errepiesse

Rivista ufficiale della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale



Errepiesse

Una via italiana per la riabilitazione psicosociale

Anno XX N°2 - Ottobre 2026

Trimestrale - Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale

Il corpo, il ruolo e la distanza estetica.

Drammaterapia e riabilitazione psichiatrica: un'esperienza in una struttura residenziale con esordi psicopatologici e disturbi di personalità

Matteo Francomano, Salvo Pitruzzella, Alessandro Monastero, Gaia Cuccia, Vassilij Di Giorgio

SPID – Società Professionale Italiana Drammaterapia
Casa di Cura "Villa "Armonia" Roma

ABSTRACT

La drammaterapia rappresenta un approccio riabilitativo multidimensionale che integra corpo, ruolo e distanza estetica all'interno della cornice teorica della "Realtà drammatica". Il presente lavoro analizza l'applicazione di un laboratorio drammaterapeutico condotto presso l'Unità Esordi della Casa di Cura "Villa Armonia" di Roma, coinvolgendo sei giovani adulti (18-25 anni) con diagnosi di disturbo di personalità del Cluster B e/o psicosi affettiva.

L'intervento, della durata di sei mesi con incontri settimanali di novanta minuti, si fonda su cinque meccanismi d'azione principali: regolazione affettiva attraverso la distanza estetica, ampliamento del repertorio dei ruoli, potenziamento della mentalizzazione e della cognizione sociale, apprendimento esperienziale di gruppo e ristrutturazione narrativa. La prospettiva neuro-fenomenologica della *simulazione incarnata* di Gallese fornisce il substrato teorico per comprendere come le tecniche drammaterapeutiche – role-play, improvvisazione corporea, narrazione drammatica – attivino processi empatici e di cognizione sociale radicati nei circuiti dei neuroni specchio.

La valutazione, condotta con approccio mixed methods (CGI, WHODAS 2.0, Q-LES-Q e osservazioni qualitative), ha evidenziato miglioramenti significativi nella regolazione emotiva, flessibilità comportamentale, capacità di mentalizzazione e qualità delle relazioni interpersonali. I pazienti hanno mostrato una progressiva riduzione degli agiti impulsivi, un ampliamento delle competenze relazionali e una maggiore integrazione identitaria, senza variazioni della terapia farmacologica né interruzioni del percorso.

Pur riconoscendo i limiti metodologici (campione ridotto, assenza di gruppo di controllo), i risultati incoraggiano lo sviluppo di protocolli standardizzati e network di ricerca multicentrici. L'integrazione della Scala SMPA e la collaborazione territoriale potrebbero consolidare l'evidenza empirica sull'efficacia della drammaterapia nei percorsi di riabilitazione psicosociale.

Parole chiave: *Drammaterapia; Riabilitazione psichiatrica; Disturbi di personalità; Regolazione emotiva; Cognizione sociale.*

ABSTRACT (English)

Dramatherapy is a multidimensional rehabilitative approach that integrates body, role, and aesthetic distance within the theoretical framework of "Dramatic Reality." This paper examines a dramatherapy workshop conducted at the Early Onset Unit of "Villa Armonia" psychiatric clinic in Rome, involving six young adults (aged 18-25) diagnosed with Cluster B personality disorders and/or affective psychosis.

The intervention spanned six months with weekly ninety-minute sessions, grounded in five core mechanisms: affective regulation through aesthetic distance, expansion of role repertoire, enhancement of mentalization and social cognition, experiential

group learning, and narrative restructuring. Gallese's neurophenomenological perspective on embodied simulation provides the theoretical foundation for understanding how dramatherapeutic techniques—role-play, bodily improvisation, and dramatic narration—activate empathic and social cognitive processes rooted in mirror neuron circuits.

Assessment employed a mixed-methods approach (CGI, WHODAS 2.0, Q-LES-Q, and qualitative observations), revealing significant improvements in emotional regulation, behavioral flexibility, mentalization capacity, and interpersonal relationship quality. Patients demonstrated progressive reduction in impulsive behaviors, expanded relational competencies, and greater identity integration, without pharmacological adjustments or treatment dropouts.

While acknowledging methodological limitations (small sample size, absence of control group), results encourage the development of standardized protocols and multicenter research networks. Integration of the SMPA Scale and territorial collaboration could strengthen empirical evidence regarding dramatherapy's effectiveness in psychosocial rehabilitation pathways. Future longitudinal studies with quasi-experimental designs are recommended to clarify specific efficacy mechanisms and support broader implementation within national mental health services.

Keywords: *Dramatherapy,; Psychiatric rehabilitation; Personality disorders; Emotional regulation; Social cognition.*

INTRODUZIONE

Nei programmi di riabilitazione psichiatrica le psicoterapie espressive hanno acquisito, negli ultimi decenni, un ruolo sempre più rilevante, integrandosi con gli interventi farmacologici e con le psicoterapie evidence-based. Gli approcci che lavorano simultaneamente sulle dimensioni corporee, simboliche e relazionali si sono mostrati particolarmente utili nel trattamento di condizioni caratterizzate da impairment cognitivo, disregolazione emotiva e compromissione del funzionamento interpersonale, quali le psicosi affettive, disturbi di personalità e i disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo.

Tra questi approcci, la drammaterapia occupa una posizione peculiare: attraverso il linguaggio teatrale essa istituisce un'area di esperienza intermedia tra il piano della realtà ordinaria e quello della finzione, definita dalla letteratura come *Realtà drammatica* (Pendzik, 2006; Pitruzzella, 2014). Tale dimensione, che include e amplia il concetto winnicottiano di "spazio potenziale" (Winnicott, 1971), consente al soggetto di avvicinare contenuti emotivi complessi in condizioni di sicurezza psicologica, attivando al contempo dimensioni preverbali dell'esperienza difficilmente raggiungibili attraverso il solo intervento verbale (Jones, 2007; Pitruzzella, 2004).

Parallelamente, le acquisizioni delle neuroscienze hanno evidenziato il ruolo dei processi neurocognitivi e della cognizione sociale nel recupero funzionale del paziente psichiatrico. L'integrazione tra funzioni cognitive (attenzione, memoria di lavoro, flessibilità) e competenze socio-emotive (empatia, mentalizzazione) rappresenta oggi un obiettivo centrale dei percorsi riabilitativi (Fonagy et al., 2002; Gallese, 2007).

Il presente lavoro intende integrare prospettive teoriche, riferimenti neuroscientifici e osservazioni cliniche per analizzare il contributo e la potenzialità operativa della drammaterapia in un contesto semiresidenziale, con particolare attenzione ai meccanismi attraverso cui essa può incidere sulla regolazione emotiva, flessibilità identitaria e sviluppo della cognizione sociale.

FONDAMENTI TEORICI DELLA DRAMMATERAPIA

La drammaterapia nasce dall'incontro tra teatro, psicologia e antropologia della performance, e affonda

le proprie radici nelle trasformazioni del teatro europeo tra XIX e XX secolo, quando la scena viene progressivamente ripensata non più come spazio meramente rappresentativo, ma come luogo di esperienza e trasformazione (Jones, 2007; Pitruzzella, 2004). I principali modelli internazionali di riferimento – la *role theory* di Landy (1993, 1996), il paradigma EPR (Embodiment, Projection, Role) di Jennings (1998), il modello BASIC Ph di Lahad (1992) e, in Italia, il lavoro di Pitruzzella (2004, 2014) – condividono una premessa comune: la drammaticità è una modalità di funzionamento della mente, prima ancora che una pratica artistica.

LA REALTÀ DRAMMATICA

Il concetto di Realtà drammatica costituisce la cornice teorica all'interno della quale si dispongono tutti gli strumenti operativi della drammaterapia (Pendzik, 2006; Pitruzzella, 2014). Si tratta di una dimensione "altra" rispetto alla realtà ordinaria, generata dall'accordo tacito tra i partecipanti che instaurano un "come se" condiviso. In essa l'azione si svolge in un tempo e in uno spazio simbolici, regolati dalle leggi del gioco drammatico, e i corpi, gli oggetti e le parole assumono significati diversi da quelli abituali.

La Realtà drammatica include ed eccede lo spazio potenziale descritto da Winnicott (1971): se quest'ultimo descrive la condizione transizionale in cui il soggetto può sperimentare il rapporto fra interno ed esterno, la Realtà drammatica vi aggiunge la dimensione collettiva, performativa e narrativa. Al suo interno il soggetto può assumere ruoli, dare corpo a personaggi, riscrivere storie, esplorare alternative possibili a vissuti reali troppo rigidi o dolorosi per essere affrontati direttamente. È in questo "doppio livello dell'esperienza" che si gioca la specificità terapeutica della drammaterapia (Landy, 1993; Pitruzzella, 2014).

LE TRE DIMENSIONI OPERATIVE: CORPO, RUOLO, DISTANZA ESTETICA

Entro la cornice della Realtà drammatica si articolano tre dimensioni fondamentali del lavoro drammaterapeutico: il corpo, il ruolo e la distanza estetica.

Il corpo costituisce il primo strumento espressivo. Nella prospettiva drammaterapeutica esso non è semplice supporto dell'azione, ma matrice dell'esperienza affettiva e relazionale (Jennings, 1998; Pitruzzella, 2014). Molti contenuti emotivi – in particolare quelli legati a esperienze traumatiche o conflittuali – si manifestano attraverso pattern corporei prima ancora che attraverso il linguaggio verbale, in linea con le evidenze sull'embodiment della cognizione e dell'affettività (Damasio, 1999; Gallese, 2007). Il ruolo rappresenta un dispositivo simbolico centrale. Nella *role theory* di Landy (1993), l'identità personale è concepita come un sistema dinamico di ruoli che il soggetto assume nei diversi contesti di vita. In presenza di psicopatologia tale sistema tende a irrigidirsi (un ruolo dominante e invasivo) o a impoverirsi (vuoto di ruoli, esperienza di un sé frammentato). Il lavoro drammaterapeutico mira ad ampliare il repertorio dei ruoli disponibili e a renderne più flessibile la gestione, favorendo una più articolata flessibilità identitaria.

La distanza estetica, infine, costituisce un meccanismo regolativo essenziale (Landy, 1996; Scheff, 1979). Essa designa la posizione ottimale del soggetto rispetto al materiale emotivo evocato dall'esperienza drammatica: una distanza eccessiva produce distacco difensivo e intellettualizzazione, una distanza insufficiente produce sopraffazione affettiva e potenziale ritraumatizzazione. La regolazione fine della distanza permette al soggetto di sperimentare contenuti emotivi intensi mantenendo una sufficiente capacità riflessiva, e costituisce uno dei meccanismi di trasformazione più studiati della disciplina.

MECCANISMI D'AZIONE: DALLA PRATICA DRAMMATERAPEUTICA ALLA RIDUZIONE DELLA SINTOMATOLOGIA

Per comprendere come la drammaterapia possa influire sull'andamento di quadri psicopatologici complessi è necessario esplicitare i meccanismi attraverso cui essa opera. La letteratura clinica e teorica converge nell'individuare almeno cinque vettori principali (Jones, 2007; Landy, 1996; Pitruzzella, 2014).

1. ***Regolazione affettiva attraverso la distanza estetica.*** Il dispositivo drammatico consente di affrontare contenuti emotivi disturbanti collocandoli "altrove" – in un personaggio, in una storia, in un oggetto evocativo. Questa esternalizzazione modula l'attivazione emotiva entro una finestra di tolleranza, permettendo l'elaborazione di vissuti che, se affrontati direttamente, risulterebbero soverchianti. Nei pazienti con disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo, in particolare, l'esposizione mediata dall'azione scenica può favorire una progressiva tolleranza all'incertezza e all'angoscia, riducendo il ricorso ai rituali di rassicurazione.
2. ***Ampliamento del repertorio dei ruoli e flessibilità identitaria.*** Nei disturbi di personalità il funzionamento interpersonale è spesso caratterizzato da pattern relazionali rigidi e da un'autorappresentazione povera o frammentata. L'esercizio drammaterapeutico, attraverso l'assunzione protetta di ruoli alternativi, allena la capacità di passare da una posizione all'altra, di "vedersi da fuori", di immaginare modalità di risposta diverse da quelle abituali (Emunah, 1994; Landy, 1993).
3. ***Mentalizzazione e cognizione sociale.*** Le pratiche drammatiche – costruzione di narrazioni, assunzione di prospettive, lavoro mimetico, *doubling* – sollecitano in modo intensivo i processi di menta-

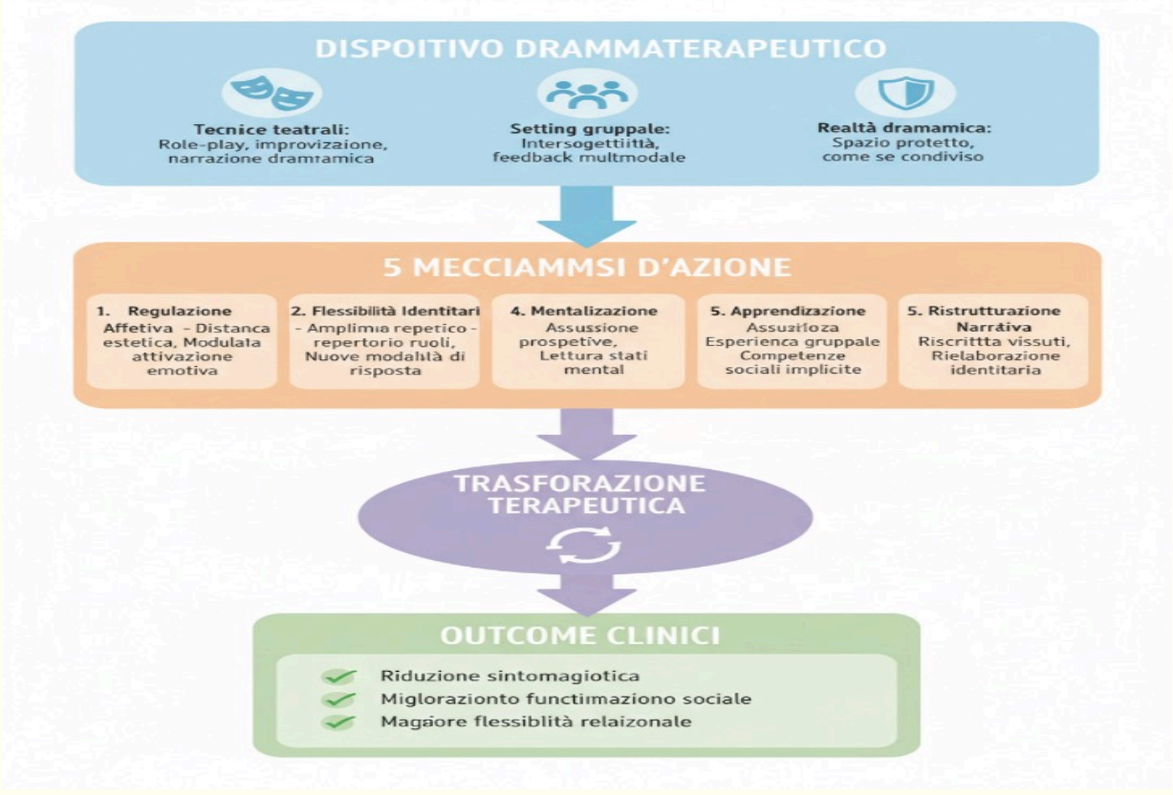


Figura 1. Meccanismi d'azione della drammaterapia: dal dispositivo terapeutico agli outcome clinici.

lizzazione, intesi come la capacità di leggere il comportamento proprio e altrui in termini di stati mentali (Fonagy et al., 2002). Le evidenze neuroscientifiche sulle simulazioni incarnate e sui sistemi di neuroni specchio offrono un substrato plausibile a questa azione, mostrando come l'osservazione e la riproduzione di azioni ed emozioni altrui attivino circuiti condivisi tra soggetto e osservatore (Gallese, 2007; Rizzolatti & Sinigaglia, 2006).

4. ***Apprendimento esperienziale e relazionale di gruppo.*** Il setting gruppale della drammaterapia produce un campo intersoggettivo in cui il feedback è immediato, multimodale e mediato dal gioco drammatico (Pitruzzella, 2014). I pazienti possono sperimentare comportamenti alternativi, ricevere risposte non giudicanti, riconoscere i propri pattern interattivi: tale processo costituisce una forma di apprendimento implicito particolarmente utile in pazienti che faticano a beneficiare di approcci esclusivamente verbali.
5. ***Ristrutturazione narrativa.*** Nella prospettiva narrativa (Jones, 2007; Lahad, 1992), il sintomo è anche una storia bloccata. La possibilità di mettere in scena, riscrivere, dare un finale diverso ai propri vissuti consente una rielaborazione identitaria che i soli interventi verbali raramente raggiungono.

Questi cinque meccanismi non agiscono separatamente: si potenziano reciprocamente entro il dispositivo della Realtà drammatica, e rendono ragione di come modificazioni cliniche significative – riduzione dei rituali, miglioramento del funzionamento sociale, maggiore flessibilità relazionale – possano emergere anche in tempi relativamente brevi.

SET E *SETTING* TERAPEUTICI

Le moderne neuroscienze sociali hanno rilevato la centralità del corpo, dell'azione/movimento, delle memorie implicite e delle emozioni per il miglioramento del benessere psichico e delle relazioni sociali. Numerosi sono gli studi consentono di meglio comprendere i processi neurali che sono alla base della complessa interazione tra percezione, cognizione, emozione e comportamento e come ciò si manifesta nel processo di Arteterapia (AT) (Strang, 2024). Più nello specifico si rileva che la pratica del "fare arte insieme" si basa proprio su questi elementi lavorando sulle dimensioni corporee e implicite della vita mentale, promuovendone un'integrazione e una possibile mentalizzazione. (Melorio e Viganò, 2025)

Le AT sono discipline caratterizzate da molteplici aspetti: dall'uso di linguaggi nuovi (persi, ritrovati, trasformati), allo stimolo di esperienze corporee e cognitive mediate dall'arte, dalla creazione mediata di una relazione terapeutica, basata anche sul rispecchiamento empatico con il conduttore, con il gruppo e con prodotto, al riconoscimento della propria soggettività, del proprio ruolo, dall'equilibrio delicato tra procedure tecniche e libertà espressiva, quindi tra libertà e contenimento, tra improvvisazione e costruzione, tra il setting artistico e le dinamiche intrapsichiche e relazionali sollecitate della realizzazione del prodotto artistico (Melorio, 2019).

In Italia esiste una importante tradizione di uso delle AT nei servizi psichiatrici, con una diffusione stimata al 13% in una survey condotta dalla Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale (Viganò et al 2023) e il panorama dei laboratori attivi si presenta come una costellazione di varie metodologie che pur nella loro diversità, contribuiscono a creare un grande patrimonio di esperienze terapeutiche, riabilitative con forti valenze di inclusione sociale per pazienti che trovano in queste attività una concreta possibilità di recupero e valorizzazione delle proprie risorse

EMPATIA, COGNIZIONE SOCIALE E DRAMMATERAPIA: UNA PROSPETTIVA NEUROFENOMENOLOGICA

L'approccio di Gallese con il suo modello di simulazione incarnata ("*embodied simulation*") ha avuto grande influenza nel ripensare le basi neurobiologiche dell'empatia e della cognizione sociale.

L'empatia non è riducibile a un atto intellettuale di attribuzione di stati mentali all'altro. Quando osserviamo un gesto, un volto emozionato, o anche un tono di voce, il nostro cervello tende a riattivare dall'interno *pattern* neurali analoghi a quelli che produrremmo se eseguissimo noi stessi quel gesto o provassimo quella stessa emozione e ciò grazie ai circuiti dei neuroni specchio. Questa risonanza incarnata non coincide con l'empatia nella sua totalità, ma ne costituisce la condizione primaria. In altre parole, comprendiamo l'altro sentendolo nel corpo, prima ancora che con la mente. Da qui deriva la possibilità di un ponte immediato tra esperienza soggettiva e intersoggettiva.

COGNIZIONE SOCIALE COME SIMULAZIONE INCARNATA

Tradizionalmente, la cognizione sociale è stata descritta attraverso modelli della cosiddetta teoria della mente, che vede la comprensione dell'altro come il risultato di un processo inferenziale. Gallese, invece, sostiene che alla base della cognizione sociale vi sia un meccanismo simulativo e incarnato. Grazie a esso, possiamo riconoscere le intenzioni e gli stati emotivi altrui senza passare sempre da ragionamenti espliciti. Si tratta di una forma di conoscenza corporea e immediata, che precede e integra la riflessione cognitiva. Questa prospettiva ha una forte valenza applicativa: ci permette di comprendere perché il corpo, l'azione e l'esperienza condivisa siano centrali non solo nella vita quotidiana, ma anche nelle pratiche terapeutiche e riabilitative.

LA DRAMMATERAPIA COME LABORATORIO DI EMPATIA

La drammaterapia è un approccio terapeutico che utilizza strumenti teatrali – improvvisazione, *role-play*, messa in scena simbolica, narrazione corporea – per favorire processi di cura, espressione e crescita personale. Le tecniche drammaterapeutiche mettono in gioco il corpo e la relazione: il paziente non parla soltanto dei suoi vissuti, ma li incarna in un'azione condivisa. Questa dimensione performativa stimola direttamente i meccanismi di simulazione incarnata proposti dalle neuroscienze e descritti da Gallese, generando una empatia attiva e reciproca tra terapeuta, gruppo e paziente.

Ad esempio:

- *Role-play* e inversione di ruolo. Assumere la parte di un altro permette di "risuonare" con le sue emozioni e di esplorare da dentro vissuti differenti dai propri.
- Improvvisazione corporea e gestuale. L'espressione libera del corpo rende visibili e condivisibili emozioni difficili da verbalizzare, creando una risonanza immediata negli altri partecipanti.
- Narrazione drammatica. Costruire insieme storie simboliche produce una co-costruzione di senso, in cui la cognizione sociale si alimenta del continuo scambio empatico.

Se l'empatia è radicata nella simulazione incarnata, la drammaterapia può essere letta come un dispositivo clinico che amplifica e orienta questi meccanismi spontanei.

- La messa in scena permette al paziente di vedere e sentire sé stesso dall'esterno, attraverso lo sguardo degli altri che risuonano con lui.
- La condivisione di ruoli e prospettive favorisce la costruzione di un sé più flessibile, capace di uscire dalla rigidità dei propri schemi interni.
- L'esperienza gruppale trasforma l'empatia individuale in cognizione sociale collettiva, dove il riconoscimento reciproco diventa risorsa terapeutica.

RICADUTE CLINICHE E PROSPETTIVE

Integrare la prospettiva di Gallese nella drammaterapia significa riconoscere che il lavoro terapeutico non agisce solo a livello simbolico o narrativo, ma anche su circuiti neurali e corporei profondamente radicati. In particolare:

- nei disturbi della personalità, l'esperienza incarnata della relazione può favorire una regolazione emotiva più immediata ed efficace.
- nei disturbi ossessivo-compulsivi e ansiosi, l'uso del corpo e del gioco drammatico può aprire spazi di esperienza nuova, interrompendo circoli viziosi di pensiero.
- nei contesti riabilitativi psicosociali, la drammaterapia può sostenere il senso di appartenenza e di *agency*, fondamentali per la reintegrazione nella comunità.

L'*embodied simulation* mostra come la comprensione dell'altro sia radicata in processi corporei preriflessivi: la drammaterapia, con le sue tecniche fondate su azione, corpo e relazione, diventa quindi un laboratorio privilegiato in cui questi processi possono essere esplorati, amplificati e orientati a fini terapeutici.

In questa prospettiva, la drammaterapia non è solo un mezzo espressivo, ma un vero e proprio dispositivo di cognizione incarnata, capace di trasformare l'esperienza empatica in crescita personale e relazione curativa.

DRAMMATERAPIA NEI CONTESTI RESIDENZIALI

I setting semiresidenziali rappresentano un contesto particolarmente favorevole all'applicazione della drammaterapia, in quanto offrono continuità terapeutica, integrazione con altri interventi riabilitativi e una stabilità del gruppo che ne potenzia gli effetti (Pitruzzella, 2014). In questi contesti la drammaterapia consente ai pazienti di sperimentare nuove modalità relazionali in un ambiente protetto, e facilita il transfer delle competenze acquisite alla vita quotidiana.

Il laboratorio di drammaterapia, condotto con cadenza settimanale, costituisce per i pazienti un appuntamento riconoscibile e ritualizzato, capace di scandire il tempo del percorso riabilitativo e di rappresentare uno spazio privilegiato di elaborazione, distinto sia dagli interventi clinici individuali sia dalle attività quotidiane della struttura.

RIFLESSIONI SULL'ESPERIENZA LABORATORIALE

Le considerazioni sviluppate in questo articolo tengono conto delle osservazioni relative ad un primo semestre di lavoro con un gruppo di pazienti giovani adulti con esordi di psicosi affettive, disturbi di personalità ex cluster B - DSM 5 TR. Esse consentono di rilevare lo sguardo professionale ed umano dei diversi "attori" dell'esperienza e la costruzione di una "mentalizzazione" del setting di lavoro che ha comportato anche il tema della valutazione e della obiettivazione degli *outcome* clinici. Tali considerazioni costituiscono, dunque, la premessa per ulteriori approfondimenti e perfezionamenti metodologici, osservativi e valutativi, anche alla luce di quanto contestualmente registrantesi nel campo più vasto delle ArtiTerapie in sede nazionale che potrebbe prospettare la realizzazione di network di ricerca e la costituzione di data base comuni a tutto favore dell'affinamento delle strategie di intervento adottabili in ambito riabilitativo e socio-sanitario e di un costante miglioramento dell'efficacia, dell'evidence scientifica e dell'appropriatezza delle tecniche e terapie utilizzate.

IL LABORATORIO DI DRAMMATERAPIA PRESSO VILLA ARMONIA A ROMA

"Villa Armonia" è una Casa di Cura specialistica psichiatrica accreditata con la Regione Lazio e attiva dal 1972. Gli interventi terapeutici (di tipo farmacologico, psicoterapeutico, tecnico-riabilitativo, familiare e sociale) tengono conto delle raccomandazioni di buone pratiche in campo terapeutico, psichiatrico e riabilitativo psico-sociale e vengono svolti da un'équipe multidisciplinare, per garantire la continuità di cura del paziente anche attraverso un costante confronto tra gli specialisti delle differenti istituzioni territoriali di competenza (CSM/Medico curante).

Per ogni paziente viene definito un progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato che può essere condiviso dove indicato e possibile anche con la famiglia, per ottimizzarne l'efficacia. La riabilitazione psicosociale è orientata al recupero psichico, fisico e relazionale del paziente, con l'obiettivo di reinserimento (in modo efficace e duraturo) nel contesto relazionale, familiare e sociale ottenibile con il potenziamento di competenze, autostima e capacità di autonomizzazione relazionale.

Nell'ambito di tale Struttura è presente l'Unità Esordi dotata di 7 posti residenziali, dedicata al trattamento delle patologie psichiatriche nei giovani, che presentano specifici bisogni legati all'età e alla fase iniziale della loro patologia e richiedono, pertanto, una presa in carico di tipo specialistico e multiprofessionale. Come evidenziato nelle principali linee-guida di riferimento, un intervento precoce ed efficace del disturbo psichiatrico all'esordio consente di prevenire notevoli compromissioni del funzionamento biologico, psicologico e sociale che possono verificarsi dopo l'esordio della malattia.

L'Unità Esordi rappresenta pertanto, un ambiente di ricovero specialistico, finalizzato a obiettivi quali l'attivazione di un processo di guarigione più rapido, una riduzione della morbilità, una conservazione delle abilità sociali nella continuità del supporto familiare e sociale e con conseguenti minori necessità di ospedalizzazione.

Le attività terapeutico-riabilitative e risocializzanti vengono svolte in spazi dedicati con percorsi personalizzati in base all'età, alle specifiche condizioni e ai bisogni del paziente e possono avvalersi di laboratori orientati per fasi o tipologie di psicopatologie. Uno tra questi è il laboratorio di drammaterapia messo in atto a favore di giovani pazienti adulti all'esordio di disturbi psicotici e/o con gravi disturbi di personalità di malattia.

CAMPIONE E PROCEDURA

L'esperienza qui descritta ha coinvolto sei giovani adulti (18–25 anni) inseriti in un percorso semiresidenziale, con diagnosi di grave disturbo di personalità e/o psicosi affettiva. Il laboratorio di drammaterapia ha avuto una durata di sei mesi, con incontri settimanali della durata di novanta minuti, condotti da un drammaterapeuta formato e supervisionato dagli altri membri dell'équipe curante (medico psichiatra, psicoterapeuta, TeRP).

STRUMENTI DI VALUTAZIONE

La valutazione dell'efficacia di un intervento drammaterapeutico presenta criticità specifiche, legate alla natura multidimensionale dell'intervento stesso. Per questa ragione si è scelto un approccio mixed methods, che integra strumenti quantitativi e qualitativi (Jones, 2007).

Le valutazioni sono state effettuate al baseline e al termine dei sei mesi.

Strumenti quantitativi standardizzati:

- CGI – osservazione clinica e psichiatrica
- WHODAS 2 – funzionamento sociale (ex DSM 5 TR)
- Q-LES-Q – benessere percepito dal paziente

Sul piano qualitativo, sono stati impiegati strumenti osservazionali in uso presso la struttura quali checklist sulla partecipazione, sull'espressività corporea, sull'uso dei ruoli e sulle dinamiche di gruppo – e diari clinici, integrati dalle narrazioni dei pazienti raccolte nei momenti conclusivi delle sessioni.

RISULTATI CLINICI

Nei primi sei mesi di attività laboratoriale sono stati coinvolti prevalentemente giovani adulti con vissuti dolorosi, segnati da solitudine e isolamento sociale. L'analisi delle valutazioni pre/post e dei dati osservazionali ha evidenziato miglioramenti convergenti su più dimensioni: regolazione emotiva, flessibilità comportamentale e funzionamento sociale. Nei pazienti

con disturbi di personalità si è osservato un ampliamento del repertorio relazionale, una maggiore capacità di mentalizzazione e una progressiva riduzione delle modalità interattive rigide, con ricadute positive sull'integrazione di gruppo e sulla qualità delle relazioni esterne, come riferito dagli stessi pazienti e dai familiari.

La terapia psicofarmacologica in atto non comportava l'uso di farmaci SGA-LAI (Antipsicotici di seconda generazione in formulazione Long Acting).,non ha richiesto variazioni posologiche e non si sono verificati *drop out* né interruzioni dovute a riacutizzazioni sintomatiche. Il riscontro qualitativo raccolto presso utenti, familiari e operatori è stato uniformemente positivo, confermando la collocazione stabile e produttiva del laboratorio drammaterapeutico all'interno del progetto riabilitativo della struttura.

VALUTAZIONE QUALITATIVA

Sotto l'aspetto *drammaterapeutico* si osservava che dopo un periodo iniziale di riscaldamento e di co-costruzione del setting ci si è impegnati su tre aspetti drammaterapeutici a nostro avviso fondamentali. Il primo è **l'azione,** riprendendo dunque la radice della disciplina della drammaterapia mutuata proprio dalla parola *drao*, agisco, io agisco e agisco in prima persona, con responsabilità e quasi con una certa dose di eroismo consistente pur nella condizione di gravità psico-sociale legata ai disagi esperiti nell'affidarsi all'operatore drammaterapeuta compiendo un primo passo di cambiamento, dichiarando se stessi con particolare fiducia nel segno della reciprocità. "Stare" poi, nel laboratorio, con la propria spontanea corporeità, è stato senza dubbio il primo passo di reale di convalidata fiducia reciproca, di sperimentazione di una rinata speranza, fondamento per una più generale "*recovery*" riabilitativa. Tale passaggio ha consentito, allora, al corpo di poter direzionarsi verso l'azione per farsi ruolo, e dunque divenire corpo metaforico, trasformando il vissuto in un'elaborazione mitopoietica spendibile su vari scenari, quello della relazione diadica con il terapeuta ma anche su quella sociale del gruppo. La storia, la narrazione, sono infatti aspetti importanti, se non decisivi, perché elementi accattivanti che suscitano curiosità, attirano attenzione e permettono di costruire la storia insieme agli altri, promuovendo un aspetto fondamentale per l'abilità drammatica che è l'ascolto e l'interazione. L'ascolto è infatti legato anche allo sguardo, uno sguardo attento che cambia, che partecipa e si fa complice dell'altro anche quando non si è direttamente coinvolti e che sostiene l'altro. Riemergono allora le matrici del Teatro, dal greco *theaomai*, guardare, ma con sguardo attivo e dunque critico, sviluppando responsabilità. Set e setting dove si esercita la "Creazione", con le improvvisazioni, attività molto gradite dagli utenti, ma anche l'interattività sperimentabile nella valorizzazione anche degli utenti che vengono "fuori" a fare da pubblico. In questa reciprocità straordinaria di sostegno si sviluppano passaggi evolutivi importanti che mettono in campo rilevanti risorse emotive, fisiche e cognitive.

Il terzo aspetto che si evidenzia è il rito. Ad un certo punto del laboratorio il gruppo si consolida nel rito del gioco, al punto tale da consentire di raggiungere importanti gradi di autonomia. In questa fase il laboratorio, come si suol dire, "si faceva da sé", come quando ad esempio il gruppo esercitava con autonomia e spontaneità, una sorta di *maternage ritualizzato* quando un compagno/a reparto veniva dimesso/a, in questo centrando l'aspetto dell'*attraversamento della soglia* (fisica ma anche mentale ed affettiva, riportante ad un *dentro e fuori* ma anche ad un *prima e dopo*, aspetto molto ansiogeno di per sé, ma rassicurato dallo sguardo ritualizzato e benevole del *gruppo/madre* che continua ad esserci anche se ti saluta nel *qui ed ora*, ma che sarà sempre pronto a coinvolgersi in forme nuove nei vari *lì ed allora* che potranno prospettarsi nella "*vita nuova*"

In buona sostanza risultati osservati incoraggiano lo sviluppo di una collaborazione pluri-specialistica più ampia, a proiezione territoriale e nazionale: l'adozione di strumenti di valutazione validati e condivisi consentirebbe di mettere meglio a fuoco le evidenze finora raccolte. È in questa prospettiva che il presente lavoro si propone come segnalazione e invito alla collaborazione: il gruppo di sperimentazione costituito dagli autori, insieme alla struttura sanitaria promotrice dell'esperienza, è disponibile a partecipare a network di ricerca multicentrici sul tema.

Di seguito una rielaborazione clinica dei sei casi afferenti al gruppo di utenti frequentatori del laboratorio di drammaterapia con valutazioni diagnostiche accreditanti il riferimento ai disturbi di personalità del Cluster B (DSM-5-TR: Borderline, Narcisistico, Istrionico, Antisociale).

Utente 1

Diagnosi: Disturbo Borderline di Personalità (Cluster B)

Osservazione: Funzionamento borderline di personalità

Il soggetto presenta una spiccata instabilità affettiva, con rapide oscillazioni dell'umore e difficoltà a regolare le emozioni negative, in particolare rabbia e vergogna. Mostra un'intensa sensibilità al rifiuto e al giudizio altrui, con reazioni emotive sproporzionate a lievi frustrazioni. La fragilità identitaria si manifesta come senso di vuoto, difficoltà a definire un Sé stabile e tendenza a idealizzare o svalutare gli altri in modo repentino. Nelle relazioni prevalgono dipendenza affettiva e paura di abbandono.

Aspetti clinici rilevanti:

- Marcata instabilità affettiva
- Paura dell'abbandono
- Identità instabile
- Disregolazione emotiva
- Sensi di colpa e vergogna intensi

Utente 2

Diagnosi: Disturbo Borderline di Personalità con tratti post-traumatici complessi

Osservazione Quadro post-traumatico complesso con instabilità relazionale

Il profilo suggerisce una vulnerabilità emotiva legata a esperienze traumatiche precoci. Si osserva un pattern relazionale basato sulla ricerca di protezione, alternato a diffidenza e allontanamento. L'attivazione ansiosa intensa produce impulsività, crisi emotive e difficoltà a mantenere relazioni stabili. Le ripetizioni di schemi relazionali disfunzionali (attrazione per relazioni instabili o ambivalenti) riflettono la rievocazione di un trauma attaccamentale.

Aspetti clinici rilevanti:

- Reattività emotiva elevata
- Relazioni intense ma instabili
- Senso cronico di vuoto
- Ripetizione di dinamiche traumatiche-relazionali

Utente 3)

Diagnosi: Disturbo Istrionico di Personalità (Cluster B)

Osservazione: Funzionamento regressivo e teatrale

Il soggetto manifesta intensa emotività, drammatizzazione degli eventi e bisogno costante di attenzione e rassicurazione. La regressione psicologica si esprime in dipendenza affettiva e difficoltà a tollerare la solitudine. Le relazioni appaiono superficiali e strumentali al mantenimento di conferme esterne. Le emozioni vengono espresse in modo esagerato ma spesso appaiono poco autentiche o incoerenti al contesto.

Aspetti clinici rilevanti:

- Espressività emotiva marcata e teatrale
- Ricerca continua di attenzione e approvazione
- Relazioni vissute come più intime di quanto non siano
- Suggestionabilità e dipendenza emotiva

Utente 4

Diagnosi: Disturbo Borderline di Personalità (prevalente componente introspettiva e depressiva)

Osservazione: Disregolazione emotiva e ritiro sociale

Il profilo mostra importante labilità emotiva con episodi di ansia acuta, sentimenti di inadeguatezza e autocritica persistente. Il ritiro sociale appare come strategia difensiva di fronte a una vulnerabilità emotiva profonda. Le ruminazioni e l'auto-svalutazione possono generare periodi di abbattimento e isolamento alternati a momenti di intensa attivazione affettiva.

Aspetti clinici rilevanti:

- Disregolazione affettiva
- Autocritica e sentimenti cronici di inadeguatezza
- Tendenza all'isolamento e alle relazioni instabili
- Ruminazione e scarsa autostima

Utente 5)

Diagnosi: **Disturbo Borderline di Personalità con elementi psicotici transitori e tratti narcisistici o paranoidi secondari**

Osservazione: Quadro post-traumatico con elementi disorganizzati

La presenza di pensiero tangenziale, deragliamento e tratti quasi deliranti indica un funzionamento al limite tra organizzazione borderline e psicotica. Le relazioni mostrano bizzarrie, provocatorietà e scarsa modulazione degli affetti. È plausibile l'interferenza di esperienze traumatiche gravi che hanno frammentato la percezione di sé e dell'altro, conducendo a modalità difensive primitive (scissione, proiezione, identificazione proiettiva).

Aspetti clinici rilevanti:

- Pensiero disorganizzato in condizioni di stress

N°	Sintomatologia e funzionamento prevalente	Dinamiche relazionali	Diagnosi (Cluster B)
1	Disregolazione emotiva; impulsività; scarsa tolleranza alla frustrazione; vergogna; identità fragile.	Ipersensibilità al giudizio; paura di abbandono; oscillazioni idealizzazione–svalutazione.	Disturbo Borderline di Personalità
2	Instabilità emotiva e ansiosa; vulnerabilità post-traumatica; ripetizione di pattern traumatici.	Alternanza attaccamento–diffidenza; relazioni intense e instabili.	Disturbo Borderline di Personalità con tratti post-traumatici complessi
3	Emotività intensa; teatralità; regressione; dipendenza affettiva; ridotta accessibilità interna.	Ricerca di attenzione e conferme; relazioni superficiali; forte bisogno di approvazione.	Disturbo Istrionico di Personalità
4	Labilità emotiva; ruminazione; autocritica; evitamento sociale; sentimenti di inadeguatezza.	Isolamento; bassa autostima; relazioni discontinue.	Disturbo Borderline di Personalità (componente depressiva-ansiosa)
5	Pensiero tangenziale; elementi simil-deliranti; rigidità cognitiva; bizzarrie; trauma complesso.	Relazioni provocatorie e disorganizzate; difficoltà di flessibilità e coerenza relazionale.	Disturbo Borderline di Personalità con tratti psicotici transitori e narcisistici secondari
6	Impulsività; iperattività; scarsa regolazione attentiva; dipendenza affettiva; ridotta pianificazione	Relazioni fusionali-dipendenti; ridotta autonomia; confini interpersonali labili.	Disturbo Borderline di Personalità (profilo impulsivo; possibile comorbilità ADHD)

Tabella 1. Sintomatologia, dinamiche relazionali e diagnosi (Cluster B, DSM-5-TR)

- Relazioni instabili e provocatorie
- Identità fragile
- Sottostante trauma complesso

Utente 6

Diagnosi: Disturbo Borderline di Personalità con tratti impulsivi,

Osservazione: Iperattività, impulsività e dipendenza affettiva

Il soggetto mostra difficoltà di controllo degli impulsi, attenzione discontinua e tendenza all'agito. La forte dipendenza affettiva e la bassa tolleranza alla frustrazione conducono a comportamenti relazionali immaturi, oscillanti tra bisogno di conferme e impazienza verso i limiti. Le relazioni sono spesso vissute in modo fusionale, con scarsa autonomia emotiva.

Aspetti clinici rilevanti:

- Impulsività marcata
- Dipendenza affettiva
- Disregolazione emotiva
- Difficoltà di attenzione e controllo

In sintesi, cinque dei sei casi si collocano prevalentemente nello spettro borderline, con diverse sfumature (traumatiche, depressive, psicotiche o impulsive). Uno (il n. 3) mostra invece un funzionamento più istrionico, coerente con un pattern di teatralità e dipendenza affettiva.

Si rimanda alle Tabelle comparative sintetiche 1 e 2 descriventi i sei profili clinici, con sintomi principali, dinamiche relazionali e diagnosi ipotizzate (secondo il DSM-5-TR, cluster B) e il successivo quadro evolutivo.

VALUTAZIONE STRUMENTALE E TESTOLOGICA

La lettura integrata dei tre strumenti valutativi utilizzati (la CGI restituisce una sintesi clinica globale del

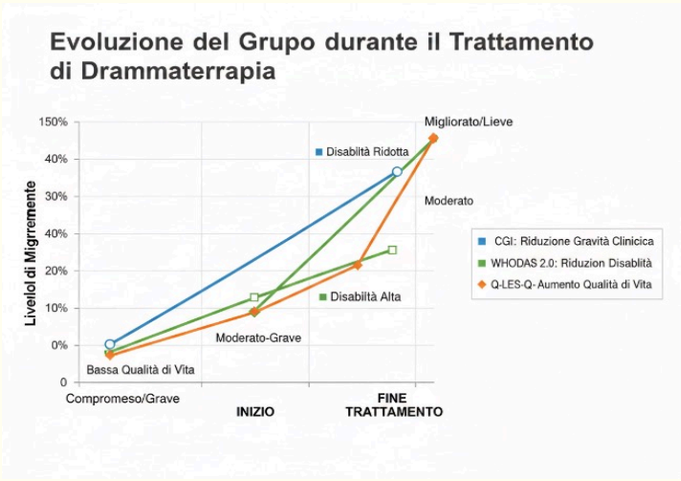
N°	Evoluzione clinica	Regressione sintomatica osservata
1	Maggiore regolazione emotiva e ridotta impulsività. Miglior coesione identitaria e maggiore tolleranza all'ambiguità relazionale.	Notevole: scomparsa di agiti impulsivi e incremento della fiducia nelle relazioni.
2	Riduzione progressiva dell'ansia relazionale e dei pattern ripetitivi legati al trauma. Simbolizzazione parziale delle esperienze traumatiche attraverso il gioco drammatico.	Buona: minore iperattivazione e maggiore continuità affettiva.
3	La teatralità viene incanalata in un'espressione artistica più consapevole. Ridotta dipendenza dall'attenzione altrui, con maggiore autenticità nei rapporti.	Moderata: teatralità più controllata e coerente rispetto al contesto.
4	Incrementata l'autoregolazione emotiva e la capacità di confronto con l'altro. Ridotta tendenza all'isolamento; miglior tono dell'umore.	Buona: diminuzione dei pensieri ruminativi e maggiore apertura sociale.
5	L'esperienza gruppale ha contenuto la disorganizzazione cognitiva e ridotto le componenti simil-deliranti. Incrementata la flessibilità nelle dinamiche relazionali.	Moderata-importante: pensiero più coerente e comportamenti meno provocatori.
6	Maggior controllo dell'impulsività e della dipendenza affettiva. Migliore attenzione e consapevolezza.	Significativa: riduzione degli agiti impulsivi e maggiore stabilità relazionale.

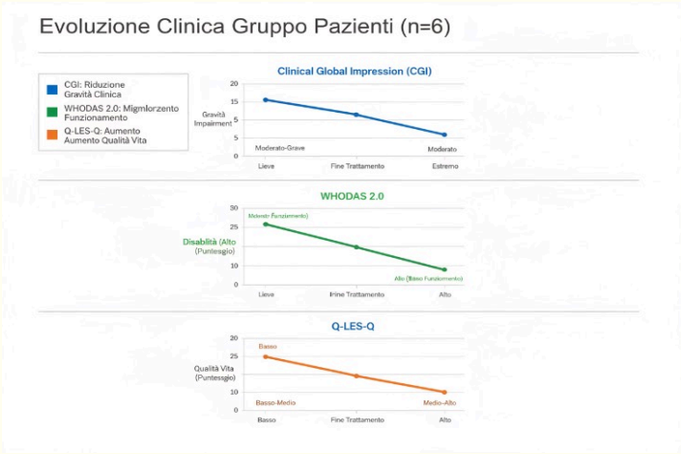
Tabella 2 – Evoluzione individuale dopo sei mesi di drammaterapia

cambiamento la WHODAS 2.0 documenta il livello di funzionamento e disabilità la Q-LES-Q dà voce al vissuto soggettivo di benessere) ha consentito cogliere aspetti complementari. Nel gruppo osservato, emerge un andamento complessivamente coerente: alla riduzione della gravità clinica si associa un miglioramento del funzionamento e, parallelamente, un incremento della qualità della vita percepita.

Tuttavia, l'analisi integrata mette anche in evidenza alcune discrepanze significative, che rappresentano elementi clinicamente rilevanti:

- pazienti con miglioramento clinico ma benessere ancora basso;
- pazienti con discreto funzionamento ma limitata soddisfazione soggettiva;
- pazienti che mostrano precoci segnali di benessere prima di un chiaro cambiamento sintomatologico.





Queste differenze serviranno comunque per orientare in modo più mirato il progetto terapeutico-riabilitativo.

SINTESI EVOLUTIVA COMPLESSIVA

Nel corso di sei mesi il gruppo ha mostrato una regressione sintomatica significativa, con riduzione della disregolazione emotiva, incremento delle competenze relazionali e maggiore integrazione identitaria.

La drammaterapia ha favorito l'emergere e la rielaborazione simbolica di vissuti traumatici attraverso l'espressione corporea e narrativa, consentendo ai soggetti di differenziare sé dall'altro e di rappresentare affetti precedentemente agiti in modo impulsivo

Fattori comuni di evoluzione

- Incremento della consapevolezza emotiva: miglior riconoscimento e denominazione delle emozioni, con riduzione degli agiti impulsivi.
- Potenziamento del Sé osservante: la produzione drammatica ha consentito una distanza riflessiva tra esperienza interna e comportamento.
- Miglioramento nella tolleranza alla frustrazione e nella gestione del rifiuto.
- Ampliamento delle capacità relazionali: maggiore empatia, cooperazione e stabilità nell'interazione gruppale.
- Parziale integrazione identitaria: passaggio da rappresentazioni scisse del Sé ("buono/cattivo") a una visione più complessa e continua.

Sul piano globale si constata un passaggio da un funzionamento borderline-traumatico a un livello di organizzazione più integrato, con riduzione del rischio di acting-out e miglior adattamento sociale.

La drammaterapia ha agito come strumento di:

- ricostruzione narrativa del Sé,
- sperimentazione di ruoli più funzionali,
- validazione emotiva nel contesto gruppale.

Dal punto di vista clinico, il decorso suggerisce una buona prognosi relativa: pur restando tratti di

vulnerabilità affettiva e bisogno di conferme interpersonali, la crescita della funzione simbolica e la capacità di autoriflessività delimitano l'intensità del quadro borderline originario.

L'ipotesi evolutiva è quella di un passaggio da funzionamenti di tipo borderline primario verso configurazioni più mature, in alcuni casi con prevalenza di tratti istrionici o narcisistici stabili e meglio regolati — compatibili con una progressiva ricostruzione del Sé relazionale. Per uno studio più analitico degli indici di miglioramento dopo un intervento di drammaterapia su soggetti con disturbi di personalità del Cluster B, conviene combinare strumenti quantitativi (standardizzati e replicabili) con qualitativi, per cogliere sia la dimensione sintomatica che quella esperienziale e relazionale.

DISCUSSIONE

I risultati osservati suggeriscono che la drammaterapia, integrata in un percorso residenziale, può contribuire al miglioramento del funzionamento globale di pazienti con psicopatologia complessa. La capacità di operare simultaneamente sulle dimensioni corporea, simbolica e relazionale costituisce probabilmente il vantaggio specifico dell'intervento, permettendogli di intercettare aspetti del funzionamento psicologico che gli approcci esclusivamente verbali raggiungono con maggiore difficoltà. Sul piano clinico è significativo che le aree in cui si è registrato il miglioramento più evidente – regolazione emotiva, flessibilità comportamentale, mentalizzazione, qualità delle relazioni di gruppo – siano proprio quelle che la letteratura indica come bersagli elettivi della drammaterapia (Jones, 2007; Landy, 1996; Pitruzzella, 2014). La convergenza tra dato osservativo e modello teorico rafforza l'ipotesi di un'effettiva azione dei meccanismi descritti nella sezione precedente, e non di una semplice covariazione casuale.

L'esperienza estetica e simbolica permette al paziente di esplorare contenuti emotivi in condizioni di sicurezza, facilitando processi di mentalizzazione e ristrutturazione narrativa dell'esperienza. Il contesto gruppale favorisce inoltre lo sviluppo di competenze sociali e il senso di appartenenza, dimensioni di particolare rilevanza nei pazienti con esordi psicopatologici, il cui percorso riabilitativo ha tra gli obiettivi prioritari il mantenimento o la ricostruzione del legame sociale.

LIMITI METODOLOGICI

L'esperienza presenta sicuramente limiti da riconoscere: l'eterogeneità degli interventi drammaterapeutici ostacola standardizzazione e replicabilità, la componente osservazionale introduce potenziali bias interpretativi, e la dimensione gruppale rende difficile isolare gli effetti specifici. La ridotta numerosità del campione e l'assenza di un gruppo di controllo limitano la generalizzabilità dei risultati. Tali criticità, tuttavia, a nostro avviso non invalidano le osservazioni cliniche, ma fanno rilevare la necessità di protocolli più standardizzati e studi longitudinali su campioni più ampi e disegni quasi-sperimentali multicentrici.

In questo contesto assume dunque rilevanza l'ipotesi dell'adozione di uno strumento come la Scala di Monitoraggio del Percorso nelle Artiterapie (SMPA), sviluppata dal Gruppo di Approfondimento Tecnico sulle Artiterapie della DG Welfare Regione Lombardia a partire da una scheda delle Botteghe d'Arte dell'ASST GOM Niguarda. La SMPA risponde a un'esigenza rilevante: in letteratura manca uno strumento trasversale, validato e applicabile nel contesto reale per la valutazione d'esito delle artiterapie. Questo strumento etero-somministrato è stato progettato per essere utilizzato trasversalmente nelle diverse forme di arteterapia (pittura, musica, teatro, danza, scrittura), risultando. (Melorio, Viganò 2024,2025).

La SMPA nasce perché le scale classiche (CGI, BPRS, WHODAS) non colgono

- la dimensione simbolica
- processo creativo

- cambiamento relazionale nell'arte

La SMPA misura quindi il processo terapeutico, non solo l'esito. La SMPA è uno strumento di 58 item sviluppato da un gruppo di esperti per monitorare i processi nelle AT, basato su un manuale dettagliato e applicabile senza modificare le pratiche usuali. - La scala valuta dimensioni tematiche come area cognitiva, relazionale, espressiva, psico-educativa, valutazione globale e clima. - La struttura psicometrica mostra alta coerenza interna e affidabilità. - La scala può essere applicata a tutte le forme di AT, supportando osservazioni multidimensionali e longitudinali. E quindi l'équipe curante si prefigge di poter realizzare ulteriori monitoraggi validitativi inserendo anche questo strumento.

CONCLUSIONI

La drammaterapia si configura come un intervento riabilitativo multidimensionale capace di integrare corpo, ruolo e distanza estetica entro la cornice della Realtà drammatica, dando luogo a un processo terapeutico unitario. L'esperienza qui descritta, pur con i limiti metodologici dichiarati, segnala miglioramenti significativi sul piano della regolazione emotiva, della flessibilità comportamentale e della cognizione sociale.

L'integrazione tra strumenti di valutazione standardizzati e osservativi consente di seguire con maggiore accuratezza i processi di cambiamento. Sono auspicabili ulteriori studi longitudinali e protocolli condivisi che consolidino l'evidenza empirica e contribuiscano a chiarire i meccanismi specifici di efficacia.

Il presente lavoro sollecita l'équipe curante a continuare l'esperienza laboratoriale in atto possibilmente rendendola più organica e strutturata con i percorsi assistenziali e riabilitativi proposti in sede residenziale e potenziando l'aspetto valutativo con l'integrazione degli strumenti valutativi con l'uso della Scala SMPA ed auspicando l'attivazione di un network nazionale di ricerca e studio dedicato alle ArtiTerapie applicate ai percorsi di Riabilitazione Psicosociali proposti nei vari PTRP (Piani Terapeutici Riabilitativi Personalizzati) a favore di pazienti seguiti in strutture del SSN o con esso accreditato.

BIBLIOGRAFIA

1. Pendzik, S. (2006). On dramatic reality and its therapeutic function in drama therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 33(4), 271–280.
2. Pitruzzella, S. (2014). *Drammaterapia. Fondamenti, modelli e metodi*. Milano: FrancoAngeli.
3. Winnicott, D. W. (1971). *Gioco e realtà*. Roma: Armando Editore.
4. Jones, P. (2007). *Drama as therapy: Theory, practice and research* (2nd ed.). New York: Routledge.
5. Pitruzzella, S. (2004). *Introduzione alla drammaterapia*. Milano: FrancoAngeli.
6. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
7. Gallese, V. (2007). Dai neuroni specchio alla simulazione incarnata: Un meccanismo neurofisiologico per l'intersoggettività. *Rivista di Psicoanalisi*, 53(1), 197–208.
8. Landy, R. J. (1993). *Persona and performance: The meaning of role in drama, therapy, and everyday life*. New York: Guilford Press.
9. Landy, R. J. (1996). *Essays in drama therapy: The double life*. London: Jessica Kingsley Publishers.
10. Jennings, S. (1998). *Introduction to dramatherapy: Theatre and healing*. London: Jessica Kingsley Publishers.
11. Lahad, M. (1992). *Storymaking in bereavement*. London: Jessica Kingsley Publishers.
12. Damasio, A. R. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. San Diego, CA: Harcourt Brace & Co.
13. Scheff, T. J. (1979). *Catharsis in healing, ritual, and drama*. Berkeley, CA: University of California Press.
14. Emunah, R. (1994). *Acting for real: Drama therapy process, technique, and performance*. New York: Brunner/Mazel.

15. Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2006). *So quel che fai: Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano: Raffaello Cortina.
16. Strang, C. Z. (2024). Neurobiological mechanisms of art therapy. *Frontiers in Psychology*.
17. Melorio, T., & Viganò, C. (2025). *Arte e Riabilitazione*. Roma: Fioriti Editore (In Press).
18. Melorio, M. (2019). *Linee di confine. Le Arti Terapie tra clinica e arte*. Roma: Anicia.
19. Viganò, C., Ariu, C., Barbieri, D., Goffredi, A., Ferrara, L., Rea, F., Barlati, S., Vita, A., & SIRP Survey Group. (2023). Psychiatric rehabilitation patterns in Italy: Results from the Italian Society of Psychosocial Rehabilitation (SIRP) Survey. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1130811.