² BJ Good. Narrare la malattia. p. 14. 1999

ad una analisi di tipo scientifico e quantitativo.

Il Modello biomedico di salute perdurò fino alla fine del secondo conflitto mondiale. I traumi che questo aveva causato portarono ad un notevole incremento delle malattie, non solo fisiche, ma anche e soprattutto di quelle legate alla psiche. Ci si iniziò ad accorgere come la salute di un individuo non potesse essere basata solamente sull'assenza di malattia, ma anche su fattori intrinseci della persona, che non potevano essere misurati o analizzati utilizzando strumenti di laboratorio.

Nacque così il Modello bio-psico-sociale in cui la salute è intesa come uno stato di benessere, condizionato non solo da elementi di carattere biologico, ma anche da caratteristiche psicologiche del soggetto e dalla sua interazione con l'ambiente fisico e sociale. L'attenzione si sposta quindi dalla malattia alla persona, si ha come obiettivo la salute nelle sue componenti inscindibili, quella fisica, mentale e sociale.

Il passaggio dal Modello biomedico a quello bio-psico-sociale determina di fatto una serie di cambiamenti riguardo tutto ciò che concerne il concetto di salute. Nel 1948 l'OMS introduce il nuovo concetto di salute, intesa come stato di completo benessere fisico, psichico e sociale. Il benessere è quindi una condizione multifattoriale, che comprende non solo il patrimonio genetico, l'età o l'assenza di patologie, ma anche la struttura della personalità, le relazioni sociali, l'integrazione con l'ambiente ed innumerevoli altri fattori che non rientrano in quei caratteri prettamente biologici.

Nello stesso anno in Italia viene redatta la Costituzione, all'interno della quale, l'articolo 32 presenta il diritto alla salute, secondo cui *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”*³. Riconoscere ad ogni persona il diritto alla salute significa, dunque, riconoscerle non solo il diritto di essere curata, quanto piuttosto il diritto a vivere quella complessa situazione esistenziale in cui possa realizzare le proprie aspirazioni, adattarsi all'ambiente in cui vive, e relazionarsi efficacemente con le altre persone. Seguendo la medesima linea di pensiero, nel 1978 viene istituito il Sistema Sanitario Nazionale con il compito di tutelare la salute, non solo fisica, ma anche mentale dei cittadini.

Circa 10 anni dopo, l'OMS presenta la Carta di Ottawa, un documento all'interno del quale si sottolinea l'importanza del legame che esiste tra l'uomo e i vari sottosistemi che

³ Costituzione della Repubblica Italiana. Art. 32. 1948

compongono l'ecosistema in cui vive, come ad esempio la comunità, la famiglia, l'ambiente esterno e quello socioculturale. La Carta introduce il concetto di “promozione della salute”, e lo definisce come processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla⁴.

Al giorno d'oggi la rete di servizi per la salute, conscia del rapporto di interdipendenza che si instaura tra individuo ed ambiente, è orientata verso la presa in carico globale della persona, in una visione olistica, al fine di promuoverne il benessere fisico, mentale e sociale.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la Salute Mentale come *“stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni”*⁵. Da questa definizione si può dedurre come la Salute Mentale sia una dimensione poliedrica, formata da una pluralità di elementi, essenziali al fine di mantenere l'equilibrio necessario al benessere psichico.

In contrapposizione al concetto poc'anzi espresso, si trova quello di disturbo mentale, definito come *“condizione patologica che colpisce la sfera comportamentale, relazionale, cognitiva o affettiva di una persona in modo disadattivo, vale a dire sufficientemente forte da rendere problematica la sua integrazione socio-lavorativa e/o causargli una sofferenza personale soggettiva”*⁶. I disturbi mentali, quindi, non sono semplici variazioni all'interno dei limiti della “normalità”, ma sono vere e proprie condizioni patologiche.

La malattia mentale colpisce le funzioni cognitive, relazionali, emozionali, a volte mina la capacità della persona di sostenere il proprio ruolo nel contesto sociale, nei casi più gravi il paziente non è più in grado di occuparsi in maniera autonoma delle più semplici attività di vita e della cura di sé.

⁴ O.M.S. *Carta di Ottawa per la promozione della salute*. 1986

⁵ O.M.S. *Piano di azione per la Salute Mentale 2013-2020*

⁶ U.S. National Library of Medicine. *Mental Disorders*. 15 settembre 2014

Al giorno d'oggi, si ritiene che la malattia mentale sia conseguenza dell'interazione di vari fattori: ereditari, biologici, psicologici, ambientali e sociali.

I primi, i fattori ereditari, sono caratteri non modificabili e sui quali non si può intervenire, in quanto genetici e quindi presenti fin dalla nascita. I fattori biologici sono invece fattori fisici, indagabili e studiabili tramite le neuroscienze, disciplina che si occupa di studiare il sistema nervoso. I disturbi mentali sono associati a modifiche che coinvolgono in maniera integrata il sistema nervoso centrale, endocrino e immunitario. Gli ultimi due fattori, quelli psicologici, ambientali e sociali, sono in qualche modo collegati. I fattori psicologici sono dati dalla personalità e dalle caratteristiche uniche di ogni individuo. La personalità in particolare inizia a formarsi fin dalla nascita a partire dalla relazione di attaccamento che il bambino sperimenta con la propria madre. Una relazione di attaccamento inadeguata, secondo John Bowlby, può essere un fattore determinante per l'insorgenza di disturbi mentali nella vita del futuro adulto. *“Sembra ormai certo che la separazione del bambino dalla madre - quando ha già sviluppato un rapporto emotivo con lei - può essere dannosa per lo sviluppo della personalità del bambino”*⁷ *“L'angoscia cronica, la depressione ciclica, i tentati suicidi e i suicidi sono alcuni dei disturbi più comuni che siamo oggi in grado di riferire a tali esperienze.”*⁸. Importanza rilevante è assunta anche dall'ambiente sia fisico che sociale all'interno del quale si svolge la crescita dell'individuo. L'ambiente stimola infatti l'apprendimento, le funzioni cognitive e comportamentali del bambino, nonché la socializzazione. La presenza di relazioni sane e soddisfacenti è, come da definizione, requisito cardine della Salute Mentale.

⁷ John Bowlby. *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. 1979

⁸ *Ibidem*

1.2 STORIA DELLA SALUTE MENTALE

La Salute Mentale così come è conosciuta al giorno d'oggi è frutto di innumerevoli trasformazioni sia sul piano teorico, sia su quello pratico, quindi di azione ed intervento. Nel corso del tempo la malattia mentale, o "follia", come veniva identificata in tempi remoti, è stata oggetto di studio di una moltitudine di discipline. Pedagogia, medicina, psicologia, le prime neuroscienze, l'antropologia ed altre.

L'uomo, spinto dalla forte attrazione per ciò che non comprende, ha sempre rivolto alla malattia mentale, nel bene o nel male, un'attenzione particolare.

Nel corso dei secoli ogni civiltà ha interpretato la follia in modo differente, basandosi sulla sua particolare concezione del mondo e secondo la sua specifica struttura sociale, politica ed economica, ragion per cui anche i modelli di intervento sviluppatisi sono stati alquanto eterogenei.

Nelle antiche civiltà umane la follia possedeva una connotazione mistica, si pensava infatti che derivasse dal volere delle divinità. Questo suo carattere sacro faceva sì che i folli venissero considerati come messaggeri degli Dei. Il trattamento della follia era dunque assegnato a sciamani o sacerdoti che avevano il compito di interpretare la volontà divina.

Nell'antica Grecia, la culla della civiltà occidentale, la follia era associata al sacro, in un'ottica sia positiva che negativa. Il folle veniva considerato o l'oggetto della collera divina o la voce della divinità stessa. Attorno al 400 a.C. con Ippocrate, considerato il primo medico greco che la storia riconosca, il disturbo mentale trovò collocazione nella medicina *"gli uomini devono sapere che il piacere, la letizia, il riso, gli scherzi e così pure il dolore, la pena, l'afflizione ed il pianto, da nessuna parte ci provengono se non dal cervello. E sempre per opera sua diventiamo folli ed usciamo di senno ed abbiamo incubi e terrori e, talvolta di notte, talvolta anche durante il giorno, soffriamo di sogni e di smarrimenti ingiustificati e di preoccupazioni infondate e siamo incapaci di riconoscere le cose solite che ci appaiono e ci sentiamo sprovveduti"*⁹.

Gli antichi romani, sulla scia delle conoscenze elleniche, conservarono un vivo interesse

⁹ Ippocrate. *La malattia sacra*, a cura di Amneris Roselli. 2001

medico per la follia, che sarebbe però stato inquinato dalla visione religiosa dell'uomo, non congruente con le evidenze cliniche del tempo.

A partire dal Medioevo ebbe inizio, e si sarebbe protratta per molti secoli, una visione negativa della follia, con conseguente egemonia di culture di segregazione, esclusione e talvolta l'attribuzione di pene. *“nel medioevo il folle [...] era l'espressione del male e della bontà redentiva, in connessione con l'idea della malattia come “collera di Dio” e “Bontà di Dio” dunque oggetto di carità ma anche di pratiche purificatrici.”*¹⁰. Una delle pratiche purificatrici più diffuse era l'allontanamento. Il folle veniva esiliato e costretto a vivere la sua vita da emarginato senza alcuna possibilità di redenzione.

Nel 1656 nacque in Francia *“l'Hopital général a Parigi, struttura tra il medico e il giuridico [...] il che contribuisce ad imprigionare la follia. [...] Malgrado già in quei secoli nascessero in Francia, Inghilterra, Italia, Germania i primi ospizi o case di cura, egemone restò la spinta all'esclusione.”*¹¹. Pur avendo il nome di “ospedali” queste strutture rappresentavano un vero e proprio luogo di reclusione, dove i malati mentali ricevevano assistenza ma anche punizioni e contenzione, e all'interno delle quali le condizioni igieniche e di vita erano assai precarie.

Una svolta epocale nella concezione della malattia mentale si ebbe nel XVI secolo con le nuove idee dell'Illuminismo e della Rivoluzione Francese che portarono all'affermazione dei diritti di uguaglianza e libertà dell'uomo e *“all'avvio di una cultura di approccio curativo alla massa indefinita di deboli mentali contro la dominante tendenza all'internamento fisico.”*¹². Durante il secolo del Lumi fu introdotta la distinzione tra ragione e follia, infatti, diversamente dall'età classica in cui la follia veniva accostata alla non-ragione, nel '700 la razionalità appare compresente alla follia, anche se sovrastata da quest'ultima¹³.

Nell'800 per gli individui con disturbo mentale prevalse l'ottica segregazionista. *“l'800 vede tuttavia una prima forma di evoluzione terapeutica nel passaggio dalla reclusione*

¹⁰ Crispiani Piero. *Storia della pedagogia speciale. L'origine, lo sviluppo, la differenziazione.* p. 80. 2016

¹¹ *Ibidem*

¹² *Ivi.* p. 81

¹³ *Ibidem*

al “sistema degli asili”, azione iniziata da P. Pinel nel 1793 e gradualmente generalizzata. I malati mentali saranno destinati pertanto ai manicomi, molto diffusi in Europa sin dal ‘700.”¹⁴. Pinel, considerato uno dei fondatori della psichiatria moderna, riconobbe l’importanza dei fattori emotivi e psicologici nelle malattie mentali, a lui si deve pertanto il primo tentativo di trattamento medico razionale della follia. Trasformò il manicomio da semplice luogo di contenzione a luogo di cura, attribuendo ai folli la dignità di malati.

L’inizio del XX secolo segna l’entrata nell’età contemporanea. Il ‘900 è il secolo dell’emancipazione del malato mentale e di una rinnovata visione della vita psichica individuale e della personalità umana¹⁵.

Per la prima volta si riconosce che la mente è legata in modo indissolubile ad altre sfere della vita della persona, come gli ambienti di vita e di crescita, le relazioni sociali e, più in generale, con il vissuto. Viene assunta una visione olistica dell’uomo, formato da corpo e mente uniti ed indivisibili. Queste convinzioni avrebbero orientato i futuri trattamenti per quanto riguarda la Salute Mentale, in un percorso volto all’assunzione di approcci educativi e all’abbandono dell’assistenzialismo. L’apice di questo percorso è rappresentato dalla Legge 180 del 13 maggio 1978, o legge Basaglia, che determinò, in Italia, la chiusura dei manicomi e l’avvio dei servizi sociosanitari nazionali.

¹⁴ *Ivi.* p. 97-98

¹⁵ *Ivi.* p. 82

1.3 EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA PSICHIATRICA IN ITALIA

I primi 50 anni del XX secolo in Italia, possono essere definiti come l'epoca dell'istituzionalizzazione del malato mentale. Allora, la parola "follia" era ancora saldamente ancorata al significato di "pericolo", di conseguenza la linea comune di pensiero prevedeva che le persone che soffrivano di disagio psichico dovessero essere separate dai cosiddetti "normali" per motivi di sicurezza.

I luoghi deputati a tale separazione vennero individuati negli Ospedali Psichiatrici (OP), introdotti dalla Legge Giolitti del 1904, all'interno dei quali veniva ricoverato chi soffriva di malattia mentale. I criteri secondo cui avveniva il ricovero erano il pubblico scandalo, la pericolosità e l'impossibilità di poter essere custoditi in altro luogo.

Il ricovero poteva essere sia coatto, quindi forzato, sia volontario, ed aveva una durata di 29 giorni, al termine dei quali i medici potevano scegliere se dimettere il soggetto oppure trattenerlo. Superati i 29 giorni sarebbe stato internato per sempre, previo decreto del Tribunale, e avrebbe perduto tutti i diritti civili ¹⁶.

La malattia era considerata come un fatto esclusivamente biologico e doveva essere guarita o corretta.

A partire dalla metà del 900 si assiste alla crisi del paradigma istituzionale. Lo scenario italiano per quanto riguarda la Salute Mentale subisce non pochi cambiamenti.

Il personale degli Ospedali Psichiatrici fu ridimensionato. Si affermarono nuove figure professionali quali psicologi, psicoterapeuti, neurologi ed assistenti sociali per effetto delle ideologie riguardo la Salute Mentale che, con il tempo, stavano trasformandosi, e che iniziavano a non concepire più la malattia mentale solamente come evidenza clinica. Nel 1968, grazie alla Legge Mariotti, inizia il sistema di assistenza territoriale. La "cura" del malato mentale poteva avvalersi dunque di un nuovo strumento: non più il ricovero in manicomio, ma servizi sul proprio territorio destinati a svolgere una funzione di terapia e prevenzione della malattia.

Gli anni '70 sono stati caratterizzati da un forte processo di deistituzionalizzazione,

¹⁶ L. 14 febbraio 1904, n. 36.

focalizzato sui bisogni delle persone e sulla riabilitazione.

La svolta si ebbe con la legge 180 del 13 maggio 1978, o Legge Basaglia. Prima di questa gli individui con disturbi psichici erano considerati pericolosi per la società ed irrecuperabili, di conseguenza venivano reclusi ed emarginati all'interno degli Ospedali Psichiatrici. La Legge Basaglia sancì definitivamente la chiusura ed il superamento del modello manicomiale e vietò la costruzione di nuovi O.P., inoltre introdusse il T.S.O. o trattamento sanitario obbligatorio. Tale trattamento non rispondeva più alla presunta pericolosità sociale del malato mentale, bensì ai suoi bisogni di tutela e al suo diritto inalienabile alla salute e ad essere curato. Come ribadito all'interno del primo articolo della legge, Il T.S.O. nasce come strumento di tutela dei diritti del cittadino e non più come mezzo tramite cui poter essere esclusi dalla società.

Con l'abolizione dei manicomi i trattamenti sanitari obbligatori vengono effettuati in specifiche strutture territoriali della Salute Mentale, vengono così istituiti gli SPDC (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura) presso gli Ospedali Generali.

La Legge Basaglia ha rappresentato un cambiamento senza precedenti nella storia della Salute Mentale in quanto ha contribuito a restituire dignità ai malati psichici, rispettando i loro diritti e soprattutto riconoscendoli come "persone" a tutti gli effetti. Ciò ha determinato la fine delle pratiche di custodia ed assistenzialistiche in favore della presa in carico della persona. Tramite la Legge Basaglia viene introdotto il concetto di "centralità della persona", il focus si sposta dalla patologia all'individuo, unico, con una propria storia, un proprio vissuto e dei bisogni di cura a cui, per la prima volta, si cerca di dare una risposta.

"Tutto ciò ha permesso la nascita del nuovo modello di presa in carico che si realizza attraverso un incontro autentico tra paziente e terapeuta, in cui l'accoglienza, l'ascolto, il sentire l'altro, rappresentano la premessa per una collaborazione attiva, ovvero un lavorare insieme per il cambiamento che avrebbe rappresentato l'avvio effettivo della riabilitazione psichiatrica" (Cosimo Argentieri, 2018).

Gli anni immediatamente successivi alla Legge Basaglia, fino al giorno d'oggi, sono rappresentati dall'espansione dei sistemi di cura, realizzata attraverso la

deistituzionalizzazione e la creazione di servizi che coinvolgono e si realizzano sempre di più all'interno della comunità. Tra gli anni '90 e il 2000 vengono promulgati due importanti DPR sulla Salute Mentale, ovvero il primo Progetto obiettivo nazionale "Tutela della Salute Mentale 1994-1996, ed il secondo "1998-2000". Con il primo vengono stabiliti gli assetti organizzativi degli enti coinvolti nell'erogazione di servizi sanitari e assistenziali nell'ambito della Salute Mentale: la gestione deve essere in forma dipartimentale e il fulcro del servizio è il Centro di Salute Mentale (CSM) come struttura territoriale sanitaria al di fuori dell'ospedale che si occupa di prevenzione, riabilitazione e cura della malattia mentale ¹⁷.

Il secondo Progetto obiettivo (1998-2000) viene emanato nel 1999 ed è un articolato progetto che ha la funzione di riorganizzare i servizi, proporre obiettivi di salute e le modalità attraverso cui raggiungerli. Vengono definite le finalità prioritarie, che sono individuate negli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi in quanto causa disabilità e marginalità sociale. Si afferma inoltre l'importanza di trattamenti individualizzati.

Viene definito il modello organizzativo del Dipartimento di Salute Mentale. Si sottolinea inoltre l'importanza del lavoro d'équipe, della collaborazione e dell'integrazione tra tutte le figure professionali coinvolte nel DSM, e tra queste e i soggetti esterni.

Si descrivono dettagliatamente i presidi psichiatrici, come Csm, SPDC, Day Hospital, Centri diurni e le relative funzioni. Si afferma la centralità del Csm come fulcro del coordinamento di tutti gli interventi sul territorio e come sede di organizzazione dell'équipe ¹⁸. Il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura è ora parte integrante del DSM anche se collocato in ospedale o in un'azienda sanitaria diversa da quella dei servizi territoriali. Il quadro che ne consegue è visibile, più o meno coerentemente, in ogni Azienda sanitaria locale (ASL) italiana, ciascuna fornita di un DSM che si occupa della malattia mentale e fornisce l'assistenza psichiatrica necessaria per sopperire ai bisogni dell'utenza residente nel territorio di competenza ¹⁹.

¹⁷ Ministero della Salute. *Progetto obiettivo "tutela della Salute Mentale 1994-1996"*.

¹⁸ Ministero della Salute. *Progetto obiettivo "tutela della Salute Mentale 1998-2000"*.

¹⁹ Rossi Paolo. *L'organizzazione dei servizi socioassistenziali. Istituzioni, professionisti e assetti di regolazione*. p. 123. 2017

Il Progetto obiettivo “Tutela della Salute Mentale 1998-2000” rappresenta quindi un percorso di sviluppo dell’assistenza psichiatrica in termini sia quantitativi che qualitativi.

1.4 DISTURBI PSICHICI

I manuali diagnostici nascono con l'esigenza di classificare a livello internazionale la malattia mentale. I motivi celati dietro tale esigenza sono molteplici, innanzitutto si rende necessario un glossario comune al fine di migliorare la comunicazione, i manuali infatti, forniscono uno schema di codifica comune a tutti, basato sull'utilizzo di codici formati da sequenze ordinate di lettere e numeri, ognuno dei quali identifica una determinata patologia. Ciò permette di confrontare dati tra i vari paesi, discipline sanitarie e periodi. Il solo ed unico manuale diagnostico specifico per la Salute Mentale è il DSM, manuale diagnostico psichiatrico redatto dall'APA, l'American Psychiatric Association, in risposta alla pubblicazione, da parte dell'OMS, del manuale ICD, prima classificazione internazionale delle malattie risalente al 1948.

La prima versione del DSM, il DSM-I risale al 1952. Dopo la guerra, e a causa di essa, emergono infatti numerose patologie e disturbi psichici, si sente quindi la necessità di adottare una classificazione sistematica dei disturbi mentali al fine di poter far fronte all'elevata insorgenza di questi ultimi.

Da allora si sono succedute ulteriori edizioni: nel 1968 il DSM-II, poi leggermente revisionato nel '73 e nel '78; nel 1980 il DSM-III ed il DSM-III-R (edizione rivisitata) nel 1987, il DSM-IV nel 1994 con la sua revisione in DSM-IV-R nel 2000 ed infine nel 2014 viene pubblicato il DSM-V, che rappresenta il manuale diagnostico psichiatrico aggiornato ed utilizzato al giorno d'oggi.

Mentre le prime tre edizioni, pur presentando leggere differenze, sono piuttosto simili, la quarta revisione, il DSM-IV, introduce novità nel contenuto e nella forma, prima fra tutte l'adozione di una struttura multi-assiale formata da cinque "assi" che hanno la funzione di semplificare ed indicare una diagnosi standardizzata.

All'interno del primo asse vengono descritti i disturbi clinici che hanno la peculiarità di essere temporanei, ed altre alterazioni ritenute possibili oggetto di attenzione clinica. Il secondo asse, relativo al ritardo mentale ed ai disturbi di personalità, è suddiviso in diversi paragrafi, ognuno dei quali corrisponde ad un diverso disturbo di personalità. Il terzo asse descrive le condizioni mediche acute e i disordini fisici, infine il quarto ed il quinto riportano rispettivamente le condizioni psicosociali e ambientali che contribuiscono al disordine, e le valutazioni globali del funzionamento.

Lo scopo del DSM-IV era creare uno strumento attendibile che facilitasse la ricerca e il dialogo tra i professionisti di diversi orientamenti teorici, e fornisse delle linee guida diagnostiche in forma narrativa che il clinico potesse utilizzare in modo più flessibile.

Il DSM-V viene redatto nel 2014 per far fronte all'elevata eterogeneità dei sintomi e al conseguente innalzamento dei livelli di comorbidità. Rispetto al DSM-IV presenta numerose innovazioni. Prima fra tutte l'adozione della numerazione araba a discapito di quella romana, ma la novità più consistente riguarda la struttura. Il sistema multi-assiale viene eliminato in favore del raggruppamento in "spectrum disorders" tramite cui vengono inseriti nello stesso gruppo disturbi con caratteristiche diverse, ma che condividono possibili basi neuropatologiche.

La successione dei capitoli segue l'andamento del ciclo di vita della persona: dai disturbi dello sviluppo, caratteristici dell'infanzia, a quelli che esordiscono in giovane età come la schizofrenia ed il disturbo bipolare, gli ultimi capitoli sono dedicati ai disturbi neurocognitivi, o demenze, tipiche dell'età avanzata.

Il manuale viene suddiviso in tre sezioni. La prima sezione riguarda gli aggiornamenti del DSM-V rispetto alla versione precedente, la seconda riporta le diagnosi dei vari disturbi psichici, infine la terza le condizioni che richiedono ulteriori studi ed approfondimenti. Quest'ultima sezione è la più innovativa, in quanto vengono sottolineate le differenze legate al genere, alla cultura e all'etnia, che sono ora considerate una prospettiva rilevante entro cui considerare i sintomi osservati, clinicamente rilevanti da un punto di vista psicopatologico.

I manuali diagnostici contengono una significativa quantità di disturbi psichici, si andrà a selezionare quelli più rilevanti, in modo da poterne descrivere in maniera specifica le caratteristiche. Prima di proseguire si rende però necessaria una prima distinzione tra due estesi gruppi di disturbi mentali, psicosi e nevrosi.

*“Con il termine psicosi si indica un gruppo di disturbi caratterizzati da gravi alterazioni del pensiero, delle senso-percezioni, dell'affettività della sfera cognitiva e della psicomotricità, che finiscono per influenzare pesantemente il comportamento stesso del paziente”*²⁰

²⁰ Nardi Bernardo, et al. *Manuale essenziale di psichiatria*. p. 104. 2009

Per nevrosi si intendono invece disturbi psichici più comuni, che possono generare intensa sofferenza nell'individuo, ma che non compromettono il rapporto con la realtà. La differenza sostanziale che intercorre tra nevrosi e psicosi è la condizione di distacco dalla realtà: presente nelle psicosi ed assente nelle nevrosi.

DISTURBI D'ANSIA

Il termine "ansia" deriva dal latino *anxius*, inquietante (cfr. *àngere*, soffocare, stringere) ed è comunemente utilizzato nel linguaggio quotidiano con significati riconducibili a stati emotivi enormemente differenti tra loro e che raramente coincidono con una sindrome clinica²¹. In realtà il termine ansia può indicare una vasta gamma di manifestazioni, che possono spaziare da comuni espressioni emotive a veri e propri disturbi psichici.

L'ansia si caratterizza per la presenza di sintomi sia fisici che psichici. I primi comprendono palpitazioni, senso di mancanza d'aria e oppressione toracica, sudorazione, nodo alla gola e generale irrequietezza motoria; fanno parte dei secondi il senso di paura e previsione di pericolo, difficoltà di concentrazione, insonnia, disturbi della memoria e apprensione. Questa sintomatologia può generare un elevato livello di sofferenza nella persona, senza però provocare alterazioni nella percezione della realtà che sono tipiche dei disturbi psicotici²². L'ansia, nelle sue manifestazioni "normali" non è da considerarsi negativa, è invece un ottimo meccanismo di difesa ed ha la funzione di segnalare eventuali pericoli. *"Quando è adeguata alle caratteristiche oggettive delle varie situazioni-stimolo, come intensità e come durata, l'ansia rappresenta un fondamentale e normale meccanismo di allerta dell'organismo, determinante per una migliore risposta agli stimoli esterni sul piano sia biologico che comportamentale"*²³. In molti casi però, l'ansia può assumere tratti patologici e diventare quindi fonte di enorme sofferenza soggettiva. Si riescono a distinguere ansia normale e patologica osservando determinati criteri quali la durata, la frequenza e l'intensità; il grado di sofferenza generato dall'ansia, il livello di compromissione che questa determina nel soggetto ed infine dal rapporto stimolo-

²¹ *Ivi.* p.65

²² *Ivi.* p. 66

²³ *Ibidem*

risposta, quindi se il livello di risposta del soggetto sia adeguato o meno allo stimolo che ha generato tale risposta.

L'ansia patologica può manifestarsi in vari modi: come sindrome psichiatrica a sé stante, come reazione ad un evento stressante, come un disturbo secondario ad una malattia o conseguente all'assunzione di farmaci ²⁴.

Disturbo d'ansia generalizzata

La caratteristica principale del disturbo d'ansia generalizzata è un'ansia generale, presente durante la giornata, e che persiste per mesi. La sintomatologia è variabile, sono però individuabili sintomi comuni quali la sudorazione, il tremore, la sensazione costante di nervosismo e le palpitazioni. Il decorso è cronico e solitamente non rappresenta un'invalidazione pesante per il soggetto ²⁵. A causa della presenza di preoccupazioni eccessive, relative a situazioni nelle quali il soggetto teme possa accadere qualche cosa di fortemente negativo, per quest'ultimo risulta difficoltoso controllare il proprio stato di tensione e, di conseguenza, può manifestare irrequietezza.

Disturbi fobici

I disturbi fobici sono disturbi d'ansia molto diffusi, caratterizzati da una paura incontrollabile nei confronti di una situazione, persona, oggetto o animale, e che non sono giustificati dallo stimolo che li provoca. Tra i disturbi fobici si possono annoverare vari tipi di fobie. Le fobie specifiche, sono largamente diffuse nella popolazione, e riguardano situazioni estremamente specifiche e limitate, il contatto con tali situazioni può generare attacchi di panico.

Le dismorfofobie si riferiscono all'eccessiva paura legata alla convinzione di avere difetti fisici. Solitamente il soggetto tende ad accentuare anche minime imperfezioni, così facendo la fobia diventa particolarmente invalidante. Questo disturbo emerge più

²⁴ *Ivi.* p. 67

²⁵ *Ivi.* p. 69-70

frequentemente nel corso dell'adolescenza, periodo in cui si assiste ad un rapido cambiamento e stravolgimento del corpo ²⁶.

Un'altra categoria di fobie piuttosto comuni sono le fobie sociali, la cui peculiarità riguarda la paura del giudizio da parte di altre persone. Possono essere singole, limitate quindi a determinate situazioni, o diffuse, riguardanti la maggior parte delle situazioni sociali al di fuori del nucleo familiare.

Disturbo da attacchi di panico

Il tratto distintivo del disturbo da attacchi di panico è la comparsa di attacchi di grave ansia, o panico, in situazioni in cui non vi è un reale pericolo. L'attacco può essere solitamente accompagnato da una serie di sintomi quali difficoltà respiratoria, sudorazione, tachicardia e nei casi più gravi, alterazioni della percezione della realtà ²⁷.

Gli attacchi hanno durata breve, generalmente si esauriscono in qualche minuto, ma possono essere così frequenti da interferire pesantemente con la vita sociale del soggetto. Tra un episodio e l'altro il soggetto può sviluppare la paura che l'attacco si ripeta, di conseguenza si crea quella che solitamente prende il nome di ansia anticipatoria, che porta il soggetto a cercare di prevenire gli attacchi adottando condotte di evitamento rispetto a determinate situazioni.

Disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)

La peculiarità del DOC è data dalla presenza di pensieri ossessivi e comportamenti compulsivi. *“i pensieri ossessivi (ossessioni) sono idee, immagini o impulsi, ricorrenti e persistenti, che entrano ripetutamente nella mente del soggetto in modo stereotipato e intrusivo”* ²⁸. Queste ossessioni possono riguardare un'ampia gamma di aspetti della vita e della quotidianità della persona: sono presenti temi di contaminazione, relativi quindi a

²⁶ *Ivi.* p.71

²⁷ *Ivi.* p. 73

²⁸ *Ivi.* p. 74

sporczia o inquinamento, di aggressione e di indegnità morale. I più diffusi sono quelli relativi alla perfezione e all'ordine.

Allo scopo di porre fine ai pensieri ossessivi, il soggetto ricorre alla compulsione, quindi ai comportamenti compulsivi, *“azioni ripetitive, stereotipate (rituali) in genere di controllo o di purificazione. [...] il soggetto si sente obbligato a metterli in atto in risposta ad una ossessione [...] per evitare eventi e situazioni le cui conseguenze sono temute per sé e per gli altri.”*²⁹

Le compulsioni riguardano comunemente aspetti di vita della persona legati all'ordine, come ad esempio lavarsi le mani, riordinare o controllare oggetti e situazioni.

DISTURBI DELL'UMORE

I disturbi dell'umore comprendono sindromi psicopatologiche caratterizzate da un'alterazione dei meccanismi fisiologici di oscillazione del tono dell'umore, in senso depressivo o in senso maniacale. Le oscillazioni del tono dell'umore hanno la funzione di permettere all'individuo di adeguare le proprie reazioni alle condizioni dell'ambiente che lo circonda, tali oscillazioni favoriscono quindi l'adattamento.

In condizioni patologiche si riscontrano alterazioni nei meccanismi che regolano le oscillazioni umorali, che di conseguenza avvengono in maniera spontanea, sono di entità eccessiva e vengono accompagnate da un ampio repertorio di sintomi che portano l'individuo a non essere più in grado di mantenere il suo normale funzionamento quotidiano.

In base alla polarità assunta dal tono dell'umore, si possono suddividere i disturbi in unipolari o bipolari. All'interno del primo gruppo rientrano gli episodi depressivi e la depressione ricorrente e la distimia, accomunati da un tono dell'umore tendenzialmente rivolto verso la polarità più bassa, si parla quindi di umore depressivo. Il secondo gruppo comprende invece il disturbo bipolare e il disturbo ciclotimico, che hanno come caratteristica comune quella di alternare episodi depressivi, con umore deflesso, ad episodi maniacali o ipomaniacali, con umore rivolto verso la polarità alta.

²⁹ *Ivi.* p. 75

Episodio depressivo

Il sintomo principale dell'episodio depressivo è costituito da un tono dell'umore depresso che si mantiene tale per la maggior parte della giornata e per un tempo di almeno due settimane. Altri sintomi presenti sono quelli tipicamente associati alla depressione:

- Perdita di interesse (apatia) o di piacere (anedonia) verso persone o attività solitamente svolte dal soggetto.
- Sentimenti di profonda tristezza, colpa ed apprensione.
- Sensazione che nulla abbia più valore.
- Disturbi del ritmo sonno-veglia.
- Inappetenza.
- Perdita della libido.
- Stanchezza ed eccessiva faticabilità (astenia).
- Difficoltà di concentrazione e attenzione.
- Pensieri di morte, spesso associati a idee suicidarie.

Il livello di gravità dell'episodio depressivo è determinato dalla gravità dei sintomi, dalla loro intensità e dalla loro persistenza nel tempo, oltre che dal livello di compromissione che il disturbo reca nella vita della persona.

Depressione ricorrente (unipolare)

L'episodio depressivo si manifesta solitamente come un episodio isolato nella vita di una persona. Si parla di depressione ricorrente quando si assiste ad un andamento ricorrente di tali episodi nel corso della vita di un individuo. La ricorrenza può, in alcuni casi, seguire l'andamento delle stagioni, con esordio in autunno e remissione primaverile, è questo il caso delle depressioni stagionali ³⁰.

³⁰ *Ivi.* p.88

Distimia

La distimia è caratterizzata dalla presenza di una condizione depressiva di minor gravità ma più prolungata nel tempo. Può essere accompagnata da una serie di sintomi quali fobie, ossessioni, ed una componente ansiosa. Rispetto alla depressione, i sintomi del soggetto che vive una condizione di distimia sono meno intensi e di conseguenza interferiscono in maniera meno significativa sulla vita del soggetto stesso.

Disturbo bipolare

I disturbi dell'umore di tipo bipolare sono caratterizzati dall'alternarsi di episodi depressivi a episodi di tipo maniacale o ipomaniacale. La presenza di mania o ipomania è di importanza rilevante quando associata ad un disturbo bipolare, infatti, a seconda che siano presenti l'una o l'altra, si potranno distinguere rispettivamente disturbo bipolare tipo I e tipo II.

Il primo tipo è caratterizzato da un andamento nel tempo di episodi con tono dell'umore rivolto in senso prevalentemente maniacale, diverso è invece il disturbo bipolare di tipo II in cui il tono dell'umore è orientato in senso ipomaniacale.

*“La mania è una condizione psicopatologica caratterizzata da tono dell'umore eccessivamente elevato, euforia, logorrea, marcata irritabilità, iperattività, comportamento disinibito, diminuito bisogno di sonno, idee o deliri di grandezza o onnipotenza. [...] Si definisce ipomania una condizione di umore elevato rispetto alle condizioni basali di una persona, ma che non raggiungono mai la gravità di una condizione maniacale.”*³¹

La sintomatologia tipica del disturbo bipolare varia in base alla polarità verso cui il tono dell'umore del soggetto è orientato in quel dato momento. I sintomi possono essere quelli tipicamente associati alla depressione, quindi sentimenti di profonda tristezza, apatia,

³¹ *Ivi.* p. 91

inappetenza, spossatezza fisica, ed altri precedentemente citati; oppure sintomi riconducibili ad un tono dell'umore maniacale o ipomaniacale, come eloquio rapido, elevata autostima, diminuito bisogno di sonno, disinibizione e nei casi più gravi, idee deliranti.

L'eziopatogenesi del disturbo bipolare è complessa, ed è condizionata da fattori genetici, biologici e psicologici. Il ruolo dei fattori genetici è stato scientificamente dimostrato, quindi l'ereditarietà ha un ruolo cardine per quanto riguarda lo sviluppo del disturbo.

Riguardo i fattori biologici e psicologici sono state avanzate delle ipotesi. Le ipotesi biologiche sostengono l'idea che in alcuni soggetti sia presente una particolare vulnerabilità dei sistemi biochimici su base genetica oppure in relazione ad alterazioni dei neurotrasmettitori; tale vulnerabilità, sulla spinta di fattori ambientali, darebbe luogo a quadri clinici depressivi, maniacali o misti.

I modelli causali di tipo psicologico hanno invece sottolineato il ruolo centrale delle rappresentazioni mentali "negative" che l'individuo ha di sé stesso, degli altri e del mondo, tali rappresentazioni ne guidano pensieri e comportamenti. Altre ipotesi hanno messo in relazione la depressione con esperienze di perdita in età infantile.

Disturbo ciclotimico

Tra i disturbi bipolari viene incluso il disturbo ciclotimico, caratterizzato dall'alternarsi di periodi in cui il tono dell'umore è orientato verso polarità alte, con episodi ipomaniacali, e periodi di depressione che non sono però qualificabili come episodi depressivi³². La successione di tali periodi può estendersi per lungo tempo, di conseguenza la persona potrebbe trovarsi a vivere una lunga ed ininterrotta fase di malattia della durata di almeno due anni, con cambiamenti comportamentali che notevolmente invalidanti a livello psicosociale. La ciclotimia viene solitamente considerata una forma più lieve di disturbo bipolare.

³² *Ivi.* p. 92

SCHIZOFRENIA

Tra i disturbi psicotici la schizofrenia rappresenta il disturbo principale, in quanto l'esperienza psicotica causa una disgregazione della personalità alquanto invalidante.

*“con il termine schizofrenia si definisce una serie di disturbi che interessano diverse funzioni psichiche e che comportano una marcata disfunzione dell'autonomia personale, della cura di sé, delle capacità sociali, lavorative, scolastiche e tendono ad avere un decorso tendenzialmente cronico”*³³

La sintomatologia tipica del soggetto schizofrenico è formata dai cosiddetti sintomi positivi e negativi. I primi implicano un'attivazione in senso patologico delle funzioni psichiche; tra questi vengono inseriti i disturbi delle senso-percezioni, altrimenti detti allucinazioni, i disturbi del pensiero, o deliri, e del comportamento.

I sintomi negativi invece, sono così chiamati in quanto la persona perde progressivamente la capacità di svolgere le normali attività quotidiane e tende ad isolarsi sempre più dal mondo esterno. Tra i sintomi negativi rientrano il ritiro sociale, l'appiattimento emotivo, la mancanza di iniziativa e l'impoverimento del linguaggio e del pensiero.

Oltre alla presenza di sintomi negativi e positivi, nel quadro clinico della schizofrenia rientrano anche disturbi cognitivi, quindi deficit di concentrazione e attenzione, disturbi dell'umore sia sottoforma di stati depressivi che maniacali o ipomaniacali, ed una generale disorganizzazione, per cui il paziente appare disorganizzato sia a livello comportamentale che a livello del pensiero, con incoerenza nel pensiero stesso e nel linguaggio.

I disturbi schizofrenici vengono suddivisi in vari sottotipi:

- **Paranoide:** caratterizzata da allucinazioni uditive e deliri di persecuzione e di grandezza, inoltre a livello comportamentale il soggetto appare aggressivo ed ostile.
- **Disorganizzato:** il soggetto appare fortemente disorganizzato sia sul versante del pensiero che su quello comportamentale. Presenza di appiattimento emotivo.
- **Catatonico:** presenza di gravi disturbi delle funzioni motorie che possono

³³ Ivi. p. 107

comprendere rigidità, negativismo, ed eccitazione.

- **Indifferenziato:** vi rientrano tutti quei soggetti in cui non è evidenziabile una sola classe di sintomi.
- **Residuo:** caratterizzata da un'evidenza continua di sintomi schizofrenici, in assenza di una serie completa di sintomi positivi.

Il DSM-V ha individuato i seguenti criteri diagnostici per la schizofrenia:

- **Sintomi caratteristici:** Devono essere presenti almeno due sintomi per un periodo di tempo significativo: deliri, eloquio disorganizzato, allucinazioni, comportamento disorganizzato o catatonico, sintomi negativi di perdita di slancio vitale, appiattimento emotivo.
- **Disfunzione sociale e lavorativa:** il lavoro, la cura del sé e le relazioni interpersonali al momento della diagnosi sono ad un livello nettamente inferiore rispetto a quello raggiunto prima dell'esordio del disturbo.
- **Durata:** i segni del disturbo devono essere presenti per un periodo di tempo significativo, quindi per almeno sei mesi.

Il decorso classico della schizofrenia è caratterizzato da ricadute e remissioni; purtroppo, il soggetto, dopo ogni ricaduta, non ritorna allo stesso livello di funzionamento, di conseguenza si avvia verso un peggioramento graduale e progressivo. I sintomi positivi tendono ad essere meno gravi con il tempo, mentre i negativi possono peggiorare e condizionare la vita sociale della persona.

DISTURBI DI PERSONALITA'

“La personalità indica l’insieme dei vari aspetti psichici peculiari di ogni individuo (intelligenza, sentimento, istinto e volontà), la globalità del comportamento, dell’esperienza soggettiva e dell’essere nel mondo” ³⁴

La personalità si sviluppa nel tempo a partire dalla nascita fino all’età adulta e plasma i tratti comportamentali e caratteriali della persona; questi rimarranno stabili e duraturi nel tempo.

In relazione alla definizione sopracitata, per disturbo di personalità si intende un modello esperienziale e comportamentale che diviene abituale e che devia profondamente rispetto alle aspettative dell’individuo.

I disturbi di personalità esordiscono solitamente tra l’adolescenza e l’età adulta e divengono stabili e duraturi nel tempo tanto da compromettere fortemente il funzionamento sociale e lavorativo della persona, oltre a determinare un disagio clinico significativo.

Questo nuovo modello di esperienza interiore e di comportamento che l’individuo assume può manifestarsi in diverse aree, quella cognitiva, per cui si intende il modo di percepire ed interpretare sé stessi e gli altri; l’area affettiva che riguarda l’intensità e l’adeguatezza delle risposte emotive del soggetto; il funzionamento interpersonale ed il controllo degli impulsi.

I disturbi di personalità vengono suddivisi in tre gruppi, o cluster:

- **Cluster A (eccentrico-strano):** soggetti strani o paranoici, con tendenza all’isolamento e alla diffidenza. Questo cluster comprende i disturbi: paranoide, schizoide e schizotipico.
- **Cluster B (drammatico-imprevedibile):** Individui che presentano comportamenti emotivi e drammatici, mancanza di altruismo ed empatia. Questo cluster comprende i disturbi: antisociale, borderline, istrionico e narcisistico.
- **Cluster C (ansioso-pauroso):** caratterizzato da comportamenti ansiosi o paurosi e da una bassa autostima da parte del soggetto. Questo cluster comprende i

³⁴ *Ivi.* p. 141

disturbi: evitante, dipendente ed ossessivo-compulsivo.

Cluster A

- **Disturbo paranoide:** i soggetti mostrano estrema diffidenza e sospettosità, ciò li porta a non fidarsi degli altri e ad interpretare le azioni altrui come minacciose o legate ad un secondo fine
- **Disturbo schizoide:** i soggetti appaiono emotivamente freddi e distaccati, privi di qualsiasi manifestazione di affetto e tendenti all'isolamento. Si distaccano intenzionalmente dalle situazioni sociali e non desiderano stringere legami interpersonali.
- **Disturbo schizotipico:** I soggetti presentano una errata modalità di stringere relazioni sociali, che risulta essere deficitaria. Il pensiero è orientato su temi mistici e bizzarri che influenzano il comportamento della persona.

Cluster B

- **Disturbo antisociale:** individui che presentano comportamenti impulsivi e tendenti all'aggressività. La peculiarità di questo disturbo è un'inosservanza delle regole e dei diritti sociali che porta la persona a violazioni continue. Nonostante il soggetto sia consapevole delle proprie azioni non si evidenziano segni di rimorso o colpa.
- **Disturbo istrionico:** Il soggetto è continuamente impegnato nella costante ricerca di attenzioni altrui, ciò lo porta ad avere comportamenti eccessivamente drammatici e teatrali. Le relazioni sociali appaiono inadeguate, con comportamenti provocanti e manipolatori.
- **Disturbo narcisistico:** condivide con il disturbo istrionico la tendenza dell'individuo a focalizzarsi unicamente su sé stesso, elevando al massimo le sue capacità e la sua grandiosità, di conseguenza i rapporti sociali vengono gestiti unicamente in relazione al bisogno costante di ammirazione da parte della persona.

Cluster C

- **Disturbo evitante:** Il soggetto vive con il sentimento costante di sentirsi inferiore ed inadeguato rispetto agli altri, questo condiziona fortemente le relazioni sociali. Pur desiderando di avere rapporti sociali tende a rifiutarli. Evita tutte quelle situazioni che comportano contatti con gli altri ed il suo desiderio di affetto si accompagna sempre ad una paura del rifiuto, da cui deriva un vissuto di solitudine.
- **Disturbo dipendente:** Il soggetto vive la situazione opposta rispetto a chi soffre di un disturbo evitante, mostra eccessivo bisogno di accudimento e attenzioni, marcata sfiducia in sé stesso e totale fiducia negli altri. Questo ha ripercussioni nella vita quotidiana, dove la persona non riesce a prendere decisioni e ad agire autonomamente.
- **Disturbo ossessivo-compulsivo:** Il soggetto presenta livelli patologici di preoccupazione per l'ordine, le regole, gli schemi e i minimi dettagli. Vive nel perfezionismo ed è scarsamente incline a collaborare con gli altri o a delegare compiti che potrebbe svolgere lui stesso.

DISTURBI DELLA CONDOTTA ALIMENTARE (DCA)

I disturbi della condotta alimentare sono patologie il cui tratto distintivo è un'eccessiva preoccupazione, da parte della persona, per l'alimentazione, con conseguente alterazione di essa, e/o per il proprio corpo.

Insorgono prevalentemente durante l'adolescenza, periodo in cui avvengono profondi cambiamenti somatici, tali da poter portare l'adolescente a non accettare più il proprio corpo. I DCA comprendono l'anoressia nervosa, la bulimia e il disturbo da alimentazione incontrollata, o *binge eating disorder*.

Anoressia nervosa

*“L’anoressia è caratterizzata da una marcata paura di aumentare di peso e di diventare grassi, anche quando si è notevolmente magri, con rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o anche al minimo normale e di ammettere di trovarsi in una condizione di sottopeso.”*³⁵

La prima conseguenza dell’anoressia nervosa è un consistente calo ponderale, associato ad una visione alterata della forma proprio corpo, che porta la persona a concepirsi come costantemente in sovrappeso e non estetica. Al fine di ottenere il dimagrimento, il soggetto intraprende condotte di evitamento verso il cibo, assumendone in quantità esigue o rifiutandolo completamente; spesso a questi comportamenti si associa un incremento dell’attività fisica, anch’essa volta al dimagrimento. Vi è quindi, nel soggetto, una profonda alterazione dell’identità, ciò che ne consegue sono pesanti ripercussioni sull’autostima, che tende ad abbassarsi notevolmente. Non sono rari casi di comorbidità, in cui alla condizione anoressica subentra, ad esempio, la depressione con la relativa sintomatologia.

Bulimia

La bulimia è un disturbo della condotta alimentare che si presenta sottoforma di abbuffate sporadiche, all’interno delle quali il soggetto tende ad ingurgitare enormi quantità di cibo in un arco di tempo ristretto. Le abbuffate avvengono solitamente lontano dai pasti, durante i quali l’individuo mangia modiche quantità di cibo, oppure alimenti poco nutrienti in termini di calorie. Al pari dell’anoressia, anche nella bulimia il soggetto ha una percezione alterata del proprio corpo, può, di conseguenza, attuare o meno condotte compensatorie. Si differenziano quindi due tipi di bulimia, con o senza condotte di eliminazione. La bulimia con condotte di eliminazione prevede che il soggetto prevenga l’aumento ponderale tramite condotte di eliminazione del cibo, quali vomito autoindotto o utilizzo di lassativi. Nella bulimia senza condotte di eliminazione l’aumento del peso

³⁵ *Ivi.* p. 119

viene prevenuto tramite un'attività fisica esagerata o lunghi periodi di digiuno precedenti l'abbuffata.

Disturbo da alimentazione incontrollata

Il disturbo da alimentazione incontrollata è caratterizzato da abbuffate, senza che però l'individuo attui condotte compensatorie che contrastino l'incremento del peso, di conseguenza, con il passare del tempo, possono insorgere gravi patologie quali l'obesità e la relativa sintomatologia. Solitamente dopo l'abbuffata il soggetto sperimenta sentimenti di disagio, vergogna e colpa che possono portare disgusto verso sé stessi, a ciò può conseguire l'insorgenza di altri disturbi quali la depressione.

1.5 L'EDUCATORE PROFESSIONALE E LA RETE DEI SERVIZI NEL PERCORSO RIABILITATIVO PSICHIATRICO

Dopo le riforme del 1978 i servizi assistenziali psichiatrici in Italia si sono riadattati, in modi differenti a seconda del contesto, al nuovo paradigma di riferimento, che dall'internamento e l'esclusione delle persone affette da disturbo mentale, passa ad un piano di cura e riabilitazione interamente inserito nel territorio sociale. La psichiatria cambia volto e strutture: progressivamente ripone sempre più attenzione alla Salute Mentale, al benessere psichico delle persone e alla prevenzione dei disturbi mentali.

Il nuovo sistema assistenziale psichiatrico non intende rinchiudere e isolare le persone disturbate e considerate un tempo pericolose, non vuole proteggere la società dai malati psichiatrici, ma vuole aiutare la comunità nello sviluppo di un benessere psicosociale, che possa prevenire i disturbi più gravi e supportare le persone nella loro riabilitazione.

La rete dei servizi si fonda quindi sulla pluridisciplinarietà degli operatori, ossia il riconoscimento del fatto che il disagio psichico non può essere affrontato in un'ottica esclusivamente medica, ma anche psicologica e sociale.

Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

“Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della Salute Mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale (ASL)”³⁶

Il DSM è dotato di una direzione generale che, affiancata da un Comitato tecnico con funzioni pratiche, scientifiche e organizzative, coordina le attività di tutti i servizi che ne fanno parte, ciascuno impegnato nell'offrire un supporto differenziato per specifiche mansioni.

³⁶ Ministero della Salute. *La rete dei servizi per la Salute Mentale.*

Il Dipartimento di Salute Mentale è dotato dei seguenti servizi:

- Centro di Salute Mentale (CSM), servizio per l'assistenza diurna
- Centro Diurno (CD), servizio semiresidenziale
- Strutture Residenziali (SR), distinte in terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative
- I Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura (SPDC) e i Day Hospital (DH), strutture ospedaliere³⁷

Il DSM mantiene inoltre forti collaborazioni con il privato sociale e il terzo settore, ovvero con tutte le associazioni di volontariato, le fondazioni e le cooperative che operano nel territorio e forniscono servizi alternativi e integrativi a quelli offerti dalle ASL. Lo scopo primario è quello di creare una psichiatria di comunità che coinvolga attivamente i soggetti interessati, le loro famiglie e la cittadinanza in generale.

Centro di Salute Mentale (CSM)

Il Centro di Salute Mentale rappresenta il punto di riferimento per gli individui con disagio psichico, ed ha la funzione di coordinare nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione per i cittadini che presentino patologie psichiatriche. Componente cardine del CSM è l'équipe multidisciplinare, formata da figure professionali che, lavorando in maniera integrata, e con la partecipazione stessa del paziente, sviluppano piani terapeutici di cura e riabilitazione comprendendo ogni ambito di intervento. Lavorano in équipe psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori, operatori sociosanitari e personale amministrativo, fornendo interventi sia ambulatoriali, sia a domicilio laddove sia necessario.

Si può accedere al CSM tramite il medico di medicina generale o dal Pronto Soccorso dell'ASL, e dopo un'attenta diagnosi la persona, maggiorenne e affetta da disturbo mentale, viene presa in carico da servizio e dai suoi professionisti³⁸.

Il CSM svolge i seguenti interventi:

³⁷ *Ibidem*

³⁸ Ministero della Salute. *Progetto obiettivo "tutela della Salute Mentale 1998-2000"*.

- Trattamenti psichiatrici e psicoterapie, interventi sociali e inserimenti dei pazienti in Centri diurni, Day hospital, strutture residenziali e ricoveri.
- Definisce appropriati programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi nell'ottica dell'approccio integrato, con interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete e residenziali, nella strategia della continuità terapeutica.
- attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private accreditate, al fine di assicurare la continuità terapeutica
- Collaborazioni con i comuni per inserimenti lavorativi degli utenti psichiatrici ed assistenza domiciliare

Il CSM è attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana ³⁹

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC)

Il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura è un servizio ospedaliero all'interno del quale vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari e obbligatori in condizioni di ricovero. L'SPDC è strettamente collegato con il CSM, una delle cui funzioni è infatti l'organizzazione degli inserimenti delle persone che soffrono di disagio psichico nei ricoveri.

All'interno dell'SPDC vengono ricoverati individui che vivono una fase di crisi acuta della patologia. Talvolta il ricovero può avvenire volontariamente, ma nei casi di urgenza in cui la persona non è cosciente della propria condizione e rifiuta il periodo di degenza, si può ricorrere al TSO, nei limiti delle disposizioni legislative derivanti dalla Legge 180/1978.

Come riportato nel "Progetto obiettivo 1994-1996", il numero complessivo dei posti letto è individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 abitanti. Ciascun SPDC

³⁹ *Ibidem*

può ospitare un numero non superiore a 16 posti letto ed è dotato di adeguati spazi per le attività comuni ⁴⁰.

La terapia prevista all'interno del servizio è prettamente farmacologica, l'obiettivo è la stabilizzazione della fase di acuzie vissuta dai pazienti e la remissione dei sintomi. Successivamente si lavora per l'inserimento di ciascun individuo in strutture adeguate in relazione ai loro bisogni e alle loro necessità.

Centro Diurno (CD)

Il Centro Diurno è una struttura semi-residenziale con funzioni terapeutico riabilitative, collocata nel territorio ed aperta almeno 8 ore al giorno per 6 giorni a settimana.

Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, consente di attuare percorsi terapeutici e di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo. Al suo interno trovano collocazione operatori sanitari che vanno a comporre l'équipe multidisciplinare, formata da educatori professionali, personale infermieristico, istruttori in relazione alle attività previste ed operatori sociosanitari ⁴¹.

È affidato all'équipe, più specificatamente all'educatore, il compito di impostare e condurre, in accordo con l'équipe stessa, progetti educativi individualizzati volti al miglioramento della qualità di vita dell'utenza e ad un maggior stato di benessere.

Al fine di raggiungere l'obiettivo è fondamentale lo svolgimento, all'interno del Centro diurno, di attività che siano impostate in maniera specifica sui bisogni della persona in modo che questa possa trarne il giusto beneficio.

Importanti sono le attività che mirano a supportare il reinserimento sociale, per questo la maggior parte delle attività vengono pensate per essere svolte in gruppo, al fine di favorire la socialità e lo sviluppo di corrette dinamiche relazionali.

⁴⁰ Ivi. p. 14

⁴¹ D.P.R. 14 gennaio 1997, n. 42. p. 38

Strutture Residenziali (SR)

Si definisce struttura residenziale *“una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per i cittadini con disagio psichiatrico inviati dal CSM con programma personalizzato e periodicamente verificato”*⁴².

L’inserimento in una struttura residenziale avviene esclusivamente ad opera del Centro di Salute Mentale, ed è importante che venga effettuato in una struttura ubicata nel territorio di competenza del DSM, o comunque del territorio regionale, al fine di favorire la continuità terapeutica ed il coinvolgimento della rete familiare e sociale⁴³.

Tali strutture consentono di svolgere programmi terapeutico-riabilitativi e socio-relazionali per pazienti psichiatrici che non presentano condizioni idonee per il rientro nel contesto familiare.

Si differenziano in base al grado di assistenzialità sanitaria prevista al loro interno, in base a cui è prevista la presenza degli operatori per 24 o 12 ore al giorno, oppure per fasce orarie quotidiane⁴⁴.

Gli inserimenti nelle strutture residenziali non hanno una durata standard, ma variano in base al grado di assistenzialità prevista; lo scopo degli interventi residenziali è di emancipare la persona per quanto possibile, sviluppando competenze e capacità che gli consentano di progredire in un graduale recupero di autonomia e indipendenza dai servizi. Le SR sono quindi sistemazioni temporanee, finalizzate allo svolgimento di determinati percorsi terapeutici individuali e non sono da considerarsi come soluzioni definitive. Al fine di consentire e favorire il reinserimento della persona nel tessuto sociale evitando forme di esclusione e marginalità il Progetto Obiettivo “Tutela della Salute Mentale 1998-2000” stabilisce che le SR siano situate in contesti urbanizzati, preferibilmente con zone verdi al loro esterno, facilmente accessibili, e che dispongano di un massimo di 20 posti letto.

⁴² Ministero della Salute. *Progetto obiettivo “tutela della Salute Mentale 1998-2000”*. p. 15

⁴³ Ministero della Salute. *Le strutture residenziali psichiatriche (Accordo Conferenza Unificata 17 ottobre 2013)*. p. 3

⁴⁴ D.P.R. 42/1997. p. 39

Day Hospital (DH)

Il Day Hospital psichiatrico (DH) costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine. Può essere collocato all'interno dell'ospedale, con un collegamento funzionale e gestionale con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.

Il DH svolge determinate funzioni: fornisce trattamenti farmacologici, consulti psicologici, psichiatrici e supporto infermieristico, inoltre ha la funzione di ridurre la durata dei ricoveri.

È previsto, dal Progetto Obiettivo “Tutela della Salute Mentale 1998-2000”, che sia aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni a settimana.

I servizi di Salute Mentale odierni sono improntati in un'ottica di riabilitazione che basa le proprie pratiche e le terapie sui principi della psichiatria sociale e di comunità. La psichiatria sociale è una componente della disciplina psichiatrica che si concentra sugli effetti che il contesto di vita, le relazioni interpersonali e i fattori culturali hanno sulla Salute Mentale degli individui. Quella comunitaria, invece, spinge sull'integrazione dei servizi psichiatrici del territorio con la comunità circostante, al fine di creare una serie di reti che favoriscano l'integrazione delle persone nel tessuto sociale, la facile accessibilità alle prestazioni nei momenti di difficoltà e la continuità delle misure assistenziali.

La riabilitazione, per essere efficace, deve coinvolgere sia l'individuo con le sue peculiarità ed i suoi bisogni, sia la comunità di riferimento, affinché quest'ultima possa accompagnare la persona durante le fasi del suo percorso riabilitativo; in quest'ottica si rende necessaria l'adozione di una nuova cultura della cura e della tutela della salute, incanalata in nuove metodiche di intervento che siano frutto dell'integrazione tra più approcci, sanitario, educativo, psicologico, socio-assistenziale. L'obiettivo è la costruzione un percorso specifico ed individualizzato per ogni soggetto ⁴⁵.

⁴⁵ Cristina Palmieri, Maria Benedetta Gambacorti-Passerini. *Il lavoro educativo in salute mentale, una sfida pedagogica*. p. 65. 2019

L'Educatore Professionale

Tra gli operatori che si occupano della riabilitazione psichiatrica assume particolare rilievo la figura dell'Educatore Professionale, individuato come *“operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà”*⁴⁶.

L'educatore fonda il suo agire sulla relazione educativa, intesa come cornice all'interno di cui si origina l'intero processo riabilitativo, fondato appunto sulla relazione, e nella quale l'utente sperimenta il cambiamento, processo tramite cui potrà raggiungere un maggior grado di autonomia e benessere, e di conseguenza una miglior qualità di vita.

La relazione d'aiuto rappresenta le fondamenta dell'agire educativo ed è presupposto necessario e indispensabile per l'inizio di un percorso, basato su un'attenta progettazione, che veda protagonista l'utente, accompagnato e supportato dall'educatore.

L'intervento educativo deve essere calibrato, specifico e basato sui bisogni della persona, è necessaria, quindi, la conoscenza dell'utente, questa può essere raggiunta solamente entrando in relazione con lo stesso. L'educatore deve essere orientato alla creazione di un setting ed un clima favorevoli alla nascita di una prima interazione, sono necessari sospensione del giudizio, rispetto dell'altro, empatia, ascolto, accoglienza, autenticità dell'operatore e soprattutto intenzionalità, la relazione deve essere volta al raggiungimento della finalità educativa, cioè la miglior qualità di vita possibile.

Il “saper essere” dell'educatore, cioè il bagaglio formato dalla sua personalità, dal suo vissuto, dal suo carattere, non è sufficiente, l'educatore deve anche “saper fare”. Per agire professionalmente nella complessità dell'esperienza educativa è di fondamentale importanza possedere delle competenze, individuate nella metodologia dell'educatore professionale. Agire con professionalità significa infatti agire con metodo, inteso come insieme di decisioni, pensieri, azioni e prassi che consentono all'agire educativo di essere

⁴⁶ D.M. 8 ottobre 1998, n. 520.

tale. Il metodo, successivamente, prende forma nell'esperienza, traducendosi in pratiche educative che favoriscano il fiorire delle potenzialità della persona⁴⁷. L'educatore, lungo il suo percorso è costantemente affiancato da un'équipe multidisciplinare, formata da più figure professionali, quali infermieri, pedagogisti, tecnici della riabilitazione, psicologi ed operatori sociosanitari. La notevole varietà e poliedricità di competenze presenti all'interno dell'équipe permette di impostare interventi riabilitativi mirati e specifici per la persona, che comprendano tutte le dimensioni di quest'ultima, in modo da poter raggiungere una condizione di miglior benessere.

La riabilitazione psichiatrica

La riabilitazione viene definita come *“un processo che ha come obiettivi quelli di identificare, prevenire e ridurre le cause dell'inabilità e nello stesso tempo aiutare la persona a sviluppare e usare le proprie risorse e capacità in modo da acquisire più fiducia in sé stessa e aumentare il livello di autostima, facendo leva su ciò che vi è di sano e non sulla patologia”*⁴⁸

Si tratta di una modalità di intervento che non si limita a soddisfare i bisogni della persona, ma ha l'obiettivo di svilupparne l'autonomia e le competenze utili per poter gestire la propria vita. Il cambiamento avviene facendo leva sulle risorse residuali della persona che, con il processo riabilitativo, impara a far fronte ai propri limiti e agli ostacoli causati dalla sua condizione.

Al giorno d'oggi la riabilitazione psichiatrica si fonda sul concetto di *recovery*, intesa come la possibilità, che una persona affetta da disturbi mentali ha, di riappropriarsi della propria vita sociale e lavorativa avendo a disposizione i migliori servizi sociosanitari e liberandosi dalle conseguenze fortemente negative ed invalidanti che derivano dallo stigma e dalla discriminazione. La *recovery* si realizza nello spazio di crescita della persona, quest'ultima viene ascoltata e accompagnata nella realizzazione dei suoi progetti, nelle decisioni e nello svolgimento delle attività che più preferisce, nei limiti delle risorse disponibili e in linea con una progettualità educativa volta all'inclusione

⁴⁷ Cristina Palmieri, Maria Benedetta Gambacorti-Passerini. *Op.cit.* p. 95

⁴⁸ Gabriella Ba. *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale.* p. 17. 2003

sociale ⁴⁹.

Il processo riabilitativo è, quindi, un processo di cambiamento, che, da una parte, implica la necessità di un coinvolgimento attivo da parte dell'utente, consapevole di agire per produrre un miglioramento della sua esistenza, ma dall'altra può spaventare a causa della natura ignota del cambiamento stesso; decidere la strada da intraprendere ed iniziare a seguirla implica coraggio, costanza e una forte determinazione, che però può essere scalfita dalla paura di poter cambiare e perdere la vita passata e con essa tutti i legami e i ricordi ⁵⁰. La motivazione al cambiamento, o prontezza alla riabilitazione, è un tema centrale per quanto riguarda gli interventi riabilitativi, indica la predisposizione della persona ad affrontare un cambiamento e va sviluppata al fine di poter ottenere un maggior grado di autonomia della persona e quindi una miglior qualità di vita.

Nell'ambito della Salute Mentale, la riabilitazione interviene restituendo alla persona la capacità di svolgere un ruolo sociale, aiutando a controllare i sintomi e rimuovendo le barriere costituite dalla psicopatologia, quest'ultima infatti compromette in maniera significativa le abilità socio-relazionali della persona.

Gli obiettivi riguardano l'identificazione, prevenzione e riduzione delle cause dell'inabilità e, contemporaneamente, aiutare il soggetto a sviluppare le proprie risorse ed abilità in modo da poterle usare per condurre una vita autonoma volta ad uno stato di sempre maggior benessere.

La riabilitazione presuppone inoltre la multidisciplinarietà, in quanto i contesti in cui il disagio psichico si manifesta sono alquanto diversificati, in relazione a ciò la presenza dell'équipe, formata da professionisti, ciascuno competente in ambiti diversi, è fondamentale. All'interno dell'équipe, la figura dell'Educatore Professionale si dedica alla progettazione educativa, canale attraverso cui avviene la riabilitazione. L'educatore ha il compito di impostare Progetti Educativi Individualizzati (PEI) sui bisogni e sulle potenzialità della persona, al fine di migliorare le sue autonomie e promuovere una miglior qualità di vita. Ogni progetto prevede delle attività specificatamente impostate sui bisogni dell'utente. Nel settore della Salute Mentale, le criticità a cui vanno incontro i soggetti che soffrono di disturbi psichici sono invalidanti al punto da permettere alla persona di gestire autonomamente gli aspetti quotidiani della vita.

⁴⁹ Cristina Palmieri, Maria Benedetta Gambacorti-Passerini. *Op.cit.*

⁵⁰ Paola Carrozza. *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione.* p. 99. 2016

Il paziente psichiatrico, nella maggior parte dei casi, tende a lasciarsi andare e a perdere il controllo del proprio corpo, di conseguenza le attività sono rivolte alla cura del sé, alla scansione dei tempi della giornata, alla convivenza con gli altri o alla preparazione dei pasti; è necessario anche ripristinare la capacità di socializzazione, carente nei pazienti psichiatrici, quest'ultima può essere supportata da attività di accompagnamento all'esterno della struttura con la graduale responsabilizzazione del paziente: fare la spesa, andare al ristorante, permettono al paziente di rapportarsi con chi non è a conoscenza del suo problema. Vi sono inoltre le attività di recupero della consapevolezza del sé. La percezione corporea, spesso alterata nei pazienti psichiatrici, viene stimolata attraverso laboratori di movimento e Terapie Espressive.

L'obiettivo non è la guarigione clinica, ma la "guarigione sociale", che è rappresentata dal raggiungimento di un equilibrio e di un adattamento che rendano possibile un'integrazione all'interno del proprio ambito sociale, in modo da poter recuperare le capacità per vivere indipendentemente, socializzare, gestire la quotidianità ed accettare i propri limiti.

2 CRITICITA' DEL PAZIENTE PSICHIATRICO RISPETTO AL CORPO

Nel capitolo primo sono stati presentati i concetti di salute e malattia mentale in un'ottica generale, delineando la loro evoluzione nel corso della storia, le principali categorie di disturbi psichici esistenti e la rete dei servizi che si fanno carico delle persone che ne soffrono.

In questo capitolo invece, si vuole analizzare la malattia mentale dal punto di vista della persona, indagando i sintomi e le criticità che la psicopatologia inevitabilmente provoca nell'esistenza di chi ne è portatore. Tali criticità sono riconducibili sia ai disturbi stessi, sottoforma di sintomi e loro conseguenze, sia alla percezione che ambiente esterno e società hanno della figura del malato mentale; si introduce, quindi, il concetto di stigma, che più di ogni altro è fonte di sofferenza per l'individuo. Il capitolo si conclude presentando la figura dell'educatore professionale, e le modalità attraverso cui quest'ultimo ed i servizi in cui lavora fanno fronte alle criticità di cui sopra.

2.1 INTEGRAZIONE PSICO-CORPOREA: LA RELAZIONE MENTE-CORPO

È estremamente arduo definire la sofferenza umana nei suoi diversi modi d'espressione. In molti casi essa origina dalla sofferenza fisica, ma quasi invariabilmente va al di là di questa. Può svilupparsi indipendentemente da essa, e ciò nondimeno manifestarsi attraverso canali che interessano il soma ⁵¹. Si asserisce che la sofferenza che un uomo può patire, pur generandosi a livello della mente o del corpo, si estende inevitabilmente all'altra dimensione, sinonimo questo di un legame indissolubile che unisce le due sfere, quella psichica e quella corporea.

L'interazione mente-corpo è bidirezionale, non solo i fattori psicologici possono contribuire all'insorgenza o all'aggravamento di una vasta gamma di disturbi fisici, ma

⁵¹ Derogatis LR, Cleary P. *Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validation*. 1977

anche le patologie organiche possono influire sul pensiero o sull'umore della persona. Per esempio, i soggetti con patologie potenzialmente letali, ricorrenti o croniche vanno incontro, solitamente, ad episodi depressivi. La depressione può peggiorare ulteriormente gli effetti della patologia organica e aggiungersi alla sofferenza del soggetto.

Corpo e mente sono quindi due entità distinte ma in continua influenza reciproca, che compongono un tutt'uno, l'uomo, formato da psiche (mente) e soma (corpo) che lo rendono una entità psico-somatica. La psicosomatica è quella branca della medicina che pone in relazione la mente con il corpo, ossia il mondo emozionale ed affettivo, con il soma (il disturbo), occupandosi nello specifico di rilevare e capire l'influenza che l'emozione esercita sul corpo e viceversa.

La malattia si manifesta, quindi, a livello organico come sintomo e a livello psicologico come disagio. Si pone l'attenzione non solo sulla manifestazione fisiologica della malattia, ma anche sull'aspetto emotivo e psichico che la compone, considerando la persona nella sua globalità.

Altra riprova dell'esistenza di una connessione mente-corpo può essere individuata nella dimensione somatica della psicopatologia. La somatizzazione implica una tendenza ad esperire e a comunicare la sofferenza psichica sottoforma di sintomi fisici. Gli stati mentali influiscono su determinate funzioni corporee, una dimostrazione inequivocabile è la somatizzazione dei disturbi d'ansia, che il DSM-V annovera tra i disturbi psichici. Nel disturbo da attacchi di panico si assiste ad una serie di sintomi fisici che insorgono conseguentemente ad un'ansia eccessiva: tachicardia, vertigini, tremori, sudorazione, respiro accelerato, brividi, e vampate di calore. Questi sintomi originano da una condizione di paura eccessiva in circostanze in cui non vi è obiettivo pericolo, ma che creano un elevato grado di sofferenza nella persona; quest'ultima viene esternata attraverso la manifestazione della sopracitata sintomatologia.

La Salute Sentale dell'individuo, quindi, non può realizzarsi se non in contemporanea alla sua salute fisica e viceversa, ed entrambe sono necessarie per la salute globale della persona, definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. La salute fisica non può essere scissa dalla Salute Mentale e dal benessere sociale. Corpo, mente e relazione sono infatti i tre ingredienti del benessere.

Una sana Salute Mentale consente all'individuo di svilupparsi sul piano intellettuale ed emozionale, di realizzare i propri bisogni a partire dalle proprie capacità cognitive ed emozionali, di esercitare la propria funzione nella società costruendo e mantenendo buone relazioni, di far fronte alla vita di ogni giorno gestendo ed esprimendo le proprie emozioni per raggiungere una soddisfacente qualità di vita, ed infine di operare le proprie scelte ed esprimere la propria creatività e spirito di iniziativa lavorando in maniera produttiva per la comunità ⁵².

Durante il percorso riabilitativo della persona che soffre di disagio mentale, verso il raggiungimento dello stato di benessere, bisognerà considerare il soggetto nella sua globalità, come entità formata da mente e corpo, uniti e reciprocamente influenzati l'uno dall'altro, e come portatore di bisogni, potenzialità e criticità uniche, sulle quali impostare un cammino verso il conseguimento di un maggior grado di autonomia ed una qualità di vita migliore.

2.2 EFFETTI DEI DISTURBI PSICHICI SU CORPO E MENTE

Nonostante l'enorme varietà di disturbi psichici esistenti e l'eterogeneità presente tra i sintomi di disturbi appartenenti alle medesime categorie, in linea generale, la psicopatologia provoca un certo grado di sofferenza ed altera il funzionamento della persona in diverse aree della vita quotidiana.

I disturbi psichici sono caratterizzati da alterazioni nei processi di pensiero, nell'umore o nei comportamenti, accompagnate da sofferenza emotiva e da una compromissione del funzionamento relazionale e sociale, comuni sono anche la difficoltà a svolgere attività quotidiane, nel campo lavorativo, nelle relazioni interpersonali e familiari.

Durante il corso della vita, un soggetto tende a sviluppare vari tipi di competenze che gli permettono di affrontare, nel modo più adattivo e adeguato possibile, il mondo esterno. Queste competenze sono suddivisibili in diverse macroaree che, insieme, decretano il

⁵² Ministero della Salute. *Salute mentale: fatti e cifre contro lo stigma*. p. 5. 2020

livello di funzionamento della persona.

L'area affettivo-relazionale, o sociale, comprende le abilità sociali e relazionali dell'individuo, quindi la sua capacità di stringere e mantenere rapporti duraturi nel tempo e di interagire in maniera sana ed assertiva con l'altro.

L'area delle abilità strumentali si riferisce alle capacità strumentali del soggetto, come ad esempio la gestione del denaro, o la capacità di saper eseguire autonomamente i compiti quotidiani.

L'area della cura del sé concerne tutto ciò che è riferibile alla cura del proprio corpo, quindi l'igiene personale o il sapersi vestire da soli.

Le competenze in ambito comunitario rappresentano le competenze necessarie per sapersi orientare in modo consono all'interno della società, rientrano all'interno di questa categoria la capacità di sapersi allontanare dalla propria abitazione senza perdersi o l'utilizzo dei trasporti pubblici.

Vi sono poi altre sottocategorie, all'interno delle quali sono inscrivibili competenze minori ma che consentono alla persona di poter vivere autonomamente in relazioni agli standard relativi all'età, alla cultura, e alla sua situazione familiare ed economica in un dato momento della vita.

Nei pazienti psichiatrici si assiste a profonde alterazioni del livello di funzionamento, ciò che ne consegue è l'impossibilità di condurre una vita autonoma all'insegna del benessere.

Le criticità tipiche, riscontrabili nei pazienti psichiatrici sono di natura sia fisica che psichica. Il funzionamento viene valutato inizialmente attraverso il colloquio, centrato sulla raccolta dei dati anamnestici significativi e sull'esame dello stato psichico. Quest'ultimo consiste nella descrizione delle funzioni psichiche del paziente e tiene conto dei seguenti elementi:

- **Aspetto generale e comportamento:** cura della persona, igiene, abbigliamento, attività psicomotoria, espressioni facciali.
- **Espressività emotiva:** atteggiamento verso gli altri, con particolare attenzione allo stile relazionale ed affettivo.
- **Eloquio:** fluidità, ritmo, volume, sintassi, correttezza grammaticale.

- **Funzioni fisiologiche:** ciclo sonno-veglia, alimentazione, assetto motivazionale, funzioni sessuali.
- **Funzioni senso-percettive:** sensazioni e percezioni
- **Funzioni affettive:** emozioni, sentimenti, ansia, aggressività, tono dell'umore
- **Funzioni cognitive:** vigilanza, attenzione e concentrazione, psicomotricità, pensiero, ragionamento, memoria, capacità di giudizio.⁵³

Le criticità riscontrate in chi soffre di psicopatologie riguardano principalmente le aree prese in esame, in aggiunta a tali criticità se ne evidenziano altre correlate alla dimensione fisica e corporea della persona.

Criticità del paziente psichiatrico

Un elemento che nella maggior parte dei casi si riscontra nei soggetti che soffrono di disturbi psichici è la scarsa cura di sé, la persona non è in grado di prendersi cura di sé stessa e di conseguenza appare denutrita, spettinata, vestita in modo inappropriato o emanante un odore corporeo significativo. L'aspetto trascurato può presentarsi in molteplici disturbi mentali: ad esempio nel paziente depresso e nel paziente schizofrenico, che possono per motivazioni diverse, ritrovarsi in una condizione di abbandono e ritiro sociale. Altri deficit significativi sono rappresentati dalle abilità sociali che appaiono poco sviluppate. Il soggetto non è in grado di comunicare i propri bisogni, sentimenti ed emozioni in maniera consona alla situazione sociale e, non riuscendo rapportarsi con il prossimo, tende all'isolamento, all'esclusione e a vivere in situazioni di marginalità; questo processo viene ulteriormente amplificato dallo stigma che, purtroppo, spesso viene associato alla malattia mentale.

Le limitate abilità sociali causano una significativa compromissione nello svolgimento di attività lavorative, questo porta l'individuo a chiudersi in sé stesso e ad isolarsi sempre di più dal mondo esterno. Questa situazione si associa ad una perdita motivazione e di iniziativa nello svolgimento delle attività quotidiane, per cui può risultare complicato per

⁵³ Nardi Bernardo, et al. *Op.cit.* p. 7-8

gli operatori sanitari o per le figure educative, coinvolgere il paziente in attività riabilitative.

Il linguaggio appare alterato in modo diverso in relazione al tipo di disturbo psichico, i pazienti che soffrono di depressione, solitamente, parlano lentamente e con tono di voce basso, tendono al mutismo o rispondono in sillabe; al contrario, l'eloquio di un individuo con disturbo bipolare in fase maniacale è rapido, fortemente disorganizzato e si riscontrano errori grammaticali e nelle associazioni.

Per quanto riguarda la dimensione corporea, emergono criticità piuttosto comuni tra i pazienti che presentano disturbi psichici. In taluni casi si registra generale spossatezza e faticabilità, scarsa propriocezione unita ad un generale disequilibrio e mancanza di coordinazione con rigidità annessa. Rispetto all'attività motoria le modificazioni comprendono: ipercinesia, quindi aumento dell'attività motoria o ipocinesia, la prima può essere distinta in iperattività, tipica degli stati maniacali ed ipomaniacali, e agitazione, presente nei disturbi d'ansia e in quelli dell'umore; l'ipocinesia, quindi la diminuzione dell'attività motoria, consiste in un generale rallentamento dei movimenti ed è individuabile soprattutto nelle sindromi depressive e nella schizofrenia.

Le criticità corporee possono essere influenzate anche dalla terapia farmacologica, nell'eventualità in cui questa venga somministrata al soggetto. Le classi di farmaci utilizzati nella psicoterapia comprendono una serie di effetti collaterali che possono inficiare le capacità motorie della persona.

La classe degli psicofarmaci comprende quattro grandi categorie: gli ansiolitici, gli antidepressivi, gli antipsicotici e gli stabilizzatori dell'umore. Queste categorie di psicofarmaci sono in grado di alleviare i sintomi di un grande quantitativo di disturbi psichici tramite una complessa azione su sostanze chimiche, i neurotrasmettitori, presenti nel Sistema Nervoso Centrale; di contro, la stessa azione può essere causa di effetti indesiderati, che possono includere sia la dimensione corporea sia quella psichica della persona⁵⁴.

Nella classe degli ansiolitici rientrano le benzodiazepine, i cui effetti collaterali più frequenti sono sedazione eccessiva, astenia, diminuzione delle prestazioni psicomotorie

⁵⁴ *Ivi*. p. 182

e cognitive e malessere generale caratterizzato da cefalea e senso di stordimento.

I farmaci antidepressivi possono causare tachicardia, alterazioni della performance cognitiva, episodi di agitazione e disturbi della motricità quali tremori, atassia e discinesia. Un effetto collaterale che si estende anche ai farmaci antipsicotici e stabilizzatori dell'umore è dato dall'aumento ponderale, quest'ultimo non deve essere sottovalutato in quanto potenziale causa di sviluppo di patologie correlate quali l'ipertensione, malattie cardiovascolari ed osteoartriti che possono ulteriormente aggravare le condizioni fisiche dei pazienti.

Lo stigma: una problematica sociale che allontana la cura

La parola stigma ha origine greca e porta con sé il significato di “marchio”, veniva usata nell'antichità per, appunto, marchiare gli schiavi in modo da distinguerli dai padroni. Al giorno d'oggi questo termine indica un tratto discreditante che declassa l'individuo portatore ad individuo di “classe inferiore”.

Lo stigma verso la malattia mentale deriva da atteggiamenti culturali dominanti che legano le persone etichettate a caratteristiche indesiderabili, e si fonda su stereotipi diffusi che etichettano chi soffre di disturbi psichici come soggetti pericolosi, imprevedibili o devianti. Questo pregiudizio viene attribuito indistintamente a tutti coloro che soffrono disturbi mentali condizionandone pesantemente la vita. Forse e più della malattia stessa. Link e Phelan, nel 2001 definiscono lo stigma come un insieme di elementi, tra loro correlati, che si verificano contemporaneamente, *“primo, le persone distinguono ed etichettano le differenze tra gli uomini. Secondo, la cultura dominante collega le persone etichettate a delle caratteristiche negative, a stereotipi negativi. Terzo, le persone etichettate vengono disposte in categorie distinte in modo da creare una differenza tra “noi” e “loro”. Quarto, le persone etichettate sperimentano sentimenti di discriminazione e di perdita dello status sociale.”*⁵⁵

Oltre questo, denominato stigma esterno, in quanto derivante dalla comunità, esiste un altro tipo di stigma, chiamato interno, che è vissuto dalla persona stessa come una sorta

⁵⁵ Lorenzo Chieffi. *Bioetica, pratica e cause di esclusione sociale*. 2012

di auto-discriminazione ⁵⁶. Lo stigma diventa quindi una spirale negativa che conduce ad una progressiva desocializzazione ed emarginazione, perdita di fiducia in sé stessi, bassa autostima e mancanza di motivazione, questa si estende anche al trattamento, sia farmacologico, i pazienti mostrano scarsa compliance, sia educativo e riabilitativo.

Lo stigma, oltre che essere conseguenza di paura, è per la maggior parte conseguenza di ignoranza e di false credenze che storicamente hanno contribuito, specie in passato, ad alimentare il falso mito che la malattia mentale sia incurabile e che questi pazienti siano “pericolosi”. Il processo di destigmatizzazione presuppone l’adozione di una nuova prospettiva verso la Salute Mentale e l’abbandono di pregiudizi e di atteggiamenti discriminatori. È necessario quindi promuovere politiche di inclusione ed informare fin dalla giovane età circa il tema della Salute Mentale, consci del fatto che ogni individuo, seppur portatore di disagio psichico, disabilità o altre patologie, è unico ed inestimabile, portatore di diversità e per questo fonte di ricchezza, da accettare e rispettare.

⁵⁶ Paola Carrozza. *Op.cit.* p. 80.

3 LE TERAPIE ESPRESSIVE

All'interno del secondo capitolo si è discusso in merito alle criticità a cui vanno incontro i soggetti che soffrono di disturbi psichici, tali criticità riguardano sia la dimensione psichica che quella corporea della persona. Corpo e mente sono infatti due entità distinte ma allo stesso tempo interdipendenti e reciprocamente influenzabili. In quest'ottica, i processi riabilitativi si avvalgono di attività che possano portare la persona a sviluppare un maggior grado di autonomia, tra queste, oltre ad attività riguardanti l'acquisizione di abilità di vita quotidiana, figurano le Terapie Espressive.

In questo terzo capitolo si vogliono quindi presentare le Terapie Espressive, le modalità tramite cui è possibile svolgere attività che le vedono protagoniste, ed i benefici che la persona può trarre dallo svolgimento di tali attività.

3.1 DESCRIZIONE DELLE TERAPIE ESPRESSIVE

Le terapie espressive, o arti terapie, consistono nell'utilizzo di attività di carattere artistico ed espressivo all'interno della psicoterapia e della riabilitazione psichiatrica. Queste tecniche hanno una loro specificità e autonomia e possono essere applicate in un setting di tipo individuale oppure grupppale. Il loro scopo non è produrre arte bensì fare terapia, quindi affrontare le criticità che i pazienti vivono, facendo sperimentare loro la relazione con il prossimo, con l'obiettivo di trasformare tali esperienze critiche in esperienze positive.

Ogni attività umana ha un carattere espressivo intrinseco e fa emergere ciò che ognuno è, sia nella relazione con sé stesso, sia con gli altri.

Alla base dell'espressività dell'agire umano si possono individuare due fattori essenziali. Il primo è costituito dall'identità profonda, il "senso di sé". Esso comprende sia il "senso di esistenza di sé stessi" che l'"Interazione del proprio sé con gli altri"⁵⁷.

Il secondo è rappresentato da un insieme di diversi canali, attraverso i quali il sé può

⁵⁷ Antonio Damasio. *Il sé viene dalla mente*. 2012

esprimersi: cognitivi, senso-motori, emotivi, intuitivi, logico-riflessivi ed etico-morali.

Le Terapie Espressive sfruttano tutti i canali espressivi dell'individuo tramite attività che possono comprendere musica, immagini, espressività corporea, danza ed altri; così facendo stimolano il sé ad esprimersi in tutte le sue forme.

Le Terapie Espressive trovano utilizzo in diversi ambiti, in ambito preventivo, quindi con individui che non presentano psicopatologie ma potrebbero essere a rischio; nell'ambito della promozione delle risorse della persona, quindi nel mantenimento della salute; ed infine in ambito terapeutico-riabilitativo, rivolte a persone portatrici di un disagio o di una patologia conclamata di tipo fisico, psicomotorio o psichico.

La molteplicità di queste possibili applicazioni è determinata da alcune caratteristiche specifiche delle Terapie Espressive:

- Si presentano, apparentemente, come attività ludiche, di gioco, e grazie a questo aspetto “divertente” è possibile far passare contenuti educativi inseribili nei percorsi terapeutico-riabilitativi che vengono strutturati per i pazienti.
- rappresentano una modalità di comunicazione che si pone tra il canale comunicativo verbale ed il non verbale, ma consentono un processo che porta all'espressione verbale di quanto vissuto durante il percorso espressivo e, di conseguenza, facilitano una sua rielaborazione, anche cognitiva, ed una presa di coscienza più consapevole delle esperienze effettuate.
- nel percorso riabilitativo svolto tramite le Terapie Espressive è assente il giudizio di valore e con esso le problematiche legate alla prestazione. Il soggetto è libero di esprimersi secondo i propri canoni, e le idee di “giusto” o “sbagliato” perdono di significato. Questo non significa che il paziente abbia il permesso non rispettare alcuna regola, poiché questo vanificherebbe la valenza della riabilitazione stessa trasformandola in un percorso di intrattenimento o in un intervento di mera assistenza, ma all'interno di setting e della relazione terapeutica con l'operatore, il soggetto può esprimere liberamente ciò che deriva dal suo mondo interno.

Grazie alle caratteristiche sopracitate, le Terapie Espressive rappresentano un utile strumento riabilitativo in grado di agire sulla sfera emotivo-affettiva dell'individuo e

rendere possibile una maggiore modulazione e regolazione delle emozioni. Queste rappresentano abilità imprescindibili per potersi relazionare in maniera sana e assertiva con l'altro, e poter puntare, in futuro, ad un maggior grado di autonomia e ad un miglioramento della qualità di vita della persona.

Ogni canale cognitivo, sia esso visuo-spaziale e perciò legato a immagini, oppure linguistico e dunque legato alle parole, o ancora motorio e quindi legato ai gesti, alla mimica o alla danza, non è soltanto uno strumento per comprendere sé stessi e gli altri, ma allo stesso tempo è un mezzo per esprimersi e comunicare. Esistono varie tipologie di Terapie Espressive, ognuna delle quali ha la peculiarità di riuscire a stimolare un determinato canale comunicativo della persona, così facendo quest'ultima riuscirà ad esprimere ciò che deriva dal suo mondo interno utilizzando il canale comunicativo consono alla situazione.

Vengono delineate di seguito le principali tipologie di Terapie Espressive ed i loro tratti caratteristici.

Arte-terapia

L'arte-terapia, o terapia grafico-pittorica, è un trattamento terapeutico che utilizza come modalità principale il ricorso all'espressione artistica allo scopo di promuovere il benessere nella sua totalità. Tale approccio artistico-terapeutico è riconducibile al mondo dell'arte, in quanto porta il contributo dei materiali, delle tecniche e delle varie modalità artistiche; al mondo della creatività, che avvia il soggetto in un processo che mette in moto le sue dinamiche interne e lo porta alla realizzazione del suo percorso artistico terapeutico; ed alla comunicazione non verbale, che veicola messaggi attraverso il linguaggio del corpo, la postura, il movimento, la mimica facciale ed altri canali.

La terapia grafico-pittorica è una tra le più diffuse all'interno dei percorsi educativi-riabilitativi nella maggior parte dei settori di intervento, dalla Salute Mentale alla disabilità, tale diffusione è dovuta al fatto che accostarsi a questa disciplina non richiede nessuna preparazione specifica. Per gli utenti risulta semplice avvicinarsi a questa forma

d'arte, in quanto vengono messi a disposizione materiali, come matite colorate, pennarelli, o la pittura, che sono stati utilizzati almeno una volta durante l'infanzia e di conseguenza vengono percepiti come poco minacciosi in quanto familiari. Inoltre, disegnare, dipingere e creare con altre forme d'arte, sono semplici metodi di espressione accessibili alla maggior parte delle persone indipendentemente dall'età o dalle capacità naturali.

L'Arteterapia nasce dall'idea che le immagini artistiche possano favorire la conoscenza di sé stessi e delle proprie potenzialità, dando all'utente la possibilità di esprimere "su carta" sentimenti e idee difficili da comunicare verbalmente, rendendo possibile così l'integrazione di tutte le risorse di cui egli dispone per poter vivere al meglio.

Durante le attività di Arteterapia, infatti, il racconto di sé attraverso le immagini diventa una rappresentazione della persona nella sua globalità, e la patologia, se presente, passa in secondo piano. L'obiettivo è far emergere gli aspetti positivi della persona e le sue potenzialità individuali attraverso forme artistiche creative ⁵⁸.

Quello che avviene è una sorta di triangolo comunicativo-relazionale costituito da utente, immagine e arte terapeuta: all'interno di questa formazione triangolare il soggetto dialoga con le proprie immagini, dialoga con il terapeuta attraverso le stesse immagini, il terapeuta si pone in relazione con le immagini dell'utente e comunica con lui attraverso le stesse ⁵⁹.

L'attività artistica permette al soggetto di canalizzare forti stati interni ed emozioni e poterle esprimere liberamente, è perciò un'attività che favorisce la presa di coscienza, aiuta a risolvere i conflitti, favorisce l'autostima, stimola l'apprendimento di nuove abilità e arricchisce l'esperienza del soggetto. Inoltre, *"nel contesto dell'Arteterapia [...] i canoni di bellezza non esistono, ciò che conta è la comprensione, l'accettazione e la contemplazione di ciò che il paziente intende comunicare con la propria opera. I prodotti artistici non devono mai subire "interpretazioni", il significato è sempre personale, esperito e vissuto"* ⁶⁰. La terapia grafico-pittorica non è incentrata sulla bellezza estetica della creazione artistica, ma tende all'esperienza condivisa del piacere e promuove la

⁵⁸ Paola Cavani, Rossella Chifari. *Arti Terapie: Applicazioni nella relazione d'aiuto*. p. 30-31. 2017

⁵⁹ Paola Caboara Luzzatto. *Arte terapia. Una guida al lavoro simbolico per l'espressione e l'elaborazione del mondo interno*. 2009

⁶⁰ Edoardo Giusti. *Arte, terapie e counseling espressivo*. 2003

maturazione delle competenze sociali, in particolar modo nel momento in cui l'attività di Arte-terapia viene svolta in una dimensione gruppale. Il cambiamento avviene grazie all'interazione di gruppo e la buona riuscita della terapia si ha proprio nel momento in cui i soggetti apprendono dagli altri, infatti, grazie alle esperienze condivise, il singolo si accorge di non essere l'unico a soffrire, questo permette di relativizzare i problemi e poterli affrontare da un punto di vista diverso.

Musicoterapia

L'uso della musica a scopi curativi e terapeutici può essere fatto risalire molto indietro nel tempo. Gli stregoni di alcune tribù la utilizzavano per favorire la guarigione, la civiltà ebraica riteneva che la musica avesse poteri stimolanti e sedativi, capaci di intensificare le emozioni negative fino a liberarne la mente. I Greci erano devoti alla forza guaritrice della musica. Una delle divinità greche più nobili era Apollo, Dio del sole, della medicina e della musica, tramite questa il Dio preservava l'armonia della vita.

Volgendo lo sguardo ad epoche meno remote, è all'indomani della fine della Seconda guerra mondiale che si sviluppa l'utilizzo della musica a fini terapeutici in alcuni paesi europei. Negli ospedali venivano ricoverati soldati feriti durante i combattimenti, molti dei quali soffrivano di gravi disturbi mentali causati dalle terribili e traumatiche esperienze di guerra. Per provare a distrarre e, talvolta, divertire i soldati durante la convalescenza, alcuni gruppi musicali suonavano nei diversi reparti. Avendo notato che tutto ciò portava un certo miglioramento dello stato d'animo dei pazienti, alcuni medici iniziarono a sperimentare gli effetti di diversi tipi di musica sui disturbi psicologici e psicopatologici. Da allora l'utilizzo della musica in ambito terapeutico è stato oggetto di numerosi studi; ad oggi la Musicoterapia è disciplinata ai sensi della Legge n.4 del 14 gennaio 2013, "Figure professionali operanti nell'ambito delle Artiterapie".

La musicoterapia, da definizione, *“è una modalità di approccio alla persona che utilizza la musica o il suono come strumento di comunicazione non-verbale, con un utente o un gruppo, per intervenire a livello educativo, riabilitativo o terapeutico, in una varietà di*

*condizioni patologiche e para fisiologiche”*⁶¹.

L'approccio musicoterapico si basa essenzialmente sulla capacità dei suoni di favorire una comunicazione che oltrepassa l'uso del linguaggio facilitando l'espressione dei vissuti profondi; ciò avviene in una modalità simile a quella delineata nell'Arteterapia, con la differenza che la creazione artistica viene sostituita dalla creazione sonora.

Attraverso la relazione con il terapeuta e la mediazione dell'elemento sonoro-musicale il soggetto può sperimentare un'esperienza di tipo sensoriale attraverso l'ascolto, la produzione sonora o l'improvvisazione, avviando processi di trasformazione e integrazione psico-corporea all'interno di un progetto educativo specifico.

La Musicoterapia ha, quindi, finalità riabilitative in quanto promuove l'apertura di nuovi canali comunicativo-relazionali, lo sviluppo di abilità di auto-regolazione emotiva e stimola una maggiore conoscenza di sé e delle proprie potenzialità creative ed espressive. Gli ambiti di applicazione sono molteplici e riguardano la maggior parte dei settori di intervento.

Nel campo della Salute Mentale, l'obiettivo è lo sviluppo delle potenzialità della persona che soffre di disagio psichico, il miglioramento della qualità della sua vita, delle abilità sociali e delle relazioni; in quest'ottica uno dei punti di forza della musicoterapia è costituito dal fatto che tale esperienza sia estremamente utile nel favorire dinamiche comunicative all'interno del gruppo, nell'utilizzare la musica come fattore di aggregazione sociale e mezzo per esprimere in maniera adeguata le proprie emozioni.

Interfacciarsi con un'attività di Musicoterapia risulta relativamente semplice, in quanto non è richiesta alcuna preparazione specifica da parte degli utenti, che trovano nel terapeuta non un insegnante d'arte ma una persona in grado di stimolare il loro processo creativo.

Durante l'attività si distinguono due procedimenti fondamentali: uno attivo, basato sull'utilizzo di uno strumento musicale facilmente manipolabile e fonte di gratificazione anche per soggetti privi di competenze specifiche; l'altro recettivo, consistente nell'ascolto di brani musicali o improvvisazioni sonore scelti dal musicoterapeuta o portati dai pazienti. Durante l'ascolto il paziente può essere accompagnato dal musicoterapeuta in un'esperienza di improvvisazione guidata del corpo, tale

⁶¹ World Federation of Music Therapy (WFMT). 1996

improvvisazione si esprime nelle dimensioni di spazio e tempo ⁶².

È fondamentale partire da un livello di base comune a tutti gli utenti, di modo che ogni membro del gruppo possa partecipare all'attività senza problemi. Progressivamente la complessità dell'intervento potrà crescere, ma sempre in conformità con l'andamento e le competenze del gruppo.

L'obiettivo specifico consiste nell'apprendimento, o nel ri-apprendimento di modalità relazionali socialmente adeguate, tramite una nuova modalità di espressione e comunicazione, che utilizza stili, mezzi e strumenti linguistici che, spesso, rimangono ignorati.

La finalità è il raggiungimento di una qualità di vita migliore, per raggiungerla, la musicoterapia si propone come attività da affiancare ad altri interventi all'interno di una più ampia progettualità, in particolare l'approccio musicoterapico favorisce l'integrazione mente-corpo, l'utilizzo della comunicazione non verbale, l'istituzione di una relazione interpersonale mediata dall' "oggetto" musicale, lo sviluppo della creatività, lo sviluppo di capacità di socializzazione nel gruppo e conseguentemente l'espressione delle emozioni.

La Musicoterapia rappresenta quindi, nel percorso di riabilitazione psichiatrica, una pratica capace di potenziare le capacità socio-relazionali e comunicative della persona, ciò è requisito cardine per il conseguimento di un maggior grado di benessere.

Danza-movimento-terapia

L'essere umano, almeno una volta nella propria vita, ha manifestato comportamenti che potrebbero essere identificati come "danza", nella quale il corpo rappresenta un eccezionale strumento di espressione. Danza e movimento sono canali privilegiati attraverso cui la persona è in grado di esprimere emozioni. Di norma, azioni, movimenti e reazioni che un soggetto produce rispecchiano il suo stato emotivo interiore: i gesti e la postura esprimono il personale stato emotivo di ciascuno nelle diverse situazioni in maniera più diretta ed efficace rispetto alla parola.

⁶² . Giannini, et al. *La musicoterapia nell'ambito della acuzie psichiatrica Riabilitazione precoce e umanizzazione del setting*. p. 18

Il legame profondo che esiste tra dimensione corporea ed emozionale rende possibile utilizzare la danza ed il movimento corporeo come attività terapeutica all'interno di un percorso riabilitativo, in quanto movimento e danza presentano benefici che interessano il funzionamento neurologico, la stimolazione della circolazione, il controllo motorio fine e grossolano e l'espressione delle emozioni.

L'Associazione Professionale Italiana Danza Movimento Terapia propone la seguente definizione: *“la Danza Movimento Terapia, attraverso le risorse del processo creativo, della danza e del movimento, è una disciplina specifica orientata a promuovere l'integrazione fisica, emotiva, cognitiva e relazionale, la maturità affettiva e psicosociale, il benessere e la qualità della vita della persona”*⁶³.

La danza movimento terapia è quindi una metodologia specifica e ben precisa che tende all'integrazione fisica, relazionale, emozionale, affettiva e psicosociale dell'individuo al fine di migliorarne la qualità di vita.

L'obiettivo che si prefigge è la possibile evoluzione positiva dell'individuo mediante il processo creativo della danza, che consente di riacquistare una migliore integrazione tra psiche e corpo. Il corpo rappresenta l'elemento centrale dell'attività terapeutica, ed il movimento espressivo-creativo è veicolo per la costruzione della relazione e del processo terapeutico.

Nella danza movimento terapia si utilizzano la musica e il ballo. Basata sul principio olistico dell'unità bio-psico-spirituale dell'uomo, ha nella fisicità il suo elemento fondamentale: il corpo immagazzina sensazioni e memorie, che la danza terapia aiuta a riconoscere e portare alla luce. Accrescere il vocabolario corporeo serve quindi ad accedere a nuove dimensioni della coscienza di sé, oltre a sviluppare una propensione alla comunicazione, quest'ultima si sviluppa anche grazie alla natura gruppale della danza movimento terapia. Il gruppo di partecipanti rappresenta una risorsa preziosa per ognuno di essi poiché è soprattutto grazie all'incontro e alla condivisione reciproca che viene favorito il senso di riconoscimento e di inclusione, uno dei vari obiettivi che la Danza movimento terapia persegue.

L'operatore in tutto ciò ha un ruolo fondamentale: rappresenta un sostegno per il progresso degli utenti, la relazione che si instaura tra questi ultimi ed il terapeuta è

⁶³ A.P.I.D. Statuto APID. Art. 2.

requisito cardine per un'espressione emozionale autentica e, di conseguenza per una buona riuscita dell'intero percorso riabilitativo. Il presupposto di un efficace percorso è, infatti, il legame di apertura, empatia e fiducia che riesce a stabilirsi tra le due parti.

L'operatore deve proporsi come supporto agli utenti durante l'attività, al fine di facilitarne l'espressione corporea ed emozionale, inoltre, nel periodo precedente all'inizio dell'incontro è necessario che organizzi il setting, preparando l'ambiente nel modo più adeguato possibile, creando un "ambiente facilitante" in cui è possibile esprimere e organizzare i vissuti corporei e affettivi.

In sintesi, la danza movimento terapia favorisce, attraverso il movimento, il gesto e la relazione, la crescita della consapevolezza e l'ascolto di quei movimenti vitali interni che aprono alla dimensione dell'ascolto e alla dimensione creativa.

Attraverso l'esperienza diretta di sensazioni, emozioni, movimento e gioco corporeo, all'interno di un percorso terapeutico-riabilitativo, è possibile perseguire il benessere, consentendo alla persona di esprimersi sul piano corporeo ed emozionale ⁶⁴.

Teatro-terapia

“E’ da sempre conosciuta l’attitudine teatrale dell’uomo, la tendenza a rappresentare esperienze, bisogni o, comunque, pulsioni inconsce o coscienti. [...] Uno schema teatrale di base dinamizza la personalità dell’uomo quale istinto costitutivo della natura umana. [...] «in ognuno c’è un teatrino» ama sottolineare Musatti” ⁶⁵.

Ogni essere umano ha una teatralità innata insita dentro di lui. Ogni persona mostra infatti un'attitudine teatrale, la tendenza a rappresentare esperienze, bisogni e pulsioni; uno schema teatrale di base, costituito da sogni, giochi o libere associazioni; ed infine un "teatrino", ogni individuo "mette in scena" nella vita quotidiana le proprie dinamiche psicologiche.

⁶⁴ Stefano Centoze. *Manuale di arti terapie. Fondamenti di un metodo, fondamenti di una disciplina*. p. 234. 2018

⁶⁵ Piero Crispiani. *Fare teatro a scuola. Progetti educativi di attività teatrale dalla scuola materna alle scuole superiori*. p. 24. 2006

L'ambito della Salute Mentale, più di ogni altro, rappresenta il terreno fertile per la manifestazione del "teatrino umano", la vita psichica del soggetto che soffre di disturbo mentale, tende infatti a manifestarsi in maniera esplicita attraverso nevrosi e psicosi.

La teatralità umana, permettendo alla persona di esprimere ed exteriorizzare il proprio mondo interno e la propria vita psichica, ben si presta ad essere utilizzata all'interno di percorsi educativi-riabilitativi sotto forma di Terapia Espressiva, in particolare di Teatroterapia. Quest'ultima consente di creare percorsi che possono aiutare gli utenti a superare periodi di disagio, a sviluppare le proprie risorse interiori e ad accedere a risorse latenti, essenziali per la propria salute e per il proprio equilibrio interiore. Possono così aprirsi nuove vie di esperienze di trasformazione e guarigione, sostenendo la cura della mente, nonché quella del corpo.

La Teatroterapia è uno strumento di cura e crescita personale basato sul teatro, in particolare sulla messa in scena del sé e dei propri vissuti attraverso più canali comunicativi; quello vocale, gestuale e corporeo. Essa, con sedute singole o di gruppo, viene utilizzata in contesti clinici e sociali anche in forma preventiva, educativa e curativa.

L'aspetto pedagogico-educativo della Teatroterapia passa attraverso la "finzione", il teatro è infatti una finzione di fatti reali, grazie alla quale si sviluppa una doppia consapevolezza: da una parte l'attore è consapevole di star rappresentando un qualche cosa di non reale; dall'altra lo spettatore è altresì consapevole di star assistendo ad una finzione. La doppia consapevolezza della finzione permette di poter rappresentare i fatti vitali della natura umana ed il mondo interno di ognuno con la consapevolezza che, trattandosi di finzione, non vi sarà possibilità di arrecare o subire danni.

Un'altra caratteristica che rende il teatro particolarmente incline alla pratica educativa è la sua "inutilità". *"Il laboratorio ha certamente una utilità educativa, didattica, ma si dimentica spesso che ha anche un'inutilità che genera uno spostamento notevole nelle sue linee di progettazione educativa. L'utilità strumentale del laboratorio teatrale è solo un aspetto delle sue potenzialità [...] c'è, invece, un'inutilità dell'esperienza teatrale nel campo formativo [...] che può rivelarsi pedagogicamente molto efficace."* ⁶⁶.

Il teatro, come laboratorio educativo, deve essere inutile, quindi non avere obiettivi, e non

⁶⁶ Francesco Cappa. *Formazione come teatro*. p. 112. 2016

focalizzarsi sulla prestazione. È necessario che venga vissuto dagli utenti come un'esperienza positiva e come un'attività ludica, che può far star bene; solo in questo modo la persona riuscirà ad esprimere il proprio "teatrino" ed il proprio mondo interno in maniera sana ed autentica. Durante la Teatroterapia, ciascun paziente "rappresenta" sé stesso, interpretando teatralmente, attraverso lo scambio relazionale, le proprie vicende interiori, passate o presenti. Il gruppo ha in questo processo un'importanza fondamentale, in quanto è nell'esperienza collettiva che si realizza una liberazione delle tensioni, dei blocchi e del disagio profondo.

All'interno del gruppo gli utenti sono guidati attraverso un training pre-espressivo, in cui si lavora sul corpo, sulla voce e sul gioco; successivamente si passa all'utilizzo di tecniche espressive mediante l'interpretazione di personaggi principalmente improvvisati; infine, si giunge ad una fase post-espressiva che riguarda l'analisi dei vissuti emersi ⁶⁷. Quest'ultima fase di analisi dei vissuti emotivi sperimentati riveste particolare importanza, in quanto la dimensione del gruppo permette di rispecchiarsi nelle esperienze altrui, facilitando il riconoscimento delle proprie emozioni e il confronto con gli altri.

Il setting della Teatroterapia si propone come dimensione separata dalla quotidianità. Gli utenti vivono l'esperienza della finzione in cui possono costruire una realtà temporanea, all'interno della quale si creano modalità diverse non solo di pensare, percepire e muoversi, ma anche di interagire; le normali regole che orientano le interazioni sociali e comunicative vengono messe in discussione, o comunque sono ridefinite. L'esperienza teatrale investe non solo gli schemi di relazione interpersonale, ma anche il linguaggio, la mente e il corpo, orientando la persona verso il cambiamento, presupposto indispensabile per una qualità di vita migliore.

Attività fisiche di movimento

Le attività fisiche nelle quali vengono proposti esercizi corporei non rientrano nella categoria delle Terapie Espressive, queste ultime si distinguono infatti per la presenza di caratteri artistici, elementi che non appaiono nelle attività fisiche di movimento. In ambito

⁶⁷ Walter Orioli. Teatroterapia. *Prevenzione, educazione e riabilitazione*. 2007

educativo-riabilitativo esiste però una relazione che lega le attività fisiche e le Terapie Espressive, infatti entrambe condividono un fattore comune, significativo in ottica riabilitativa: il fattore espressivo. Così come le Terapie Espressive stimolano l'espressività della persona sottoforma di arte, danza o musica, le attività fisiche di movimento permettono all'utente di esprimersi attraverso il corpo, stimolando la corporeità, il "sentire" il proprio corpo e migliorando coordinazione e propriocezione.

*"Camminando ogni giorno, raggiungo uno stato di benessere e mi lascio alle spalle ogni malanno; i pensieri migliori li ho avuti mentre camminavo [...] Ma stando fermi si arriva sempre più vicini a sentirsi malati. Perciò basta continuare a camminare, e andrà tutto bene"*⁶⁸.

Queste parole implicano una considerazione significativa: l'azione del camminare, quindi il movimento, può essere all'origine di uno stato di benessere; al contrario "restare fermi" impedisce di raggiungere tale stato.

Un'attività fisica, anche moderata, realizzata in percorsi strutturati e con obiettivi chiari e definiti, è particolarmente indicata per chi soffre di disturbi psichici, in quanto migliora il benessere psicologico e determina molteplici benefici sul piano sia fisico che psichico. Riguardo il benessere mentale dell'individuo, attraverso l'attività fisica l'utente sperimenta la gratificazione derivate dal sentirsi utili sul piano psicologico e che aiuta a riacquistare la stima di sé diminuita a causa della malattia, migliorano quindi la sensazione di efficacia e di fiducia in sé stessi; sviluppa una migliore immagine di sé, data da una crescita muscolare anche minima; vi è un aumento del senso di sicurezza, connesso all'incremento dell'autostima; ed un maggior autocontrollo. Sono inoltre riscontrabili miglioramenti sul versante della socializzazione, delle abilità logiche, delle performance cognitive e delle funzionalità mentali ⁶⁹.

Sul piano fisico e corporeo svolgere regolarmente attività di movimento comporta innumerevoli effetti positivi, come la diminuzione del peso corporeo, o al contrario, il rinforzo e sviluppo muscolare, ad entrambe può conseguire un aumento dell'autostima corporea; e una migliore qualità del sonno, positiva per quei pazienti psichiatrici a cui

⁶⁸ Søren Kierkegaard. *Lettera a Jette*. 1847

⁶⁹ AA.VV. *"Confronto multidisciplinare in Medicina dello Sport"*. 2009

viene prescritta una terapia farmacologica. Inoltre, l'attività fisica diminuisce il rischio futuro di sviluppare malattie cardiovascolari, artrite, osteoporosi, diabete ed altre, spesso volte in comorbidità con la malattia mentale.

I benefici sopracitati vengono notevolmente aumentati dal momento in cui l'attività di movimento viene praticata in una dimensione di gruppo.

L'utente è portato a riconoscere, paragonare e contrapporre il suo modo di agire con quello degli altri. Da questo processo derivano effetti positivi e terapeutici, in quanto all'interno del gruppo nasce sempre, tra i membri, una funzione morale, costruttiva e di sostegno ⁷⁰ che permette all'utente di sperimentarsi in nuove relazioni fondate non sulla competizione, bensì sull'aiuto e supporto reciproco.

L'attività fisica permette alla persona di acquisire una crescente autonomia offrendogli numerose occasioni di socializzazione, fondamentale per l'inclusione nel più ampio ambiente della società, in cui vi sono le condizioni per nuovi e stimolanti incontri che possano permettere al soggetto di esprimersi e confrontarsi con differenti realtà.

La dimensione grupppale stimola inoltre la cooperazione, da cui si sviluppa lo spirito di appartenenza al gruppo, questo rende possibile la condivisione ed il rispetto di regole precise, nonché la tolleranza e il rispetto reciproco ⁷¹.

Il gruppo, con il suo potere socializzante, unito all'attività fisica, orienta la persona verso il cambiamento. Davanti ad una prestazione fisica, il soggetto deve fare appello alle sue risorse interne per affrontare le difficoltà; deve inoltre pianificare strategie per superare gli ostacoli che si pongono tra lui e la prestazione stessa, ciò gli permette di spogliarsi, almeno temporaneamente, dell'etichetta di "malato psichiatrico" ⁷². La pratica di movimento è uno strumento in grado di determinare un beneficio psicofisiologico tale da restituire all'utente la fiducia in sé stesso. Questa favorisce la capacità di adattamento all'ambiente e al contesto socio-relazionale, migliora le capacità motorie e educa all'espressione delle emozioni attraverso una migliore presa di coscienza e una nuova gestione degli stati emotivi interni.

Le attività fisiche e di movimento sono strumenti particolarmente efficaci all'interno di

⁷⁰ Filippo Artusio. *Psicologia e Psicoanalisi dello sport*. 1985

⁷¹ Fabio Lucidi. *SportivaMente. Temi di psicologia dello sport*. 2011

⁷² Dott.ssa Valentina Carretta. *La clinica dello sport in psichiatria. Sport e psicosi: nuove sfide terapeutiche*. 2013

un percorso educativo-riabilitativo in Salute Mentale, in quanto permettono di lavorare su tre aree in genere deficitarie nei pazienti psichiatrici: benessere fisico, disabilità soggettive specifiche e benessere psicologico. Lo sviluppo di autonomie riferite a queste dimensioni della persona è presupposto necessario per poter raggiungere una miglior qualità di vita.

3.2 LA DIMENSIONE DEL GRUPPO COME RISORSA

La definizione di “gruppo” può essere ritrovata in una moltitudine di discipline diverse, e da queste può essere influenzata e trasformata, per meglio adattarsi alla disciplina stessa. Secondo la Psicologia “Il gruppo è un insieme di tre o più individui che si riconoscono come gruppo ed intessono tra loro delle relazioni di influenza reciproca”, ciò che emerge da tale definizione è l’attenzione posta sulla relazione tra i membri del gruppo, tale da poter influenzare i comportamenti dei membri stessi.

Secondo la Pedagogia il gruppo può essere definito come “insieme di individui legati in un rapporto di interdipendenza, inteso a promuovere le potenzialità individuali nelle differenti età della vita”, questa definizione può essere letta in chiave educativa, in questo caso il gruppo si origina da una riflessione e da una progettualità intenzionalmente orientata a far sì che il soggetto possa sperimentare il cambiamento e sviluppare abilità di vita.

In ottica educativa e riabilitativa, le definizioni sopracitate condividono un concetto comune, quello della relazione. La relazione è il punto di forza della dimensione gruppale, stimola l’interazione con gli altri, la condivisione e l’aiuto reciproco, inoltre il rapporto di interdipendenza che si crea tra i membri incentiva la cooperazione, e ciò è essenziale al fine mantenere la stabilità ed il funzionamento del gruppo stesso.

Esistono varie tipologie di gruppi, in ambito terapeutico-riabilitativo si parla di gruppo terapeutico, questo viene instaurato con l’obiettivo di promuovere la salute dei membri e, di norma, viene condotto da un terapeuta. Nel settore educativo, la figura che si occupa di condurre attività riabilitative gruppali è l’Educatore Professionale.

Riprendendo il tema delle Terapie Espressive, impostare attività educative svolte in un setting di gruppo presenta notevoli benefici in chiave pedagogica e educativa, primo fra

tutti lo sviluppo di abilità sociali. La dimensione grupppale stimola l'apprendimento ed il potenziamento di queste capacità in maniera molto maggiore rispetto ad una stessa attività svolta singolarmente. Al fine di creare un gruppo che funzioni in maniera efficace è di fondamentale importanza, da parte dell'educatore, impostare il Setting.

La costruzione del Setting è una competenza professionale propria dell'Educatore Professionale e deve rispettare condizioni ben precise: il setting deve essere costruito sui bisogni dell'utente ed al suo interno è necessario che l'educatore renda esplicita la relazione e le sue finalità, questo è necessario per accentuare negli utenti la consapevolezza di ciò che si sta facendo nel momento presente e l'obiettivo che si vuole raggiungere tramite l'attività educativa. Il setting deve essere orientato sulla costruzione di spazi, tempi e regole ben precisi. Lo spazio, così come il tempo, deve essere protetto in modo che non vi siano intromissioni esterne che potrebbero interrompere l'attività; deve essere ben definito, costante e "familiare", in modo che l'utente sia proprio agio. Il tempo deve essere anch'esso definito e costante; le regole devono essere chiare, esplicite e condivise tra i membri del gruppo e tra i membri stessi e l'educatore ⁷³.

All'interno del percorso educativo-riabilitativo il gruppo è considerato una risorsa in grado di offrire particolari benefici agli utenti.

Il gruppo aiuta a riconoscere e valorizzare i propri punti di forza ed i propri limiti, e consente, se possibile, di aggirarli. Promuove la socializzazione e tutti i benefici ad essa correlati come l'aumento di autostima e di fiducia in sé stessi e negli altri. Dalla socializzazione e dalla relazione scaturisce il confronto con il prossimo, inteso non come competizione, quindi basato sulla prestazione, bensì condivisione e aiuto reciproco; da questo punto di vista viene stimolata anche la motivazione, gli utenti possono motivarsi l'un l'altro al fine di raggiungere l'obiettivo. La dimensione grupppale può inoltre favorire il contenimento, *"azione tramite cui la persona rende esplicito il suo disagio e la sua sofferenza e tramite la relazione si sente compresa, si va quindi a "contenere" tale sofferenza"* ⁷⁴.

Il gruppo basa la sua esistenza ed il suo funzionamento su una serie di valori quali l'ascolto, che si fonda sull'empatia e sull'accettazione; la relazione, tramite cui si sviluppa

⁷³ Dott.ssa D. Saltari. *Le competenze dell'Educatore Professionale*. Dispensa modulo didattico "Metodologia dell'educazione professionale 2".

⁷⁴ Dott.ssa D. Saltari. *ADE0064A – Le metodologie di intervento nel lavoro con i gruppi*. Dispensa. 2018

l'appartenenza al gruppo, che consente ad ognuno di sperimentare sé stesso nel rispetto degli altri; la fiducia verso sé stesso, gli altri membri e l'educatore; la responsabilità, che stimola il "fare", inteso come impegno da dedicare nello svolgimento dell'attività e nel raggiungimento dell'obiettivo; ed infine l'autostima, quest'ultima viene accresciuta grazie al senso di appartenenza al gruppo, grazie al quale l'utente instaura relazioni positive⁷⁵.

Nello specifico ambito della Salute Mentale, lo svolgimento di attività educative in una dimensione grupale, nell'ottica di una progettualità ben precisa, è fonte di innumerevoli benefici per l'utente con disagio psichico, soprattutto per il grado di socializzazione che il gruppo stesso offre. Le abilità sociali sono infatti le prime a decadere nel paziente psichiatrico, inoltre il gruppo stimola la motivazione al cambiamento, fondamentale all'interno di un percorso educativo-riabilitativo per poter puntare ad un miglioramento della qualità di vita della persona.

3.3 PROGETTARE UN INTERVENTO EDUCATIVO UTILIZZANDO LE TERAPIE ESPRESSIVE

Le Terapie Espressive possono essere inserite all'interno di un più ampio Progetto Educativo Individualizzato (PEI) come attività che supportino e facilitino il raggiungimento dell'obiettivo progettuale da parte dell'utente, tali attività prevedono la partecipazione della persona in modalità singola, o nella maggior parte dei casi, in gruppo. Il progetto educativo è la formalizzazione scritta del processo educativo e rappresenta il fondamento del processo stesso. Per processo educativo si intende l'insieme delle azioni intenzionali, quindi compiute in maniera razionale e guidate da una progettualità, effettuate da esperti, tra cui l'Educatore Professionale, per consentire a ciascun individuo il conseguimento del suo pieno sviluppo psicofisico ed il raggiungimento di un maggior stato di benessere. Tra le competenze dell'Educatore Professionale, quella progettuale e di pianificazione prevede alcuni passaggi obbligati, senza i quali l'intervento rischierebbe di essere sovra o sotto dosato, risultando quindi inefficace:

⁷⁵ *Ibidem*

- Attività d'accoglienza, tramite cui si promuove l'incontro con l'utente e si rilevano i dati significativi di quest'ultimo. L'accoglienza rappresenta il terreno fertile su cui far nascere la relazione educativa.
- Attività di osservazione. L'educatore deve osservare l'utente in modo intenzionale e continuativo alla ricerca delle sue criticità, potenzialità e bisogni. Da osservazione e relazione scaturisce l'Assessment.
- Attività di progettazione, programmazione e attuazione. Dopo aver incontrato l'utente e valutato criticità e risorse, l'educatore ipotizza un intervento educativo e lo condivide con l'équipe, con la persona e con la famiglia. All'interno di questa fase si inserisce la stesura del Progetto Educativo Individualizzato, fondato sui bisogni della persona, nonché sulle sue potenzialità e criticità. La finalità del progetto è quello di sviluppare nella persona un maggior grado di autonomia, presupposto necessario per una qualità di vita migliore.

Per impostare un progetto efficace è necessario considerare alcuni elementi fondamentali come la definizione temporale, la definizione della finalità e degli obiettivi, delle azioni, dei tempi e dei criteri di valutazione. Ciò significa che un progetto deve avere un inizio e una fine ben delineati; la finalità deve essere chiara e non va confusa con gli obiettivi, in quanto la finalità rappresenta lo scopo finale che si intende perseguire, mentre gli obiettivi costituiscono degli step che permettono il raggiungimento di tale finalità⁷⁶. Gli obiettivi, così come la finalità, devono essere precisi e misurabili tramite indicatori, ed il loro raggiungimento deve essere supportato dallo svolgimento di specifiche attività.

Tra le numerose attività educative possibili, si annoverano quelle mediate dall'utilizzo delle Terapie Espressive. La tipologia di attività deve essere scelta basandosi su criteri relativi alla persona, quindi sulle sue potenzialità, criticità e bisogni, ma anche sulle sue preferenze e su ciò che gli piace fare. L'utente sarà più propenso e motivato a partecipare ad un'attività educativa se questa riguarda una sua passione o hobby, rispetto ad un'attività che non stimola in lui interesse.

Una volta stabilito, in accordo con l'utente e con l'équipe, la tipologia di attività,

⁷⁶ Nicola Titta. *Manuale teorico-metodologico-pratico di progettazione educativa*. p. 34. 2018

l'educatore dovrà impegnarsi nella costruzione del Setting all'interno de quale svolgere la suddetta. Gli elementi costitui del Setting riguardano la preparazione dell'ambiente, sia dal punto di vista fisico, organizzando lo spazio in modo idoneo all'attività, sia dal punto di vista sociale, lo spazio si deve caricare di significati affettivi e deve essere familiare per gli utenti in modo che questi possano sentirsi a proprio agio.

È necessario stabilire la cadenza dell'attività durante la settimana, la durata di ogni seduta e la modalità di svolgimento, singolarmente o in gruppo. Durante lo svolgimento di un'attività in un contesto grupale è necessario programmare e rispettare regole, consegne o esercizi proposti, inoltre devono essere riconosciuti e accettati i ritmi e i tempi di ciascuno al fine di poter svolgere l'attività nel modo più efficace possibile. Durante la seduta, l'educatore ha il compito di osservare gli utenti al fine di cogliere miglioramenti o eventuali criticità. Il processo di osservazione può essere facilitato utilizzando strumenti più o meno strutturati finalizzati alla raccolta di dati. Le informazioni raccolte durante le varie sedute saranno di fondamentale importanza per l'educatore nelle fasi di verifica e valutazione del progetto, da cui dipenderà l'esito dell'intero processo educativo.

4 L'ESPERIENZA DI TIROCINIO ED IL PROGETTO EDUCATIVO

L'elemento centrale del presente capitolo è rappresentato dall'esperienza di tirocinio svolta durante il terzo anno del corso di laurea nel settore della Salute Mentale. Durante il tirocinio formativo ho personalmente impostato e condotto un progetto educativo-riabilitativo rivolto ai pazienti del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura dell'Ospedale Regionale di Torrette (AN). Fulcro di tale progetto è rappresentato dall'attività fisica di movimento, finalizzata al conseguimento di un maggior stato di benessere fisico, psichico e sociale da parte dell'utenza. Il progetto propone come obiettivo quello di ottimizzare l'uscita dei pazienti dall'SPDC, di modo che al rientro presso le proprie abitazioni o servizi educativi territoriali, presentino uno stato di benessere più elevato rispetto al periodo precedente il ricovero all'interno della struttura ospedaliera.

Il capitolo si conclude con delle riflessioni sull'esperienza di tirocinio, innegabilmente influenzata dalla pandemia da COVID-19, e con la discussione in merito ai risultati raggiunti tramite il progetto stesso.

4.1 IL SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA

Il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, o SPDC, viene istituito, in Italia, nel 1978 grazie alla Legge 180 o Legge Basaglia. È un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero, ed è ubicato nel contesto di Aziende ospedaliere, di presidi ospedalieri di Aziende U.S.L., o di Policlinici Universitari. È parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale, anche quando l'ospedale in cui è ubicato non sia amministrato dall'Azienda sanitaria di cui il DSM fa parte. Come previsto dal Progetto obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1994-1996", il numero complessivo dei posti letto è individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 abitanti. Ciascun SPDC contiene un numero non superiore a 16 posti letto e deve essere dotato di spazi idonei e distinti per degenza maschile e femminile, nonché di soggiorni o spazi esterni per le attività comuni e di sale per colloqui. Le figure

professionali presenti all'interno dell'SPDC sono riunite in un'équipe multidisciplinare formata da Medici, Infermieri, Psichiatri, Tecnici della riabilitazione psichiatrica, Operatori Sociosanitari, Psicologi e talvolta Educatori Professionali. All'interno dell'SPDC vengono ricoverati individui che soffrono di disturbi psichici in fase di acuzie, il ricovero può avvenire volontariamente o in modo forzato, in questo caso si parla di TSO. Il Trattamento Sanitario Obbligatorio per la malattia mentale può essere disposto obbligatoriamente su richiesta del sindaco, in qualità di massima autorità sanitaria del Comune di residenza o del Comune dove la persona si trova momentaneamente, e dietro proposta motivata di due medici. Devono, inoltre, essere presenti tre condizioni contemporaneamente: l'esistenza di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, l'impossibilità di adottare tempestivamente misure extra-ospedaliere adeguate e il rifiuto da parte della persona a sottoporsi alle cure del caso ⁷⁷. È necessario che il TSO avvenga nel rispetto della dignità e dei diritti dei pazienti, sia limitato al tempo strettamente necessario e sostituito con progetti terapeutici da attuare con la collaborazione volontaria del ricoverato e, se possibile, dei suoi familiari.

L'obiettivo perseguito all'interno dell'SPDC è la stabilizzazione della fase di acuzie vissuta dai pazienti e la remissione dei sintomi. Successivamente si lavora per l'inserimento di ciascun individuo in strutture adeguate in relazione ai loro bisogni e alle loro necessità.

La terapia prevista all'interno del servizio è prettamente farmacologica e talvolta viene mutuata dalla presenza di attività con l'obiettivo di rendere la psicopatologia meno invalidante per i pazienti ed ottimizzare l'uscita dal servizio stesso.

L'esperienza di tirocinio all'interno dell'SPDC dell'Ospedale Regionale di Torrette

Durante l'ultimo anno del corso di laurea in Educazione Professionale ho svolto il mio tirocinio formativo presso il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura dell'Ospedale Regionale di Torrette (AN). La convenzione esistente tra SPDC e università, grazie alla

⁷⁷ Legge 23 dicembre 1978, n. 833. *Art. 33*

quale ho potuto svolgere il tirocinio, è nata per merito del presidente del corso, il Dr. Bernardo Nardi, che anni fa ricopriva il ruolo di Responsabile di reparto presso il servizio psichiatrico ospedaliero, e grazie al quale gli studenti, da pochi anni a questa parte, hanno la possibilità svolgere la loro esperienza di tirocinio all'interno dell'SPDC, interfacciandosi con la psicopatologia nella sua fase acuta.

All'interno del servizio trovano posto diverse figure professionali che compongono l'équipe multidisciplinare: Medici, Psichiatri, Infermieri, Operatori sociosanitari, specializzandi e, alcuni giorni a settimana, Psicologi; mentre la figura dell'Educatore Professionale non è presente, eccezion fatta per i tirocinanti che ogni anno svolgono la propria esperienza formativa presso il reparto.

L'équipe si riunisce due volte a settimana, il martedì ed il giovedì, per le riunioni di briefing, all'interno delle quali vengono programmate e monitorate le attività settimanali, le entrate e uscite dei pazienti ed il loro andamento durante il ricovero.

La degenza media si attesta attorno ai 20-30 giorni, sono presenti però persone che permangono per più mesi, fintanto che le loro condizioni non si siano stabilizzate. I ricoverati sono mediamente 21, suddivisi in camere da due a quattro posti letto.

L'utenza è alquanto eterogenea, sia dal punto di vista del genere, non vi è una netta prevalenza di maschi o femmine, sia dell'età, che varia dalla minore età fino quella adulta ed oltre. L'eterogeneità riguarda, naturalmente, anche i disturbi psichici di cui i pazienti soffrono: disturbi del tono dell'umore, quindi depressione o disturbi bipolari; schizofrenia nelle sue varie forme e sottotipi ed altri disturbi psicotici; disturbi di personalità, disturbi d'ansia e, taluni casi di disturbi derivanti dall'abuso di sostanze, intese sia come stupefacenti che alcool.

È rilevante notare come queste psicopatologie siano, nella maggior parte dei casi, compresenti ad altre, si parla in questo caso di comorbidità.

Il servizio persegue come obiettivo la remissione dei sintomi e la stabilizzazione della condizione psicopatologica dei pazienti, avvalendosi dell'utilizzo di terapie prettamente farmacologiche, in grado di controllare i sintomi di modo che la psicopatologia risulti meno invalidante per la persona e questa venga dimessa nella miglior condizione possibile.

Risulta assente qualsiasi forma di attività educativa, eccezion fatta per quelle impostate e condotte dai tirocinanti, e per un'attività creativa e di arte-immagine condotta da

personale dell'AVULSS, un 'associazione di volontariato.

L'assenza di un'impronta educativa all'interno del servizio, e di un'impostazione prevalentemente clinico-medica, si riflette anche nell'assenza di Educatori Professionali, motivo per il quale i tirocinanti, me compreso, si ritrovano a svolgere il tirocinio senza una figura di riferimento all'interno del reparto. A causa di ciò l'esperienza di tirocinio in SPDC risulta essere anomala e particolare, in quanto l'unico supporto ai tirocinanti è dato dalla costante supervisione da parte della Direttrice ADP, che ricopre in questo caso il ruolo di Tutor, e grazie alla quale i tirocinanti vengono guidati all'interno di un settore complesso come la Salute Mentale dove l'educatore deve necessariamente essere poliedrico e sapersi adattare alle molteplici situazioni che possono verificarsi.

4.2 IL PROGETTO EDUCATIVO-RIABILITATIVO “ATTIVITA’ DI MOVIMENTO FINALIZZATA AL BENESSERE PSICO-FISICO”

All'interno di questo paragrafo si tratterà del progetto educativo-riabilitativo sul quale la tesi verte e dei risultati raggiunti da tale progetto.

L'esperienza di tirocinio nell'ultimo anno di corso prevede come obiettivo quello di impostare un progetto educativo in un contesto singolo o di gruppo, e successivamente valutarne e verificarne l'andamento e i risultati raggiunti.

Durante il tirocinio in SPDC ho personalmente impostato e condotto un progetto educativo-riabilitativo fondato su attività fisiche di movimento, rivolto ai pazienti, con l'obiettivo di accompagnarli nello sviluppo di una miglior condizione psico-fisica in modo da ottimizzare la dimissione dal reparto.

Motivazione e attività fisica in persone che soffrono di disturbi psichici

Prima di impostare il progetto educativo si è reso necessario da parte mia indagare i livelli di motivazione e di interesse in relazione all'attività fisica da parte dell'utenza dell'SPDC. Esiste una grande varietà di fattori che influenzano il grado di motivazione nell'individuo,

fattori psicologici, biologici, personali, ambientali, sociali ed altri; tutti questi elementi intervengono nel cercare di adottare un comportamento motorio e mantenerlo nel tempo. La situazione, in persone che soffrono di un disturbo psichiatrico in fase acuta e non, è notevolmente più complessa.

Per quanto riguarda l'ambito della Salute Mentale, la letteratura fornisce ampia testimonianza di come, ai disturbi psicotici, si associno numerose comorbidità, quali, in particolare: ipertensione, diabete, malattie cardio-vascolari e respiratorie ⁷⁸. Queste comorbidità, sommate alla somministrazione di terapie psicofarmacologiche, contribuiscono ad aggravare le condizioni di vita dei pazienti limitandone in maniera significativa le capacità motorie. Inoltre, tali condizioni hanno un impatto fortemente negativo sul benessere fisico e mentale della persona e si associano ad un peggioramento della qualità di vita ⁷⁹. L'atteggiamento motivazionale dell'individuo, quindi, va considerato all'interno di un quadro più ampio, che tenga conto dell'influenza di questi aspetti, che possono limitare, facilitare, supportare o condizionare determinati comportamenti.

All'interno dell'SPDC, gli elementi sopracitati devono necessariamente essere considerati unitamente alla patologia che, per le persone affette da disturbi psicotici, rappresenta il primo fattore capace di influenzare la motivazione. La mancanza di quest'ultima, infatti, è uno dei caratteri che accomunano le psicosi, tale demotivazione si manifesta inoltre nella maggior parte degli aspetti della vita del soggetto.

La condizione di disagio, più o meno acuto, che affronta chi soffre di un disturbo psicotico si riflette in una forte chiusura in sé stessi, che provoca forme di isolamento sociale. Tale chiusura può comportare anche un distacco dalla dimensione corporea e quindi dalle proprie condizioni fisiche. La psicopatologia influenza profondamente la consapevolezza di sé, delle proprie capacità e possibilità. La chiusura si associa fortemente anche all'inattività e ad una staticità che si traducono, il più delle volte, in sedentarietà. In aggiunta, l'utilizzo di farmaci antipsicotici comporta, generalmente, stanchezza e faticabilità, oltre ad un aumento ponderale che peggiora ulteriormente la situazione. Quando l'umore è depresso, inoltre, ogni stimolo ad essere fisicamente attivi risulta

⁷⁸ Beddington, J, et al. *Side-effect of antipsychotic medication and health related quality of life in schizophrenia*. 2009

⁷⁹ Bolognesi, S, et al. *Physical activity and mental health, psychological and physiological mechanisms*. p. 19. p. 38. 2014

annullato. Motivare chi è afflitto da una condizione tanto complessa diventa una vera sfida per gli operatori sanitari che se ne occupano ⁸⁰.

La relazione educativa con gli utenti del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura

Al fine di poter proporre interventi educativi e poter sperimentare il progetto e l'attività da me pianificati, si è reso fondamentale riuscire a stabilire una relazione di fiducia con l'utente, sulla base di cui approfondire la conoscenza della situazione che egli stava vivendo, in modo da poter impostare interventi calibrati e mirati sui bisogni, potenzialità, criticità e preferenze della persona.

Stringere una relazione di fiducia con l'utenza all'interno dell'SPDC si è rivelato complesso, in quanto, trovandomi in un contesto molto eterogeneo a livello di disturbi e sintomi correlati, è stato necessario individuare per ogni utente le modalità migliori tramite le quali relazionarsi; inoltre, il rapido ricambio dell'utenza ha fatto sì che la competenza relazionale dovesse essere utilizzata in modo continuativo.

La relazione è fondamento dell'agire educativo e dell'intero percorso riabilitativo, di conseguenza una buona relazione influisce sulla motivazione degli utenti, sull'efficacia delle attività designate all'interno del progetto e sul progetto stesso.

In contrapposizione all'impronta clinico-medica propria del reparto in cui ho svolto l'esperienza di tirocinio, e alle conseguenti modalità relazionali utilizzate dalle figure professionali, mi sono impegnato affinché la relazione educativa, competenza propria dell'Educatore Professionale, assumesse i caratteri pedagogici-educativi "dell'aver cura", del "farsi carico". È necessario saper riconoscere le potenzialità della persona e, partendo da queste, accompagnarla lungo il suo cammino verso una qualità di vita migliore. Questa capacità di "prendersi cura" deve poggiare su vere e proprie competenze relazionali che derivano in parte da saperi disciplinari, il "saper fare", ed in parte dal vissuto e dalle caratteristiche personali dell'educatore, il "saper essere".

Sulla base di questo, ho profuso tutto il mio impegno nel cercare di creare con ogni utente

⁸⁰ Archie, S.M., et al. *Psychotic disorders, eating habits and physical activity: who is ready for life style changes?* 2007

una relazione autentica e fondata sulla fiducia reciproca, con l'obiettivo di poterli accompagnare, nel loro breve percorso all'interno dell'SPDC, verso una condizione migliore rispetto a quella precedente l'ingresso all'interno del reparto.

PROGETTO EDUCATIVO-RIABILITATIVO “ATTIVITA’ DI MOVIMENTO FINALIZZATA AL BENESSERE PSICO-FISICO”

1) Finalità

Sviluppo di uno stato di maggior benessere sia fisico che psichico nell'utenza in ottica di un miglioramento della qualità della vita sia dal punto di vista strettamente personale, che sociale e relazionale. L'attività fisica ed il movimento, svolti in un contesto grupale, favoriscono infatti lo sviluppo e/o l'incremento delle abilità sociali, sostenendo i processi di costruzione di nuove relazioni interpersonali.

2) Obiettivi

- Migliorare lo stato di benessere psico-fisico della persona in modo che all'uscita dall'SPDC, quest'ultima potrà interfacciarsi con il mondo esterno nel modo più adattivo e migliore possibile.
- Ottimizzare i rientri o i trasferimenti degli utenti all'interno di strutture educative o nelle loro abitazioni.

3) Attività

“ATTIVITA DI MOVIMENTO FINALIZZATA AL BENESSERE PSICO-FISICO”

- **Tempo dell'attività:** le sedute hanno durata di 1 ora con frequenza di 1 volta a settimana.

- **Obiettivi perseguiti dall'attività:**

- I. **BENEFICI FISICI:** incremento della consapevolezza corporea, tonificazione generale del corpo, prevenzione dell'incremento ponderale, benefici all'apparato cardio-circolatorio e respiratorio, prevenzione di patologie quali diabete, malattie cardiovascolari e osteoporosi, migliora la qualità e la quantità del sonno, aumento di resistenza fisica, flessibilità, coordinazione, equilibrio e velocità di movimento in soggetti di tutte le età.
- II. **BENEFICI PSICOLOGICI:** favorisce il rilassamento, aiuta a svuotare la mente dai pensieri negativi, stimola la mente distogliendola dalla routine monotona dell'SPDC, riduce lo stress e gli stati ansiosi, attenua sintomi depressivi, aumenta la fiducia in sé stessi e l'autostima.
- III. **BENEFICI SOCIALI:** se svolta in gruppo stimola la motivazione, favorisce la cooperazione e lo sviluppo di abilità socio-relazionali. Aumenta le possibilità d'integrazione sociale, contrasta isolamento e solitudine, facilita la frequentazione di ambienti stimolanti, favorendo il mantenimento di un ruolo attivo nella società e l'acquisizione di nuovi ruoli positivi.

- **Svolgimento**

Ogni seduta è composta da tre differenti fasi:

- I. **RISCALDAMENTO ED ATTIVAZIONE MUSCOLARE INZIALE:** questa prima fase si concentra su pochi e semplici esercizi che hanno lo scopo di preparare il corpo allo svolgimento degli esercizi veri e propri che si svolgeranno nella seconda fase; si mira quindi ad attivare la muscolatura e le articolazioni e ad iniziare a lavorare sulla coordinazione mente-muscolo.
- II. **ESERCIZI PRINCIPALI DELLA SEDUTA:** In questa fase di concentrano gli esercizi cardine dell'attività che hanno lo scopo di incrementare la consapevolezza e la percezione del proprio corpo, aumentare la coordinazione, rinforzare leggermente la muscolatura e

migliorare la postura.

III. RILASSAMENTO E STRETCHING: Questa rappresenta la fase finale dell'attività, all'interno della quale si privilegia la respirazione e contemporaneamente vengono svolti esercizi di stretching. Questo è fondamentale per riportare la muscolatura ad una situazione di rilassamento e quindi eliminare la contrazione della stessa. Di pari passo con il rilassamento fisico, avviene anche una distensione mentale.

NOTA: Ho deciso di proporre gli stessi esercizi in ogni seduta, questo infatti rende più agevole valutare miglioramenti o regressioni degli utenti nel tempo rispetto ad effettuare valutazioni su tipologie di esercizi diverse, inoltre, dato il ricambio rapido dell'utenza all'interno dell'SPDC (20-30 giorni), proponendo gli stessi esercizi posso valutare la risposta di diversi pazienti alla medesima scheda di esercizi.

- **Sottofondo musicale:** L'intera attività si svolge accompagnata da un sottofondo musicale, questo ha diverse funzioni. Innanzitutto, favorisce il rilassamento degli utenti e ciò li aiuta a concentrarsi meglio sullo svolgimento degli esercizi previsti, inoltre alcuni di questi possono essere eseguiti seguendo il ritmo della musica stessa, e questo ha influenza positiva sulla coordinazione generale. La musica stimola inoltre l'espressività e la comunicazione corporea, ciò rappresenta un punto di contatto con le Terapie Espressive.

Assieme agli utenti ci siamo accordati sulla musica da diffondere durante l'attività: abbiamo deciso che saranno gli utenti a scegliere le canzoni seguendo un ordine, e quindi a turno. Al termine di una canzone scelta da un utente, spetterà ad un altro il diritto di poter scegliere la sua preferita; si procederà in questo modo fino al termine dell'attività. Il fatto di far scegliere agli utenti il sottofondo musicale ha un vantaggio. Gli utenti sperimenteranno la sensazione di aver parte attiva e partecipativa nell'attività, e questo li stimolerà, incrementando anche la loro motivazione verso l'attività stessa, inoltre la presenza di turni nella scelta della canzone, favorirà il rispetto reciproco.

4) Risorse e partner

- **Sala riabilitazione:** al fine di poter svolgere le sedute di attività di movimento previste dal progetto stesso, si rende necessaria la presenza di un luogo all'interno del quale poter svolgere l'attività.
- **Smartphone o pc:** strumenti utili per poter diffondere un sottofondo musicale durante l'attività.
- **Sedie:** Sedie che si trovano all'interno della sala riabilitazione. Alcuni esercizi prevedono il loro utilizzo.
- **Cassa Bluetooth:** Utile per poter amplificare il suono e quindi far risuonare il sottofondo musicale ad un buon livello di volume, in modo che potesse essere ben percepito all'interno della sala riabilitazione

5) Tempi

- **Tempi dell'attività:** L'attività ha durata di 1 ora e viene svolta una volta a settimana.
- **Tempi del progetto:** in accordo con l'obiettivo, il progetto è suddiviso in unità temporali di 20/30 giorni, che corrisponde al tempo di degenza medio dell'utenza all'interno dell'SPDC. Una volta che un "gruppo" di utenti viene dimesso, il progetto continuerà, andando a svolgere l'attività con l'utenza appena entrata in reparto.

6) Costi

La sola spesa che ho dovuto sostenere è quella relativa alla cassa Bluetooth, del costo di 15,99 euro.

7) Indicatori di verifica

Gli indicatori di verifica da me utilizzati sono stati due:

I. SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'ATTIVITA' DI CIASCUN UTENTE PARTECIPANTE: Tabella composta da 6 colonne e tante righe quanti sono i partecipanti all'attività. Nella prima colonna vengono annotati i nomi dei partecipanti (uno per ogni riga corrispondente alla colonna), nella seconda e nella terza vengono annotati orario di arrivo ed uscita di ogni utente, le ultime tre colonne riguardano tre livelli di valutazione degli utenti durante l'attività: "livello di attenzione", "livello di cooperazione", "livello della prestazione". Ad ognuno di questi tre livelli può essere assegnato un punteggio da 1 a 5 secondo una scala di Likert così suddivisa:

- 1 = molto scarso
- 2 = scarso
- 3 = medio/sufficiente
- 4 = buono
- 5 = ottimo

II. QUESTIONARIO POST-ATTIVITA': Questionario che viene compilato in modo anonimo da ogni utente a fine attività. Comprende 8 domande riguardanti il grado di utilità, soddisfazione, socialità, motivazione dell'attività stessa. Ogni domanda presenta tre opzioni di risposta: "poco", "abbastanza", "molto". Questo questionario è utile per comprendere l'andamento dell'attività e del progetto stesso, in quanto si basa sul grado di soddisfazione degli utenti stessi. Tramite questo posso quindi impostare gli esercizi che compongono l'attività in modo specifico e mirato.

8) Valutazione

La valutazione del progetto si è basata sui due indicatori di verifica che ho citato precedentemente, cioè sulla tabella di valutazione da me compilata e sul questionario anonimo compilato dagli utenti.

Operando un confronto temporale degli indicatori, risulta come ci siano stati miglioramenti degli utenti nei tre livelli valutati (attenzione, cooperazione e prestazione) di settimana in settimana; inoltre, in concomitanza a questo, dal questionario compilato dagli utenti si nota un elevato grado di coinvolgimento e soddisfazione derivanti dall'attività, e questo potrebbe essere correlato ai miglioramenti sopracitati.

4.3 RISULTATI DEL PROGETTO E DISCUSSIONE

Come riportato precedentemente, la valutazione del progetto educativo si è basata sui due indicatori di verifica predisposti per la valutazione, cioè la scheda di valutazione dell'attività di ciascun utente, compilata personalmente da me, e sul questionario post-attività compilato dagli utenti. È emerso come ci siano stati miglioramenti da parte degli utenti nei tre livelli valutati (attenzione, cooperazione e prestazione) con il passare delle settimane e come ci sia stato un incremento dei livelli di motivazione e coinvolgimento negli utenti in relazione all'attività proposta. I risultati annotati tramite gli indicatori e la contemporanea osservazione del gruppo partecipante all'attività mi hanno permesso di rilevare, in aggiunta a quanto sopracitato, numerosi altri benefici da parte dell'utenza.

La malattia mentale, non solo risulta invalidante per la persona causando un notevole grado di sofferenza, ma porta con sé una quantità eterogenea e significativa di sintomi che peggiorano ulteriormente la condizione già precaria del soggetto.

Il paziente psichiatrico presenta, come già ampiamente spiegato, notevoli criticità sia dal punto di vista fisico che psichico: la cura del sé risulta deficitaria, così come le funzioni percettive, cognitive, affettive e la relativa comunicazione, ciò porta inevitabilmente ad

una regressione più o meno marcata delle abilità socio-relazionali. Il soggetto non è in grado di comunicare i propri bisogni, sentimenti ed emozioni in maniera consona alla situazione sociale e, non riuscendo rapportarsi con il prossimo, tende all'isolamento, all'esclusione e a vivere in situazioni di marginalità. Le limitate abilità sociali causano una significativa compromissione nello svolgimento di attività lavorative, questo porta l'individuo a chiudersi in sé stesso e ad isolarsi sempre di più dal mondo esterno, incidendo negativamente sulla motivazione e sull'iniziativa nello svolgimento delle attività quotidiane. Per quanto riguarda la dimensione corporea il paziente psichiatrico è caratterizzato da generale spossatezza e faticabilità, scarsa propriocezione unita ad un generale disequilibrio e mancanza di coordinazione. La situazione risulta ulteriormente aggravata dalla terapia psicofarmacologica che rinforza la sintomatologia sopracitata e contribuisce ad aggravare il vissuto di sofferenza della persona.

Nel contesto appena descritto, l'osservazione dell'andamento del progetto educativo "attività di movimento finalizzata al benessere psico-fisico" da me condotto in SPDC, mi ha permesso di riscontrare numerosi benefici da parte degli utenti.

Dal punto di vista corporeo, l'attività fisica stimola la persona a muoversi e a recuperare un'attenzione sana per il proprio corpo. Dall'osservazione degli utenti e dagli indicatori di verifica si evince come ci siano stati miglioramenti sul piano della coordinazione e della fluidità dei movimenti, dell'equilibrio generale del corpo, della postura, della propriocezione, e della resistenza fisica, intesa come grado di sopportazione dell'attività nel tempo; gli utenti mostravano, infatti, la tendenza a stancarsi in tempi più brevi durante le prime sedute rispetto alle ultime; con il passare delle settimane tale tendenza è diminuita.

Dal punto di vista psichico e sociale, le competenze educative di costruzione del Setting, sia fisico, quindi la sala riabilitazione; sia sociale, costituito dalla dimensione del gruppo, hanno contribuito a migliorare le abilità socio-relazionali degli utenti.

L'attività fisica svolta in un contesto grupppale, stimola la persona a ritrovare il contatto con gli altri, a rimettersi alla prova all'interno di uno spazio relazionale orientato al supporto reciproco piuttosto che alla competizione. Miglioramenti notevoli hanno riguardato la socializzazione e tutti i benefici ad essa correlati come l'aumento di

autostima e di fiducia in sé stessi e negli altri. Ciò influenza inevitabilmente la motivazione, gli utenti possono motivarsi l'un l'altro durante lo svolgimento dell'attività. La dimensione gruppeale ha reso possibile l'incremento di abilità relazionali e comunicative, quali l'ascolto ed una comunicazione assertiva e non aggressiva, tali abilità contrastano il circolo vizioso innescato dalla malattia, che spinge al ritiro sociale e all'apatia, che a loro volta si traducono in sedentarietà. Un effetto benefico significativo riguarda la qualità e la quantità del sonno. Dai colloqui con gli utenti ho appurato che la maggior parte di questi lamentavano difficoltà ad addormentarsi e a mantenere lo stato di sonno, questa condizione veniva amplificata dagli effetti collaterali dovuti all'utilizzo di psicofarmaci. Grazie all'attività fisica, gli effetti avversi della farmacoterapia subiscono una riduzione, questo, unito al fatto che l'attività fisica porta l'individuo a stancarsi, ha reso possibile una migliore qualità del sonno da parte degli utenti.

Dal punto di vista della relazione, l'esperienza in SPDC mi ha fatto notare come i pazienti fossero innegabilmente bisognosi di relazionarsi, parlare ed essere ascoltati. All'interno del reparto non è presente una figura disposta a poter assolvere il compito in maniera adeguata, eccezion fatta per l'Educatore Professionale, che fonda il suo agire sulla relazione con l'altro. Partendo dalla condizione appena descritta, sono riuscito a stringere una relazione educativa particolarmente intensa con alcuni utenti, questi sono riusciti a trasformare la loro necessità di parlare ed essere ascoltati in una richiesta di relazione, che io ho accolto volentieri.

CONCLUSIONE

L'attività fisica, nelle sue diverse diramazioni ed applicazioni, mi ha da sempre affascinato ed appassionato, tanto che, fin da piccolo, ho sempre praticato e sperimentato numerosi sport e attività di movimento. La mia passione era guidata sia dal divertimento, sia dalla competizione con i miei compagni, che mi spingeva a dare il massimo e ad impegnarmi sempre di più, conscio del fatto che dalla fatica e dall'impegno profuso nelle attività sarebbero derivate grandi soddisfazioni e benessere personale.

Il corso di laurea in Educazione Professionale, grazie alla didattica e alle esperienze di tirocinio, mi ha fatto scorgere il lato sconosciuto delle attività fisiche, ovvero la loro valenza terapeutica e educativa, che unita alla mia passione per tali attività, mi ha portato a poter impostare, durante l'esperienza di tirocinio, un progetto educativo che ha contribuito a migliorare lo stato di benessere degli utenti, e allo stesso tempo, mi ha fatto divertire e mi ha procurato grandi soddisfazioni.

L'esperienza di tirocinio all'interno del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura dell'Ospedale di Torrette, anche grazie all'assenza di Educatori Professionali tra il personale, mi ha aperto la possibilità di poter impostare autonomamente il progetto educativo-riabilitativo "Attività di movimento finalizzata al benessere psico-fisico" fondato sull'attività fisica con l'obiettivo di indagare i potenziali benefici derivanti da tale attività nei pazienti psichiatrici.

Il punto di partenza del presente elaborato è la tesi che le attività fisiche di movimento siano utili e funzionali alla riabilitazione degli individui che soffrono di disturbi psichici in fase di acuzie. Al fine di confermare l'ipotesi iniziale, con la presente tesi ho cercato di approfondire, nei vari capitoli, il vasto mondo della Salute Mentale nei suoi molteplici aspetti: dal punto di vista storico, ripercorrendo l'evoluzione del concetto di Salute e Malattia Mentale nel corso del tempo, è infatti grazie a tale evoluzione che è stato abbandonato il modello basato sulla segregazione dei malati psichici e si è arrivati alla presa in carico e alla riabilitazione psichiatrica come la conosciamo oggi; da un punto di vista più didattico e conoscitivo, esaminando i vari disturbi psichici con la relativa sintomatologia e le criticità riscontrate nei pazienti in relazione ad essi; ed infine da un punto di vista educativo, presentando ed analizzando le Terapie Espressive e le attività di movimento nel contesto della riabilitazione psichiatrica, sulla base di cui sono riuscito ad

impostare e condurre il progetto sul quale l'elaborato verte.

Attraverso il progetto educativo-riabilitativo "Attività di movimento finalizzata al benessere psico-fisico" ho potuto verificare che l'attività fisica di movimento è in grado di portare, negli utenti, notevoli benefici dal punto di vista corporeo, mentale, e sociale, fondamentali per poter perseguire una qualità di vita migliore, in linea con la definizione di salute proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che intende la salute come stato di completo benessere fisico, psichico e sociale.

Lo studio ha rinforzato le evidenze, già presenti nella letteratura, a sostegno dell'utilità dell'attività fisica come componente dei trattamenti terapeutici multidisciplinari, rivolti ad utenti dei servizi psichiatrici territoriali, e ha confermato la centralità del ruolo dell'Educatore Professionale negli interventi di promozione della salute, rivolti agli stessi utenti.

Nonostante i risultati raggiunti tramite il progetto educativo, quest'ultimo ha pesantemente risentito della pandemia da COVID-19, a causa di cui sono stato costretto ad interrompere anzitempo la mia esperienza di tirocinio e con essa il progetto stesso. Questo fatto rappresenta sicuramente una limitazione per quanto riguarda il progetto, in quanto riuscendo a svolgere solamente 350 ore di tirocinio rispetto alle 600 previste dal regolamento di corso, non ho potuto proseguire gli incontri di attività fisica, da quali avrei potuto rilevare ulteriori dati ed osservazioni utili alla valutazione del progetto.

BIBLIOGRAFIA

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

BJ Good. *Narrare la malattia.* 1999

Costituzione della Repubblica Italiana. *Art. 32.* 1948

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

O.M.S. *Piano di azione per la Salute Mentale 2013-2020*

U.S. National Library of Medicine. *Mental Disorders.* 15 settembre 2014

John Bowlby. *Costruzione e rottura dei legami affettivi.* 1979

Ippocrate. *La malattia sacra.* A cura di Amneris Roselli. 2001

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

L. 14 febbraio 1904, n. 36. *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati.*

Rossi Paolo. *L'organizzazione dei servizi socioassistenziali. Istituzioni, professionisti e assetti di regolazione.* 2017

Bellantuono Cesario, Nardi Bernardo, Mircoli Giuliana, Santone Giovanni. *Manuale essenziale di psichiatria.* 2009

Cristina Palmieri, Maria Benedetta Gambacorti-Passerini. *Il lavoro educativo in salute mentale, una sfida pedagogica.* 2019

D.M. 8 ottobre 1998, n. 520. *Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale.*

Gabriella Ba. *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale.* 2003

Paola Carrozza. *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione.* 2016

Derogatis LR, Cleary P. *Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validation.* 1977

Lorenzo Chieffi. *Bioetica, pratica e cause di esclusione sociale.* 2012

Antonio Damasio. *Il sé viene dalla mente.* 2012

Paola Cavani, Rossella Chifari. *Arti Terapie: Applicazioni nella relazione d'aiuto.* A cura di Oliviero Rossi. 2017

Paola Caboara Luzzatto. *Arte terapia. Una guida al lavoro simbolico per l'espressione e l'elaborazione del mondo interno.* 2009

Edoardo Giusti. *Arte, terapie e counseling espressivo.* 2003

World Federation of Music Therapy (WFMT). 1996

C. Giannini, V. Viganò, F. Zavatto, A. Amatulli. *La musicoterapia nell'ambito della acuzie psichiatrica, riabilitazione precoce e umanizzazione del setting.* In "PSICHIATRIA OGGI. Fatti e opinioni dalla Lombardia". A. XXXI • n. 2 • luglio-dicembre 2018.

A.P.I.D. *Statuto APID.* Art. 2. Aggiornato in data 12 gennaio 2020

Stefano Centoze. *Manuale di arti terapie. Fondamenti di un metodo, fondamenti di una disciplina.* 2018

Piero Crispiani. *Fare teatro a scuola. Progetti educativi di attività teatrale dalla scuola materna alle scuole superiori.* 2006

Francesco Cappa. *Formazione come teatro.* 2016

Walter Orioli. *Teatroterapia. Prevenzione, educazione e riabilitazione.* 2007

Søren Kierkegaard. *Lettera a Jette.* 1847

AA.VV. *"Atti del convegno III forum mediterraneo di Medicina dello Sport - Confronto multidisciplinare in Medicina dello Sport".* 2009

Filippo Artusio. *Psicologia e Psicoanalisi dello sport.* 1985

Fabio Lucidi. *SportivaMente. Temi di psicologia dello sport.* 2011

Dott.ssa Valentina Carretta. *La clinica dello sport in psichiatria. Sport e psicosi: nuove sfide terapeutiche,* in *"Incontro di sguardi nello sport: Professionalità a confronto. Quale luogo per la psicologia?"*, atti del Convegno 5 dicembre 2013. CONI Milano

Dott.ssa D. Saltari. *Le competenze dell'Educatore Professionale.* Dispensa modulo didattico "Metodologia dell'educazione professionale 2".

Dott.ssa D. Saltari. ADE0064A – *Le metodologie di intervento nel lavoro con i gruppi.* Dispensa. 2018

Nicola Titta. *Manuale teorico-metodologico-pratico di progettazione educativa.* 2018

Legge 23 dicembre 1978, n. 833. *Istituzione del servizio sanitario nazionale.*

Beddington, J., Angermeyer, M., Azorin, J. M., Marwaha, S., Marteau, F., Tourni, M. *Side-effect of antipsychotic medication and health related quality of life in schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2009

Bolognesi, S., Goracci, A. & Fagiolini, A. *Physical activity and mental health, psychological and physiological mechanisms.* In M. Probst & A. Carraro. *Mental health and physical activity: a practice oriented approach.* 2014

Archie, S.M., Goldberg, J.O., Akhtar-Danesh, N., Landeen, J., McColl, L. & McNiven, J. *Psychotic disorders, eating habits and physical activity: who is ready for life style changes?.* 2007

SITOGRAFIA

Ministero della Salute. *Progetto obiettivo “tutela della Salute Mentale 1994-1996”.*

Disponibile al link:

http://www.salute.gov.it/saluteMentale/documenti/PO_SaluteMentale_1994_96.pdf

Ministero della Salute. *Progetto obiettivo “tutela della Salute Mentale 1998-2000”.*

Disponibile al link:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_558_allegato.pdf

Ministero della Salute. *La rete dei servizi per la Salute Mentale.* Disponibile al link:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto

D.P.R. 14 gennaio 1997, n. 42. *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.* Disponibile al link:

https://www.aipac.info/wp-content/uploads/2018/11/C_17_normativa_1163_allegato.pdf

Ministero della Salute. *Le strutture residenziali psichiatriche (Accordo Conferenza Unificata 17 ottobre 2013).* Disponibile al link:

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

Ministero della Salute. *Salute mentale: fatti e cifre contro lo stigma.* 2020. Disponibile al link: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_422_allegato.pdf

