

Amedeo Galluppi ASL 3 Pistoia

## **IL TEATRO NELL'INTERVENTO PSICHIATRICO**

### **Il servizio pubblico fra cura, riabilitazione, intrattenimento.<sup>I</sup>**

**L'esperienza di Pistoia: un progetto di ricerca formazione sperimentazione**

**Dalle “cerimonie istituzionali” negli ospedali psichiatrici alla collocazione nella rete dei Centri diurni**

**Una personale esperienza: nascita di un pregiudizio**

Non ho mai partecipato ad una recita in manicomio, ma so che sono esistite.

Ho cominciato a lavorare nell'Ospedale Psichiatrico di Treviso avendo piena responsabilità di centocinquanta pazienti. Ho imparato in pochi giorni che la scienza che mi aveva trasmesso l'Università ....lì.....aveva corso legale, ma non valeva. Mi accorsi che questo “alieno” sapere contava ancor meno per i ricoverati. Io stesso non ero vero. Ero una rappresentazione. Mi misi comunque a fare il dottore, ma contemporaneamente – per essere vero - fingevo di farlo. Fu una operazione complessa: entravo ed uscivo da quel personaggio. Riuscivo a rappresentare tanti dottori diversi con tanti pazienti diversi eppure mantenevo una unicità riconoscibile. La situazione di vita dei reparti migliorava, le dimissioni erano più frequenti e durature. Un giorno una gentile collega mi disse che era rimasta molto impressionata dai miei sforzi terapeutici, ma.....in particolare.....dal modo in cui mi muovevo, gesticolavo e..... “riempivo lo spazio”. Credo che proprio in quel momento mi si sia consolidata l'idea, il “pregiudizio” del teatro nell'intervento psichiatrico.

---

I .Sono indicati di seguito con il segno a), b), c)..... i documenti di programmazione e gli obiettivi ( progetti di ricerca formazione sperimentazione) del Settore Strutture Semiresidenziali e Residenziali della Unità Funzionale Salute Mentale Adulti della ASL 3 Regione Toscana Zona di Pistoia anni 2001 e 2002

## **Lo scenario della costituzione dei servizi territoriali dopo la legge 180/1978**

La costituzione dei servizi territoriali è stata molto lenta. Basti pensare che nel 1992 si contavano in tutto il Paese 42 Centri Diurni.(dati CENSIS)

### **I modelli di intervento, oggi**

Con estrema sintesi ne possiamo identificare due quello “tradizionale” e quello comunitario.

I Servizi di Salute Mentale, oggi, in Italia, sono una miscela (più o meno buona) di queste due componenti

In una situazione di questo tipo – di riforma mancata – è interessante partire dai punti critici comuni ai due modelli.

Nella programmazione degli interventi del Settore ho preso in considerazione:

1. DUI (Duration of Untreated Illness) (tempo intercorrente fra la prima manifestazione di disagio e il contatto con i servizi – Early Detection)
2. DUP (Duration of Untreated Psychosis – Early Intervention) (tempo intercorrente fra l’inizio sintomatologico ed accesso al trattamento) -[vedi i]
3. i cosiddetti non collaboranti – [vedi k]
4. l’età di confine – [vedi g]

nell’ipotesi che su di essi potesse influire in modo significativo lo sviluppo di “nuovi linguaggi”:

*Un documento della Agenzia Sanitaria della Regione Toscana del 2001 ipotizza una sottostima di 10 volte della prevalenza delle malattie mentali<sup>II</sup>.*

---

<sup>II</sup> Ritratto della salute in Toscana – Agenzia Regionale di Salute della Toscana – Ed. La Regione Toscana dicembre 2000, pag. 28..... ” *le conoscenze attuali sono basate su stime, spesso poco aderenti alla realtà regionale, o sulla dimensione dell’utenza dei servizi che, come è noto, non rappresenta necessariamente in modo corretto il bisogno della popolazione. Sulla base di stime di varia fonte, si può supporre che i soggetti con patologia psichiatrica grave siano in Toscana circa 7000 (ma sarebbero circa dieci volte di più le persone che esprimono un bisogno di servizi di tipo psichiatrico)”*

## La costituzione dei Centri diurni: il CD Desii 3 di Pistoia

Lo sviluppo delle attività nei Centri diurni – in costante crescita dal 1992 offre, oggi, la possibilità di affrontare con un progetto organico alcuni dei problemi legati alle problematiche citate che sostanziano quella più generale dell'**Intervento Precoce**

Lo scenario a cui mi riferisco è quello di un Centro Diurno (10-15 presenze giornaliere) in cui operano quattro educatori, tre infermieri, un assistente domiciliare a tempo pieno e due psichiatri presenti a fasce orarie. La struttura funziona dal 1992 ed opera – in media - su un gruppo di 40 pazienti, pazienti “difficili” del servizio, inviati sulla base di progetti terapeutici individuali.

Le strategie messe in atto sono:

- **Formazione degli operatori** - [vedib),b), n)]

Si sviluppa su due direttrici principali: dal 1992 alcune operatrici praticano una formazione sulla tematica di genere (Mariangela Falzin); dal 1996 tutto gruppo degli operatori pratica una formazione in Gestalt counselling ad impostazione fenomenologica (Paolo Quattrini). Una ulteriore direttrice (2002) è quella di mettere in evidenza gli aspetti formativi – specie in termini di comunicazione – delle attività di teatro, musica, feldenkrais, pittura. –[vedi j)]

- **Sviluppo dei linguaggi e delle modalità relazionali**

Si può distinguere una prima fase o degli “atelier d’arte” e delle “attività creative”

Gli operatori si costituiscono in gruppo operativo ”multilinguistico” in un clima di Formazione permanente (Ricerca Formazione Sperimentazione) [vedi b), g)] che concentra la propria attenzione sulla

a)Analisi modelli operativi e culturali precostituiti [vedi a)]

b)Introduzione di attività“creative” [ vedi a), c)]

*“...utilizzando le attività creative nell’ambito della assistenza sanitaria, della riabilitazione e dell’educazione speciale, e osservando i risultati in termini di crescita dell’immagine del sé dell’autostima e di interazioni sociali sane, la società può vedere cosa potrebbero fare tutti i suoi membri se solo venisse data loro la possibilità...” (Bernie Warren Arteterapia in educazione e riabilitazione)*

Già dai primissimi tempi sentivamo la necessità di ampliare gli spazi di un comune sentire fra un “noi” e “loro”. Perché abbiamo scelto le forme della espressione creativa, artistica ?

Per me ha contato l’esperienza citata e quella fatta successivamente nell’Ospedale Psichiatrico di Pistoia con la osservazione di alcune pregevoli opere spontanee di ricoverati.

La difficoltà a chiamare specialisti esterni si presentò, inizialmente, solo sotto i suoi aspetti di carattere economico. Si chiarì ben presto, tuttavia, che questo ingresso metteva in gioco i ruoli professionali.

- **La “libera scelta”**

Per chi frequenta la struttura la scelta delle attività è libera ed avviene su numerose proposte di impegno sia individuale che di gruppo.[vedi a), k)]

Gli atelier “ d’arte “ sono: fotografia, pittura, musica, scrittura, poesia, narratologia....

È stato identificato un atelier di “consapevolezza corporea” dove si pratica il metodo Feldenkrais

Gli atelier di attività sono numerosi (vanno dalla cucina, al bricolage, al cucito....al non far niente).

Il valore della diversità: è rappresentato nella sua istanza più significativa: dal 1994 si tiene un “Gruppo Donne” [vedi e),n)] che sviluppa la tematica di genere e addestra alcune operatrici

### **La seconda fase: l’incontro delle diverse competenze professionali**

Nei Centri Diurni, perlomeno in Toscana, si fanno attività abbastanza simili. Il fenomeno di questa specifica collaborazione è diffuso.

Nel CD Desii 3 di PT si agisce secondo piani di intervento individuati dalle competenze specifiche.

Non so se nel tempo possa stabilirsi una sorta di gerarchia fra **arti e mestieri**. Nelle mie intenzioni la differenza fra arte ( o meglio attività artistica) ed attività (altre) è labile, ma di fatto non sarà così. Tenderà a stabilirsi un gioco di poteri [ vedi k)].

### **Ipotesi di una terza fase**

Due possibili evoluzioni

Se.....arte e terapia si assimilano è facile consolidare un “filtro”, produrre un esproprio in un tessuto tanto delicato, scoraggiare o confondere, impoverire.<sup>III</sup>

Se.....

---

<sup>III</sup> l’interpretazione in chiave psicopatologica degli atti creativi di cui trattiamo ripete e rafforza, inoltre, lo stigma che ben conosciamo

: “ *Ecco allora che l’attenzione e la cura delle persone che non ce la fanno con la testa, come si diceva una volta, oggi, più che una specializzazione medica e più che un impegno per una speciale condizione umana, stanno diventando cura e attenzione date a tutto un corpo sociale infermo, facendo appello al sapere e alle energie della vita di relazione nelle sue forme più sorgive ed elementari (che non sono affatto quelle teorizzate dai padri fondatori dello Stato moderno)*” ( *Luisa Muraro – da “Il profumo della maestra” curato da Diotima; Ed. Liguori 1999*)

Non esiste a mio avviso la specificità dell’ arteterapia, ma varie modalità di produrre un arricchimento sia di un singolo , sia di un servizio, sia di una comunità [ vedi t]

## **La mia esperienza di teatro**

In dieci delle dodici Aziende sanitarie toscane esistono, oggi, produzioni di teatro legate alle attività dei Centri Diurni. Le modalità e i tempi di inizio delle produzioni sono diversissime da caso a caso. [vedik]

L’esperienza del Teatro è iniziata a Pistoia in questa struttura nel 1998 con 200 ore di attività. È proseguita nel 1999, 2000, 2001 rispettivamente con 500, 400, 500 ore di attività.

Nei quattro anni ha impegnato 15 utenti e tutti gli operatori che hanno dedicato un numero complessivo di circa 5000 ore [vedi c),o)]

Ha dato luogo alla costituzione di una Cooperativa mista per la produzione di spettacoli.

La pratica del teatro si è concretizzata dopo un mio incontro con il musicista Nanni Canale ed il regista teatrale Alessandro Pecini già realizzatori di un intervento di teatro e musica presso un Centro Diurno psichiatrico di Livorno.

### **Metodologia**

Nel nostro impianto esistono competenze specifiche e livelli di intervento individuati.

Nel Centro si producono i testi, si collabora a stendere la sceneggiatura, ad approntare le scenografie, i costumi. Il lavoro è di gruppo.

### **Il problema della valutazione [vedi k)]<sup>IV</sup>**

Nelle mie intenzioni il teatro – oltre che nuovo e ulteriore linguaggio terapeutico - doveva costituire:

- una cornice entro cui tutte o la maggior parte delle “attività” potessero confluire e quindi essere parte di una creazione collettiva [vedi d),f),i)]
- una modalità secondo cui quella forma di auto aiuto che è l’atto creativo del singolo (anche il suo rappresentarsi) potesse avere una consistenza ed un divenire sociale [vedi i),t)]
- una modalità per esplorare lo spazio di un comune sentire e concretizzarlo in un comune agire ( palcoscenico ?).
- formazione degli operatori sulla “presenza” nel campo operativo

---

<sup>IV</sup> vedi Kane e McGlashan ....La maggior parte dei pazienti necessita di molto di più che della semplice figura del medico o di un particolare trattamento; ciò di cui essi hanno bisogno è di un sistema di assistenza i cui fondamenti comprendono sia l’approccio farmacologico, sia quello psicosociale....La farmacoterapia e i trattamenti psicosociali specifici vengono aggiunti “on top” al sistema e non funzioneranno senza quella base.....

**Conclusioni:** è opportuno ricondurre la operatività dei servizi a progetti compatti di ricerca formazione sperimentazione individuando costantemente “punti critici” su cui concentrare l’attenzione. L’uso di linguaggi molto diversificati - fra cui il Teatro che nella mia esperienza ha raggiunto gli obiettivi posti - può essere (o meno) un elemento innovativo. Esso ha permesso di avvicinarsi in modo soddisfacente ai “punti critici” scelti.

## RIFERIMENTI

DOCUMENTAZIONE ASL 3 – Pistoia, Unità Funzionale Salute MentaleAdulti

Settore Strutture Residenziali e Semiresidenziali

- a) Documento di programmazione anno 2001
- b) Scheda di budget 2001 – obiettivo 1 – Formazione degli operatori delle strutture
- c) Scheda di budget 2001 – obiettivo 2 – Arricchimento delle tecniche e dei linguaggi terapeutici
- d) Scheda di budget 2001 – obiettivo 3 –CD Desii 3 - Tecniche
- e) Scheda di budget 2001 – obiettivo 4 – Promozione degli utenti e dei familiari alla programmazione
- f) Scheda di budget 2001 – obiettivo 5 –CD Desii 3 – Tecniche innovative
- g) Scheda di budget 2001 – obiettivo 6 – Uso di linguaggi “diversi” per interventi integrati per l’età di confine
- h) Scheda di budget 2001 – obiettivo 7 - Tecniche comunicative nei rapporti con i familiari: teatro
- i) Scheda di budget 2001 – obiettivo 8 – Costituzione di un Centro Comunitario Attrezzato di Aggregazione e Produzione Culturale
- j) Scheda di budget 2001 – obiettivo 9 - Intervento precoce
- k) Documento di programmazione anno 2002 (bozza)
- l) Scheda di budget 2001 – obiettivo 1 – Formazione degli operatori delle strutture
- m) Scheda di budget 2001 – obiettivo 2 – Arricchimento dei linguaggi terapeutici ed integrazione comunitaria
- n) Scheda di budget 2001 – obiettivo 3 – Gruppo Donne
- o) Scheda di budget 2001 – obiettivo 4 – Terapia teatrale
- p) Scheda di budget 2001 – obiettivo 5 – laboratorio del mobbing
- q) Scheda di budget 2001 – obiettivo 6 – Centro Comunitario di Attività Creative
- r) Scheda di budget 2001 – obiettivo 11 – Arricchimento delle tecniche e dei linguaggi
- s) Scheda di budget 2001 – obiettivo 13 – Intervento precoce
- t) Scheda di budget 2001 – obiettivo 15 – Centro Comunitario ed attività di socializzazione

## BIBLIOGRAFIA

1. Kane J.M., McGlashan T.H.: Treatment of shizophrenia. Lancet 346, 820-825, 1995.
2. Birchwood M.: Early intervention in schizophrenia: Theoretical background and clinical strategies., British Journal Clinical Psychology 31, 257-278, 1992) ;
3. Birchwood et al .:Early intervention in schizophrenia. British Journal Psychiatry 170 2-5 1997.
4. Mary V. Seeman, MD , Conference Report Women and Psychosis (Medscape Women’s Health 5 (2), 2000 © 2000 Medscape, Inc
5. Ritratto della salute in Toscana – Agenzia Regionale di Salute della Toscana – Ed. La Regione Toscana dicembre 2000
6. Luisa Muraro – da “Il profumo della maestra” curato da Diotima; Ed. Liguori 1999
7. Sternai E, : Dalla riabilitazione alla prevenzione. Il riconoscimento e il trattamento precoce delle psicosi – Lettera – Istituto Mario Negri – Milano , Aprile 1997, XXIII

8. Bernie Warren , Arteterapia in educazione e riabilitazione; ed Trento 1999
9. Chiavacci G, Falzin M, Galluppi A, “Le cose dai sensi” – Città Aperta , Fondazione Michelucci 5, 1987