LA **SALUTE** NELLA SALUTE MENTALE

uno STUDIO PILOTA

Dipartimento Salute Mentale - Azienda ULSS N°8

Regione Veneto

a cura di: Giovanna Bonavolontà, Roberta Gattolin, Ennio Marchesi, Massimo Prior, Marco Savio, Sonia Stella, Sabrina Zorzi

Prefazione di Giuseppe dr.Salce e Anna dr.ssa Vallerini

INDICE

PREFAZIONE 4

di Giuseppe dr. Salce e Anna dr.ssa Vallerini

1. INTRODUZIONE 5
2. LO STUDIO PILOTA articolazione 8
3. EYES TEST e TEORIA DELLA MENTE risultati 16
4. WELL BEING TEST (PGWBI) risultati 21
5. RILEVAZIONE DEGLI STATI EMOTIVI grafici 30
6. MUSICOTERAPIA e risultati di una eterovalutazione 34
7. PSICOMOTRICITA' e risultati di una eterovalutazione 44
8. BIODANZA e risultati di una eterovalutazione 50
9. SINGOLI CASI evoluzione clinica e terapeutica riabilitativa 58
10. CONCLUSIONI 73

BIBLIOGRAFIA 75

Allegati

AUTORI

Bonavolontà Giovanna, Psicomotricista certificata presso l'Isituto Ciserpp di Verona nel 2011 con specializzazione in rilassamento Psicosomatico tecniche Bérgés e Soubirain. Psicologa con laurea specialistica in psicologia Clinica Dinamica indirizzo di Comunità nel 2012. Da l 2009 segue progetti di Psicomotricità nell'ambito del disagio mentale, nelle istituzioni scolastiche, nell'educazione e prevenzione del disagio minorile.

Gattolin Roberta, Psicologa, Iscritta all'Ordine degli Psicologi del Veneto; laureata in Psicologia Clinica presso l'Università degli Studi di Padova nell'anno 2013 con tesi: "Compulsività e Impulsività: confronto tra disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo da dipendenza da alcool"; attualmente specializzanda presso la Scuola Lombarda di Psicoterapia (SLOP, istituto di specializzazione post-lauream in psicoterapia cognitiva neuropsicologica).

Marchesi Ennio, musicista, musicoterapista, animatore in Psicofonia M.L. Aucher, opera da un ventennio presso il Centro di Riabilitazione Medica e Sociale A.R.E.P. di Villorba (TV) , collabora con strutture pubbliche e private come musicoterapista, consulente e formatore. Dal 2005 conduce gruppi di musicoterapia con pazienti psichiatrici presso il CSM di Valdobbiadene - Ulss 8

Prior Massimo, Prof. Dott. Ph. D. Psicoterapeuta – Perfezionato in Neuropsicologia e Psicofisiologia Clinica. Dirigente Psicologo 1° Livello del Servizio Psichiatrico Territoriale-Ambulatorio di Neuropsicologia ULSS n.8. Professore a Contratto Scuola di Psicologia-Università degli studi di Padova.

Salce Giuseppe, Specialista in Neurologia e Psichiatria – Psicoterapeuta – Responsabile UOSD Psichiatria Ulss n.8

Savio Marco, esperto di Alimentazione, Rebirther e Counselor. Operatore e didatta di Biodanza con decennale esperienza nella conduzione con il disagio mentale, fisico e sociale. Promotore del progetto "AMORESSIA" un lavoro di Biodanza specifico per l'Anoressia; è uno dei direttori e supervisori nel progetto"L'Accademia della Vita" a Città di Castello (Umbria) che coinvolge più di 120 utenze fra anziani, alzheimer, ritardo e disagio mentale e disagio sociale.

Stella Sonia, Operatrice biodanza e didatta dal 2000; fondatrice e Vice Presidente dell'associazione di promozione sociale e formativa " Il Suono del Tempo"; Tutor e didatta nelle scuole di Formazione di Biodanza di Bologna e del Triveneto; ideatrice del progetto "La casa Solidale, Forum giovani e Spazio giovani" per l'inclusione sociale dei giovani. Collabora da oltre 15 anni con i Servizi Pubblici e con il Privato Sociale nell'ambito del disagio fisico e mentale.

Vallerini Anna, Specialista in Psichiatria, Psicoterapeuta. Direttore f.f. UOC Centro di Salute Mentale Ulss n.8. Responsabile UOSD Strutture Psichiatriche Residenziali e Semiresidenziali Ulss n.8.

Sabrina Zorzi, educatore professionale in servizio presso il Centro Salute Mentale di Valdobbiadene – ULSS n.8, referente per le attività educativo-riabilitative strutturate del Servizio Psichiatrico Territoriale.

PREFAZIONE

di Giuseppe dr. Salce e Anna dr.ssa Vallerini

In un periodo di grave crisi economica in cui la medicina è costretta a importanti razionalizzazioni delle risorse utilizzabili basandosi sui principi della EBM, è difficile riconoscere il valore che rivestono alcune attività svolte all' interno dei variabili e, soprattutto, individuali, percorsi riabilitativi strutturati in Psichiatria.

Sono passati più di venti anni da quando Benedetto Saraceno ha pubblicato il manuale di riabilitazione psichiatrica La Fine dell' Intrattenimento e lo spunto critico che ne costituiva la motivazione è stato recepito e ben implementato nelle struttture che hanno continuato ad occuparsi di riabilitazione.
Se oggi si parla di Recovery è proprio in virtù di questo processo che ha permesso di riconoscere la valenza basilare della riabilitazione non solo nel processo di cura e reintegrazione sociale ma anche nel perseguimento di quel valore fondamentale che costituisce la Salute individuale, e soggettiva, all' interno del più ampio concetto di Salute Mentale che deve porsi la necessità di garantire a tutti, indipendentemente dalla gravità della patologia di cui si è portatori, il recupero più funzionale possibile in ambito sociale, lavorativo e relazionale.
Le discipline coinvolte in questo studio pilota sono alcune di quelle più utilizzate in ambito riabilitativo e tutte, negli anni, si sono impegnate a verificare la validità della loro applicazione e a cercare le modalità di ottimizzazione e strutturazione all' interno dei processi di recupero.
I limiti degli studi in Psichiatria sono noti, alcuni si ripropongono anche in questo: per esempio la variabilità dei dati acquisibili e la difficoltà di costituire gruppi omogenei di confronto, per cui non si coltiva alcuna ambizione di fornire certezze ma si alimenta il bisogno di verificare il perseguimento di "buone pratiche" all' interno delle strutture deputate alla riabilitazione al di là di quelle che sono le "sensazioni", inevitabilmente soggettive ma per lo più molto realistiche, di operatori sensibilizzati dall' esperienza e dalla verifica quotidiana.
In epoca di estrema tendenza alla quantificazione la Psichiatria rivela tutta la sua difficoltà a rendere "statistiche" modalità operative che richiedono paziente e sapiente investimento prospettico.
L' impegno dell' assistenza psichiatrica è simile ad una tela di Penelope, bastano pochi agiti contrari ad annullare in un attimo lunghi periodi di impegno e dedizione.
Proprio questa innata fragilità impone periodiche verifiche che tentino di oggettivare aspetti del lavoro riabilitaticvo e rinforzare le motivazioni degli operatori.

Questo lavoro costituisce uno di questi convinti ed appassionati tentativi.

1. INTRODUZIONE

La riabilitazione come mission dei Servizi Psichiatrici

Con l'espressione **salute mentale,** secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (**OMS),** si fa riferimento ad uno stato di **benessere** emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni.

Il **benessere (**da *ben – essere* = "*stare bene*" o "esistere bene") è uno stato che coinvolge tutti gli aspetti dell'essere umano e caratterizza la qualità della vita di ogni singola persona.

Non è più solamente l'idea di assenza di patologia ma uno stato complessivo di buona salute fisica, psichica, mentale. Comunemente il benessere viene percepito come una condizione di armonia tra uomo e ambiente, risultato di un processo di adattamento a molteplici fattori che incidono sullo stile di vita.

Alcune ricerche in questo campo hanno concettualizzato il benessere come esperienza emozionale positiva (presenza di affetti piacevoli) e presenza di sentimenti di soddisfazione nei confronti della propria vita (Diener 1984).

Il concetto di **benessere individuale** è integrato da quello di **benessere sociale** inteso come qualità delle relazioni sociali dell'individuo e il proprio funzionamento all'interno della società (Keyes 1998; Larson, 1993).

Individuo e ambiente si influenzano reciprocamente, ogni modificazione di uno dei due soggetti relazionali produce un cambiamento sull'altro.

La riabilitazione psichiatrica è costituita da un insieme di "*strategie abilitanti*" deputate alla riapertura di canali relazionali, alla ridefinizione del tempo, degli spazi, dell'uso della quotidianità.

Coerentemente alla definizione di Salute Mentale, si evince che la riabilitazione psichiatrica è una componente fondamentale del sistema dei servizi, contribuisce a ridefinire la loro missione in termini di promozione dei processi di guarigione e non solo di riduzione delle recidive o dei sintomi.

Ricerche ed esperienze dimostrano che la riabilitazione psichiatrica non solo restituisce la persona alla società, consentendole di recuperare un ruolo produttivo, ma allenta anche il carico familiare, previene le ricadute, riduce l'uso dei farmaci e il ricorso all'ospedalizzazione.

Anche la legislazione considera la riabilitazione come mission del DSM, dal Progetto Nazionale per la Salute Mentale 1998-2000 al progetto obiettivo regionale per la salute mentale 2010-2012 Dgr n.651 del 9 marzo 2010, al Dgr N.752 del 7 giugno 2011 – schema tipo di Regolamento per i Dipartimenti di Salute Mentale. Nell'allegato di quest'ultimo si riporta "l'art.1-FINALITA' DEL DIPARTIMENTO. Il dipartimento di Salute Mentale (DSM) è la struttura operativa dell'ULSS finalizzata a organizzare e coordinare le attività preventive, diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e di inclusione sociale nell'ambito della salute mentale della popolazione residente nel bacino d'utenza dell'Azienda ULSS."

Il perchè dello studio pilota

Tra le varie attività svolte per realizzare la mission riabilitativa, il DSM dell'Ulss n.8, propone da diversi anni delle iniziative strutturate quali la musicoterapia, la biodanza, la psicomotricità, la scrittura creativa, l'arteterapia, etc..... Si ritiene che queste attività, per obiettivi e metodologia specifica, incidano sulla capacità di coping dei pazienti, ovvero forniscano occasione di sperimentare situazioni emotive e pratiche all'interno del gruppo di attività, permettendo di affrontare adeguatamente situazioni pratiche e reali all'interno di relazioni che si intrattengono nel quotidiano.

Obiettivo dello studio pilota è quello di mettere in evidenza in termini sia qualitativi che quantitativi, se le attività riabilitative strutturate proposte, possano indurre dei miglioramenti rispetto al patrimonio delle abilità e competenze relazionali presenti negli utenti e possano contribuire al percorso individuale verso un maggiore benessere.

A tale scopo si sono prese a campione tre attività – musicoterapia, biodanza, psicomotricità - e si è studiata la loro evoluzione nell'arco di tempo compreso fra ottobre 2014 e ottobre 2015.

Per il fatto stesso che un Centro Salute Mentale è un servizio pubblico che deve dare una risposta a qualsiasi utente che ne faccia richiesta , l'accesso degli utenti alle attività durante l'anno è stato controllato ma non selettivo. Ovvero non è stato possibile costituire dei gruppi omogenei e privi di variabili confondenti, in ottemperanza al rigore richiesto dalla ricerca scientifica.

Durante l'anno sono intervenuti dei fattori contestuali esterni che hanno influenzato la capacità delle specifiche attività di incidere sul cambiamento: alcune persone hanno cambiato struttura protetta e/o residenza manifestando regressione del quadro clinico o stasi per questo motivo; altre sono state inserite nonostante presentassero uno scompenso clinico marcato compromettente qualsiasi tipo di intervento educativo-riabilitativo; alcune persone sono state discontinue nella frequenza perchè talvolta ricoverate in SPDC.

Le persone afferenti ai tre gruppi provenivano dal territorio (ovvero dalla loro abitazione privata), dal Centro Diurno di Montebelluna e dal DH di Valdobbiadene, dalla CTRP (comunità terapeutico riabilitativa protetta) ovvero sono pazienti non istituzionalizzati. Alcuni presentano una conflittualità familiare alta, altre presentano un quadro famigliare più stabilizzato.

Negli ultimi anni, al Centro di Salute Mentale, si è assistito ad un incremento della domanda dell'utenza giovane-adulta, con presenza variamente combinata di sintomi sia positivi che negativi, con buone capacità cognitive. La caratteristica comune più evidente di questa utenza è che le persone presentano un quadro psicopatologico in evoluzione, indipendentemente dalla gravità dei sintomi, mostrando un livello di reattività alto e quindi una buona possibilità di raggiungere un migliore adattamento alla realtà. In altri termini si tratta di pazienti nei quali si intravvedono potenziali capacità di coping e di empowerment (coping=fronteggiamento, gestione attiva delle situazioni e delle emozioni e stress connesse; empowerment= capacità individuale di praticare e rendere operative le proprie risorse).

Per i pazienti di nuova presa in carico l'attesa è di una prognosi positiva (reinserimento famigliare, sociale, lavorativo); per i pazienti già in carico, l'attesa è di contrastare la possibilità di involuzione clinica (essendo persone reattive, il rischio è che privandoli di stimoli e supporto, regrediscano clinicamente e nel funzionamento relazionale-sociale).

Anche l'accesso ai tre gruppi di attività ha risentito dell'ingresso di questa nuova utenza. L'iniziale gruppo di psicomotricità di fatto è stato l'unico ad aver visto coinvolte persone a maggioranza ultracinquantenni, con un quadro psico-patologico stabilizzato e con tendenza al decadimento cognitivo, gruppo particolare che ha abbassato la media dei risultati attesi.

2. LO STUDIO PILOTA articolazione

Ipotesi dello studio pilota

Trattandosi di pazienti psichiatrici si sono presi in esame tre abilità che solitamente risultano "danneggiate dalla malattia mentale e che compromettono le competenze relazionali e sociali: l'abilità di riconoscere le proprie e altrui emozioni; di adottare un pensiero diverso da quello stereotipato; di percepire positivamente il proprio stato di benessere.

Su queste variabili si ipotizza abbiano inciso le attività di musicoterapia, biodanza, psicomotricità e per misurare il loro andamento si sono somministrati dei test neuropsicologici per una rilevazione soggettiva dei cambiamenti (espressi dall'utente medesimo) e ogni attività ha applicato i propri strumenti di osservazione del singolo e del gruppo per una eterovalutazione (i cambiamenti rilevati dai conduttori delle attività).

A queste rilevazioni statistiche con strumenti ufficialmente riconosciuti, si è affiancato una scheda dalla grafica semplice e vivace da compilare all'ingresso e all'uscita di ogni incontro-attività con lo scopo di avere un feed-back immediato e spontaneo, di come il singolo utente valutava il proprio stato emotivo.

I tempi della ricerca

Nell'arco di tempo della ricerca (ottobre 2014-ottobre 2015) sono stati individuati 3 tempi in cui somministrare agli utenti i test neuropsicologici poichè le tre attività iniziavano e finivano in tempi diversi (psicomotricità e biodanza iniziavano ad ottobre 2014 e finivano a maggio 2015; musicoterapia iniziava a giugno 2015 e finiva ad ottobre 2015) e di conseguenza anche gli utenti costituenti il campione di ricerca variavano.

T0: ottobre 2014. Vengono somministrati i test agli utenti che iniziano l'attività di psicomotricità e biodanza,

T1: giugno 2015. Vengono somministrati i test agli utenti che finiscono l'attività di psicomotricità e biodanza e a coloro che iniziano musicoterapia.

T2: ottobre 2015. Vengono somministrati i test agli utenti che terminano musicoterapia.

La scelta dei test neuropsicologici e psicologici per l'autovalutazione

I test neuropsicologici individuati per l'autovalutazione sono stati: l'eyes test per rilevare i cambiamenti sull'abilità emotiva; il test teoria della mente per rilevare i cambiamenti sull'abilità del pensiero; il General Well Being Index (PGWBI) per rilevare il cambiamento sulla percezione del proprio stato di benessere.

Di seguito vengono riportate le motivazioni che sostengono la scelta di questi test.

Razionale dei test Teoria della Mente e Eyes Test

E' risaputo che le abilità cognitive di pazienti schizofrenici presentano una certa compromissione, nello specifico nelle funzioni esecutive (Sharma e Harvey 2002, Farkas 2009, Yamada, 2009), nelle abilità mnestiche (Peterson 1959, Crow, 1980, Green, 1996, Sharma e Harvey 2002,), attentive (Frith, 1995, Sharma e Harvey 2002) e di cognizione sociale (Frith, 1995, Blair e Cipollotti, 2000).

Relativamente a quest'ultimo punto secondo Brothers (1990) la **cognizione sociale** rappresenta un dominio cognitivo che comprende l'insieme delle conoscenze ed abilità che maturano nel corso dello sviluppo e che consentono ad un individuo di mantenere un comportamento socialmente adeguato nei vari contesti. In particolare la cognizione sociale include operazioni mentali che sono alla base delle interazioni sociali, inclusa la capacità tipicamente umana di percepire le intenzioni degli altri (Brothers, 1990).

Tale definizione introduce alcune operazioni mentali complesse come la Metarappresentazione, la Teoria della mente e l'Interpretazione delle emozioni altrui.

Con **Metarappresentazione** (Frith, 1993-1995) ci si riferisce alla capacità di operare rappresentazioni di stati mentali propri ed altrui. Tali rappresentazioni sono suddivise in primarie e secondarie:

•le rappresentazioni primarie identificano la capacità di rappresentarsi il mondo circostante;

•le rappresentazioni secondarie identificano la capacità di acquisire coscienza dello stato mentale che consente le rappresentazioni primarie

La metarappresentazione sottostà quindi alla coscienza di sé e del mondo esterno, permettono di accedere a considerazioni circa conseguenze ed anticipazioni di eventuali comportamenti.

La compromissione di tale funzione di ordine superiore può influire dunque sulla capacità di comprensione circa le relazioni interpersonali e le modalità di attribuzione del significato delle esperienze proprie ed altrui. Ciò porta ad una difficoltà nell'interpretazione dell'esperienza del vissuto proprio e di quello altrui.

Con **Teoria della Mente** (Frith, 1995, Blair e Cipollotti, 2000) si intende la capacità di formulare ipotesi sul pensiero altrui mediante la definizione di anticipazioni e l'attribuzione di significati a informazioni provenienti dall'ambiente. Tali operazioni, definite "rappresentazioni di terzo livello" richiedono l'integrità un insieme di operazioni cognitive tra cui la capacità di discriminazione delle emozioni del volto delle persone, la comprensione e riconoscimento delle regole sociali, oltre che l'integrità delle funzioni di base quali apprendimento e memoria episodica. Le sopracitate abilità permettono infatti di riconoscere contesti sociali simili tra loro al fine di poter anticipare i possibili comportamenti e pensieri altrui in precise situazioni contestuali.

La difficoltà riscontrata in pazienti schizofrenici circa la teoria della mente viene evidenziata dalla presenza di interpretazioni difformi dai parametri di giudizio comuni e dall'utilizzo di stili attributivi che risentono di deficit alle funzioni esecutive di astrazione e alle abilità di metarappresentazione (Frith, 1995, Sharma e Harvey 2002). Ad esempio le anticipazioni sul pensiero altrui risultano essere ripetitive, poco flessibili e scarsamente adattabili in nuovi contesti. Inoltre è stato riscontrata una difficoltà nel differenziare i processi mentali propri da quelli altrui, con la conseguenza di creare anticipazioni che frequentemente vanno incontro ad invalidazioni o ad anticipazioni talmente variabili che non sono in grado di garantire un adeguato parametro di giudizio delle situazioni sociali e relazionali (Bannister, 1963, Frith, 1995, Sharma e Harvey 2002). Un test che viene utilizzato per valutare tale abilità sociale è l'omonino *Test di Teoria della Mente* (Blair e Cipollotti, 2000).

Con abilità di **interpretazione** le emozioni **altrui** si intende la capacità di percepire e quindi di attribuire uno stato emotivo ad un'altra persona. Anche tale capacità ci permette di comprendere ed anticipare le reazioni dell'ambiente ai nostri comportamenti garantendoci di interagire in maniera contestuale all'ambiente sociale. E questo proprio perchè tali emozioni ci forniscono un utile feedback comportamentale (Blair e Cipollotti, 2000). È risaputo che tale funzione risulta compromessa nei pazienti affetti da schizofrenia; ciò è infatti dimostrato anche dal fatto che presentano performance al di sotto nella norma nei test che richiedono l'utilizzo di tale abilità (Cutting, 1985, Kingotn, 2000, Grada, Prior, 2006). Un test ideato per valutare abilità di interpretazione dele emozioni è l'*Eyes Test* (Baron-Cohen, 2001).

Strumenti

1. *Test di Teoria della Mente* (Blair e Cipollotti, 2000)

Misura la capacità dei soggetti di comprendere i pensieri e le ragioni altrui.

È costituito da 13 brevi storie; si chiede ai soggetti di rispondere ad alcune domande immedesimandosi nel protagonista della storia. Il tempo di somministrazione dura circa 15 minuti.

2. *Eyes Test* (Baron-Cohen, 2001)

Misurare la capacità dei soggetti di comprendere le emozioni altrui.

È costituito da 36 immagini in bianco e nero in cui è presente una fotografia che ritrae uno sguardo (sono presenti solo gli occhi, fronte e naso sono esclusi). Al di sotto dello sguardo sono elencati quattro termini rappresentanti quattro emozioni. Viene chiesto di scegliere quale dei quattro termini meglio descrive l'emozione provata dallo sguardo, ovvero ciò che gli occhi ritratti esprimono. Il tempo di somministrazione dura circa 15 minuti.

Razionale del test PSICHOLOGICAL GENERAL WELL BEING INDEX (PGWBI)

Il PGWBY, questionario per la valutazione dello stato generale di benessere psicologico, fu elaborato dagli psicologi Harold Dupuy e John Ware fra gli anni '70-'80. E' frutto di una concezione della salute in linea con la definizione dell'OMS e può considerarsi il primo strumento "generico" per la valutazione della qualità di vita. Più precisamente il PGWBI nasce per fornire un indice in grado di misurare lo stato soggettivo di benessere o disagio legato alla sfera emozionale e affettiva. Il questionario si compone di 22 items che indagano sei differenti dimensioni: ansia, depressione, positività e benessere, stato di salute generale e vitalità. Le sei scale sono costituite da un minimo di 3 ad un massimo di 5 items. Lo strumento è stato sviluppato per l'utilizzo preferibilmente auto-somministrato, che richiede in media 8-15 minuti. Tutte le domande sono riferite al periodo delle quattro settimane precedenti alla compilazione. Ciascuna domanda presenta sei possibili risposte "a carattere chiuso".

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

Il campione che ha partecipato alla ricerca è così stato analizzato.
Di seguito sono state considerate quattro variabili:
1.genere
2.età e scolarità
3.cluster diagnostico
4.provenienza
sono state poi analizzate all'interno della variabile provenienza:

- 4.a. genere
- 4.b età e scolarità
- 4.c cluster diagnostico

I dati sono stati analizzati in primis considerando l'intero campione, e successivamente considerando i tre gruppi che sono stati formati sulla base del numero di attività che il soggetto ha deciso di svolgere.

I 3 gruppi sono i seguenti*:*

- coloro che hanno partecipato ad 1 sola attività;
- coloro che hanno partecipato a 2 attività;
- coloro che hanno partecipato a tutte e 3 attività

In altre parole se un paziente partecipa all'attività di biodanza viene inserito del gruppo "1 attività", così come il paziente che partecipa solo all'attività di musicoterapia. Allo stesso modo se un paziente partecipa sia all'attività di biodanza che di psicomotricità verrà inserito nel gruppo "2 attività", così come colui che partecipa alle attività di biodanza e musicoterapia. Vengono così a crearsi varie possibilità e nello specifico i gruppi saranno :
1.1 attività: psicomotricità, biodanza, musicoterapia;
2.2 attività: psicomotricità+biodanza, biodanza+musicoterapia, psicomotricità+musicoterapia;
3.3 attività: psicomotricità+biodanza+musicoterapia.

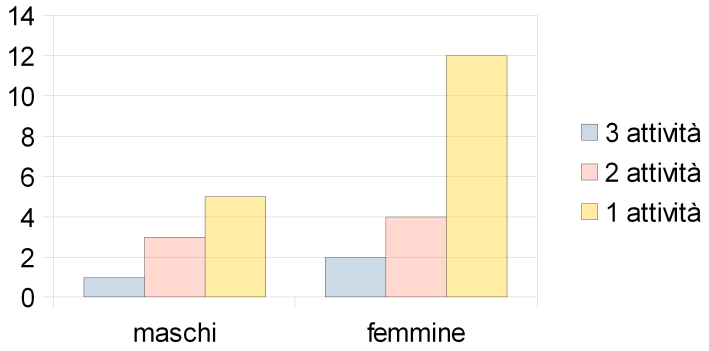
La numerosità di coloro che hanno partecipato a tre attività è 3
La numerosità di coloro che hanno partecipato a due attività è 7
La numerosità di coloro che hanno partecipato ad una sola attività è 17

1) GENERE

Di 27 pazienti 18 sono femmine e 8 sono maschi.

La seguente tabella ed il seguente grafico rappresentano la distribuzione del genere del campione nei tre gruppi suddivisi per numero di attività frequentate

	3 attività	2 attività	1 attività
maschi	1	3	5
femmine	2	4	12

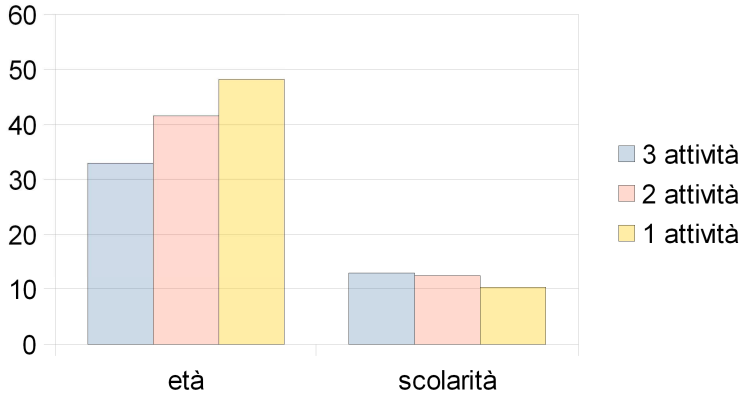


2)ETA' E SCOLARITA'

L'età media dell'intero campione è pari a 44,8 anni e gli anni medi di scolarità risultano essere pari a 11,18.

La seguente tabella ed il seguente grafico rappresentano la distribuzione di età media e scolarità media del campione nei tre gruppi suddivisi per numero di attività frequentate.

	3 attività	2 attività	1 attività
età	33	41,57	48,23
scolarità	13	12,57	10,29



3)CLUSTER DIAGNOSTICO

E' stato deciso di suddividere il campione in 3 principali cluster diagnostici**:**

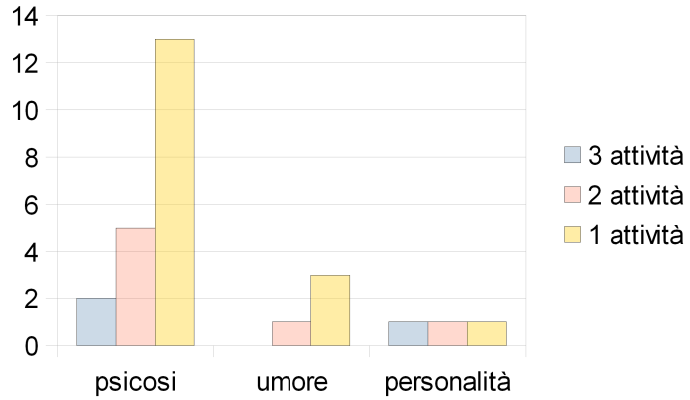
•Disturbi psicotici di cui fanno parte 20 pazienti (15 femmine e 5 maschi)
(maxi raggruppamento che comprende: schizofrenia paranoide, schizofrenia simplex, schizofrenia nas, disturbi psicotici acuti, psiocosi, psicosi nas)

•Disturbi dell'umore di cui fanno parte 4 pazienti (2 femmine e 2 maschi)

•Disturbi di personalità di cui fanno parte 3 pazienti (2 femmine e 1 maschio)

La seguente tabella ed il seguente grafico rappresentano la distribuzione della diagnosi del campione nei tre gruppi suddivisi per numero di attività frequentate.

	3 attività	2 attività	1 attività
psicosi	2	5	13
umore	0	1	3
personalità	1	1	1



4)PROVENIENZA

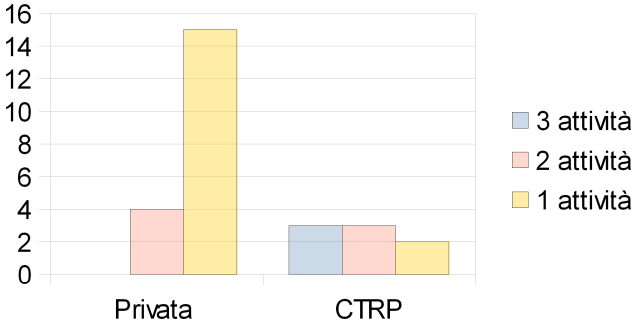
La variabile provenienza è stata così analizzata:

•19 pazienti provenienti dal territorio, ovvero coloro che vivono nella propria residenza privata e che frequentano le attività presso il CSM di Valdobbiadene (12) o che frequentano il CD di Montebelluna (6)

•8 pazienti provenienti dal CTRP, ovvero coloro che vivono all'interno della comunità protetta

La seguente tabella ed il seguente grafico rappresentano la distribuzione della ***provenienza*** *del campione nei tre gruppi suddivisi per numero di attività frequentate.*

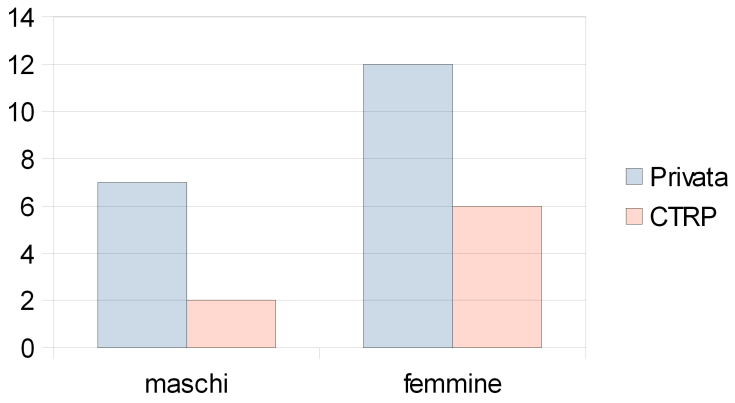
	3 attività	2 attività	1 attività
Privata	0	4	15
CTRP	3	3	2



4.a) PROVENIENZA - GENERE

La seguente tabella ed il seguente grafico rappresentano la distribuzione del genere del campione relativamente alla Provenienza

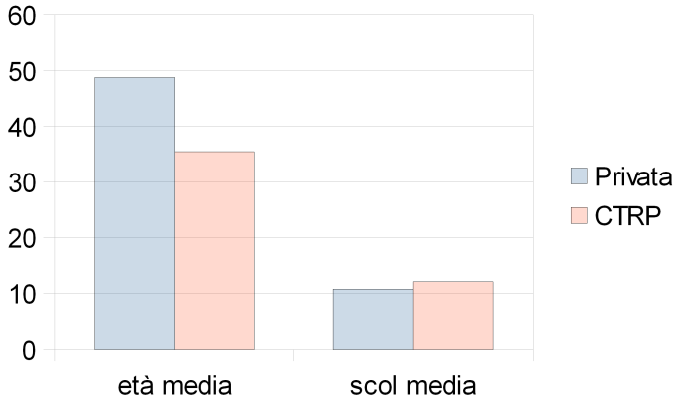
	Privata	CTRP
maschi	7	2
femmine	12	6



4.b) PROVENIENZA - ETA' E SCOLARITA'

La seguente tabella ed il seguente grafico rappresentano la distribuzione di età e scolarità del campione relativamente alla Provenienza

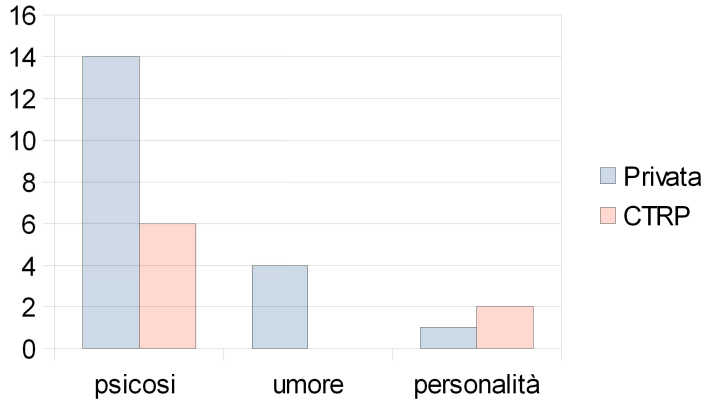
	Privata	CTRP
età media	48,79	35,5
scol media	10,78	12,12



4.c) PROVENIENZA - CLUSTER DIAGNOSTICO

*La seguente tabella ed il seguente grafico rappresentano la distribuzione delle **diagnosi** del campione relativamente alla Provenienza*

	Privata	CTRP
psicosi	14	6
umore	4	0
personalità	1	2



3. EYES TEST e TEORIA DELLA MENTE risultati

Le analisi dei tests sono state svolte suddividendo il campione in tre gruppi in base al numero di attività svolte. È stato utilizzato il Test dei Segno (test non parametrico per due campioni dipendenti utilizzato per verificare se la tendenza centrale di un fenomeno è uguale o significativamente diversa prima e dopo un certo trattamento).

L'utilizzo di tale test viene spiegato dal fatto che la numerosità del campione differiva molto nei tre tempi. In altre parole:

come già accennato le 3 attività cominciavano e terminavano in momenti differenti:

1.psicomotricità e biodanza iniziavano in ottobre (T0) e terminavano in maggio (T1)

2.musicoterapia iniziava in maggio (T1) e terminava in ottobre (T2).

Segue un esempio esplicativo:

Alcuni pazienti inseriti nel gruppo “1 attività” hanno partecipato solo alla psicomotricità , e quindi i test sono stati somministrati loro nei tempo T0 e T1 rispettivamente ad inizio e fine attività, ed altri, inseriti nello stesso gruppo “1 attività”, hanno partecipato solo alla musicoterapia e quindi i test sono stati somministrati loro nei tempo T1 e T2 rispettivamente ad inizio e fine attività.

Nel caso specifico risulta che al tempo T0 sono stati somministrati i test a 4 pz (coloro che iniziavano la psicomotricità), al tempo T1 sono stati somministrati i test a 17 pz (coloro che terminavano la psicomotricità più coloro che iniziavano la musicoterapia,13) ed al tempo T2 sono stati somministrati i test a 13 pz (coloro che terminavano la musicoterapia).

Segue la tabella con il ***numero dei partecipanti a ciascuna attività suddivisi per i tre tempi***

Gruppi	Attività	Tempi		
		T0	**T1**	**T2**
1 attività	psicomotricità	4	4	/
	biodanza	0	0	/
	musicoterapia	/	13	13
2 attività	psicomotricità + biodanza	2	2	/
	biodanza + musicoterapia	3	3	3
	psicomotricità + musicoterapia	2	2	2
3 attività	psicomotricità + biodanza + musicoterapia	3	3	3

La seguente tabella elenca il numero dei pazienti a cui sono stati somministrati i test nei tre tempi

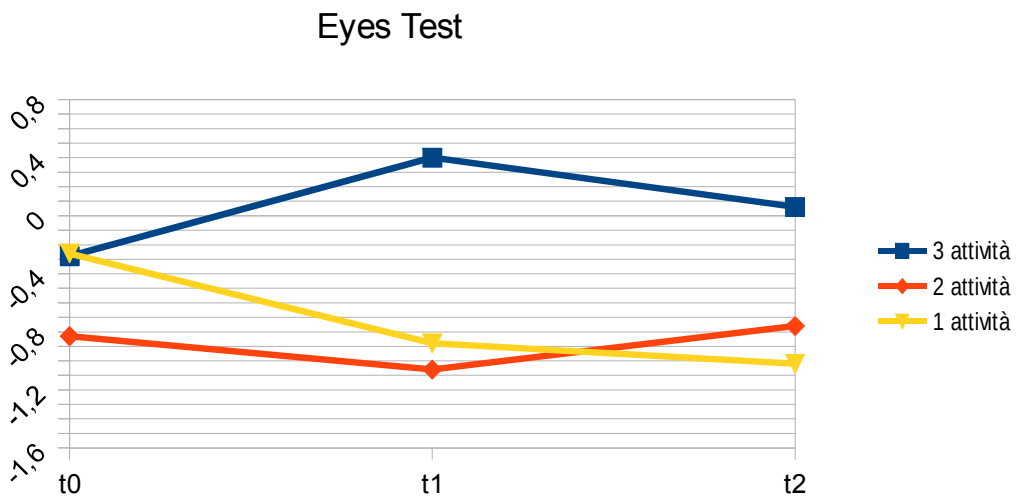
Tempi	T0	T1	T2
N° partecipanti	14	27	23

Una possibile spiegazione della differente adesione nei tempi T0 e T1 potrebbe essere la seguente: assodato che al tempo T0 cominciavano la psicomotricità e la biodanza e al tempo T1 cominciava la Musicoterapia, ne segue che la musicoterapia era l'attività prediletta probabilmente perché essa richiede meno impegno fisico e corporeo e viene percepita dall'utente come più "tutelante" rispetto al coinvolgimento emotivo.

RISULTATI DELL'EYES TEST

La seguente tabella ed il seguente grafico riassumono le medie dei punteggi ottenuti all'**Eyes Test** nei tempi T0, T1 e T2 dei soggetti che hanno partecipato rispettivamente a tutte e 3 le attività, a 2 attività e a solo 1 attività.
NB:il campione di coloro che hanno svolto una sola attività era composto solo da 4 soggetti al tempo T0, contro i 17 al tempo T1 e i 13 al tempo T2

Eyes Test	**3 attività**	**2 attività**	**1 attività**
t0	-0,28	-0,83	-0,26
t1	0,4	-1,06	-0,88
t2	0,06	-0,76	-1,02



I **valori medi** dei tre gruppi rientrano nel range di normalità (il cut-off = -1,64).

Questi dati dimostrano come la capacità di interpretare le emozioni altrui non sembra un'abilità particolarmente deficitaria in questo gruppo di soggetti.

Nonostante ciò si è voluto osservare più da vicino l'andamento dei casi singoli che hanno mostrato un punteggio patologico al test .

Tramite il Test del Segno è stato possibile osservare ciò che segue:

A.T.	-1,46	-1,95	-
G.B.	-1,12	-1,87	-
R.L.	-2,68	-2,19	+
C.L.	-4,13	-3,32	+
M.P.	-1,74	-2,25	-
M.Z.	-2,27	-0,12	+
N.B.	-0,73	-1,95	-
R.W.	-3,37	-2,25	+

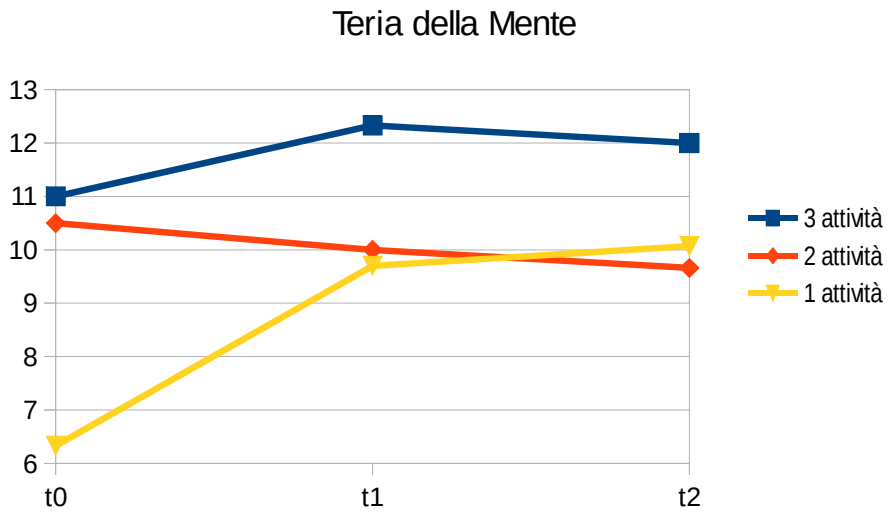
Circa il 30% ha mostrato punteggi patologici all'Eyes Test. Dal test non-parametrico risulta che quattro utenti hanno ottenuto dei punteggi migliorativi nel test somministrato nel post-attività rispetto a quello somministrato nel pre-attività. Quattro utenti invece hanno ottenuto punteggi peggiorativi

RISULTATI DEL TEST DI TEORIA DELLA MENTE

La seguente tabella ed il seguente grafico riassumono le medie dei punteggi ottenuti al **Test di Teoria** della Mente nei tempi T0, T1 e T2 degli utenti che hanno partecipato rispettivamente a tutte e 3 le attività, a due attività e a solo 1 attività.

NB: gli utenti che hanno svolto una sola attività al tempo T0 erano solo 4 utenti, contro i 17 del tempo T1 e i 13 del tempo T2

NB: gli utenti che hanno svolto due attività al tempo T0 e al tempo T1 erano 7, contro i 5 al tempo T2



Differentemente dall'Eyes Test è possibile notare come una gran parte dei pazienti mostri performance inferiori alla normalità (cut-off = 12). Infatti 21 pazienti su 27 (il 77%) hanno mostrato punteggi patologici al Test di Teoria della Mente. Solo un numero esiguo di utenti si è dimostrato nella media 6 pz di 27 (22%).

Il campione, come già accennato è molto eterogeneo anche per quanto riguarda le diagnosi mediche: la maggioranza degli utenti che costituiscono il campione della ricerca (20 su 27) presenta diagnosi di psicosi (che come accennato è un maxi raggruppamento che comprende: schizofrenia paranoide, schizofrenia simplex, schizofrenia nas, disturbi psicotici acuti, psicosi, psicosi nas). È interessante notare come tali dati confermino le evidenze in letteratura : è infatti noto che le persone con schizofrenia presentino deficit nell'abilità di riconoscimento degli stati mentali altrui, e i dati qui presentati mostrano una certa congruenza tra performance e diagnosi.

Analizzeremo ora attraverso il Test del Segno gli scostamenti delle performance patologiche relativamente alla somministrazione pre e post attività.

1	G.M.	6	12	+
2	V.Z.	6	6	/
3	L.B.	4	10	+
4	R.A.	9	11	+
5	R.B.	11	13	+
6	T.A.	5	10	+
7	R.S.	13	9	-
8	C.B.	8	11	+
9	R.L.	8	9	+
10	F.L.	9	11	+
11	L.C.	1	0	-
12	M.P.	11	11	/
13	M.Z.	11	13	+
14	G.M.	13	11	-
15	N.B.	11	11	/
16	P.V.	8	11	+
17	L.M.	11	13	+
18	M.S.	7	8	+
19	S.D.	6	8	+
20	R.W.	9	9	/
21	M.C.	12	11	-

13 utenti su 21 hanno ottenuto un miglioramento, e nello specifico si evidenziano quattro utenti che sono passati da un punteggio inferiore al cut-off di normalità (12) ad un punteggio che rientra nel range di normalità.

4 utenti su 21 hanno mostrato un trand negativo e 4 utenti non hanno mostrato scostamenti nella performance.

Essendo il campione molto differente riguardo alla variabile numerosità, è interessante analizzare i dati dei 4 utenti che hanno partecipato alla sola attività di psicomotricità (T0-T1).

V.Z.	6	6	/
B.L.	4	10	+
A.R.	9	11	+
B.R.	11	13	+

3 utenti su 4 hanno mostrato una performance migliore a seguito della partecipazione all'attività.
1 utente su 4 non ha evidenziato scostamento nei punteggi tra il pre e il post attività.

4. WELL BEING TEST (PGWBI) risultati

Gruppo 1: utenti del CSM che hanno partecipato ad 1 ATTIVITA'

Valutazione dei risultati delle sei dimensioni del test PWBI prima e dopo e l'attività a confronto

			Ansia	*Depressione*	*Pos. Benessere*	*Autocontrollo*	*salute*	*vitalità*
1	M. Z.	*T 1*	-1.39	-1.28	-1.10	-0.63	-0.28	-0.45
		T 2	-1.39	-2.40	-0.52	-0.26	-1.11	-0.95
2	L. C.	*T 1*	-2.29	-4.41	-0.66	-0.63	-2.83	-0.86
		T 2	-0.17	-1.10	-0.58	-2.00	-1.34	-0.86
3	L. M.	*T 1*	-2.39	-3.09	-1.01	-1.15	-3.15	0.25
		T 2	-1.55	-3.09	0.78	-0.26	-2.39	-0.76
4	N: B.	*T 1*	-1.79	-2.94	-0.83	-0.36	-1.46	-0.42
		T 2	-1.99	-2.94	-0.83	-0.72	-1.46	0.10
5	G. M.	*T 1*	-1.53	-2.85	-0.60	-0.48	-1.57	0.33
		T 2	-0.58	-1.11	-0.10	-1.94	0.030	-0.33
6	L: M.	*T 1*	-1.99	-2.94	-1.15	-0.72	-3.50	0.37
		T 2	-2.40	-1.51	-1.15	-0.36	-1.46	-1.50
7	P: V.	*T 1*	-2.18	-2.37	-0.95	-1.15	-4.30	-0.26
		T 2	-2.18	-2.37	-1.67	-1.15	-3.12	-0.06
8	M P.	*T 1*	-2.28	-4.78	0.16	-0.86	-1.42	-0.71
		T 2	-2.28	-4.78	-1.20	0.57	-1.77	1.16
9	M: S.	*T 1*	-0.47	-3.18	0.85	-2.24	-1.32	-0.06
		T 2	0.47	-0.41	-0.33	-1.25	-3.15	-0.42
10	G: T.	*T 1*	-1.41	-1.93	-1.43	-2.19	-2.64	-1.33
		T 2	-0.18	-1.59	-1.14	-0.75	-1.60	-0.60
11	R. W.	*T 1*	-2.39	-4.86	-1.42	-1.33	-3.60	0.24
		T 2	-2.39	-5.41	-0.85	-1.78	-2.69	0.24
12	L. B.	*T 0*	0.78	-2.06	-1.85	-2.58	-0.27	-1.01
		T 1	0.40	-1.74	-0.60	-3.22	0.33	-1.47
13	R. A.	*T 0*	-0.58	-1.42	0.15	-0.99	0.33	-0.56

		T1	-1.57	-1.74	-0.60	-0.99	0.03	-0.33
14	R: B.	*T0*	-3.31	-4.88	-0.85	-0.20	-1.06	-0.13
		T1	-0.90	-1.62	-0.02	0.09	-0.55	0.56
15	V. Z.	*T0*	-1.33	-1.62	0.19	-1.12	-1.04	1.14
		T1	-0.90	-1.35	-0.21	-0.82	-0.55	0.56
16	D. S.	*T1*	-3.10	-7.97	-2.15	-2.40	-3.61	-1.12
		T2	-1.64	-7.97	-1.54	-4.04	-3.61	-4.17
17	M. C.	*T1*	-2.52	-6.01	0.27	-0.21	-3.17	0.09
		T2	-3.10	-5.35	-0.93	-0.76	-1.80	0.70

Nella tabella sottostante sono stati messi in evidenza i cambiamenti delle nella modalità seguente:
nessun cambiamento (0); miglioramento (+); peggioramento (-)

			Ansia	*Depressione*	*Pos. Benessere*	*Autocontrollo*	*salute*	*vitalità*
1	M. Z.	*T1*	-1.39	-1.28	-1.10	-0.63	-0.28	-0.45
		T2	0	-	+	+	-	-
2	L. C.	*T1*	-2.29	-4.41	-0.66	-0.63	-2.83	-0.86
		T2	+	+	+	-	+	0
3	L. M.	*T1*	-2.39	-3.09	-1.01	-1.15	-3.15	0.25
		T2	+	0	+	+	+	-
4	N. B.	*T1*	-1.79	-2.94	-0.83	-0.36	-1.46	-0.42
		T2	-	0	0	-	0	+
5	G. M.	*T1*	-1.53	-2.85	-0.60	-0.48	-1.57	0.33
		T2	+	+	+	-	+	-
6	L. M.	*T1*	-1.99	-2.94	-1.15	-0.72	-3.50	0.37
		T2	-	+	0	+	+	-
7	P. V.	*T1*	-2.18	-2.37	-0.95	-1.15	-4.30	-0.26
		T2	0	0	-	0	+	+
8	M. P.	*T1*	-2.28	-4.78	0.16	-0.86	-1.42	-0.71
		T2	0	0	-	+	-	+
9	M. S.	*T1*	-0.47	-3.18	0.85	-2.24	-1.32	-0.06
		T2	+	+	-	+	-	-
10	G. T.	*T1*	-1.41	-1.93	-1.43	-2.19	-2.64	-1.33

		T 2	+	+	+	+	+	+
11	R. W.	*T 1*	-2.39	-4.86	-1.42	-1.33	-3.60	0.24
		T 2	0	-	+	-	+	0
12	L. B.	*T 0*	0.78	-2.06	-1.85	-2.58	-0.27	-1.01
		T 1	+	+	+	-	+	-
13	R. A.	*T 0*	-0.58	-1.42	0.15	-0.99	0.33	-0.56
		T 1	-	-	-	0	-	+
14	R. B.	*T 0*	-3.31	-4.88	-0.85	-0.20	-1.06	-0.13
		T 1	+	+	+	+	+	+
15	V. Z.	*T 0*	-1.33	-1.62	0.19	-1.12	-1.04	1.14
		T 1	+	+	-	+	+	-
16	D. S.	*T 1*	-3.10	-7.97	-2.15	-2.40	-3.61	-1.12
		T 2	+	0	+	-	0	-
17	M. C.	*T 1*	-2.52	-6.01	0.27	-0.21	-3.17	0.09
		T 2	-	+	-	-	+	+

Gruppo 2: utenti del CSM che hanno partecipato a 2 ATTIVITA'

Valutazione dei risultati delle sei dimensioni del test PWBI prima e dopo e l'attività a confronto

			Ansia	*Depressione*	*Pos. Benessere*	*Autocontrollo*	*salute*	*vitalità*
1	R. S.	*T 0*	-3.09	-3.40	-0.94	-2.90	-3.56	-3.82
		T 1	-3.36	-3.90	-2.09	-1.09	-0.62	-2.57
		T 2	-3.36	-4.41	-1.52	-1.54	-1.72	-1.31
2	G. B.	*T 0*	-2.66	-3.65	-0.33	-0.82	-1.94	-0.12
		T 1	-1.94	-3.19	-0.33	-0.38	-2.34	0.48
3	R. L.	*T 0*	0.65	-3.30	0.45	-1.45	-0.78	1.17
		T 1	-1.18	-2.94	-0.83	-1.82	-2.14	1.17
		T 2	-1.58	-2.58	-0.51	-1.09	-1.12	0.64
4	C. B.	*T 0*	0.092	-3.41	-0.85	0.77	-3.37	-0.86
		T 1	-1.96	-3.41	-0.58	-0.77	-1.34	-0.56
		T 2	-2.86	-3.41	-0.58	-0.36	-2.56	-0.26

5	A. T.	*T 0*	-1.93	-2.09	-0.93	-3.49	-3.61	-2.04
		T 1	-1.34	-3.39	-0.93	-2.40	-1.40	-0.82
6	G.M.	*T 0*	-2.25	-3.29	-0.02	-0.48	-1.57	-0.57
		T 1	-2.01	-3.29	-0.60	-1.71	-1.18	-0.87
		T 2	-1.53	-2.85	-0.88	-1.30	-0.78	-0.87
7	E. F.	*T 0*	1.19	-4.30	-0.28	-1.78	-3.60	-0.37
		T 1	-1.53	-2.85	-0.88	-1.30	-0.78	-0.87
		T 2	-2.15	-1.09	-0.57	-0.87	-4.10	-0.06

Nella tabella sottostante sono stati messi in evidenza i cambiamenti delle nella modalità seguente: nessun cambiamento (0); miglioramento (+); peggioramento (-).

			Ansia	*Depressione*	*Pos. Benessere*	*Autocontrollo*	*salute*	*vitalità*
1	R. S.	*T 0*	**-3.09**	**-3.40**	**-0.94**	**-2.90**	**-3.56**	**-3.82**
		T 1	-	-	-	+	+	+
		T 2	**0**	-	+	-	-	+
2	G. B.	*T 0*	**-2.66**	**-3.65**	**-0.33**	**-0.82**	**-1.94**	**-0.12**
		T 1	+	+	**0**	+	-	+
3	R. L.	*T 0*	**0.65**	**-3.30**	**0.45**	**-1.45**	**-0.78**	**1.17**
		T 1	-	+	-	-	-	**0**
		T 2	-	+	+	+	+	-
4	C. B.	*T 0*	**0.092**	**-3.41**	**-0.85**	**0.77**	**-3.37**	**-0.86**
		T 1	-	**0**	+	-	+	+
		T 2	-	**0**	**0**	+	-	+
5	A. T.	*T 0*	**-1.93**	**-2.09**	**-0.93**	**-3.49**	**-3.61**	**-2.04**
		T 1	+	-	**0**	+	+	+
6	G. M.	*T 0*	**-2.25**	**-3.29**	**-0.02**	**-0.48**	**-1.57**	**-0.57**
		T 1	+	**0**	-	-	+	-
		T 2	+	+	-	+	+	**0**
7	E. F.	*T 0*	**1.19**	**-4.30**	**-0.28**	**-1.78**	**-3.60**	**-0.37**
		T 1	-	+	-	+	+	-
		T 2	-	+	+	+	-	+

Nel caso in cui ci fossero più di due dati, quindi tutti i casi nei quali gli utenti hanno partecipato a più di un'attività e tre somministrazioni, la valutazione di cambiamento è stata effettuata in base al valore precedente all'interno della stessa dimensione. Si può notare come in molte dimensioni ci sia un valore iniziale che migliora al tempo T1 per poi scendere successivamente a valori inferiori. Questo potrebbe indicare l'effetto che la partecipazione al gruppo delle varie attività (psicomotricità, biodanza e musicoterapia) genera sugli utenti. Al benessere/difficoltà iniziale potrebbe seguire una fase centrale di cambiamento che potrebbe essere negativa o positiva proporzionalmente alla qualità dell'integrazione nel gruppo, mentre la fase finale risentirebbe di sentimenti negativi/positivi dovuti alla frustrazione generata dal distacco/abbandono/solitudine determinati dalla consapevolezza che l'esperienza sta per finire.

Gruppo 3: utenti del CSM che hanno partecipato a 3 ATTIVITA'

Valutazione dei risultati delle sei dimensioni del test PWBI prima e dopo e l'attività a confronto

			Ansia	*Depressione*	*Pos. Benessere*	*Autocontrollo*	*salute*	*vitalità*
1	F. L.	*T 0*	-0.97	-1.51	-0.51	-1.82	-2.14	-0.69
		T 1	-0.16	-0.79	-0.51	-1.82	-1.12	-0.69
		T 2	-0.36	-1.51	-1.15	-1.09	-2.14	-0.69
2	L. C.	*T 0*	-1.74	-3.41	0.21	-1.18	-1.74	0.92
		T 1	-1.29	-1.71	-0.58	0.04	-1.74	0.62
		T 2	-1.52	-3.41	-0.05	-0.36	-2.15	0.62
3	V. Z.	*T 0*	-1.6	-2.45	0.021	0.180	-1.20	-0.65
		T 1	-0.72	-1.14	-0.61	-0.12	-3.67	-0.94
		T 2	-1.98	-2.45	-0.61	-0.12	-1.90	0.24

Nella tabella sottostante sono stati messi in evidenza i cambiamenti delle nella modalità seguente:
nessun cambiamento (0); miglioramento (+); peggioramento (-).

			Ansia	*Depressione*	*Pos. Benessere*	*Autocontrollo*	*salute*	*vitalità*
1	F. L.	*T 0*	**-0.97**	**-1.51**	**-0.51**	**-1.82**	**-2.14**	**-0.69**
		T 1	+	+	**0**	**0**	+	**0**
		T 2	-	-	-	+	-	**0**
2	L. C.	*T 0*	**-1.74**	**-3.41**	**0.21**	**-1.18**	**-1.74**	**0.92**
		T 1	+	+	-	+	**0**	-
		T 2	-	-	+	-	-	**0**
3	V. Z.	*T 0*	**-1.6**	**-2.45**	**0.021**	**0.180**	**-1.20**	**-0.65**
		T 1	+	+	-	-	-	-
		T 2	-	-	**0**	**0**	+	+

Anche in questa tabella la valutazione di cambiamento è stata effettuata in base al valore precedente all'interno della stessa dimensione. Si può notare come in molte dimensioni ci sia un valore iniziale che migliora al tempo T1 per poi scendere successivamente a valori inferiori (valori evidenziati in azzurro). Questo potrebbe indicare l'effetto che la partecipazione al gruppo delle varie attività (psicomotricità, biodanza e musicoterapia) genera sugli utenti. Al benessere/difficoltà iniziale potrebbe seguire una fase centrale di cambiamento che potrebbe essere negativa o positiva proporzionalmente alla qualità dell'integrazione nel gruppo, mentre la fase finale risentirebbe di sentimenti negativi/positivi dovuti alla frustrazione generata dal distacco/abbandono/solitudine legati alla consapevolezza che l'esperienza sta per finire.

Conclusioni:

Date le premesse relative al concetto di salute e l'importanza della percezione personale di positività e benessere non possiamo non sottolineare i seguenti punti:

1. nel gruppo di utenti che hanno frequentato una sola attività (Psicomotricità o Musicoterapia), 9 soggetti su 17 hanno avuto un incremento della dimensione "Positività e Benessere";
2. nel gruppo di utenti che hanno frequentato 2 attività (Biodanza e Psicomotricità, Biodanza e Musicoterapia), 4 soggetti su 7 hanno migliorato la percezione di positività e benessere;
3. nel gruppo di utenti che hanno frequentato 3 attività sembra che si siano evidenziati maggiormente gli effetti di contenimento del gruppo con i valori in aumento al T1 ed in peggioramento al T2

ANALISI DATI NEI TRE TEMPI NEI GRUPPI DI ATTIVITA'

Soggetti che hanno svolto una sola attività

Di seguito i valori in T0 T1 e T2 di ogni dimensione raggruppati in due grafici

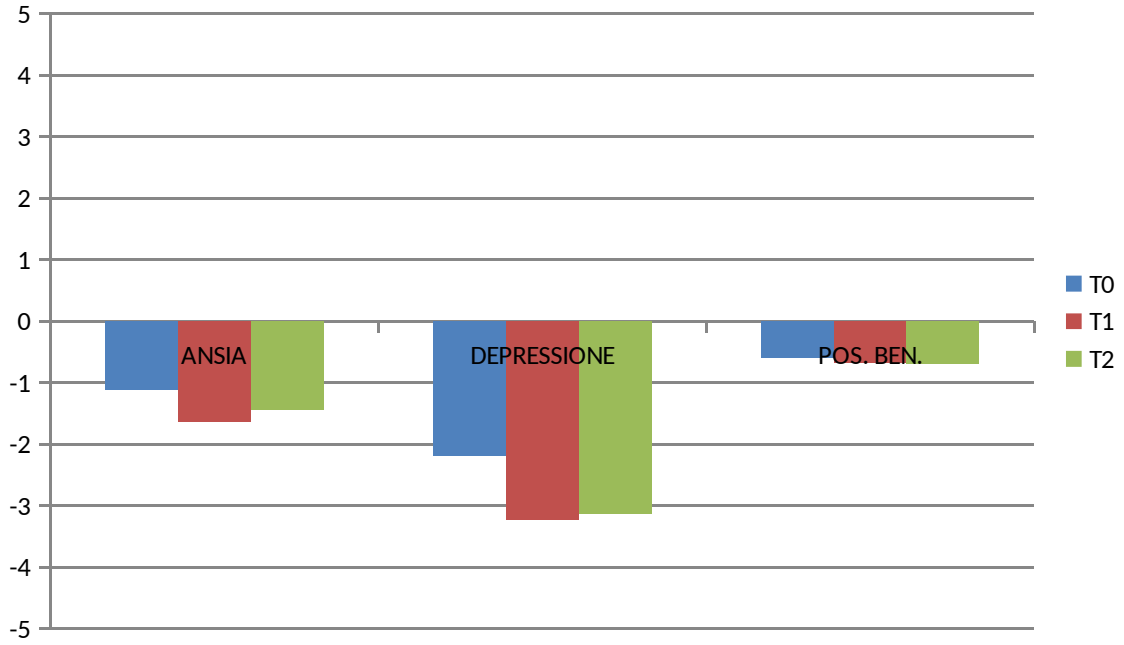


Grafico 1: riporta i dati delle prime tre dimensioni indagate nello PWBI. Di seguito o valori numerici di riferimento: ansia -1.11 in T0, -1.63 in T1, -1.43 in T2; depressione -2.19 in T0, -3.23 in T1, -3.13 in T2; positività e benessere 0.59 in T0, -0.67 in T1, -0.69 in T2.

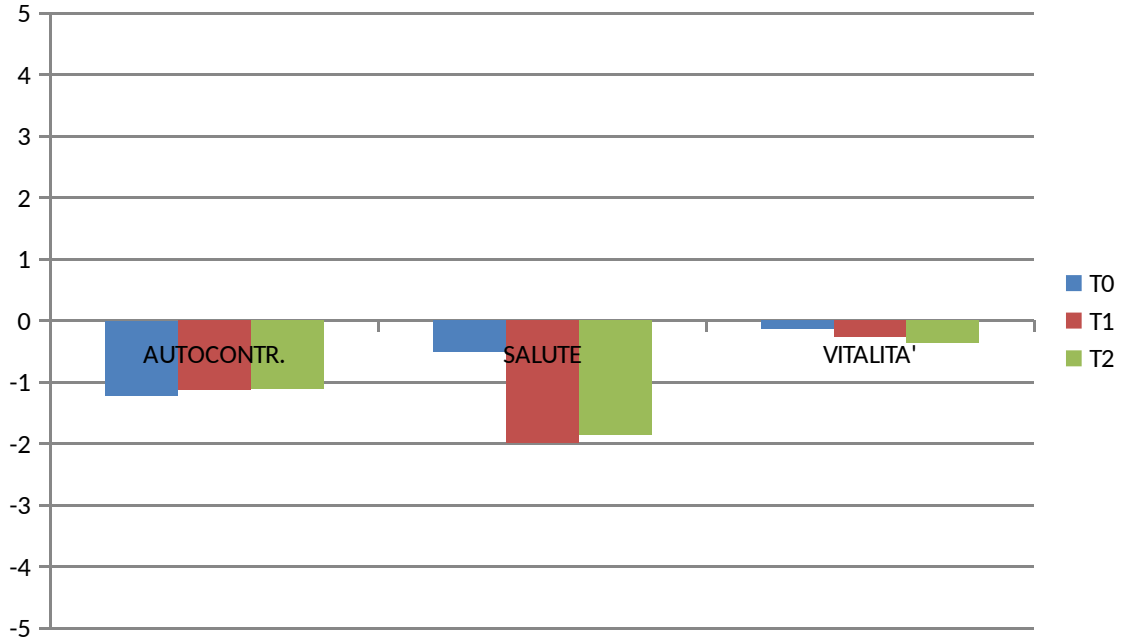


Grafico 2: riporta i dati delle seguenti tre dimensioni indagate nello PWBI. Di seguito o valori numerici di riferimento: autocontrollo -1.22 in T0, -1.13 in T1, -1.12 in T2; salute -0.51 in T0, -1.99 in T1, -1.86 in T2; vitalità -0.51 in T0, -1.99 in T1, -1.86 in T2.

Soggetti che hanno svolto due attività

Di seguito i valori in T0 T1 e T2 di ogni dimensione raggruppati in due grafici

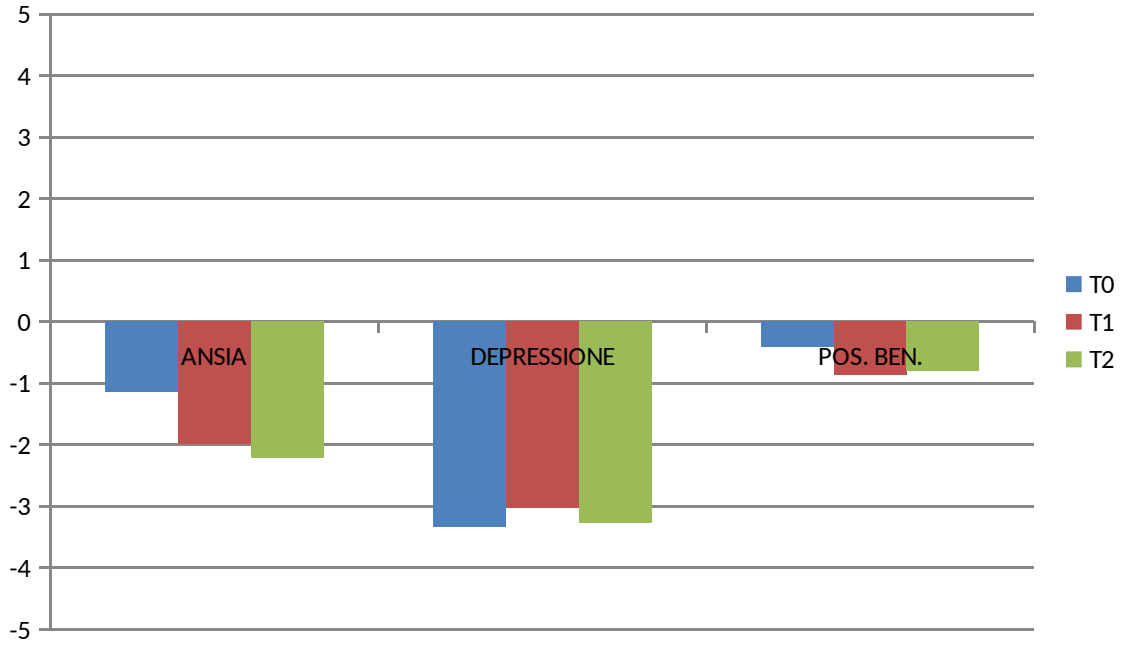


Grafico 3: riporta i dati delle prime tre dimensioni indagate nello PWBI. Di seguito i valori numerici di riferimento: ansia -1.14 in T0, -1.99 in T1, -1.43, in T2 -2.22; depressione -3.34 in T0, -3.03 in T1, in T2. -3.27; positività e benessere -0.41in T0, -0.87 in T1, in T2. -0.8.

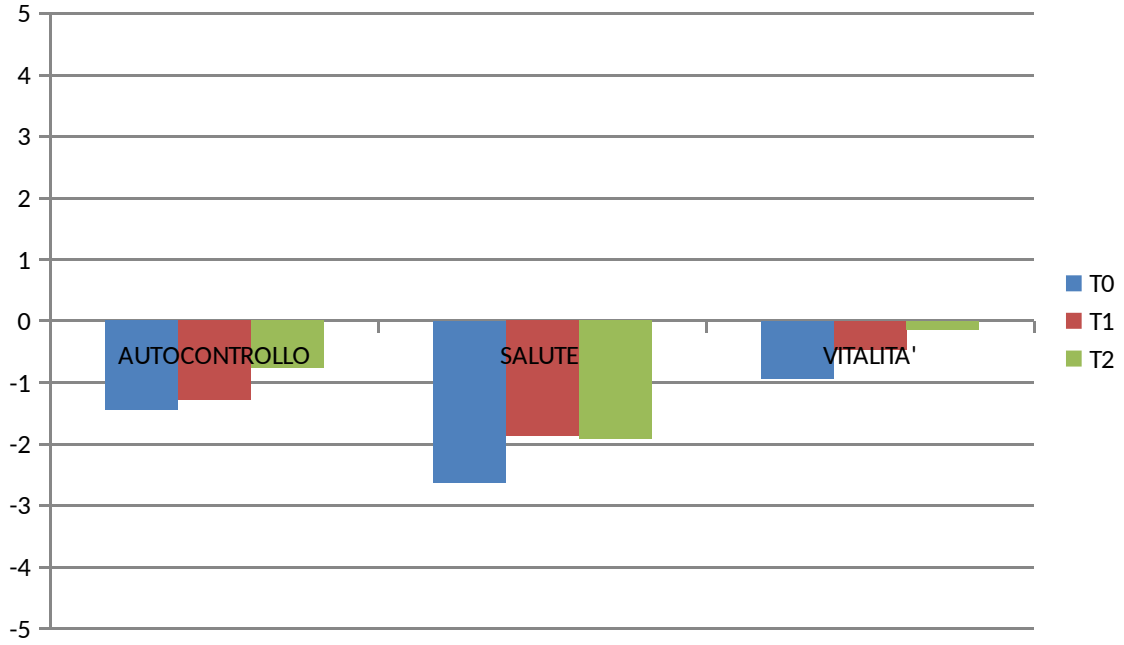


Grafico 4: riporta i valori seguenti le prime tre dimensioni indagate nello PWBI. Di seguito i valori numerici di riferimento: autocontrollo -1.45 ,in T0, -1.29 in T1, in T2. -0.77; salute -2.63 ,in T0, -1.87 in T1, in T2. -1.92,vitalità -0.94 ,in T0, -0.46 in T1, in T2. -0.14.

Soggetti che hanno svolto tre attività

Di seguito i valori in T0 T1 e T2 di ogni dimensione raggruppati in due grafici dei soggetti che hanno svolto 3 attività

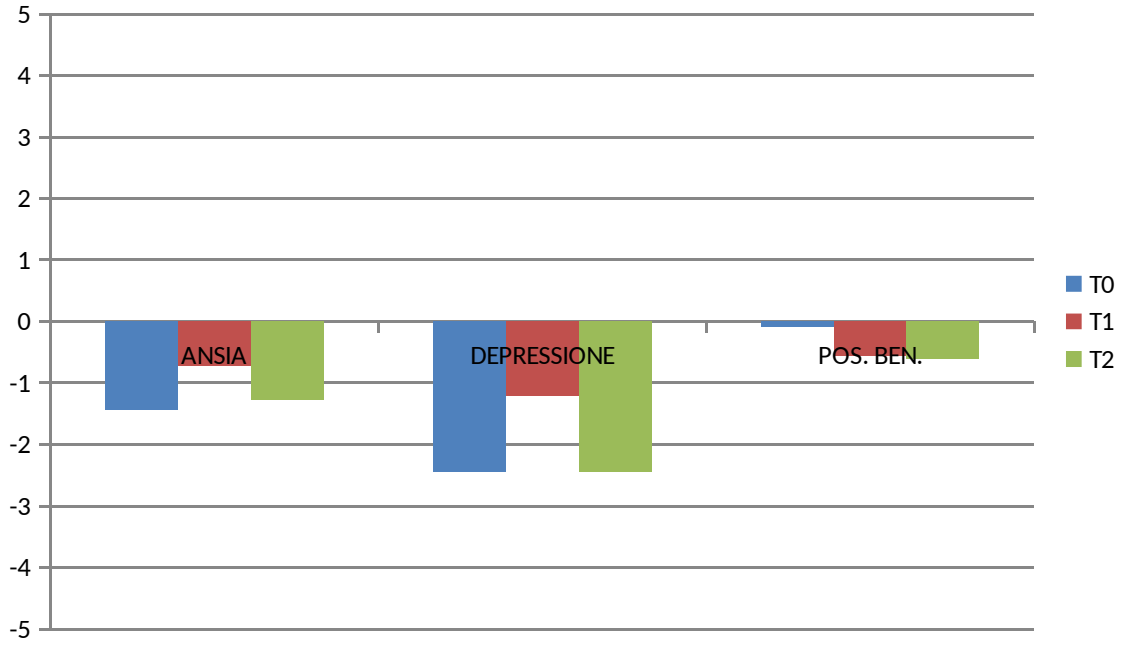


Grafico 5: riporta i dati delle prime tre dimensioni indagate nello PWBI. Di seguito o valori numerici di riferimento: ansia -1.43 in T0, -0.72 in T1, -1.28 in T2; depressione -2.45 in T0, -1.21 in T1, in T2. -2.45; positività e benessere -0.093 in T0, -0.56 in T1, in T2. -0.60.

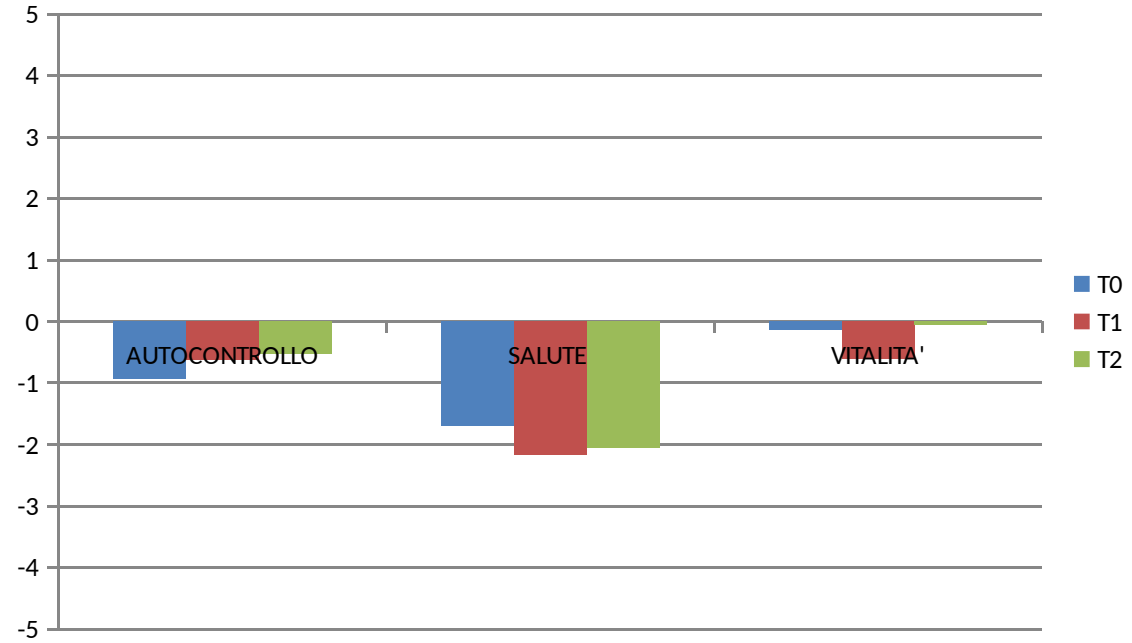


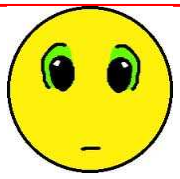
Grafico 6: riporta i valori seguenti le prime tre dimensioni indagate nello PWBI. Di seguito i valori numerici di riferimento: autocontrollo : -0.94 in T0, -0.63 in T1, in T2. -0.52; salute -1.69 in T0, -2.17 in T1, in T2. -2.06; vitalità -0.14 ,in T0 -0.60 in T1, in T2. -0.05.

5. *RILEVAZIONE DEGLI STATI EMOTIVI grafici*

A completamento dei test di autovalutazione si sono rilevati gli stati emotivi relativi alla partecipazione all'attività chiedendo all'utente di compilare la seguente scheda ad ogni incontro.

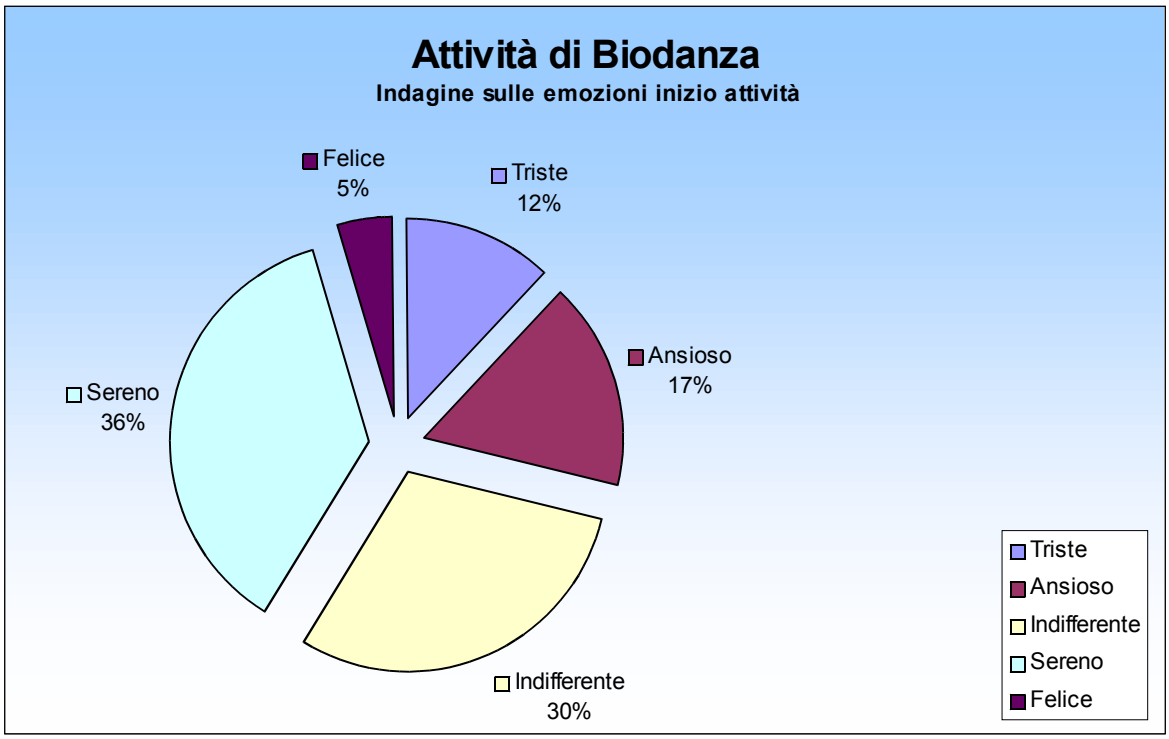
ATTIVITA' DI ……...DATA…….

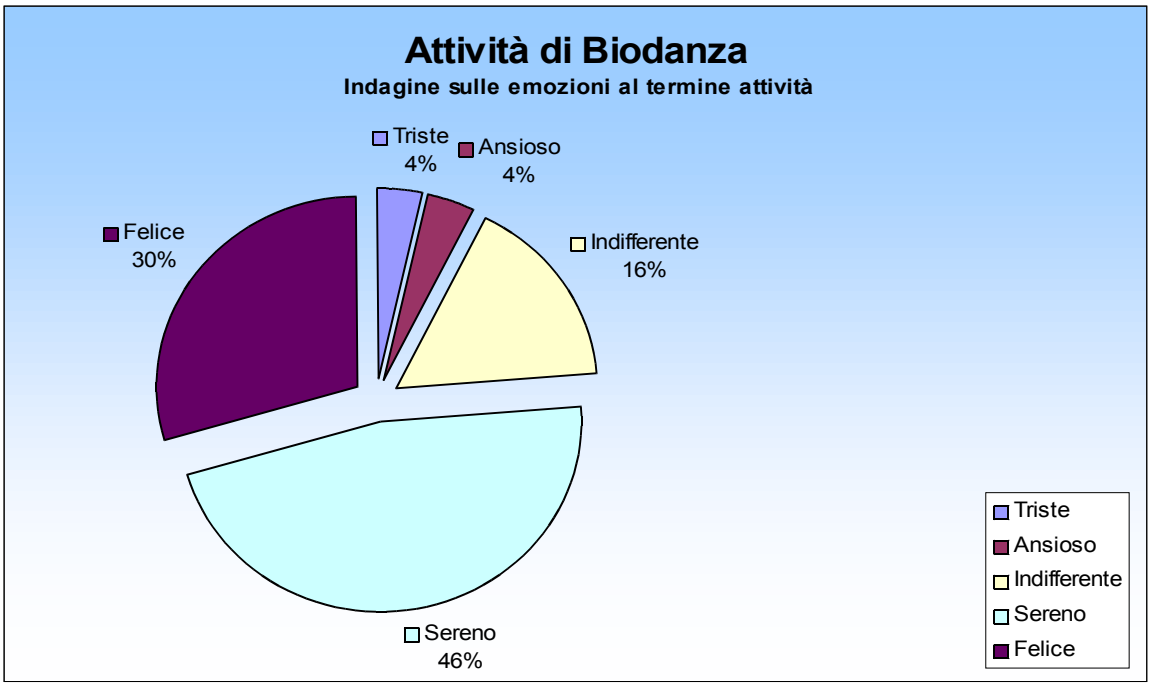
COME MI SENTO OGGI? SEGNO CON UNA ***X***

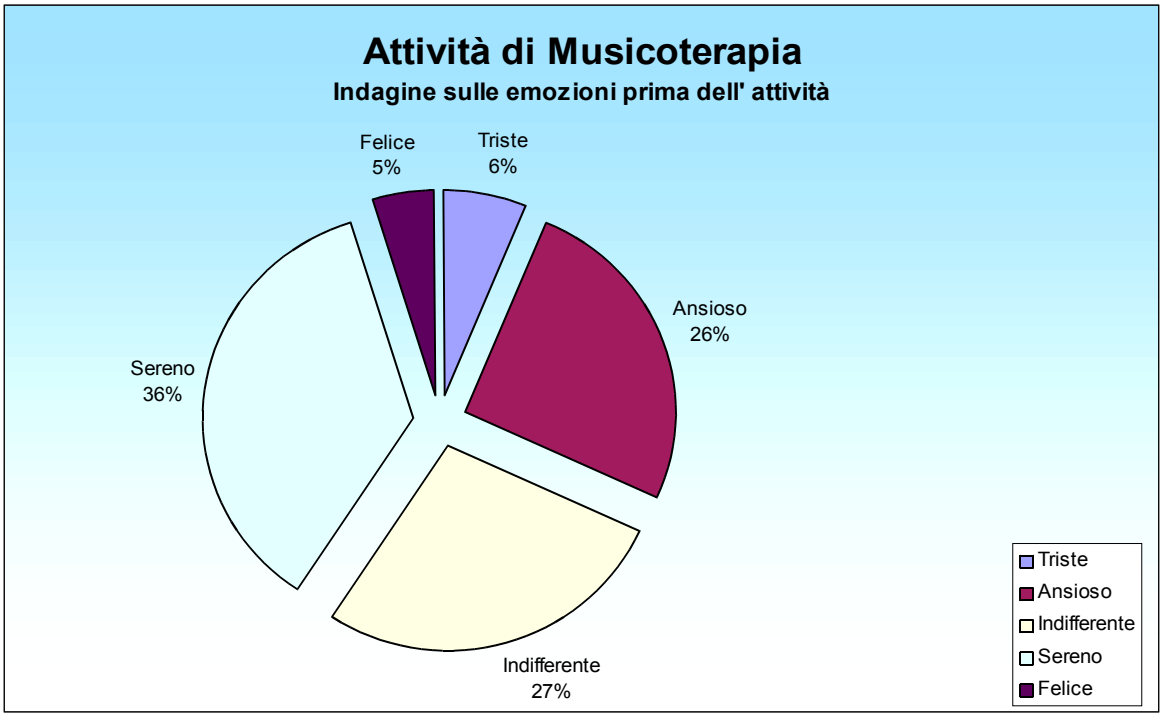
				
TRISTE	ANSIOSO	INDIFFERENTE	SERENO	FELICE

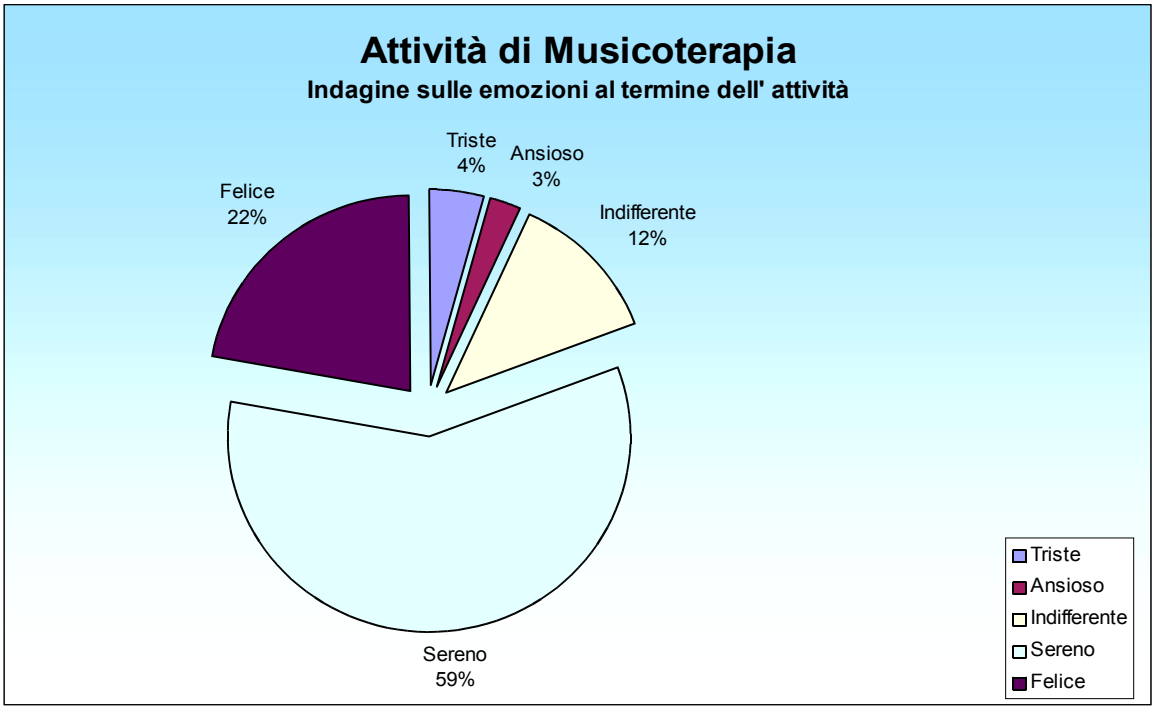
NOME E COGNOME	PRIMA DELL'ATTIVITA'?					A FINE DELL'ATTIVITA'?				
	TRISTE	ANSIOSO	INDIFFEREN-TE	SERENO	FELICE	TRISTE	ANSIOSO	INDIFFEREN-TE	SERENO	FELICE
	TRISTE	ANSIOSO	INDIFFEREN-TE	SERENO	FELICE	TRISTE	ANSIOSO	INDIFFEREN-TE	SERENO	FELICE
	TRISTE	ANSIOSO	INDIFFEREN-TE	SERENO	FELICE	TRISTE	ANSIOSO	INDIFFEREN-TE	SERENO	FELICE
	TRISTE	ANSIOSO	INDIFFEREN-TE	SERENO	FELICE	TRISTE	ANSIOSO	INDIFFEREN-TE	SERENO	FELICE
	TRISTE	ANSIOSO	INDIFFEREN-TE	SERENO	FELICE	TRISTE	ANSIOSO	INDIFFEREN-TE	SERENO	FELICE
	TRISTE	ANSIOSO	INDIFFEREN-TE	SERENO	FELICE	TRISTE	ANSIOSO	INDIFFEREN-TE	SERENO	FELICE
	TRISTE	ANSIOSO	INDIFFEREN-TE	SERENO	FELICE	TRISTE	ANSIOSO	INDIFFEREN-TE	SERENO	FELICE
	TRISTE	ANSIOSO	INDIFFEREN-TE	SERENO	FELICE	TRISTE	ANSIOSO	INDIFFEREN-TE	SERENO	FELICE

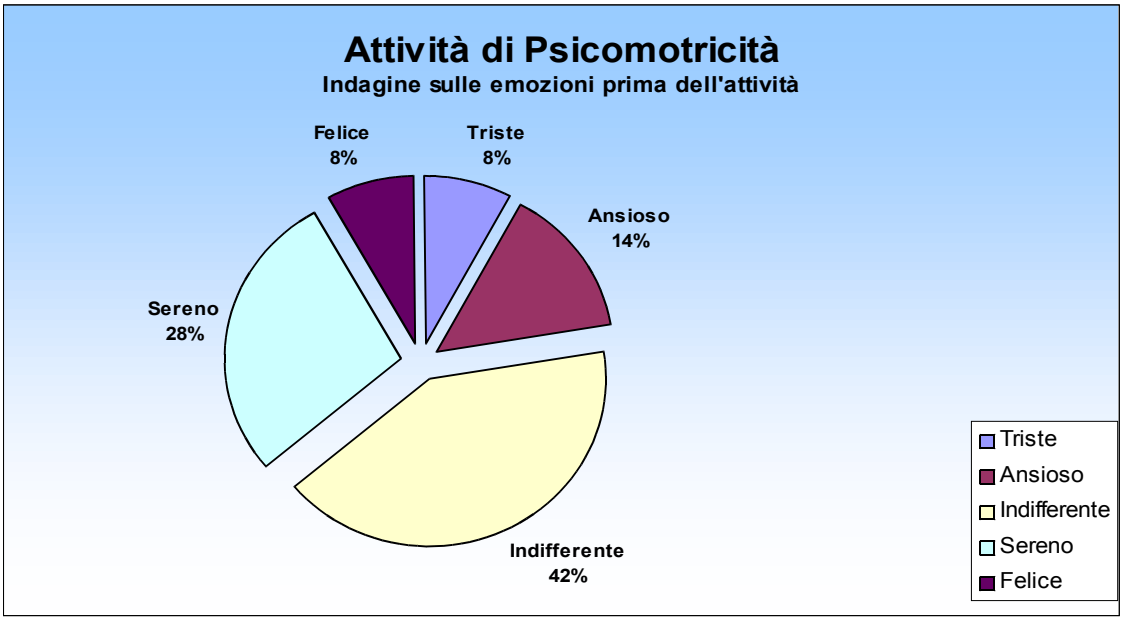
Di seguito riportiamo i grafici che indicano le risposte date dal gruppo utenti per l'intero ciclo di attività. Da essi appare un'influenza positiva dell'attività sullo stato emotivo.

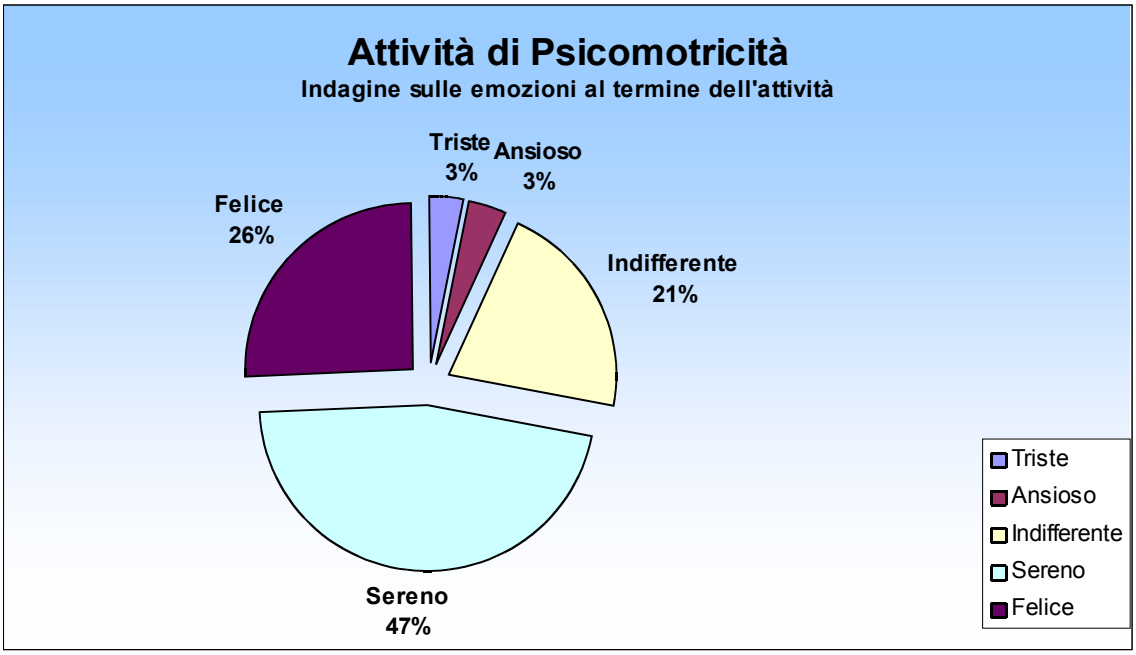

Attività di Biodanza
Indagine sulle emozioni inizio attività
Felice 5%
Triste 12%
Ansioso 17%
Sereno 36%
Indifferente 30%
Triste
Ansioso
Indifferente
Sereno
Felice


Attività di Biodanza
Indagine sulle emozioni al termine attività
Triste 4%
Ansioso 4%
Felice 30%
Indifferente 16%
Sereno 46%
Triste
Ansioso
Indifferente
Sereno
Felice


Attività di Musicoterapia
Indagine sulle emozioni prima dell' attività
Felice 5%
Triste 6%
Ansioso 26%
Sereno 36%
Indifferente 27%
Triste
Ansioso
Indifferente
Sereno
Felice


Attività di Musicoterapia
Indagine sulle emozioni al termine dell' attività
Triste 4%
Ansioso 3%
Felice 22%
Indifferente 12%
Sereno 59%
Triste
Ansioso
Indifferente
Sereno
Felice


Attività di Psicomotricità
Indagine sulle emozioni prima dell'attività
Felice 8%
Triste 8%
Ansioso 14%
Sereno 28%
Indifferente 42%
Triste
Ansioso
Indifferente
Sereno
Felice


Attività di Psicomotricità
Indagine sulle emozioni al termine dell'attività
Triste 3%
Ansioso 3%
Felice 26%
Indifferente 21%
Sereno 47%
Triste
Ansioso
Indifferente
Sereno
Felice

6. MUSICOTERAPIA e risultati di una eterovalutazione

Sintesi dei risultati del percorso di musicoterapia (maggio – ottobre 2015)

Nell'ambito della riabilitazione psichiatrica la musicoterapia rientra tra le attività riabilitative di secondo livello come tecnica espressiva tesa ad attivare forme di comunicazione tramite il canale sonoro ed il potenziale terapeutico insito nella musica.

"La musicoterapia è l'uso pianificato della musica e/o dei suoi elementi (suono, ritmo, melodia, armonia) per opera di un musicoterapista qualificato, in rapporto individuale o di gruppo, all'interno di un processo definito per facilitare e promuovere la comunicazione, le relazioni, l'apprendimento, la mobilizzazione, l'espressione, la organizzazione e altri obiettivi degni di rilievo nella prospettiva di assolvere i bisogni fisici, emotivi, mentali, sociali e cognitivi. La musicoterapia si pone come scopi di sviluppare potenziali e/o riabilitare funzioni dell'individuo in modo che egli possa ottenere una migliore integrazione sul piano intrapersonale e/o interpersonale e, conseguentemente, una migliore qualità della vita attraverso la prevenzione, la riabilitazione o la terapia ". (*World Federation of Music Therapy, Amburgo, 1996)*

L'intervento musicoterapico si fonda su processi di sintonizzazione e mira allo sviluppo ed al recupero della relazione intersoggettiva; i comportamenti di sintonizzazione riplasmano l'evento e spostano l'attenzione su ciò che sta dietro il comportamento, sulla qualità dello stato d'animo condiviso. La musica convoca ed interagisce con gli schemi temporali, le emozioni, la cognizione, il comportamento motorio. Il linguaggio musicale a differenza di quello verbale, non ha alcun riferimento immediato con la realtà, non è significante di un significato, non traduce cose o relazioni tra cose, non è al servizio di nessuna condotta o codice di comportamento: è il linguaggio dell'emozione ed il suo potere simbolico è strettamente legato alla vita affettiva e relazionale. Il simbolo, poi, si richiama ad un'entità affettiva che sta a monte e precede il contingente, a cui offre valore e significato. In musicoterapia la comunicazione è prevalentemente analogica ed il non verbale è il veicolo di trasmissione dei contenuti affettivi e di relazione. La possibilità di improvvisare, aspetto elettivo del modello musicoterapico, determina inoltre una stimolazione polisensoriale, motoria ed emotiva del paziente, che tende a reinvestire la realtà esterna in una sorta di "rianimazione psicocorporea". Questo aspetto risulta rilevante nei pazienti psicotici che si caratterizzano per il ritiro sociale, il grave disinvestimento affettivo della realtà, l'isolamento emotivo.

Il percorso proposto ha perseguito i seguenti obiettivi:
-Contribuire a porre le basi di un processo di crescita cognitiva, per la capacità del suono e della musica di determinare una notevole attivazione cerebrale;
-Potenziare le abilità cognitive attivando le capacità di base (attenzione, concentrazione, percezione, osservazione, riflessi, valutazione, analisi e sintesi, spazio tempo, coordinazione senso motoria, senso cronologico;
-Aprire canali di comunicazione, facilitando l'espressione dei sentimenti e la rappresentazione del mondo interno così da far emergere contenuti emotivi inespressi;

-Innalzare i livelli di attivazione in seguito all'azione dell'elemento sonoro musicale sui sistemi neuronali di gratificazione e di motivazione (autostima)
-Favorire processi di cambiamento (modificazioni comportamentali, comunicative, relazionali) come effetto della mobilizzazione delle energie e delle dinamiche psichiche
-Scaricare energia, ansia e tensioni (funzione catartica)
-Promuovere la socializzazione e l'interazione con il gruppo

Le tecniche musicoterapiche utilizzate possono essere definite in:
-tecniche attive (improvvisazione, dialogo sonoro, esecuzione, composizione,) mediante strumenti musicali, oggetti sonori, voce, corpo.
-tecniche recettive (sequenze di ascolto, ascolto bidirezionale, ascolto e verbalizzazione, ascolto e scrittura, ascolto e movimento, ascolto e contatto corporeo)
La metodologia applicata fa riferimento al modello psicodinamico relazionale mediante l'utilizzo di tecniche miste (attive e recettive) e nella prassi seguendo le linee guida condivise con l'equipe di riferimento: invio (osservazione e anamnesi sonoro musicale), assessment musicoterapeutico (inclusione/esclusione), definizione degli obiettivi terapeutici, contratto, trattamento, verifica.

La fruizione del sonoro/musicale poggia su un sistema che mette in gioco due piani:

piano dell'espressione (processo estetico)

- emersione delle peculiarità espressive spontanee dei pazienti
- emersione e differenziazione delle attitudini all'ascolto
- fruizione del musicale come forma protettiva
- mobilitazione psichica e pulsionale (attivazione sensoriale e sinestesica, seduzione estetica, fascinazione ipnotica)
- ri-narcisizzazione (riscoperta delle personali competenze musicali)

piano dell'intervento (processo terapeutico)

- veicolare la relazione terapeutica verso precisi obiettivi
- operare come lente di lettura delle modalità relazionali
- intervenire come mezzo terapeutico su tali modalità
- monitorare il cambiamento
- fornire gli elementi quantitativi e qualitativi per definire gli indicatori di risultato

Il percorso è stato monitorato per l'appunto mediante protocolli di osservazione (evidenze) e griglie di valutazione; di seguito ne vengono riportate due: una relativa alle tecniche attive ed una riferita a quelle recettive. Il protocollo è uno strumento di osservazione finalizzato a misurare l'effetto della musicoterapia, individuando alcuni indici comportamentali ritenuti cruciali, in modo da verificare i loro cambiamenti nel tempo.

Osservazione durante l'improvvisazione clinica o l'applicazione di tecniche psicomusicali attive

- modalità di approccio allo strumento musicale
- sperimentale
- intermediario
- transizionale
- difensivo
- catartico

- modalità di manipolazione
- convenzionale
- non convenzionale

- modalità della produzione sonora
- intensità
- durata
- timbro
- elementi ritmici (sfera intuitiva)
- elementi melodici (sfera sentimentale)
- elementi armonici (sfera intellettiva)

- produzione vocale e verbale
- assente
- presente (valutazione/ bilancio espressivo e fonatorio)

Aspetti comunicativo – relazionali

•interazione tra le persone: reciprocità della produzione sonoro-musicale -1 assente 2 qualche volta 3 spesso 4 molto spesso 5 sempre

•condivisione dello strumento

1 assente 2 qualche volta 3 spesso 4 molto spesso 5 sempre

Comunicazione visiva-mimica-espressività facciale

•sguardo

1 mai 2 qualche volta 3 spesso 4 molto spesso 5 sempre

•sorriso

1 assente 2 qualche volta 3 spesso 4 molto spesso 5 sempre

•mimica facciale

1 normale (persona in atteggiamento rilassato)
2 lievemente contratto
3 moderatamente contratto
4 marcatamente contratto
5 estremamente contratto

Comportamento psico motorio

• tensione

1 normale 2 lieve 3 moderata 4 marcata 5 estrema

• postura

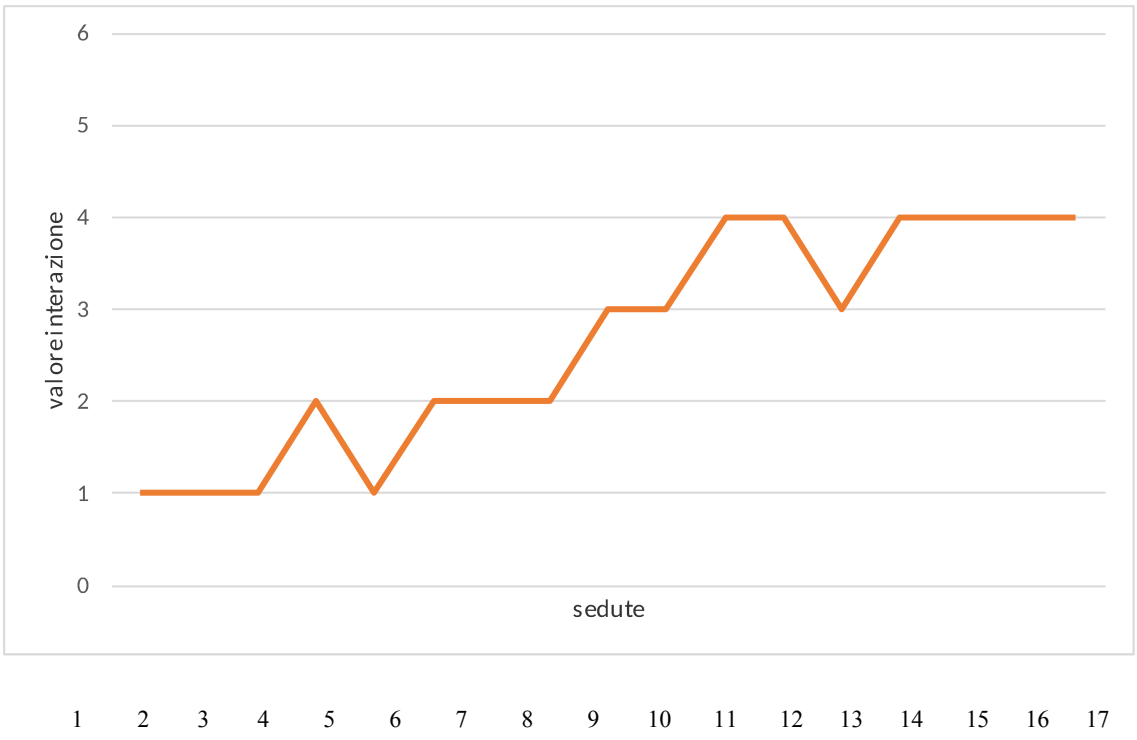
1 normale 2 lieve 3 moderata 4 marcata 5 estrema

• partecipazione corporea (movimento nello spazio/setting)

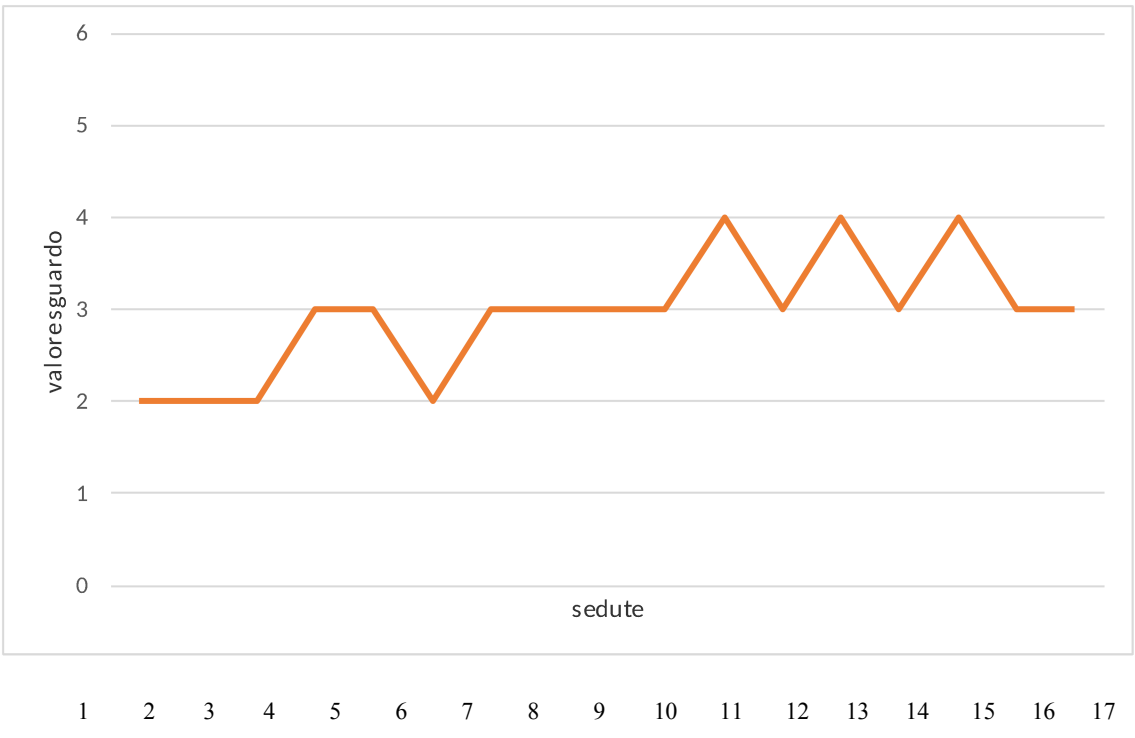
la persona si muove all'interno del setting:

1 moltissimo 2 molto 3 moderatamente 4 leggermente 5 per niente

Interazione



Sguardo



La sintesi dei risultati riguarda, per entrambi i gruppi, l'andamento dei valori di interazione e di sguardo (punteggi da 1 a 5) in relazione alla successione delle sedute (in totale 17). L'osservazione è avvenuta durante tutte le fasi della proposta attiva:

1-Esplorazione/sperimentazione (la persona sceglie lo strumento e lo prova autonomamente)
2-Worm up (presentazione individuale ((sonora)) dello strumento al gruppo)
3-Brain storming sonoro (improvvisazione libera)
4-Improvvisazione strutturata
5-Dialogo sonoro

Le fasi 4 e 5 sono metodologicamente relative ai processi di sintonizzazione.

I due parametri osservati e valutati hanno messo in evidenza una graduale progressione sia nella interazione sonoro musicale con il gruppo sia nella capacità di investire lo sguardo nei confronti delle persone durante gli eventi sonori (spazio temporali).

L'interazione mette in evidenza il farsi del dialogo sonoro come espressione ed indicatore dell'intersoggettività, mediata appunto dai parametri sonoro musicali all'interno del piacere estetico e catartico della produzione sonora.
L'attitudine ad investire con lo sguardo le persone e lo spazio sonoro generato dal gruppo, mette in rilievo il livello di apertura senso percettiva e cognitiva nonché relazionale, tenendo conto che già la produzione sull'oggetto sonoro richiede attenzione, integrazione sensoriale e coordinamento di tipo visuo audio motorio.

Griglia di valutazione delle risposte (scritte) relative all'ascolto di sequenze di brani musicali

➢Risposte semplici:
- Risposte sensoriali olfattive
- Risposte cenestesiche
- Risposte motorie
- Risposte sensoriali visive semplici

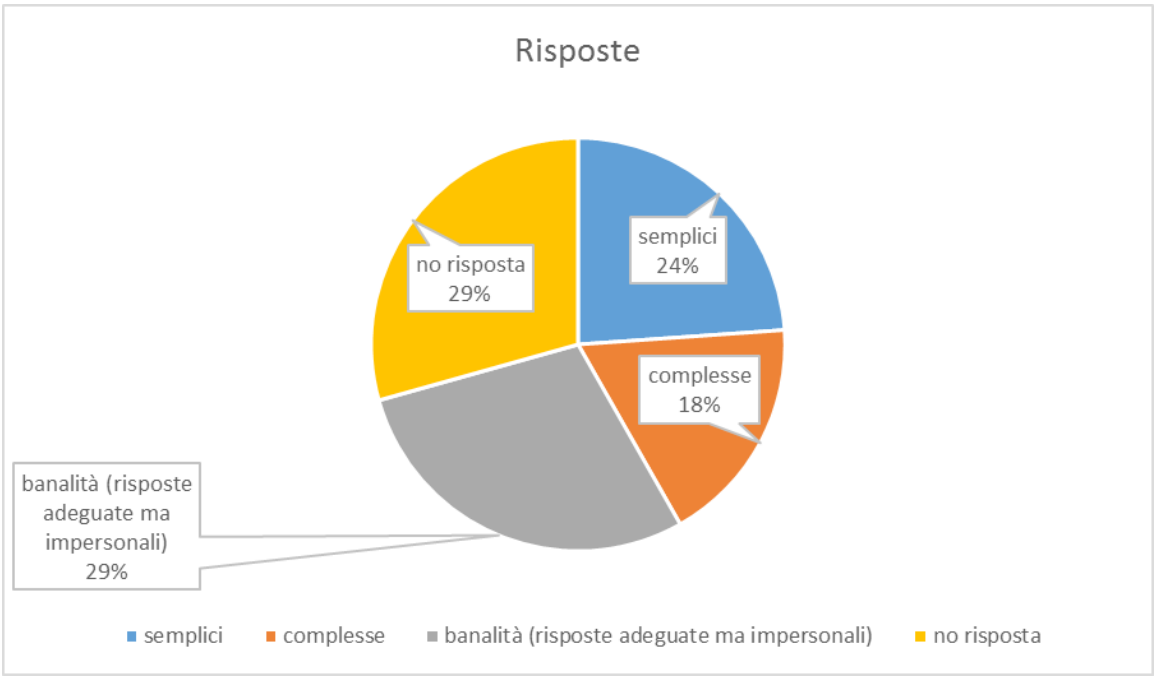
➢Risposte complesse:
- Immagini complesse o scene
- Impressioni
- Affetti
- Ricordi
- Razionalizzazioni

➢Banalità (risposte adeguate ma impersonali)
➢Nessuna risposta

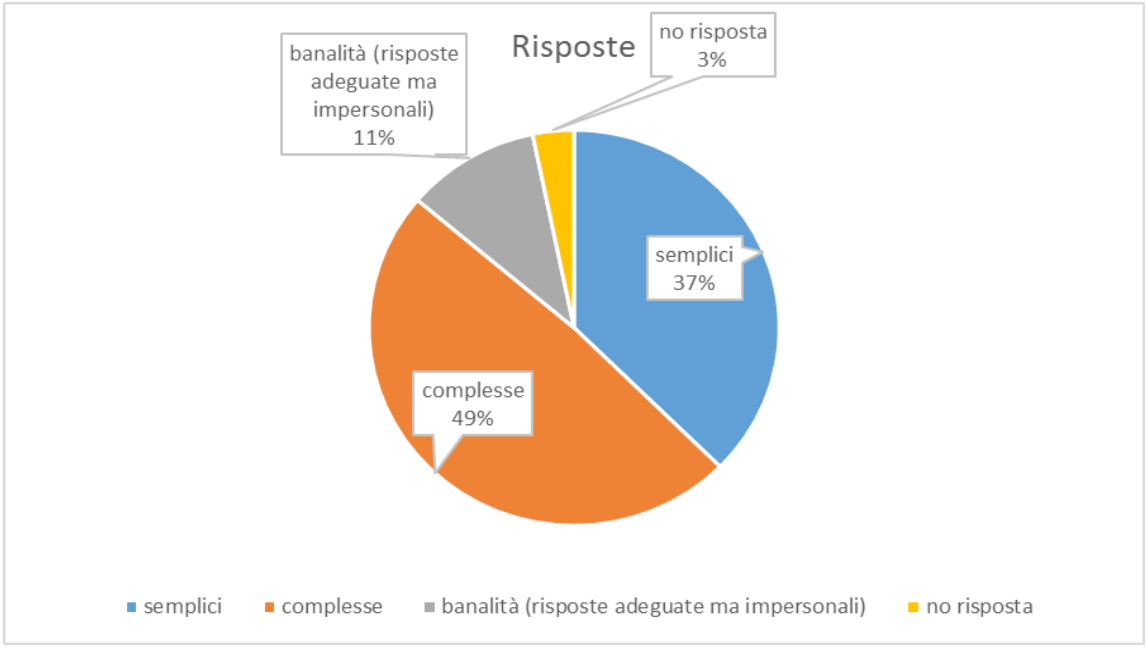
I dati raccolti sono stati raggruppati in griglie e poi elaborati nelle medie percentuali per entrambi i gruppi. Le prove sono state somministrate due volte, una all'inizio ed una alla fine del percorso.
Durante tutto il percorso sono state proposte costantemente esperienze recettive prevalentemente con risposte, elaborazioni, e condivisioni di tipo verbale.
I risultati dei grafici sottostanti mettono in evidenza la netta diminuzione delle non risposte e di quelle banali in favore dell'aumento di quelle semplici e soprattutto di quelle complesse.
La tendenza sembra sia stata quella di aumentare lo sforzo riflessivo nel dare le risposte

variando ed incrementando i contenuti sia oggettivi che soggettivi, mettendo in evidenza aspetti più creativi e coerenti del sé. Sembra inoltre, che i gruppi abbiano acquisito maggiore sicurezza espressiva e maggiore consapevolezza nel riscoprirsi competenti nella messa in relazione tra il musicale ed il sentire. Nel metodo delle risposte scritte (rispetto a quello verbale) si annullano le possibilità di imitazione e di emulazione.

Risposte sequenza ascolto inizio percorso



Risposte sequenza ascolto fine percorso



Al termine del percorso è stato somministrato un questionario qualitativo a 16 items per sondare l'indice di gradimento ed altri aspetti auto valutativi:

QUESTIONARIO SULL'ESPERIENZA DI MUSICOTERAPIA

1.L'esperienza di musicoterapia ha soddisfatto le mie aspettative?

per nulla poco abbastanza molto moltissimo

2.Ho gradito le proposte in genere e la modalità di conduzione del gruppo?

per nulla poco abbastanza molto moltissimo

3.Ho gradito la presenza delle altre persone?

per nulla poco abbastanza molto moltissimo

4.Mi sono sentito/a parte del gruppo ?

per nulla poco abbastanza molto moltissimo

5.Ho percepito fiducia in me stesso/a e nei confronti degli altri?

per nulla poco abbastanza molto moltissimo

6.Le esperienze proposte sono state adeguate alle mie abilità?

per nulla poco abbastanza molto moltissimo

7.La musica proposta ha suscitato in me emozioni?

per nulla poco abbastanza molto moltissimo

8.Ho gradito la proposte di ascolto?

per nulla poco abbastanza molto moltissimo

9.Penso di essere riuscito/a a comunicare con la parola o con la scrittura i miei sentimenti?

per nulla poco abbastanza molto moltissimo

10.Ho gradito suonare gli strumenti musicali ed improvvisare musica con il gruppo?

per nulla poco abbastanza molto moltissimo

11.Sono riuscito/a a comunicare attraverso il mio suono ed il mio ritmo?

per nulla poco abbastanza molto moltissimo

12.Mi è piaciuto cantare e giocare con la voce?

per nulla poco abbastanza molto moltissimo

13.Mi è piaciuto utilizzare il mio corpo come strumento musicale?

per nulla poco abbastanza molto moltissimo

14.Gli incontri e le esperienze musicali vissute hanno alleviato, quando erano presenti, la stanchezza il dolore o le preoccupazioni?

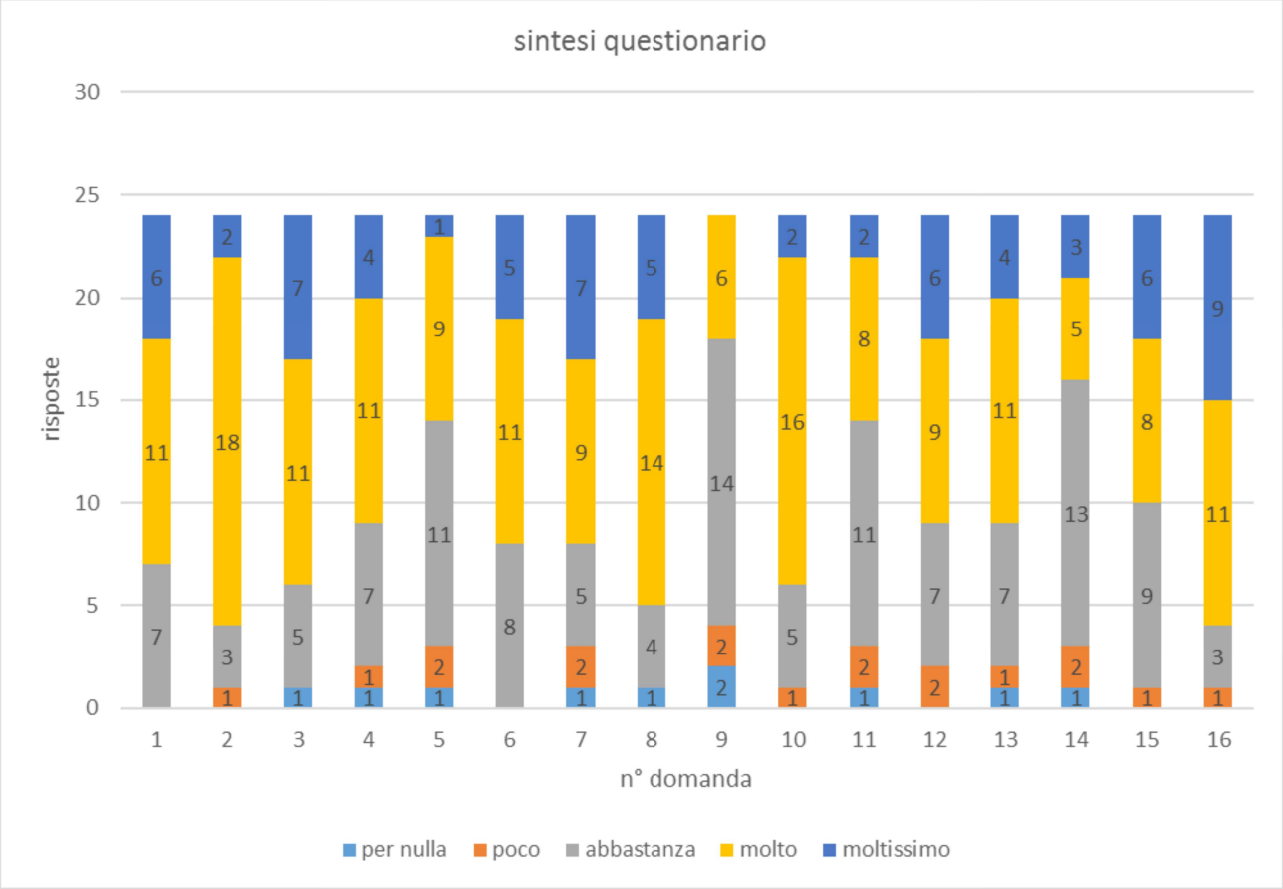
per nulla poco abbastanza molto moltissimo

15.Sento che il percorso è stato utile per me?

per nulla poco abbastanza molto moltissimo

16.Se mi venisse riproposta l'esperienza un altro anno sarei disponibile a frequentarla?

per nulla poco abbastanza molto moltissimo



Musicoterapia: letteratura e ricerca

A livello applicativo, la musicoterapia, è inclusa nelle linee guida NICE come terapia benefica per le persone affette da schizofrenia. Le linee guida pubblicate dal National Institute for Health and Clinical Excellence riconoscono la musicoterapia come intervento con consistenti effetti a medio e lungo termine, basati sull'evidenza, nella riduzione della sintomatologia negativa della schizofrenia, sia in pazienti ricoverati che ambulatoriali e raccomandano di considerarla e applicarla, in tutte le fasi della malattia, compresa la fase acuta, e per promuovere il recovery.
Studi recenti hanno dimostrato che la musicoterapia in aggiunta ai trattamenti standard può aiutare i pazienti con schizofrenia a migliorare il loro stato globale e il funzionamento sociale nel breve e medio termine. La musicoterapia può essere particolarmente importante per migliorare i sintomi negativi di pazienti che presentano appiattimento affettivo, scarse relazioni sociali e una generale perdita di interesse e motivazione, che in genere non rispondono bene ad altri trattamenti (Gold et al. 2005). Un altro studio dimostra che la pratica musicoterapica diminuisce i sintomi negativi e migliora il contatto interpersonale. Questi effetti positivi potrebbero aumentare le capacità dei pazienti ad adattarsi al contesto sociale dopo la dimissione dall'ospedale (Ulrich et al. 2007).
Uno studio italiano autorevole è stato condotto presso l'Unità Operativa di Psichiatria - Azienda Ospedaliera di Cremona: "Valutazione dell'efficacia del trattamento musicoterapico per pazienti psicotici afferenti le strutture riabilitative". In particolare è stata verificata l'efficacia sia sul piano strettamente clinico-sintomatologico, con riferimento prevalente ai sintomi della dimensione negativa, sia sul piano del funzionamento sociorelazionale e complessivo (Gamba, Poli 2006).
Per quanto riguarda le sindromi depressive è stato condotto uno studio che mette in evidenza l'effetto immediato sull'umore a seguito del trattamento musicoterapico, mentre l'effetto non è lineare sui sintomi generali, diventando più stabile dalle 15/20 sedute in poi (Gold '96 Nordic Journal of MT). Le fonti bibliografiche più autorevoli in musicoterapia sono: la banca dati EBSCO "Psychology and Behavioral Sciences Collection", la Cochrane Collaboration e il Journal of Music Therapy.

7. PSICOMOTRICITA' e risultati di una eterovalutazione

Psicomotricità e Psichiatria

La scelta di inserire l'attività psicomotoria fra quelle considerate dalla studio pilota, trova fondamento nella capacità che essa ha di sollecitare un'esperienza propriocettiva in pazienti psico-organici al fine di restituire loro un'unità persa, talvolta mai avuta, ridandole forza ed autonomia .

L'attività psicomotoria con pazienti schizofrenici consente, grazie ai suoi obiettivi, la realizzazione di un sé corporeo unitario, passando dal sé corporeo a un sé integrato ed infine a un io sociale.

Si tratta di svegliare il “sesto senso” (come lo chiamava Sherrington, fisiologo), costituito da quel flusso sensorio inconscio continuo che proviene dalle parti mobili del nostro corpo: muscoli, tendini, articolazioni e dalla percezione dello spostamento del corpo nello spazio che ci permette di adattare di continuo le nostre posture avvertendo il corpo come nostro. Nella vita corrente, fintanto che siamo in uno stato di benessere, non portiamo intenzionalmente la nostra attenzione sulla percezione del corpo; mentre se fossimo costretti a vivere nell’isolamento più totale, privi di afferenze esterocettive e di contatti sociali il "sesto senso" diverrebbe necessario testimone della nostra stessa esistenza. Il linguaggio corporeo dello schizofrenico in particolare fa supporre che egli non abbia un senso di sé corporeo o che sia scarso o distorto e ciò può far capire gli stati di angoscia legati al senso di non-esistenza, la paralisi dell’azione, l’assenza di manifestazioni esterne delle emozioni, la “mancanza di intenzionalità espressiva”. Christopher Frith che individua i "disturbi dell'azione" dello schizofrenico, ipotizza che le anomalie comportamentali della malattia, come la povertà di azioni, l'azione stereotipata, incoerente, siano la conseguenza di difetti del meccanismo sotteso alla generazione di azioni intenzionali (autogestite), mentre quello che sta alla base delle azioni stimolo-guida (eterogestite) resterebbe intatto o quasi.

E' così che la psicomotricità come attività di gruppo, entra a pieno titolo tra le attività riabilitative, in quanto i suoi obiettivi generali (lottare contro la passività, stimolare le iniziative personali, incrementare la capacità di riconoscere le emozioni) e gli obiettivi strettamente specifici (incrementare la percezione dello spazio, del tempo, accrescere la capacità di equilibrio, del ritmo e della lateralità intesa come capacità di percepire la qualità del movimento -minore o maggiore difficoltà a seconda che il gesto sia compiuto o meno con l'arto dominante- , l’uso dell’oggetto come mediatore nella relazione, l’arricchimento delle relazioni interpersonali attraverso il gioco di gruppo) mirano a salvare l'integrità dell'io.

I parametri di osservazione possono essere sinteticamente elencati come segue:

- Spazio
- Tempo
- Equilibrio
- Coordinazione
- Lateralità

L'attitudine terapeutica non sta nel ritenerli come organizzazioni definitive da rispettare, ma come modalità scelte dal soggetto per comunicare. Lo spazio psicomotorio, ad esempio, è formato da luoghi da attraversare in cui si incontra il mondo: una persona, un paesaggio, un oggetto. La mancanza di iniziativa, di desiderio di agire dei pazienti non richiedono più i necessari viaggi nello spazio che sono premesse di esplorazione e conoscenza.

Anche il rapporto con il tempo varia e l'attesa assume importanza perchè proietta in un momento successivo il piacere che ci si aspetta, che permette al soggetto di percepire l'esperienza non come una serie di frammenti isolati, ma come un continuum che si svolge e prosegue nel tempo ed è dato dalla flessibilità da parte del terapista nel gestire i tempi della seduta che non sono quelli dell'orologio, rispettando la lentezza, una delle caratteristiche del comportamento motorio e gestuale dei pazienti psichiatrici.

L'incontro avverrà attraverso questo canale non verbale che permetterà di vivere uno spazio proprio prezioso: all'interno dello spazio istituzionale l' uniformità, la mancanza di personalizzazione non fa altro che aumentare la perdita di contatto con il proprio sè.

Psicomotricità: Metodologia e Modello di riferimento

L'attività psicomotoria trova il suo riferimento nel Modello Biopsicosociale sviluppato da Engel nel 1974.

Intorno agli anni'70 l'ampliamento dei confini scientifici creò una crisi intorno al concetto di malattia che portò delle modificazioni significative soprattutto nella definizione di malattia psichiatrica attraverso il riconoscimento dell'influenza delle relazioni e dell'ambiente come fattori incisivi al pari di quelli organici. Da qui l'importanza dell' attività psicomotoria come attività "neurofisiologia nella tecnica, psicologica nello scopo" (Ajuriaguerra, 1975).

Il Metodo Psicomotorio Soubirain, segue, appunto, il filone terapeutico di Ajuriaguerra e propone un approccio coproreo alla persona come sintesi unificante di aspetti biologici, cognitivi, affettivi e relazionali (Boscaini, 2008) da estendere a tutto il ciclo di vita ed alla patologia. La psicomotricità così intesa si focalizza sulla conoscenza di se, sulla consapevolezza, nel qui ed ora, nel saper fare e nel saper fare attraverso il corpo e trova la sua massima espressione nell'armonia tra schema corporeo ed immagine corporea.

Gli strumenti:

1- il gioco

Il metodo Soubirain, come tutti gli altri metodi, utilizza il gioco come strumento primario. Il gioco nasce come libera espressione del paziente che deve poter interagire con gli attrezzi a disposizione come meglio crede: sarà accortezza dello psicomotricista porre attenzione alla modalità con la quale questo avviene. Durante la seduta il paziente può decidere o meno di interagire con lo psicomotricista, qualora decida di farlo l'interazione diventa "dialogo tonico" (Wallon), riproponendo emozioni e vissuti che possono essere rielaborati attraverso il proprio ritmo personale. In questa situazione, allo psicomotricista verranno richieste capacità di ascolto, di imitazione, di osservazione e la capacità di integrare le informazioni acquisite dall'osservazione e dalle varie prove di valutazione, in modalità funzionale all'ambiente nel quale il paziente è inserito, sia esso bambino, adulto, anziano o psichiatrico. Quando poi nel gioco viene data enfasi alle relazioni di gruppo, Vecchiato (2007) lo definisce gioco di socializzazione: nel contesto clinico il soggetto manifesta le proprie difficoltà emotive e relazionali con due modalità, ovvero o tende ad isolarsi rispetto agli stimoli del gruppo evitando confronti e scambi, oppure si rifugia eccessivamente in esso, soprattutto nelle fasi più dinamiche, per evitare attività individuali che lo metterebbero in contatto con se stesso e con i propri vissuti.

2- la grafomotricità

Al pari del gioco il metodo prevede attività psicomotoria attraverso il gesto grafico o grafomotricità che però non abbiamo utilizzato in questa ricerca, mentre strettamente connesso con la psicomotricità e con la grafomotricità vi è il rilassamento psicomotorio che si inserisce all'interno della seduta (Soubirain 1978) come mezzo attraverso il quale il soggetto può percepire le proprie variazioni toniche, affinchè egli possa imparare a prevederne i vissuti e gestirli nel contesto vitale.

3- il rilassamento psicosomatico

Lo scopo è quello di far prendere coscienza delle proprie sensazioni cinestesiche e propriocettive che vanno ad attivare il processo di apprendimento sensoriale, mentre il fine della terapia tramite il metodo stesso, è quello di far raggiungere un'autonomia al paziente relativamente alla proprie manifestazioni fisiologiche anche se negative, alimentandone la fiducia e sostenendolo oltre la prima fase che può rivelarsi ansiogena (Soubirain 1978).

L'autrice nel definire meglio le caratteristiche del metodo di rilassamento ha aggiunto due aggettivi che identificano gli ambiti nei quali è utilizzato: si parla di rilassamento psicomotorio nel bambino e nell'adolescente, poichè il bisogno fondamentale in questa fascia d'età è di percepirsi attraverso il corpo; rilassamento psicosomatico nell'adulto, poichè egli riconosce soprattutto la funzione tonica e le reazioni vegetative ad essa collegate (Soubirain 1978). L'obiettivo del rilassamento, quindi, è la ricerca di un equilibrio tonico in funzione del tono di ciascuna persona (Lemarie 1977).

Infine il rilassamento terapeutico è un esperienza che va vissuta prevalentemente a livello corporeo e si può svolgere sia individualmente che in gruppi non eccessivamente numerosi (max 10/12 pazienti), si tratta di un'attività che coinvolge direttamente il corpo e la percezione dello stesso, dandone senso di unità e concretezza, ed allontanando pericolosi spazi vuoti o vissuti di frammentazione grazie al contatto tra operatore e paziente e ad una gestione adeguata dei tempi e degli spazi di esecuzione.

Psicomotricità: la griglia di osservazione

La griglia di osservazione utilizzata durante la ricerca è stata strutturata sulla base di un modello preesistente, utilizzato per la valutazione dell'attività di Biodanza (Metodo Rolando Toro), anch'essa facente parte dello stesso gruppo di ricerca. La scelta è stata dettata dalla necessità di rendere, dove fosse possibile, omogenei sia i parametri che i criteri di valutazione ed era strutturata come segue:

PARAMETRI DI VALUTAZIONE

1.Ritmo, cioè l'adattamento motorio ai vari tipi di ritmo, sia esso proveniente dalla musica o da altre fonti. Indica il dato di integrazione motoria ad uno stimolo esterno.

2.Tempo, ovvero la capacità di eseguire le consegne in modo funzionale ed adeguato. Lo si nota nei giochi in coppia ed individuali e consiste nel non anticipare i movimenti ma attendere il proprio turno procrastinando il bisogno sopportando la frustrazione.

3.Spazio, capacità di portare a termine una consegna utilizzando lo spazio prescritto oppure (nel caso non vi sia un limite) utilizzando tutto quello disponibile.

4.Coordinazione, essere in grado di integrare diversi movimenti ottimizzandone la resa funzionale nell'esecuzione del gesto.

5.Equilibrio, in psicomotricità è la capacità di mantenere la postura in assenza di moto. L'equilibrio è condizione necessaria per lo sviluppo del cammino e dell'autonomia.

6.Armonia, cioè la capacità di adattarsi alle richieste dell'ambiente ed ai propri bisogni in modo fluido e consapevole. In particolare in psicomotricità si intende l'assenza di paratonie e/o tensione dei muscoli antagonisti durante l'esecuzione del movimento che diventa fluido, preciso e funzionale.

7.Relazione , capacità di ricevere informazioni verbali e non adattandosi alla risposta esterna sia nel tono che nella verbalizzazione .

8.Rilasciamento, ovvero la capacità di abbassare il tono muscolare passando da una situazione nella quale vi è stato un coinvolgimento muscolare (stato tonico) ad uno nel quale non vi dovrebbe essere, come stare supini a terra (stato ipotonico).

9.Rilassamento, ovvero la capacità di agire sugli stati d'animo negativi attraverso l'ideazione al fine di modificarli in senso positivo.

Trattandosi di soggetti in cura con farmaci, la valutazione del tono, che pur è molto importante in psicomotricità, non è stata tralasciata ma inserita come parametro indiretto per assenza di riferimenti concreti in letteratura.

CRITERI DI VALUTAZIONE

1- Capacità assente, bisogna sviluppare

2- Capacità a volte manifestata a volte no, bisogna rinforzare

3- Capacità presente

Psicomotricità: risultati del percorso ottobre 2014- maggio 2015

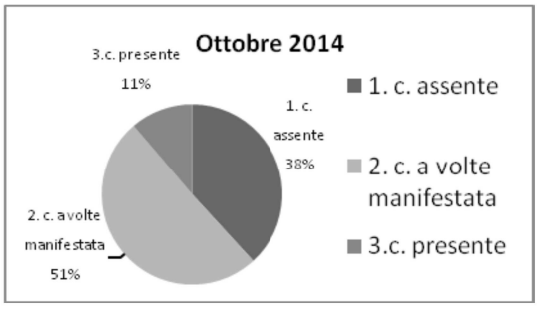
Data l'eterogeneità di età e patologia, il gruppo campione, all'inizio, si presentava frammentato, con una forte inerzia nel movimento ed inibizione di iniziativa. I tempi di mantenimento dell'attenzione su un'attività erano molto brevi, le attività dovevano essere varie, semplici e sostenute dalla presenza nell'esecuzione delle consegne (imitazione diretta). Con il passare del tempo è aumentata l'autonomia del gesto e le iniziative personali, a volte anche creative e scherzose permettendo di allungare i tempi delle consegne, la resistenza alla frustrazione, la capacità di riparazione ed è progressivamente diminuito il bisogno dell'azione su imitazione.

Ogni componente del gruppo ha migliorato sia la qualità che le quantità di relazioni, iniziando ad accettare il gioco anche con soggetti diversi da quelli con i quali si confrontavano abitualmente, mantenendo piccoli contatti corporei (mani, piedi, spalle...) per tempi sempre più lunghi.

La sicurezza acquisita ha permesso di sperimentare nuove sensazioni rispetto all'utilizzo dei materiali ed a ricontattare in termini diversi i confini spaziali e temporali: c'è chi all'aumentare dello stimolazione ha accettato di mettersi alla prova sperimentando nuove strategie, chi invece ha deciso di fermarsi, chi anche ha acquisito maggiori competenze nell'esecuzione dei giochi e si è offerto come sostegno a chi aveva ancora delle difficoltà .

I tempi del rilassamento psicosomatico sono allungati anche per i soggetti con maggiore difficoltà: dai 5-6 minuti iniziali il gruppo è giunto ad eseguire un rilassamento di 10-12 minuti. Le due fasi di rilasciamento e rilassamento sono migliorate complessivamente in tutti i soggetti in modo coerente alla patologia.

Ecco come si presentano i risultati ottenuti dalla compilazione della griglia di valutazione in due momenti separati ad Ottobre 2014 e Maggio 2015.



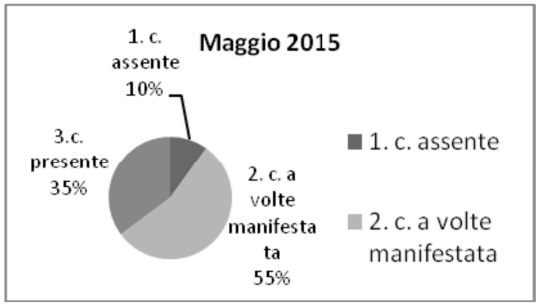


Grafico 1 e 2: i grafici riportano la percentuale dei parametri nei due momenti di valutazione, ovvero prima dell'inizio attività (Ottobre 2014) e alla fine dell'attività (Maggio 2015). La percentuale delle capacità acquisite dai soggetti del corso passa da 11% a 35%, quelle "a volte manifestate" da 51% a 55%, mentre le capacità assenti da 38% a 10%. Ciò indica un progressivo e costante miglioramento e coinvolgimento nelle attività proposte.

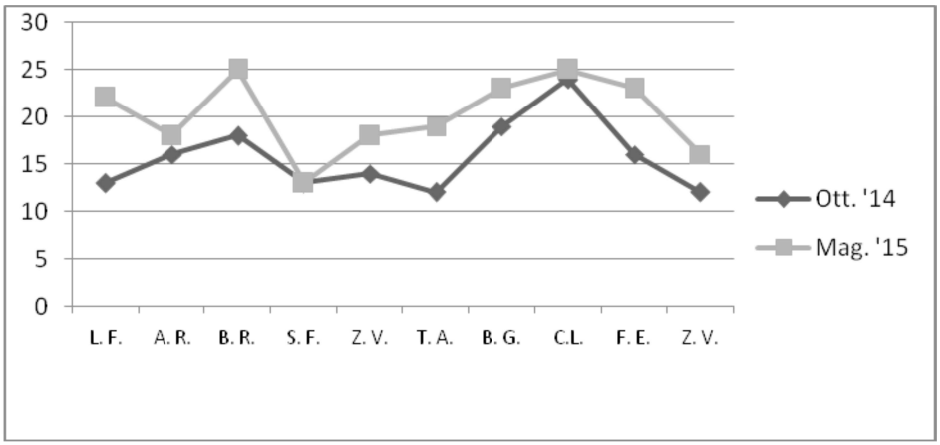


Grafico 3: Il presente grafico riporta la somma dei punteggi ottenuti da ciascun partecipante del gruppo all'inizio (Ottobre '14) ed alla fine dell'attività (Maggio '15). Nell'ascissa troviamo i nomi dei partecipanti al gruppo di psicomotricità mentre nelle ordinate è presente la somma del punteggio dei parametri (ritmo, tempo, spazio, coordinazione… rilassamento) prima e dopo il corso. Si può notare che le somme solo in due utenti sono coincise nei due tempi, per tutti gli altri utenti c'è stato un incremento della somma dei punteggi.

8. BIODANZA e risultati di una eterovalutazione

Biodanza sistema Rolando Toro

Il percorso di biodanza nel Centro di Salute Mentale (Ulss 8), è stata orientato al sollievo della sofferenza psichica, recuperando il suo scopo originario. Questa disciplina nasce, infatti nell'ambito della psichiatria.
Nel 1965, Rolando Toro, psicologo e antropologo cileno, prese parte ad un programma sperimentale di umanizzazione della medicina. In quell'occasione , ebbe modo di introdurre e sviluppare una serie di tecniche di danza libera con i pazienti dell'ospedale psichiatrico di Santiago del Cile. Fu da queste prime esperienze che prese avvio al Sistema di Biodanza. Successivamente, questa disciplina ha mostrato la sua efficacia per il benessere psicofisico di tutte le persone e si è diffusa in vari continenti. Essa conserva, però, intatte le sue originarie potenzialità terapeutiche.
IL METODO : La Biodanza è un sistema di integrazione affettiva motoria, di rinnovamento organico e di riapprendimento delle funzioni originarie della vita.
Agisce sullo stimolo delle potenzialità di ognuno, rafforzando le emozioni sane e la loro espressione coerente, stimolando l'apprendimento "vivencial" (quello degli affetti ed emozioni) integrandolo all'apprendimento cognitivo.
Gli esercizi sono strutturati in relazione al modello teorico della Biodanza (sviluppo ed espressione dei potenziali genetici), i cui elementi sono: la musica, il movimento e l'emozione.
Può rappresentare un valido strumento per affrontare un percorso diverso, una proposta che parte dalla concezione che, privilegiando il corpo con la sua saggezza naturale, intende valorizzarlo al massimo , con inviti, stimolazioni e metodologie di tipo affettivo, percettivo e mentale**. Valorizzazione, accettazione, dolcezza, contenimento, sostegno, entusiasmo, incontro e scambio affettivo con l'altro sono le qualità umane che l'esperienza biodanza aiuta a ritrovare nella vita**.
Gli esercizi sono strutturati in relazione al modello teorico della biodanza (sviluppo ed espressione dei potenziali genetici), i cui elementi sono:

MUSICA = Stimolo che porta ad esprimere un'emozione legata al movimento.
MOVIMENTO= Entrare in azione
VIVENCIA= Istante vissuto con intensità.
GRUPPO= Matrice Umana che crea incontro

OBIETTIVI GENERALI:

- Aumento del livello di umore individuale e del gruppo
- Integrazione affettiva
- Sviluppo di una maggiore autostima e gratificazione
- Costruire una buona integrazione di gruppo e forme di comunicazione che consentano di potenziare le parti sane di ognuno
- Sciogliere tensioni muscolari ed emotive
- Aumentare la sicurezza e la vitalità nei movimenti, in relazione alle proprie possibilità
–Migliorare il grado di contatto con la realtà

Gli effetti riscontrati al termine di un percorso di biodanza possono essere :

- Ripristino della capacità di muoversi con ritmo, fluidità e armonia
- Ripristino della capacità di muoversi con motivazione interiore, cioè con

intenzionalità
- Ripristino della motivazione a cambiare
- Elevazione dell'umore endogeno, la biodanza attua come fattore antidepressivo
- Miglioramento della capacità di comunicare e dell'espressività

VALUTAZIONE DEL PROCESSO EVOLUTIVO PER PAZIENTI PSICHIATRICI

OBIETTIVO DELL'OSSERVAZIONE: valutazione non tanto del singolo incontro quanto del PROCESSO nell'arco dei n° 30 incontri. Biodanza lavora con il movimento, la vivencia e lo stimolo della musica per il recupero e la promozione di movimenti naturali. Per questo proponiamo che la valutazione del processo evolutivo di ogni singolo partecipante utilizzi in modo semplificato il "Criterio di valutazione secondo le categorie del movimento e le capacità di contatto e regressione" di Biodanza (© Copyright by Rolando Toro).

PERIODO DI OSSERVAZIONE: la compilazione della scheda dopo l'osservazione diretta da parte degli educatori avvenga in due periodi diversi. La prima rilevazione nelle prime sessioni e corrispondere quindi alla condizione iniziale dei partecipanti, la seconda rilevazione alla fine del percorso. Questo per evitare che gli educatori partecipino all'attività sempre con uno spirito "indagatore" che poco agevolerebbe l'entrata in vivencia dei partcipanti. In tal senso l'utilizzo della videocamera come strumento di osservazione sarebbe di grande aiuto oltre che testimonianza anche a posteriori del lavoro svolto. Successivi ai periodi di osservazione potrebbe seguire un incontro di equipe tra conduttori, educatori, psicologa (almeno uno a metà percorso e uno alla fine).

LE CAPACITÀ DA VALUTARE potrebbero essere le seguenti considerando il livello di compromissione di ciascun partecipante e il margine di possibilità su cui lavorare (a questo proposito sarebbe di aiuto avere maggiori informazioni):

•Ritmo = adattamento motorio a diversi tipi di ritmo musicale, indica un grado fondamentale d'integrazione motoria e di adattamento a uno stimolo esterno. Mantenere il ritmo in esercizi a coppia può essere più difficile perché allo stimolo della musica si aggiunge quello del compagno

•Sinergia = alternanza di lateralità nel movimento delle membra superiori e inferiori durante la marcia (e il salto), indica il grado d'integrazione corporea tra parte superiore e inferiore, tra lato destro e sinistro del corpo (c'è manifestazione spontanea o no)Impeto vitale = disposizione al movimento e alla azione, indica motivazione ed entusiasmo (prende iniziativa ad avanzare, c'è vivacità dei movimenti e nello sguardo)

•Controllo volontario intenzionale = capacità di dirigere i movimenti con la volontà e finalizzarli a uno scopo

•Elasticità/Estensione = il movimento di braccia e gambe si allunga, c'è pulsazione tra espansione e contrazione.

© Rolando Toro Araneda

•Fluidità = continuità e decelerazione nel movimento, (capacità di muoversi con sensibilità nello spazio, senza rigidità e fuori dagli stereotipi), indica capacità di adattamento

•Espressività = capacità di esprimere con spontaneità gli stati d'animo mediante i gesti, lo sguardo, il volto e i movimenti corporei (movimenti in sù, in giù)

•Eutonia = capacità di equalizzare il tono muscolare con l'altro affinché il livello di tensione e rilassamento tra le persone che vi partecipano possa uguagliarsi. Promuove il superamento della tendenza a stabilire rapporti di dominio-sottomissione

•Feedback nella relazione = capacità d'inviare e ricevere informazioni non verbali e di adattarsi secondo la risposta (tiene conto della risposta dell'altro e si adegua)

•Sintonizzazione con l'altro = comunicazione affettiva con l'altro tramite il ritmo e la melodia, indica la capacità di entrare in connessione con l'altro, in accordo (connessione di sguardi, presenza)

•Iniziativa reciproca = tende a prendere iniziativa per es. scegliendo un compagno o proponendo una variazione del movimento nelle danze a 2

•Contatto visivo = capacità di entrare e mantenere il contatto visivo

•Capacità di contatto fisico = facilità ad avvicinarsi e a entrare in contatto con naturalezza

•Capacità di regressione integrativa = capacità di abbandonarsi e di rilassarsi

○ *I <u>CRITERI DI VALUTAZIONE</u>, si potrebbe valutare se la capacità è assente e da sviluppare (livello 1), se a volte si manifesta e a volte no e bisogna rinforzarla (livello 2), oppure se è stabilizzata (livello 3).*

CRITERI DI VALUTAZIONE
1 = CAPACITA' ASSENTE – bisogna sviluppare
2 = CAPACITA' – a volte manifestata, a volte no – bisogna rinforzare
3 = CAPACITA' STABILIZZATA

•<u>OSSERVAZIONE ED ESERCIZI:</u>

Per facilitare l'osservazione da parte degli educatori, di seguito riportiamo gli esercizi principali e cosa è possibile osservare in ciascuno di essi.

- <u>RONDA:</u>

Sintonizzazione con le persone
Contatto visivo
Ritmo
Impeto (prende iniziativa ad avvicinarsi agli altri)

© Rolando Toro Araneda

- CAMMINATA INDIVIDUALE:

ritmo
sinergia
impeto vitale
controllo volontario
espressività

- CAMMINATA A DUE:

Entra nel ritmo della musica
coordinazione ritmica (si coordina con il compagno: ritmo a 2)
sintonizzazione (è presente al compagno, ogni tanto lo guarda…)

- SINCRONIZZAZIONE RITMICA/MELODICA

Ritmo/melodia (movimento rallentato)
sintonizzazione
espressività sincronizzata
feedback
iniziativa reciproca
contatto visivo
contatto fisico (presi dalle mani, testa con testa)

- DANZE INDIVIDUALI RITMICHE

Ritmo (anche con diversi ritmi)
impeto vitale
controllo volontario
espressività (movimenti di apertura, diversi dal solito…)
eventuali specificità della danza

- ESTENSIONE

Controllo volontario
movimento decelerato
movimenti aperto
movimento pulsante tra estensione e contrazione

- FLUIDITA'

Controllo volontario
movimento decelerato
movimento continuo
muove tutto il corpo o solo una parte (dx/sx, sopra/sotto)

- SEGMENTARI

Controllo volontario
movimento lento
movimento solo della sezione corporea interessata

© Rolando Toro Araneda

- INCONTRI/ABBRACCI

Disponibilità a incontrare
Iniziativa a scegliere un compagno
Feedback
Sintonizzazione
Contatto visivo
Contatto fisico

- ESERCIZI DI CONTATTO

disponibilità a ricevere il contatto
disponibilità a dare il contatto
diminuita tensione muscolare
assenza di meccanicità
sensibilità del contatto
capacità di regressione

- RONDA DI CULLA

capacità di regressione e abbandono
diminuita tensione muscolare
occhi chiusi

© Rolando Toro Araneda

CONSIDERAZIONE IMPORTANTE: si invitano gli educatori a continuare l'osservazione anche al di fuori della sessione di Biodanza. Per esempio osservando se:

- si cercano tra di loro
- si coccolano
- prendono l'iniziativa
- curano maggiormente il loro aspetto
- aumenta il loro bagaglio motorio con gesti e movimenti nuovi
- i movimenti sono più armoniosi e integrati
- c'è diminuzione delle stereotipie

OSSERVAZIONI PERSONALI PRIMA PARTE di MARCO SAVIO da Ottobre 2014 a Gennaio 2015

Il mio intento personale, con i ragazzi, è portarli ad una realtà oggettiva, non fatta da osservatore di se stesso ma di "relazione di se stessi con gli altri", per creare sempre nuove possibilità ed equilibri, oltre la loro autovalutazione sensoriale. Il mondo è fatto di mani che ci possono accompagnare, di strade non sempre facili da percorrere e non sempre quelle più consone alla nostra vita. La bellezza di rimettersi in cammino, anche ripercorrendo all'indietro il vissuto ma con occhi di oggi, in un contesto diverso.

L'esprimere: essere qui è come essere tornato a casa, esprime la fiducia di essere in quel posto e concedersi l'abbandono.

L'accettazione del proprio stato di disagio e di malattia, non come punto di arrivo definitivo ma come punto di partenza per riordinare e riqualificare la propria esistenza, facendo leva sui propri talenti ma anche sulla forza della condivisione nel gruppo. L'integrazione fra le proprie difficoltà e le proprie capacità come acquisizione di nuove competenze del vivere.

Ho sottolineato, in particolar modo, la lettura e consapevolezza della propria postura, sia fisica, sul modo di camminare, di stare eretti o seduti, che esistenziale, la modalità con cui "lasciamo che il tempo scorra" senza riempirlo di qualcosa che nutra…. Facendo provare ai ragazzi il diverso sentire e percepire a seconda di come ci muoviamo e ci poniamo, verso se stessi e gli altri. (Molto bello l'intervento di Monia, dell'anno prima, che ha condiviso più volte con il gruppo, il suo cambio di attenzione, nel camminare e nell'alzare la testa, vedendo più possibilità attorno a lei… (Propriocezione)

Nel corso delle lezioni, rendendoli partecipi anche del significato esistenziale di quello che a loro proponevo, li ho sentiti e percepiti più aderenti alle proposte (eccezione fatta per qualche elemento*), sempre più motivati nell'incontro. Questo appuntamento, atteso e gradito come momento di condivisione e aggregazione, si è consolidato sempre più creando anche incontri fra loro al di fuori del circuito ospedaliero e della "malattia" trovandosi spesso per andare al cinema o a cena assieme fuori che aprendo la propria casa agli altri.

SECONDA PARTE di BIODANZA da Fine Gennaio 2015 a Maggio 2015 con SONIA STELLA

Quando ho iniziato a Gennaio, la prima difficoltà che ho percepito in generale, a parte alcune persone, era la scarsissima Vitalità, a volte l'energia che si respirava era di sofferenza profonda, alcuni utenti nuovi hanno avuto il bisogno di conoscermi e fidarsi di me, si sono presentate alcune dinamiche, date anche dal passaggio della conduzione da Marco a me. Nei primi 6/7 incontri mi sono concentrata sull'elemento della tonicità, dell'allegria, della gioia di vivere, recuperare il salto per attivare l'azione. La potenza dell'incontro con presenza, ho proposto molta armonizzazione con danze fatte in gruppo di fluidità e scioglimento delle articolazioni. Avevo la sensazione che i loro corpi avessero bisogno di essere " scaldati" , percepiti da loro stessi "VIVI", che l'incontro affettivo con i compagni potesse essere più "integrato" possibile, per percepirsi prima di tutto verso se stessi.

Sento che la proposta di Biodanza ha una grande metodologia di base e che funziona nonostante tutto. Mi sono soffermata ad ascoltare il gruppo, e di volta in volta accogliere il bisogno di quel momento , realizzando la sessione secondo ciò che c'era da far emergere di importante in quel momento. La mia attenzione è stata di entrare nella loro realtà per trasformarla, spostare il loro punto di ossessione , riportare la loro realtà in una dimensione di insieme e di totalità. Da questo momento ho iniziato un lavoro sull'identità e l'autostima con esercizi di sola voce, canto, percepirsi , ascoltarsi, esprimersi all'altro con il proprio suono. La difficoltà che sentivo inizialmente, piano piano si è sciolta e si è trasformata in fiducia verso la mia persona.

Il primo passaggio importante è stato quando ho iniziato ad ascoltare i loro sogni e desideri…qualcosa che aveva a che fare con la loro quotidianità, con la loro esistenza, fuori dalla comunità. In quel momento, in alcuni di loro è emersa la speranza di poter realizzare di poter ancora essere. A quel punto ho sentito il secondo passaggio, ho impostato le sessioni sul **valore di farsi vedere**, una delle più belle ed emozionanti lezioni, con la danza del piacere di esserci e essere guardati.

Nella parte finale del progetto ho inserito la cura nel tocco. Ho preferito proporre momenti di contatto e carezza di presenza, anche semplicemente solo il tocco delle mani sul corpo dell'altro, per dare limite al corpo, il messaggio di sentirsi sicuri e protetti.

I finali delle sessioni sono stati proposti attraverso l'esperienza del RITO e la celebrazione, che ha un effetto sul gruppo e sulla persona di senso APPARTENENZA.

In queste ultime lezioni si sono lasciati andare anche a qualche confidenza di "corridoio" o di "camerata". Indice di una buona confidenza espressiva con fiducia verso il gruppo. Ci sono stati momenti che si sono manifestate alcune grandi verità. Per qualcuno Biodanza è un'attività che dà serenità momentanea, e va bene così, il fatto di esserci alla lezione perché mi fa bene, è una situazione buona per permettere un'omeostasi del sistema fisiologico. Per altri Biodanza è una spinta importante per misurarsi nella quotidianità.

Per gli utenti le lezioni sono momenti importanti di confronto, comunicando con il linguaggio del corpo, dei suoi movimenti e delle emozioni che si sprigionano, altri livelli di comunicazione per poter essere visti, ascoltati, capiti.

Di seguito alleghiamo i parametri del test che abbiamo usato, compilato da Marco Savio all'inizio del percorso, da Sonia Stella alla fine.

Data: **Ottobre 2014** INIZIO Operatore/Facilitatore **Marco Savio**	RITMO	RITMO A DUE	SINERGIA	IMPETO VITALE	CONTROLLO VOLONTARIO	ELASTICITA' ESTENSIONE	FLUIDITA'	ESPRESSIVITA'
T0	1,6	1,85	1,53	1,4	1,53	1,44	1,44	1,53
T1	2,13	2,2	1,8	1,8	2,06	1,73	1,73	2,06
Data: **Maggio 2015** TERMINE Operatore/Facilitatore **Sonia Stella**								
T2	2,5	2,7	2,1	2,3	2	2	2	2

Data: **Ottobre 2014** INIZIO Operatore/Facilitatore **Marco Savio**	FEDD BACK	EUTONIA	SINTONIZZAZIONE	INIZIATIVA RECIPROCA	CONTATTO VISIVO	CONTATTO FISICO	REGRESSIONE INTEGRATIVA	
T0	1,46	1,6	1,6	1,8	1,66	1,6	1,33	
T1	2,13	2,26	2,4	2	2,13	2,33	1,73	
Data: **Maggio 2015** TERMINE Operatore/Facilitatore **Sonia Stella**								
T2	2,34	2,5	2,8	2,6	2,6	3	2,4	

© Rolando Toro Araneda

*VALUTAZIONE SECONDA PARTE: **Per valutazione "3 stabilizzata**", si intende che hanno raggiunto la capacità di abbandonarsi al contatto fisico e a prendere l'iniziativa nonostante le difficoltà (Si può raggiungere maggiore abbandono, se sviluppiamo il lavoro sulle altre categorie del movimento).
Per valutazione "2 pulsante da rafforzare" per 80% del gruppo sono categorie fondamentali, su cui lavorare per ottenere maggiori risultati.

9. SINGOLI CASI evoluzione clinica e terapeutica

R.S.

S.B è un uomo di 43 anni affetto da schizofrenia paranoide con diagnosi formulata all'età di 38 anni . Vive a casa propria. E' seguito ambulatorialmente dall' ottobre 2011 per l'aspetto farmacologico. La presa in carico da parte del CSM di Valdobbiadene si è espletata unicamente nel coinvolgimento di R. nelle attività riabilitative strutturate. Nel periodo della ricerca, non sono stati effettuati altri tipi di intervento (abitativo, lavorativo, etc.)

Dal quadro clinico iniziale al quadro clinico attuale (psichiatra di riferimento):

il paziente è giunto alla ns osservazione su invio di un medico legale per valutazione di danno da mobbing. Fin dal primo colloquio il quadro clinico si è rivelato chiaro per la presenza di franche alterazioni ideo-percettive (allucinazioni uditive e ideazione delirante a contenuto persecutorio e di nocumento). Ha iniziato subito trattamento con basse dosi di neurolettico (Paliperidone 6mg) ottenendo un rapido e rassicurante beneficio sintomatologico con progressiva scomparsa sia delle allucinazioni che dei contenuti deliranti del pensiero. Si è resa, però, più evidente la componente "negativa" della patologia con rapida regressione comportamentale e del funzionamento operativo con conseguente perdita del lavoro e ingravescente isolamento a domicilio. La vita di relazione del pz., molto deficitaria fin dall' adolescenza, si è ulteriormente chiusa anche a quelle poche attività che ancora gli permettevano qualche contatto con gli altri (piscina e discoteca frequentate, però, da solo). La coabitazione con la madre, nel frattempo andata in pensione, che ha provato a stimolare, a volte anche forzatamente, il recupero di attività della quotidianità, ha determinato un clima di tensione ed incomprensione tra loro. L' inserimento in attività strutturate del CSM di Valdobbiadene, invece, ha favorito progressivamente un recupero sia di abilità operative che relazionali e, attualmente, il pz. si presenta più aperto al colloquio, propositivo, interessato ad iniziare nuove attività. Ha iniziato tirocinio lavorativo in ambito delle sue pregresse competenze (informatica) e si sta dimostrando competente, affidabile e reattivo ben oltre quelle che potevano essere le aspettative iniziali.

Dall'inizio delle attività (ottobre 2014) ad ottobre 2015.

Nel periodo della ricerca, R. è stato inserito nell'attività di biodanza (ottobre 2014 - aprile 2015) e di musicoterapia (maggio-ottobre 2015). Le osservazioni eterovalutative iniziali lo descrivono come una persona apparentemente dissociata da se stesso e dagli altri, con notevoli difficoltà ritmiche e di coordinazione motoria. R. aveva rimosso gli aspetti evocativi, affermava di non avere ricordi personali, di avere dimenticato completamente le sue conoscenze nel campo della programmazione informatica , diceva che la musica per lui significava tutto in passato e ora non l'ascoltava più. Sembrava essersi blindato, coartato, per fare fronte alle emozioni negative legate al fallimento dell' esperienza lavorativa-abitativa in città, esperienza coincisa con l'esordio della patologia. Atteggiamento difensivo. L'osservazione eterovalutativa iniziale rilevava uno sguardo spesso assente, perso nel vuoto ma quando capitava di incontrarlo, gli occhi si illuminavano e la presenza diventava forte. Si intuiva una potenzialità di risoluzione. In un suo scritto R. raccontava di un astronauta che si era perso con la sua navicella nello spazio; sullo schermo bianco del monitor riesce ad intermittenza a ricevere i messaggi dalla Terra ma non riesce a trasmettere nulla. E' la metafora perfetta del suo problema di incomunicabilità che lo imprigiona e lo aliena al tempo stesso.

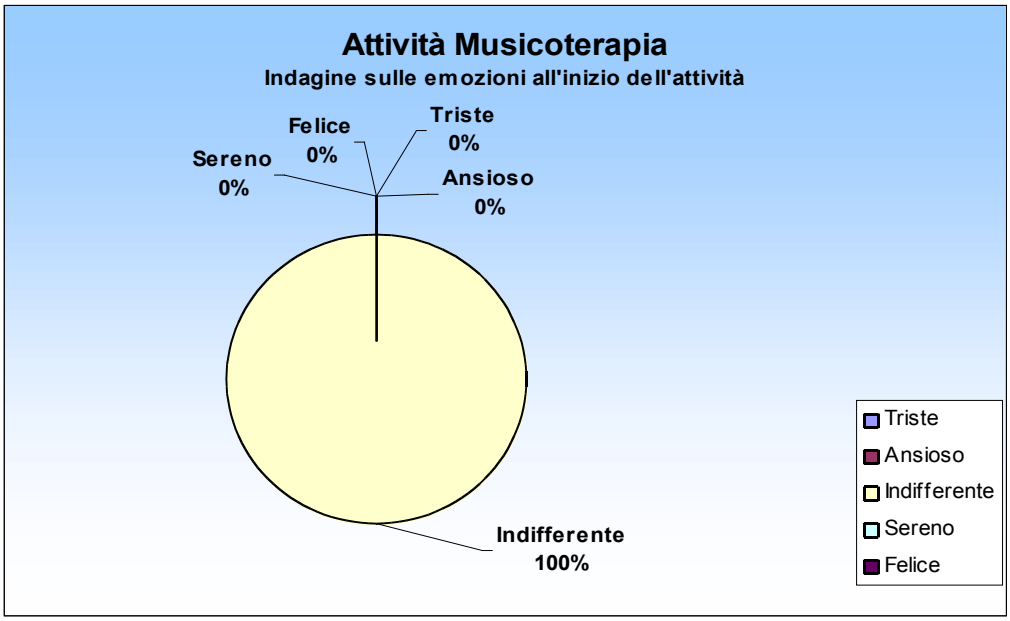
Lo strumento principe per riavviare la comunicazione sono state le dinamiche gruppali delle attività: la specularità, la risonanza, i cerchi emotivi. R. aveva bisogno di contattare se stesso tramite gli altri. Nel gruppo inizialmente non parlava ma ascoltava, osservava, era sempre presente. Lentamente la mimica facciale è rifiorita, il movimento è diventato più fluido. Ha confidato a qualche conduttore di essere triste per "non avere niente da dire" e verso la fine del percorso il niente da dire si è riempito delle peculiari esperienze passate caratterizzanti la sua identità. Ha cominciato a parlare di fotografia, di musica (riprende a frequentare le biblioteca e a noleggiare Cd). Ha affermato di essere un programmatore e ripreso ad applicare le sue conoscenze informatiche e tecnologiche. Di tutto questo ne parla con dovizia tecnologica, prevale ancora la forma sul contenuto (ti racconta a lungo come ha fatto la foto ma non perchè ha scelto quel soggetto) ma parla con enfasi. Prima era anedonico, ora si sta aprendo al piacere. Recentemente, R. che si considerava una persona finita, ha aderito ad uno stage lavorativo in un centro di elaborazione dati.

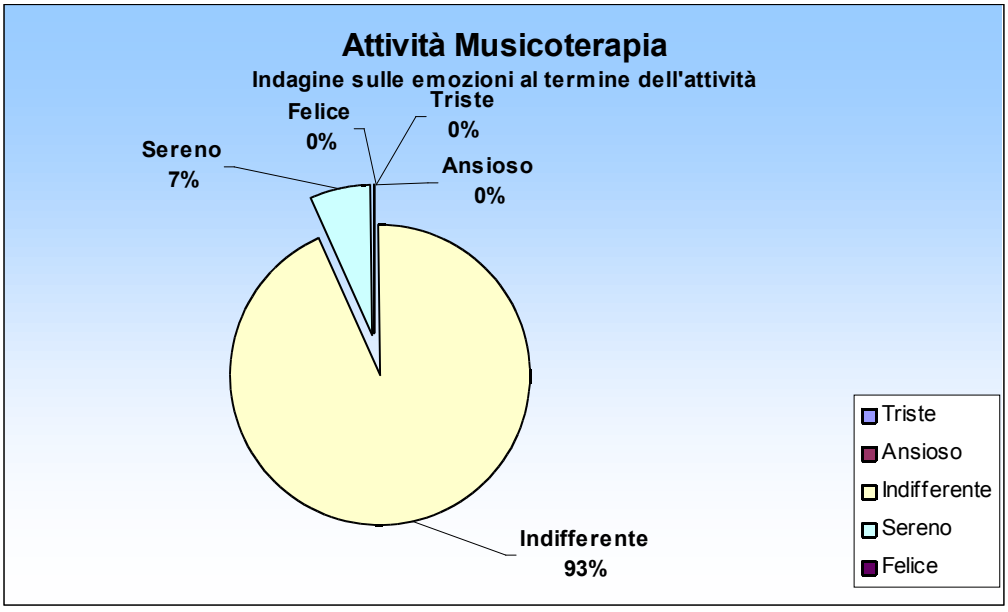
Il versante emotivo e relazionale presenta ancora dei blocchi granitici ma è in evoluzione. Nei grafici che rivelano come una persona percepisce il suo stato emotivo prima e dopo l'attività, colpisce che la risposta sia in ingresso che in uscita sia uno stato prevalentemente di indifferenza. Le emozioni, in particolare la rabbia e la paura, sono troppo temute, costituiscono un coperchio che va alzato lentamente. E' ancora scarsa la differenziazione e la trascendenza intesa come capacità di passare emotivamente da una situazione all'altra. Nei rapporti interpersonali R. ha smesso di sentirsi infastidito dalla gente, aderisce a delle uscite gruppali, con qualcuno si è scambiato il numero di telefono e dei favori (es ha masterizzato cd) ma conserva ancora aspetti enigmatici ed egocentrici, di chiusura. L'intervento riabilitativo non può considerarsi concluso ma è utile rinnovare la partecipazione in questo tipo di attività che favoriscono l'espressione di sè e la creatività in un clima affettivo.

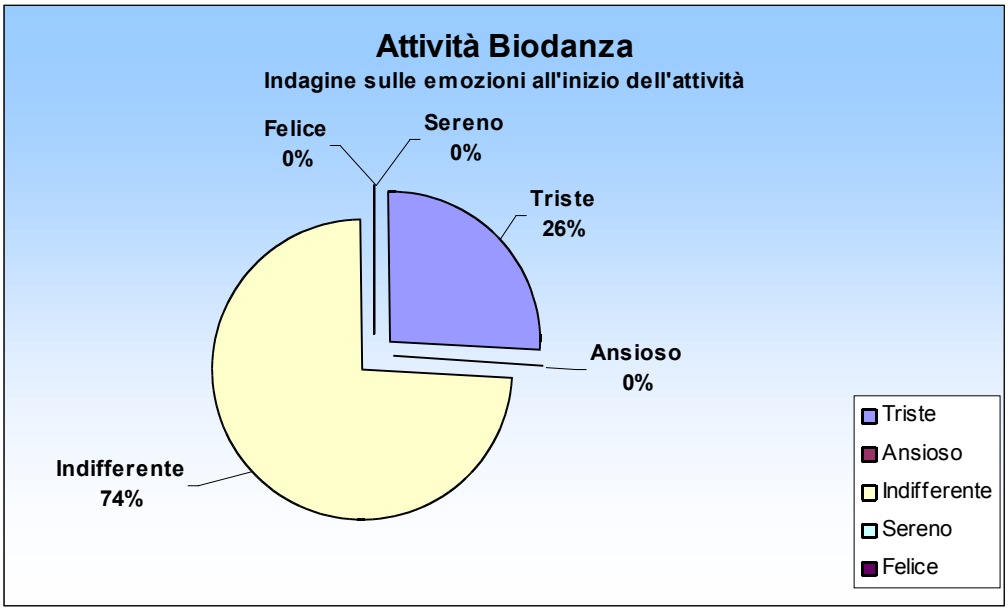
Per quanto riguarda la somministrazione dei due test neuropsicologici, i punteggi all'Eyes Test, sono rientrati nel range di normalità in tutte e tre le somministrazioni (T0:z=-0,38, T1:z=-0,56, T2:z=0,11). Tale risultato sta a significare che l'abilità nel riconoscimento delle emozioni non era deficitaria all'inizio delle attività e tale è rimasta al termine delle due attività.

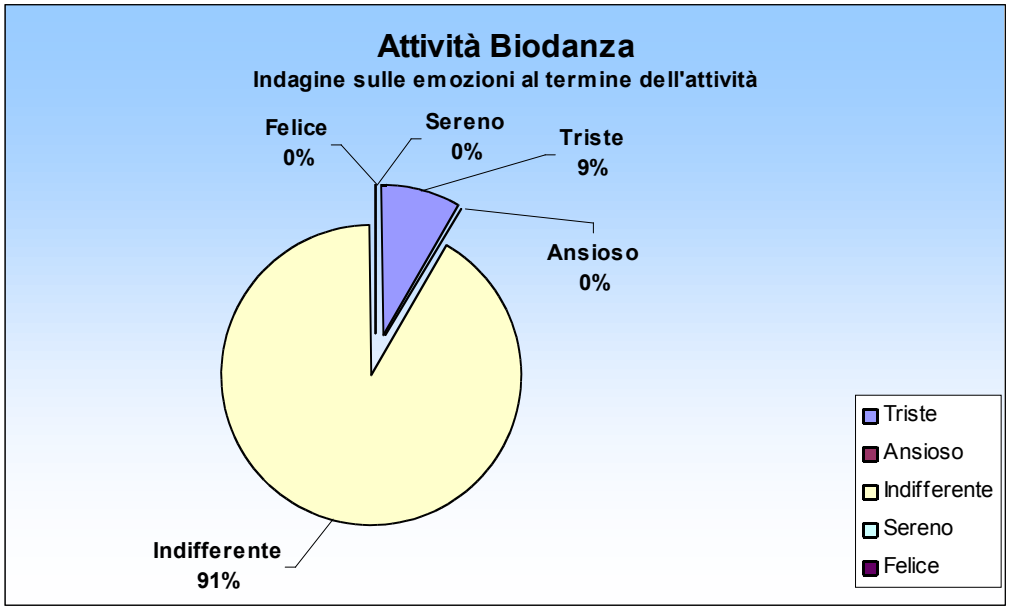
I valori al Test di Teoria della Mente, sono invece lievemente peggiorati (T0=13, T1=11, T2=9). Il cut-off in questo test è pari a 12,72. Tale performance, descrive un'involuzione della capacità di formulare ipotesi sul pensiero altrui. Questi risultati sembrerebbero però in netta contraddizione rispetto alle osservazioni e alle valutazioni cliniche. Non si esclude che i valori al test siano dovuti a variabili esterne, come ad esempio attenzione, concentrazione, stato d'umore.

Il valori del well being (percezione del proprio benessere), pur rimanendo sotto il cut-off di normalità, sono progressivamente migliorati.


Attività Musicoterapia
Indagine sulle emozioni all'inizio dell'attività
Felice 0%
Triste 0%
Sereno 0%
Ansioso 0%
Indifferente 100%
Triste
Ansioso
Indifferente
Sereno
Felice


Attività Musicoterapia
Indagine sulle emozioni al termine dell'attività
Felice 0%
Triste 0%
Sereno 7%
Ansioso 0%
Indifferente 93%
Triste
Ansioso
Indifferente
Sereno
Felice


Attività Biodanza
Indagine sulle emozioni all'inizio dell'attività
Felice 0%
Sereno 0%
Triste 26%
Ansioso 0%
Indifferente 74%
Triste
Ansioso
Indifferente
Sereno
Felice


Attività Biodanza
Indagine sulle emozioni al termine dell'attività
Felice 0%
Sereno 0%
Triste 9%
Ansioso 0%
Indifferente 91%
Triste
Ansioso
Indifferente
Sereno
Felice

M.Z.

M.Z. è una ragazza di 29 anni con una patologia di schizofrenia nas-psicosi organica con esordio all'età di 23 . Vive a casa propria. E' seguita ambulatorialmente per l'aspetto farmacologico e psicoterapeutico. La presa in carico da parte del CSM di Valdobbiadene si è espletata unicamente nel coinvolgimento di M. nelle attività riabilitative strutturate. Nel periodo della ricerca, non sono stati effettuati altri tipi di intervento (abitativo, lavorativo, etc.). Partecipazione all'attività di pittura del CSM prima di iniziare musicoterapia.

Dal quadro clinico iniziale al quadro clinico attuale (psichiatra di riferimento)

La paziente si è presentata alla mia attenzione molto diffidente e impaurita. Aveva precedentemente rifiutato di essere seguita da uno psichiatra del Servizio pubblico, in parte perchè era seguita da diverso tempo da una collega privatamente, in parte perchè c'era difficoltà ad affidarsi a un maschio (il collega che avrebbe dovuto seguirla) in virtù di tematiche inerenti la sua problematica psichiatrica. La psicologa del Servizio pubblico ha quindi chiesto la possibilità che io potessi fare la conoscenza della paziente ,pur essendo fuori territorio. E così è stato.

Abbiamo avuto un paio di incontri interlocutori in cui la paziente si è raccontata, non senza difficoltà ,e mi sono resa subito conto che i suoi discorsi erano pregni di contenuti deliranti. In quel periodo la paziente era ancora seguita privatamente, con una terapia psicofarmacologica piuttosto blanda e dei colloqui.

Il mio approccio verso la paziente è stato rispettoso dei suoi tempi, ho aspettato che la stessa decidesse di farsi seguire interamente dal Servizio pubblico e che,sempre rispettando i suoi tempi,potesse accedere a un percorso riabilitativo presso il nostro Servizio. Quindi ho operato su tre fronti: innanzitutto ho cercato di introdurre una terapia psicofarmacologica che potesse essere di vero trattamento alla problematica della pz; in secondo luogo ho effettuato un colloquio con la madre, e,rendendomi conto che la stessa era a digiuno della problematica della figlia (nonostante il trattamento precedente), ho inviato la coppia genitoriale al gruppo di psicoeducazione dei familiari.

Parallelamente, avendo riscontrato nella paziente una progressiva chiusura relazionale (stop agli studi, agli amici, alle relazioni in genere) negli ultimi anni, ho pensato che si potesse giovare di un intervento riabilitativo ,e mi è parso ottimale quello proposto dal Csm di Valdobbiadene.

La paziente,infatti, dal punto di vista clinico presentava all'ingresso un robusto delirio su aspetti personali (corporei e sessuali soprattutto), era andata incontro ad allucinazioni uditive con contenuti di autoriferimento, presentava ideazione e comportamenti bizzarri.

Ho pensato che la pz avesse bisogno di un'attività in cui non ci fosse un rapporto di uno a uno (che non avrebbe potuto tollerare all'inizio), e allo stesso tempo si doveva "ingolosirla" con attività che le erano sempre piaciute (ingolosire la parte sana,quindi ,non malata); le attività del CSM di Valdobbiadene facevano proprio al caso.

Il colloquio iniziale ed orientativo non l'ha spaventata: sono stati rispettati i criteri di "mettere l'utente a proprio agio" e di non farlo sentire "invaso". Si è mantenuta, quindi ,la distanza di sicurezza! Nei suoi primi accessi alle attività la pz mi raccontava quanto fosse difficile stare in mezzo alla gente (problematica riscontrata fin dal primo colloquio) e quanto la presenza degli altri la facesse sentire "sotto osservazione". Poi, gradualmente, la presenza rinfrancante degli operatori, lo strumento (grafo-pittorico, musicoterapia o quale che fosse) da condividere e su cui lavorare insieme, la constatazione che in quell'ambiente le difficoltà non erano oggetto di giudizio o di stigma ma "contenute" all'interno del gruppo,ha fatto sì che la pz progressivamente si affidasse agli operatori e al gruppo che si era creato,nel quale, mi diceva, di sentirsi rispettata nei propri tempi (per es non forzata quando in "alcuni giorni" non era in grado di partecipare alle attività).

Nell'arco del periodo delle attività la paziente ha potuto anche superare alcuni limiti dovuti alle convinzioni deliranti, tra cui quello di emanare cattivo odore perchè "ho un parente che fa il "barbone"" e in virtù di quello il disagio a stare tra la gente.

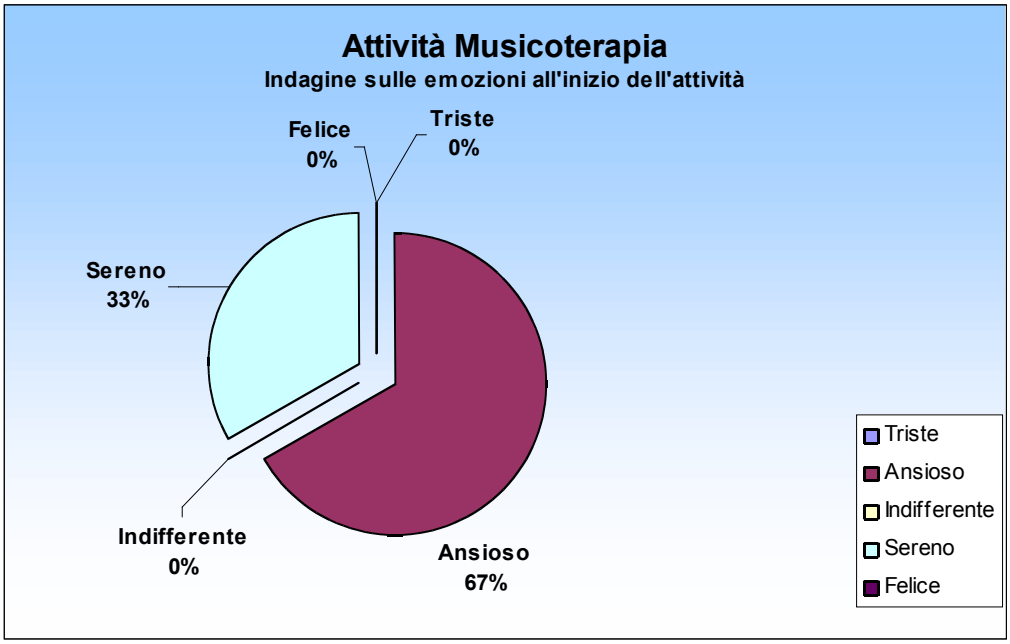
Questo le ha fatto acquisire sicurezza, ha migliorato il suo tono dell'umore, ha stimolato l'autonomia personale e la sua voglia di partecipazione alle attività in una sorta di circolo virtuoso, tanto che poi ha preso il via anche per uscite con pulmino a visitare mostre o luoghi di interesse.

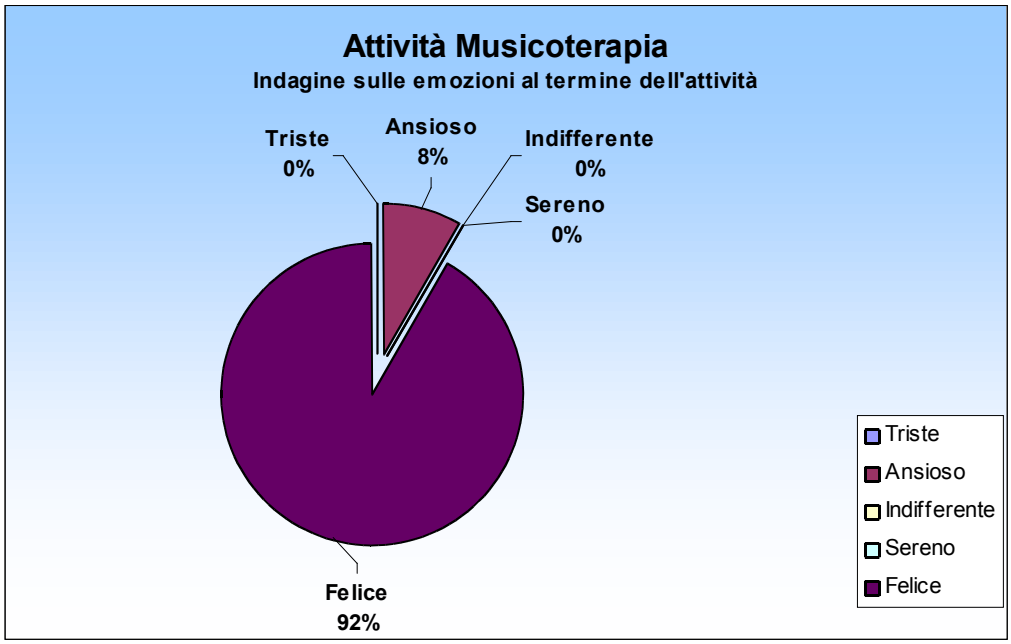
La presenza nei discorsi dei contenuti deliranti si è ridotta e soprattutto pare oggi che il percorso di cronicizzazione, inteso in questo caso come progressiva perdita delle competenze sociali ,abbia subito una battuta d'arresto nell'anno e si stia concretizzando una fase addirittura di recupero rispetto alle abilità e alle possibilità che la paziente stessa avevo archiviato negli ultimi anni.M. ci ha chiesto, col sorriso, di poter progettare un tirocinio lavorativo,possibilità neanche presa in considerazione prima dell'attivazione del progetto personalizzato integrato comprendente l'avvio delle attività psicosociali presso il CSM di VB.

Dall'inizio delle attività (ottobre 2014) ad ottobre 2015.

M. è la persona del campione di utenti in esame, con l'evoluzione positiva più marcata e per la quale le osservazioni eterovalutative, i riscontri di tipo riabilitativo e i risultati dei test neuropsicologici, si incontrano con coerenza.

Nel periodo della ricerca, M. è stata inserita nell'attività di musicoterapia (maggio-ottobre 2015). Alla domanda " come mi sento " prima e dopo la seduta ecco graficamente riportate le risposte:


Attività Musicoterapia
Indagine sulle emozioni all'inizio dell'attività
Felice 0%
Triste 0%
Sereno 33%
Indifferente 0%
Ansioso 67%
Triste
Ansioso
Indifferente
Sereno
Felice


Attività Musicoterapia
Indagine sulle emozioni al termine dell'attività
Triste 0%
Ansioso 8%
Indifferente 0%
Sereno 0%
Felice 92%
Triste
Ansioso
Indifferente
Sereno
Felice

Stupisce osservare l'effetto di tale attività sullo stato emotivo. La quota ansiosa si riduce a favore di quella felice. (i grafici si riferiscono alla totalità dei 20 incontri di musicoterapia). Il tipo di proposta ha incontrato la sua necessità di essere contattata con delicatezza, senza forzare troppo i suoi meccanismi di difesa ma lasciandole la possibilità di rimanere nella circonferenza e non essere spinta al centro. Oltretutto inizialmente M. rifiutava altri tipi di attività che implicavano un coinvolgimento fisico. Nonostante la sua bella apparenza e i modi adeguati e gentili, all'inizio dell'inserimento e per buona parte del periodo, l' osservazione rilevava un disagio psichico non indifferente: momenti di assenza durante l'attività, sguardo a volte destabilizzato da pensieri paralleli, una certa ritrosia. Verbalmente e nella scrittura si esprimeva in maniera sintetica e schematica. Anche in questo caso il vedere e sentire gli altri è stato per lei rassicurante, chiave d'apertura all'espressività personale e non all' imitazione. Nella relazione è tuttora silenziosa, risponde su domanda e rimane ancora molto da scalfire rispetto ad alcuni suoi blocchi di pensiero relativi al vissuto con il proprio corpo. Ma questi blocchi li afferma in maniera più serena e sono aumentate le occasioni in cui ha partecipato ad uscite di gruppo con finalità ricreativo-culturale con una certa compiacenza per il clima amicale che si creava. In ultima ha chiesto di poter partecipare all'attività di psicomotricità e si è resa disponibile per un inserimento lavorativo; step impensabili un anno fa.

Per quanto riguarda la somministrazione dei due test neuropsicologici, i punteggi all'Eyes Test, dimostrano un significativo aumento, infatti il punteggio in T1 si trova al di sotto della norma (z=-2,37) mentre il punteggio in T2 al di sopra (z=0,62). Questo significa che M., all'inizio dell'attività dimostrava una capacità di riconoscere le emozioni altrui al di sotto della norma, mentre al termine delle attività, sulla base del punteggio ottenuto in T2, è possibile dire che tale abilità sia nettamente migliorata e ora rientrerebbe nel range di normalità.

Anche i punteggi alTest di Teoria della Mente mostrano un miglioramento. Considerando il punteggio medio del test pari a 12,72, il punteggio ottenuto somministrando il test prima dell'attività risulta essere al di sotto della media (T1=11), mentre il punteggio post-attività risulta rientrare nel range di normalità (T2=13). Tali risultati delineerebbero un miglioramento nella capacità di formulare ipotesi sul pensiero altrui mediante la definizione di anticipazioni e l'attribuzione di significati a informazioni provenienti dall'ambiente (teoria della mente).

I valori del well being (percezione del proprio benessere), pur rimanendo sotto il cut-off di normalità, sono progressivamente migliorati.

G.M.

G.M. è un signore di 59 anni con una diagnosi di Disturbo bipolare-Disturbo dell'adattamento e con esordio all'età di 47 . Vive a casa propria. E' seguito ambulatorialmente dallo psichiatra e da una psicologa-psicoterapeuta. Frequenta il D.H. di Valdobbiandene nei giorni coincidenti l'attività riabilitativa.

Dal quadro clinico iniziale (prima di ottobre 2014) al quadro clinico attuale (psichiatra di riferimento)

Prima dell'inizio delle attività il paziente, da poco dimesso dal SPDC dove era stato ricoverato per ricaduta depressiva conseguente alla tragica morte del figlio, presentava un quadro clinico caratterizzato da prevalenti aspetti di chiusura con apatia e abulia. Più che francamente triste o disperato, appariva infatti coartato dal punto di vista affettivo , "spento" e rallentato sul piano motorio, spesso angosciato e pensieroso (con comprensibili rimuginazioni di pensiero relative all'evento luttuoso) isolato socialmente e poco partecipe nella vita in famiglia, cercando piuttosto di trascorrere la maggior parte del tempo a letto o sul divano, desideroso di annullare il dolore attraverso il sonno.

Nel corso dei mesi, grazie anche all'inizio della frequenza all'attività di pittura presso il DH di Valdobbiadene, il paziente ha cominciato ad aprirsi gradualmente alle relazioni interpersonali: nonostante, soprattutto in ambito domestico, cercasse comunque di isolarsi in una dimensione "solitaria" (ricercando solo la vicinanza dei suoi due cani), vi sono state delle occasioni di condivisione sociale assieme alla moglie, nelle quali Gbr si è trovato a proprio agio in compagnia e ha gradito la presenza di persone "che portassero un senso di leggerezza".

Successivamente, aderendo anche ad altri tipi di attività espressiva (e grazie al lavoro psicoterapico e alla partecipazione ad un gruppo di auto mutuo aiuto), ha dato l'impressione di cominciare ad elaborare il lutto della morte del figlio, che ha iniziato a piangere e del quale ha finalmente iniziato a parlare. L'umore è apparso più modulabile - pur in presenza di comprensibili momenti di demoralizzazione, demotivazione, rabbia e frustrazione – e il paziente ha confermato di sentirsi maggiormente in contatto con le proprie emozioni.

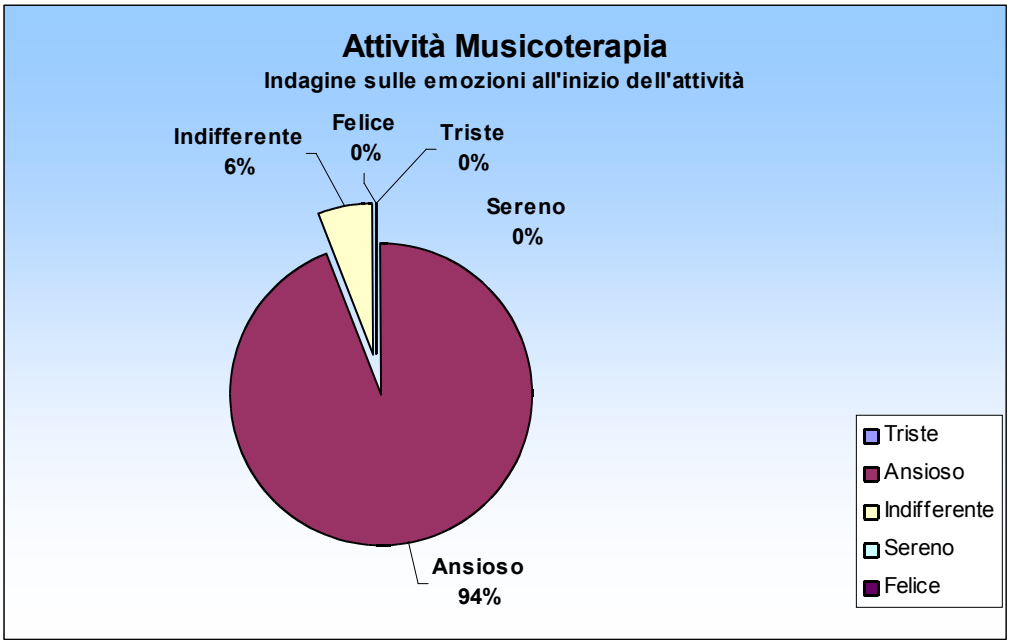
Dall'inizio delle attività (ottobre 2014) ad ottobre 2015.

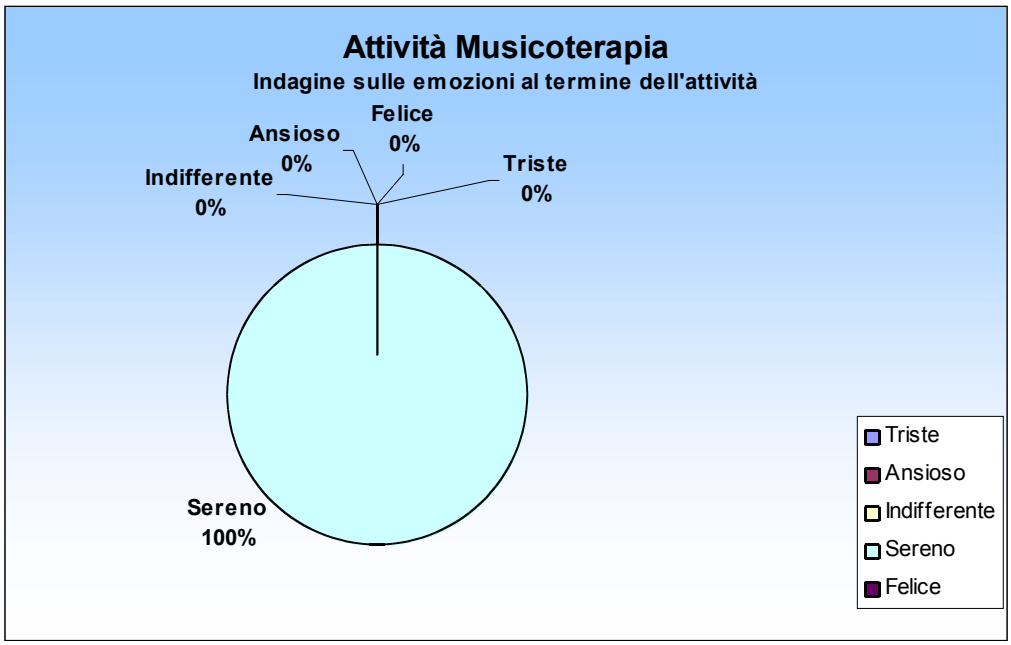
G. a settembre 2015 inizia a frequentare l'attività di musicoterapia il cui gradimento è ben espresso dal grafico sugli stati emotivi ("come mi sento prima e dopo l'incontro") sotto riportato. Prima di essa frequentava il Csm per l'attività di pittura. L'aspetto evolutivo che è stato osservato durante il ciclo di musicoterapia, è che G. dopo un periodo di silenziosa osservazione degli elementi che costituivano il setting (conduttore, partecipanti, proposta specifica... ha iniziato a fidarsi e a restituire al gruppo qualcosa di sè, piacevole ed interessante. Prima sembrava quasi un cristallo ghiacciato dalla sofferenza, che si frantumava se lo toccavi. E' capace di una narrativa quasi poetica. Gradatamente ha riportato agli operatori qualche frase in più rispetto alla convivenza con la sofferenza derivata dalla storia personale e dal suicidio del figlio, ha ammesso di sentirsi alleviato dopo l'attività. Le camminate solitarie e silenziose lunghe i corridoi del Centro han fatto spazio al dialogo reso gradevole da un sottile senso dell'ironia e dall'emergere dei suoi interessi. Con sempre maggiore entusiasmo ha preso parte ad uscite di gruppo di tipo culturale e ricreativo.

Per quanto riguarda la somministrazione dei due test neuropsicologici, i punteggi all'Eyes Test, mostrano un abilità nel riconoscimento e nell'interpretazione delle emozioni nella norma, infatti i punteggi pre e post attività rientrano nel range di normalità (T1:z=0,79, T2:z=0,11).

I punteggi ottenuti al Test di Teoria della Mente, delineano una buona capacità nel formulare ipotesi sul pensiero altrui grazie all'abilità di creare anticipazioni e di attribuire significati a informazioni provenienti dall'ambiente. Considerando il valore medio al Test di Teoria della Mente uguale a 12,72, è possibile osservare come alla somministrazione pre-attività il punteggio ottenuto rientrava nel range di normalità (T1=13); alla somministrazione post-attività invece il punteggio è sceso sotto la media (T2=11), ma ciò non rappresentando uno scostamento significativo dal valore di partenza e mantenendosi comunque intorno al valore medio, potrebbe essere spiegato da fattori circostanziali, ambientali o emotivi.

I valori del well being (percezione del proprio benessere), pur rimanendo sotto il cut-off di normalità, hanno un leggerissimo peggioramento.


Attività Musicoterapia
Indagine sulle emozioni all'inizio dell'attività
Indifferente 6%
Felice 0%
Triste 0%
Sereno 0%
Ansioso 94%
Triste
Ansioso
Indifferente
Sereno
Felice


Attività Musicoterapia
Indagine sulle emozioni al termine dell'attività
Ansioso 0%
Felice 0%
Indifferente 0%
Triste 0%
Sereno 100%
Triste
Ansioso
Indifferente
Sereno
Felice

G.B.

G.B. è una signora di 34 anni con una diagnosi di Disturbo di personalità Borderline e con esordio all'età di 25. Attualemente, e nel periodo della ricerca, è.inserita nella Ctrp di Valdobbiadene. E' stata coinvolta nell'attività di biodanza e di psicomotricità

Dal quadro clinico iniziale (prima di ottobre 2014) al quadro clinico attuale (psichiatra di riferimento)

G. è giunta in Ctrp dopo una serie di ricoveri in Spdc e fallimentari tentativi di inserimento in altre comunità e domicili abitativi. Presentava una storia caratterizzata da separazioni, disgregazione e ambivalenze rispetto alla famiglia di origine e rispetto alla sua famiglia attuale emergeva l'incapacità di accudire alle proprie figlie e attendere alle occupazioni quotidiane. Al momento dell'inserimento G. presentava un quadro psicopatologico caratterizzato da: marcata angoscia, labilità emotiva, fasi di deflessione timica anche severe. Il comportamento appariva connotato da grave disturbo nel controllo degli impulsi, craving per alcolici, estrema manipolatività nelle relazioni interpersonali, tendenza a sviluppare relazioni incostanti connotate da idealizzazione e svalutazione. Minimo l'insight nei confronti delle problematiche psicopatologiche e psicosociali che ne avevano motivato l'inserimento.

La terapia farmacologica (antipsicotici e stabilizzatori dell'umore) unitamente al consistente contenimento e supporto fornito dalla Ctrp hanno determinato un rapido miglioramento della sintomatologia. Si possono imputare agli interventi educativo-riabilitativi i risultati raggiunti sul piano della mentalizzazione dei vissuti e sullo sviluppo dei meccanismi di coping. Ad oggi G. riesce ad avere un comportamento adeguato ai vari contesti che le si presentano; è migliorata l'autocritica e ridotta la tendenza manipolativa. E' più consapevole delle dinamiche di relazione che intercorrono tra lei, figlie e famigliari e riusce a regolare efficacemente i suoi vissuti emotivi a favore della funzionalità e costruttività. Ha maturato una progettualità anche sul piano lavorativo-occupazionale e tutto questo sta permettento a G. di effettuare un passaggio ad una comunità a minor protezione.

Dall'inizio delle attività (ottobre 2014) ad ottobre 2015.

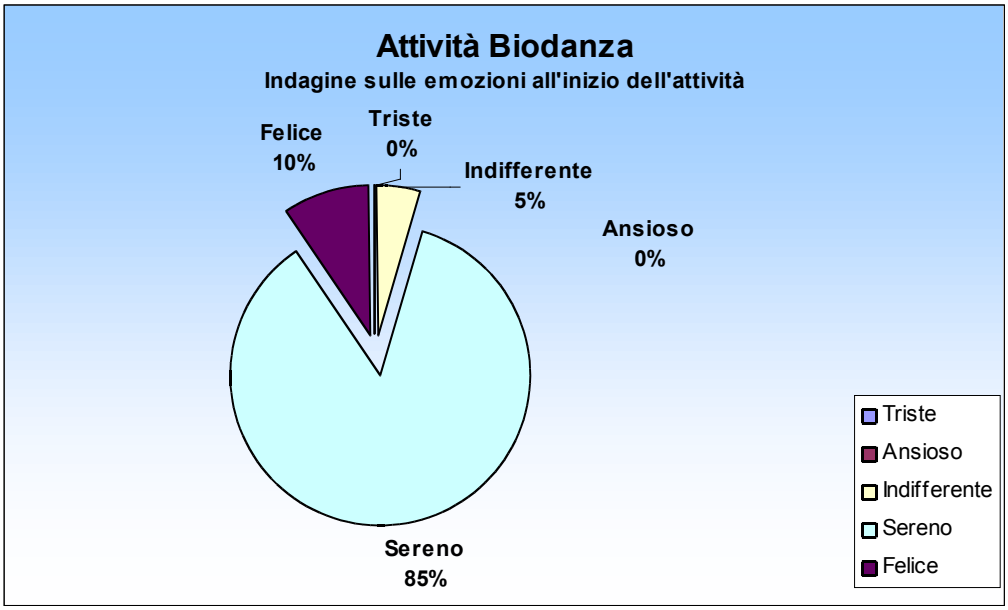
G. all'inizio era una paziente difficile e oppositiva. La sua sessualità e affettività polarizzate sull'aspetto erotico, permeavano le sue modalità di relazione che risultavano orientate alla manipolazione, all'autocentrismo. Il risultato era che G. agiva all'interno del gruppo di utenti della Ctrp come elemento disgregante e conflittuale, anche con gli operatori. La scommessa è stata quella di far sperimentare a G. relazioni incentrate sull'affettività e su una sessualità intesa come normale espressione e ricerca del piacere. La prima attività che ha introdotto G. in maniera "morbida" a questo nuovo approccio è stata la psicomotricità dove la consapevoelzza della propria corporeità è stata veicolata da esercizi di pressioni sul corpo con oggetti intermediari (stoffe, palle...), il rilassamento soubirain, esercizi in coppia e in piccolo gruppo. La scommessa vera e propria è stata l'aver inserito G.nell'attività di biodanza dove l'affettività viene espressa di continuo nella relazione con l'altro e con l'utilizzo della propria corporeità. Il rischio era quello che G. non fosse in grado di fare il salto ostacolando il normale evolversi delle proposte e sopattutto impedisse l'espressione e la crescita degli altri partecipanti. La risposta di G., donna molto intelligente, è stata rivoluzionaria. Ha elaborato e interiorizzato il messaggio e cambiato il suo modo di interagire con le altre persone del gruppo biodanza e poi ha trasferito questa mentalizzazione anche ad altri contesti

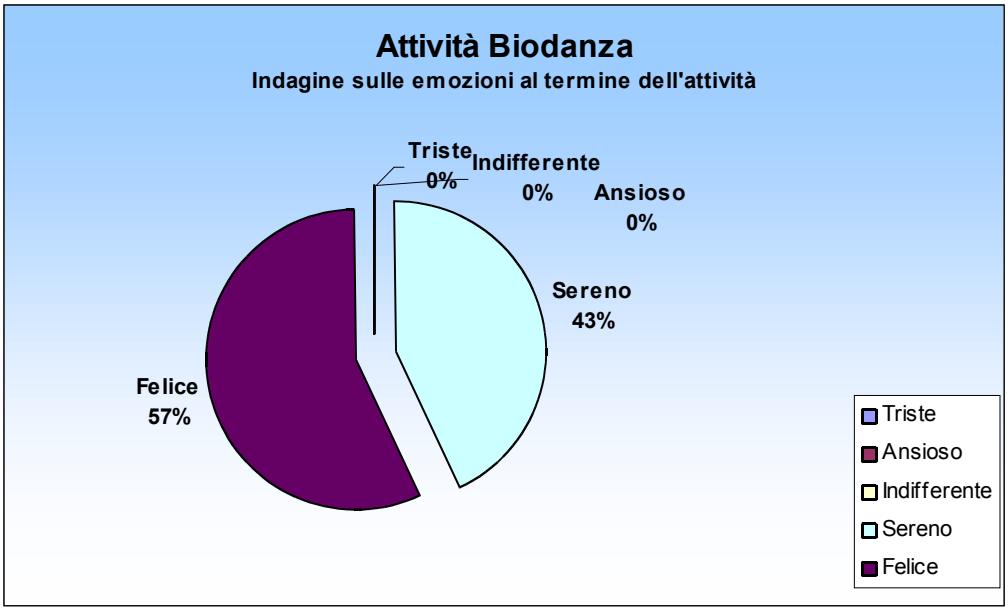
compreso il gruppo di convivenza in Ctrp. E' emersa la sua parte creativa e trascendente ovvero la capacità di passare coscientemente da una situazione e l'altra. Nel gruppo ha riportato riflessioni importanti e pertinenti. Ha maturato coscienza dei limiti e ha iniziato ad autocorreggersi. A livello empatico è ancora deficitaria, rimane polarizzata sui suoi problemi e sul suo sentire non è in grado di porsi in recezione profonda dell'altro e di prendersene spontanemante cura (ad es. le piace essere massaggiata ma contraccambia con stanchezza e superficialità, nel tocco e nella ricerca dell'eutonoia è assente o passiva).

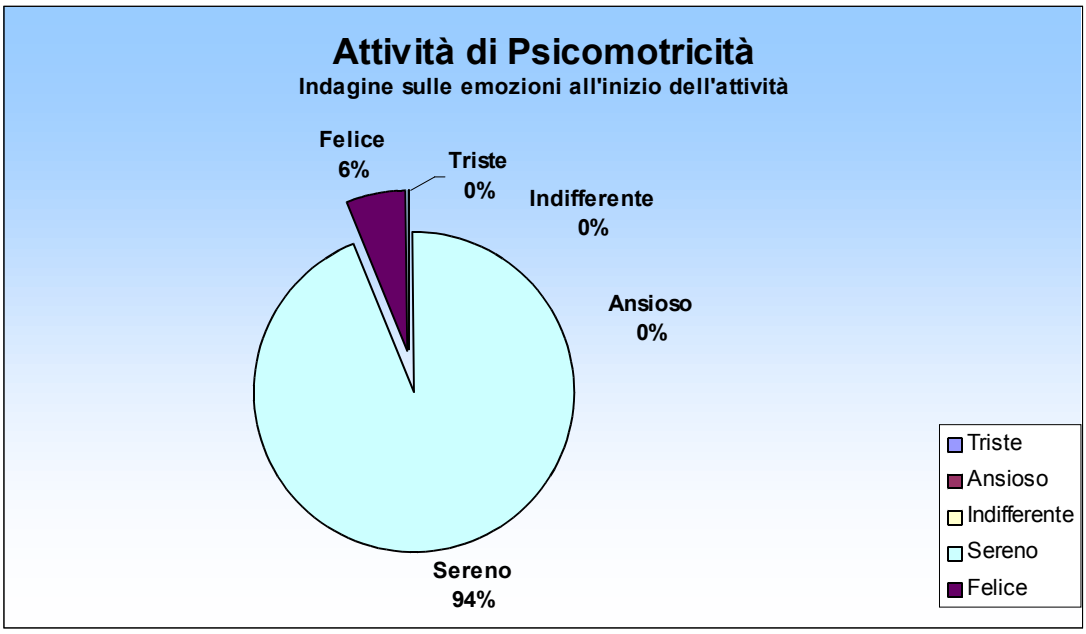
Per quanto riguarda la somministrazione dei due test neuropsicologici, i punteggi all'Eyes Test, mostrano un peggioramento nelle performance: da un punteggio interno al range di normalità nella somministrazione prima dell'attività (T0:z=-1,12) si è passati ad un punteggio al di sotto della soglia patologica (T1:z=-1,87). *Questi dati potrebbero essere conseguenza del fatto che durante le attività sono state messe alla prova e quindi stimolate in maniera mirata e consapevole le sue abilità relazionali e di riconoscimento delle emozioni e dell'emotività altrui.*

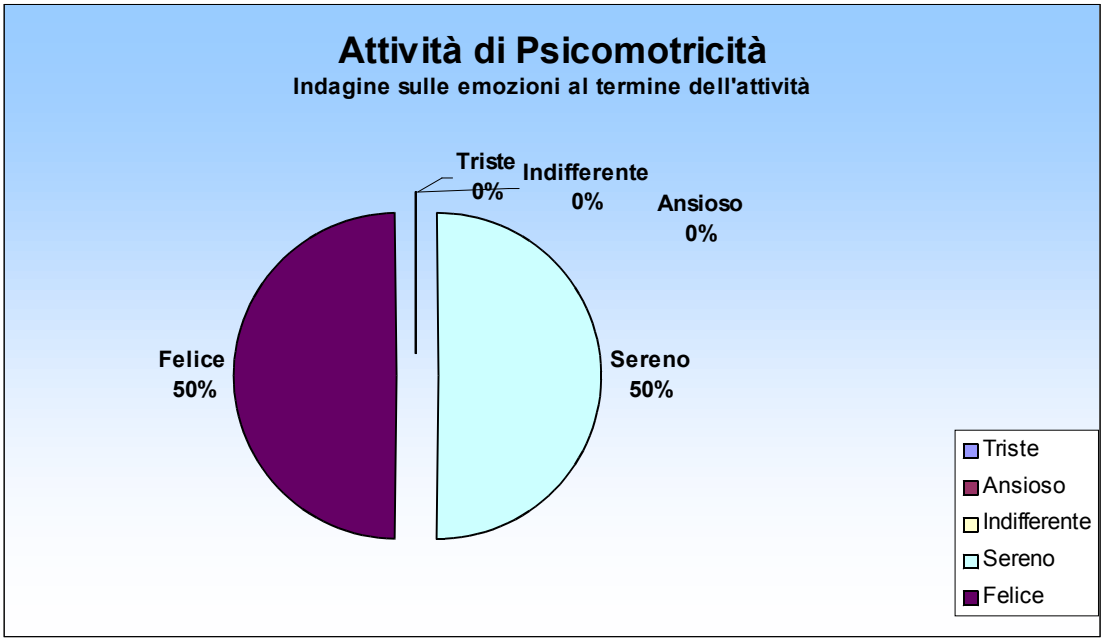
I valori al Test di Teoria della Mente, sono rimasti nel range di normalità sia nella somministrazione pre-attività (T0=13) sia nella somministrazione post-attività (T1=12). Tale dato descrive una buona capacità di formulare ipotesi sul pensiero altrui e di essere in grado di "pensare mettendosi nei panni di un'altra persona" adottando un punto di vista esterno al proprio.

I valori del well being (percezione del proprio benessere), pur rimanendo sotto il cut-off di normalità, sono invece migliorati.


Attività Biodanza
Indagine sulle emozioni all'inizio dell'attività
Felice 10%
Triste 0%
Indifferente 5%
Ansioso 0%
Sereno 85%
Triste
Ansioso
Indifferente
Sereno
Felice


Attività Biodanza
Indagine sulle emozioni al termine dell'attività
Triste 0%
Indifferente 0%
Ansioso 0%
Sereno 43%
Felice 57%
Triste
Ansioso
Indifferente
Sereno
Felice


Attività di Psicomotricità
Indagine sulle emozioni all'inizio dell'attività
Felice 6%
Triste 0%
Indifferente 0%
Ansioso 0%
Sereno 94%
Triste
Ansioso
Indifferente
Sereno
Felice


Attività di Psicomotricità
Indagine sulle emozioni al termine dell'attività
Triste 0%
Indifferente 0%
Ansioso 0%
Felice 50%
Sereno 50%
Triste
Ansioso
Indifferente
Sereno
Felice

10 . CONCLUSIONI

L'obiettivo di tale Studio Pilota era quello di dimostrare in termini sia qualitativi che quantitativi, che le attività proposte, possano avere prodotto alcuni miglioramenti rispetto al patrimonio delle abilità e competenze relazionali (che sono comunque conseguenza delle abilità cognitive) degli utenti e possano contribuire al percorso individuale verso il benessere.

A tale scopo si sono somministrati vari tipi di test nei tre tempi distinti indicati nel testo (pag 4):

-test neuropsicologici che valutano l'abilità di riconoscere le emozioni altrui (eyes test) e che valutano la capacità di formulare ipotesi sul pensiero altrui (teoria della mente).
-test che valutano il benessere psicologico ;
-test di auto-valutazione circa la percezione del proprio stato emotivo appena prima l'attività e appena dopo l'attività;
-test di etero-valutazione compilati dai conduttori durante lo svolgimento dell'attività;

Il presente studio ha quindi cercato di indagare aspetti sia personali circa il benessere soggettivo e gli stati emotivi che accompagnano gli utenti lungo il periodo delle attività, sia aspetti cognitivi particolarmente interessati nelle diagnosi di schizofrenie e delle psicosi.
Il fatto che gli esiti ai tests che indagavano le abilità cognitive non dimostrino particolari incrementi non significa che queste abilità non abbiano beneficiato della partecipazione alle attività.
Tuttavia le osservazioni obiettive e soggettive dei conduttori delle attività hanno rilevato alcuni miglioramenti nelle abilità relazionali (vedi capitoli sulle attività e i risultati delle etero-valutazioni) che sono abilità di secondo ordine rispetto alle capacità di cognizione sociale. Sicuramente uno dei motivi di tale evidenza è la brevità della finestra osservativa (circa un anno) in comparazione con i tempi medi della riabilitazione psichiatrica che sono di norma molto più lunghi.

Più evidente e generalizzato è stato invece il miglioramento nella percezione del prorpio benessere soggettivo rilevato dal test PGWBI e parlando di benessere, questo dato risulta interessante.

L'elaborazione dei test PGWBI evidenzia un andamento gaussiano delle sei dimensioni (ansia, depressione, positività e benessere, autocontrollo, salute, vitalità) ovvero la percezione migliore dell'utente rispetto ad esse si ha nel culmine delle attività e poi decresce con la consapevolezza che la proposta sta per finire.
Questa constatazione, unitamente alle osservazioni emerse dall'eterovalutazione, sembra indicare che lo stare in gruppo, l'appartenere ad una comunità, sia già un fattore determinante nell'attivare le risorse del singolo e i suoi processi di elaborazione cognitiva e relazionale.

Lo studio pone in rilievo, e i singoli casi presentati ne sono una esemplificazione, di come le attività strutturate possano avere inciso positivamente sui sintomi negativi secondari migliorando la prognosi e contrastando l'involuzione clinica e relazionale.
Le attività proposte sembra non abbiano influenza nel decorso del quadro clinico quando i pazienti presentano una bassa reattività agli stimoli, indipendentemente essi siano pazienti

di lunga o recente presa in carico. Diversamente la presenza di una "reattività"*(1) residuale o buona, risulta essere buon indice di risposta alle attività proposte e pertanto di recupero delle abilità, sempre indipendentemente dal fatto che siano pazienti di lunga o breve presa in carico. E' da mettere in evidenza che il beneficio derivante dalla partecipazione alle attività proposte è stato osservato e dichiarato anche dai pazienti che presentavano sintomatologia positiva (in compenso) o negativa molto marcata all'esordio.

Lo studio pilota suggerisce alcune indicazioni suggestive:
- nonostante la limitatezza del tempo e del numero di interventi delle attività prese in considerazione (un anno) si sono comunque ottenuti dei benefici per gli utenti, con un investimento economico minimo.
A riprova sono i dati riportati nell'allegato A, ovvero nelle tabelle dei ricoveri in SPDC.
Tali tabelle non riguardano specificatamente questo studio pilota bensì uno studio precedente condotto dagli operatori del CSM di Valdobbiadene per il periodo 2010-2015. Gli **86 utenti** esaminati affluivano ai soli Servizi Psichiatrici Territoriali. Non sono stati raccolti i dati relativi all'utenza proveniente dalle strutture residenziali convenzionate (CTRP PIVA, Casa Alloggio di Valdobbiadene) e quindi soggetti ad una pluralità di altri interventi perchè per questi casi l'incidenza delle attività riabilitative sul numero dei ricoveri sarebbe stata meno oggettivabile. Dall'analisi dei dati emerge chiaramente come una costante partecipazione ad attività espressivo-riabilitative strutturate, comporti l'assenza di ricoveri o una significativa riduzione del numero.
- tenendo ferma la valenza per l'utente della dimensione farmacologica e occupazionale , forse è intervenendo e migliorando la sfera espressiva-affettiva-relazionale, il senso di appartenenza al gruppo-comunità, che si ottiene quell'aumento della qualità della vita che **crea la salute nella salute mentale.** Se esiste una possibilità di guarigione sociale la si ottiene attraverso l'integrazione di tutte queste dimensioni.
In termini di progettualità di Servizio, potrebbe essere quindi utile prevedere un incremento e una maggiore articolazione di attività che per contenuto e metodologia abbiano come focus un incremento delle abilità espressivo-creative delle persone e delle relazioni *in* e *di* gruppo.

*(1) *Reattività agli stimoli: abilità del soggetto di fornire una risposta agli stimoli ambientali organizzata e stabile nel tempo.*

BIBLIOGRAFIA

Test neuropsicologici bibliografia essenziale

Bannister, D. (1963) The genesis of schizophrenic trought disorder: a serial invalidation hypothesis, *British Journal of Psychiatry*, 109, 680-686

Baron-Cohen , S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of child psychology and psychiatry*, *42*(2), 241-251.

Blair, RJR. Cipollotti, L. (2000) Impaired social response riversal. A case of "acquired sociopathy", *Brain*, Vol.123, N. 6

Brothers, L. (1990) The social brain: a project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain, *Concepts Neuroscience*, 1, 27-51

Crow, TJ. (1980) Molecular pathology of schizophrenia: more than one deseas process? *Br. Med. J.,* 280, 66-08.

Cutting, J., (1985) The psychology of schizofrenia, Churchill Livingston, Edinburgh – London-Melburn-New York (Ed. It. 1989, Psicologia della schizofrenia, Boringhieri, Torino)

Farkas m. (2009) Psychopatologic and cognitive investigation in schizophrenia, *Orv Hetil,* 150, 423-9

Frith CD. (1995) Neuropsicologia cognitiva della schizofrenia. Trad. Italiana Cortina, Milano

Grada C., Pigato G., Salce G., Bianchin GL., Prior, M. (2006) Un'interpretazione cognitivista delle difficoltà socio relazionali ed emotive nei pazienti schizofrenici con sintomatologia prevalentemente positiva e negativa, *Giornale Italiano di Psicopatologia*.

Green, MF. (1996) What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia *American Journal of Psychiatry*, 154, 443-4

KingtonJM., Jones,. LA., Watt, AA., Hopkin EJ., (2000) Impaired eye expression recognition in Schizophrenia, *Journal of Psychiatry Research*, 34, 341-7

Peterson, LR., Peterson, MJ. (1959) Short-term retention of individual verbal items, *J. Exp.Psychol*. 58, 1938

Sharma, T., Harvei, P. (2002) Cognizione nella schizofrenia. Oxford University Press (Trad. Italiana G. Fabbri, Ed. Italiana a cura di Atlas Medical Publishing Ltd)

Yamada M., Ueda, K., Namiki, C., Hirao, K., Hayashi, T., Ohigashi, Y., Murai, T. (2009) Social cognition in schizophrenia: similarities and differences of emotional perception from patients with focal frontal lesions, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.*

Musicoterapia bibliografia essenziale

AAVV (2001). DSM IV Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali. Masson Milano

Benenzon RO (1984) Manuale di musicoterapia, Borla- Roma

Benenzon RO (1997) La nuova musicoterapia, Phoenix-Roma

Bion WR (1970) Analisi degli schizofrenici e metodo psicanalitico. Armando- Roma

Bruscia KE (2002) Modelli di improvvisazione in musicoterapia, Ismez Roma

Carollo R (1998) Le forme dell'immaginario, psicanalisi e musica, Moretti&Vitali (Bergamo)

Di Franco G. (2001) La voce delle emozioni, verso una pragmatica della musica come terapia, Ismez

Dogana F.(1988) Suono e senso. F.Angeli - Milano

Ferrera C. (2002) Musicoterapia e Psichiatria, Phoenix- Roma

Fornari F. (1984) Psicanalisi della musica, Longanesi- Milano

Fancomano A.et al (2011) Un modello di musicoterapia nelle psicosi schizofreniche, possibilità di impiego nella riabilitazione psichiatrica, Psichiatria e Psicoterapia – 30,4,277-299

Gabbard OG. (2007) Psichiatria psicodinamica, Cortina- Milano

Imberty M (1986) Suoni, emozioni, significati. Clueb- Bologna

Lecourt E (1996) Analisi di gruppo in musicoterapia. Il gruppo e il sonoro. Cittadella

Manarolo G (2006) Manuale di musicoterapia, Cosmopolis –Torino

Manarolo G (1998) L'angelo della musica, Omega- Torino

Pailles-Coladou (1993) Le tecniche psicomusicali attive in psichiatria, Borla- Roma

Postacchini PL (1997) Lineamenti di musicoterapia, La nuova Italia

Scardovelli M (2000) Musica e trasformazione. Borla - Roma

Sloboda G.A (1985) La mente musicale, Il mulino - Bologna

Psicomotricità bibliografia essenziale

Bergès, J., & Bounes, M.(1974). *La relaxation thérapeutique chez l'enfant*. Parigi : Masson.

Boscaini, F. (2007).*Le emozioni nella relazione psicomotoria*. Parigi: Relazione presentata alla XXVI Università Estiva.

Boscaini, F., & Gobbi, G. (2001). In P.G. Malesani. *Il Corpo Tonico Emozionale, la conoscenza come desiderio.* Verona: Edizioni Res.

Boscaini, F., Gobbi G., Malesani P.G., & Mazzara, G. (1992). *Iter psicomotorio*. Verona: Libreria Universitaria Editrice.

Boscaini, F. (1987). *Approccio psicomotorio e intervento educativo-rieducativo*. Verona: Libreria Universitaria Editrice.

Boscaini, F. (2007). *Lo sviluppo psicomotorio*. Verona: C.I.S.E.R.P.P Boscaini, F. (2008).

Boscaini F. *L'esame psicomotorio*. Verona: C.I.S.E.R.P.P

Contini, M., Fabbri, M., & Mannuzzi, P. (2006). *Non di solo Cervello: educare alle connessioni mente- corpo- significati- contesti*. Milano: Raffaello Cortina.

Cottini, L. (2003). *Psicomotricità: valutazione e metodi nell'intervento*. Roma: Carocci

Damasio, A.(2009). L'errore di *Cartesio*. Milano: Adelphi.

Kandel, E.R., & Schwartz, J.H. (1998). *Principi di neuroscienze*. Milano: Casa Editrice ambrosiana.

Malesani, P.G. (2004). *Quiete e Tempeste dell'essere: Ipnosi e metodi di rilassamento per educatori ed operatori sociosanitari*. Verona: Edizioni Res.

Moro, V. (2005). *L'agire educativo nella riabilitazione neuropsicologica* . Milano:Franco Angeli.

Moro.,V., & Filippi B. (2009). *La plasticità cerebrale*. Verona: Ed . Seid.

Pisaturo, C. (1996). *Appunti di psicomotricità*. Padova: Piccin Nuova Libraria

Pisaturo, C.(1996). *Lo schema corporeo in psicomotricità : supplemento a "Appunti di psicomotricità"*. Padova: Piccin Nuova Libraria

Siegel, D.J. (2001). *La mente relazionale: neurobiologia dell'esperienza* . Milano: Cortina Raffaello.

Turchi, G.P., & Perno A. (2002). *Modello medico e psicopatologia come interrogativo*. Padova: Upsel Domenighini.

Wallon, H., (1931). *Comment se dévéloppe chez l'enfant la notion du corp prope.* Paris: Enfance (Trad. it. Sviluppo della coscienza e formazione del carattere, La Nuova Italia, Firenze, 1967).

Wallon, H., (1963). *Buts et Méthodes de la psychologie*. Paris: Enfance (Trad. it..Fini e metodi della psicologia, La Nuova Italia, Firenze, 1967).

Valente, D. (2009). *Fondamenti di riabilitazione in età evolutiva*. Roma: Carocci.

Vecchiato, M. (2007). *Il gioco psicomotorio, psicomotricità psicodinamica*. Roma: Armando.

Zani B., & Cicognani E. (1991). *Psicologia della salute*. Trento: Centro Studi Erickson.

Biodanza bibliografia essenziale

Calissano, Pietro – Neuroni, Mente ed Evoluzione – Ed. Garzanti, 1992

Damasio, Antonio – L'Errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano- Ed Adelphi, Milano, Italina, 1994

Gessa, Gian Luigi – La Biochimica dei sentimenti – Dossier Scienza n°20, Ed. Giunti

Goodman, Corey S. e Col. - La Funzione Cerebrale – Libri di investigazione scientifica – Edizioni Cinetiche, 1991

Hubel, David e Col. - El Cerebro – Libros di Investigaciòn y Ciencia – Scientific American – Ed.Labor, S.A., Barcelona, 1981

Marino, Raul Jr. - Fisiologia das Emocoes – Ed. Sarvier, Brasil, 1975

Muller, Eugenio e Col. - Neuroendocrinologia – Aspetti Speimentali e Clinici – Ed. Mediche Scientifiche Internazionali, Roma, 1984

Oliverio, Alberto – L'evoluzione del cervello, I labirinti dell'intelligenza biologica – Dossier scenza N°8 – Ed. Giunti

Pert, C. - Molecole di Emozioni – Ed. Corbaccio, Varese, Italia, 2000

Pettorossi, Riccardo – Psichiatria – Centro Scientifico Editore, Torino, Italia, 2002

Racagni, G. e Donoso, A.O.-Gaba and Endocrine Function-Ed Raven Press, New York, 1986

Toro, Rolando (a cura di Eliane Matuk) – Biodanza – Red Edizioni, Como, Italia, 2000

Toro, Rolando – Teoria de Biodanza. Coletaneia de Textos. Tomo I, II, III, IV – Asociacao Latino Americana de Biodanza, 1992