

**SUPSI**

Scuola universitaria professionale della Svizzera Italiana  
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale, DEASS  
Corso di Laurea in Cure Infermieristiche

***L'IMPATTO DELLE ATTIVITÀ TEATRALI SULLE PERSONE  
CON DIAGNOSI DI SCHIZOFRENIA. UNA REVISIONE DI  
LETTERATURA***

Lavoro di Tesi  
(Bachelor Thesis)

di

Giada Baldassari

Direttrice di tesi: Lara Pellizzari

data di consegna: Manno, 31 luglio 2019

***Anno accademico: 2018-2019***

# 1. Abstract

## 1.1 Background e motivazione:

Questo lavoro di tesi parla della schizofrenia e del rapporto con le terapie teatrali. La schizofrenia è una psicopatologia che porta conseguenze a tutte le sfere dell'essere umano, soprattutto in quella sociale, compromettendo le interazioni sociali con il mondo esterno e appiattendolo emotivamente la persona coinvolta. L'espressione delle emozioni e la percezione di esse vengono influenzate in modo significativo soprattutto nelle fasi più critiche di questa malattia e spesso tutto ciò porta all'isolamento totale dalla realtà e dalla società peggiorando ancora di più la sintomatologia. Siccome il teatro e quindi le terapie teatrali incentivano le interazioni sociali, la messa in atto di queste cure complementari giova alla salute psicofisica della persona coinvolta. Purtroppo, non si considerano queste terapie alla pari con la terapia farmacologica e non si dà la giusta importanza mentre invece andrebbero valorizzate poiché permettono al paziente di elaborare i propri vissuti e di sentirsi parte integrante nella società incrementando le relazioni e interazioni con l'altro. Aumentano l'autostima e la consapevolezza delle emozioni nei vissuti e negli eventi passati inglobando la presa di coscienza dei sintomi della psicopatologia. L'infermiere in salute mentale e i curanti in generale hanno il dovere di sensibilizzare in merito a questo argomento.

## 1.2 Scopo:

Lo scopo di questo lavoro è quello di capire l'importanza delle terapie teatrali e in che maniera esse possano aiutare il paziente con una diagnosi di schizofrenia. Si vuole capire come la recitazione e il teatro in generale possano giovare beneficio al paziente e i meccanismi che questa terapia scaturlisce nell'utente portando benefici alla propria salute.

## 1.3 Metodologia:

La metodologia scelta per questo lavoro di bachelor è la revisione della letteratura. Sono stati ricercati articoli inerenti alle terapie teatrali in più banche dati e in articoli scientifici, poi una volta individuati in base a dei criteri di inclusione precedentemente stilati, è stata svolta un'ulteriore scrematura degli articoli scelti. Sono stati tenuti sei articoli e sono stati analizzati confrontandoli con la teoria, dividendo ogni articolo in ulteriori sotto capitoli per avere una visione più completa dell'articolo, per poi riassumere i risultati ottenuti nelle tabelle precedentemente create per avere una visione più sintetica e schematica.

## 1.4 Risultati:

I risultati emersi da questa revisione di letteratura mostrano come il teatro sia importante per gestire al meglio le emozioni che emergono nei vissuti delle persone coinvolte. Inoltre, le attività teatrali incrementano le interazioni sociali e permettono una maggior consapevolezza delle proprie risorse e della resilienza. Altri risultati ottenuti sono una maggiore capacità espressiva di creatività, un incremento dell'autostima e della coscienza di sé e una maggior consapevolezza della realtà circostante.

1.5 Keywords: *schizophrenia, psychodrama, dramatherapy, playbacktheatre, activities, advantages, consequences*

## **Indice**

1. Abstract .....	2
2. Scelta del tema e motivazione .....	5
3. Background .....	5
3.1 Psicosi endogena ed esogena .....	5
3.1.2 Psicosi endogena .....	5
3.1.3 Psicosi esogena.....	5
3.2 Schizofrenia .....	6
3.2.1 Sistemi di classificazione ICD10 e DSM .....	6
3.2.2 Epidemiologia .....	8
3.2.3 Sintomatologia .....	9
3.2.4 Eziologia .....	10
3.2.5 Prognosi .....	11
3.2.6 Trattamento .....	11
3.2.7 Decorso .....	14
3.3 Concetto di “recovery” .....	14
3.4 Le attività teatrali .....	16
3.4.1 Lo psicodramma .....	16
3.4.2 Dramatherapy .....	18
3.4.3 Playback theatre .....	19
4. Foreground .....	20
4.1 Scelta della metodologia .....	20
4.2 Domanda di ricerca .....	20
4.3 Obiettivi del lavoro di bachelor .....	21
4.4 Tipologia del metodo utilizzato .....	21
5. Risultati .....	22
5.1 Descrizione degli articoli .....	22
5.2 Sintesi dei risultati .....	26
5.3 Discussione dei risultati .....	29
5.3. Tabella di estrazione dati .....	31
5.4 Limiti di ricerca .....	35
5.5 Raccomandazioni per la ricerca futura .....	35

6.	conclusioni.....	36
6.1	Valutazione degli obiettivi e della domanda di ricerca.....	36
6.2	Il ruolo dell'infermiere SUP in salute mentale.....	37
6.3	Conclusioni personali.....	38
7.	Ringraziamenti.....	39
8.	Fonti bibliografiche.....	40
9.	Allegati.....	43

## 2. Scelta del tema e motivazione

Ho scelto di trattare un tema inerente al mondo della psichiatria, in quanto durante il 5° semestre ho trascorso 12 settimane per un tirocinio a Trieste in un centro di salute mentale. Questo mi ha permesso di ampliare, tramite la pratica, le nozioni apprese in teoria e di comprendere meglio i comportamenti e le caratteristiche delle persone affette da una malattia psichiatrica. È un mondo che mi affascina molto, la mente umana con le sue mille sfumature da scoprire, è per me un viaggio infinito e sempre nuovo. In particolar modo mi vorrei concentrare sulla schizofrenia, perché è la patologia che ho potuto “conoscere” e approfondire di più dato che in questa breve esperienza professionale ho incontrato più persone affette da questo disturbo rispetto ad altri. Inoltre, sempre durante questo periodo di tirocinio ho avuto la fortuna di conoscere il medico che ha lavorato a fianco di Franco Basaglia durante la rivoluzione della salute mentale a Gorizia e a Trieste, Peppe Dell’Acqua, il quale ha scritto libri e tenuto conferenze inerenti alla schizofrenia e a vari temi ad essa correlati. Questo incontro mi ha spinto ancora di più a voler trattare questo argomento. Per quanto riguarda la parte sull’attività in specifico, ho deciso di voler approfondire l’attività teatrale svolta da persone con disturbi mentali tra i quali la schizofrenia. Mentre lavoravo nel centro di salute mentale ho avuto l’opportunità di partecipare ad alcuni incontri di teatro tenuti dalla psichiatra del centro con gli utenti, e ho notato che più persone, in special modo una affetta da schizofrenia paranoide con allucinazioni uditive, durante questa attività cambiavano il modo di porsi e di comportarsi. Erano più rilassati, tranquilli e concentrati solo su ciò che stavano facendo in quel momento, erano presenti fisicamente e mentalmente. Da questa osservazione è nata la curiosità di trattare il tema “schizofrenia e attività teatrale”, dopo un confronto con la relatrice di tesi ho deciso di approfondire e di voler comprendere quali effetti significativi possono esserci nel paziente schizofrenico che partecipa attivamente al teatro.

## 3. Background

### 3.1 Psicosi endogena ed esogena

#### 3.1.2 Psicosi endogena

Le psicosi endogene si distinguono da quelle organiche e quelle esogene in quanto non c’è una causa fisica od organica a scatenare il processo ma è intrinseca («Disturbi Mentali», s.d.).

Non sono coinvolti l’uso di sostanze, traumi e disturbi post traumatici, patologie primarie come demenza e disturbi fisici nell’insorgenza della psicopatologia («Disturbi Mentali», s.d.).

#### 3.1.3 Psicosi esogena

La psicosi esogena viene definita tale in quanto la psicopatologia è scaturita da sostanze esterne al corpo, quindi ci deve essere un’assunzione, come le sostanze stupefacenti (Manna & Ruggiero, 2001). Ci sono più eventi correlati con la tossicodipendenza con quadri patologici diversi; la sostanza potrebbe indurre una psicopatologia, potrebbe evidenziarne la presenza e quindi slatentizzare, potrebbe provocare una ricaduta di un disturbo già pre esistente oppure la psicopatologia potrebbe indurre all’uso di sostanze (Manna & Ruggiero, 2001). La sostanza di per sé non è una causa primaria di un’insorgenza della psicosi, altera le strutture cerebrali ma per lo più evidenzia delle psicopatologie già pre esistenti in individui predisposti (Manna & Ruggiero, 2001). Per

differenziare il disturbo psicotico primitivo da quello indotto da sostanze si usano dei criteri specifici quali;

1. la comparsa di sintomi psicotici prima dell'inizio dell'uso di sostanze
2. la persistenza dei sintomi psicotici dopo la cessazione dell'assunzione delle sostanze d'abuso
3. l'intensità dei sintomi o caratteristiche sintomatologiche incongruenti rispetto a quanto atteso in rapporto all'uso di specifiche sostanze psicotrope
4. l'anamnesi positiva per episodi morbosi non correlati all'uso di sostanze

Se risultano presenti allora si parla di disturbo psicotico primitivo (Manna & Ruggiero, 2001).

## 3.2 Schizofrenia

La schizofrenia rientra nella sfera psicotica, ossia è uno dei vari tipi di psicosi (Papazacharias, Sciascio, Rampino, Calò, & Bellomo, 2006). È una malattia caratterizzata da disturbi e scompensi del pensiero ed emotivi (Peppe Dell'Acqua, 2013). Questi portano ad un'alterazione del linguaggio, delle capacità cognitive, della percezione della realtà e del senso del proprio essere (Peppe Dell'Acqua, 2013). Le capacità cognitive che vengono compromesse maggiormente sono l'attenzione, la memoria e le funzioni esecutive (Fischer & Buchanan, 2019). Questa patologia è legata a delle disfunzioni a livello sociale e professionale (Fischer & Buchanan, 2019).

### 3.2.1 Sistemi di classificazione ICD10 e DSM

Il sistema di classificazione ICD10 definisce la schizofrenia come l'insieme di disturbi schizofrenici caratterizzati da distorsioni del pensiero e delle sue caratteristiche, della percezione e dell'affettività definita come inappropriata o diminuita («ICD-10 Version:2016», s.d.). Vengono invece solitamente mantenute intatte la coscienza e le capacità intellettuali, nonostante alcuni deficit cognitivi potrebbero avere un'evoluzione negativa nel tempo («ICD-10 Version:2016», s.d.). I fenomeni psicopatologici a cui viene attribuita molta importanza includono l'eco, la trasmissione e il ritiro del pensiero, una percezione delirante, l'illusione del controllo, la passività, le allucinazioni uditive con le voci che commentano anche in terza persona il paziente, i disturbi del pensiero e i sintomi negativi («ICD-10 Version:2016», s.d.). Secondo questo sistema di classificazione, il decorso della malattia può essere di tipo continuo, episodico con deficit di progressione o stabile, potrebbe esserci più di un episodio con remissione completa o incompleta («ICD-10 Version:2016», s.d.). La diagnosi di schizofrenia può essere fatta in presenza di sintomi maniacali estesi o sintomi depressivi solamente se è certo che questi sintomi anticipino il disturbo affettivo («ICD-10 Version:2016», s.d.). Nemmeno se son presenti sintomi riconducibili a un'intossicazione, ad astinenza o a malattie cerebrali evidenti («ICD-10 Version:2016», s.d.).

Questo modello suddivide la schizofrenia in più tipologie:

- Schizofrenia paranoide: caratterizzata da deliri maggiormente di tipo persecutorio e spesso accompagnati da allucinazioni uditive e percettive.
- Schizofrenia ebefrenica: in questa forma i cambiamenti affettivi sono evidenti, mentre le delusioni e le allucinazioni sono più rare e frammentarie. L'individuo attua dei comportamenti irresponsabili ed imprevedibili, tende a mantenere l'umore superficiale, ha un tipo di pensiero disorganizzato e utilizza un linguaggio incoerente. Il rapido sviluppo di sintomi negativi e la perdita di volontà causa una scarsa prognosi. Questo tipo di schizofrenia è più comune nei giovani.

- Schizofrenia catatonica: contiene degli importanti disturbi psicomotori come ipercinesia, negativismo, obbedienza automatica e stupore. Gli stati catatonici possono durare anche per lunghi periodi e possono essere collegati a stati onirici (riguardante i sogni) con allucinazioni vivide.
- Schizofrenia indifferenziata: sono gli individui che soddisfano i criteri diagnostici generali della schizofrenia ma non sono conformi ai sottotipi della patologia in quanto non presentano le caratteristiche tipiche o se le presentano non in modo rilevante.
- Depressione post-schizofrenia: ossia un episodio di depressione che si prolunga nel tempo che insorge come conseguenza della schizofrenia. Possono ancora essere presenti ma non in dominanza alcuni sintomi positivi e negativi. È durante questi quadri depressivi che c'è un maggiore rischio suicidale.
- Schizofrenia residua: è la fase cronica della malattia in cui c'è stata una progressione dalla fase iniziale fino a uno stadio in cui sono presenti i sintomi negativi a lungo termine, non per forza irreversibili, come per esempio un rallentamento psicomotorio, un'attenuazione degli effetti, passività, una mancanza di iniziativa, una povertà di linguaggio, una scarsa comunicazione verbale e una diminuita capacità di espressione facciale, una scarsa cura di sé e di interazioni sociali.
- Schizofrenia semplice: è la condizione in cui c'è un lento ma progressivo sviluppo di anomalie comportamentali, c'è anche un'incapacità di soddisfare le esigenze presenti nella società e c'è un declino generale nelle prestazioni.  
(«ICD-10 Version:2016», s.d.).

Il secondo sistema di classificazione è invece il DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*). Un manuale in cui vengono racchiuse i disturbi mentali e i loro criteri diagnostici. La schizofrenia ha i seguenti criteri diagnostici:

- A. Due o più dei seguenti sintomi, ognuno presente per un periodo significativo di un mese (o meno se trattati efficacemente). Almeno uno di questi sintomi deve essere 1 o 2 o 3:
  1. Deliri
  2. Allucinazioni
  3. Eloquio disorganizzato
  4. Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico
  5. Sintomi negativi (diminuzione dell'espressione delle emozioni o abulia)
- B. Per una significativa parte di tempo dell'esordio del disturbo, il livello del funzionamento in una o più delle aree principali come potrebbero essere il lavoro, le relazioni interpersonali, o la cura di sé, è significativamente inferiore a com'era prima dell'esordio. Se l'esordio insorge durante l'infanzia o la prima adolescenza, c'è l'incapacità di raggiungere l'atteso livello di funzionamento interpersonale, lavorativo e scolastico
- C. I segni del disturbo continuano per almeno sei mesi. Questo periodo deve comprendere almeno 1 mese di sintomi (meno se efficacemente trattati) che soddisfino il criterio A. Può contenere periodi di sintomi prodromici o residui. Durante questi periodi, i segni del disturbo possono venir evidenziati solamente da sintomi negativi o da due sintomi elencati nel criterio A presenti in forma attenuata.
- D. Il disturbo schizoaffettivo e il disturbo depressivo o disturbo bipolare con caratteristiche psicotiche sono stati esclusi perché 1) non si son verificati episodi depressivi maggiori o maniacali in concomitanza con la fase attiva dei sintomi oppure 2) se si son verificati episodi di alterazione dell'umore durante la fase attiva

dei sintomi, essi si sono manifestati per una parte in minoranza della durata totale dei periodi attivi e residui della malattia.

- E. Il disturbo non può essere attribuito a degli effetti fisiologici di una sostanza (come ad esempio una sostanza di abuso o farmaci) oppure a una condizione medica diversa.
- F. Se è presente una storia di disturbo dello spettro dell'autismo o di disturbo della comunicazione con esordio durante l'infanzia, la diagnosi di schizofrenia viene effettuata solamente se sono presenti per la durata di almeno un mese (o meno se trattati efficacemente) allucinazioni o deliri preminenti in aggiunta agli altri sintomi richiesti dalla schizofrenia  
(Biondi & May, 2014)

Ci sono degli indicatori del decorso che vanno utilizzati dopo 1 anno di durata del disturbo e solamente nel caso in cui non sono in contrasto con i criteri diagnostici della malattia (Biondi & May, 2014):

- Primo episodio, attualmente in episodio acuto: la prima manifestazione del disturbo deve soddisfare i criteri diagnostici definenti i sintomi e la durata. Un episodio acuto è definito come il periodo di tempo in cui i criteri diagnostici vengono soddisfatti
- Primo episodio, attualmente in remissione parziale: è un periodo di tempo in cui è presente un miglioramento seguente ad un precedente episodio e in cui c'è una soddisfazione parziale dei criteri
- Primo episodio, attualmente in remissione completa: definito come periodo di tempo successivo ad un episodio precedente e durante il quale non ci sono sintomi specifici del disturbo  
(Biondi & May, 2014)

### 3.2.2 Epidemiologia

Secondo i dati risalenti ad aprile 2018 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nella popolazione mondiale ci sono 21 milioni di persone affette da schizofrenia («Schizophrenia», s.d.). A livello mondiale la schizofrenia può essere associata ad una disabilità considerevole che potrebbe influenzare le prestazioni educative ed occupazionali («Schizophrenia», s.d.). Abitualmente i primi sintomi compaiono nell'adolescenza o nella prima età adulta (15-25 anni) in quanto l'entrata nel mondo del lavoro e nel mondo adulto richiedono un certo impegno a livello emotivo e quindi generano uno stress non indifferente (Papazacharias et al., 2006). Generalmente sono gli uomini ad avere un esordio precoce e a mostrare prima dei prodromi anche perché al genere maschile solitamente viene richiesta l'entrata nel mondo del lavoro prima rispetto alle donne (Peppe Dell'Acqua, 2013). Per le donne l'età stimata è dai 25 ai 35 anni, ciò avviene perché c'è una teoria cospirata all'assetto ormonale come fattore di protezione (Peppe Dell'Acqua, 2013), ma potrebbero avere altri esordi nell'età della menopausa (Fischer & Buchanan, 2019). La diagnosi viene posta ad un numero leggermente superiore (rapporto di circa 1,4:1) di uomini rispetto alle donne ma alle donne viene posta più tardivamente. (Fischer & Buchanan, 2019). È raro che una persona abbia un esordio durante l'infanzia o durante l'età adulta tardiva (oltre i 45 anni) (Fischer & Buchanan, 2019). Se l'esordio dovesse avvenire in età avanzata o durante la vecchiaia, la malattia viene definita come parafrenia (Tamminga, 2018). Nel 40% degli uomini circa, l'esordio avviene prima dei 20 anni (Tamminga, 2018). Si ammalano persone di tutte le classi sociali e questo è un segno che quindi il disagio sociale non è un fattore significativo per lo sviluppo della malattia (Papazacharias et al., 2006). È una malattia presente in tutto il mondo, non c'è un'etnia prevalente (Fischer & Buchanan, 2019). La prevalenza mondiale



è di circa l'1% mentre l'incidenza è stimata a circa 1,5 per 10'000 persone (Fischer & Buchanan, 2019). La percentuale è costante nelle diverse culture (Tamminga, 2018). Questo è un altro dato che indica come la schizofrenia sia presente in tutte le classi sociali, culture ed etnie.

### 3.2.3 Sintomatologia

Solitamente i sintomi della schizofrenia sono classificati in positivi e negativi (Papazacharias et al., 2006). La classificazione di sintomo positivo e sintomo negativo è derivata dal fatto che a dipendenza della zona cerebrale colpita (via mesolimbica per gli effetti positivi e via mesocorticale nella zona frontale per i sintomi negativi) vi saranno manifestazioni differenti (Fassino, Abbate Daga, & Leombruni, 2007). Se c'è un'aumentata attività a livello mesolimbico e quindi con maggiori concentrazioni di dopamina ci saranno sintomi euforici mentre se la parte colpita è la via mesocorticale, che si trova nella zona frontale, ci saranno effetti negativi legati all'affettività, appiattimento emotivo, isolamento sociale, apatia in quanto la zona mesocorticale è coinvolta nella regolazione dell'emotività e dell'affettività (Fassino et al., 2007). Entrambe le tipologie possono essere causa di disfunzionamento sociale e di stigma (Papazacharias et al., 2006). Nella maggioranza delle persone schizofreniche, le due classificazioni di sintomi citate, sono presenti in modo variabile nei diversi periodi della malattia (Papazacharias et al., 2006).

Nei sintomi positivi rientrano le allucinazioni, i deliri, i disturbi del pensiero e il comportamento bizzarro e disorganizzato (Papazacharias et al., 2006). Mentre i sintomi negativi sono composti da appiattimento emotivo, perdita di slancio vitale, ritiro sociale e povertà del pensiero, come citato in precedenza (Papazacharias et al., 2006).

È caratteristico nei pazienti schizofrenici provare un senso di angoscia per il tempo futuro, per l'incertezza e per l'imprevedibile (Catalfo, 2014). Vivono la temporalità basandosi sul futuro e su cosa potrebbe accadere "dopo", può esserci un'indifferenza nel vivere il momento presente e quindi una difficoltà nel riconoscersi in una propria identità e soggettività, in quanto è un mutamento continuo (Catalfo, 2014).

Ci sono anche sintomi psicotici quali le allucinazioni uditive, allucinazioni visive e deliri (Peppe Dell'Acqua, 2013). Questi disturbi portano poi ad adottare comportamenti bizzarri («Schizophrenia», s.d.).

Per quanto riguarda i primi sintomi, è difficile non notarli (Papazacharias et al., 2006). Solitamente avviene l'esordio lento e progressivo e lo si può identificare tramite dei prodromi (Papazacharias et al., 2006). Qui sotto ne vado ad elencare alcuni:

- Deterioramento dell'igiene personale
  - Comportamento bizzarro
  - Chiusura in sé stessi e isolamento sociale
  - Disturbi del sonno quali insonnia o ipersonnia
  - Ipoattività o iperattività
  - Cambi di personalità
  - Fuga dagli impegni e dalla vita in generale
  - Reazione esagerata alla critica
  - Abuso di alcool o di sostanze stupefacenti
  - Indifferenza
  - Declino degli interessi accademici e sportivi
  - Dimenticare cose importanti
- (Papazacharias et al., 2006)

Quando invece avviene un esordio brusco i prodromi possono essere:

- Chiudersi in camera isolandosi da tutti
- Comportamento ostile e senza motivo verso le figure di riferimento
- Improvvisi scatti di intolleranza e/o aggressività verso genitori o vicini di casa
- Diventare sospettosi all'improvviso e convincersi che qualcuno stia complottando qualcosa
- Rimanere fuori casa per tempi lunghi senza avvisare qualcuno (genitori, fratelli, ecc.) e senza dare spiegazioni
- Restare svegli fino a notte inoltrata o non coricarsi (Papazacharias et al., 2006)

### 3.2.4 Eziologia

La causa vera e propria che porta allo sviluppo della schizofrenia è ancora sconosciuta, ci sono però delle evidenze che dimostrano come dietro allo sviluppo della malattia ci sia una base biologica (Tamminga, 2018). Biologicamente quindi le cause potrebbero essere delle alterazioni nella struttura cerebrale, come ad esempio un aumento dei ventricoli cerebrali, la diminuzione dell'ippocampo anteriore e la presenza di una corteccia cerebrale più sottile), delle variazioni a livello di neurochimica, in particolar modo l'alterazione delle attività dei marker della dopamina e delle trasmissioni del glutammato (Tamminga, 2018). Ci sono degli esperti che sostengono che la schizofrenia sia presente in maggioranza nei soggetti con vulnerabilità del neurosviluppo e che il decorso della malattia sarà diverso in base alle interazioni tra queste vulnerabilità e gli eventi ambientali stressanti (di tipo farmacologico o da sostanze come ad es. la marijuana, oppure di tipo sociale come la perdita di un lavoro, impoverimento, l'allontanamento da casa in giovane età, l'arruolamento militare) (Tamminga, 2018). Nell'infanzia ci sono dei fattori che potrebbero favorire l'insorgenza della malattia e sono: la predisposizione genetica, le complicanze intrauterine, al parto o post-natale, infezioni virali del sistema nervoso centrale, trauma infantile e abbandono (Tamminga, 2018). Altri fattori fisiologici che nel DSM-V vengono illustrati come possibili cause, sono l'età paterna avanzata, la malnutrizione della madre in gestazione, il diabete gestazionale e lo stress (Biondi & May, 2014). I fattori genetici sembrerebbero avere un grande impatto, in quanto le persone con un parente di primo grado affetto da schizofrenia hanno circa il 10-12% di possibilità di manifestare il disturbo (rispetto al 1% della popolazione mondiale), mentre i gemelli omozigoti hanno il 45% di possibilità di manifestarlo entrambi (Tamminga, 2018). Sempre secondo il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, un fattore ambientale che potrebbe essere collegato all'insorgenza di questa malattia è la stagione di nascita, ossia le persone che nascono a fine inverno/inizio primavera, hanno una probabilità più alta di manifestare il disturbo nella forma deficitaria (Biondi & May, 2014)

Altre cause che potrebbero portare ad un quadro di schizofrenia sono le sostanze psicoattive e farmacologiche, che quando causano un'intossicazione possono generare sintomi psicotici che si sovrappongono a quelli della schizofrenia (Papazacharias et al., 2006). Tra gli stupefacenti rientrano in maggioranza le anfetamine, la cocaina e la feniclidina (Papazacharias et al., 2006). Inoltre, i sintomi possono essere ancora presenti dopo che la sostanza è stata eliminata (Papazacharias et al., 2006). Anche i cannabinoidi, seppur considerati come droga leggera, possono portare ad un stato psicotico (generalmente con pensieri dal contenuto paranoideo) (Papazacharias et al., 2006). Un'altra causa sono le malattie organiche, le due più frequenti e con un'associazione maggiore sono il delirium tremens e la demenza (Papazacharias et al., 2006). Nel primo caso le manifestazioni, quali tremori, confusione mentale e deliri, insorgono come complicanze dovute ad astinenza da sostanze alcoliche (Papazacharias et al., 2006). I deliri sono presenti anche nella demenza (Papazacharias et al., 2006).

### 3.2.5 Prognosi

Circa il 10-20% dei pazienti schizofrenici hanno un esito positivo nei 5-10 anni che seguono la prima ospedalizzazione (Papazacharias et al., 2006). Oltre il 50% invece, si può definire con prognosi infausta con frequenti esacerbazioni di sintomatologia, frequenti ricoveri e ripetuti tentativi di suicidio (Papazacharias et al., 2006). Infine, per il 30-40% la prognosi è intermedia con sporadici ricoveri e un discreto declino cognitivo e funzionale (Papazacharias et al., 2006). Solo circa il 15% delle persone affette da schizofrenia torna ad essere nello stato in cui erano antecedente l'esordio (Tamminga, 2018). Ci sono degli studi che dimostrano come un intervento tempestivo ed aggressivo dopo il primo episodio, aiuti a favorire un esito positivo nella prognosi («NIMH» What is RAISE?», s.d.). Nei primi 5 anni dall'insorgenza dei sintomi, potrebbe insorgere un deterioramento delle funzioni sociali e lavorative con conseguente trascuratezza di sé, per questo è importante il trattamento (non solo farmacologico) per mantenere attive le funzioni sociali (Tamminga, 2018). L'adesione alla terapia farmacologica è di fondamentale importanza nel primo anno dopo la diagnosi definitiva, in quanto c'è il maggior rischio di abuso di psicofarmaci e questo è un fattore legato alla prognosi (Tamminga, 2018). La schizofrenia rientra nelle psicosi in cui c'è l'insight, ossia la consapevolezza del proprio disturbo e della sintomatologia (Biondi & May, 2014). La mancanza dell'insight porta l'individuo a non aderire al trattamento, a maggiori tassi di ricaduta, ad aggressività e ad uno scarso funzionamento sociale (Biondi & May, 2014). Ci sono dei fattori che favoriscono una prognosi positiva come ad esempio un buon funzionamento sociale e lavorativo premorbo, l'insorgenza tardiva del primo episodio oppure l'insorgenza improvvisa, la presenza di disturbi dell'umore differenziati dalla schizofrenia, la presenza di deficit cognitivi minimi, presenza in quantità lieve di sintomi negativi e una minor durata della psicosi non trattata (Tamminga, 2018). Mentre i fattori relativi ad una prognosi sfavorevole racchiudono l'insorgenza del disturbo in giovane età, un funzionamento premorbo scarso, un'anamnesi familiare positiva a questo disturbo, la presenza massiccia di sintomi negativi e una durata maggiore della psicosi non trattata (Tamminga, 2018).

### 3.2.6 Trattamento

Il trattamento di questa psicopatologia è parallelo alla durata dei sintomi manifestati; più il paziente rimane in fase critica senza una terapia adeguata e più sarà lungo il recupero per un ritorno graduale della realtà (Peppe Dell'Acqua, 2013). Dal momento che la schizofrenia è una malattia ad eziologia multifattoriale (perciò non è un disturbo prettamente organico), di conseguenza anche la terapia dev'essere multimodale e deve comprendere più campi (Lupoi, 2006). Non si può nemmeno parlare solamente di farmaci e psicofarmaci poiché essi non curano la psicopatologia, ma attenuano i sintomi (Peppe Dell'Acqua, 2013). La terapia integrata consiste nell'apporto di strumenti da parte di diverse figure professionali e in base alla fase della malattia (Lupoi, 2006). È necessario tener in considerazione la sfera pubblica e sociale, in quanto tramite gli interventi nelle diverse aree che compongono il trattamento della schizofrenia, bisogna arrivare ad una riattivazione sociale del soggetto (Lupoi, 2006). È quindi fondamentale che al centro di tutto ci sia il paziente e come cornice attorno ci sia la famiglia che rappresenta le figure di riferimento. (Lupoi, 2006). Ciò che spesso viene dato per scontato, ma che effettivamente non sempre lo è, è il fatto di orientare il paziente ma soprattutto la famiglia sugli aiuti e sui vari servizi presenti sul territorio perché spesso una delle cause principali della non aderenza ai progetti è proprio la disinformazione (Krupnick & Wade, 1996). La psicoterapia relazionale si basa proprio sulla riabilitazione del paziente in modo che

possa venir stimolata al fine di riattivare le dimensioni sociali dell'essere umano (Lupoi, 2006).

Il trattamento della schizofrenia non è solamente di tipo farmacologico anche per la ragione sopracitata, ma c'è anche la componente della psicoterapia (Papazacharias et al., 2006). Quest'ultima è una tecnica terapeutica fondata sul rapporto sviluppatosi tra medico e paziente (Papazacharias et al., 2006). Gli operatori devono collaborare tra di loro al fine di non creare ulteriori situazioni di stress e di conflitto tra paziente e curante o paziente e familiari, la stabilità e la continuità devono essere la chiave del trattamento non farmacologico (Elia, 2014). Inoltre, per un paziente con una diagnosi di schizofrenia, è importante che il numero di persone professioniste nella salute mentale che attorniano il paziente non siano eccessive e che non cambino spesso per fare in modo di garantire una certa continuità delle cure e per non scombussolare troppo il paziente che si trova già in una fase delicata (Krupnick & Wade, 1996). La psicoterapia non è una pratica in cui viene curata la sintomatologia, ma si opera al fine di comprendere e risolvere i conflitti interni che generano malessere e quindi i sintomi (Papazacharias et al., 2006). Ci sono più tipologie di psicoterapia:

- Terapia individuale: incentrata sull'individuo singolo e ha lo scopo di creare un'alleanza terapeutica, ritenuta sicura dal paziente, tra curato e curante (Papazacharias et al., 2006). Ci sono due forme di terapia individuale: di sostegno, mirata a migliorare la consapevolezza della realtà, e quella introspettiva, volta a far prendere consapevolezza della malattia al paziente (Papazacharias et al., 2006)
- Terapia di gruppo: è indicata per migliorare le relazioni sociali, la percezione della realtà e per favorire il senso di appartenenza ad un gruppo (Papazacharias et al., 2006). Solitamente viene impiegata quando il paziente è in un periodo con i sintomi positivi stabilizzati tramite l'assunzione di farmaci (Papazacharias et al., 2006).
- Terapia familiare: si occupa di comprendere le dinamiche, il livello di stress e le emozioni che sono presenti nella famiglia della persona schizofrenica (Papazacharias et al., 2006). In particolare in questa terapia viene educata la famiglia sul rientro a domicilio del paziente e sulle strategie per la gestione del proprio caro (Papazacharias et al., 2006).

Le due terapie (farmacologia e psicoterapia) hanno un'azione maggiormente positiva sul paziente se applicate contemporaneamente (Papazacharias et al., 2006). Solitamente i farmaci antipsicotici sono quelli di prima linea per il trattamento della schizofrenia (Fischer & Buchanan, 2019). Se ai farmaci vengono combinate le terapie psicosociali, il paziente ha maggior probabilità di un recupero (Fischer & Buchanan, 2019).

Prima di trovare un'adeguata cura medica, in genere passano 12-24 mesi dai primi sintomi e questo lasso di tempo viene definito come la durata della psicosi non trattata (Papazacharias et al., 2006). La durata è definita dalla rapidità e qualità di risposta al trattamento iniziale e alla gravità dei sintomi negativi che insorgono successivamente (Papazacharias et al., 2006).

Il trattamento farmacologico ha tre obiettivi principali:

- Ridurre la gravità dei sintomi
- Prevenire le recidive e il deterioramento conseguente
- Aiutare i pazienti ad acquisire un alto livello funzionale (Papazacharias et al., 2006)

Gli psicofarmaci applicati nella cura della schizofrenia sono definiti antipsicotici o neurolettici (Papazacharias et al., 2006). Vengono classificati in due categorie;

antipsicotici tipici e antipsicotici atipici (o di nuova generazione) (Papazacharias et al., 2006).

Negli antipsicotici tipici rientrano la clorpromazina (è stato il primo), il fenotiazine, i butirrofenoni, la clotiapina e la levomepromazina (Papazacharias et al., 2006). Hanno un effetto inibitore per il legame della dopamina sui recettori, per questo motivo vengono utilizzati per gestire i sintomi positivi come deliri, allucinazioni, e l'agitazione psicomotoria (Papazacharias et al., 2006). Bisogna prestare attenzione perché essendo farmaci potrebbero causare effetti collaterali anche gravi come discinesia tardiva, sindrome neurolettica maligna manifestata con una febbre alta, e convulsioni (Peppe Dell'Acqua, 2013). Per prevenire questi potenziali effetti è consigliabile fare dei controlli di routine durante l'assunzione (Peppe Dell'Acqua, 2013). Gli antipsicotici atipici sono stati sviluppati dopo che si sono notati gli effetti collaterali della prima categoria e una bassa efficacia nella gestione dei sintomi negativi (ritiro sociale, appiattimento affettivo, depressione) (Papazacharias et al., 2006). Il loro effetto è a livello della ricaptazione della serotonina, inibiscono questo passaggio e hanno un effetto antagonista sui recettori dopaminergici (Papazacharias et al., 2006). Sono efficaci per la gestione dei sintomi positivi ma anche per quelli negativi (a differenza della prima classificazione) e hanno meno effetti collaterali neurologici, per questo sono definiti gli antipsicotici di prima scelta (Papazacharias et al., 2006). Hanno come effetto collaterale principale l'aumento ponderale (Papazacharias et al., 2006). In questa categoria rientrano la clozapina, il risperidone, l'olanzapina, la quetiapina e l'aripirazolo (Papazacharias et al., 2006). Non sono comunque privi di effetti collaterali gravi, in quanto la clozapina è nota per le alterazioni a livello ematico che potrebbe dare causando linfocitopenie, e a livello cardiaco con aritmie, quindi si consigliano sempre dei controlli di routine (Peppe Dell'Acqua, 2013).

Altri farmaci utilizzati nella cura della schizofrenia sono gli antidepressivi, gli ansiolitici e gli stabilizzatori dell'umore (Papazacharias et al., 2006). Gli antidepressivi solitamente non si danno come farmaco principale ma vengono affiancati ai neurolettici per potenziarne l'effetto (Peppe Dell'Acqua, 2013). Gli ansiolitici invece vengono anche prescritti come terapia primaria ma non devono essere assunti per lunghi periodi per via della dipendenza che potrebbero dare, vengono dati quando i sintomi positivi impediscono una normale vita sociale (Peppe Dell'Acqua, 2013).

Spesso nei pazienti schizofrenici non c'è un'assunzione regolare dei farmaci orali, per questo motivo sono stati sviluppati farmaci antipsicotici a rilascio prolungato (Papazacharias et al., 2006). In questo modo la somministrazione va effettuata per via intramuscolare una volta ogni due settimane/mese (Papazacharias et al., 2006). Tuttavia questa forma galenica viene utilizzata come ultima opzione in quanto è causa di frequenti effetti collaterali tra i quali: nausea, vomito, sonnolenza, secchezza delle fauci, stipsi, ritenzione urinaria, aumento ponderale, ipotensione e aritmie (Papazacharias et al., 2006).

Per quanto riguarda l'aderenza terapeutica, ci sono alcune motivazioni che potrebbero portare il paziente a non assumere la terapia farmacologica in modo regolare o a rifiutarla, e sono le seguenti:

- Non sono ancora consapevoli della propria malattia
- C'è una negazione della malattia, sanno di essere malati ma c'è un rifiuto della diagnosi e di conseguenza della terapia, perciò se assumessero la terapia vorrebbe dire che ammettono di essere schizofrenici
- La paura degli effetti collaterali dei farmaci
- La mancanza di relazione tra medico e paziente che di conseguenza non permette la creazione di un rapporto di fiducia

- La presenza di deliri persecutori sulla terapia, ossia che pensano che qualcuno voglia avvelenarli
- I disturbi cognitivi a livello di memoria e di confusione mentale
- La paura di diventare dipendente dai farmaci

(Papazacharias et al., 2006)

Per avere una maggior aderenza terapeutica, è necessario che ci sia un rapporto di fiducia tra curante e paziente (Papazacharias et al., 2006). Inoltre, non bisogna somministrare di nascosto la terapia farmacologica in quanto se il paziente dovesse scoprirlo, sarà difficoltoso riuscire a ricostruire un rapporto e farà molta fatica a fidarsi nuovamente del curante (Papazacharias et al., 2006).

### 3.2.7 Decorso

I decorsi di questa psicopatologia sono variabili e dipendono da molti fattori come la rete sociale, la vulnerabilità, il pensiero comune, il ruolo che si ricopre nella società e in famiglia (Peppe Dell'Acqua, 2013). Si stima che circa il 50% delle persone coinvolte in questo fenomeno raggiungano una guarigione chiamata "guarigione sociale", ovvero rimangono alcuni sintomi ma nonostante questo riescono a ricoprire un ruolo dignitoso nella società e nell'ambito lavorativo anche grazie ad una discreta terapia psicoeducativa (Peppe Dell'Acqua, 2013). Il 30% necessita di una terapia sostenuta sia farmacologica che psicoeducativa ma nonostante questo presenta delle difficoltà quotidiane e non sempre è possibile avere un ruolo lavorativo (Peppe Dell'Acqua, 2013). Il 20% rimanente invece va incontro ad una resistenza al trattamento in quanto le terapie e le psicoterapie adottate non hanno avuto l'effetto desiderato (Peppe Dell'Acqua, 2013).

Ci sono anche altri autori che sostengono invece l'idea che la cronicizzazione della schizofrenia non sia una possibilità di decorso ma che sia dovuto ad una farmacoterapia inadeguata e ad una psicoterapia educativa e comportamentale priva di scopi (Borgna, 2002).

## 3.3 Concetto di "recovery"

Il termine "recovery" inizia a comparire nei primi anni '80 quando si è iniziato a discutere dei diritti delle persone affette da malattie psichiatriche con conseguente disabilità e delle leggi aventi lo scopo di tutelarle (Carozza, 2006). Tutto ha iniziato a prendere forma quando si è capito che chi soffre di schizofrenia non ha obbligatoriamente una prognosi negativa con un deterioramento (Carozza, 2006). Infatti si è notato che molti pazienti che son stati curati in modo continuativo ed efficace, hanno avuto un miglioramento sintomatologico, una riduzione dei ricoveri, un aumento delle abilità lavorative e un miglioramento nelle relazioni sociali (Carozza, 2006).

Lo scopo non è la guarigione completa, che il paziente potrebbe pensare di raggiungere solamente tramite la terapia e che poi sospende autonomamente, ma è il raggiungimento e il mantenimento di alcune funzioni sociali tramite gli appositi sostegni e il riconoscimento dei propri deficit (Carozza, 2006).

Tramite il termine "recovery" si intende un processo di cambiamento in cui avvengono dei miglioramenti a livello della salute, del benessere della persona e dell'autonomia di vita (allison.bradbury, 2019). Ha lo scopo di render cosciente il paziente del proprio potenziale e lo stimola a reagire alla propria condizione di malattia al fine di riuscire a raggiungerlo (allison.bradbury, 2019). Esistono quattro dimensioni di recovery:

1. Salute: quindi far fronte alla malattia o ai sintomi ed informarsi sulle opzioni salutari che permettono di raggiungere un benessere fisico ed emotivo.
2. Abitazione: significa avere un posto sicuro e stabile in cui poter vivere.

3. **Scopo:** inteso come riuscire ad effettuare delle attività giornaliere che hanno un significato nella propria vita e raggiungere l'indipendenza e le risorse per avere un ruolo nella società.
4. **Comunità:** ossia mantenere delle relazioni che permettono di avere un supporto tramite l'amicizia, i sentimenti e la speranza.  
(allison.bradbury, 2019)

È fondamentale che nel recovery ci sia la consapevolezza che le condizioni di salute possono essere affrontate (allison.bradbury, 2019). Questo processo è individuale e ognuno lo affronta in modo diverso con strategie e risorse diverse (allison.bradbury, 2019). È caratterizzato da una crescita individuale continua e di un miglioramento del benessere che potrebbe anche includere delle ricadute (allison.bradbury, 2019). Per questo motivo è necessario comprendere e assimilare che le crisi fanno parte del percorso in modo naturale e perciò una delle chiavi fondamentali di tutto il processo è la resilienza (allison.bradbury, 2019).

Nella fase di recovery, la sintomatologia interferisce in modo lieve e di rado con il funzionamento del soggetto e in misure di tempo ridotte (Carozza, 2006). Se dovesse esserci una riacutizzazione, il tempo di recupero si riduce se il paziente è in fase di recovery (Carozza, 2006).

Ci sono dei passaggi che il paziente vive nel processo di recovery:

- L'individuo sente l'oppressione della malattia e del trattamento.
- L'individuo inizia a reagire rispetto alla condizione di disabilità e inizia a ricostruire delle relazioni con sé stesso, la rete sociale e l'ambiente circostante. Comincia anche a pensare a dei possibili obiettivi futuri.
- L'individuo dà valore alle relazioni ristabilite, dà un significato alla propria esistenza e impara a convivere con la malattia.
- L'individuo è riuscito ad andare oltre alla disabilità scaturita dalla malattia. È in grado di condurre una vita serena utilizzando le proprie risorse fornendo validi contributi nel contesto in cui vive.

(Carozza, 2006)

Il processo di recovery è individuale e personale per ogni utente, per questo motivo è necessario utilizzare strategie diverse tra loro in modo da stabilire un percorso adeguato ai bisogni della persona (Carozza, 2006). Una delle strategie applicate è quella della riabilitazione condivisa, ossia si utilizza il modello di cooperazione dove i pazienti diventano dei modelli di riferimento tra di loro (Carozza, 2006). Un ruolo fondamentale lo svolgono gli infermieri, in quanto devono attuare un approccio centrato sul paziente in modo che ogni percorso sia individualizzato (Trenoweth, 2016). Altre caratteristiche che devono far parte del ruolo infermieristico sono la collaborazione, il supporto e l'informazione, bisogna essere in grado di aiutare la persona a riconoscere i propri bisogni relativi alla salute mentale con lo scopo finale di riuscirne nella gestione di essi (Trenoweth, 2016).

Un altro aspetto del recovery è il "clinical recovery" ed ha quattro caratteristiche principali che lo definiscono:

- È un risultato oppure uno stato, in genere con implicazione dicotomica
- È osservabile ed è oggettivo e non soggettivo
- Vien valutato dal professionista curante e non dal paziente stesso
- La definizione (a differenza del processo stesso) di recovery non varia tra gli individui

(Slade, 2009)

Tra le varie spiegazioni di questo concetto, ritroviamo come vien definito il recovery in relazioni agli utenti affetti da schizofrenia (Slade, 2009): La diagnosi è stata eseguita

precedentemente in modo affidabile, nell'attuale non sono soddisfatti tutti i criteri diagnostici, nessuna ospedalizzazione (per motivi legati alla patologia psichiatrica) per un minimo di cinque anni e la terapia antipsicotica se presente dev'essere di basso dosaggio (inteso come meno della metà della dose giornaliera definita) (Slade, 2009). L'infermiere deve portare speranza e avere una visione ottimista riguardo il percorso di recovery del paziente, deve saperne riconoscere le risorse e saper porre dei limiti (Trenoweth, 2016). Il paziente deve avere la possibilità di prendere le proprie decisioni con l'infermiere che garantisce la sicurezza ma anche consentendogli di assumere dei rischi per la responsabilizzazione (Trenoweth, 2016). È molto importante la collaborazione tra i professionisti (infermieri, promotori della salute e i vari servizi), sia tra di loro che con la rete sociale attorno al paziente, quindi i membri famigliari e amici (Trenoweth, 2016). La relazione terapeutica è uno dei temi centrali nel processo di recovery, l'approccio ha inizio dalla persona stessa e non dalla diagnosi o dalla malattia (Trenoweth, 2016). Il recovery non è solamente la risoluzione dei sintomi, ma è anche e soprattutto la ridefinizione degli obiettivi di vita del paziente e il poter dargli nuovamente sogni e speranze (Trenoweth, 2016).

Dato che il recovery è un insieme di concetti che hanno lo scopo di portare la persona ad uno stato di autonomia e di funzionamento lavorativo, è di rilevante importanza che la persona affetta da schizofrenia possa seguirne il processo (Warner, 2009). Una gran parte di persone con questo disturbo mentale, ha un buon recupero a livello sociale se intraprendono un percorso di recovery mentre un'altra parte di persone ha una remissione completa sempre seguendo questo processo (Warner, 2009). Per intraprendere un percorso di recovery, dev'esserci la possibilità per il paziente di intraprendere delle attività socio-lavorative (perciò non sono a livello lavorativo ma anche sociale e di condivisione), in modo che si possano creare e vivere delle relazioni interpersonali che sono significative emotivamente tra utenti e curanti (Bruschetta, Frasca, & Barone, 2016). Questo porterebbe ad una costruzione di una rete sociale e di conseguenza ad una miglior qualità di vita del paziente e ad un'esistenza propria percepita come gratificante e soddisfacente tramite la cura, il sostegno e la condivisione (Bruschetta et al., 2016). L'attività teatrale essendo un'attività di socializzazione e di condivisione, potrebbe essere un tassello importante nel percorso che porta ad intraprendere il recovery.

### **3.4 Le attività teatrali**

L'arte-terapia si è mostrata molto utile nella gestione dell'ansia, dell'agitazione, dell'apatia, dell'isolamento sociale e migliora l'umore, le capacità e le qualità sensoriali (Volpe et al., 2016). Questo approccio utilizza il teatro come metodo terapeutico nella salute mentale con lo scopo di incrementare la crescita personale e di comunicazione delle emozioni (Volpe et al., 2016). Si è mostrato molto efficace per educare alla percezione, migliorare il rapporto con se stessi e con gli altri facendo emergere le risorse e le potenzialità degli utenti (Volpe et al., 2016). In generale il teatro come terapia occupa differenti campi di applicazione includendo la prevenzione primaria e la prevenzione secondaria del disagio che la psicopatologia potrebbe far scaturire, la riabilitazione delle abilità psicofisiche e favorisce la crescita del benessere sia del singolo che del gruppo promuovendo la comunicazione e le relazioni sociali (Volpe et al., 2016).

#### **3.4.1 Lo psicodramma**

Lo psicodramma deve le sue origini a Jacob Levi Moreno (1889-1974) (Salvo Pitruzzella, 2004). Negli anni lo psicodramma classico ha lasciato il posto a quello analitico e



soprattutto applicato al gruppo (Pani & Miglietta, 2007). Questa tecnica ed in generale le terapie teatrali non vanno confuse tra realtà e recitazione prendendo per reale ciò che accade, ma trasmettono delle sequenze mentali potenziando la dimensione affettiva di quel momento (Pani & Miglietta, 2007). Lo psicodramma e la psicoanalisi vengono spesso confusi per sinonimi ma non hanno assolutamente lo stesso significato e soprattutto la stessa modalità; a differenza della psicoanalisi, lo psicodramma non scinde il pre-conscio, il conscio e il sub-conscio (Pani & Miglietta, 2007). Nel gruppo ognuno viene stimolato ad esternare e a condividere i propri vissuti attraverso la messa in scena di scene significative (Pani & Miglietta, 2007). In una seduta solitamente sono presenti il protagonista, il conduttore, gli ausiliari e l'uditorio, e inizia con una fase di riscaldamento, poi si evidenzia un vissuto del singolo che viene interpretato dai presenti a seconda delle necessità e il singolo rivive l'accaduto in parte (Pani & Miglietta, 2007). Alla fine della seduta tutti sono tenuti a condividere le proprie sensazioni e gli accaduti, con la condizione principale della spontaneità (Pani & Miglietta, 2007). Il ruolo nello psicodramma è il pilastro principale e ha due facce; una è statica, rigida e non offre possibilità di cambiamento, mentre l'altra è flessibile, adattabile e ha la capacità trasformare il contesto oltre che ad essere considerata una risorsa per la persona (Salvo Pitruzzella, 2004). Per far in modo che si attivi la funzione di trasformabilità, è necessario che sia presente la creatività e la spontaneità (Salvo Pitruzzella, 2004). Con la rappresentazione scenica dei momenti vissuti ritenuti difficili e che hanno generato conflitti irrisolti, l'attore vive un'esperienza di un forte flusso emotivo che gli permette di vivere ed esprimere le emozioni relative a quei momenti e che son state represses con il tempo (Salvo Pitruzzella, 2004). Lo psicodramma è composto da tre fasi principali:

- Riscaldamento: in questa prima fase viene attivata la spontaneità. Qui avvengono due azioni; l'emergere del protagonista dell'attività e la proposta e scelta del materiale (utilizzato in seguito nella parte centrale) da parte di esso.
- Gioco psicodrammatico: è la fase in cui avvengono i cambi dei ruoli, alcune variazioni, gli approfondimenti di alcune tematiche da parte della regia. Ci sono due funzioni; una di guida e l'altra di terapia.
- Condivisione: È la fase conclusiva in cui tutti i partecipanti condividono il proprio vissuto emotivo rispetto all'attività svolta e le riflessioni che traggono da essa. In alcuni modelli di psicodramma, la conclusione viene eseguita da una persona che ha il ruolo di osservatore (solitamente è un altro terapeuta), che analizza le tematiche e gli elementi emersi durante l'attività e li collega alle problematiche dei partecipanti (Salvo Pitruzzella, 2004).

Il paziente schizofrenico ha difficoltà a collocarsi in un tempo presente ma tende a proiettarsi verso il futuro quindi verso l'ignoto provando stati di angoscia e ansiosi (Catalfo, 2014). A questo proposito, lo psicodramma può essere d'aiuto in quanto dà un tempo e un luogo strutturato esplorando la realtà in cui la persona ha la possibilità di esprimersi e sperimentare (Giusti & Passalacqua, 2008a).

Nel libro "Psychodrama: Advances in Theory and Practice", viene spiegato come il concetto di "role playing" sia molto utile negli utenti schizofrenici in quanto è una tecnica in cui il paziente interpreta un'altra persona, così facendo e con l'aiuto del terapeuta, lo si porta alla consapevolezza che è solo una recita ed è finzione (Baim, Burmeister, & Maciel, 2007). In questo modo l'individuo acquisisce la capacità di distinguere la realtà dalla finzione (Baim et al., 2007). Altri obiettivi dello psicodramma sono favorire la socializzazione e il miglioramento della comunicazioni tra soggetti utilizzando i movimenti corporali e le espressioni (Baim et al., 2007). Spesso le persone schizofreniche hanno difficoltà nell'esprimere e controllare le emozioni, in particolar modo necessitano di aiuto

per il controllo della rabbia e degli stati ansio-geni legati alle relazioni con altre persone (Baim et al., 2007). Per queste difficoltà lo psicodramma è utile, in quanto aiuta i pazienti a sviluppare una maggiore comunicazione, ad implementare le abilità di autogestione nella vita quotidiana e a sviluppare una percezione più reale e veritiera del mondo che ci circonda (Baim et al., 2007). È d'aiuto per accrescere le abilità di presa di decisioni, di espressione delle emozioni e aumenta la motivazione personale (Baim et al., 2007). Inoltre, è di sostegno alla persona nel porsi degli obiettivi di vita e nello sviluppo di relazioni interpersonali (Baim et al., 2007). È fondamentale che la partecipazione alle sessioni di teatroterapia siano su base volontaria e non su costrizione perché altrimenti non si otterrebbe nulla di concreto e il paziente non si sentirebbe libero di esprimersi ed esprimere le proprie emozioni (Volpe et al., 2016).

### 3.4.2 Dramatherapy

Il nome drammaterapia fa riferimento all'atto di drammatizzare, ovvero mettere in azione dei vissuti, in modo da rendere maggiormente consapevoli le persone che hanno vissuto in prima persona quei momenti (Caputi et al., 2012). È una terapia espressiva che viene svolta anche essa in gruppo e che favorisce la possibilità di identificazione e di sostegno reciproco per incrementare le capacità di adattamento (Sandro Pitruzzella, 2003). Questo termine sta a significare l'espressività massima di ogni individuo, mentre un tempo si riferiva al nascondere la persona e nascondere l'identità (Sandro Pitruzzella, 2003). Oggi questo metodo serve a superare le maschere cosiddette sociali intese come il lavoro, il ruolo nella società, il genere e lo statuto della persona e se l'individuo perde la maschera o se avviene un'alterazione, perde la propria identità sfociando anche in problemi gravi (Sandro Pitruzzella, 2003). La drammaterapia punta a superare queste barriere, queste soglie imposte dalle maschere sociali incrementando la capacità di aprire nuovi orizzonti e la percezione verso sé stessi, gli altri e verso il mondo per implementare le relazioni interpersonali (Sandro Pitruzzella, 2003). È molto efficace in quanto permette di rivivere eventi del passato e rielaborarli dall'esterno, percependo maggiormente le emozioni coinvolte in questi vissuti (Caputi et al., 2012). Questa tecnica viene spesso utilizzata per gli effetti con beneficio per quanto riguarda la presa di coscienza di sé stessi, delle proprie emozioni e sentimenti, ed incrementa la capacità di motivare i comportamenti dando dei ruoli differenti agli utenti, ciò aiuta anche a creare un confronto con il mondo esterno e il mondo interiore del paziente (Volpe et al., 2016). Questa disciplina ha l'obiettivo principale di favorire un processo terapeutico teatrale tramite degli aspetti curativi del dramma con una metodologia che comprende lavoro e gioco, facilitando così aspetti come la creatività, l'immaginazione, l'apprendimento e la crescita personale (Bourne, Andersen-Warren, & Hackett, 2018). Tutto questo è possibile solo grazie ad un setting, un gruppo e un ambiente adeguato che garantiscano la privacy e la sicurezza, così anche da implementare l'espressione emotiva (Volpe et al., 2016). La drammaterapia ha degli obiettivi specifici da raggiungere, tra cui la promozione dell'effetto terapeutico dell'arte teatrale ponendo l'attenzione sugli aspetti sani della persona, lo sviluppo della creatività drammatica incoraggiando l'intuizione, la metafora, l'immaginazione, esercitare le competenze sociali e relazionali attraverso la drammatizzazione, lo stimolo della comunicazione attraverso voce e dramma e la facilitazione dell'elaborazione di istanze problematiche attraverso la distanza drammatica (Volpe et al., 2016). A differenza della terapia e medicina tradizionale, la terapia tramite il teatro e in particolare la drammaterapia garantisce una continuità terapeutica di scambi continui e di rapporti con altre persone, la creatività e l'espressività tramite il corpo sono fondamentali perché

offrono uno sguardo globale del paziente (Volpe et al., 2016). La messa in pratica della drammaterapia è composta da più aspetti di tipo psicologico, formativo, educativo e di apprendimento in quanto permette di incrementare la formazione della propria personalità, l'apprendimento delle regole e dei doveri e l'integrazione e l'interazione di più parti di sé (Volpe et al., 2016). Questa attività sviluppa ulteriormente la mente delle persone partecipanti ad incrementare le diverse funzioni psichiche come l'immaginazione, la creatività, la capacità di distinguere il reale dall'immaginario, aumenta la capacità di confronto e di comunicazione con gli altri e il riconoscimento delle proprie emozioni riguardanti alcuni vissuti, inoltre stimola la gestione della responsabilità tramite il ruolo che il paziente assume (Volpe et al., 2016). Questo tipo di terapia si avvale in parte del metodo di improvvisazione e il linguaggio non verbale lavorando molto con il corpo, anche per esercitare l'abilità dell'espressione corporea poiché in questo argomento la dimensione corporea strutturata con lo sguardo, l'uso del corpo e della voce e l'ascolto valorizzano il concetto di elaborazione e di riconoscimento (Volpe et al., 2016). Per avere un lavoro completo e strutturato si combinano le due comunicazioni, verbale e non verbale, per rafforzare la capacità espressiva e il riconoscimento delle emozioni, che nelle psicopatologie è un elemento fondamentale (Volpe et al., 2016). Questo tipo di terapia pone molta attenzione alla questione al tempo e allo spazio soprattutto in modo soggettivo e condiviso per creare un rapporto di fiducia e di accettazione di sé stessi e dell'altro con l'obiettivo di inglobare un vissuto relazionale sincero e gratificante con gli altri (Volpe et al., 2016). È fondamentale specificare che per iniziare un percorso terapeutico teatrale il paziente non deve essere particolarmente sofferente e in piena crisi psicotica, deve avere una struttura identitaria abbastanza solida durante la teatroterapia in modo da poter assumere ruoli diversi dalla propria personalità senza che essi scatenino un'eccessiva sofferenza e un'ulteriore scissione del sé (Volpe et al., 2016). Ci sono degli obiettivi comuni in tutte le teatroterapie che mirano al miglioramento delle capacità creative, la presa di coscienza della propria identità psicofisica, una miglior gestione delle proprie emozioni e un incremento della propria autostima, mentre gli obiettivi più specifici mirano di più alla differenziazione tra lo spazio mentale, lo spazio scenico e lo spazio reale esistenziale per focalizzarsi in seguito sull'integrazione di parti di sé attraverso la comunicazione verbale e quella non verbale con la voce e il corpo (Volpe et al., 2016). Il dramma di per sé è considerata la forma più dominante di comunicazione ed interattività, offrendo quindi ai pazienti che hanno particolari problematiche con l'approccio della terapia d'ascolto un approccio alternativo. (Bourne et al., 2018).

### 3.4.3 Playback theatre

Il Playback Theatre è una delle tante forme di teatro terapia e a differenza del drammaterapia si basa su una forma di improvvisazione teatrale dove ci sono più individui che costituiscono un gruppo sociale per raccogliere eventi e racconti reali della propria esistenza (Volpe et al., 2016). È stato ideato da Jonathan Fox nel 1994 ispirato per certi versi dalla concezione di teatro di Jacob Levi Moreno con il teatro della spontaneità chiamato drammaterapia, l'unica differenza è che il playback theatre o teatro d'improvvisazione è basato sulla recitazione sul momento, le scene vengono recitate all'istante in base ai vissuti raccontati dagli spettatori (Dotti, 2002). In questa forma teatrale il rispetto verso gli altri è vitale perché permette di sentirsi liberi nella recitazione (Dotti, 2002). Questi racconti narrati vengono poi rappresentati da altre persone per incrementare una collaborazione e una sinergia tra gli attori e i narranti (Volpe et al., 2016). Uno degli scopi del playback theatre è quello di far sentire il paziente

maggiormente accolto, così come i suoi racconti creando un contatto autentico con le figure esterne (Giusti & Passalacqua, 2008). La terapia del playback theatre garantisce la sicurezza del senso di sé nel mondo di identità nel mondo in quanto l'utente vede i propri racconti e vissuti dall'esterno ed elaborati da altre persone poiché riduce il senso di solitudine nelle proprie esperienze (Rowe, 2007). Obiettivamente il playback theatre racconta un momento particolare di un individuo ricreato in modo artistico ed interpretato da altre persone in modo da osservare i propri vissuti dall'esterno ed acquisire maggior consapevolezza alle emozioni scaturite dai vissuti e per garantire l'esistenza nel mondo (Rowe, 2007). In questo tipo di terapia emerge in modo importante il concetto di spontaneità; la messa in scena di racconti vissuti da altre persone è parte integrante del concetto della spontaneità per coltivare la creatività nel recitare ruoli non propri (Giusti & Passalacqua, 2008). La spontaneità è caratterizzata principalmente da quattro elementi costituiti da aspetti interni di consapevolezza e da aspetti esterni relazionali; il primo è la vitalità costituita dalla sensazione di sentirsi nel mondo e in vigore come aspetto interno ed essere percepiti come persone attive e piene di energia per l'aspetto esterno (Giusti & Passalacqua, 2008). Il secondo elemento è l'appropriatezza percepita come una sensazione di sentire le proprie azioni adeguate al contesto e al momento, creando un'armonia nella relazione, il terzo elemento invece è l'intuizione intesa come capacità di interagire con il mondo in modo spontaneo senza un'elaborazione del pensiero a precedere, ciò richiede una capacità di captare e percepire la comunicazione non verbale dell'altro (Giusti & Passalacqua, 2008). L'ultimo elemento è la disponibilità al cambiamento intesa come l'abilità nell'accettare ogni momento come viene e rispondere in modo adeguato (Giusti & Passalacqua, 2008). La spontaneità garantisce una flessibilità nei ruoli rendendoli dinamici e fluttuanti garantendo una relazione ed una comunicazione efficaci con il mondo esterno (Giusti & Passalacqua, 2008). Essendo la schizofrenia una psicopatologia che porta all'isolamento sociale e all'appiattimento emotivo, in generale le terapie teatrali stimolano le emozioni e le relazioni sociali al fine di incentivare un ritorno alla quotidianità (Giusti & Passalacqua, 2008).

## **4. Foreground**

### **4.1 Scelta della metodologia**

Per questo lavoro di bachelor ho deciso di utilizzare il modello della una revisione della letteratura. Ho optato per questa metodologia per approfondire di più un tema complesso e delicato come può essere quello di una malattia psichiatrica. In questo modo ho la possibilità di ampliare le mie competenze teoriche su questo argomento che precedentemente ho trattato solo in superficie per un breve periodo di tirocinio. Inoltre, essendo stata poco tempo con persone affette da schizofrenia ed avendo svolto il tirocinio in salute mentale all'estero, risultava complesso riuscire a raccogliere tutti i dati sul campo e seguire queste persone per un periodo di tempo prolungato. Oltre a ciò, dove ho lavorato esiste un programma in cui tutte le persone possono svolgere delle attività di svago e/o lavorative, perciò il confronto sarebbe stato minimo.

### **4.2 Domanda di ricerca**

Per formulare la domanda di ricerca, ci sono alcuni passaggi da fare. Io ho seguito il metodo per cui bisogna prima specificare l'argomento, poi identificare il problema legato al tema scelto (con fonti scientifiche) ed infine porre il quesito (Polit & Tatano Beck, 2014). Quindi nel mio caso è:

- **Tema:** l'attività teatrale nel paziente schizofrenico
- **Problematica:** Le persone affette da schizofrenica hanno difficoltà ad esprimere le emozioni e a controllarle (in special modo la rabbia) (Baim et al., 2007). Ci sono degli stati ansiogeni e di angoscia che necessitano dell'aiuto di un terapeuta per essere gestiti (Baim et al., 2007).
- **Quesito:** In che modo un'attività di tipo teatrale porta ad un maggior controllo ed espressione delle emozioni, ad un aumento della percezione della realtà circostante e ad un aumento delle relazioni sociali?

Dopo aver formulato la domanda, ho strutturato il modello PICO, ossia:

- P: paziente/popolazione
- I: intervento
- C: comparazione
- O: outcomes

Perciò:

- **P:** paziente schizofrenico
- **I:** attività teatrale
- **C:** -
- **O:** maggior controllo ed espressione delle emozioni, aumentata percezione della realtà, aumento delle interazioni sociali,

### 4.3 Obiettivi del lavoro di bachelor

- Conoscere e comprendere i vari aspetti che caratterizzano la schizofrenia
- Individuare e comprendere gli effetti che un'attività teatrale può avere nella vita di un paziente schizofrenico
- Individuare il ruolo infermieristico nella presa a carico di un paziente schizofrenico che frequenta un'attività di tipo teatrale
- Ampliare le conoscenze nell'ambito di ricerca tramite una revisione della letteratura

### 4.4 Tipologia del metodo utilizzato

La revisione della letteratura è un metodo in cui si fa una sintesi scritta delle informazioni tratte da evidenze scientifiche su un problema di ricerca (Polit & Tatano Beck, 2014). Una revisione è composta da più parti, si inizia con la formulazione di un quesito, poi bisogna raccogliere informazioni tramite la ricerca delle evidenze nelle banche dati (Polit & Tatano Beck, 2014). In seguito si analizzano e interpretano le informazioni raccolte ed infine di riassumono i risultati trovati (Polit & Tatano Beck, 2014). Nel caso in cui si utilizzino delle banche dati elettroniche, è consigliabile prima trovare una parola chiave, quindi una parola che racchiude i concetti chiave del quesito posto in precedenza, che permetta di avviare la ricerca (Polit & Tatano Beck, 2014).

Esistono due tipologie di revisioni:

1. **Fonti primarie:** ossia le informazioni vengono tratte dagli studi scritti dai ricercatori che hanno condotto gli studi (Polit & Tatano Beck, 2014).
2. **Fonti secondarie:** le descrizioni degli studi elaborati da persone che non sono i ricercatori e gli autori degli studi (Polit & Tatano Beck, 2014).

La revisione della letteratura è quindi una fonte secondaria che si basa su fonti primarie (Polit & Tatano Beck, 2014).

Per la ricerca degli articoli scientifici ho utilizzato PubMed e UpToDate come banche dati elettroniche inserendo come parole chiavi: *schizophrenia, psychodrama, dramatherapy, playbacktheater, activities, advantages, consequences*, utilizzando come operatore booleano (congiunzioni che permettono di ampliare o restringere la ricerca (Polit & Tatano Beck, 2014)) "AND", quindi la congiunzione che limita la ricerca ad articoli che contengono entrambe le *keywords* inserite come parole di testo (Polit & Tatano Beck, 2014). Oltre alla banca dati ho utilizzato fonti bibliografiche cartacee e il sito ufficiale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Per effettuare questa revisione di letteratura mi sono basata su studi scientifici utilizzando come range di data di pubblicazione 2000-2019 e accettando come campione persone dai 15 anni fino all'età adulta ma con diagnosi conclamata. Essendo una patologia che interessa tutte le classi sociali e non è prevalente in un'etnia specifica, ho preso in considerazione tutta la popolazione mondiale.

## 5. Risultati

### 5.1 Descrizione degli articoli

Per realizzare questa revisione di letteratura sono stati analizzati sei studi scientifici eseguiti in varie parti del mondo (Cina, Inghilterra, USA, Russia e Regno Unito) di cui due primari e quattro secondari. Il campione utilizzato non racchiudeva solamente la schizofrenia nello specifico ma ci sono due studi secondari che hanno analizzato persone con diversi disturbi mentali tra i quali la schizofrenia. Il campione utilizzato sono persone tra i 15 e i 69 anni, tranne per l'ultimo articolo che non è stata specificata l'età delle persone presente all'interno di quella revisione della letteratura.

1.

Il primo studio che ho analizzato è stato tratto dalla rivista "Journal of Qilu Nursing", condotto nel 2010 dagli autori Hu Li-hong, Li Jiao, Shi De-ju ed è intitolato "Effect of psychodrama therapy on the social function of patients with schizophrenia" ossia l'effetto della psicodramma terapia sulle funzioni sociali dei pazienti con schizofrenia, è uno studio primario di tipo *randomized control trial* eseguito nell'ospedale Dofgang People's Hospital (Cina).

#### *Campione*

È stato utilizzato un campione di 86 persone adulte affette da schizofrenia che sono state divise casualmente in due gruppi; 44 persone erano il gruppo di trattamento mentre le altre 42 erano il gruppo di controllo («Effect of psychodrama therapy on the social function of patients with schizophrenia» «Journal of Qilu Nursing» 2010年19期», s.d.).

#### *Obiettivo*

L'obiettivo di questo studio era di comprendere l'effetto terapeutico che lo psicodramma potrebbe avere su un miglioramento delle funzioni sociali dei pazienti schizofrenici («Effect of psychodrama therapy on the social function of patients with schizophrenia» «Journal of Qilu Nursing» 2010年19期», s.d.).

#### *Risultati*

Dai risultati si è notato che il gruppo che ha ricevuto il trattamento con lo psicodramma, ha avuto un miglioramento nelle funzioni sociali («Effect of psychodrama therapy on the

social function of patients with schizophrenia” 《Journal of Qilu Nursing》 2010年19期», s.d.).

2.

Il secondo studio analizzato è stato pubblicato nel 2018 dalla rivista “The Arts in Psychotherapy” ed è intitolato “A systematic review to investigate dramatherapy group work with working age adults who have a mental health problem” ovvero un esame sistematico per analizzare il gruppo di lavoro sulla dramma-terapia condotto tra il 1999 ed il 2015 nel Regno Unito in varie comunità e cliniche con le persone che soffrono di disturbo della personalità borderline, disturbi d’apprendimento, schizofrenia, pazienti con istinti suicidi che han tentato di togliersi la vita, disordine dello stress post traumatico, uso di sostanze illecite ed infine pazienti che han manifestato comportamenti aggressivi (Bourne et al., 2018). È uno studio secondario che racchiude 11 studi primari condotti su diversi disturbi mentali (tra cui la schizofrenia), gli autori di questo articolo sono Jane L. Bourne, Madeline Anderson-Warren e Simon Hackett (Bourne et al., 2018).

### *Campione*

Il campione di persone utilizzato per questo studio sono adulti in età lavorativa tra i 18 e 65 anni, con problemi di salute mentale che frequentano dramma-terapia di gruppo, quindi facilitati e supervisionati da un drammaterapista (Bourne et al., 2018).

### *Obiettivo*

L’obiettivo di questa ricerca, dunque è quella di identificare le tematiche che emergono tra gli studi sistematicamente raggruppati in modo da comprendere i processi di gruppo nella dramma-terapia, i benefici di questa forma di terapia, così come ogni complicazione identificata dalla ricerca (Bourne et al., 2018).

### *Risultati*

Nell’insieme su questi studi condotti, son stati evidenziati i benefici che ha avuto la dramma-terapia in quanto ha migliorato la capacità comunicativa, di socializzazione ed interazione dei pazienti, oltre ad un apprezzabile miglioramento della condizione di salute mentale. (Bourne et al., 2018).

### *Limiti*

Anche se son stati usati metodi limitativi negli studi a causa di debolezze nella progettazione, l’area di ricerca ha restituito un feedback positivo (Bourne et al., 2018). C’è bisogno tuttavia in questo campo di ulteriori esplorazioni e ricerche nella drammaterapia come intervento psicosociale (Bourne et al., 2018). Questa ricerca ha posto le basi, poiché ha dato prove certe a sostegno della tesi che la drammaterapia è un approccio valido a causa dei suoi benefici clinici, magari estendendo il range di pazienti tra diverse situazioni, ma con metodologie più robuste (Bourne et al., 2018).

3.

Il terzo studio utilizzato si tratta di uno studio primario eseguito in Philadelphia, è stato pubblicato nel 2019 dalla rivista “Early intervention in psychiatry”, condotto dagli autori Sunny X. Tang, Kevin H. Seelaus, Tyler M. Moore, Jerome Taylor, Carol Moog, David O’Connor, Marla Burkholder, Christian G. Kohler, Paul M. Grant, Dvora Eliash, Monica E. Calkins, Raquel E. Gur, Ruben C. Gur., è intitolato “Theatre improvisation training to promote social cognition: A novel recovery-oriented intervention for youths at clinical risk for psychosis” ossia corso di improvvisazione teatrale per promuovere la cognizione sociale: un nuovo intervento orientato al recupero dei giovani a rischio clinico per la psicosi (Tang et al., 2019).

### *Campione*

I partecipanti a questo studio sono 36 pazienti giovani tra i 14 e i 25 anni identificati come RC (rischio clinico) per lo sviluppo di una psicosi (categoria di disturbi mentali in cui rientra la schizofrenia) (Tang et al., 2019). Questo gruppo è stato poi suddiviso in due ulteriori classi; persone maggiorenni (dai 18 anni compiuti) e persone minorenni (età inferiore ai 18 anni) (Tang et al., 2019).

### *Obiettivo*

L'obiettivo di questo studio è valutare l'efficacia e la fattibilità della metodologia TIPS (Theatre Improvisation Training to Promote Social Cognition, ovvero un approccio basato sulla dramma terapia) nei pazienti a rischio clinico (Tang et al., 2019).

### *Risultati*

Questo trattamento totalmente nuovo per i giovani con RC attuato da personale non clinico fuori dal contesto sanitario è stato ritenuto soddisfacente (Tang et al., 2019). La dramma terapia ha permesso di fornire uno schema idoneo per inglobare i meccanismi terapeutici come l'impegno, la normalizzazione, la diminuzione dello stigma su sé stessi e l'attivazione comportamentale (Tang et al., 2019). Tutto questo ha portato a sviluppare delle competenze relative alla resilienza, al *problem solving* e allo sviluppo delle relazioni interpersonali (Tang et al., 2019).

### *Limiti*

Un limite emerso in questo studio è il confronto basato su un numero molto limitato di persone e l'assenza di gruppi di controllo disponibili, perciò le conclusioni sarebbero premature non essendoci il paragone (Tang et al., 2019). Il campione molto ristretto ha rappresentato un'ulteriore limitazione in quanto non ha permesso l'esaminazione delle differenze tra gli individui che hanno ricevuto o meno trattamenti di tipo psichiatrico/psicologico per altri motivi di salute mentale differenti dalla psicosi (Tang et al., 2019). Non è nemmeno stato possibile valutare le differenze che potrebbe portare questo trattamento nel rischio familiare di psicosi, sempre dovuto al range di pazienti ristretto (Tang et al., 2019).

4.

Un ulteriore studio esaminato è uno studio secondario eseguito da Lambros Yotis intitolato "A review of dramatherapy research in schizophrenia: methodologies and outcomes", ovvero Una rassegna della ricerca sulla dramma-terapia nella schizofrenia: metodologie e risultati

che ha raggruppato vari studi scientifici eseguiti tra il 1966 e il 2003 ed è stato pubblicato nel 2007 per conto della rivista "Psychotherapy Research" (Yotis, 2006). I paesi presi in considerazione in cui sono state svolte queste indagini sono Russia, USA e Canada e son state revisionate ricerche quantitative e qualitative (Yotis, 2006).

### *Campione*

All'interno dell'articolo non viene specificata una particolare fascia d'età. Sembra inteso si tratti di persone adulte con diagnosi di schizofrenia (Yotis, 2006). Viene comunque condotto uno studio anche su adolescenti schizofrenici, questo è infatti l'unico caso dove viene specificata la fascia d'età (Yotis, 2006).

### *Obiettivo*



L'obiettivo finale di questo studio è quello di analizzare e confrontare tutti i diversi studi conosciuti condotti su pazienti con schizofrenia, fornire un aiuto per un progresso futuro nell'applicazione della dramma-terapia come approccio terapeutico aggiuntivo per questo gruppo di pazienti (Yotis, 2006). Inoltre, trarre il punto della situazione e capire se ci sono benefici dimostrati grazie alla dramma-terapia (Yotis, 2006). Con questo studio ricercatori futuri possono capire le certezze, dimostrare le lacune non ancora risolte e le eventuali domande o approfondimenti che si creano e che nascono dai risultati scoperti (Yotis, 2006).

### *Risultati*

Da questo studio emerge che la dramma-terapia è uno strumento valido che porta beneficio nella riabilitazione e nella psicoterapia del paziente (Yotis, 2006). Alcune ricerche incluse in questa revisione hanno dimostrato un impatto positivo su allucinazioni e deliri, mentre altri studi all'interno di questo studio (la maggior parte) dimostrano un miglioramento dei sintomi negativi e della cronicità della malattia (Yotis, 2006)

### *Limiti*

Lo studio evidenzia come gran parte delle ricerche di dramma-terapia qualitativa o teatrale pubblicate vengano condotte principalmente su pazienti non psicotici, poiché di solito i pazienti con schizofrenia sono incontrati in ambienti clinici o riabilitativi e vengono di rado indirizzati ad interventi psicoterapeutici (Yotis, 2006). Gli studi di un dramma-terapista di solito vengono condotti dall'interno di una clinica come membro dello staff (Yotis, 2006). Le tesi migliori e quindi quelle che danno maggiori dimostrazioni della loro teoria sono infatti quelle condotte da persone che vivono il quotidiano dei pazienti (membri dello staff all'interno di una clinica) (Yotis, 2006). Tuttavia, alcuni studi si basano su un approccio qualitativo o tentano di applicare nuove strategie di ricerca che permettano di portare risultati anche dall'esterno di una struttura specifica (Yotis, 2006).

5.

Il quinto articolo esaminato riguarda uno studio eseguito da Galia S. Moran e Uri Alon tra il 2008 e il 2010, pubblicato nel 2011 dalla rivista "The Arts in Psychotherapy" ha come titolo "Playback theatre and recovery in mental health: Preliminary evidence", tradotto in riproduzione teatrale e recupero della salute mentale: prove preliminari (Moran & Alon, 2011). È stato eseguito negli USA, più precisamente al Center For Psychiatric Rehabilitation della Boston University ed è uno studio primario basato su analisi quantitative e qualitative (Moran & Alon, 2011).

### *Campione*

Il campione analizzato comprende 19 persone adulte (in totale erano 38 iscritte ai due corsi di playback theatre, ma solo 10 del primo gruppo e 9 del secondo gruppo hanno frequentato 2/3 dei corsi) tra i 25 e i 69 anni con diagnosi di disturbo da stress post traumatico, disturbo bipolare, depressione maggiore e schizofrenia (Moran & Alon, 2011)

### *Obiettivo*

L'obiettivo di questo studio è comprendere l'impatto che un corso di playback theatre della durata di 10 lezioni, potrebbe avere su persone con gravi malattie mentali in fase di recupero (Moran & Alon, 2011).

### *Risultati*

I risultati emersi da questa indagine mostrano come le persone che frequentano un corso di playback abbiano dei riscontri positivi a livello personale e interpersonale, col susseguirsi delle lezioni, le persone hanno iniziato a raccontare storie passate riuscendo ad elaborare e gestire le emozioni (Moran & Alon, 2011). Dalla tabella somministrata ai partecipanti (vedi allegato), si è notato che ci sono stati dei miglioramenti a livello di gestione emotiva, creatività, autostima, apertura verso gli altri e divertimento (Moran & Alon, 2011).

#### *Limiti*

In questo studio delle persone iscritte, solo la metà ha frequentato 2/3 dei corsi, ossia 38 persone si sono iscritte (20 nel primo corso e 18 nel secondo), ma solo 10 del primo e 9 del secondo hanno partecipato (Moran & Alon, 2011).

#### 6.

L'ultimo studio analizzato è di tipo secondario che revisiona vari studi effettuati nel campo della dramma-terapia applicata in soggetti con schizofrenia. È stato svolto nel 2012 da Jason D. Butler e pubblicato per conto della rivista "The Arts in Psychotherapy" (Butler, 2012). È intitolato "Playing with madness: Developmental Transformations and the treatment of schizophrenia", quindi giocando con la follia: trasformazione evolutiva e trattamento della schizofrenia (Butler, 2012).

#### *Campione*

Gli studi sono stati condotti su persone affette da schizofrenia, ma non viene specificata l'età (Butler, 2012).

#### *Obiettivo*

L'obiettivo di questa revisione è esplorare una possibile applicazione di una forma di dramma-terapia nei pazienti con diagnosi di schizofrenia (Butler, 2012)

#### *Risultati*

Da questa revisione emerge il fatto che la persona schizofrenia tramite la dramma-terapia di gruppo, riesce ad integrare un proprio senso di identità e diminuendo la confusione, questo porta poi ad un inserimento in un gruppo e alla stimolazione di relazioni interpersonali (Butler, 2012). Un altro tema affrontato è quello delle emozioni, che tramite le sessioni di dramma-terapia le persone hanno provato varie emozioni e sensazioni e se le son ricordati anche a terapia conclusa, questo suggerisce una miglior capacità di gestione delle emozioni nella vita reale (Butler, 2012). Bisogna fare attenzione al confine labile tra realtà e finzione in quanto per il paziente potrebbe essere molto difficile fare la differenza tra i due (Butler, 2012).

#### *Limiti*

Un limite esplicitato in questa revisione è che purtroppo sono pochi gli studi eseguiti sulle arti creative come trattamento per i sintomi positivi della schizofrenia, in quanto spesso si tende ad utilizzare una terapia farmacologica per sedare i comportamenti potenzialmente aggressivi (Butler, 2012).

## **5.2 Sintesi dei risultati**

### 1.

Nel primo studio analizzato, per valutarne i risultati sono state utilizzate le scale SSPS (Scale of Social Function in Psychosis Inpatients) e BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale. («Effect of psychodrama therapy on the social function of patients with schizophrenia» 《Journal of Qilu Nursing》 2010年19期», s.d.). Tramite l'analisi dei punteggi delle scale che valutano le funzioni sociali e lo stato psichico della persona, si è notato che attività come la mobilità, la comunicazione e le abilità nelle funzioni sociali risultano più sviluppati nel gruppo che ha frequentato l'attività psicodrammatica («Effect of psychodrama therapy on the social function of patients with schizophrenia» 《Journal of Qilu Nursing》 2010年19期», s.d.). In sintesi, utilizzando l'approccio psicodrammatico, si è notato che le persone che hanno usufruito di questo trattamento hanno avuto un miglioramento nelle funzioni sociali («Effect of psychodrama therapy on the social function of patients with schizophrenia» 《Journal of Qilu Nursing》 2010年19期», s.d.).

2.

Altri effetti positivi sono mostrati nello studio pubblicato nel 2018 dalla rivista "The Arts in Psychotherapy" (Bourne et al., 2018). Frequentare gruppi di dramma-terapia, può aiutare la persona ad implementare la propria autostima e la fiducia in sé stessi (Bourne et al., 2018). Lavorare in gruppo permette di creare un ambiente di supporto e una maggiore resilienza, di conseguenza si acquisisce una maggiore capacità nella gestione delle situazioni ritenute complesse (Bourne et al., 2018). Inoltre, la dramma-terapia rafforza le relazioni di amicizia, aumenta l'insight del paziente e la comunicazione (Bourne et al., 2018). Questa ricerca ha posto le basi, poiché ha dato prove certe a sostegno della tesi che la dramma-terapia è un approccio valido a causa dei suoi benefici clinici, magari estendendo il range di pazienti tra diverse situazioni, ma con metodologie più robuste (Bourne et al., 2018). In sintesi, per ogni disturbo mentale è stato usato un approccio di dramma-terapia specifico alla situazione, ossia:

- Sul gruppo di lavoro di dramma-terapia della comunità Dent-Brown and Wang che presenta un campione di 49 pazienti di cui 12 con un disturbo della personalità borderline si è usato un approccio di story-telling, cioè storie usate come metafore per la vita reale. Sono stati apprezzati cambiamenti, molti hanno scoperto alcuni lati di sé che non conoscevano, ma d'altro canto questo approccio può far sentire la gente in qualche modo "esposta", infatti i pazienti con il disturbo di personalità borderline trovano il role-playing alquanto ostico, ma quanto affermato ha bisogno di ulteriori ricerche.
- Su gruppi di lavoro che presentano un campione di persone con disturbi di salute mentale e difficoltà di apprendimento, si è usato un approccio di story-telling e story making con risultati soddisfacenti. I pazienti hanno presentato miglioramenti nella comunicazione e nelle abilità sociali, un decremento dei comportamenti anti-sociali e quindi una maggior cura nell'accettare regole e controllare i propri impulsi. I partecipanti hanno sviluppato nuovi modi di interazione sociale. Attraverso l'uso di giochi è stato compreso maggiormente il beneficio delle regole nella comunità.
- Sui gruppi di lavoro che comprendono disordini in genere e schizofrenia si è usato un approccio di self-awareness e comprensione di sé stessi e gli altri. Dopo gli incontri ci sono stati miglioramenti per quanto riguarda l'autocontrollo ed i rapporti con gli altri. I pazienti sono stati più efficienti nel capire cosa accadeva loro.
- Sul gruppo di lavoro con i pazienti con istinti suicidi, si è usato un approccio mirato a ricreare relazioni positive con gli altri e con sé stessi, che ha riportato un impatto positivo sulla loro salute mentale.
- Sul gruppo di lavoro con tossicodipendenti si è apprezzato una miglioria fino al 50% sul tasso di recupero dalla tossicodipendenza.

- Sul gruppo di lavoro con i pazienti con disturbo post traumatico da stress attraverso lo story-making, il feedback ricevuto dai pazienti ha evidenziato l'utilità di questi incontri di gruppo. Un posto dove rilassare la tensione ed osservare gli altri che han avuto simili esperienze, confrontando la propria resilienza con quella altrui.
- Sul gruppo di lavoro con pazienti che presentano schizofrenia e comportamenti aggressivi è stato usato un approccio volto a ricreare interazioni positive usando l'improvvisazione. Come risultato i pazienti son stati in grado di rivelare le loro informazioni personali sulla loro aggressività ed il loro comportamento violento.
- Un altro gruppo di lavoro con pazienti con problemi di salute mentale generici e con comportamenti aggressivi si è incentrato sull'incapacità dei pazienti di sentire rimorso ed attraverso il role-play, è stata offerta loro l'opportunità di provare empatia verso le loro vittime. I pazienti han ritenuto questa esperienza "potente", poiché immedesimandosi son riusciti a comprendere meglio la prospettiva altrui. (Bourne et al., 2018).

### 3.

Nel complesso questo tipo di trattamento è stato molto apprezzato dai partecipanti, hanno espresso il fatto che è stato utile e divertente mettersi in gioco ed uscire dalla propria *comfort zone*, imparare gli uni degli altri nuove nozioni, lavorare in squadra, accrescere la creatività ed attuare attività inerenti la recitazione (Tang et al., 2019). È stato molto utile nel ricredersi su alcune convinzioni prima negative su sé stessi come ad esempio il pensiero di non essere in grado di partecipare attivamente e con successo all'attività e di essere imbarazzanti per la società (Tang et al., 2019). Sono stati molto apprezzati la compagnia e le relazioni di amicizia nate durante questa attività, l'opportunità di apprendere nozioni sulla metodologia e il fatto di essere in uno spazio sicuro dove poter condividere ed elaborare le emozioni (Tang et al., 2019).

### 4.

La ricerca nella dramma-terapia evidenzia che questo intervento terapeutico fornisce un contributo benefico al trattamento psicologico globale e alla riabilitazione dei pazienti con schizofrenia (Yotis, 2006). Benché molti studiosi siano preoccupati dell'impatto che può avere l'aggiunta di stimoli extra ad una mente già disorganizzata, sostenendo che la dramma-terapia potrebbe causare episodi schizofrenici acuti per il rischio di confusione in eccesso che questo trattamento potrebbe causare ad un individuo, è stato a più riprese dimostrato l'effetto positivo dell'inclusione della dramma-terapia in un programma di riabilitazione (Yotis, 2006). La maggior parte dei ricercatori ha sviluppato i propri specifici strumenti di valutazione per raggiungere obiettivi sia terapeutici che di ricerca (Yotis, 2006). Alcuni ricercatori hanno esaminato l'impatto positivo su allucinazioni e deliri, mentre la maggioranza dei ricercatori ha evidenziato il miglioramento della sindrome "negativa" e residua dei pazienti (Yotis, 2006).

### 5.

I risultati emersi in questo studio che voleva sondare i benefici del playback theatre sulle persone con malattie mentali in fase di recovery, mostrano che i partecipanti hanno percepito divertimento e rilassamento, hanno aumentato la creatività, l'espressività delle emozioni e la spontaneità, sono riusciti ad uscire dal guscio e ad aprirsi con le altre persone, sanno stare in contatto con gli altri e con sé stessi, hanno imparato a gestire le emozioni di storie passate, hanno avuto la sensazione di sentirsi parte di un gruppo e hanno migliorato le competenze empatiche (Moran & Alon, 2011). Questo studio suggerisce dunque che il teatro di riproduzione è un approccio promettente per promuovere la ristabilizzazione delle persone con malattie mentali (Moran & Alon, 2011).

### 6.

Le persone affette da schizofrenia frequentando un corso di dramma-terapia, sviluppano un proprio senso di identità e vengono stimolati a creare rapporti interpersonali aiutandoli ad uscire dal guscio e ad aprirsi verso altre persone (Butler, 2012). Inoltre, riescono a gestire meglio le emozioni nella vita reale in quanto ricordano le sensazioni legate alle emozioni provate durante la sessione di dramma-terapia (Butler, 2012). Interpretando ruoli di finzione, il paziente riesce a proiettarsi nel futuro e a distinguere la vita reale dal non reale, è utile anche impersonare i propri deliri, in modo che il paziente riesca a capire che non fanno parte della vita reale (Butler, 2012). C'è la preoccupazione che il paziente possa fluttuare pericolosamente tra finzione e realtà, ma un altro studio all'interno di questa revisione indica che in realtà l'interpretazione di un ruolo di fantasia aiuta la persona riesce a distinguere realtà e finzione (Butler, 2012)

### 5.3 Discussione dei risultati

Uno studio pubblicato dalla rivista "Journal of Qilu Nursing" nel 2010, ha messo a confronto due gruppi di persone affette da schizofrenia, ad entrambi sono state applicate le cure infermieristiche quotidiane ma ad un gruppo è stata proposta l'attività di psicodramma («Effect of psychodrama therapy on the social function of patients with schizophrenia» 《Journal of Qilu Nursing》 2010年19期», s.d.). Nel secondo gruppo, quindi nelle persone frequentanti l'attività teatrale, sono stati registrati dei miglioramenti a livello della mobilità, della comunicazione e delle funzioni sociali («Effect of psychodrama therapy on the social function of patients with schizophrenia» 《Journal of Qilu Nursing》 2010年19期», s.d.). Non solo lo psicodramma aiuta nella comunicazione con gli altri, ma anche la dramma-terapia e il playback theatre possono essere dei validi strumenti per rafforzare relazioni di amicizia (Tang et al., 2019), di condivisione (Bourne et al., 2018) e di rapporti interpersonali verso gli altri componenti del gruppo di terapia (Moran & Alon, 2011). Il paziente schizofrenico che ha difficoltà nel socializzare con altre persone, frequentando questi corsi teatrali sviluppa quindi una capacità di aprirsi con gli altri ma anche con se stesso, riuscendo ad uscire dalla propria routine (Butler, 2012). Ci sono autori che sostengono che queste tipologie di attività teatrali potrebbero causare danni ai pazienti schizofrenici in quanto stimoli extra ad una mente disorganizzata potrebbero portare più confusione (Yotis, 2006) e più difficoltà a distinguere la realtà dalla finzione (Butler, 2012). Tuttavia, è stato dimostrato che interpretare ruoli creati appositamente in quell'attività teatrale, aiuta il paziente a capire cosa è reale e cosa non lo è, quindi sviluppa un'aumentata percezione della realtà (Butler, 2012) e potrebbe avere dei benefici per quanto riguarda i deliri e le allucinazioni (Yotis, 2006). Un'altra tematica molto importante sono le emozioni e la gestione di esse, ci sono situazioni che il paziente prima di intraprendere il percorso di attività teatrale faticava a controllare e ad affrontare e dopo il trattamento è riuscito a far fronte ad esse (Bourne et al., 2018) e ad aprirsi con le altre persone con gli stessi problemi (Moran & Alon, 2011). Non solo situazioni pregresse, ma anche la paura di venir giudicati e l'autostima bassa erano difficili da gestire prima della frequentazione dell'attività, poi conoscendo altre persone, stando in un luogo sicuro dove poter condividere le sensazioni (Tang et al., 2019) ed acquisendo competenze empatiche (Moran & Alon, 2011), la persona è riuscita a credere di più in sé stessa, ad aver più coscienza di sé (Moran & Alon, 2011). Un maggior impegno, la normalizzazione e la diminuzione dello stigma verso sé stessi, sono altri risultati ottenuti attraverso l'applicazione di queste attività su pazienti schizofrenici (Tang et al., 2019) che portano poi anche ad uno sviluppo di una maggior creatività (Moran & Alon, 2011) e di autostima (Moran & Alon, 2011). Queste attività hanno un'importanza fondamentale nei pazienti in

fase di riabilitazione (Yotis, 2006), in quanto sono di sostegno alla persona che necessita di stabilità (Moran & Alon, 2011) e le permettono di rinforzare le competenze di *problem solving* e le competenze empatiche (Tang et al., 2019).

### 5.3. Tabella di estrazione dati

Titolo	Autori	Anno	Design	campione	Obiettivo	Risultati	Limiti
Effect of psychodrama therapy on the social function of patients with schizophrenia	Hu Li-hong  Li Jiao, Shi De-ju	2010	Studio primario, randomized control trial	86 persone adulte affette da schizofrenia	Comprendere l'effetto che lo psicodramma potrebbe fare nei pazienti schizofrenici	Gruppo che ha frequentato l'attività di psicodramma ha avuto miglioramenti nelle funzioni sociali	-
A systematic review to investigate dramatherapy group work with working age adults who have a mental health problem	Jane L. Bourne  Madeline Anderson-Warren  Simon Hackett	Publicato nel 2018 Condotto tra 1999-2015	Studio secondario	Adulti in età lavorativa tra i 18 e 65 anni, con problemi di salute mentale che frequentano drammatrapia di gruppo	Comprendere i processi di gruppo nella drammatrapia, i benefici di questa forma di terapia, così come ogni complicazione identificata dalla ricerca	Aumentata capacità comunicativa, di socializzazione ed interazione dei pazienti e un apprezzabile miglioramento della condizione di salute mentale	Debolezze nella progettazione dello studio
Theatre improvisation training to promote social	Sunny X. Tang, Kevin H. Seelaus, Tyler M.	2019	Studio secondario	36 pazienti giovani tra i 14 e i 25 anni identificati a	valutare l'efficacia e la fattibilità della metodologia	La dramma terapia ha permesso di fornire uno	Numero molto limitato di persone e l'assenza di

cognition: A novel recovery-oriented intervention for youths at clinical risk for psychosis	Moore, Jerome Taylor, Carol Moog, David O'Connor, Marla Burkholder, Christian G. Kohler, Paul M. Grant, Dvora Eliash, Monica E. Calkins, Raquel E. Gur, Ruben C. Gur			rischio clinico (RC) per lo sviluppo di una psicosi	TIPS (Theatre Improvisation Training to Promote Social Cognition, ovvero un approccio basato sulla dramma terapia) nei pazienti a rischio clinico	schema idoneo per inglobare i meccanismi terapeutici come l'impegno, la normalizzazione, la diminuzione dello stigma su sé stessi e l'attivazione comportamentale. Sviluppo delle competenze relative alla resilienza, al <i>problem solving</i> e allo sviluppo delle relazioni interpersonali	gruppi di controllo disponibili
A review of dramatherapy research in schizophrenia: methodologies and outcomes	Lambros Yotis	Pubblicato nel 2007, eseguito tra il 1966 e il 2003	Studio secondario	Persone adulte e adolescenti con diagnosi di schizofrenia	Analizzare e confrontare tutti i diversi studi conosciuti condotti su pazienti con schizofrenia, fornire un aiuto	Confermato un contributo benefico al trattamento psicologico globale e alla riabilitazione dei	Gran parte delle ricerche di drammatrapia qualitativa o teatrale pubblicate vengano



					per un progresso futuro nell'applicazione della drammaterapia come approccio terapeutico aggiuntivo. Capire se ci sono benefici dimostrati grazie alla drammaterapia	pazienti con schizofrenia. Alcuni ricercatori hanno esaminato l'impatto positivo su allucinazioni e deliri, mentre la maggioranza dei ricercatori ha evidenziato il miglioramento della sindrome "negativa" e residua dei pazienti.	condotte principalmente su pazienti non psicotici
Playback theatre and recovery in mental health: Preliminary evidence	Galia S. Moran Uri Alon	Eseguito tra il 2008 e il 2010, pubblicato nel 2011	Studio primario con analisi quantitative e qualitative	19 persone adulte frequentanti un corso di recovery sulla salute mentale	Comprendere l'impatto del playback theatre nella fase di recupero di persone con malattie mentali	Miglior gestione delle emozioni, aumento creatività e autostima, sentirsi parte di un gruppo, miglior coscienza di sé. Ristabilizzazione delle persone in fase di recovery.	Metà dei partecipanti iniziali ha partecipato a 2/3 dei corsi di playback theatre

						Aumento competenze empatiche. Maggior apertura verso gli altri	
Playing with madness: Developmental Transformations and the treatment of schizophrenia	Jason D. Butler	2012	Studio secondario	Persone affette da schizofrenia ma non viene precisata l'età	Esplorare la possibile applicazione di una forma di dramma-terapia in pazienti schizofrenici	Distinzione tra realtà e deliri/fantasia. Apertura verso sé stessi e verso gli altri. Maggiore capacità di gestione delle emozioni	Pochi studi in merito a questo tema in quanto si tende a dare terapia farmacologica quando è presente sintomatologia positiva per possibili comportamenti aggressivi del paziente

## 5.4 Limiti di ricerca

Ci sono alcuni limiti emersi negli studi scientifici analizzati, tra cui il fatto che non tutti i partecipanti coinvolti negli studi hanno partecipato fino alla fine delle analisi nonostante. Ad esempio nello studio *“Theatre improvisation training to promote social cognition: A novel recovery-oriented intervention for youths at clinical risk for psychosis”* solo il 72% delle persone hanno portato a termine le sedute di drammaterapia ed è stato riscontrato che il campione di pazienti che ha abbandonato non è stato influenzato da età, sesso e razza etnica (Tang et al., 2019). Anche nello studio *“Playback theatre and recovery in mental health: Preliminary evidence”* vien sottolineato il fatto che dei partecipanti inizialmente, solamente la metà ha frequentato i corsi di playback theatre (Moran & Alon, 2011). Di questo studio emerge anche un'altra difficoltà, ossia la limitazione del campione analizzato, suggerisce infatti di effettuare ulteriori studi e valutazioni sull'efficacia di questa tipologia di intervento su un campione di persone più vasto (Tang et al., 2019). Un altro limite di ricerca emerso nello studio *“A systematic review to investigate dramatherapy group work with working age adults who have a mental health problem”*, in cui viene specificato che sarebbe opportuno fare più ricerca nell'utilizzo della drammaterapia come terapia ed intervento psicosociale (Bourne et al., 2018). Inoltre, sempre per questo studio ci sono stati dei limiti della progettazione in quanto viene specificato che ci son state delle debolezze in essa e consigliano di estendere il range a varie persone con patologie diverse per avere dei risultati di largo spettro (Bourne et al., 2018). Ci sono dei limiti anche per quanto riguarda la sintomatologia della schizofrenia, ovvero che si tende a somministrare psicofarmaci con effetto sedativo quando il paziente ha sintomi positivi, perciò non si è potuto valutare l'applicazione della teatroterapia in pazienti schizofrenici con sintomi positivi (Butler, 2012). Molti articoli trovati sono stati svolti in più parti del mondo totalmente differenti fra di loro.

Un mio limite personale è stato il fatto di non conoscere approfonditamente gli autori e i luoghi in cui son stati svolti gli studi, in questo modo non mi è stato possibile (o solo in parte) riuscire a comprendere a fondo le implicazioni culturali e relative allo stile di vita del luogo di studio, perciò capire le problematiche e le eventuali influenze dettate dal paese in cui sono state fatte le analisi. Un altro limite riscontrato è il fatto di aver trovato, purtroppo, pochi studi scientifici eseguiti dal 2000 ad oggi inerenti a questa tematica. Sarebbe stato interessante vedere l'impatto delle attività teatrali nella realtà ticinese, ma nuovamente non ho trovato materiale recente sull'argomento.

## 5.5 Raccomandazioni per la ricerca futura

Per una ricerca futura, dopo l'esperienza fatta con una revisione della letteratura, proporrei di fare uno studio di caso sul campo in modo da poter valutare in prima persona il decorso dei pazienti nel periodo di tempo in cui si svolge l'attività teatrale.

Sarebbe interessante introdurre maggiormente questo tema nelle nostre istituzioni così da poter svolgere lo studio ma soprattutto sarebbe pertinente sensibilizzare maggiormente le persone riguardo a questi temi perché gli studi effettuati mostrano dei benefici non indifferenti. Oltre che a svolgere uno studio di caso sul campo proporrei anche di svolgere una ricerca sulle conoscenze delle persone riguardo a questo argomento per capire i limiti e le potenziali risorse.

## 6. conclusioni

### 6.1 Valutazione degli obiettivi e della domanda di ricerca

Dopo aver svolto questo lavoro di tesi, mi sono resa conto che il ruolo dell'infermiere ha molteplici declinazioni, soprattutto nell'ambito della salute mentale dove le terapie sono molto numerose e diverse tra di loro, sorprendendomi in maniera positiva. Avendo incentrato il mio dossier sulle terapie teatrali, mi ero prefissata degli obiettivi specifici secondari a questo tema e posso dire che mi sento soddisfatta in quanto ho la sensazione di averli raggiunti. Il primo obiettivo era conoscere e comprendere i vari aspetti che caratterizzano la schizofrenia; già in precedenza avevo manifestato l'interesse verso questa psicopatologia dalle mille sfaccettature ed approfondendo ulteriormente tramite diversi testi ho capito maggiormente cosa sia. Purtroppo c'è ancora lo stigma che la schizofrenia ed in generale le psicopatologie siano delle disgrazie senza soluzioni, mentre invece c'è un mondo attorno ad esse che merita di essere esplorato. Mi sento appagata dall'approfondimento eseguito.

Il secondo obiettivo era individuare e comprendere gli effetti che un'attività teatrale può avere nella vita di un paziente schizofrenico; ho con stupore constatato che la terapia teatrale è costituita da più forme di teatro ed ognuna di esse ha delle implicazioni diverse nella schizofrenia e soprattutto sugli effetti degli utenti che si prestano a seguire queste terapie. Ho compreso i diversi effetti positivi che la recitazione scatena negli utenti, soprattutto l'importanza nel far emergere le emozioni e i vissuti tramite il racconto e la messa in scena relazionandosi con altre persone. Se non avessi svolto questo lavoro incentrato sul tema del teatro non avrei mai immaginato quanto il vissuto elaborato da terze persone sia così importante per la riuscita dell'elaborazione. Mi ha molto colpito questo argomento e mi sento soddisfatta riguardo all'obiettivo.

Un terzo obiettivo prefissato era individuare il ruolo infermieristico nella presa a carico di un paziente schizofrenico che frequenta un'attività di tipo teatrale; devo ammettere che questo argomento è stato più difficile rispetto al resto in quanto nelle attività teatrali spesso ci si confronta con professionisti del settore o comunque con persone che hanno svolto delle formazioni extra per garantire un'efficacia ed efficienza in questo tipo di terapia. Ho fatto fatica a capire il ruolo che essenzialmente la figura dell'infermiere svolge all'interno di questo tema, l'elemento principale è senz'altro la continuità e quindi l'infermiere deve garantire la continuità della terapia teatrale ed essere sempre vigile sullo stato psicofisico del paziente, anche perché spesso è dato per scontato ma non sempre è così. Credevo fosse più semplice capire il ruolo infermieristico ma siccome le terapie teatrali sono molteplici, così come i risultati che si ottengono da essi, non è evidente capire cosa e come un infermiere debba agire in determinate circostanze.

L'ultimo obiettivo prefissato era incentrato più sulla parte pratica e quindi ampliare le conoscenze in ambito di ricerca tramite una revisione di letteratura; avendo incentrato il mio lavoro di bachelor con la metodologia di revisione di letteratura ho potuto incrementare le competenze tecniche di ricerca e di analisi, anche se è stato abbastanza faticoso ricercare articoli pertinenti alle terapie teatrali, molti articoli non sono propriamente incentrati sulle terapie teatrali ma sull'arte-terapia in generale che comprende anche la danzaterapia, la musicoterapia e la graficoterapia. Mi sono trovata

in difficoltà iniziale nel capire come bisognava affrontare una revisione della letteratura poiché le informazioni non mi erano ben chiare e l'analisi degli articoli è risultata altrettanto difficoltosa per via dei criteri di inclusioni, abbastanza diversi l'uno dall'altro e perciò capire come e cosa selezionare non è stato molto semplice. Riprendendo la domanda di ricerca invece, il tema individuato come l'attività teatrale nel paziente schizofrenico è stata molto interessante da ricercare e da approfondire perché è un argomento di cui si parla poco. Ho fatto sinceramente fatica a rispondere al quesito posto inizialmente dove mi chiedevo in che modo un'attività di tipo teatrale porta un maggior controllo ed espressione delle emozioni, un aumento della realtà circostante e un aumento delle relazioni sociali, poiché le problematiche derivanti dalla schizofrenia nelle persone sono molteplici e i criteri per iniziare una teatroterapia sono piuttosto esigenti. È stato comunque molto stimolante approfondire la problematica individuata come le difficoltà delle persone con diagnosi di schizofrenia nel gestire ed esprimere le emozioni in concomitanza con gli stati ansiogeni e di angoscia per cui necessitano l'aiuto di figure professioniste. È stato difficile inizialmente mettere in correlazione il tema, la problematica e il quesito ma alla fine sono discretamente soddisfatta dei risultati ricercati e trovati, in quanto mi ha permesso di capire l'importanza dell'attività teatrale nella schizofrenia per le emozioni e per la convivialità con gli altri, prendendo coscienza dei problemi che la psicopatologia porta.

## **6.2 Il ruolo dell'infermiere SUP in salute mentale**

Avendo intrapreso il percorso in cure infermieristiche presso la SUPSI, ho acquisito i ruoli SUP dell'infermiere che sono essenzialmente sette; ruolo di esperto in cure infermieristiche, ruolo di comunicatore, ruolo di membro di un gruppo di lavoro, ruolo di manager, ruolo di promotore della salute (health advocate), ruolo di apprendente ed insegnante, ruolo legato all'appartenenza professionale. Essendo la mia tesi legata prettamente al contesto della salute mentale, alcuni ruoli prendono più importanza di altri in termini di pratica; come ruolo di esperto in cure infermieristiche l'infermiere in salute mentale si impegna nell'erogare le cure necessarie al benessere soprattutto psichico del paziente valutando in seguito le azioni erogate al fine di garantire delle cure di massima qualità e di mantenimento della dignità umana, soprattutto nell'astenersi dai giudizi e dai pregiudizi. Il secondo ruolo, ovvero di comunicatore, in un contesto come la psichiatria è assolutamente fondamentale adottare la giusta comunicazione in tutti i suoi aspetti (tono di voce, le parole, i gesti, il non verbale, ecc.) per raggiungere una compliance da parte sia del paziente sia dell'entourage che sta attorno ad esso trasmettendo le informazioni in maniera mirata ed efficace con lo scopo di creare un'aderenza terapeutica e un rapporto di fiducia, fenomeno fondamentale nella psichiatria. Siccome nell'ambito psichiatrico l'interprofessionalità è molto importante in quanto garantisce una presa in carico globale del paziente, l'infermiere professionista deve garantire una partecipazione efficace ed efficiente in un team di lavoro condividendo con il resto dell'équipe il proprio operato per avere una continuità terapeutica. Il ruolo di manager declinato al tema del mio lavoro di tesi non è prettamente pertinente in modo diretto, potrebbe essere d'aiuto nell'ambito dell'organizzazione di terapie come la teatroterapia, argomento principale. Il ruolo di promotore della salute, chiamato anche health advocacy è centrale in un argomento come questo poiché la figura professionale dell'infermiere si impegna nel mettere a disposizione le proprie conoscenze teoriche e la propria esperienza con l'intento di promuovere la salute sia del singolo che della comunità e siccome alla salute

mentale viene spesso data meno importanza rispetto ai problemi più fisici, trovo che sia molto importante sensibilizzare sulla rilevanza nello svolgere prevenzione e soprattutto informazione, in modo da prevenire problemi in un contesto dove la conoscenza dei servizi è vitale. Il ruolo di apprendista ed insegnante è anche importante in psichiatria perché la figura dell'infermiere permette l'insegnamento e l'apprendimento continuo basato sulla pratica riflessiva con lo scopo di incrementare e mantenere una trasmissione e uno sviluppo sul proprio sapere basato sull'esperienza e in salute mentale e soprattutto in terapie alternative come la teatro terapia è molto importante trasmettere le proprie conoscenze a terzi per informare e formare. Per quanto riguarda l'ultimo ruolo, ovvero quello legato all'appartenenza professionale, l'infermiere si impegna nel mantenere la salute e la qualità di vita delle persone basandosi sempre sull'etica e mantenendo un rigore verso la propria salute.

### 6.3 Conclusioni personali

Questo lavoro finale di bachelor non è stato semplice da fare e da completare poiché la tematica finale non è stata facile da individuare quindi è stata messa in gioco la mia capacità di organizzazione delle tempistiche. La realizzazione del dossier è stata una crescita personale perché mi ha dato modo di riflettere sull'importanza dell'approfondimento e della curiosità per trattare a fondo ogni argomento. Avendo incontrato una forma di teatro terapia durante il tirocinio in psichiatria, la voglia di capire il nesso tra la salute mentale e il teatro era già metaforicamente nell'aria e ciò è stata un'ulteriore spinta ad immergermi nel mondo delle terapie comportamentali. Ancor prima di intraprendere il percorso di studi infermieristici, la mia idea di terapie alternative era già in parte sviluppata anche per delle esperienze vissute con amici e conoscenti e l'interesse verso questi temi mi appartiene in modo abbastanza deciso. Sono contenta di aver scelto questo argomento da trattare perché mi ha dato modo di capire la vera importanza della presa a carico del paziente in tutta la sua globalità, quindi in maniera bio-psico-socio-spirituale prendendo in considerazione tutti gli aspetti di vita che gli appartengono.

Spesso ci si focalizza sui sintomi della schizofrenia in correlazione con la farmacologia per attenuare le conseguenze immediate o comunque a breve termine, mentre molte volte sfugge il pensiero a lungo termine sia dei sintomi che dello stato d'animo del paziente e le attività teatrali invece danno molta importanza a questo lato poiché permettono al paziente di prendere coscienza di cosa sta accadendo. Questo mi ha molto colpita e l'ho trovato molto interessante in quanto permette di capire come ogni persona viva in maniera diversa e singolare i propri vissuti e che le emozioni e le sensazioni scaturite da essi non sono uguali per tutti e quindi il giudizio e il pregiudizio che spesso stanno alla base di incomprensioni siano futili in argomenti come questo.

Ho purtroppo constatato che le attività teatrali e in generale i trattamenti in cui vengono coinvolte le emozioni non sono ben conosciuti in generale soprattutto dalla popolazione esterna ai problemi della salute mentale ed è un peccato perché permettono un miglioramento continuo della gestione delle emozioni che spesso è difficile nelle persone con una diagnosi di schizofrenia. Sarebbe opportuno erogare maggiori informazioni e sensibilizzare la popolazione, ma soprattutto sarebbe molto importante informare sia il paziente che la rete sociale riguardo a queste terapie ed indirizzarli ad intraprendere questi percorsi perché potrebbero essere di grande aiuto.

È stata un'impresa un po' difficile questa realizzazione ma alla fine di tutto mi sento abbastanza soddisfatta del lavoro finale e spero che possa essere d'aiuto in un futuro

lavorativo. Da parte mia mi impegnerò sicuramente nel portare le conoscenze acquisite nella mia carriera lavorativa.

## 7. Ringraziamenti

*Ringrazio la mia direttrice di tesi Lara Pellizzari per avermi accompagnato nella realizzazione di questo lavoro finale.*

*Ringrazio i miei genitori e la mia famiglia per avermi insegnato a non arrendermi davanti alle difficoltà e di lavorare sodo per l'autorealizzazione.*

*Ringrazio mia sorella Alyssa, compagna di avventure e di sventure fin dalla nascita, per essermi sempre stata accanto nel periodo di studi ed in particolare nella realizzazione di questa tesi di bachelor e per avermi sempre spronata a migliorare.*

*Ringrazio tutta l'équipe di Trieste per avermi trasmesso la passione per l'affascinante mondo della salute mentale.*

*Ringrazio tutti i professionisti incontrati finora per avermi aiutato a costruire la mia identità professionale.*

## 8. Fonti bibliografiche

- allison.bradbury. (2019, gennaio 14). Recovery and Recovery Support [Text]. Recuperato 19 febbraio 2019, da <https://www.samhsa.gov/find-help/recovery>
- Baim, C., Burmeister, J., & Maciel, M. (2007). *Psychodrama: Advances in Theory and Practice*. Routledge.
- Biondi, M., & May, M. (2014). *Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali* (5 edizione). Milano: Raffaello Cortina editore.
- Borgna, E. (2002). *Come se finisse il mondo. Il senso dell'esperienza schizofrenica*. Milano: Feltrinelli Editore.
- Bourne, J., Andersen-Warren, M., & Hackett, S. (2018). A systematic review to investigate dramatherapy group work with working age adults who have a mental health problem. *The Arts in Psychotherapy*, 61, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.08.001>
- Bruschetta, S., Frasca, A., & Barone, R. (2016). *Verso Servizi Comunitari di Salute Mentale Recovery-Oriented*. 12.
- Butler, J. D. (2012). Playing with madness: Developmental Transformations and the treatment of schizophrenia. *The Arts in Psychotherapy*, 39(2), 87–94. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.01.002>
- Caputi, A., Cotugno De Palma, M., Di Gennaro, F., Piarulli, S., Picone, F., Sisti, I., ... Villanacci, R. (2012). *L'arteterapia: Efficacia, efficienza e sostenibilità in Italia e all'estero*. Fondazione Istud.
- Carozza, P. (2006). *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*. FrancoAngeli.
- Catalfo, G. (2014). *SCHIZOFRENIA: Intercorporeità e studio dei fenomeni psicopatologici*. GAIA srl - Edizioni Universitarie Romane.
- Disturbi Mentali. (s.d.). Recuperato 22 luglio 2019, da <http://centroarete.it/index.php/disturbi-mentali>
- Dotti, L. (2002). *Lo psicodramma dei bambini. I metodi d'azione in età evolutiva*. Milano: FrancoAngeli.
- Effect of psychodrama therapy on the social function of patients with schizophreniaâ€” «Journal of Qilu Nursing» 2010年19期. (s.d.). Recuperato 21 febbraio 2019, da [http://en.cnki.com.cn/Article\\_en/CJFDTOTAL-QLHL201019009.htm](http://en.cnki.com.cn/Article_en/CJFDTOTAL-QLHL201019009.htm)
- Elia. (2014). *Un nuovo sguardo alla schizofrenia. Psicoterapia e psicodinamica: Psicoterapia e psicodinamica*. FrancoAngeli.
- Fassino, S., Abbate Daga, G., & Leombruni, P. (2007). *Manuale di psichiatria biopsicosociale*. Torino: Centro scientifico editore.
- Fischer, B. A., & Buchanan, R. W. (2019, maggio). Schizophrenia in adults: Epidemiology and pathogenesisâ€” UpToDate [Banca dati]. Recuperato 19 giugno 2019, da [https://www.uptodate-com.proxy2.biblio.supsi.ch/contents/schizophrenia-in-adults-epidemiology-and-pathogenesis?search=schizophrenia%20epidemiology&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate-com.proxy2.biblio.supsi.ch/contents/schizophrenia-in-adults-epidemiology-and-pathogenesis?search=schizophrenia%20epidemiology&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
- Giusti, E., & Passalacqua, L. (2008a). *Guarire con le arti drammatiche*. Sovera Edizioni.
- Giusti, E., & Passalacqua, L. (2008b). *Guarire con le arti drammatiche*. Sovera Edizioni.



- ICD-10 Version:2016. (s.d.). Recuperato 13 giugno 2019, da <https://icd.who.int/browse10/2016/en#F23.2>
- Krupnick, S. L. W., & Wade, A. J. (1996). *Piani di assistenza in psichiatria*. Milano: McGraw-Hill.
- Lupoi, S. (2006). *Trattamento integrato della schizofrenia. In chiave sistemico-relazionale*. FrancoAngeli.
- Manna, V., & Ruggiero, S. (2001). Rivista di psichiatria. *Dipendenze patologiche da sostanze: comorbilità psichiatrica o continuum psicopatologico?*, 13.
- Moran, G. S., & Alon, U. (2011). Playback theatre and recovery in mental health: Preliminary evidence. *The Arts in Psychotherapy*, 38(5), 318–324. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2011.09.002>
- NIMH» What is RAISE? (s.d.). Recuperato 10 luglio 2019, da <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/what-is-raise.shtml>
- Pani, R., & Miglietta, D. (2007). *Dal teatro allo psicodramma analitico*. FrancoAngeli.
- Papazacharias, A., Sciascio, G. D., Rampino, A., Calò, S., & Bellomo, A. (2006). *La schizofrenia. Guide per la sopravvivenza* (prima edizione). Roma: Giovanni Fioriti Editore s.r.l.
- Peppe Dell'Acqua. (2013). *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*. (seconda edizione). Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore Milano.
- Pitruzzella, Salvo. (2004). *Manuale di teatro creativo. 200 tecniche drammatiche da utilizzare in terapia, educazione e teatro sociale*. FrancoAngeli.
- Pitruzzella, Sandro. (2003). *Persona e soglia. Fondamenti di drammaterapia*. Roma: Armando editore.
- Polit, D. F., & Tatano Beck, C. (2014). *Fondamenti di ricerca infermieristica* (ottava edizione). Milano: McGraw-Hill Education.
- Rowe, N. (2007). *Playing the other, Dramatizing personal narratives in playback theatre*. Londra: Jessica Kingsley Publishers.
- Schizophrenia. (s.d.). Recuperato 7 gennaio 2019, da <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press.
- Tamminga, C. (2018, ottobre). Schizofrenia” Disturbi psichiatrici. Recuperato 28 giugno 2019, da Manuali MSD Edizione Professionisti website: <https://www.msmanuals.com/it/professionale/disturbi-psichiatrici/schizofrenia-e-disturbi-correlati/schizofrenia>
- Tang, S. X., Seelaus, K. H., Moore, T. M., Taylor, J., Moog, C., O'Connor, D., ... Gur, R. C. (2019). Theatre improvisation training to promote social cognition: A novel recovery-oriented intervention for youths at clinical risk for psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/eip.12834>
- Trenoweth, S. (2016). *Promoting Recovery in Mental Health Nursing*. Learning Matters.
- Volpe, U., Facchini, D., Magnotti, R., Diamare, S., Denti, E., & Viganò, C. A. (2016). *Le arti-terapie nel contesto della riabilitazione psicosociale in Italia: Una rassegna critica*. 27.
- Warner, R. (2009). Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 374. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32832c920b>

- Yotis, L. (2006). A review of dramatherapy research in schizophrenia: Methodologies and outcomes. *Psychotherapy Research*, 16(2), 190–200. <https://doi.org/10.1080/10503300500268458>

## 9. Allegati

### **Effect of psychodrama therapy on the social function of patients with schizophrenia**

Abstract :

Objective: To explore the therapeutic effect of psychodrama therapy on the improvement of the social function of patients with schizophrenia. Methods: 86 patients with schizophrenia were randomly divided into treatment group ( n = 44) and control group ( n = 42) . The routine treatment and nursing care were carried out in both groups and psychodrama therapy was additionally applied to the treatment group. 40 patients in the treatment group and the other 40 patients in the control group were tested by Scale of Social Function in Psychosis Inpatients ( SSPI) and the Brief Psychiatric Rating Scale ( BPRS) ,and then the repeated measure data were analyzed by variance analysis,stepwise regression analysis and covariance analysis. Results: The variance analysis showed that the treatment factors had the main effect on each factor of social function rating scale (  $F = 28.057 \sim 59.419, P 0.01$ ) and had no main effect on BPRS (  $F = 1.445, P 0.05$ ) ; time factors had the main effect on each factor of social function rating scale and BPRS (  $F = 260.298 \sim 1178.336, P 0.01$ ) ; treatment factors and time factors had the interactions on each factor of social function rating scale and BPRS (  $F = 5.435 \sim 146.604, P 0.05$ ) ; stepwise regression analysis indicated that the psychological drama therapy, social function scores before treatment, total treatment time, BPRS scores after treatment and gender had significant prediction effect on the added value of the scores of each factor of social function ( Beta value =  $0.205 \sim 0.784, -0.141 \sim -0.461, P 0.05$ ) ; BPRS scores before treatment, gender, and psychodrama therapy had significant prediction effect on the decreased value of BPRS scores ( Beta value =  $-0.269, 0.244, 0.685, P 0.01$ ) . The ADL, mobility, communication and added value of social skills were better in the treatment group than those in the control group after controlling the influence of scores of social function and BPRS before treatment, total treatment time and gender by covariance analysis (  $P 0.01$ ) ; the decreased value of BPRS was greater in the treatment group than that in the control group after excluding the influence of BPRS score before treatment and gender (  $P 0.05$ ) . Conclusion: Psychodrama therapy can improve the social function and psychotic symptoms of patients with schizophrenia.

## **A systematic review to investigate dramatherapy group work with working age adults who have a mental health problem**

### **Abstract :**

This study investigated the effects of dramatherapy group work with adults between the ages of 18 and 65 years, who have mental health problems. A systematic review was undertaken using a meta-ethnography to synthesise the existing relevant research. Database searches identified 111 records, from which 12 were included in the review. There was a combined total of  $n = 194$  participants from eleven of the studies; plus one study that did not give exact participant numbers. The included studies were either qualitative or mixed method, with a variety of designs: case studies, interviews, focus groups, observations, questionnaires, evaluations, and use of a variety of measurement tools. There was a range of populations, including: adults with intellectual disabilities, adult offenders, community service users, and in-patients. Participants were from a number of different settings. Overall findings were encouraging and included; improvements in social interaction, improved self- awareness, empowerment and social interaction. No negative effects were reported.

## **Theatre improvisation training to promote social cognition: A novel recovery-oriented intervention for youths at clinical risk for psychosis**

**Abstract:**

**AIM:**

Few interventions address social cognition or functioning in individuals at clinical risk (CR) for psychosis. Theatre Improvisation Training to Promote Social Cognition (TIPS) is a manualized intervention based on drama therapy. We aim to describe TIPS, evaluate feasibility and acceptability, and present a preliminary investigation of outcomes in a quasi-experimental design.

**METHODS:**

Thirty-six CR participants (15-25 years) were ascertained from the Philadelphia Neurodevelopmental Cohort. Twenty-six completed the TIPS protocol: 18 weekly 2-hour group sessions led by a theatre director and actor-assistant. Participants engaged in collaborative acting and improvisation exercises. Baseline and follow-up assessments included the Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS), Structured Interview for Prodromal Syndromes, Global Assessment of Functioning (GAF) and Penn Computerized Neurocognitive Battery (CNB), which includes social cognitive tests. Acceptability was assessed using focus groups. Preliminary outcomes were compared to CR controls who were not enrolled in the study but completed follow-up assessments using the same methods.

**RESULTS:**

There were no significant differences in baseline demographics, psychosis symptoms, or cognition between those who did and did not complete the protocol. Overall, TIPS was considered feasible and acceptable among CR. Preliminary outcomes suggest that TIPS may be effective in improving positive and negative psychosis-spectrum symptoms and GAF, but not performance on facial emotion processing.

**CONCLUSIONS:**

TIPS is a promising and acceptable intervention that may improve symptoms and functioning in CR while providing a framework for participants to develop more empowered and confident ways of relating to others. Larger randomized controlled trials investigating TIPS efficacy are warranted.

## **A review of dramatherapy research in schizophrenia: methodologies and outcomes**

### **Abstract:**

This article aims to examine all the different types of research studies in the existing literature regarding the impact of dramatherapy on patients with a schizophrenic disorder to provide a springboard for future advances in the application of dramatherapy as an adjunct therapeutic approach for this client group. Quantitative research approaches in the form of randomized clinical trials have proven to be feasible in dramatherapy when they aim at providing evidence of the improvement in the condition of patients with schizophrenia or of the diminution of their symptoms. Qualitative approaches explore the therapeutic processes through which dramatherapy practice can confront more effectively the schizophrenic psychopathology. Furthermore, theater-based research brings to light the creative side of patients with schizophrenia despite their psychopathology and promotes through action the discourse between patients "in role" and their audience in relation to the social stigma attached to people with schizophrenia.

## **Playback theatre and recovery in mental health: Preliminary evidence**

### **Abstract:**

Playback theatre is a community-building improvisational theatre in which a personal story told by a group member is transformed into a theatre piece on the spot by other group members. Playback theatre combines artistic expression and social connection based on story-telling and empathic listening, thus bringing together modes thought to promote healing. Here, we explore the potential of playback theatre to promote recovery in the field of mental health. We conducted two playback courses for a total of 19 adults in a university-based program for recovery, and collected qualitative reports pre–post self-report measures for self-esteem, personal growth and recovery. We also developed a self-report measure named the playback impact scale that includes items related to creativity, confidence in performing, social connectedness and seeing one's life as full of stories. We find significant enhancement in the playback impact scale following a 10 week playback course. The qualitative reports indicate recurring themes of enhanced self-esteem, self-knowledge, as well as fun and relaxation, and enhanced sense of connection and empathy for others. These preliminary results suggest that playback theatre can serve as an effective practice for enhancing recovery processes from serious mental illness.

1.	<b>I see myself as a capable person.</b>	1 Strongly agree	2 Agree	3 Disagree	4 Strongly disagree
2.	<b>It's ok for me to be at the center of attention.</b>	1 Strongly agree	2 Agree	3 Disagree	4 Strongly disagree
3.	<b>I feel easily intimidated by people.</b>	1 Strongly agree	2 Agree	3 Disagree	4 Strongly disagree
4.	<b>I can still learn new things about myself.</b>	1 Strongly agree	2 Agree	3 Disagree	4 Strongly disagree
5.	<b>I am at ease when performing in front of others.</b>	1 Strongly agree	2 Agree	3 Disagree	4 Strongly disagree
6.	<b>I have a good imagination.</b>	1 Strongly agree	2 Agree	3 Disagree	4 Strongly disagree
7.	<b>I feel bad about myself when I make a mistake.</b>	1 Strongly agree	2 Agree	3 Disagree	4 Strongly disagree
8.	<b>It's hard for me to be spontaneous.</b>	1 Strongly agree	2 Agree	3 Disagree	4 Strongly disagree
9.	<b>I feel a sense of connection with others.</b>	1 Strongly agree	2 Agree	3 Disagree	4 Strongly disagree
10.	<b>I am aware of other peoples' emotions when they tell a personal story.</b>	1 Strongly agree	2 Agree	3 Disagree	4 Strongly disagree
11.	<b>My life is full of interesting stories.</b>	1 Strongly agree	2 Agree	3 Disagree	4 Strongly disagree
12.	<b>It's hard for me to express myself creatively.</b>	1 Strongly agree	2 Agree	3 Disagree	4 Strongly disagree
13.	<b>I feel a commonality with other people.</b>	1 Strongly agree	2 Agree	3 Disagree	4 Strongly disagree
14.	<b>I dread the thought of giving a presentation in public.</b>	1 Strongly agree	2 Agree	3 Disagree	4 Strongly disagree
15.	<b>I feel curious to get to know others.</b>	1 Strongly agree	2 Agree	3 Disagree	4 Strongly disagree
16.	<b>I am aware of others' emotions.</b>	1 Strongly agree	2 Agree	3 Disagree	4 Strongly disagree
17.	<b>It's hard for me to come up with ideas.</b>	1 Strongly agree	2 Agree	3 Disagree	4 Strongly disagree
18.	<b>I can show people that I understand them.</b>	1 Strongly agree	2 Agree	3 Disagree	4 Strongly disagree
19.	<b>It's hard for me to speak in front of others.</b>	1 Strongly agree	2 Agree	3 Disagree	4 Strongly disagree
20.	<b>I have a perspective on my life.</b>	1 Strongly agree	2 Agree	3 Disagree	4 Strongly disagree

Tabella somministrata ai partecipanti dello studio "Playback theatre and recovery in mental health: Preliminary evidence"



## **Playing with madness: Developmental Transformations and the treatment of schizophrenia**

Abstract :

This article explores the possible application of the Developmental Transformations form of drama therapy to the treatment of schizophrenia. Developmental Transformations is an embodied approach to psychotherapy that involves the therapist and client engaging in free flowing improvisation. Within this paper, the symptoms of schizophrenia are reviewed as well as common treatment methods and protocol in working with both the positive and negative symptoms of the illness. These are then compared to Developmental Transformations and its approach to illness and healing. In particular, schizophrenia is looked at through a Developmental Transformations lens, seeing it as a disorder of embodiment, encounter and transformations. Through these connections it is then suggested that Developmental Transformations has the potential to be an effective intervention in the treatment of the illness. Finally, a sample session outline is presented applying the principles explored.

LT approvato in data:

Direttrice di Tesi: Lara Pellizzari