



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**L'ESPERIENZA ESPRESSIVA TEATRALE COME SUPPORTO ALLA
RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE NEL TRATTAMENTO DEI
DISTURBI PSICHIATRICI**

Relatore: Dottor Danieli Andrea

Correlatore: Dott.ssa Compagno Sabrina

Laureando: Bertan Alice

Matricola 2055923

Anno Accademico 2023-2024

ABSTRACT

L'elaborato di questa tesi si pone l'obiettivo di analizzare come gli interventi terapeutici a mediazione teatrale possano essere uno strumento efficace di supporto all'interno di un programma di riabilitazione psicosociale nel trattamento dei disturbi mentali.

Il primo capitolo affronta la complessità del concetto di salute mentale, delinea i determinanti bio-psico-sociali nonché i fattori protettivi che influenzano il benessere psicologico. A seguito della definizione di Disturbo Mentale, viene fornita una panoramica sulla psicopatologia, sottolineando le sfumature multiformi della natura del disturbo.

Nel secondo capitolo si approfondisce la riabilitazione psicosociale, tracciando un percorso storico ed esponendo i principi e i modelli fondativi di questa pratica, con particolare attenzione al concetto di recovery. In seguito, vengono descritte diverse possibili classificazioni di interventi riabilitativi con focus sullo sviluppo delle abilità di base, risocializzazione e arti terapie.

Il terzo capitolo si concentra sulla terapia espressiva a mediazione teatrale, analizzando i cosiddetti "metodi attivi", incentrando la stesura sullo psicodramma di Moreno. Ne vengono approfondite le origini, strutture e tecniche, portando a supporto alcuni studi sperimentali che attestano l'efficacia delle metodologie psicodrammatiche nel migliorare l'autoconsapevolezza, le abilità interpersonali e il benessere generale dei partecipanti.

Infine, il quarto capitolo presenta l'esperienza all'interno del Centro Diurno Riabilitativo (CDR) di Campodarsego. Si tratta del laboratorio terapeutico a mediazione teatrale che si è occupato di mettere in scena il testo "Alice nel paese delle meraviglie" e che ha coinvolto pazienti con disturbo mentale. Successivamente vengono riportati e analizzati i dati ottenuti da questionari somministrati ai partecipanti dalla sottoscritta. Questo capitolo termina con un'analisi del ruolo dell'infermiere di Salute Mentale, evidenziando l'importanza di tale figura nella riabilitazione psicosociale.

La tesi si propone, in conclusione, di offrire una visione integrata delle pratiche riabilitative, sottolineando l'importanza dell'espressione artistica nel processo di guarigione e reintegrazione sociale, nonché l'impatto positivo delle tecniche psicodrammatiche nel promuovere il cambiamento personale e relazionale. In questo quadro, infine, viene delineato in che modo l'infermiere, grazie alle sue competenze, possa essere promotore di metodologie attive a mediazione teatrale.

Keywords / Parole chiave

Mental disorder, Psychodrama or Dramatherapy, combined modality therapy, psychiatric rehabilitation, well-being.

Disturbo mentale, Psicodramma o Drammaterapia, Modalità di terapia combinata, riabilitazione psichiatrica, benessere.

INDICE

INTRODUZIONE	3
METODO	4
CAPITOLO 1. LA SALUTE MENTALE	7
1.1 <i>I determinanti della salute</i>	7
1.1.1 <i>Fattore biologico</i>	8
1.1.2 <i>Fattore psicologico</i>	8
1.1.3 <i>Fattore ambientale</i>	9
1.1.4 <i>Fattori protettivi</i>	9
1.2 <i>Definizione di disturbo mentale</i>	10
1.3 <i>Psicopatologia descrittiva generale</i>	12
CAPITOLO 2. LA RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE	17
2.1 <i>Background storico</i>	17
2.2 <i>Principi della riabilitazione psichiatrica</i>	19
2.3 <i>Modelli fondativi</i>	19
2.4 <i>Il concetto di recovery</i>	20
2.5 <i>Interventi riabilitativi</i>	21
2.5.1 <i>Interventi per le abilità di base</i>	23
2.5.2 <i>Interventi di risocializzazione</i>	24
2.5.3 <i>Interventi riabilitativi di tipo “espressivo”</i>	25
CAPITOLO 3. TERAPIA ESPRESSIVA A MEDIAZIONE TEATRALE	27
3.1 <i>Metodi attivi</i>	28
3.2 <i>Lo psicodramma di Moreno</i>	29
3.2.1 <i>Origini</i>	29
3.2.2 <i>Cardini dello psicodramma</i>	30
3.2.3 <i>Struttura, funzioni mentali e tecniche psicodrammatiche</i>	32
3.2.4 <i>Studi sperimentali sull’efficacia delle tecniche psicodrammatiche</i>	36
3.3 <i>Le finalità dei metodi attivi in riabilitazione</i>	38
CAPITOLO 4. LABORATORIO TEATRALE, ESPERIENZA IN CENTRO DIURNO RIABILITATIVO, PROFESSIONE INFERMIERISTICA	41
4.1 <i>Laboratorio terapeutico a mediazione teatrale</i>	41
4.2 <i>Esperienza in CDR: “Alice nel paese delle meraviglie”</i>	42

4.2.1 Risultati dei questionari	44
4.3 La professione infermieristica nell'ambito della salute mentale	49
CAPITOLO 5. CONCLUSIONI	53
BIBLIOGRAFIA	

ALLEGATO A

INTRODUZIONE

Sin dalle origini la rappresentazione teatrale è sempre stata manifestazione di un bisogno dell'essere umano. Essa crea una realtà inedita che, seppur immaginaria, è assai vicina alla vita vera, poiché composta dagli stessi aspetti che la pongono in essere. Oltre a ciò, le emozioni trasmesse attraverso la rappresentazione teatrale sono le stesse che appartengono al patrimonio emotivo affettivo di ogni essere umano, e pertanto riconosciute e universalizzate.

Nella creazione scenica, l'attore si immedesima in un "*io altro*" e per fare tale operazione deve riuscire ad attivare meccanismi di identificazione, scissione e proiezione di parti del sé.

Possiamo trovare diverse analogie tra la relazione psicoterapeutica e il rapporto dell'attore con il personaggio, in particolar modo durante la fase di costruzione di quest'ultimo: parti del sé vengono demolite, analizzate, sviscerate, risanate e ricostituite.

La presente tesi si propone di analizzare come l'esperienza espressiva teatrale possa essere un valido strumento di supporto alla riabilitazione psichiatrica e psicosociale. Attraverso una revisione della letteratura, essa esplora i benefici psicologici, sociali ed emotivi della pratica teatrale all'interno di programmi riabilitativi in pazienti con disturbo mentale e dell'importanza di un approccio combinato tra farmacoterapia e trattamenti non farmacologici.

Il mio interesse per questo tema nasce dal mio percorso formativo. Mi sono diplomata come attrice all'Accademia Carlo Goldoni del Teatro Stabile del Veneto, un'esperienza che ha profondamente arricchito la mia vita e la mia visione del mondo, durante la quale ho potuto sperimentare il potere trasformativo del teatro, non solo come forma d'arte, ma anche come strumento di connessione e di crescita personale. Questa passione è stata la motivazione che mi ha spinto a cercare un modo per unire l'arte teatrale alla pratica infermieristica, con l'obiettivo di creare un ponte tra le mie competenze artistiche e i bisogni dei pazienti.

METODO

Per la revisione della letteratura è stata utilizzata *Pubmed*, una banca dati di articoli scientifici nel campo della medicina. Dopo aver sviluppato uno specifico quesito di studio, è stato applicato il metodo PIO per strutturare la ricerca, selezionando specifiche parole chiave / termini Mesh (Medical Subject Headings).

Quesito di ricerca: “Quali benefici apporta l’esperienza espressiva teatrale nella vita del paziente con disturbo mentale?”

P - Patient (paziente)	Mental disorder	Paziente con disturbo mentale
I - Intervention (intervento)	Psychodrama /Dramatherapy	Psicodramma / Drammaterapia
O - Outcome (esito)	Well-being	Benessere

Sono stati selezionati articoli che analizzavano i benefici della pratica teatrale all’interno di un percorso di riabilitazione psicosociale in pazienti con disturbo mentale, includendo i seguenti criteri:

- Paziente con disturbo mentale (DSM-5)
- Interventi di competenza infermieristica
- Riabilitazione psicosociale
- Intervento terapeutico a mediazione teatrale

Sono stati esclusi, invece, tutti gli articoli che non combaciavano con gli argomenti all’interno del quesito di ricerca. Così facendo è stato possibile analizzare ed evidenziare gli articoli leggendo titolo ed abstract. Successivamente sono stati tradotti i full text degli articoli selezionati e inseriti all’interno di una tavola di estrazione dati che ha permesso di agevolare l’analisi complessiva.

Per comprendere meglio l'argomento, inoltre, sono stati analizzati i seguenti libri di testo:

- Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica - Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale - Volume 1, di Vita, Dell'Osso e Mucci, 2019, Fioriti Editore
- Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica - Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale - Volume 2, di Vita, Dell'Osso e Mucci, 2019, Fioriti Editore
- Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale, di Gabriella Ba, 2016, Franco Angeli

CAPITOLO 1. LA SALUTE MENTALE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come *“uno stato di benessere in cui ogni individuo realizza il proprio potenziale, è in grado di far fronte agli eventi stressanti della vita, è in grado di lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di fornire un contributo alla comunità”* (OMS).

Allontanandosi dal concetto di salute come semplice *“assenza di malattia”*, essa viene intesa come una condizione mutevole, soggetta a continue influenze interne ed esterne. La definizione dell'OMS evidenzia anche l'importanza della realizzazione personale connessa ad ambiti lavorativi e sociali interdipendenti tra loro.

La salute mentale ha un valore fondamentale nella vita di ogni persona, perché determina l'agire, le dinamiche relazionali, la sfera emotiva, le scelte quotidiane o le abitudini e citando la Dichiarazione¹ dell'Organizzazione Mondiale della Sanità *“Non vi è salute senza salute mentale”* (OMS, Dichiarazione sulla salute mentale per l'Europa, 2005).

Quando una persona è in uno stato di benessere psicologico, quest'ultima ha gli strumenti sia per poter superare eventuali condizioni di difficoltà personali sia per contribuire attivamente al progresso economico-sociale. Al contrario, quando la salute mentale è a rischio e non si ha accesso a supporti efficaci, numerosi possono essere i disturbi che si insinuano nella mente compromettendone le principali funzioni.

1.1 I determinanti della salute

Il contesto culturale, sociale e familiare determina significativamente l'evolversi e la stabilità della salute mentale. L'interazione tra la vulnerabilità biologica individuale e il potenziale stress che può nascere da eventi della vita, può essere alla base di alterazioni dello stato di benessere mentale.

¹ Dichiarazione sulla salute mentale per l'Europa *“Affrontare le sfide, costruire le soluzioni”* della Conferenza ministeriale europea Oms sulla salute mentale, Helsinki, Finlandia, 12-15 gennaio 2005

1.1.1 Fattore biologico

Sembra esserci una predisposizione genetica, che può essere di origine ereditaria o acquisita, per numerosi disturbi mentali gravi. Tuttavia, le modalità di trasmissione e quali siano i meccanismi coinvolti non sono ancora del tutto chiari.

Inoltre, fattori come traumi cerebrali passati, come potrebbero essere quelli causati da complicazioni durante il parto, encefaliti pregresse o epilessia, possono amplificare la vulnerabilità ai disturbi mentali severi (Vita A., Dell’Osso L. e Mucci A., 2019, p. 512). La vulnerabilità innata sembra essere associata ad anomalie nel metabolismo di certi neurotrasmettitori, infatti, sono state riscontrate alcune alterazioni metaboliche in certi disturbi mentali, ma questa relazione non è sempre uniforme e l’eziologia rimane da indagare.

Le sole anomalie biochimiche non bastano a far emergere una malattia mentale, è indispensabile che ci sia un’interazione di tali anomalie con fattori di natura psicologica e ambientale.

I fattori di stress, infatti, possono avere un significativo effetto negativo su una persona già biologicamente vulnerabile, causando non solo l’insorgenza di malattia, ma in individui già malati un aggravamento dei sintomi, dei deficit cognitivi e un peggioramento delle abilità personali e sociali con conseguente decadimento della qualità di vita (Vita et al., 2019, p. 514).

1.1.2 Fattore psicologico

La gestione delle emozioni, il senso di responsabilità e l’impegno relazionale sono solo alcuni aspetti di abitudini implicite e apprese dall’essere umano durante la crescita. Tuttavia, l’instabilità psicologica può diventare causa di un’alterazione della salute mentale, soprattutto in relazione a fattori cognitivi e interpersonali.

Secondo il modello stress-vulnerabilità elaborato dagli psicologi educativi Joseph Zubin e Bonnie Spring attorno agli anni ’70, ogni individuo possiede una personale soglia di tolleranza ai fattori stressogeni. Lo “*stress*” viene inteso come “*spinta a reagire*” che il corpo sperimenta in risposta a stimoli esterni o interni (*stressor*). La “vulnerabilità”, invece, si riferisce a caratteristiche soggettive che possono rendere un individuo più suscettibile a sviluppare un problema psicopatologico. Questi elementi *descrivono un soggetto vulnerabile sia in termini di variazioni del funzionamento*

individuale, osservabili e misurabili empiricamente, sia in termini di struttura di personalità e di predisposizione a sviluppare la malattia in forma acuta (Vita et al., 2019, p. 512).

1.1.3 Fattore ambientale

Il contesto sociale, culturale, geopolitico e ambientale rappresenta l'ampio raggio della vita di una persona. La salute mentale dipende anche dalla possibilità di accedere ai servizi base: acqua, riparo, ospedali...Non solo, ma le condizioni infrastrutturali, situazioni di disuguaglianza (sia sociale che economica) influiscono drasticamente nel benessere mentale del singolo.

Nel momento in cui situazioni di vita stressanti o *stressor* ambientali, familiari o lavorativi, superano l'abilità di fronteggiarli da parte della persona, la vulnerabilità può evolvere in sintomi psichiatrici. Tuttavia, questi aspetti della fragilità psichica, come potrebbe essere la predisposizione genetica, non sono sufficienti perché una psicopatologia si manifesti. È necessario, quindi, un'interazione tra vulnerabilità e fattori bio -psico-sociali.

1.1.4 Fattori protettivi

I fattori predisponenti lo sviluppo di psicopatologia trattati sopra, vengono attenuati dall'intervento di altri fattori denominati "*protettivi*", perché la loro funzione è proprio quella di potenziare le capacità di adattamento dell'individuo. Sostegno sociale, apprendimento di abilità, impiego lavorativo temporaneo sono alcuni esempi di fattori protettivi.

La presenza di questi ultimi, quindi, può ridurre l'effetto negativo che la vulnerabilità ha sull'individuo, contribuendo a diminuire la gravità e il deficit indotti dalla psicopatologia, rinforzando le capacità del singolo di fronteggiarli. Fondamentali, in questo senso, sono lo sviluppo di abilità di coping da parte del singolo e del sistema familiare di supporto.

Il *coping*, dal verbo inglese *to cope*, che significa "*affrontare*", fa riferimento all'insieme di strategie che un individuo mette in atto per superare un evento percepito come difficile e stressante. Davanti alle criticità, il soggetto con disturbo psichiatrico

spesso assume un ruolo passivo, convinto di non avere la capacità di gestire la propria vita. Convivere con una psicopatologia è di per sé fonte di stress e implica una serie di complicanze spesso croniche. Lo sviluppo di efficaci strategie di coping potrebbe aiutare il soggetto ad attivare risposte organizzate e finalizzate al superamento di un ostacolo, introducendo strategie cognitive e comportamentali.

In questo contesto la riabilitazione psichiatrica gioca un ruolo fondamentale, avendo tra gli obiettivi primari il miglioramento delle capacità di coping e l'acquisizione di competenze.

Rendere questo approccio di vitale importanza nel trattamento delle psicopatologie, andrebbe a potenziare quelli che sono i fattori protettivi e di conseguenza ostacolare la progressione della malattia stessa.

Concludendo, esistono più fattori che agiscono sul singolo: quello genetico, quello psicologico-sociale e quello ambientale. Quando l'effetto combinato della vulnerabilità genetica e psicologica con stressor esterni supera la soglia di adattamento bio-psico-sociale del singolo, aumenta la possibilità di comparsa di sintomi psichiatrici.

1.2 Definizione di disturbo mentale

“Un disturbo mentale è una sindrome caratterizzata da un’alterazione significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono solitamente associati a un livello significativo di disagio o disabilità in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. Una reazione prevedibile o culturalmente approvata a un fattore stressante o a una perdita comuni, come la morte di una persona cara, non è un disturbo mentale. Comportamenti socialmente devianti (per es., politici, religiosi o sessuali) e conflitti che insorgono primariamente tra l’individuo e la società non sono disturbi mentali, a meno che la devianza o il conflitto non sia il risultato di una disfunzione a carico dell’individuo, come descritto precedentemente.” (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali Quinta Edizione DSM-5 Edizione italiana, 2013).

Il “*Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*” (DSM) edito dall’American Psychiatric Association (APA, 2013)² è un manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali con i relativi criteri diagnostici.

È stato ideato per agevolare il riconoscimento di una patologia e favorirne la diagnosi. Ogni disturbo ha segni e sintomi peculiari che consentono allo psichiatra di formulare una diagnosi accurata di malattia mentale. Di seguito, alcune tra le principali categorie:

- Disturbi del Neurosviluppo, come il Disturbo dello Spettro dell’Autismo, sono una molteplicità di condizioni che insorgono durante le prime fasi dello sviluppo e possono essere caratterizzate da deficit specifici, come deficit dell’attenzione o dell’apprendimento, o da compromissioni globali, come disabilità intellettive.
- Disturbo Schizofrenico e altri Disturbi Psicotici, come il Disturbo Psicotico Breve, il Disturbo Delirante, il Disturbo Schizoaffettivo, ecc. sono una serie di disturbi caratterizzati prevalentemente da sintomi psicotici, differenziandosi per aspetti clinici, gravità, prognosi ed eziologia. La Schizofrenia, ritenuta una tra le prime dieci cause di disabilità dovuta a una malattia, oltre ad avere un grave impatto sulla qualità della vita, presenta un’elevata permanenza, stimata intorno all’1% della popolazione generale e la sua incidenza è risultata molto variabile con frequenze che vanno dal 7,7 al 43,0/100.000/anno (Vita et al., 2018, p. 63). Segni e sintomi di questa psicopatologia sono deliri, allucinazioni, disorganizzazione ideativa, comportamenti motori disorganizzati, deficit sociali e sintomi negativi come affettività appiattita, ritiro sociale e mancanza di spontaneità.
- Disturbi dell’Umore, come Disturbi Depressivi, Disturbo Bipolare e disturbi correlati. Almeno il 15% della popolazione generale presenta, nel corso della vita, un Disturbo dell’Umore (Vita et al., 2018, p. 81). Essi comprendono due quadri clinici fondamentali, depressione e mania/ipomania, ognuno dei quali è caratterizzato da disfunzioni che riguardano l’umore, la psicomotricità, la cognitività e il funzionamento neurovegetativo (Vita et al., 2018, p. 85).

² American Psychiatric Association (APA), fondata nel 1844, è la più antica associazione psichiatrica del mondo con oltre 38.800 medici membri specializzati nella diagnosi, cura, prevenzione e ricerca delle malattie mentali.

- Disturbi d'Ansia, come il Disturbo d'Ansia Sociale, le Fobie, il Disturbo di Panico, ecc. Questi sono caratterizzati dalla presenza di paura o ansia eccessive con alterazioni cognitive, emotive e somatiche (Vita et al., 2018, p. 112).
- Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) caratterizzato dalla presenza di ossessioni ovvero di pensieri, impulsi e immagini ricorrenti, persistenti che provocano ansia, associati a comportamenti ripetitivi o ad azioni mentali, le cosiddette compulsioni, che la persona mette in atto per placare il disagio generato dalle ossessioni. Tali pensieri e comportamenti raggiungono livelli di disagio soggettivo intenso tanto da interferire con il normale funzionamento dell'individuo (Vita et al., 2018, p. 131).
- Disturbi di Personalità suddivisi in tre cluster diagnostici. Il cluster A comprende il Disturbo Paranoide di Personalità, il Disturbo Schizoide di Personalità e il Disturbo Schizotipico di Personalità. Il cluster B, invece, include il Disturbo Antisociale di Personalità, il Disturbo Borderline di Personalità, il Disturbo Istrionico di Personalità e il Disturbo Narcisistico di Personalità. Infine, il cluster C racchiude il Disturbo Evitante di Personalità, il Disturbo Dipendente di Personalità e il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (Vita et al., 2018, p. 224-227).

1.3 Psicopatologia descrittiva generale

La psicopatologia descrittiva è un campo di studio che si occupa di analizzare in modo dettagliato esperienze e comportamenti riportati dal paziente, osservandone gli atteggiamenti. Si tratta di un metodo di analisi dei disturbi mentali focalizzato sull'osservazione dei sintomi. Nella sua forma più semplice, si presenta come una semeiotica psichiatrica, portando a una “diagnosi di stato”, ovvero all'identificazione di un sintomo principale. In seguito attraverso un'analisi più approfondita, è possibile stabilire una “gerarchia” tra i vari sintomi al fine di arrivare a una diagnosi di disturbo mentale (Enciclopedia Italiana Treccani, 1961).

La psicopatologia descrittiva raggruppa i sintomi in macroaree psicologiche in base alla natura degli stessi. Queste categorie sono:

Coscienza → può essere definita come “*consapevolezza di sé e del mondo*” (Vita et al., 2018, p. 10). Un’alterazione dello stato di coscienza si verifica spesso durante condizioni cliniche acute. Cambiamenti nella qualità della coscienza si osservano nel delirium, caratterizzato da attività psicomotoria e disorientamento spazio-temporale, pensiero disorganizzato, allucinazioni sensoriali, disturbi nel ritmo sonno-veglia e disturbi neurovegetativi.

Memoria → è il processo di conservazione delle informazioni a livello mentale. Le alterazioni della memoria che si possono riscontrare sono: amnesie circoscritte o ipomnesie (totali o parziali, oppure semplici, o retrograde, o anterograde); ipermnesie che riguardano un potenziamento delle abilità mnemoniche; paramnesie che indicano falsificazioni della memoria. Queste ultime due possono manifestarsi in modi diversi: in “falsi ricordi” come nel delirio, in pseudologie, racconti inventati, o in confabulazioni (Vita et al., 2018, p. 11)

Attenzione e concentrazione → la prima è il processo mediante il quale la coscienza si concentra attivamente o passivamente su un’esperienza; mentre la concentrazione si riferisce alla capacità di mantenere questa focalizzazione su un’esperienza o un compito specifico nel tempo. Quando l’attenzione diminuisce, il soggetto è in grado di focalizzarsi solo su specifici argomenti o stimoli, escludendo tutto il resto. Nelle oscillazioni dell’attenzione e della concentrazione, invece, la capacità del soggetto di mantenere il focus varia nel tempo, rendendo difficile il mantenimento di un pensiero coerente o prolungato su un singolo argomento (Vita et al., 2018, p. 11).

Percezioni → La percezione e la sensazione sono due aspetti diversi del modo in cui si ricevono informazioni dal mondo esterno. La sensazione è solo la fase iniziale di questo processo, in cui gli stimoli sensoriali vengono registrati. La percezione, invece, implica un’elaborazione più complessa: consiste nell’organizzare le informazioni sensoriali, eliminando ciò che è irrilevante e collegando i dati significativi a quelli appena ricevuti. *L’atto di percepire, ovvero del prendere coscienza di una realtà che si considera esterna, attraverso stimoli sensoriali, analizzati e interpretati mediante processi intuitivi, psichici e intellettivi* (Treccani). Esistono alterazioni della

percezione che si possono suddividere in: distorsioni sensoriali (un oggetto reale viene percepito distorto) e false percezioni (incluse illusioni, allucinazioni e pseudoallucinazioni). Le allucinazioni sono percezioni che si verificano senza alcuno stimolo esterno e possono essere classificate in base alla sfera sensoriale (maggiormente diffuse sono quelle acustiche, tipiche della schizofrenia, e visive, tipiche delle psicosi) (Vita et al., 2018, p. 12). Nelle psicosi, le allucinazioni non sono solo un percetto privo di stimolo, condizione che può manifestarsi anche in alcune sindromi organiche, ma denotano un disturbo che va oltre la mera percezione. Si tratta di una modificazione globale della personalità, nella quale si constata una progressiva e graduale alterazione della percezione stessa, per la rilevanza che assumono le qualità fisionomiche. In questo contesto, non si può più parlare di percezione intatta, essendo, al contrario, intrisa di soggettività o “privatizzata”. Nell’allucinazione il confine tra l’Io e il mondo esterno si dissolve e ciò che appartiene all’Io viene vissuto come facente parte dell’ambiente.

Forma del pensiero → I cosiddetti disturbi formali del pensiero fanno riferimento a problematiche riguardanti il suo funzionamento, che possono interessare la velocità, il flusso e la chiarezza. Le difficoltà relative alla velocità sono: accelerazione di pensiero (fuga delle idee) e rallentamento del pensiero (tipico nel disturbo depressivo). Le alterazioni del flusso, invece, sono: pensiero circostanziale (tipico nella schizofrenia), deragliamento, blocco del pensiero o perseverazione. Per quanto riguarda, infine, la chiarezza ci possono essere: il pensiero incoerente (o dissociato, tipico della schizofrenia) o pensiero paralogico (miscuglio eterogeneo di contenuti dove concetti familiari vengono sostituiti con altri di diverso significato).

Nei pazienti con schizofrenia vi sono diversi disturbi legati alla percezione dell’Io, come la diffusione del pensiero (o lettura del pensiero), il furto del pensiero o l’inserzione del pensiero (imposizione esterna di pensieri). Inoltre, altri disturbi del linguaggio quali bradifasia, tachifasia e logorrea, verbigerazione, stereotipia verbale, ecolalia, mutacismo e neologismi, possono svilupparsi parallelamente a sopracitati disturbi del pensiero (Vita et al., 2018, p. 12).

Contenuto del pensiero → Le alterazioni del contenuto del pensiero, le false credenze, si possono suddividere in deliri, idee prevalenti, idee di riferimento e pensiero ossessivo. I deliri a seconda del contenuto possono includere: deliri di persecuzione, di gelosia, erotomanici, megalomaniaci, mistici o falsi riconoscimenti. Nei disturbi affettivi depressivi sono tipici: deliri di colpa, nichilistici o ipocondriaci (Vita et al., 2018, p. 14).

Umore, emozioni → Comprendere le distinzioni tra questi concetti è fondamentale nella pratica clinica e nella psicopatologia. L'emozione è una reazione temporanea a un'esperienza che può essere positiva o negativa come felicità, tristezza, paura, rabbia o disgusto. L'umore, invece, è uno stato emotivo più duraturo, indice del modo in cui una persona percepisce e interagisce con il mondo. Le alterazioni patologiche dell'umore oscillano tra una tendenza depressiva e una maniacale (Vita et al., 2018, p. 15). Le emozioni e l'umore influenzano non solo il benessere individuale, ma anche le relazioni interpersonali e il funzionamento sociale. Una corretta valutazione e un efficace trattamento di queste dimensioni possono portare a interventi terapeutici più mirati e a un miglioramento della qualità della vita per le persone che affrontano disturbi emotivi e affettivi.

Concludendo, l'uso esclusivo manualistico dei criteri diagnostici, non è sufficiente al fine di raggiungere una visione globale del paziente che presenta un disturbo mentale. È, quindi, necessario adottare un approccio multidimensionale, integrando la psicopatologia descrittiva, i criteri diagnostici operativi, l'influenza del contesto socio-ambientale, i fattori psicologici e quelli biologici allo scopo di fornire un intervento terapeutico più efficace e personalizzato.

CAPITOLO 2. LA RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE

2.1 Background storico

Il concetto di riabilitazione psicosociale ha origine attorno agli anni '70 negli Stati Uniti, in parte grazie all'introduzione dei farmaci antipsicotici e alle successive dimissioni di un numero considerevole di pazienti dagli ospedali psichiatrici. Questo fenomeno ha causato la necessità di trovare nuovi modelli di cura, poiché il ritorno alla vita sociale dei pazienti richiedeva supporto e strategie per favorire la loro integrazione. Alla base ci fu anche un cambiamento importante: la prospettiva culturale si è gradualmente orientata verso la protezione dei diritti del paziente, segnando il passaggio dalla concezione manicomiale, dove il paziente veniva concepito come soggetto passivo, a una visione più inclusiva e attiva, promuovendo il concetto di "*psichiatria di comunità*" che enfatizza il supporto sociale e l'inclusione piuttosto che l'isolamento. In Italia, verso la fine degli anni '70 si cominciò a preparare in sede legislativa ed amministrativa Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sulla falsariga del *National Health Service* britannico. Una svolta significativa in campo psichiatrico è stata la promulgazione della Legge Basaglia n.180 il 13 maggio 1978 "*Accertamenti e Trattamenti Sanitari Volontari e Obbligatori*", riassorbita alla fine dello stesso anno dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La legge dello Stato attualmente in vigore, riguardante l'assistenza psichiatrica, è la legge n.833 del 23 dicembre 1978 dal titolo "*Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)*". L'art. 1 della legge 180/78, corrispondente all'art. 33 della legge 833/78, prende in considerazione i trattamenti sanitari obbligatori (TSO) per qualsiasi causa sanitaria. L'art. 2 della legge 180/78, art. 34 della legge 833/78, tratta specificamente degli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattie mentali. Nell'art. 6 si conferiva mandato alle Regioni, ed alle Province autonome di Trento e di Bolzano, di individuare gli Ospedali Generali nei quali, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della legge, dovevano essere istituiti specifici Servizi di Diagnosi e Cura. Per l'istituzione di tali servizi, si faceva riferimento al DPR n.128 del 27 marzo 1969 che stabilisce le disposizioni dei Servizi Speciali obbligatori negli Ospedali Generali. Nel medesimo articolo, inoltre, si specifica che questi servizi psichiatrici di diagnosi e cura "*non devono essere dotati di un numero di posti letto superiore a 15*" e che "*al fine di*

garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale sono organicamente e funzionalmente collegati, in forma dipartimentale, con altri servizi e presidi psichiatrici esistenti nel territorio" (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana Legge 13 maggio 1978, n.180). Nel gennaio 1994 è stato emanato il Piano Sanitario Nazionale (PSN), previsto dalla legge 833/78, che fa riferimento ad una serie di progetti obiettivi, tra cui quello della tutela della salute. Il 7 aprile dello stesso anno è stato approvato il "Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1994-1996". Questo Progetto Obiettivo Nazionale (PON) stabilisce precisi parametri per l'adeguamento dell'assistenza psichiatrica alla legge 833/78, vincolando le Regioni alla sua applicazione (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994). Il PON indica, per ogni unità sanitaria locale, ora trasformata in azienda, la necessità di organizzare un Dipartimento di Sanità Mentale (DSM) come centro coordinatore di tutte le strutture psichiatriche delle unità sanitarie locali, con uno o più moduli riferiti a bacini di utenza non superiori a 150.000 abitanti per ciascun modulo.

Negli ultimi anni la riabilitazione psicosociale ha acquisito sempre più centralità nel contesto dell'assistenza psichiatrica, focalizzandosi su interventi personalizzati che considerano la centralità e le potenzialità dell'individuo, promuovendone l'autonomia e il miglioramento della qualità di vita (Vita et al., 2018, p. 342).

Secondo quanto dichiarato dalla World Psychiatric Association, la riabilitazione psichiatrica mira ad *"aiutare gli individui con disturbi mentali gravi e persistenti a sviluppare le competenze cognitive, emozionali e sociali necessarie a vivere, apprendere e lavorare nella comunità di appartenenza con la minima quantità di supporti professionali"* (Vita et al., 2018, p. 343). La riabilitazione parte dall'idea che, a prescindere dalla gravità della condizione, esiste sempre un ambito di funzionamento integro su cui concentrare gli interventi terapeutici. Questo approccio considera l'individuo come partecipante attivo e protagonista nel suo percorso di cura, ponendo l'accento sulle risorse piuttosto che sulla malattia stessa, distinguendosi nettamente da un approccio assistenzialista. L'obiettivo non è solo quello di soddisfare i bisogni, ma anche di promuovere lo sviluppo delle capacità fisiche, emotive, sociali e intellettive del soggetto affinché quest'ultimo possa agire consapevolmente per una realizzazione personale.

2.2 Principi della riabilitazione psichiatrica

La riabilitazione psicosociale si fonda su una serie di principi che, non solo orientano la sua applicazione, ma spiegano anche le radici del processo di recupero. Un concetto chiave è la “*centralità della persona*”, il quale ha come finalità primaria il superamento di concezioni stigmatizzanti che riguardano il paziente psichiatrico e che sovrappongono la sua identità alla patologia psichica. Quando si riconosce l'importanza di mettere al centro la persona, principi quali l'autodeterminazione, lo sviluppo personale e la speranza diventano conseguenze naturali di questa scelta. Il trattamento, dunque, va oltre il semplice controllo del sintomo, focalizzandosi, invece, sul ricostruire le abilità dell'individuo. Esso mira a potenziare le risorse personali, riducendo così l'impatto della disabilità. Un elemento fondamentale di questo processo, infatti, è *l'empowerment*, che si riferisce allo sviluppo delle capacità e dell'autonomia dell'individuo, reso possibile anche grazie a un ambiente favorevole al cambiamento. Questo significa creare condizioni che supportino la crescita e l'autosufficienza della persona, con interventi che incoraggiano la partecipazione attiva e la condivisione delle scelte (Vita et al., 2018, p. 347).

2.3 Modelli fondativi

Attorno agli anni '60-'70, sia in Europa che negli Stati Uniti, emersero i primi modelli teorici in riabilitazione psicosociale. Questo sviluppo avvenne in concomitanza con la chiusura dei manicomi in un clima socioculturale influenzato da correnti ad ispirazione sociale. Con l'aumento della consapevolezza riguardo ai diritti umani e alla necessità di integrazione, emerse la volontà di ridurre il divario tra le persone con disturbi mentali e il resto della comunità. Per colmare questa differenza era necessario trovare dei modi per permettere a queste persone di vivere in modo più autonomo e partecipativo, piuttosto che relegarle in ospedali psichiatrici. Questo richiese lo sviluppo di politiche sociali e sanitarie volte all'inclusione sociale e al sostegno dei soggetti con malattie mentali. L'obiettivo era quello di creare una società inclusiva in cui le persone con disturbo mentale potessero interagire con la comunità e ricevere il

supporto necessario per lo sviluppo dell'autonomia, riducendo lo stigma e le barriere sociali.

In questa cornice culturale, tra gli anni '70 e '90, si sviluppano i modelli primari della riabilitazione psichiatrica che hanno influenzato le tecniche riabilitative attuali:

- il modello comunitario sviluppato da Loren Richard Mosher³,
- il modello bio-psico-sociale elaborato da Luc Ciompi⁴,
- il modello di ispirazione comportamentista di Mark Spivak⁵.

Accomunati dal concetto di centralità della persona nel processo riabilitativo, enfatizzano il valore dell'integrazione sociale, sostenendo il re-inserimento nella comunità e nel mondo del lavoro. L'evoluzione di questi modelli ha portato allo sviluppo dell'attuale modello orientato alla *recovery* (Vita et al., 2019, p. 519-523).

2.4 Il concetto di recovery

Lieberman⁶ (2008): *“La disabilità è da dove partiamo, il Recovery è la nostra destinazione e la Riabilitazione è la strada che percorriamo”*.

La "*recovery*" si riferisce a un percorso individuale che le persone con disturbi psichici intraprendono per vivere una vita piena e soddisfacente, nonostante le sfide poste dalla loro condizione. In quanto centrato sulla persona più che sulla malattia, emergono temi come la speranza, la connessione sociale, la responsabilità personale, l'autostima e le attività di vita significative (Mead e Copeland, 2000). Principi della *personal recovery*:

- creazione di aspettative positive per il futuro, riconoscendo che anche le persone con un disturbo mentale possono raggiungere la realizzazione personale;
- assunzione di responsabilità, incoraggiando il paziente a divenire il protagonista attivo della sua vita, prendendo decisioni consapevoli e

³ (1933-2004) psichiatra americano, esperto di schizofrenia e capo del Centro per gli studi sulla schizofrenia presso il National Institute of Mental Health.

⁴ (1929-) psichiatra svizzero, fondatore di Soteria House Berna.

⁵ (1929-1998) dottore in psicologia sociale, Chicago.

⁶ Robert Paul Lieberman (1937-2021), psichiatra ideatore del modello teorico, su base comportamentista, chiamato Social Skill Training.

partecipando attivamente al proprio processo di guarigione. Gli operatori, in questo contesto, assumono un ruolo di facilitazione, supportando e guidando l'utente, ma senza sostituirsi a lui;

- la possibilità di esercitare scelte è fondamentale per il processo di *recovery*. Ogni individuo ha l'opportunità di decidere come gestire la propria vita e quali interventi adottare per il proprio benessere. Questo non solo promuove un senso di controllo personale, ma aiuta anche a costruire una identità al di là della malattia. Quando le persone sono libere di scegliere, si sentono più motivate e responsabili del proprio percorso.

La *recovery* non è un metodo standard che può essere applicato uniformemente a tutti i pazienti ma un percorso personale e dinamico, che può essere favorito dalla riabilitazione psicosociale, pur che quest'ultima sia in grado di adattarsi alle mutevoli esigenze dei pazienti, accompagnandoli nella loro crescita. In questo contesto l'operatore è un facilitatore che, attraverso il dialogo attivo con il paziente, promuove l'autonomia, aiuta l'utente a riconoscere e a valorizzare i propri punti di forza. Si crea, quindi, un ambiente positivo e accogliente che è d'aiuto all'identificazione degli obiettivi personali (Vita et al., 2019, p. 553-555).

2.5 Interventi riabilitativi

La riabilitazione psichiatrica comprende una vasta gamma di programmi riabilitativi destinati a persone con disturbo mentale. L'obiettivo primario è permettere al paziente di raggiungere il maggior livello di autonomia possibile nella quotidianità, "*riducendo al minimo l'intervento professionale continuativo*" (Vita et al., 2019, p. 655). Gli interventi si possono classificare in:

- attività di I livello: queste si concentrano sulla vita quotidiana, includendo aspetti personali, familiari e sociali.
- Attività di II livello: sono più complesse in quanto si focalizzano nell'aiutare il paziente ad esplorare e riconoscere le proprie emozioni, migliorando consapevolezza e adattamento (Vita et al., 2019, p. 655).

Le prime si occupano principalmente del mondo esterno del paziente, fornendo strumenti concreti per relazionarsi con ciò che lo circonda, mentre le seconde si dedicano alla realtà emotiva, mentale e comportamentale.

Nel *Manuale di Clinica e Riabilitazione Psichiatrica*, Vita et al. (2019) classificano gli interventi riabilitativi in quattro macroaree:

1. interventi incentrati sulle abilità di base, focalizzati sulla cura di sé, sull'attività fisica, sulla risocializzazione, sul *Problem Solving*, sulle strategie di *Coping*, sull'assertività e sul gruppo discussione.
2. Interventi riabilitativi di tipo "espressivo": arte terapia, danza terapia clinica, musicoterapia, teatroterapia e metodi attivi.
3. Interventi basati sulle evidenze: Assertive Community Treatment (ACT), interventi di Social Skills Training (SST), interventi psicoeducativi familiari, interventi di rimedio cognitivo, interventi cognitivo-comportamentali nelle Psicosi e le attività riabilitative di inclusione sociale attraverso l'inserimento lavorativo.
4. Altri interventi riabilitativi e tecniche di intervento: tecniche cognitivo-comportamentali nella Depressione e nei Disturbi d'Ansia, tecniche di *Adherence Therapy* e Interventi *Recovery-Oriented*.

Nonostante ciò, esiste un'ulteriore classificazione derivante da interventi specifici erogati dai Dipartimenti di Salute Mentale. In questo contesto, le sue principali categorie sono:

- interventi di risocializzazione: concepiti per facilitare l'interazione del paziente con persone esterne alla sfera familiare.
- Interventi per le abilità di base, interpersonali e sociali che si concentrano sulla cura personale, sulla gestione della salute e sulla comunicazione.

In aggiunta a questi interventi, vi sono attività di tipo espressivo che richiedono la presenza di operatori con competenze professionali specifiche come arteterapia, musicoterapia, danzaterapia e teatroterapia. Per alcuni pazienti esprimersi attraverso l'arte può essere più efficace rispetto all'uso delle parole, soprattutto quando le emozioni provate sono forti o difficili da spiegare. In questo caso l'arte diventa una forma di comunicazione alternativa, offrendo ai pazienti la possibilità di dare forma e

struttura a sentimenti caotici e confusi. L'espressione artistica non è solo un'attività creativa, ma può essere anche uno strumento terapeutico potente che aiuta i pazienti a riflettere su sé stessi, esplorare e comunicare le emozioni in modo profondo e significativo (Vita et al., 2019, p. 656-657).

2.5.1 Interventi per le abilità di base

Le abilità di base includono diverse competenze, necessarie nella vita quotidiana, come la cura di sé, che comprende l'igiene personale, l'alimentazione, la preparazione dei pasti, l'organizzazione della casa, la gestione della vita lavorativa e della propria salute fisica e psichica, e abilità interpersonali e sociali, che comprendono riconoscimento delle emozioni altrui e abilità comunicative.

Gli interventi spesso si basano su modelli teorici ben definiti, come il modello del *Problem Solving*, che fornisce strategie per affrontare problemi quotidiani. La WHO (1993) lo definisce come la capacità di risolvere in modo costruttivo le diverse difficoltà che possono insorgere quotidianamente e che, se sottovalutate, possono essere fonte di stress mentale e tensioni fisiche (Vita et al., 2019, p. 680). Nella quotidianità ci si trova frequentemente di fronte a scelte o conflitto, dove è fondamentale adottare strategie efficaci per risolvere i problemi e raggiungere l'obiettivo desiderato. Queste azioni problematiche possono includere sia semplici decisioni quotidiane sia questioni più complesse che coinvolgono relazioni interpersonali o obiettivi professionali.

Secondo la WHO (1993) le abilità che dovrebbero essere sempre presenti nei programmi di intervento riabilitativi sono: il *decision making*, la creatività, il senso critico, la comunicazione, le *skills* per le relazioni interpersonali, l'empatia, l'autocoscienza, la gestione dello stress e la gestione delle emozioni (Vita et al., 2019, p. 680).

Gli interventi per le abilità di base si focalizzano sul raggiungimento del maggior grado di autonomia possibile, dotando gli individui degli strumenti necessari per navigare la complessità della vita, promuovendo il benessere, la fiducia in sé stessi e la capacità di scelta.

2.5.2 Interventi di risocializzazione

La malattia mentale può influenzare profondamente la capacità di un individuo di interagire in modo efficace con il mondo circostante. Quando una persona è affetta da disturbo mentale può perdere questa capacità sociale, aumentando l'isolamento e intensificando sentimenti negativi quali disistima e inadeguatezza. Inoltre, il contesto in cui vive può contribuire a questa emarginazione, creando un ambiente ostile o non comprensivo, che aggrava ulteriormente la situazione. Questo isolamento, quindi, potrebbe essere causato da due fattori: auto-isolamento ed emarginazione sociale.

L'auto-isolamento della persona con disturbo psichico può avvenire per diversi motivi. Una delle motivazioni è il senso di inadeguatezza e di vergogna che spesso accompagna chi soffre di disturbo mentale. La paura di non essere compresi e di apparire vulnerabili può portare a una fuga dalle interazioni, amplificando la disconnessione sociale. Le relazioni possono generare ansia e stress e la persona può trovare rifugio nella solitudine. L'ansia anticipatoria, la paura di dover affrontare una situazione sociale, può spingere l'individuo a evitare le relazioni. Le condizioni psichiatriche possono, inoltre, portare una diminuzione di interesse in attività che in passato erano considerate piacevoli. Questa anedonia può ulteriormente alimentare l'auto-isolamento.

L'allontanamento o esclusione da parte della rete sociale sono fenomeno interconnessi tra loro che possono esacerbare l'auto-isolamento. Spesso, amici e familiari non sanno come affrontare la situazione e possono allontanarsi, sia per paura sia per incomprensione. Questa reazione, sebbene possa non essere intenzionale, contribuisce all'isolamento del paziente. La stigmatizzazione, un problema comune, rende le cose ancora più complicate: le persone con disturbi psichiatrici spesso affrontano pregiudizi che influenzano profondamente le loro relazioni, in contesti lavorativi o sociali, infatti, possono essere trattate diversamente, sentendosi emarginate. Si innesca, quindi, *“un circolo che Spivak definisce ‘spirale di desocializzazione’, alla fine della quale l'individuo presenta una riduzione marcata dell'articolazione sociale dovuta al suo distacco parziale o completo dalle attività della comunità”* (Vita et al., 2019, p. 674). È evidente, quindi, che la difficoltà del paziente nell'assumere ruoli sociali e la

mancanza di integrazione sociale influiscono in modo significativo sul suo funzionamento in tutti i contesti della vita.

Con il termine socializzazione si intende quel “*processo attraverso il quale l’individuo diventa un essere sociale, integrandosi in un gruppo o in una comunità*” (Treccani, 2017). Non si tratta, quindi, di semplice acquisizione di informazioni, bensì di un profondo meccanismo di apprendimento, di trasmissione e di integrazione. Il reinserimento nella vita sociale richiede un’adeguata comprensione e attuazione di tutti gli aspetti che realizzano la realtà sociale quali valori, norme e credenze. Il processo di socializzazione non solo aiuta a formare l’individuo come parte di una comunità, ma ha anche un impatto duraturo sulla sua identità, sul modo in cui percepisce il mondo e su come interagisce con gli altri. Risulta fondamentale, quindi, promuovere l’inclusione con interventi di supporto adatti, affinché le persone con disturbi psichiatrici possano sentirsi accettate e comprese, riducendo così il rischio di isolamento sociale.

2.5.3 Interventi riabilitativi di tipo “espressivo”

“*Arteterapia*” e “*arte terapia*” sono due termini utilizzati in Italia per descrivere *l’Art Therapy*.

L’uso delle due parole separate sottolinea maggiormente l’importanza sia dell’arte che della terapia in questo approccio. Nel cercare di definire l’arteterapia, Vita et al. (2019) sottolineano la necessità di adottare un approccio poliedrico, che riconosca la complessità e la varietà delle esperienze e delle pratiche coinvolte. Questo significa che non è sufficiente fornire una singola definizione, ma è importante considerare le diverse influenze, metodologie e prospettive che caratterizzano il campo. Facco et al. in *Metodologia della riabilitazione psicosociale* definisce l’arte terapia come “*un trattamento orientato verso la riabilitazione del malato mentale attraverso l’espressione libera della creatività*” (Vita et al., 2019, p. 713). L’arte intesa come riparazione di aspetti emotivi-affettivi può essere un concetto ambiguo. Il termine stesso di riparazione implica l’idea che l’espressione artistica possa servire come un processo curativo per le ferite emotive, per affrontare e rielaborare esperienze dolorose o traumatiche. Edith Kramer (1971), pittrice austriaca, considerata pioniera dell’arte

terapia, sostiene che *“la terapia d’arte va considerata distinta dalla psicoterapia: le sue virtù curative dipendono da quei procedimenti psicologici che si attivano nel lavoro creativo”* (Vita et al., 2019, p. 716). L’espressione artistica non sostituisce altre forme di terapia, come la psicoterapia tradizionale, ma può fornire uno strumento aggiuntivo per l’espressione e la comprensione emotiva del paziente. La chiave dell’approccio proposto da Kramer è il focus sul processo creativo, piuttosto che solo sul risultato finale. L’arteterapeuta deve prestare attenzione alle modalità con cui il paziente si relaziona ai materiali, raccontando le proprie esperienze e sensazioni fisiche durante la creazione.

Negli ultimi anni, in Italia, sono state introdotte norme, come la UNI 11592: *“Attività professionali non regolamentate - figure professionali operanti nel campo delle Arte Terapie - requisiti di conoscenza, abilità e competenza”* (Vita et al., 2019, p. 722), che definiscono i requisiti professionali per coloro che operano nel campo delle arti terapie, stabilendo standard di competenza per i professionisti e gli enti formativi.

La National Institute for Health and Care Excellence⁷ ha incluso, inoltre, le arti terapie nelle Linee Guida, pubblicate nel 2014, per i positivi risultati ottenuti nel trattamento delle psicosi e del disturbo schizofrenico, in particolare per quanto riguarda un miglioramento della sintomatologia negativa. In Italia, invece, si riscontra una difficoltà nell’adottare un approccio orientato alla ricerca di evidenze e all’efficacia (Vita et al., 2019, p. 722). È fondamentale promuovere la ricerca in questo campo perché l’adozione di linee guida comuni potrebbe facilitare la raccolta di dati e l’analisi dei risultati, creando una base più solida per dimostrare l’efficacia dell’arteterapia.

⁷ NICE, organismo non dipartimentale che fa a capo al Ministero della Salute nel Regno Unito.

CAPITOLO 3. TERAPIA ESPRESSIVA A MEDIAZIONE TEATRALE

In Italia coesistono due principali discipline, comunemente denominate “teatroterapia” e “drammaterapia” in quanto manca una prospettiva comune sull’approccio terapeutico espressivo a mediazione teatrale. Entrambe hanno ottenuto riconoscimento legale grazie all’approvazione della Legge n. 4/2013 “*Disposizioni in materia di professioni non organizzate*” che include le arti terapie tra le materie trattate (Vita et al., 2019, p. 739). Questa normativa ha rappresentato un passo importante verso la formalizzazione e il riconoscimento delle professioni nel campo delle arti terapie in Italia. L’ufficializzazione di entrambe le pratiche, non solo convalida l’operato dei professionisti del settore, ma definisce anche un contesto normativo per la formazione e l’esercizio della professione.

Le associazioni professionali, come la Federazione Italiana Teatroterapia (FIT, 2016) e la Società Professionale Italiana di Drammaterapia (SPID, 2016), svolgono un ruolo fondamentale nella definizione degli standard di competenza. La prima si propone come “*un’associazione di professionisti che si rivolgono a diversi ambiti sociali*”. La loro missione è quella di prendersi cura e supportare persone con disagio psichico e fisico attraverso laboratori di teatro. Questi ultimi si focalizzano sulla corporeità e sulla spontaneità, promuovendo l’educazione alla percezione, migliorando il rapporto con sé stessi con l’obiettivo di far emergere il potenziale umano di ciascun partecipante. Dall’altra parte, la Società professionale italiana di drammaterapia definisce la drammaterapia come “*terapia artistica basata sulle arti drammatiche e applicata a contesti clinici, educativi e sociali, formativi e dello sviluppo personale, sia in assetto individuale sia di gruppo*” (Vita et al., 2019, p. 739).

Le differenze tra drammaterapia e teatroterapia hanno natura sia teorica che pratica, poiché queste due materie si sono sviluppate in contesti storici e culturali diversi. Entrambe le metodologie, però, condividono l’uso di medesimi strumenti come il corpo, la voce, lo spazio scenico, il gioco, e perseguono obiettivi simili (Vita et al., 2019, p. 739-740).

I laboratori teatrali, sia in ambito di drammaterapia che di teatroterapia, si propongono di raggiungere svariati obiettivi terapeutici e formativi, alcuni dei quali sono:

- consapevolezza corporea ed emotiva,
- sviluppo di abilità sociali e relazionali,
- utilizzo di creatività e immaginazione,
- gestione della sofferenza emotiva.

Inoltre, ogni laboratorio teatrale è progettato in maniera specifica per i partecipanti a cui si rivolge, e all'interno del contesto in cui si articola. Questo significa che gli obiettivi del laboratorio possono variare in base alle esigenze degli utenti e al tipo di supporto che cercano. Il drammaterapeuta o teatroterapeuta del laboratorio, quindi, ha il compito di definire questi obiettivi e di rivederli periodicamente, non solo con i partecipanti, ma anche collaborando con il resto del gruppo di lavoro, per assicurarsi che il percorso sia efficace e risponda ai bisogni espressi.

Entrambi gli approcci sopracitati operano nel contesto della riabilitazione psicosociale, offrendo uno spazio protetto dove esprimersi liberamente attraverso l'arte in un percorso di crescita e scoperta del sé. Per tali ragioni la formazione specifica dei professionisti che conducono laboratori terapeutici a mediazione teatrale è fondamentale per consentire ai partecipanti di essere guidati al meglio. Le associazioni come la Federazione Italiana Teatroterapia e la Società Professionale Italiana di Drammaterapia, infatti, stabiliscono standard rigorosi di formazione che garantiscono non solo competenze tecniche, ma anche un profondo rispetto per l'etica professionale (Vita et al., 2019, p. 740). Questo contribuisce a creare un ambiente sicuro e di fiducia, essenziale per il lavoro terapeutico.

3.1 Metodi attivi

I gruppi che adottano metodi attivi nella riabilitazione psicosociale trovano fondamento nello psicodramma classico ideato da Jacob Levi Moreno (1889-1974). Dalla prima metà del Novecento lo psicodramma ha subito molteplici evoluzioni e adattamenti, dando vita a diverse scuole di pensiero. Tuttavia, quando si parla di approccio attivo non si fa riferimento allo psicodramma in sé, bensì, all'utilizzo delle

tecniche psicodrammatiche all'interno di una metodologia riabilitativa di gruppo. Il termine "attivo" nel contesto della riabilitazione psichiatrica implica un approccio che incoraggia i membri del gruppo a partecipare attivamente al processo terapeutico. Questo significa che, anziché rimanere in una posizione di ascolto o di osservazione passiva, i partecipanti sono invitati a interagire, esprimere le proprie emozioni e prendere parte a dinamiche che stimolano l'autoconoscenza e la comunicazione. Attraverso giochi di ruolo, discussioni interattive e altre tecniche, i partecipanti possono esplorare nuovi comportamenti e modi di relazionarsi in un ambiente protetto. Questo spazio sicuro è fondamentale, poiché permette agli utenti di provare e sperimentare senza il timore di giudizi esterni. È qui che la riabilitazione psichiatrica trova una delle sue risorse più potenti: la possibilità di affrontare e trasformare le proprie esperienze in modi che possono allontanarsi dal contesto di vita quotidiana. Il campo della riabilitazione psichiatrica è ancora in fase di evoluzione, e l'integrazione di approcci basati sull'evidenza rappresenta un'importante direzione di sviluppo. Questo significa che è importante promuovere la ricerca su queste metodologie attive studiandole principalmente con strumenti *evidence-based* (Vita et al., 2019, p. 745-746).

È essenziale offrire una panoramica delle teorie fondamentali dello psicodramma e delle tecniche ad esso collegate, poiché queste costituiscono la base su cui si sviluppano i metodi attivi nella riabilitazione psichiatrica.

3.2 Lo psicodramma di Moreno

3.2.1 Origini

L'invenzione dello psicodramma come tecnica utilizzata all'interno di gruppi riabilitativi nasce ad opera di Jacob Levi Moreno (1892-1974), medico psichiatra.

Lo psicodramma viene definito una forma di psicoterapia, la quale si avvale di diversi elementi: teatro, giochi di ruolo e dinamiche di gruppo. Questa pratica psicoterapeutica rende possibile l'esplorazione delle emozioni attraverso la "*messa in scena*" che è a sua volta carica di vissuti personali. Da questo punto di vista lo psicodramma si distingue molto dalla tradizionale "*terapia della parola*", nata dalla corrente psicoanalista di Sigmund Freud (1856-1939), perché il paziente diventando

“attore/attrice” diventa anche protagonista del suo percorso rieducativo e attraverso la catarsi teatrale può esteriorizzare il suo dramma. Si pone quindi, una distanza tra sé e i propri conflitti avendone quindi una visione più consapevole (Ba, 2016).

Fin da giovane Moreno ha dedicato la sua attenzione al valore dell'improvvisazione, giocando con i bambini del suo quartiere. *Il suo interesse nei confronti dell'infanzia affonda le radici nella convinzione che il modo con cui il bambino si rapporta al mondo esterno sia espressione di grande spontaneità e creatività* (Mocci, 2022). Successivamente, si occupa di un gruppo di ragazze prostitute emarginate. In un suo scritto, Moreno osserva che queste ragazze “*gradualmente riconobbero il valore profondo degli incontri e si resero conto che avrebbero potuto aiutarsi le une con le altre. Noi cominciammo a comprendere che una persona poteva diventare agente terapeutico per un'altra*” (Moreno, 1953). Questa esperienza consente a Moreno di comprendere le potenzialità degli interventi di gruppo in un contesto sociale. È così che nel 1922 a Vienna nasce il “teatro della spontaneità” che a sua volta darà vita a quello che sarà lo psicodramma. Questa forma teatrale basata su tecniche dell'improvvisazione è *la matrice di fertili intuizioni creative sul ruolo e sul funzionamento della dinamica psichica, sulla funzione della spontaneità e della creatività, sul gruppo e su tutti quei concetti sui quali si edificherà lo psicodramma* (Mocci, 2022).

3.2.2 Cardini dello psicodramma

Moreno ha identificato tre elementi fondamentali che costituiscono l'essere umano e che rappresentano le basi su cui si fonda la sua metodologia. Queste componenti sono: ruolo, dualità spontaneità/creatività e il *tele* (Vita et al., 2019, p. 747).

- Il ruolo, inteso come concetto fondamentale nello sviluppo dell'individuo, nasce nell'interazione con l'altro. È necessario, quindi, che ci sia il contatto di almeno due persone in relazione fra loro. Moreno individua due sfumature legate al ruolo che un individuo può assumere: quando si crea la relazione ci si riferisce al “ruolo” mentre quando si risponde o si riceve si fa riferimento al “controruolo”. Comprendere questa dinamica di interazione è essenziale per il processo di sviluppo del sé e di auto-scoperta. La consapevolezza di questi

ruoli e controruoli permette agli individui di riflettere sulle proprie modalità di interazione. Questa comprensione offre l'opportunità di modificare il proprio comportamento e di migliorare le relazioni.

- Il cosiddetto “fattore spontaneità/creatività”, che agisce come propulsore dei ruoli e come forza edificante per il progresso umano. La prima è l’attitudine sia di manifestarsi con libertà in una situazione non familiare sia di adattarsi ad un ambiente in costante mutamento. Per questo motivo essa agevola l’evolversi della creatività quasi come un catalizzatore che “*crea arte e ‘conserva culturali’ nel processo*” (Kumar V, 2024). Se il fattore spontaneità è assente, la creatività rimane inattiva, pur avendo potenzialità latenti. Essa, infatti, è fondamentale per contrastare la rigidità degli schemi mentali e operativi, rendendo cruciale il suo impiego per attivare processi creativi. Il termine “creatività”, così come si può dedurre dal suo suffisso “-ività” denota una “capacità”. Nello specifico una capacità di creazione. Secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità è una delle dieci “*abilità di vita*”, perché stimola nuove intuizioni, idee innovative e originali (Kumar V, 2024). Intrinsecamente, essa porta con sé stimoli gioiosi che favoriscono il benessere e il desiderio di autorealizzazione. Sebbene le belle arti siano manifestazione massima di creatività negli esseri umani, anche piccole idee quotidiane possono esserne altrettanto ricche. In questo senso la propensione alla creatività appartiene ad ogni essere umano e il teatro (come anche altre attività creative) offre la possibilità di trovare una modalità di espressione di riflessioni, sentimenti o sensazioni, indipendentemente dal passato della persona in questione. Le funzioni, quindi, di queste pratiche fondate sul concetto di creatività, si basano sulla promozione e sulla protezione della salute mentale e hanno un’utilità unica e profonda. C’è quindi una relazione profonda tra la creazione di “qualcosa” nel mondo esterno che però ha un riverbero nell’interiorità. Questo è molto importante perché accompagna l’individuo in un percorso di riaffermazione del sé, allo scopo di ottenere gli strumenti per affrontare un evento traumatico in maniera “trasformativa”, quindi attiva e consapevole (Vita et al., 2019, p. 747).
- Il concetto di “*tele*” rappresenta la struttura fondamentale della comunicazione interpersonale, fungendo da collante per il gruppo. Secondo Moreno, il *tele*

descrive il modo naturale in cui gli individui si relazionano tra loro (Vita et al., 2019, p. 747). Quando un soggetto entra in contatto con un altro, crea dei “*ponti*” emotivi, che scorrono tra di loro, plasmando in modo profondo la natura della relazione: possono accendere scintille di attrazione o, al contrario, erigere muri di rifiuto. All'inizio della vita, le emozioni sono piuttosto indifferenziate, indistinte e caotiche; ma crescendo, si intrecciano in un sistema raffinato di relazioni e sentimenti reciproci, simile a una ragnatela. I fili di quest'ultima rappresentano la complessità del *tele*, unendo gli individui in un tessuto vibrante di connessioni. All'interno di questo sistema, possiamo identificare delle unità fondamentali delle interazioni umane chiamate "*atomi sociali*", elementi indivisibili che plasmano la nostra esperienza. Ogni individuo interagisce con queste componenti per soddisfare il proprio bisogno di crescita affettiva ed emotiva, tessendo una rete di connessioni che arricchisce e dà senso alla propria esistenza (Vita et al., 2019, p. 747).

3.2.3 Struttura, funzioni mentali e tecniche psicodrammatiche

Lo psicodramma di Moreno si basa sulle seguenti cinque entità:

1. il *soggetto*, o *paziente*, è colui che agisce nella scena;
2. il *direttore* o *conduttore*, è colui che fa la regia e dirige la rappresentazione;
3. gli *io-ausiliari* sono attori secondari, componenti dell'equipe che interpretano figure significative per il protagonista in scena;
4. la *scena*, ovvero il *palcoscenico* uno spazio protetto dove sperimentare e provare in libertà;
5. l'*uditorio* è il gruppo, ossia tutte le persone che assistono alla messa in scena (Ba, 2016).

Grazie alle indicazioni fornite dal conduttore, la sessione di gruppo ha il potere di attivare una serie di funzioni mentali individuate da Moreno, presentate di seguito.

- La funzione del doppio rappresenta un insieme di meccanismi che aiutano un individuo a riconoscere e comprendere i propri contenuti mentali, rendendoli visibili e comprensibili anche agli altri. In sostanza, il doppio permette di avere

una sorta di "specchio" interno che facilita l'auto-osservazione (Vita et al., 2019, p. 748). Questo processo è supportato da abilità di riflessione e introspezione, che consentono al soggetto di riconoscere le sue personali esperienze emotive e di comunicarle in modi diversi, sia verbalmente che non verbalmente. Questa funzione diviene particolarmente importante in un contesto di gruppo, dove ci sono partecipanti che possono avere difficoltà a esplorare il proprio mondo interiore o che non possiedono strumenti adeguati a esprimere i propri bisogni, sentimenti, emozioni e paure.

- La funzione di specchio entra in gioco quando un individuo riesce a riconoscere e comprendere aspetti di sé stesso attraverso le rappresentazioni o le impressioni che gli altri comunicano (Vita et al., 2019, p. 748). In pratica, si tratta di un processo in cui le reazioni, i comportamenti e le opinioni delle persone fungono da riflesso delle identità e delle emozioni del singolo. A differenza della funzione di doppio, che enfatizza l'introspezione e la consapevolezza interna, la funzione di specchio invita a rivolgere lo sguardo verso l'esterno. Questo significa che, attraverso l'interazione con gli altri, è possibile capire come si viene percepiti e interpretati e tale comprensione è fondamentale, poiché aiuta a sviluppare una consapevolezza sociale più profonda.
- La funzione di rispecchiamento si attua quando un individuo riconosce nell'altro, elementi o caratteristiche che rispecchiano le proprie esperienze, emozioni o aspetti della personalità. È un processo che avviene in modo spontaneo e naturale, che crea una connessione profonda tra le persone (Vita et al., 2019, p. 748). A differenza di altre funzioni, il rispecchiamento non può essere forzato o imposto perché non si tratta di un'azione attiva, ma piuttosto di una risposta che affiora quando si viene a creare una relazione autentica, dalla quale emerge un senso di empatia e comprensione reciproca.
- La funzione di decentramento percettivo si innesca quando il conduttore invita i partecipanti a immedesimarsi in un'altra persona, assumendo il suo punto di vista. Questo esercizio consente all'individuo di distaccarsi dalla propria esperienza e di osservare la situazione da una prospettiva differente. Nel momento in cui una persona interpreta il ruolo di qualcun altro, si crea una

distinzione tra l'io attore e l'io osservatore. Quest'ultimo rimane decentrato, consentendo all'io attore di esprimere in modo autentico la parte che gli è stata assegnata (Vita et al., 2019, p. 748). Questo meccanismo permette al soggetto di accedere a "nuove verità" e di esplorare emozioni o situazioni che altrimenti potrebbero risultare bloccate da pregiudizi o esperienze passate.

Le funzioni sopracitate vengono stimolate attraverso l'uso di tecniche specifiche, presentate anch'esse di seguito.

- La tecnica che rappresenta uno degli strumenti più potenti all'interno dei metodi attivi è quella dell'inversione di ruolo. Essa prevede che un individuo assuma il ruolo di un "altro", che può essere un'altra persona, un oggetto significativo, un simbolo, un'idea o anche una caratteristica del protagonista stesso. Questa metodologia offre al protagonista la possibilità di esplorare e comunicare la propria percezione soggettiva dell'altro. In questo modo il partecipante ha l'opportunità di osservare situazioni e relazioni da una prospettiva differente, scoprendo nuove sfumature e significati.
- La tecnica del doppio, invece, è progettata per dare voce a sentimenti e pensieri che il soggetto protagonista non riesce a esprimere, spesso a causa di inibizioni personali come vergogna, paura o senso di colpa. Nel suo funzionamento, il conduttore invita i membri del gruppo a intervenire, "doppiando" le emozioni e i pensieri che il protagonista fatica a comunicare. Questo processo crea un ponte tra l'esperienza interna del protagonista e l'espressione esterna, consentendo di esplorare e verbalizzare sentimenti che altrimenti rimarrebbero inespressi.
- Un'ulteriore tecnica è quella dello specchio che implica la partecipazione di un alter-ego che interpreta il ruolo del soggetto protagonista durante la messa in scena. Attraverso questa rappresentazione, l'alter-ego riflette l'immagine che il protagonista proietta di sé verso il mondo esterno e, in particolare, verso il gruppo. Questo processo consente al protagonista di osservare come viene percepito dagli altri, creando un'opportunità per una riflessione profonda sulla

propria identità e sul modo in cui le proprie emozioni e comportamenti influenzano le dinamiche interpersonali.

- La tecnica dell'amplificazione, invece, è progettata per evidenziare emozioni specifiche come gioia, odio, amore o rabbia, permettendo a queste esperienze di emergere in modo chiaro all'interno di un contesto emotivo che altrimenti potrebbe apparire confuso o caotico. Essa diviene particolarmente utile nel momento in cui una persona ha difficoltà a riconoscere o vivere pienamente un'emozione, rimanendo intrappolata in comportamenti ripetitivi o in uno stato di blocco emotivo.
- Nella tecnica dell'intervista, che rappresenta un passaggio fondamentale all'inizio di un'azione psicodrammatica, il conduttore ha l'opportunità di interagire con il protagonista, aiutandolo a chiarire e approfondire le proprie esperienze emotive. Attraverso domande mirate e ascolto attivo, l'obiettivo è quello di rendere espliciti i pensieri, i sentimenti e le dinamiche relazionali che il protagonista desidera esplorare.
- La sociometria, infine, è un insieme di tecniche progettate per rivelare le forze attrattive (*tele positivo*) e repulsive (*tele negativo*) che influenzano le dinamiche di un gruppo. Forze che possono manifestarsi in svariati modi, come affinità, alleanze o conflitti tra i membri. Esistono due principali forme di sociometria: quella grafica e quella d'azione. In quest'ultima il protagonista viene collocato al centro della scena per esplorare attivamente le relazioni con gli altri membri del gruppo, consentendo di identificare e comprendere meglio le dinamiche sociali (Vita et al., 2019, p. 748-749).

Queste tecniche psicodrammatiche vengono integrate all'interno di percorsi di riabilitazione psicosociale sotto forma di interventi attivi, espressivi a mediazione teatrale, in cui i partecipanti possono esplorare e rielaborare le proprie esperienze in uno spazio sicuro, privo di giudizio.

3.2.4 Studi sperimentali sull'efficacia delle tecniche psicodrammatiche

In riscontro a quanto precedentemente enunciato, si evidenziano studi sperimentali volti a esaminare l'impatto dei programmi che utilizzano tecniche psicodrammatiche sopracitate su individui affetti da patologie psichiatriche.

Uno studio, condotto nel 2022 da Cheung A, Agwu V, Stojcevski M, Wood L, Fan X., ha analizzato gli effetti di un programma pilota di drammaterapia a distanza su individui affetti da disturbi mentali severi. I partecipanti idonei comprendevano adulti di età compresa tra 18 e 65 anni, con gravi malattie mentali, quali il Disturbo dello Spettro Schizofrenico, la Depressione Maggiore e il Disturbo Bipolare. Sono stati esclusi, invece, coloro che presentavano condizioni cliniche instabili che avrebbero potuto ostacolare la piena partecipazione alle attività proposte. Complessivamente sono stati reclutati otto individui, di cui il 50% con Schizofrenia e il restante 50% con Disturbo Schizoaffettivo. L'intervento di drammaterapia, della durata di dodici settimane, è stato realizzato utilizzando un approccio co-attivo, nel quale drammaterapeuti e pazienti hanno collaborato alla creazione di una performance online interattiva e aperta al pubblico. Erogato a distanza per promuovere la sicurezza durante la pandemia e aumentare la partecipazione, il programma consisteva in dieci sessioni settimanali. Sono stati utilizzati diversi approcci inerenti sia alla tecnica dell'improvvisazione teatrale sia a esercizi di scrittura creativa dialogica. Oltre a ciò, l'ambiente promosso dai conduttori si basava su riflessioni emotive ma anche dinamiche interpersonali e analisi del personaggio teatrale. Sono state somministrate quattro scale quantitative, tra le quali la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)⁸, sia all'inizio che al termine del programma, per valutare in modo dettagliato l'impatto dell'intervento. I risultati indicano che la drammaterapia a distanza conferisce un valore significativo ai partecipanti, contribuendo attivamente al loro processo di recupero e promuovendo la consapevolezza. Tuttavia, emerge l'esigenza di ulteriori studi su larga scala per valutare in modo più approfondito i benefici clinici di tale intervento, perché sebbene siano stati osservati segnali di miglioramento in alcuni ambiti, è fondamentale un campione più ampio per ottenere una valutazione più

⁸ Scala concepita per valutare il decorso clinico e l'efficacia del trattamento nei soggetti con disturbo dello spettro schizofrenico.

accurata dell'efficacia dell'approccio riabilitativo a mediazione teatrale (Cheung et al., 2022).

Uno studio clinico randomizzato condotto nel 2019 da Corbett BA, Ioannou S, Key AP, Coke C, Muscatello R, Vandekar S, Muse I. ha valutato l'efficacia di un intervento a mediazione teatrale su 77 giovani, di età compresa tra 8 e 16 anni, con Disturbo dello Spettro Autistico ad alto funzionamento. L'obiettivo principale dello studio era valutare l'impatto di SENSE Theatre⁹ sulla cognizione sociale e sul comportamento di un campione di giovani con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD). Questo intervento utilizza giochi teatrali, esercizi di role-playing, improvvisazione e sviluppo del personaggio, il tutto nell'ambito della messa in scena di un'opera teatrale. I risultati ottenuti ampliano le informazioni ottenute precedentemente, dimostrando che l'intervento teatrale non solo è efficace, ma porta a miglioramenti clinicamente significativi nelle competenze sociali dei giovani coinvolti (Corbett et al., 2019). Ciò suggerisce che le attività teatrali possono rappresentare una strategia utile per promuovere lo sviluppo delle abilità sociali in bambini e giovani con ASD ad alto funzionamento. Un ulteriore studio del 2014 si pone come obiettivo l'osservazione dell'efficacia di un programma di SENSE Theatre in giovani con Disturbo dello Spettro Autistico, applicandolo all'interno di un campo estivo della durata di due settimane. Prima e dopo il trattamento, sono state valutate le capacità di percezione e interazione sociale avvalendosi di scale di valutazioni neuropsicologiche. I livelli di cortisolo salivare per valutare l'eccitazione fisiologica sono stati misurati in tutti i contesti, quali casa, teatro e parco giochi. I dati sono stati analizzati e sono emerse significative differenze nell'elaborazione del volto, nella consapevolezza sociale e nella cognizione sociale. Si è registrato un aumento della durata dell'interazione con i coetanei familiari nel corso del trattamento, mentre l'impegno con i nuovi coetanei al di fuori dell'ambiente di trattamento è rimasto stabile. I livelli di cortisolo sono aumentati il primo giorno del campo rispetto ai valori domestici, ma sono diminuiti entro la conclusione del trattamento e si sono ulteriormente ridotti durante il gioco post-trattamento con i coetanei (Corbett et al., 2014).

⁹ SENSE Theatre è un programma di ricerca ideato da Blythe Corbett, professore di psichiatria e scienze comportamentali e ricercatore del Vanderbilt Kennedy Center, e sviluppato per i giovani, dai 10 ai 16 anni, con disturbo dello spettro autistico (ASD).

Un ulteriore studio clinico randomizzato, condotto nel 2024 da Abeditehrani H., Dijk C., Neyshabouri M. D., Arntz A. ha esaminato l'efficacia di tecniche psicodrammatiche e di terapie di gruppo cognitivo-comportamentale (CBGT), in contrapposizione a una terapia che unisce le due discipline, in 144 pazienti con Disturbo D'ansia Sociale. La CBGT utilizza tecniche quali la ristrutturazione cognitiva e l'esposizione per ridurre l'evitamento e sfidare le convinzioni disfunzionali. Tale approccio unito alla messa in scena psicodrammatica consente ai pazienti di esplorare la propria emotività e, grazie all'esperienza teatrale, di esprimerla in un contesto protetto, impiegando modalità di pensiero alternative. Gli interventi si sono svolti attraverso 12 sedute settimanali, ciascuna della durata di 2,5 ore. I gruppi erano formati da sei pazienti e due terapeuti. I trattamenti attivi hanno evidenziato una riduzione significativa delle segnalazioni di ansia sociale tra le valutazioni effettuate prima e dopo l'intervento. Inoltre, gli effetti positivi osservati sono stati mantenuti nel tempo, come dimostrato dai dati raccolti durante il follow-up, il che suggerisce che i trattamenti hanno avuto un'efficacia duratura. Questi risultati sono corroborati da stime simili che indicano un miglioramento affidabile e clinicamente significativo in tutte le condizioni analizzate, rafforzando l'idea che tali interventi possano apportare reali benefici ai pazienti nel lungo periodo (Abeditehrani et al., 2024).

3.3 Le finalità dei metodi attivi in riabilitazione

I metodi attivi si pongono diversi obiettivi chiave nel contesto della riabilitazione e dello sviluppo personale. Innanzitutto, mirano a promuovere il cambiamento attraverso l'esplorazione dei ruoli personali e sociali. Questo processo permette ai partecipanti di riflettere su come le loro identità e interazioni influenzano il loro comportamento. In secondo luogo, si cerca di sviluppare relazioni soddisfacenti, facilitando un ascolto attivo sia di sé stessi che del contesto sociale, favorendo lo sviluppo di un certo livello di consapevolezza delle dinamiche relazionali e delle emozioni proprie e altrui. Un altro obiettivo importante è rendere consapevole l'individuo dei propri punti di forza e delle proprie difficoltà.

Oltre a questi obiettivi generali, i metodi attivi si concentrano su aspetti specifici come:

- Sviluppo delle capacità cognitive, metacognitive e di mentalizzazione

- Espressione e riconoscimento delle emozioni interne
- Miglioramento delle abilità di *problem solving*
- Comprensione delle relazioni tra il sé intrapsichico e il sé somatico
- Potenziamiento delle competenze relazionali
- Riduzione dei sintomi negativi (Vita et al., 2019, p. 749-750).

L'utilizzo delle metodologie attive nella riabilitazione psicosociale è estremamente versatile e può essere adeguato a seconda dei bisogni di diverse classi diagnostiche di disturbi, tenendo in considerazione attentamente i diversi membri. Formare gruppi omogenei, ovvero composti da partecipanti con diagnosi simili, consente di affrontare in modo più mirato i bisogni comuni e di dedicarsi insieme al raggiungimento degli obiettivi in modo efficace.

Quando si lavora con gruppi di persone che presentano un funzionamento psichico maggiormente instabile, è utile avvalersi di "io ausiliari" professionisti: operatori, specificamente formati per applicare le metodologie attive, e che svolgono un ruolo di supporto, assistendo e fornendo aiuto ai partecipanti (Vita et al., 2019, p. 751).

CAPITOLO 4. LABORATORIO TEATRALE, ESPERIENZA IN CENTRO DIURNO RIABILITATIVO, PROFESSIONE INFERMIERISTICA

4.1 Laboratorio terapeutico a mediazione teatrale

Una sessione di lavoro di gruppo si compone di tre fasi distinte, ciascuna con obiettivi e metodologie specifiche:

- la prima è il riscaldamento, fondamentale per creare un ambiente di fiducia e accoglienza. Vengono utilizzate attività e tecniche espressive, come danza, disegno, musica e gioco, per far emergere temi e problematiche che saranno approfonditi nelle fasi successive. L'obiettivo è facilitare la connessione tra i partecipanti e preparare il terreno per un coinvolgimento attivo.
- La seconda fase approfondisce l'attività individuale e collettiva, attraverso un'analisi dei temi emersi durante il riscaldamento, e utilizza tecniche attive e di messa in scena per esplorare le dinamiche interpersonali.
- La terza fase si basa sull'integrazione, solitamente caratterizzata da un dialogo verbale, ma che può includere anche una componente corporea. Questa fase si caratterizza principalmente per l'analisi e la riflessione riguardo a quanto emerso durante le fasi precedenti, sia dal punto di vista delle esperienze vissute che delle dinamiche relazionali. Questo processo di riflessione non solo rafforza il legame tra i membri, ma permette anche di consolidare le esperienze e le intuizioni acquisite (Vita et al., 2019, p. 749).

Il corpo svolge un ruolo cruciale durante le sessioni di gruppo. Il contatto fisico è un elemento significativo che contribuisce alla comunicazione tra i partecipanti. Allo stesso modo, il rifiuto del contatto o l'espressione di disagio sono indicatori altrettanto importanti, poiché rivelano come i membri del gruppo percepiscono le interazioni e le relazioni reciproche. Queste dinamiche corporee possono essere interpretate sia in termini soggettivi riferendosi alle sensazioni e alle emozioni personali che ogni individuo prova durante le interazioni, sia in termini sociometrici, occupandosi delle dinamiche sociali in atto all'interno del gruppo.

Il ruolo del conduttore è cruciale nella preparazione delle sessioni di gruppo, poiché deve considerare attentamente la fase di sviluppo del gruppo stesso, adattando le

istruzioni e le tecniche in base ai bisogni dei partecipanti. Egli non si limita a guidare, ma partecipa attivamente, coinvolgendosi nel gioco e nelle tecniche di gruppo. In questo modo, può utilizzare strumenti come specchi o doppi, o assumere il ruolo di "io-ausiliario" quando necessario, per appoggiare l'esplorazione personale dei partecipanti. Il conduttore non solo offre consigli e sostegno, ma condivide anche le proprie esperienze, i propri difetti e i punti di forza. Questo approccio può avere un impatto significativo sulla dinamica del gruppo perché, la condivisione dell'esperienza tra tutti i membri del gruppo crea un clima di maggior apertura mentale e di fiducia, indispensabile per superare la paura del giudizio (Vita et al., 2019, p. 750).

L'inclusione di un nuovo membro in un gruppo deve essere gestita con particolare attenzione e preparazione, sia per il nuovo utente sia per il gruppo stesso. È essenziale che il nuovo partecipante non si trovi in una fase di scompenso clinico, in modo da poter affrontare adeguatamente il carico emotivo che tale esperienza comporta. Il nuovo membro, quindi, dovrà essere in grado di interagire con gli altri senza agire impulsivamente o reagire in modo conflittuale e questo è importante per mantenere un ambiente positivo e collaborativo. Un altro aspetto cruciale è la necessità di evitare che il nuovo partecipante presenti deliri persecutori, in quanto tale condizione potrebbe compromettere la sua capacità di accettare il feedback e le riflessioni degli altri, portandolo a interpretazioni giudicanti (Vita et al., 2019, p. 750).

4.2 Esperienza in CDR: "Alice nel paese delle meraviglie"

La mia osservazione di un'attività di teatroterapia si svolge presso il Centro Diurno Riabilitativo (CDR) di Campodarsego (PD). Questa struttura semiresidenziale fa parte delle strutture dell'equipe psichiatrica di Camposampiero (PD), all'interno della Unità Operativa Complessa 2 (UOC2) "Alta Padovana del Dipartimento di Salute Mentale della AULSS 6 Euganea. Nel CDR opera un'equipe multiprofessionale composta da infermieri, educatori, Operatori Socio Sanitari, una psicologa e la responsabile psichiatra Dott.ssa Compagno. Sono presenti, inoltre, collaboratori esterni impegnati in attività riabilitative, nonché tirocinanti prelaurea delle diverse professioni coinvolte e specializzandi. La struttura è aperta cinque giorni alla settimana, dal lunedì al venerdì, e offre attività sia al mattino sia, per tre giorni, nel pomeriggio.

Il Centro Diurno di Riabilitazione (CDR) di Campodarsego ha inserito all'interno del suo programma il laboratorio di teatro terapia, che è una delle più longeve tra le attività riabilitative proposte dal servizio. Si tratta della volontà di arricchire un percorso di riabilitazione psicosociale con l'esperienza espressiva a mediazione teatrale. L'obiettivo principale è supportare i pazienti nel loro personale percorso di crescita, costruendo con loro una messa in scena finale che prevede un confronto con un pubblico esterno.

Il gruppo, eterogeneo per età e psicopatologia, si compone di 14 adulti, tra i 21 e i 68 anni, con diagnosi di disturbo mentale. L'equipe di lavoro è composta da differenti professionisti: il gruppo è guidato da un conduttore esperto in tecniche teatrali, coadiuvato dai membri dell'equipe del Centro Diurno Riabilitativo.

Il laboratorio, che si svolge con cadenza settimanale, ha una durata di due ore e mezza per ogni incontro e si sviluppa nell'arco di un periodo di sei mesi. Durante questo tempo, i partecipanti avranno l'opportunità di approfondire le diverse tecniche teatrali e di esplorare il proprio potenziale espressivo in un contesto di supporto e condivisione.

La maggiore finalità del progetto consiste nel conseguire benefici significativi in termini di sviluppo di risorse relazionali e creative, promozione dell'autorealizzazione, acquisizione di una maggiore consapevolezza della propria identità psicofisica, potenziamento dell'espressività, gestione dell'ansia e della timidezza, nonché favorire la fiducia in sé stessi e nel gruppo.

Il percorso è stato suddiviso in due fasi, ciascuna della durata di tre mesi, caratterizzate da metodologie e obiettivi specifici. Questa organizzazione si è resa necessaria per affrontare una delle principali problematiche associate a questo tipo di progetto: il carico d'ansia che può sorgere in preparazione dello spettacolo teatrale finale. Tale ansia potrebbe influenzare negativamente il corso del laboratorio e ridurne l'efficacia riabilitativa.

La prima fase del percorso è stata concepita come gruppo chiuso, pertanto protetto, nel quale il lavoro si è focalizzato sul rapporto con il proprio corpo, sullo sviluppo delle

abilità espressive e comunicative, sulla creazione del personaggio come strumento per manifestare e riconoscere aspetti del sé, e sulla promozione della coesione di gruppo.

La seconda fase è stata organizzata come un laboratorio aperto agli apporti esterni e al confronto in contesti ambientali e relazionali differenti, con un focus particolare sulla creazione dello spettacolo teatrale di “*Alice nel paese delle meraviglie*”.

4.2.1 Risultati dei questionari

Sono stati somministrati dei questionari da me redatti (*Allegato A*) per valutare le percezioni dei partecipanti riguardanti i benefici apportati dall’esperienza espressiva teatrale, suddividendo i risultati in tre macroaree: consapevolezza emotiva e corporea, autostima e gestione emotiva e abilità interpersonali.

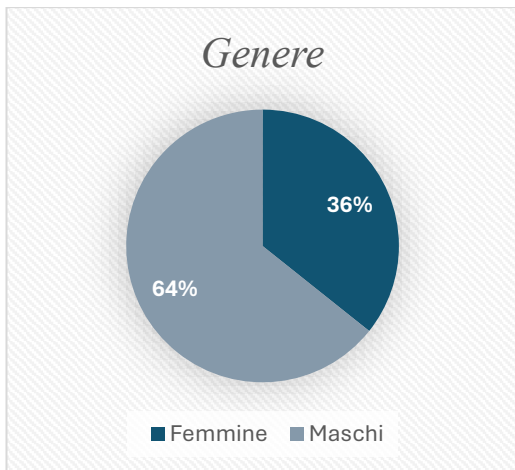
Valutazione qualitativa con l’utilizzo della seguente scala:

1	Per niente
2	Poco
3	Abbastanza
4	Molto

In totale hanno risposto al questionario 14 pazienti, il 100% dei partecipanti al progetto di teatro terapia del CDR, nella massima autonomia, libertà e privacy.

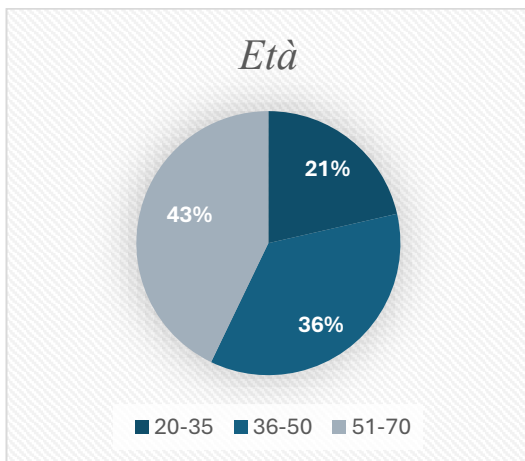
Dai risultati ottenuti, si osserva che la maggior parte dei partecipanti è di sesso maschile.

Figura 1



Nella tabella seguente, suddivisione per età dei partecipanti.

Figura 2



Il grafico (Figura 2) mostra come ci sia una buona eterogeneità d'età all'interno del gruppo di teatro terapia, la quale può favorire un arricchimento delle dinamiche relazionali e delle esperienze condivise.

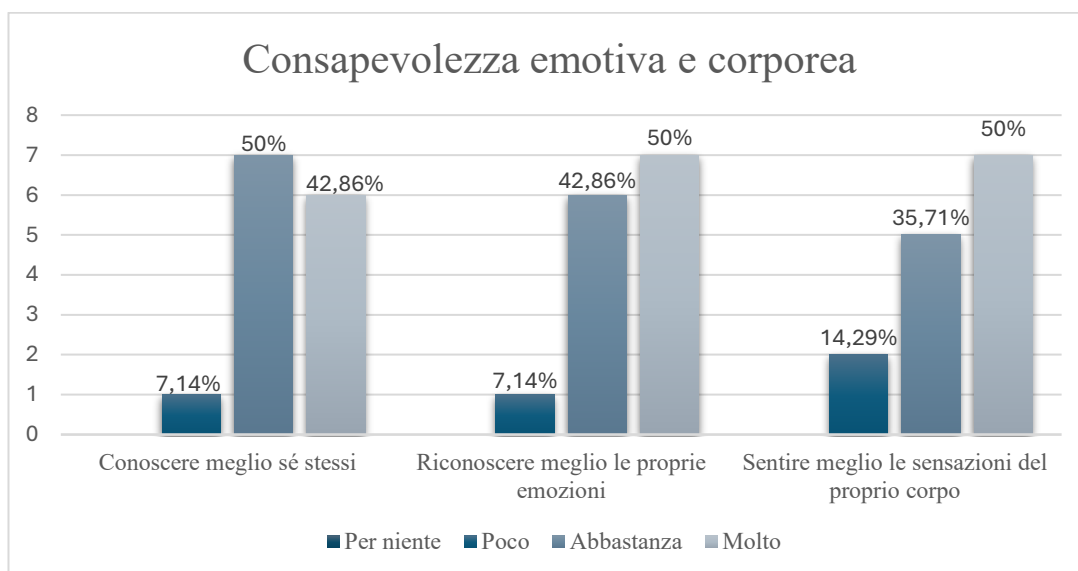
1. Consapevolezza emotiva e corporea

Questa macroarea ha esplorato aspetti fondamentali legati alla comprensione e all'espressione delle emozioni. Le indagini nel questionario hanno incluso:

- conoscere meglio se stessi;
- riconoscere meglio le emozioni;
- sentire meglio le sensazioni del corpo.

Di seguito, è presente un grafico (Figura 3) che illustra le risposte dei partecipanti, evidenziando i progressi compiuti in ciascuno degli aspetti indagati.

Figura 3



I dati raccolti mostrano che la metà dei pazienti percepisce un miglioramento riguardo la comprensione di sé, delle proprie emozioni e sensazioni fisiche. Questo indica un potenziale beneficio per il benessere emotivo e psicologico, suggerendo che interventi di tipo espressivo potrebbero essere efficaci nel promuovere la consapevolezza emotiva e corporea.

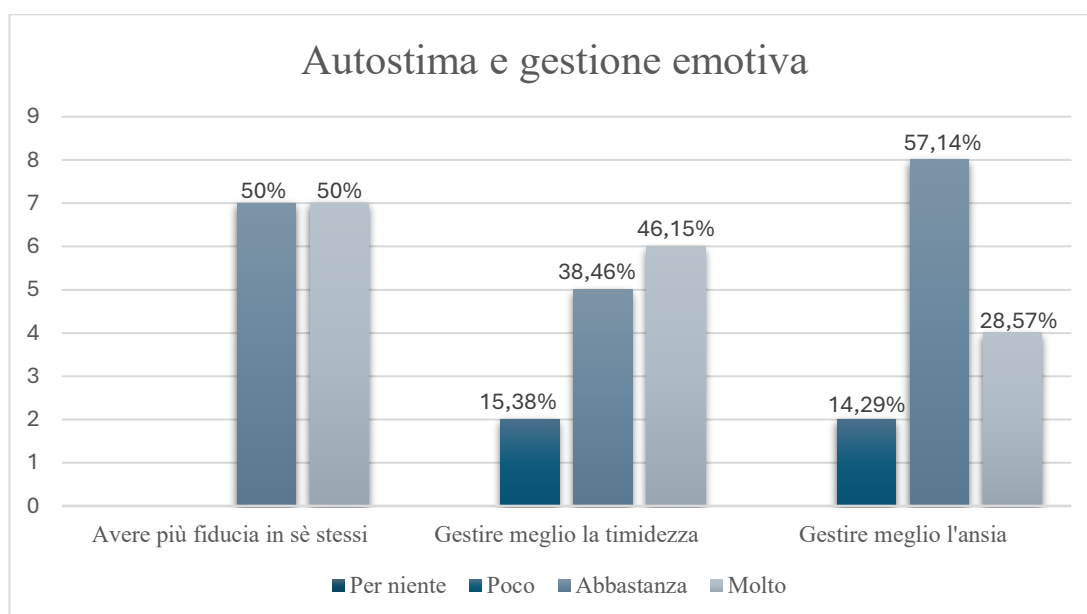
2. Autostima e gestione emotiva

Le indagini del questionario hanno incluso:

- avere più fiducia in sé stessi;
- gestire meglio la timidezza;
- gestire meglio l'ansia.

Di seguito, è presentato un grafico (Figura 4) che illustra le risposte dei partecipanti.

Figura 4



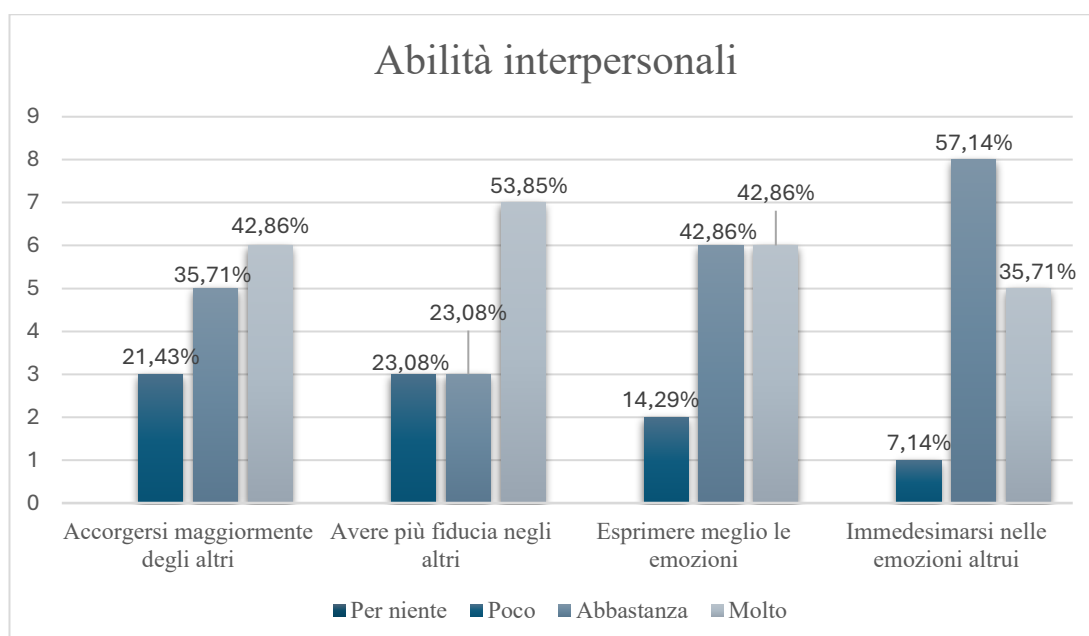
Il grafico mostra come autostima, gestione dell'ansia e gestione della timidezza siano migliorate grazie alla partecipazione al laboratorio teatrale. Il 50% dei partecipanti percepisce un discreto miglioramento della fiducia in sé stesso mentre il restante 50% sostiene di aver avuto un significativo miglioramento. Un dato importante è quello risultante dalla gestione dell'ansia, uno degli obiettivi chiave di questo tipo di percorso. Il 57,14% dei partecipanti percepisce un buon miglioramento nella gestione dell'ansia, mentre il 28,57% un ottimale. Il 46,15% sente di essere migliorato molto nella gestione della timidezza.

3. *Abilità interpersonali*

Le indagini del questionario hanno incluso:

- accorgersi maggiormente degli altri;
- avere più fiducia negli altri;
- esprimere meglio le emozioni;
- immedesimarsi nelle emozioni altrui.

Figura 5



I risultati mostrano come la partecipazione al laboratorio terapeutico a mediazione teatrale abbia portato beneficio anche nel campo delle relazioni. Il 42,86% dei partecipanti sente di accorgersi maggiormente degli altri. Il 53,85% ha più fiducia negli altri. L'85,72% esprime meglio le emozioni e il 57,14% sente di possedere un buon livello di empatia grazie a questa esperienza.

Si conclude l'analisi dei risultati del questionario con alcune risposte date dai pazienti alla seguente domanda: *“Se dovessi consigliarlo, perché lo consiglieresti?”*.

“Lo consigliererei per tutti i motivi elencati nel questionario. È un'esperienza di crescita personale e di gruppo. Tocca la dimensione del 'piacere', è divertente, seppur impegnativo, e ci si mette molto in gioco con sé stessi e con gli altri”.

“[...] perché aiuta a vincere la paura”.

“[...] perché è terapeutico per l'ansia, riesco a gestirla meglio perché mi sento in un ambiente sicuro. Non mi sento giudicata, stare con il gruppo mi piace”.

“[...] serve a staccarti da schemi quotidiani. È divertente, imparo cose nuove, muovo il corpo in modo diverso [...]”

“Lo consigliererei perché ti fa avere più fiducia in te stesso e ti fa stare bene con le altre persone”.

4.3 La professione infermieristica nell'ambito della salute mentale

L'infermiere psichiatrico, professionista specializzato nell'assistenza a pazienti con disturbi mentali, riveste un ruolo fondamentale come promotore del benessere psicofisico del paziente.

In Italia, il *“Profilo Professionale dell'Infermiere”*, istituito con il Decreto n. 739 del 1994, emanato dal Ministero della Sanità, stabilisce il ruolo, le funzioni generali e gli ambiti di competenza dell'infermiere. In conformità a quanto definito nel profilo professionale, *“[...] l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, di natura tecnica, relazionale ed educativa [...]”* (Brugnolli A. e Saiani. L., 2014). Le tre principali funzioni attribuite all'infermiere sono:

- la prevenzione delle malattie;
- l'assistenza a pazienti e disabili di ogni età;
- l'educazione sanitaria.

Per quanto riguarda specificamente la funzione assistenziale, l'infermiere è considerato responsabile di tutte le fasi del processo. Ciò include l'identificazione dei bisogni sia della persona sia della collettività, la formulazione di obiettivi pertinenti, nonché la pianificazione, l'attuazione e la valutazione degli interventi assistenziali.

È necessario che l'infermiere, nell'attuare l'attività assistenziale, consideri che i pazienti con psicopatologia presentano oggi problematiche sempre più complesse, le quali richiedono interventi multidisciplinari da parte di diversi professionisti sanitari e sociali. È fondamentale, quindi, che l'infermiere riconosca le competenze specifiche di ciascun professionista al fine di integrare le proprie in un contesto di cooperazione. Sebbene tutti i professionisti operino verso il raggiungimento di un obiettivo unitario, ciascuno è, tuttavia, responsabile di uno specifico campo d'azione professionale.

Quando si considera la programmazione di un intervento riabilitativo, è importante che il professionista coinvolto possieda una serie di competenze e abilità che saranno fondamentali per raggiungere gli obiettivi prefissati.

- In primo luogo, le capacità introspettive consentono al professionista di avere una chiara consapevolezza di sé. Conoscere le proprie emozioni mantenendo un equilibrio emotivo contribuisce a potenziare le capacità di coping del professionista, contribuendo a un ambiente di cura più sereno. Questo equilibrio non solo aiuta a gestire le situazioni stressanti, ma consente anche di essere un modello positivo per i pazienti, che possono trarre ispirazione dalla calma e dalla resilienza del professionista. La flessibilità e la pazienza sono altre qualità indispensabili. La riabilitazione è un processo spesso lungo e complesso, che richiede un adattamento continuo alle esigenze e alle progressioni del paziente. Essere disposti a modificare le strategie terapeutiche e ad affrontare imprevisti con un atteggiamento positivo è fondamentale per il successo dell'intervento.
- In secondo luogo, è fondamentale lo sviluppo di ottime capacità interpersonali. Uno dei pilastri della relazione terapeutica è l'ascolto attivo. Questo permette al professionista di cogliere le sfumature emotive del paziente, comprendendo il significato profondo delle sue esperienze. La motivazione è un altro elemento chiave nella relazione. Un paziente in riabilitazione può affrontare momenti di

sconforto e frustrazione. Utilizzare tecniche di motivazione, come il rinforzo positivo, la valorizzazione dei piccoli progressi e la celebrazione dei successi, aiuta il paziente a mantenere alta la propria motivazione. Inoltre, la creazione di obiettivi realistici e raggiungibili, insieme al paziente, può rafforzare il senso di controllo e autonomia, essenziali per il suo percorso di recupero. Sostenere il paziente nelle diverse fasi del piano riabilitativo richiede una sensibilità particolare. Ogni fase del percorso comporta sfide diverse, e il professionista deve essere in grado di adattare il proprio approccio in base alle esigenze emergenti del paziente.

- Infine, le relazioni con i membri dell'equipe terapeutica sono di fondamentale importanza per il successo degli interventi riabilitativi. La predisposizione all'ascolto e all'assertività sono competenze chiave in questo contesto. Essere assertivi significa esprimere le proprie opinioni e preoccupazioni in modo chiaro e diretto, senza sminuire le opinioni degli altri. Questo comportamento promuove una comunicazione efficace, riduce il rischio di fraintendimenti e facilita la risoluzione dei conflitti. In un'equipe terapeutica, la capacità di esprimere le proprie idee in modo rispettoso e costruttivo è essenziale per sviluppare un piano di trattamento coerente e condiviso.

La Salute Mentale ha una natura complessa, influenzata da una molteplicità di fattori. Negli ultimi tempi, infatti, si è cercato di adattare il campo della Salute Mentale ai bisogni delle persone con psicopatologia. È indispensabile, quindi, che l'infermiere specializzato in Salute Mentale adotti un approccio olistico che consideri la persona nella sua totalità, dotandosi di competenze in assistenza preventiva e riabilitativa oltre a quelle necessarie durante le fasi acute della psicopatologia.

L'Infermiere in Salute Mentale e Psichiatria responsabile della gestione dei processi infermieristici:

- *accoglie la domanda della persona, della famiglia, decodifica il bisogno di cura e assistenza, identifica le priorità assistenziali e pianifica, in seno all'equipe nel contesto del lavoro interventi volti alla riacquisizione dell'autonomia e autodeterminazione;*

- *garantisce la continuità delle cure, l'integrazione multi-professionale e la tutela dei diritti della persona;*
- *fornisce consulenza specialistica ad altri operatori sanitari nelle Unità Operative ospedaliere /o in strutture sanitarie e socio-sanitarie territoriali;*
- *assiste la persona nelle fasi di acuzie, post-acuzie e nel percorso di ripresa;*
- *promuove, nel suo operare, la cultura di contrasto allo stigma e adotta un approccio improntato alla recovery (Position Statement - L'infermiere di Salute Mentale e Psichiatria , 2024).*

CAPITOLO 5. CONCLUSIONI

I risultati degli studi analizzati dimostrano come l'esperienza espressiva teatrale possa essere un valido strumento di supporto all'interno di un percorso di riabilitazione psicosociale. È essenziale, quindi, incentivare la ricerca *evidence-based* in questo campo utilizzando scale di valutazione che possano validare gli studi.

I risultati dei questionari somministrati agli utenti coinvolti nel progetto di teatro terapia del Centro Diurno di Riabilitazione hanno confermato quanto questa esperienza sia percepita come utile e trasformativa. Essi hanno avvertito miglioramenti nella comprensione di sé, nella gestione emotiva, nell'autostima, nella gestione dell'ansia e nelle capacità interpersonali.

Il campo della riabilitazione psichiatrica è in continua evoluzione e richiede un approccio multidisciplinare che integri terapie tradizionali con approcci innovativi. L'esperienza teatrale promuove non solo la creatività e l'espressività individuale ma anche relazioni di fiducia che possono migliorare la qualità della vita e facilitare la riabilitazione. È importante sottolineare che questi interventi di tipo "espressivo" si inseriscono all'interno di un progetto più ampio di interventi (come farmacoterapia e psicoterapia) e che affiancata a questi, l'esperienza può portare benefici come aumentare la compliance, l'aderenza ai trattamenti, e una riduzione della sintomatologia.

In questo contesto, la figura dell'infermiere è cruciale, perché non solo svolge un ruolo fondamentale nella cura e nel supporto dei pazienti, ma può anche facilitare l'accesso a esperienze espressive come il teatro. Come trattato precedentemente, infatti, l'assistenza infermieristica nel campo della salute mentale e della psichiatria si concretizza mediante la progettazione, l'implementazione e la revisione continua di percorsi assistenziali, educativi, riabilitativi e formativi, rivolti ai soggetti con disturbo mentale. L'infermiere, dunque, emerge come figura fondamentale nella promozione di interventi terapeutici a mediazione teatrale. Grazie alle sue numerose competenze professionali e alla relazione terapeutica di fiducia che instaura con i pazienti, può, inoltre, partecipare in modo attivo ai laboratori rivestendo il ruolo di "io-ausiliario". Quest'ultima figura, descritta nei capitoli precedenti, appoggia l'esplorazione dei

partecipanti interpretando figure significative per il protagonista della scena. Questo approccio è in linea con il *caring* infermieristico. Il prendersi cura, o *caring* infermieristico, è una pratica che si realizza attraverso azioni competenti cliniche, relazionali ed emotive specifiche. All'interno di un laboratorio teatrale, l'infermiere può mettere in atto interventi educativi e relazionali, pronunciando parole che curano. Mortari in "La pratica dell'aver cura" (2006) scrive che *"è solo a partire dalla comprensione dell'esperienza vissuta dal paziente che l'infermiere può aiutarlo a non soccombere al senso di dipendenza e vulnerabilità e recuperare il senso della propria integrità e la disponibilità ad una presenza attiva"* (Brugnolli A. e Saiani. L., 2014). In un contesto teatrale, il paziente è libero di esprimersi in modo creativo e di riflettere su se stesso e sul mondo che lo circonda. L'infermiere lo incoraggia e lo supporta, affrontando con lui difficoltà e vulnerabilità che possono emergere in questa ricerca, aiutandolo a trasformarle in opportunità di crescita.

In questo modo il teatro diventa un luogo di crescita personale, di cura, di ascolto, di resilienza, di integrazione e connessione con la natura umana.

BIBLIOGRAFIA

- Abeditehrani H., Dijk C., Neyshabouri M. D., Arntz A. (2024). *Effectiveness of cognitive behavioral group therapy, psychodrama, and their integration for treatment of social anxiety disorder: A randomized controlled trial*. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2023.101908>
- American Psychiatric Association (2013). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali Quinta Edizione DSM-5 Edizione italiana*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ba Gabriella (2016). *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*. Franco Angeli.
- Bazzi T. e Giordano A. (1961). *Enciclopedia Italiana Treccani, Psicopatologia*.
Tratto da Treccani:
[https://www.treccani.it/enciclopedia/psicopatologia_\(Enciclopedia-Italiana\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/psicopatologia_(Enciclopedia-Italiana)/)
- Brugnolli A. e Saiani. L. (2014). *Trattato di Cure Infermieristiche - II edizione*. Idelson-Gnocchi.
- Cheung A, Agwu V, Stojcevski M, Wood L, Fan X. (2022). *A Pilot Remote Drama Therapy Program Using the Co-active Therapeutic Theater Model in People with Serious Mental Illness*. Community Ment Health Journal.
doi:<https://doi.org/10.1007/s10597-022-00977-z>
- Corbett B. A., Swain DM, Coke C, Simon D, Newsom C, Houchins-Juarez N, Jenson A, Wang L, Song Y. (2014). *Improvement in social deficits in autism spectrum disorders using a theatre-based, peer-mediated intervention*. Autism Res. doi:<https://doi.org/10.1002/aur.1341>
- Corbett, B. A., Ioannou, S., Key, A. P., Coke, C., Muscatello, R., Vandekar, S., & Muse, I. (2019). *Treatment Effects in Social Cognition and Behavior following a Theater-based Intervention for Youth with Autism*. Developmental Neuropsychology. doi:<https://doi.org/10.1080/87565641.2019.1676244>

- Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche e Società Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale (2024). *Position Statement - L'infermiere di Salute Mentale e Psichiatria*.
- Gazzetta Ufficiale (s.d.). *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994*. Tratto da Gazzetta Ufficiale : <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1994/04/22/094A2566/sg>
- Gazzetta Ufficiale (s.d.). *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Legge 13 maggio 1978, n.180*. Tratto da Gazzetta Ufficiale : <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/16/078U0180/s>
- Kumar V, P. K. (2024, January). *Creative pursuits for mental health and well-being*. Indian Journal Psychiatry.
doi:https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_781_23
- Mead S. e Copeland M. E. (2000). *What recovery means to us: consumers' perspectives*. Community mental health journal 36, 315-328.
doi:<https://doi.org/10.1023/A:1001917516869>
- Mocci, L. (2022). *Connessioni. Psicodramma e teatro sociale* [Tesi di specializzazione]. Studio di psicodramma. Milano.
- Moreno, J. L. (1953). *Who Shall Survive?* New York: Beacon House.
- OMS. (2005, Gennaio 12-15). *Dichiarazione sulla salute mentale per l'Europa*. "Affrontare le sfide, costruire soluzioni". Helsinki, Finlandia.
- OMS. (2022, Giugno 17). *World Health Organization, Mental Health*. Tratto da World Health Organization - Mental Health : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Treccani. (s.d.). *Treccani, Percezione*. Tratto da <https://www.treccani.it/vocabolario/percezione/>
- Vita Antonio, Dell'Osso Liliana e Mucci Armida (2018). *Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica - Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale - Volume 1*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.

Vita Antonio, Dell'Osso Liliana e Mucci Armida (2019). *Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica - Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale - Volume 2*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.

ALLEGATO A



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

**Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica**

Vi chiedo gentilmente di compilare questo questionario nella massima libertà e sincerità. La vostra privacy verrà garantita in quanto il questionario è anonimo. Il vostro singolo contributo per me è essenziale perché grazie alle vostre risposte, potrò dare valore e voce alle vostre esperienze e sensazioni all'interno della mia tesi, che acquisirà un valore più personale e intimo.

Sesso (traccia una X)

- femmina
- maschio

Età _____

Da quanti anni frequenti il Centro Diurno Riabilitativo di Campodarsego? _____

Da quanti anni frequenti il corso di teatro-terapia? _____

Ti piace partecipare al corso di teatro-terapia? (traccia una X)

- sì
- no
- non so

Il corso di teatro terapia ti ha aiutato a...?

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
Conoscere meglio te stesso				
Riconoscere meglio le tue emozioni				
Sentire meglio le sensazioni del tuo corpo				
Avere più fiducia in te stesso				
Gestire meglio la timidezza				
Gestire meglio l'ansia				
Accorgerti maggiormente degli altri				
Avere più fiducia negli altri				
Esprimere meglio le tue emozioni				
Immedesimarti nelle emozioni altrui				

Se dovessi consigliarlo, perché lo consiglieresti?

Grazie per il tuo gentile aiuto,

Alice