



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**L'arteterapia come momento di relazione
tra infermiere e assistito
in ambito di salute mentale**

Relatore: Chiar.mo
Dott. Enrico Ceroni

Tesi di Laurea di:
Doriana Belletti

Correlatore: Chiar.mo
Dott. Maurizio Ercolani

A.A. 2021/2022

Il tempo di relazione

è tempo di cura.

(Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, art. 4)

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1: LA SALUTE MENTALE	2
1.1 Che cos'è la salute mentale	2
1.2 Dal disagio al disturbo psichico	2
1.3 Epidemiologia e conseguenze dei disturbi psichici	4
1.4 Classificazione dei disturbi psichici	6
1.5 Analisi storica ed evoluzione dell'assistenza in ambito di salute mentale	8
CAPITOLO 2: L'ARTETERAPIA	17
2.1 Che cos'è l'arteterapia	17
2.2 Storia dell'arteterapia	18
2.3 Come l'arte diventa terapia	21
2.4 Ambiti di applicazione	24
CAPITOLO 3: L'ARTETERAPIA COME MOMENTO DI RELAZIONE TRA INFERMIERE E ASSISTITO IN AMBITO DI SALUTE MENTALE – REVISIONE DI LETTERATURA	26
3.1 Introduzione	26
3.2 Obiettivo	28
3.3 Materiali e metodi	28
3.4 Risultati	29
3.5 Discussione	38
CAPITOLO 4: CONCLUSIONI	40
BIBLIOGRAFIA	42
SITOGRAFIA	44

INTRODUZIONE

Questo elaborato nasce dal mio personale interesse nei confronti della salute mentale e della componente relazionale della professione infermieristica, componente che nella mia opinione caratterizza la professione stessa. Tale interesse ha incontrato la mia inclinazione verso l'arte nelle sue molteplici forme, andando a soffermarsi sul legame – forse ancestrale – tra disagio psichico e creazione artistica e quindi sull'arte come intervento terapeutico non farmacologico in ambito di salute mentale.

Lo scopo di questa revisione di letteratura è quello di dare un'immagine di come l'utilizzo dell'arteterapia nella gestione di disturbi psichici di varia natura produca risultati tali da favorire l'espressione e la comunicazione in soggetti che spesso, a causa della patologia da cui sono affetti, trovano difficoltà in questo e come essa possa dunque diventare un'occasione per l'infermiere di instaurare con l'assistito quella relazione terapeutica fondamentale in ambito di salute mentale e per la pianificazione e l'attuazione dell'assistenza infermieristica stessa.

L'arteterapia, infatti, permette alle persone affette da disturbi psichici di ritrovare una connessione con le proprie emozioni, di gestire i sintomi e in particolare di contenere quelli negativi, di superare l'auto-stigmatizzazione e raggiungere quello che viene visto da alcuni come un "posto sicuro" (Van Lith, 2015) in cui esprimere i propri pensieri ed i propri sentimenti. L'arte diventa così un ponte attraverso il quale questi ultimi possono raggiungere l'infermiere che, leggendo tra le loro righe, riesce ad identificare i bisogni della persona assistita ed offrire una relazione d'aiuto realmente efficace.

Il mio interesse per la salute mentale nasce insieme alla mia vocazione alla professione di Infermiera ed ha avuto modo di fiorire e maturare durante le mie esperienze di tirocinio clinico presso il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura ed il Centro di Salute Mentale dell'ASUR - Area Vasta 4 di Fermo. Qui ho potuto vedere e toccare con mano quanto terapeutica possa essere una relazione fondata sulla fiducia e sull'attenzione a quelli che sono i bisogni di persone che spesso non riescono ad esprimerli adeguatamente e come spesso questa relazione venga ad instaurarsi proprio in momenti di creatività, condivisione ed espressione, dietro un'apparente "leggerezza" che allontana per un momento dall'aspetto farmacologico e medicalizzato del trattamento e della patologia.

CAPITOLO 1

LA SALUTE MENTALE

1.1 Che cos'è la salute mentale

L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) definisce la salute come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità” (OMS, fonte: Ministero della Salute).

Da questa definizione si evince come la salute mentale - descritta dall'OMS come uno “stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni” (fonte: Ministero della Salute) – sia imprescindibile da una condizione globale di salute della persona, affinché quest'ultima possa dirsi autonoma ed in perfetto equilibrio con sé stessa e l'ambiente con cui si relaziona.

La salute mentale, esattamente come gli altri aspetti della salute, può essere influenzata da diversi fattori socioeconomici, sui quali è necessario agire con strategie globali di promozione, prevenzione, trattamento e riabilitazione.

1.2 Dal disagio al disturbo psichico

Ogni individuo, nel corso della sua esistenza, può andare incontro a cinque tipologie di condizioni che vengono a collocarsi su un *continuum* che parte da uno stato di benessere psichico (quindi da una condizione globale di salute) e arriva all'instaurarsi di una condizione di malattia mentale.

Si parla di benessere psichico quando la persona è in grado di adattarsi ai cambiamenti esistenziali, sfruttando al meglio le risorse di cui dispone.

Nel momento in cui viene a crearsi uno stato di sofferenza che compromette la serenità e l'equilibrio della persona, caratterizzato da inquietezza e frustrazione che possono

sfociare anche in tristezza vera e propria ed aggressività, ci si trova a sperimentare quello che viene definito disagio psichico. Da questo stato è possibile tornare alla condizione di benessere attraverso un adeguato trattamento dei fattori scatenanti ma, se questo non avviene, si passa al malessere psichico, condizione caratterizzata da disagio di maggiore intensità e consapevolezza di “non stare bene”.

Quando si instaura una condizione mentale invalidante continuativa, particolarmente importante e durevole, con la comparsa di sintomi clinici e alterazioni del comportamento che compromettono il funzionamento della persona sul piano relazionale, cognitivo, affettivo, sociale e lavorativo, siamo di fronte al disturbo psichico vero e proprio che, una volta stabilizzatosi, evolve in malattia mentale. Tutti gli individui, in risposta ad eventi esistenziali stressanti, possono transitare attraverso le fasi di disagio e malessere psichico, mentre solo alcuni di essi sono inclini a sviluppare un disturbo psichico e, di conseguenza, una malattia mentale.

Il disturbo mentale è dunque inteso come una sindrome caratterizzata da significative problematiche a livello di pensiero, di regolazione delle emozioni e/o di comportamento, che riflettono una disfunzione dei processi psicologici, biologici e/o dello sviluppo che compongono il funzionamento mentale.

I disturbi mentali sono generalmente accompagnati da sofferenza o difficoltà nelle abilità sociali, occupazionali e in altre attività significative.

Il disturbo psichico, infatti, comporta una distorsione degli stimoli ambientali, alla quale la persona risponde con reazioni coerenti con la propria interpretazione di tali stimoli distorti ma non adattative né efficaci. Questo comportamento, caratterizzato dall'adozione di modelli comportamentali non condivisi dagli altri e non adeguati alle richieste dell'ambiente circostante, si traduce in perdita di autonomia nelle attività di vita quotidiana e in una incapacità di soddisfare i propri bisogni.

La persona affetta da disturbo psichico fa in alcuni casi esperienza di visioni, voci, odori inesistenti che, essendo per essa reali e spesso angoscianti, la conducono ad un progressivo isolamento, accentuato sul piano sociale dallo stigma dell'emarginazione. Questo trova spesso sfogo, in un vano tentativo di auto-cura, in comportamenti abusanti nei confronti di alcool e sostanze stupefacenti, che innescano un circolo vizioso di cui è vittima non solo la persona ma anche la sua famiglia.

La persona affetta da disturbo psichico viene così a trovarsi impegnata su due fronti:

quello della sua personale esperienza di malattia, declinata in termini di sofferenza e disabilità, e quello della reazione dell'ambiente sociale, vissuta come una "seconda malattia".

1.3 Epidemiologia e conseguenze dei disturbi psichici

I determinanti della salute mentale e dei disturbi mentali includono non solo caratteristiche individuali come la capacità di gestire i propri pensieri, le emozioni, i comportamenti e le relazioni con gli altri, ma anche fattori sociali, culturali, economici, politici e ambientali, la protezione sociale, lo standard di vita, le condizioni lavorative e il supporto sociale offerto dalla comunità. L'esposizione alle avversità sin dalla tenera età rappresenta un fattore di rischio per disturbi mentali ormai riconosciuto e prevenibile.

Le persone con disturbi mentali sperimentano tassi di disabilità e di mortalità più elevati rispetto alla media. Per esempio, persone affette da disturbo depressivo maggiore e disturbi gravi dello spettro schizofrenico hanno una possibilità maggiore del 40-60%, rispetto al resto della popolazione, di andare incontro a morte prematura, a causa di altre malattie che spesso non vengono affrontate (come cancro, malattie cardiovascolari, diabete o infezione da HIV) e di suicidio. Quest'ultimo rappresenta la seconda causa di mortalità nei giovani su scala mondiale.

Secondo il Global Burden of Disease Study 2017, nel loro complesso i disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze psicoattive sono responsabili di più del 14% dei DALYs (*Disability-adjusted life year*). Il loro peso (*burden*, per l'appunto) si manifesta in entrambi i sessi e in tutte le fasce d'età. Tra i disturbi più comuni durante la fase adulta troviamo i disturbi depressivi e ansiosi e la schizofrenia. In ognuna delle regioni geografiche considerate, le malattie mentali interessano più del 10% della popolazione. Il GBD 2017, che analizza le variazioni avvenute nelle ultime tre decadi, evidenzia come nel 1990 i disturbi mentali fossero la tredicesima causa di disabilità mentre ora sono al sesto posto (fonte: Ministero della Salute).

Nella regione europea dell'OMS, i disturbi mentali sono la principale causa di disabilità e la terza causa coinvolta nel carico complessivo di malattia dopo le malattie cardiovascolari e i tumori.

La prevalenza stimata dei disturbi mentali nel 2015 era di 110 milioni, equivalenti al 12% dell'intera popolazione della regione europea dell'OMS. Con l'inclusione dei disturbi da uso di sostanze tale prevalenza aumenta di 27 milioni di individui (arrivando al 15%).

Nella fascia di età relativa ad infanzia e adolescenza, studi recenti mostrano come, nel mondo, più di 1 adolescente su 7 tra i 10 e i 19 anni conviva con un disturbo mentale diagnosticato. In Europa, tra le patologie rilevate, l'ansia e la depressione rappresentano oltre la metà dei casi e il suicidio è diventata la seconda causa di morte fra gli adolescenti di età compresa fra i 15 e i 19 anni, con 4 casi su 100.000, dopo gli incidenti stradali (fonte: Ministero della Salute).

Vivere con una condizione di salute mentale compromessa rende più difficile rimanere a scuola o nel mondo del lavoro e mantenersi in buona salute fisica. I disturbi mentali fanno inoltre spesso precipitare gli individui e le loro famiglie in una condizione di povertà. A causa della stigmatizzazione e della discriminazione, infatti, le persone con disturbo mentale sono talvolta vittime di limitazioni nel diritto al lavoro, all'istruzione, alla procreazione ed alla possibilità di ottenere le migliori condizioni di salute.

Negli ultimi anni, la pandemia da Covid-19 ha avuto un forte impatto sulla salute mentale della popolazione. Alcuni gruppi, tra cui operatori sanitari in prima linea durante l'emergenza sanitaria, studenti, persone che vivono da sole, soggetti vulnerabili e persone con disturbi di salute mentale preesistenti, sono stati particolarmente colpiti. In molti paesi la crisi ha aumentato alcuni tra i principali fattori di rischio per le malattie mentali, quali disoccupazione, insicurezza finanziaria, povertà. In aggiunta a ciò, i servizi sanitari dedicati ai disturbi mentali e all'abuso di sostanze hanno subito un significativo rallentamento e in molti casi, addirittura, una vera e propria interruzione. Tuttavia, questo peggioramento dello stato di salute mentale della popolazione nel corso del biennio 2020-21 ha permesso di focalizzare l'attenzione sulle prestazioni del sistema sanitario in tema di salute mentale, diventate più importanti che mai. Durante l'Assemblea mondiale della sanità tenutasi nel maggio 2021, i governi di tutto il mondo

hanno riconosciuto la necessità di incrementare i servizi di salute mentale di qualità a tutti i livelli e alcuni paesi hanno trovato nuovi modi per fornire assistenza sanitaria mentale alle loro popolazioni (fonte: Ministero della Salute).

1.4 Classificazione dei disturbi psichici

Uno dei sistemi di classificazione dei disturbi psichici più utilizzati nel mondo è senz'altro quello proposto dal *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, noto anche con la sigla DSM, derivante dall'originario titolo dell'edizione statunitense *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Redatto dall'American Psychiatric Association per la prima volta nel 1952 e giunto nel 2013 alla quinta e attuale edizione, nel corso degli anni il manuale è andato di pari passo con lo sviluppo e i risultati della ricerca in ambito psicologico e psichiatrico, modificando e introducendo nuove definizioni di disturbi mentali.

Il DSM è uno strumento di diagnosi descrittiva dei disturbi mentali. Il suo approccio è quello di applicare la relativa stabilità dell'analisi descrittiva dei sintomi di patologie mediche all'universo dei disturbi mentali.

Va comunque sottolineato che, come attesta il titolo stesso, si tratta di un manuale diagnostico *statistico* e che ogni soggetto comporta un approccio ed una realtà di diagnosi e di trattamento specifica.

La struttura del manuale divide i disturbi mentali in cinque assi:

- ASSE I: disturbi clinici, caratterizzati dalla proprietà di essere temporanei o comunque non strutturali, e altre alterazioni che possono essere oggetto di attenzione clinica: lo psichiatra cerca la presenza di disturbi che possono essere riconducibili non solo alla mente e al sistema nervoso, ma anche a qualsiasi condizione clinica significativa che il soggetto può presentare (per esempio valuterà se il soggetto è sieropositivo, ha malattie metaboliche, etc.)
- ASSE II: disturbi di personalità e ritardo mentale. Si tratta di disturbi stabili, strutturali e difficilmente restituibili a una condizione pre-morbosa. Generalmente, ma non necessariamente, si accompagnano a un disturbo di Asse

I, cui fanno da contesto. Questo asse è diviso in sottoparagrafi corrispondenti ai diversi disturbi di personalità.

- ASSE III: condizioni mediche acute e disordini fisici.
- ASSE IV: condizioni psicosociali e ambientali che contribuiscono al disordine.
- ASSE V: valutazioni globali del funzionamento.

Una considerevole modifica del DSM-5 riguarda l'abbandono del sistema di valutazione multiassiale al quale si era abituati dal DSM-III, in quanto giudicato non necessario al fine di effettuare una diagnosi di disturbo mentale.

Nel DSM-5 i disturbi sono così classificati:

- Disturbi del neurosviluppo
- Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici
- Disturbo bipolare e disturbi correlati
- Disturbi depressivi
- Disturbi d'ansia
- Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati
- Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti
- Disturbi dissociativi
- Disturbi da sintomi somatici e disturbi correlati
- Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione
- Disturbi dell'evacuazione
- Disturbi del sonno-veglia
- Disfunzioni sessuali
- Disforia di genere
- Disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta
- Disturbi correlati a sostanze e disturbi da *addiction*
- Disturbi neurocognitivi
- Disturbi di personalità: ulteriormente raggruppati in tre cluster:
 - Cluster A: comprende le condotte di comportamento strane, bizzarre, eccentriche;

- Cluster B: caratterizzato da condotte di comportamento drammatiche, emotive, eccentriche;
 - Cluster C: racchiude le condotte di comportamento ansiose o inibite.
- Disturbi parafilici
 - Disturbi del movimento o indotti da farmaci

1.5 Analisi storica ed evoluzione dell'assistenza in ambito di salute mentale

I disturbi psichici sono noti fin dall'antichità.

Gli antichi Egizi ritenevano che tutte le malattie, indipendentemente da come si manifestassero, avessero un'origine fisica e ponevano nel cuore la sede dei sintomi che oggi chiamiamo psichici, senza fare alcuna distinzione tra malattia fisica e mentale.

La storia della psichiatria in senso stretto - così come la stessa medicina scientifica - nasce con i Greci, i quali sottrassero la malattia mentale all'aura mistico-soprannaturale che la circondava per attribuirle cause naturali. Ippocrate, considerato il padre della medicina, introdusse il concetto innovativo secondo il quale la malattia e la salute dipendevano da specifiche circostanze della vita della persona e non da superiori interventi divini: la condizione di salute o malattia veniva spiegata, organicamente, come risultante dello sbilanciarsi di quattro umori (teoria umorale). Per quanto riguarda le somatizzazioni, esse prendevano il nome di *isteria*, dal termine greco indicante l'utero: si riteneva infatti che tale organo si spostasse all'interno del corpo, entrando in contatto con cuore, fegato, testa, arti che, così influenzati, dolevano; l'isteria fu vista per la prima volta come il frutto dell'insoddisfazione erotica, il che coincide sostanzialmente con la teoria fornita successivamente dalla scuola psicanalitica di Freud. Nella cultura greca, inoltre, il corpo umano era concepito come un qualcosa di sacro, per cui non si procedeva a dissezioni di cadaveri umani: lo stesso Aristotele sezionava scimmie e da esse derivava la descrizione di componenti anatomiche umane.

Nel Medioevo, una grande conquista in questo campo fu rappresentata dal livello di

organizzazione dell'assistenza ai malati mentali, soprattutto tra le popolazioni arabe: siamo a conoscenza, infatti, di reparti dedicati a malati di mente negli ospedali di Baghdad e del Cairo, e di vere e proprie strutture nate appositamente per la cura e la gestione di queste persone a Damasco, Aleppo e Kaladun, caratterizzate da grande compassione ed umanità verso le persone affette da questo tipo di disturbi, benché affiancate a conoscenze scientifiche paragonabili a quelle degli antichi Greci.

Istituti simili sono documentati in questo periodo anche in Europa, sebbene in questo periodo si venne a delineare un'associazione tra malattia mentale e possessione demoniaca o stregoneria, per cui si riteneva che tali affezioni non dovessero essere curate da medici, bensì da sacerdoti o inquisitori.

Il Medioevo è anche l'epoca in cui viene coniato il termine *folia*, che deriva da *folitatem*, vocabolo che stava ad indicare “un sacco pieno di vento”, un essere che ha subito la perdita di qualcosa, che è pieno d'aria, vuoto. Questo non comportava un'accezione necessariamente negativa, poiché si riteneva che il *folle* portasse l'alito di Dio. Il ruolo che questi aveva nella corte feudale era un ruolo di rilievo, in quanto il giullare aveva il compito di far divertire e poteva dire tutto quello che voleva, senza subire conseguenze: quello che diceva, per quanto irriverente, ironico, sprezzante, nei confronti di tutta la corte, era intoccabile; nessuno se la prendeva con il *matto*, lui era folle per natura e suscitava il riso, veniva ritenuto un inusuale portatore di verità.

Il Rinascimento non vide alcun passo avanti nel campo della psichiatria. Infatti, mentre nel Medioevo la preoccupazione principale del mondo credente era quella di cacciare il demonio piuttosto che bruciare le streghe, nei secoli successivi si assistette ad una drammatica inversione di tendenza, per cui numerosi malati mentali - soprattutto donne - vennero fatti “curare” dalle fiamme piuttosto che da interventi clinici. Tuttavia, alcuni grandi nomi della medicina del tempo si opposero a questa sanguinaria e disumana tendenza, proponendo che l'origine delle malattie mentali non fosse da attribuire esclusivamente al demonio ma anche ad una dimensione clinico-naturale. Si tratta della cosiddetta prima rivoluzione psichiatrica, tra i cui fautori possiamo ricordare nomi come quelli di Cornelio Agrippa, Paracelso, Girolamo Cardano, Lemnius e Johann Weyer. Nonostante il clima di aspra e sanguinaria persecuzione, numerosi istituti per malati mentali nacquero in questo periodo in Spagna e in America latina.

Nel XVII secolo si assistette ad un ridimensionamento della caccia alle streghe e agli indemoniati, tuttavia, riportandolo su un piano più umano, iniziò una lenta ma progressiva trasformazione del malato mentale in essere asociale e pertanto costretto al totale isolamento fisico. Non a caso i regimi assolutistici di questo periodo, soprattutto in Francia, promossero numerose campagne di internamento dei poveri per ridurre la crisi sociale e, nelle strutture come quelle di Bicetre e Salpêtrière, ma anche nelle *Workhouses* inglesi e nelle *Zuchthaus* tedesche, non vennero confinati solo i poveri, ma anche gli omosessuali, i delinquenti, coloro che non sottostavano all'autorità della Chiesa e infine proprio i malati mentali, in numero così elevato da rendere necessaria la creazione di reparti speciali per accoglierli; altre volte, invece, venivano rinchiusi direttamente nelle prigioni e incatenati.

Se la psicosi nel corso del XVII secolo ancora sfugge all'attenzione medica, discorso del tutto differente va fatto per le nevrosi, malattie molto diffuse all'epoca, che iniziarono ad essere investigate con l'occhio critico della ricerca medica. È proprio in questo momento, infatti, che le nevrosi iniziano ad essere sottoposte a trattamento ambulatoriale da parte dei medici.

Nel corso del XVIII secolo vennero fatti giganteschi passi avanti nel campo della psichiatria, così come in altri settori della medicina, grazie alla straordinaria e importantissima influenza dell'Illuminismo.

Uno dei primi contributi fu la completa cancellazione del vecchio e medievale preconcetto che identificava il malato mentale con il posseduto dal demonio. Inoltre, venendo meno con l'Illuminismo il concetto dell'anima immortale, le malattie mentali iniziarono a essere trattate con criteri decisamente più scientifici, e iniziò ad essere riconosciuta l'importanza della psicoterapia nel loro trattamento.

Il sostanziale ottimismo verso il progresso, proprio dei pensatori illuministi, determinò una profonda fiducia nei confronti della completa guarigione dei malati mentali, che a sua volta scatenò un'ondata di filantropismo e di umanità nei vari istituti per il trattamento di tali malattie.

Altri traguardi raggiunti dall'Illuminismo furono l'ingresso della psichiatria nei tribunali e una prima, forte attenzione nei confronti della prevenzione delle malattie mentali.

D'altronde, l'Illuminismo fu la corrente ideologica e di pensiero che diede inizio alle cosiddette scienze sociali, di cui si vide l'utilizzo anche in campo sanitario.

In questo periodo si ebbe anche un'abbondante fioritura di teorie sociologiche sull'insorgenza delle malattie mentali e di disturbi quali l'alcolismo, che iniziò ad essere considerato un vero e proprio disturbo psichico.

La vera svolta si ebbe con la figura di Philippe Pinel (1745 – 1826), il quale ottenne nel 1795 la direzione del manicomio di Salpêtrière. Il suo *Traité médicophilosophique sur l'aliénation mentale* del 1801 rappresentò una svolta decisiva per la psichiatria del tempo, prendendo Pinel le distanze dai suoi predecessori e insistendo sull'importanza della componente filantropica della sua ideologia. Di importanza decisiva dal punto di vista terapeutico furono soprattutto i consigli di Pinel per quanto concerneva l'organizzazione degli istituti per malati mentali, nei quali l'atteggiamento doveva essere deciso ma al tempo stesso liberale, era essenziale la suddivisione degli istituti in reparti, si sconsigliava l'uso delle catene mentre la camicia di forza poteva essere utilizzata seppur limitatamente. Pinel sottolineava inoltre l'importanza della continuità del rapporto, del mantenimento di un certo ordine e dello studio della personalità dei malati; sosteneva che andasse incoraggiata l'attività fisica e meccanica, mentre bisognava evitare invece di lasciare eccessivo spazio alla religiosità della persona, che rischiava spesso di esaltarla, e riteneva fondamentale l'isolamento dei malati dalle loro famiglie, il contatto con le quali aveva spesso esiti controproducenti; condannava la violenza come terapia di shock e l'uso delle docce fredde, definito dallo stesso Pinel "delirio medico peggiore del delirio stesso del malato". In caso di presunta guarigione, occorreva infine prestare molta attenzione alla dimissione dei malati convalescenti.

Pioniere del trattamento teorizzato e sostenuto da Pinel fu Jean Baptiste Pussin (1745 – 1811), figura antesignana della ricerca infermieristica che precede di oltre mezzo secolo quella di Florence Nightingale (1820 – 1910), considerata la fondatrice dell'assistenza infermieristica moderna. Pussin sviluppò, su basi empiriche, studi legati all'osservazione e all'esperienza di cura e assistenza di persone malate di mente nella Francia di fine XVIII secolo. Nominato sorvegliante del reparto dei malati psichiatrici incurabili presso l'ala Saint Prix dell'ospedale di Bicêtre – dove questi abitavano stanze fredde, sporche, brulicanti di insetti e parassiti, e i più agitati venivano contenuti da catene, vedendo raramente la luce del sole – Pussin affrontò le molteplici problematiche presenti rivestendo il ruolo di figura cardine per l'organizzazione dei servizi e dei costi di gestione, quasi alla pari di un moderno infermiere di psichiatria con un incarico di

dirigente dipartimentale. Su apposite schede da lui ideate, Pussin registrava i rilievi che effettuava sui malati, in base ai quali poi lavorava per migliorarne l'alimentazione, le condizioni igieniche, la terapia (che molto spesso costituiva più che altro un mero strumento di tortura e umiliazione), incentivando le visite ed il coinvolgimento dei familiari e notando un beneficio rispetto alla precedente condizione di totale abbandono ed isolamento in cui versavano i malati. Pussin eliminò l'utilizzo del salasso, delle percosse e dei maltrattamenti e abolì l'utilizzo delle catene come strumenti di contenzione, ricorrendo solo occasionalmente (nei casi più refrattari ad altri trattamenti) alla camicia di forza, sempre sottolineando la necessità della ricostruzione delle condizioni funzionali ad una vita dignitosa per il malato, della relazione terapeutica, della fiducia, della dolcezza e con l'obiettivo complessivo di una diminuzione dell'infelicità della persona. Fu ancora Jean Baptiste Pussin a scoprire l'importanza del lavoro, in grado di riempire le giornate degli assistiti e di dare un senso e una dignità alla loro persona.

Quando Philippe Pinel arrivò a Bicêtre, notò subito l'abolizione delle catene di contenzione e chiese all'infermiere: << Cosa accade quando un folle in piena crisi viene liberato dalle catene? >>

<< Si calma. >> fu la risposta di Jean Baptiste Pussin.

Il sodalizio tra Pinel e Pussin fu immediato e diede avvio ad una moderna concezione della psichiatria che aprirà la strada a prospettive successive.

Alla morte di Pussin, il suo posto fu preso da Jean-Étienne Esquirol (1772 – 1840) che, facendo tesoro del trattamento sviluppato da Pussin e Pinel e confrontandosi con le teorie del metodo non costrittivo espresse dal medico inglese John Conolly, divenne uno dei padri fondatori della moderna psichiatria.

A partire dall'Ottocento, con l'affermazione dei diritti dell'uomo e del cittadino propagati dalla Rivoluzione francese, si chiusero gli istituti di segregazione e riprese a diffondersi la spiegazione della follia in termini di malattia. La condizione del folle venne distinta (in linea teorica) da quella del povero e del criminale, e si cominciò a pensare ad un trattamento in termini esclusivamente medici. Così il manicomio, istituzione destinata ad un ricovero che in realtà era segregazione, diventa il luogo di cura dei malati.

Questa nuova istituzione, che durante il secolo si diffuse in tutta Europa, costituì un

passo avanti rispetto al passato, in quanto basata su obiettivi di cura e di ricerca medica. Tuttavia, essa si rivelò in continuità con i luoghi di segregazioni del passato, dal momento che la cura coincideva con l'obiettivo effettivo del controllo dei malati. La malattia mentale era considerata sostanzialmente inguaribile, progressiva ed incomprensibile. Questo giustificava la segregazione dei malati per la salvaguardia delle persone civili e del pubblico decoro. Gli strumenti terapeutici in molte istituzioni mediche ottocentesche erano spesso improvvisati: docce ghiacciate, diete sbilanciate, isolamento e contenzione fisica sono solo alcune delle pratiche cui venivano sottoposti i malati.

Nella prima metà del '900, l'istituzione manicomiale continuò a recludere e isolare sempre più, oltre ai malati, anche sé stessa, venendo meno ad ogni effettivo programma di cura e di riabilitazione.

La psichiatria stessa, prigioniera del pregiudizio, si limitò in questo periodo ad una sorta di classificazione dei disturbi, categorizzandone sintomi e comportamenti specifici, per ricorrere poi a cure di carattere esclusivamente sedativo.

Alla fine degli anni Trenta iniziarono a diffondersi le terapie di shock, basate sull'ipotesi che un trauma elettrico, febbrile, ipoglicemico opportunamente indotto potesse avere virtù terapeutiche.

Mentre l'istituzione manicomiale restava immobile, viceversa con l'inizio del XX secolo prese avvio la più ampia rivoluzione storica nel campo delle conoscenze psicologiche.

Venne portato all'attenzione il concetto di *identità* della persona e del rapporto tra individuo e contesto sociale, così come quello del confine tra salute e malattia mentale. Dalla metà degli anni Cinquanta vennero introdotti gli psicofarmaci, sostanze che, indipendentemente dai risultati curativi, avevano l'effetto di attenuare i sintomi più gravi e vistosi, e di rendere più "governabili" i momenti di crisi. Diventò evidente l'uso ambiguo di questi nuovi farmaci, che per un verso costituivano un ulteriore strumento di controllo dei malati, mentre per l'altro aiutavano i soggetti sofferenti nelle situazioni più difficili, facilitando la sperimentazione di soluzioni alternative al manicomio tradizionale.

Un intenso fermento di iniziative che si ponevano in alternativa all'ordine psichiatrico istituzionale nacquero a partire dalla Seconda Guerra Mondiale: in Inghilterra si svilupparono i primi esperimenti delle comunità terapeutiche e dell'antipsichiatria, in Francia nacquero i tentativi della psicoterapia istituzionale e della psichiatria di settore. Queste iniziative peccarono spesso di mancanza di sistematicità o di eccessivo radicalismo, ma ebbero il merito di rinnovare la psichiatria su due aspetti vitali: in primo luogo recuperarono l'idea di curabilità e di guarigione del disturbo mentale, cui la psichiatria istituzionale aveva di fatto rinunciato; in secondo luogo, superarono l'idea per cui la sofferenza mentale doveva essere interpretata in base al modello medico-organicista, e aprirono la strada al trattamento psicoterapeutico. In questo scenario si innestò, a partire dagli anni Settanta, il Movimento Italiano di negazione istituzionale.

La storia della psichiatria nell'Italia del XX secolo vede il distinguersi di tre periodi:

1. Il periodo manicomiale: il 1904 costituì una data importante per la storia dell'assistenza psichiatrica, in quanto in quell'anno venne proposta e promulgata la legge 36 (Legge Giolitti, *Disposizioni e regolamenti sui manicomi e sugli alienati*), che regolamentava l'assistenza manicomiale. Questa legge determinò per l'Italia, come era avvenuto per altri paesi europei, il consolidamento giuridico e scientifico del manicomio come luogo esclusivo per il trattamento dei disturbi psichici. Rispetto al passato costituì un progresso, ma la figura del malato psichiatrico rimase sostanzialmente analoga a quella di un carcerato. Si veniva ricoverati in quanto persona "pericolosa" e "di pubblico scandalo" (fonte: Normattiva) e il ricovero era possibile solo sotto forma di provvedimento del magistrato o del questore; esso avveniva con la certificazione di un medico e l'ordinanza del questore e, dopo un tempo di osservazione di 15 giorni, il direttore del manicomio doveva trasmettere al procuratore della Repubblica una relazione scritta alla quale seguiva, entro 30 giorni, il ricovero definitivo, con il quale la persona perdeva tutti i suoi diritti civili. Quanto sancito dalla Legge Giolitti fu completato dal Regio Decreto n. 615 del 1909, *Regolamento sui manicomi e sugli alienati*.

2. Il periodo manicomiale attenuato: nel 1968 lo scenario italiano cambiò. Venne approvata la legge 431 (Legge Mariotti, 18 marzo 1968, n.431 *Provvidenze per l'assistenza psichiatrica*, GU Serie Generale n.101 del 20/04/1968) che determinò un rinnovamento, stabilendo l'insufficienza dell'assistenza psichiatrica basata esclusivamente sull'internato in manicomio, l'istituzione di un servizio di assistenza psichiatrica territoriale attraverso la creazione di centri di igiene mentale, la possibilità di entrare in manicomio anche volontariamente, l'abolizione dell'obbligo di annotare nel casellario giudiziario l'ammissione e la dimissione del manicomio ed infine nuovi criteri di organizzazione degli ospedali psichiatrici.
3. Il periodo territoriale: in questa fase si passò dall'internamento al diritto alla salute e toccò alla legge 180 del 1978 (Legge Basaglia *Norme per gli accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*, GU Serie Generale n.133 del 16/05/1978) portare a compimento questo lungo cammino. La legge Basaglia, tuttora vigente in quanto inglobata nella legge di riforma del Sistema Sanitario Nazionale, prevede il ricovero solo in caso di acuzie (presso gli SPDC, i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura), rendendo l'Italia un paese pioniere nel riconoscimento dei diritti della persona e nel favorire la territorializzazione dei servizi di cura del disagio psichico (attraverso CSM - Centri di Salute Mentale, SERD - Servizi per le Dipendenze patologiche, centri diurni, residenze protette o semi-protette, consultori).

La più importante riforma in ambito di psichiatria prende il nome da Franco Basaglia, psichiatra e fondatore di quello che diventerà il movimento denominato Psichiatria Democratica. La figura di Basaglia costituisce un fondamentale punto di svolta nell'assistenza alla persona affetta da disturbo psichico, in quanto egli maturò l'urgenza di migliorare la gestione e la custodia dei cosiddetti "malati mentali" fino ad arrivare alla critica radicale dell'istituzione manicomiale, ritenuta luogo di emarginazione anziché di cura, in cui la dignità del malato come persona veniva annullata. La sua preoccupazione principale divenne proprio quella di salvaguardare la *persona* del malato di fronte al potere dell'istituzione psichiatrica. Poiché la malattia mentale non si tratta di una malattia fisica, organica, lo psichiatra doveva –

secondo Basaglia - ascoltare chi aveva di fronte, rinunciando ad ogni certezza preconstituita e sospendendo il giudizio.

Basaglia capì che il malato di mente non ha solo bisogno di cure per la sua malattia, ma anche di un rapporto umano con chi lo segue. Gli apparve inoltre evidente che a questi, come ad ogni essere umano, servono risposte pratiche: egli necessita di denaro, di una famiglia e di tutto ciò che ognuno di noi cerca nella vita.

Con Basaglia ritornava *uomo* chi prima veniva meramente considerato *folle*.

CAPITOLO 2

L'ARTETERAPIA

2.1. Che cos'è l'arteterapia

L'Arteterapia può essere definita come una disciplina molto vasta che si avvale di varie forme d'arte per il trattamento del disagio psichico.

La British Association of Art Therapists intende l'arteterapia come “una forma di psicoterapia che utilizza l'arte come suo principale modo di espressione e comunicazione” (Abbenante, Calore, Gomes Pereira, Lorio, Rodríguez Garcia, 2020).

L'American Art Therapy Association la descrive come “una professione integrativa di salute mentale e servizi umanistici, che arricchisce la vita di individui, famiglie e comunità attraverso la creazione attiva, il processo creativo, la teoria psicologica applicata e l'esperienza umana all'interno di una relazione psicoterapica” (Abbenante, Calore, Gomes Pereira, Lorio, Rodríguez Garcia, 2020).

Arteterapia è una parola composta che affonda la sua doppia radice nel campo della creatività da una parte e della medicina dall'altra. Considerando che questa denominazione comprende il termine *arte* non si può fare a meno di considerare la funzione che quest'ultima ha sempre avuto nell'esistenza umana, ovvero quella di oggettivare sentimenti ed emozioni, per essere poi in grado di contemplarli e comprenderli. L'oggetto artistico diventa quindi espressione dell'esperienza interiore del soggetto che crea, che sarebbe inesprimibile attraverso una comunicazione verbale, poiché non traducibile attraverso il linguaggio.

In questa prospettiva, la forma del prodotto artistico diventa di primaria importanza, addirittura essenziale, in quanto diventa la modalità attraverso la quale l'espressione artistica concretizza l'esperienza e dà la possibilità di riconoscere, fare emergere e padroneggiare la vita interiore inconscia, spesso non accessibile tramite il linguaggio parlato o verbale.

La produzione artistica è tutelata all'interno della relazione con il terapeuta: questi deve essere in grado di instaurare un rapporto empatico e di stabilire una relazione salda con l'assistito, sviluppando la capacità di accogliere, assorbire e fare evolvere le tensioni istintive, impulsive o affettive conflittuali che possono esprimersi durante la creazione

artistica.

All'interno di un trattamento di arteterapia, l'assistito impara così ad esprimersi attraverso un atto creativo-comunicativo, con cui può prendere coscienza del proprio vissuto interiore, delle proprie paure, del proprio corpo e delle proprie difese, perlopiù di tipo inconscio.

Le attività creative consentono al soggetto di sperimentare una situazione di libertà spontanea che si carica di significato e che crea un nuovo linguaggio, di tipo sia informativo che affettivo, dove l'inconscio ha la possibilità di liberarsi ed esprimersi con particolare facilità.

L'arteterapia assume così un valore di comunicazione visiva e in parallelo permette al non verbale di concretizzarsi, favorendo un dialogo interpersonale tra il soggetto, il terapeuta e il gruppo di lavoro, nell'ambito del quale si costruisce un linguaggio comune a tutti i partecipanti, ognuno dei quali si sente parte attiva in quanto portatore del proprio contributo.

In questo processo, quella dell'arteterapeuta deve delinearli come una presenza rassicurante, una guida capace di accompagnare l'individuo nella libera espressione attraverso la creazione.

All'interno di questa disciplina, esistono diversi modi di potersi esprimere creativamente: la pittura, il disegno, la scultura, la danza, il teatro, la musica, la scrittura. La costante di tutti questi approcci sta nel processo di creazione e di espressione del sé.

L'arteterapia come disciplina attinge da una varietà di approcci teorici, come quello psicoanalitico, quello psicodinamico, quello cognitivista, quello gestaltico e, in generale, da tutti quegli approcci terapeutici che mirano a connettere e riconciliare i conflitti emotivi, a promuovere l'autoconsapevolezza e l'accettazione di sé, sviluppando abilità relazionali e comunicative.

2.2. Storia dell'arteterapia

Fin dall'inizio della storia dell'uomo, l'arte è stata utilizzata come mezzo privilegiato per comunicare pensieri, idee, valori.

Furono le nuove scienze ottocentesche e in particolare modo la nascente psicologia a

interessarsi all'arte come campo privilegiato per l'espressione delle emozioni nascoste. Le origini dell'arteterapia si possono far risalire alla prima metà dell'Ottocento, quando l'attività artistica iniziò ad essere usata negli ospedali psichiatrici come terapia occupazionale e come strumento di indagine nello studio di situazioni psicopatologiche. Fu grazie all'opera e al contributo rilevante di Sigmund Freud (1856–1939), però, che si iniziò a considerare l'attività artistica non soltanto per il suo risultato estetico o per le tracce patologiche in essa presenti, ma anche per l'effetto terapeutico insito nell'attività stessa. Secondo Freud, infatti, la vita interiore dell'autore e l'oggetto artistico erano in diretto rapporto e attraverso l'arte, in modo più o meno cosciente, la persona poteva esprimere desideri di natura erotica e/o aggressiva.

Da quel momento in poi le attività espressive dei soggetti psicotici vennero viste con occhi diversi da psichiatri e psicologi e impiegate anche per il loro valore terapeutico e per le loro intrinseche possibilità comunicative.

Questa visione fu portata avanti da Anna Freud (1895-1982), che nel suo lavoro di psicoanalista infantile fece largo uso dell'espressione artistica e creativa dei bambini con ottimi risultati.

Un altro importante precursore in questo campo fu Hans Prinzhorn (1886– 1933), psichiatra e psicoterapeuta presso l'Istituto di Psichiatria dell'Università di Heidelberg che, avendo intuito il legame tra schizofrenia e creatività, teorizzò nuovi e rivoluzionari approcci che includevano il gioco e l'espressione artistica come mezzi per avvicinarsi alla persona affetta da disagio o disturbo psichico. Nel suo libro *L'immagine dei malati di mente* egli mise in evidenza come alcuni assistiti, nonostante un'oggettiva ignoranza rispetto alle tecniche e alla storia dell'arte, dimostrassero un notevole senso estetico, ossia una ricchezza emotiva che la malattia mentale impediva di comunicare in modo verbale.

Da ricordare anche Ernst Kris (1900-1957), psicoanalista, antropologo e storico dell'arte per il quale l'attività artistica era in grado di potenziare il lavoro emotivo, veicolando contenuti psicologici consci e inconsci, per cui diventava importante il profilarsi di una figura professionale che lavorasse con l'assistito e instaurasse con lui una relazione significativa fondata sull'empatia.

Negli Stati Uniti, una delle figure centrali di questo crescente movimento fu Margaret Naumburg (1890 – 1983), che negli anni '30 iniziò a sviluppare programmi di

arteterapia per persone con disagio psichico. Il lavoro della Naumburg era basato sull'idea di usare l'arte per liberare l'inconscio, incoraggiando la libera associazione. Grazie al contributo di tutti questi pionieri, intorno agli anni Quaranta l'uso terapeutico dell'arte si definì e sviluppò in una disciplina distinta, che venne denominata arteterapia.

I primi casi documentati di terapia artistica negli ospedali psichiatrici avvennero al St. Elizabeth's Hospital di Washington, DC durante la Seconda Guerra Mondiale, dove l'arteterapia si rivelò uno strumento di grande importanza nel trattamento dei soldati, che si rivelavano in grado di affrontare meglio il loro trauma quando creavano immagini che esprimevano i loro sentimenti interiori.

Divenne presto chiara l'importanza di fare ricerca riguardo alla terapia artistica.

Robert Volmat (1920-1998), più volte presidente della Società di psicopatologia dell'espressione, scrisse nel 1955 *Art psychopathologique*, il primo manuale completo di psicopatologia dell'arte.

In Gran Bretagna, grande impulso a questa metodologia fu dato da Susan Bach (1902–1995), che scoprì come soggetti affetti da specifiche malattie mentali presentassero colori, simboli e immagini ricorrenti nelle loro opere d'arte e da questa osservazione teorizzò come il disegno potesse costituire un aiuto per la diagnosi, il trattamento e la prognosi precoce delle malattie mentali.

Nel 1942 l'artista della Bauhaus e insegnante austriaca Friedl Dicker-Brandeis (1898 – 1944) dedicò il suo talento artistico e umano ai bambini del campo di concentramento di Theresienstadt (Terezin). Ella notò che le ore dedicate all'insegnamento dell'arte erano diventate fondamentali per questi ragazzini ai quali era stata sottratta l'infanzia, in quanto permetteva loro di rientrare in contatto con sensazioni che, per la paura o per lo sconforto, erano state rimosse o represses, consentendo loro di ripristinare – seppur per pochi istanti – quegli equilibri emotivi distrutti dalla drammaticità degli eventi che li circondavano.

Friedl Dicker-Brandeis morì insieme a molti dei suoi alunni il 9 ottobre del 1944 nel campo di sterminio di Birkenau, ma la sua figura di arteterapeuta *ante litteram* emerge dai racconti dei suoi studenti sopravvissuti ed il suo più grande riscatto si deve alla sua allieva Edith Kramer (1916 – 2014). Quest'ultima nel 1938 emigrò negli Stati Uniti d'America, dove incontrò Margaret Naumberg, con la quale intraprese un progetto di

ricerca legato all'espressione dei sentimenti tramite l'arte, dedicando gran parte dei suoi studi e della sua vita a ciò che Friedl Dicker non aveva potuto portare avanti.

Edith Kramer e Margareth Naumburg, pioniere dell'Arteterapia ed entrambe terapeute dell'arte, insegnarono nella New York degli anni Settanta come il disegno spontaneo potesse raggiungere l'inconscio, incoraggiando i loro assistiti a fare delle libere associazioni rispetto a quello che vedevano. La terapia dell'arte, concentrata sul processo creativo, veniva concepita come un mezzo di sostegno dell'Io, capace di favorire un senso di identità e organizzazione psichica. È dalla Kramer in poi che si può dunque parlare di vera e propria arteterapia, la cui prerogativa principale non è quella di effettuare una valutazione estetica dell'immagine, bensì quella di consentire un processo di crescita all'assistito attraverso l'elaborazione dell'immagine da lui creata.

L'arteterapeuta viene così a delinarsi come un esperto della relazione di aiuto, e le sue competenze riguardano il facilitare, attraverso l'utilizzo di materiali artistici in ambiente protetto - dal contesto ospedaliero a quello residenziale -, l'autoespressione, la riflessione, il cambiamento e la crescita personale. La sua formazione gli permette di instaurare una relazione empatica, protetta e non giudicante con l'assistito.

L'arteterapia in Italia è attualmente utilizzata come tecnica riabilitativa e di sostegno, con il fine di migliorare le capacità relazionali e di reinserimento sociale per personalità affette da patologie che vanno al di là delle nevrosi, ed è applicata da professionisti esperti nell'ottica di un approccio multidisciplinare di assistenza.

2.3. Come l'arte diventa terapia

Ognuno ha in sé delle risorse proprie e un potenziale autorigenerante che va semplicemente stimolato e l'arteterapia agisce proprio su questo. Lavorando sulle risorse individuali e su ciò che c'è di positivo, si ottengono dei cambiamenti più facilmente e stabilmente che andando a sollecitare i lati negativi.

Dall'Illuminismo in poi sono stati privilegiati l'aspetto cognitivo, la mente, l'intelletto, la ragione (aspetti caratteristici dell'emisfero sinistro) a discapito della creatività, della fantasia, dell'intuizione, delle percezioni sensoriali (aspetti caratteristici dell'emisfero destro). In questo modo le risorse tipiche dell'emisfero destro sono state quasi completamente dimenticate, con conseguente impoverimento della capacità a vivere

pienamente la propria esistenza.

L'arteterapia si pone come obiettivo la riappropriazione di tale patrimonio, in quanto potenziale valido sostegno nelle situazioni di difficoltà che la vita pone di fronte ad ognuno di noi.

Attraverso un colore si può entrare in contatto con l'aggressività, con la musica si può facilitare l'espressione dei propri sentimenti e nella danza il corpo è libero di esprimersi con il proprio linguaggio, al di là delle convenzioni, mentre attraverso il teatro si ha la possibilità di impersonare ruoli nuovi e vestire così i panni degli altri. In questo modo l'arteterapia, con le sue tecniche e materiali, favorisce la conoscenza di sé stessi e delle proprie potenzialità e rende possibile l'integrazione di tutte le risorse di cui disponiamo per poter vivere meglio. Questa disciplina svolge dunque una funzione non solo di trattamento della patologia, ma anche di trasformazione, evoluzione e crescita dell'individuo.

La produzione artistica non avviene in completa solitudine, ma prevede una relazione tra due persone, il terapeuta e l'assistito. I materiali e le tecniche che l'assistito utilizza gli permettono di esprimere, plasmare e dare una identità precisa al problema che l'ha portato in terapia e attraverso l'aiuto del terapeuta è possibile raggiungere una nuova visione di tale difficoltà, un'intuizione, un *insight* che lo avvicini alla risoluzione.

L'arteterapeuta deve saper quindi accogliere, legittimare, amplificare i messaggi dell'altro con parole, disegni e proposte. Nel fare ciò deve avere una sensibilità estetica capace di cogliere non la bellezza, il gradevole o il piacevole ma il significativo, il comunicativo. In questo contesto i canoni di bellezza non esistono, ciò che conta è la comprensione, l'accettazione e la contemplazione di ciò che il paziente intende comunicare con la propria opera.

Come si è più volte evidenziato, ci sono una serie di caratteristiche intrinseche al fare arte che rendono l'impegnarsi in questa attività di per sé terapeutico. È stato dimostrato che quando una persona è immersa in un'attività creativa riceve una serie di sollecitazioni a livello fisico, intellettuale ed emozionale che portano a mutamenti organici e psicologici che favoriscono i processi di guarigione.

Fare arte coinvolge l'individuo nella sua totalità mente-corpo. L'attività creativa richiede infatti non solo un impegno intellettuale e cognitivo, legato all'immaginazione e

all'ideazione del prodotto artistico, ma anche un impegno percettivo, sensoriale, e motorio, legato alla produzione artistica in senso stretto. Le tecniche legate all'arte-terapia hanno dunque la funzione di porre in miglior comunicazione *soma e psiche*, corpo (la parte prettamente fisica) e mente (la componente psicologica), e di far in modo che vi sia un rapporto più fluido ed equilibrato, e dunque più sano, tra questi due inscindibili aspetti che ci costituiscono, troppo spesso vissuti in maniera separata.

L'arte, poi, è da sempre comunicazione e quindi relazione con l'altro da sé.

Ecco quindi che nella creazione artistica il coinvolgimento del *soma* – la componente tangibile, la fisicità della persona, il suo essere soggetto vivente e i processi biologici che in essa hanno luogo – unitamente a quello della *psiche* – ciò che della persona non è tangibile, le sue emozioni, i suoi pensieri, i suoi desideri, il suo sentirsi umana – porta ad un terzo, fondamentale, elemento da sempre insito nel processo creativo stesso in quanto espressione comunicativa: la *relazione*, il rapporto che intercorre tra la persona ed il contesto che la circonda, gli altri esseri umani con cui interagisce ed i ruoli che essa riveste nei vari ambiti sociali.

Fare arte, nel senso di impegnarsi in un'attività nuova e creativa, promuove inoltre l'attivazione dell'emisfero destro del cervello, che presiede appunto alle attività di creazione, alla fantasia, all'intuizione, alla comunicazione e ai segnali corporei.

L'arteterapia permette all'individuo di liberarsi in parte delle sue sofferenze antiche e tenaci, di allontanare le angosce e le alienazioni, per costruire il suo *io* primitivo ritrovando l'interezza della sua personalità.

Poiché la terapia artistica visiva lavora basandosi sulla forza dei colori e delle forme, è in grado di raggiungere campi profondi e sconosciuti dove non arrivano le parole.

L'espressione artistica riesce a superare lo stato di coscienza facendo emergere dall'inconscio senza alcun filtro tutto quanto vi è di più nascosto, ma anche di più vero, nell'individuo. La ricerca di una forma porta poi il soggetto alla presa di coscienza di sé, in quanto la terapia dell'arte utilizza un linguaggio arcaico che supera quello verbale, perché smuove gli stati più profondi dell'inconscio e pone l'individuo di nuovo in armonia con la sua struttura primordiale.

L'espressione artistica funge inoltre da fattore di protezione e contenimento, e da oggetto mediatore nella relazione tra l'utente e il terapeuta, e così, pur rispettando i

meccanismi di difesa, in qualche modo li aggira e favorisce la libera espressione del proprio mondo interiore, una maggiore autoconsapevolezza e l'attivazione di risorse creative.

Per finire, l'arteterapia permette a tutti, e soprattutto a chi ha, per qualsivoglia ragione, difficoltà di comunicazione, di esprimere emozioni e sentimenti inibiti o di cui è difficile parlare, di identificare ed affrontare conflitti e blocchi emozionali, di migliorare la conoscenza e il rapporto con il proprio corpo, di aumentare l'autoconsapevolezza, di incrementare l'autostima e la percezione di autoefficacia, di affermare sé stesso e la propria identità/individualità, di sviluppare nuove strategie di comportamento, di incrementare le capacità relazionali e comunicative.

L'arteterapia viene usata nei contesti più vari e questo, oltre a rispecchiare la natura multidisciplinare dell'arteterapia stessa e la pluralità degli approcci teorici cui essa fa riferimento e a mettere in luce l'efficacia della semplice partecipazione ad un'attività creativa, è anche specchio delle molteplici funzioni che questa può svolgere a seconda dei diversi momenti e obiettivi terapeutici.

L'arteterapia, infatti, contribuisce sia alla diagnosi che alla presa in carico, al trattamento del disagio, fisico psicologico o sociale che sia, nonché alla prevenzione del disagio stesso.

2.4 Ambiti di applicazione

Possiamo suddividere gli ambiti di applicazione dell'arteterapia in tre grandi aree: quella della terapia, quella della riabilitazione, e quella dell'educazione-prevenzione. Sin dalla sua nascita l'arteterapia si è subito sviluppata principalmente come strumento di sostegno nelle cure psichiatriche di persone con gravi disturbi psichici, come ad esempio gli psicotici e gli autistici (area terapeutica). Fu infatti subito chiaro a medici e psicologi che queste persone riuscivano ad esprimersi meglio con il corpo o con i gesti, modellando la creta, ballando, o raffigurando nei disegni le proprie angosce, piuttosto che attraverso le parole, per cui il ricorso all'espressione artistica poteva aiutarle a superare le gravi difficoltà di comunicazione spesso tipiche delle persone affette da questi disturbi. Tali risultati portarono ad estendere l'uso di queste tecniche anche ad assistiti affetti da disturbi come quelli dell'umore e d'ansia, nei quali si è riscontrato,

grazie all'uso dell'arteterapia, un aumento dell'autostima, un consolidamento dell'*io* e un miglioramento delle capacità di socializzazione.

I successi ottenuti portarono, con il passare del tempo, ad estendere l'uso dell'arteterapia al campo della riabilitazione di soggetti con danni neurologici e con handicap fisici, ma senza vere e proprie patologie di natura psichica, che costituisce l'ambito di applicazione più frequente al giorno d'oggi.

Esprimersi in attività creative aiuta infatti queste persone a ridurre la negazione della disabilità, sviluppare maggiore autonomia personale e sviluppare relazioni sociali.

L'arteterapia viene spesso usata anche come strumento di sostegno nel trattamento di malati terminali di AIDS e dei malati oncologici.

Per quanto riguarda, invece, l'area dell'educazione, si fa riferimento al trend, più nuovo, di utilizzare l'arteterapia anche con persone non portatrici di disagi specifici, come forma di educazione alla sensibilità, alla creatività, all'autoconsapevolezza e alla accettazione di sé.

Tra le forme d'arte principalmente utilizzate in arteterapia si possono menzionare tutte le arti grafiche - dal disegno alla pittura alla scrittura -, la danza, la musica, il teatro e la cinematografia.

CAPITOLO 3

L'ARTETERAPIA COME MOMENTO DI RELAZIONE TRA INFERMIERE ED ASSISTITO IN SALUTE MENTALE: REVISIONE DI LETTERATURA

3.1. Introduzione

Ciò che è emerso dal precedente capitolo di presentazione dell'arteterapia e dei suoi contesti applicativi è come essa vada ad agire non tanto sulla malattia in sé, quanto su ciò che dallo stato patologico deriva in termini di perdita di funzione a livello fisico, psichico, sociale, sull'impatto del disturbo psichico sul funzionamento globale della persona.

Questo rende l'arteterapia un'attività candidata ad andare a far parte dell'ambito delle competenze infermieristiche, di quel *to care* (prendersi cura) che – differenziandosi dal *to cure* (curare) - caratterizza la professione infermieristica in quanto *nursing* (derivato di *nurse*, dal francese antico *nurice*, *norrice*, dal tardo latino *nutrix*, nutrice; fonte: Treccani) e la distingue da quella medica.

L'arteterapia considera l'individuo come *persona* e non come “malato” da sottoporre a trattamenti riabilitativi che si rivelano spesso frustranti e che lo emarginano nel “ghetto” della propria patologia. Questa caratteristica dell'arteterapia, percepita dall'assistito stesso, diventa ancora più importante quando l'individuo in questione è affetto da disturbi psichici che spesso lo mettono alla ricerca di un'identità perduta.

L'arteterapia, abbiamo visto, ha tra i suoi ambiti di applicazione quello della riabilitazione, per una buona riuscita della quale è fondamentale che venga a crearsi un rapporto di fiducia, di *partnership* tra l'assistito e chi eroga l'assistenza.

Secondo il Codice Deontologico dell'infermiere, questi è colui che riconosce la salute come bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura e – per l'appunto - riabilitazione.

Nell'ambito specifico della salute mentale, quella dell'infermiere viene a profilarsi come figura privilegiata per la grande quantità di tempo che trascorre accanto alla persona, più di qualsiasi altro membro dell'équipe, che ne fa il professionista spesso e

volentieri più vicino all'assistito. Questa condizione favorisce l'instaurarsi di un legame, di un'alleanza che diventa terapeutica, che permette alla persona di percepire l'infermiere come un "compagno di viaggio" assieme al quale percorrere la strada che porta al recupero di modelli comportamentali e comunicativi che la patologia ha reso non adattivi.

Non è un caso che l'esperienza in ambito di salute mentale e pedagogia abbia ispirato la riflessione di una delle maggiori teoriche del *nursing*, Hildegard Peplau (1909 – 1999). Il pensiero della Peplau, incentrato su un modello psicodinamico di assistenza infermieristica, definisce quest'ultima come una relazione interpersonale significativa, basata sull'esplorazione e sulla gestione di significati psicologici, valori, sentimenti e comportamenti della persona assistita. Il ruolo dell'infermiere nell'ottica del *nursing* psicodinamico è principalmente quello di instaurare con l'assistito una relazione che gli permetta di identificare i bisogni e attuare interventi finalizzati a risolvere i problemi di salute della persona che ha di fronte. La relazione infermiere-assistito teorizzata dalla Peplau prevede quattro fasi: una fase di orientamento, in cui infermiere e assistito – e, in alcuni casi, i suoi familiari – si incontrano per dare avvio alla relazione e far sì che la persona non viva con tensione la percezione dei propri bisogni assistenziali; una fase di identificazione, nella quale l'assistito si identifica con colui che potrà aiutarlo; una fase di sviluppo, in cui si progettano insieme gli obiettivi da raggiungere; una fase finale di risoluzione, che vede l'assistito affrancarsi gradualmente dall'identificazione con l'infermiere fino allo scioglimento del rapporto terapeutico.

All'interno di questa relazione, la Peplau individua diversi ruoli possibili che l'infermiere può andare a rivestire: quello di estraneo, utile nelle prime fasi in quanto consente di accettare l'assistito in totale assenza di pregiudizio; quello di risorsa, ossia di professionista in grado di rispondere adeguatamente alle esigenze e ai dubbi della persona assistita; quello di educatore; quello di leader partecipativo che conduce l'assistito al raggiungimento dei propri obiettivi attraverso supervisione e cooperazione; quello di sostituto, al quale l'assistito attribuisce una gamma di emozioni che ha già provato in passato; quello di consulente, il ruolo ritenuto dalla Peplau il più importante nell'ambito della salute mentale.

L'infermiere in salute mentale riveste molteplici ruoli, che vanno ben oltre la

somministrazione dei farmaci psicotropi: egli opera all'interno di un team multidisciplinare e si occupa, insieme agli altri membri, di stabilizzare le funzioni psichiche in fase acuta e di sviluppare programmi riabilitativi che guardano all'assistito in prospettiva olistica, prendendone cioè in considerazione le dimensioni fisica, emotiva, sociale, intellettuale e spirituale, e promuovendone per quanto possibile un recupero dell'autonomia.

3.2 Obiettivo

L'obiettivo di questo studio è stato quello di indagare, attraverso l'analisi di articoli di letteratura che descrivono le principali evidenze relative agli esiti dell'arteterapia come parte del processo assistenziale in ambito di salute mentale, la possibilità dell'arteterapia di costituire un momento di relazione privilegiato tra l'infermiere e l'assistito affetto da disturbo psichico.

3.3 Materiali e metodi

E' stata effettuata una revisione di letteratura attraverso la consultazione di banche dati come MEDLINE Pubmed e Google Scholar.

I criteri di inclusione nello studio sono riferiti all'efficacia dell'arteterapia nel trattamento di persone affette da disturbo psichico, evinta da testi integrali.

I criteri di esclusione sono invece riferiti all'efficacia dell'arteterapia nell'assistenza a persone affette da patologie di altra natura, come quelle di natura metabolica o oncologica.

Per la costruzione delle stringhe di ricerca sono state utilizzate le parole chiave al fine di ottenere un quesito di ricerca pertinente, utilizzando il metodo PICO:

- (P) Popolazione: Assistiti affetti da disturbo psichico
- (I) Intervento: Arteterapia
- (C) Controllo: /
- (O) Outcome: Efficacia dell'arteterapia come momento di relazione tra infermiere e assistito

Sono state utilizzate le seguenti parole chiave, unite dagli operatori booleani:

- “Art therapy” AND “Mental health”
- “Art therapy” AND “Mental illness”
- “Art therapy” AND “Mental disorder”
- “Art therapy” AND “Psychiatric nursing”
- “Art therapy” AND “Psychosocial nursing”
- “Art therapy” AND “Nursing”
- “Arteterapia” AND “Salute mentale”

3.4 Risultati

Tabella sintesi dei risultati di ricerca:

TITOLO e AUTORI	DISEGNO DI STUDIO	OBIETTIVI	RISULTATI
<p><i>“Art therapy: a complementary treatment for mental disorders”</i></p> <p>Hu J., Zhang J., Hu L., Haibo Y., Jinping X. (2021)</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Esplorare le basi teoretiche dell’arteterapia, le sue applicazioni in ambito clinico ed evidenziare prospettive future di utilizzo.</p>	<p>L’utilizzo dell’arteterapia nel trattamento di persone affette da disturbi psichici (disturbi depressivi, ansia, schizofrenia) ha prodotto risultati significativamente positivi, specialmente per quanto concerne l’attenuazione della sintomatologia. L’arteterapia è un valido strumento</p>

			<p>terapeutico per aiutare gli assistiti ad aprirsi, condividere emozioni, esperienze e punti di vista ma anche uno strumento utile a fornire ulteriori prospettive per la diagnosi.</p>
<p><i>“Benefits of art therapy in people diagnosed with a personality disorder: a quantitative survey.”</i></p> <p>Haeyen S., Chakhssi F., Van Hooren S. (2020)</p>	<p>Indagine quantitativa.</p>	<p>Esplorare i benefici dell’arteterapia così come percepiti da persone affette da disturbi della personalità.</p>	<p>La maggior parte delle persone ha ottenuto benefici dall’arteterapia, principalmente per quanto riguarda il funzionamento a livello emotivo e sociale. I miglioramenti sono stati principalmente riscontrati nella capacità di esprimere le proprie emozioni, in un’immagine di sé più stabile e positiva, nella capacità di prendere decisioni in autonomia, nel</p>

			<p>riconoscimento e nel cambiamento di pattern di pensieri, emozioni e comportamenti e nella capacità di gestire la propria vulnerabilità e i propri limiti. La percezione dei benefici ottenuti dipende anche dall'atteggiamento non giudicante del terapeuta, dal sentirsi presi sul serio e dal ricevere sufficiente libertà di espressione insieme ad una struttura di base.</p>
<p><i>“Art therapy for individuals with borderline personality: using a dialectical behavior therapy framework.”</i></p> <p>Masino Drass J. (2015)</p>	<p>Serie di casi.</p>	<p>Descrivere otto interventi di arteterapia con importanti obiettivi terapeutici per persone affette da disturbo borderline di personalità.</p>	<p>L'arteterapia ha dimostrato di avere effetti positivi in persone affette da disturbo borderline di personalità, soprattutto nell'alleviare le difficoltà riscontrate da queste persone a livello</p>

			interpersonale, come ad esempio per quanto riguarda la regolazione delle emozioni, l'instabilità del senso di sé, i comportamenti autolesivi e l'ideazione suicidaria.
<p><i>“Undergraduate Student Nurses' Perceptions of Art Therapy in Mental Health Settings”</i></p> <p>Rice, R. (2018)</p>	Indagine qualitativa.	Esplorare le percezioni degli studenti laureandi in Infermieristica riguardo l'uso dell'arteterapia al fine di promuovere una relazione terapeutica e la comunicazione con gli assistiti in ambito di salute mentale.	Gli studenti di Infermieristica hanno fatto esperienza, grazie all'utilizzo dell'arteterapia con assistiti in ambito di salute mentale, di una crescita a livello professionale, soprattutto in termini di abilità comunicative. Gli studenti hanno inoltre evidenziato come l'arteterapia abbia dato agli assistiti un senso di <i>empowerment</i> e ne abbia aumentato l'autostima e come

			alla fine sia stata stabilita una relazione terapeutica.
<p><i>“Perceptions of Nursing Students Regarding Usage of Art Therapy in Mental Health”</i></p> <p>Rice R., Hunter J., Spies M., Cooley T. (2017)</p>	Indagine qualitativa.	Esplorare le percezioni degli studenti laureandi in Infermieristica riguardo l’uso dell’arteterapia al fine di promuovere una relazione terapeutica e la comunicazione con gli assistiti in ambito di salute mentale.	L’utilizzo dell’arteterapia dovrebbe essere integrato nella formazione degli studenti di Infermieristica, nella quale lo sviluppo di abilità comunicative e la capacità di instaurare una relazione terapeutica sono punti chiave.
<p><i>“Arts workshop, psychiatric nurse therapeutic performance”</i></p> <p>Tavares C.M. (1997)</p>	Case report.	Evidenziare nuove possibilità per l’infermieristica in salute mentale, attraverso il prendersi cura degli assistiti anche in laboratori artistici.	Il trattamento con arteterapia in ambito di salute mentale favorisce la relazione terapeutica e il processo riabilitativo a livello sociale.
<p><i>“Art therapy as a therapeutic tool in mental health”</i></p> <p>Freire Coquero N., Ramos Vieira F. R.,</p>	Case report.	Riportare l’applicazione dell’arteterapia nella pratica quotidiana, con interventi	Il gruppo di partecipanti, grazie all’utilizzo della pittura e della scultura e alla libertà di espressione ha

<p>Costa Freitas M. M. (2010)</p>		<p>finalizzati a: esaltare la singola forma di processo creativo, migliorare l'autostima, ottenere un miglior equilibrio emotivo e minimizzare gli effetti negativi della malattia mentale.</p>	<p>ottenuto un livello di coinvolgimento nel processo che ha reso possibili cambiamenti sul piano dell'affettività, dell'interpersonalità e su quello relazionale.</p>
<p><i>"A realist review of art therapy for clients with depression."</i></p> <p>Blomdahl C., Gunnarsson B., Guregård S., Björklund A. (2013)</p>	<p>Revisione sistematica.</p>	<p>Esplorare e descrivere gli esiti dell'arteterapia in pazienti affetti da depressione.</p>	<p>Sono stati individuati otto fattori che si sono dimostrati terapeutici nel trattamento della depressione: l'esplorazione del sé, l'espressione di sé, la comunicazione, la comprensione e la spiegazione, l'integrazione, la creatività, la stimolazione sensoriale e il pensiero simbolico.</p>
<p><i>"Painting to Find my Spirit": Art</i></p>	<p>Studio longitudinale.</p>	<p>Approfondire la comprensione del</p>	<p>La creazione artistica dà al</p>

<p><i>Making as the Vehicle to Find Meaning and Connection in the Mental Health Recovery Process”</i></p> <p>Van Lith T. (2014)</p>		<p>ruolo del fare arte nel trattamento dei disturbi mentali tra gli utenti di due servizi di riabilitazione psicosociale.</p>	<p>processo di guarigione un'impronta spirituale, agendo da veicolo attraverso il quale esprimere significati personali, incoraggiando l'interdipendenza e favorire lo sviluppo di molteplici forme di identificazione al di là dell'essere portatore di un disturbo mentale.</p>
<p><i>“Art making as a mental health recovery tool for change and coping.”</i></p> <p>Van Lith T. (2015)</p>	<p>Studio longitudinale.</p>	<p>Indagare come la creazione artistica possa aiutare gli assistiti in quanto strumento di cambiamento e adattamento nel processo di guarigione da un disturbo mentale.</p>	<p>Gli assistiti hanno fatto esperienza di connessione con il proprio sé e nuove intuizioni, hanno raggiunto un senso di realizzazione, hanno visto nell'arte una fonte di motivazione nei momenti in cui non stavano bene e un posto sicuro dal punto di vista psicologico cui trascendere.</p>

<p><i>“A Story of a Healing Relationship: The Person-Centered Approach in Expressive Arts Therapy”</i></p> <p>Kim S. (2010)</p>	<p>Case report.</p>	<p>Presentare una storia di relazione terapeutica che utilizza l’approccio centrato sulla persona di Carl Rogers nell’ambito dell’arteterapia.</p>	<p>L’arteterapia, che si attui attraverso le arti visive, la musica, la poesia o la scrittura creativa, offre agli assistiti la possibilità di esplorare i propri sentimenti ed esprimerli e promuove una migliore comprensione di sé. Cruciale è l’instaurarsi di una connessione creativa, non solo tra il sé e il proprio mondo interiore, ma anche tra assistito e terapeuta, affinché il processo di guarigione possa avviarsi.</p>
<p><i>“Music and art therapy combined with cognitive behavioral therapy to treat adolescent anorexia patients”</i></p>	<p>Studio sperimentale: trial clinico controllato.</p>	<p>Indagare l’efficacia della musicoterapia e dell’arteterapia – in combinazione con la terapia cognitivo-comportamentale -</p>	<p>La musicoterapia e l’arteterapia, in combinazione alla terapia cognitivo-comportamentale, è effettivamente in grado di aumentare sia il grado di</p>

<p>Wang C., Xiao R. (2021)</p>		<p>nel trattamento di adolescenti affetti da anoressia nervosa.</p>	<p>accettazione del trattamento che gli effetti terapeutici e di diminuire le reazioni emotive avverse come ansia e depressione, aiutando gli adolescenti affetti da anoressia nervosa a riacquisire una giusta percezione del cibo e del peso e della forma corporei.</p>
<p><i>“The contribution of creative art therapies to promoting mental health: Using Interpretative Phenomenological Analysis to study therapists’ understandings of working with self-stigmatisation”</i></p> <p>Papagiannaki A., Shinebourne P. (2016)</p>	<p>Indagine fenomenologico-interpretativa.</p>	<p>Indagare il contributo dell’arteterapia in persone che fanno esperienza di auto-stigmatizzazione nei confronti del proprio disturbo mentale; esplorare il modo in cui gli arteterapeuti vivono il lavorare con le emozioni degli assistiti che si auto-stigmatizzano.</p>	<p>Lo studio ha evidenziato il consenso degli arteterapeuti nei confronti dell’arteterapia come strumento in potenza di contribuire alla liberazione della persona affetta da disturbo psichico dall’auto-stigmatizzazione e dalle emozioni che da essa derivano.</p>

<p><i>“L’efficacia del trattamento musicale nei pazienti con schizofrenia, una possibile implicazione infermieristica.”</i></p> <p>Matic A. (2017)</p>	<p>Revisione di letteratura.</p>	<p>Indagare l’efficacia della terapia musicale proposta come attività riabilitativa a persone con una diagnosi di schizofrenia ed una sintomatologia negativa e/o positiva presente e le figure professionali coinvolte in quest’attività, ponendo particolare attenzione all’implicazione infermieristica.</p>	<p>La terapia musicale associata alle cure standard per la schizofrenia sembra essere un’attività riabilitativa promettente per la gestione dei sintomi negativi.</p> <p>Emerge l’importanza del lavoro multidisciplinare ed il bisogno di formare anche infermieri per lo svolgimento della terapia musicale in psichiatria e con assistiti schizofrenici.</p>
--	----------------------------------	---	---

3.5 Discussione

Dagli studi presi in esame è emerso come l’espressione artistica nelle sue varie forme, dalla pittura alla musica, dalla creazione di oggetti al teatro e alla danza, impiegata nel progetto terapeutico-riabilitativo di persone affette da disturbi psichici di varia natura, abbia avuto esiti positivi su più livelli e nei confronti di diverse tipologie di disturbo. In particolare, i risultati maggiori si sono ottenuti nella presa di contatto di queste

persone con le proprie emozioni e in una facilitazione della loro espressione, oltre che attraverso il canale artistico, anche attraverso quello verbale e relazionale.

Il momento della creazione artistica si configura così come un'ottima occasione per instaurare con l'assistito quella relazione terapeutica fondamentale ai fini dell'esito positivo del suo percorso.

L'arte diventa un ponte attraverso il quale la persona affetta da disagio psichico può superare i confini della propria malattia e riuscire a raggiungere l'altro, a fargli arrivare le emozioni, i sentimenti, i pensieri che spesso non è in grado di esprimere. Il contenuto di questa comunicazione può diventare la base di un rapporto fondato sulla fiducia, può facilitare la relazione d'aiuto, può facilitare l'altro nella comprensione dei bisogni che si celano dietro quelle emozioni, quei sentimenti, quei pensieri.

Questo rende l'arteterapia un momento in cui l'infermiere, in quanto professionista della lettura dei bisogni dell'assistito e della risposta ad essi, può trovare un momento privilegiato nell'esercizio della sua professione, quella professione che trova nella relazione interpersonale con l'assistito il suo centro e la sua natura profonda.

Ne consegue, come evidenziato da alcuni studi, la necessità di una formazione specifica che permetta all'infermiere di inserirsi a pieno nel trattamento arteterapico in ambito di salute mentale.

CAPITOLO 4

CONCLUSIONI

Da sempre l'arte costituisce un canale privilegiato attraverso cui l'uomo, fin dalle origini, ha espresso emozioni, pensieri, valori, ideali. Nel corso dei secoli e dei millenni essa si è fatta portavoce dell'interiorità dell'essere umano e, nelle sue varie forme, ha permesso a ciò che era difficile esprimere di venire alla luce ed essere trasmesso ad altri esseri umani.

La storia dell'arte e della letteratura è costellata di figure che hanno sofferto di severi disturbi psichici: da Vincent Van Gogh, considerato il “pittore malato per eccellenza” (fonte: Neuroscienze.net), a Edvard Munch, che nella sua celebre opera *L'urlo* sembra voler dare voce alla sua angoscia, da Caravaggio a Pollock, da Virginia Woolf a Edgar Allan Poe, da Ernest Hemingway a David Foster Wallace, da Dino Campana a Alda Merini, che a 16 anni incontrò “le prime ombre della sua mente” (Corti, 1991) e andò incontro al primo di una purtroppo lunga serie di terribili internamenti in manicomio. Anche nel mondo della musica e del cinema sono numerose le testimonianze di artisti affetti da disturbi psichici. Spesso, inoltre, l'arte nelle sue varie forme si è fatta veicolo attraverso il quale rappresentare e raccontare la malattia mentale e il suo vissuto: la pittura, la letteratura, la musica, il cinema – con titoli come *Qualcuno volò sul nido del cuculo* di Milos Forman (1975) e *Joker* di Tod Phillips (2019) –. Di recente perfino la cucina - in un'edizione italiana di un noto talent show culinario - ha permesso, attraverso la creazione di un piatto che è una vera e propria opera d'arte su tutti i livelli, di rappresentare la storia di disturbo del comportamento alimentare della sua ideatrice.

Quando l'arte è impiegata in ambito assistenziale a scopo terapeutico, essa si fa ponte tra l'assistito e l'operatore, rendendo possibile la relazione d'aiuto.

Essa consente alla persona di entrare in contatto con le proprie emozioni, di comprenderle, di strutturare la propria identità, di rielaborare il proprio vissuto ed esprimerlo e quindi favorisce una progettualità assistenziale centrata sui bisogni e le singole peculiarità dell'assistito.

Le rappresentazioni, le percezioni e i vissuti di malattia - ma anche di vita - che emergono durante i momenti di creazione artistica diventano elementi imprescindibili di conoscenza e analisi che rendono possibile la progettazione e la valutazione degli interventi da parte dell'infermiere.

L'arte si fa così strumento dell'infermieristica, concentrandosi sulla dimensione di *illness* (intesa come *vissuto* di malattia) della persona affetta da patologia psichiatrica, più che su quella classica relativa al "guasto" di origine bio-meccanica (*disease*) o su quella socio-istituzionale della *sickness* (la percezione della società di fronte a una condizione di disagio o malattia).

Questo fa apparire chiaro come quello dell'arteterapia possa essere un momento fondamentale per l'instaurarsi di una relazione terapeutica tra l'assistito e l'infermiere, esponente di una professione che si può definire "un'esperienza vissuta tra due esseri umani" (Paterson, Zderad, 1976).

Questa relazione, nell'ambito della presa in carico e della costruzione di un rapporto di fiducia che diventa esso stesso parte integrante di quella "terapeuticità" che rende possibile, diventa strumento centrale di un'assistenza che si fa realmente centrata sulla persona.

"Raccontami la tua storia, non solo per farti aiutare, ma per capire di più anche chi sono e chi posso essere io, l'infermiere." (Antognozzi, 2012).

BIBLIOGRAFIA

Abbenante S., Calore T., Gomes Pereira V.A., Lorio R.C., Rodríguez Garcia I. (2020), *Ricerca su arteterapia e arte come terapia – pratiche metodologiche di arteterapia utilizzate nel trattamento di vittime di abuso e violenza*, Rights, Equality and Citizenship Programme – Project N.881583 DEEP ACTS Developing Emotional Education Pathways and Art Centered Therapy Services against gender violence.

Antognozzi C. (2012), *Le narrazioni di malattia come strumento infermieristico per interpretare la percezione e la soggettività del bisogno*, Rivista L'Infermiere n°2 – 2012, IPASVI.

Björklund A., Blohmdal C., Gunnarsson A.B., Guregård (2013) *A realist review of art therapy for clients with depression*, The Arts in Psychotherapy 40(2013) 322-330, Elsevier, 2013.

Corti M. (1991), *Introduzione di Vuoto d'amore*, Torino, Einaudi, pag. VI.

Costa Freitas M.M., Freire Coqueiro N., Ramos Vieira F.R. (2010), *Art therapy as a therapeutic tool in mental health*, Acta Paul Enferm 2010;23(6):859-62.

Haeyen S., Chakhssi F., Van Hooren S. (2020), *Benefits of art therapy in people diagnosed with a personality disorder: a quantitative survey*, Front. Psychol., 15 April 2020 Sec. Health Psychology.

Hu J., Zhang J., Hu L., Haibo Y., Jinping X. (2021) *Art therapy: a complementary treatment for mental disorders*, Front. Psychol., 12 August 2021 Sec. Health Psychology.

Kim S. (2010) *A Story of a Healing Relationship: The Person-Centered Approach in Expressive Arts Therapy*, Journal of Creativity in Mental Health, 5:1, 93-98.

Lissi G., Belloi P. (2016) *Arte e relazione d'aiuto*, Roma, Armando Editore.

Masino Drass J. (2015) *Art Therapy for Individuals With Borderline Personality: Using a Dialectical Behavior Therapy Framework*, Art Therapy, 32:4, 168-176.

Matic A. (2017), *L'efficacia del trattamento musicale nei pazienti con schizofrenia, una possibile implicazione infermieristica*, Bachelor thesis, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI).

Papagiannaki A., Shinebourne P. (2016) *The contribution of creative art therapies to promoting mental health: Using Interpretative Phenomenological Analysis to study therapists' understandings of working with self-stigmatisation*, *The Arts in Psychotherapy* 50 (2016) 66–74, Elsevier, 2016

Paterson J. G., Zderad L. T. (1976). *Humanistic nursing*, New York, John Wiley and Sons.

Rice R., *Undergraduate Student Nurses' Perceptions of Art Therapy in Mental Health Settings* (2018), Nursing Education Research Conference 2018 (NERC18).

Rice R., Hunter J., Spies M., Cooley T. (2017), *Perceptions of Nursing Students Regarding Usage of Art Therapy in Mental Health*, *J Nurs Educ.* 2017; 56(10): 605-610.

Tavares C.M. (1997), *Arts workshop, psychiatric nurse therapeutic performance*, *R. Bras. Enferm. Brasilia*, v. 50, n. 4, p. 569-576, 1997.

Van Lith T. (2014), *Painting to Find my Spirit": Art Making as the Vehicle to Find Meaning and Connection in the Mental Health Recovery Process*, *Journal of Spirituality in Mental Health*, 16:1, 19-36.

Van Lith T. (2015), *Art Making as a Mental Health Recovery Tool for Change and Coping*, *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 32(1) pp. 5–12.

Wang C., Xiao R. (2020), *Music and art therapy combined with cognitive behavioral therapy to treat adolescent anorexia patients*, *Am J Transl Res.* 2021; 13(6): 6534–6542.

SITOGRAFIA

URL:

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=171&area=salute%20mentale&menu=vuoto> (ultima consultazione: 12/10/2022)

URL:

https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice%20deontologico_2019.pdf (ultima consultazione: 27/07/2022)

URL:

<https://www.treccani.it/vocabolario/nurse/> (ultima consultazione: 15/09/2022)

URL:

<https://www.nurse24.it/infermiere/professione/hildegard-peplau.html> (ultima consultazione: 19/09/2022)

URL:

https://emed.uniss.it/pluginfile.php/12594/mod_resource/content/1/PSICHIATRIA%20e%20DSM-5.pdf (ultima consultazione: 20/09/2022)

URL:

<https://www.neuroscienze.net/l-arte-nella-malattia/> (ultima consultazione: 11/10/2022)

URL:

<https://letteredallafacolta.univpm.it/alle-origini-della-ricerca-infermieristica-jean-baptiste-pussin-un-antesignano-nella-francia-della-rivoluzione/> (ultima consultazione: 11/10/2022)

URL:

<https://www.scienzeinfermieristiche.net/una-nuova-metodologia-per-laccertamento-infermieristico-soma-psiche-e-relazioni/> (ultima consultazione: 12/10/2022)

URL:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1904-02-14;36@originale> (ultima consultazione: 18/10/2022)

RINGRAZIAMENTI

Al termine di questo lavoro e di questo percorso il mio sentito *Grazie* va:

A Samuele, il mio compagno, per essere stato per me un modello di infaticabile dedizione, professionalità e passione per il proprio lavoro e per avermi insegnato che è davvero possibile realizzare il proprio sogno, basta volerlo davvero e non arrendersi mai di fronte a nulla. Grazie per aver creduto in me ogni giorno fin dal primo momento e per avermi insegnato a non dubitare mai delle mie capacità e possibilità. Grazie per avermi sempre dato forza, con tenerezza e amore.

Ai miei genitori, senza i quali non potrei essere qui ora. A voi non devo solo la vita, ma anche la gratitudine per avermi cresciuta libera di viverla seguendo le mie aspirazioni. Grazie per avermi sempre sostenuta e incoraggiata a superare i “piccoli intoppi” lungo il cammino e per tutti i << vedrai che andrà tutto bene, come sempre >>.

Al resto di quella che considero la mia famiglia, per la premura, l'affetto, la stima, l'incoraggiamento e il supporto.

Al Dott. Enrico Ceroni, per aver accettato di seguirmi in qualità di relatore nella realizzazione di questo lavoro di tesi, condividendo con me l'entusiasmo per le idee che pian piano si sono tradotte in questo prodotto finale e per aver sempre dimostrato nei miei confronti una stima che ricambio.

Al Dott. Maurizio Ercolani, per aver accettato il ruolo di correlatore e aver messo a mia disposizione la sua competenza in ambito sia infermieristico che di salute mentale nello specifico, permettendomi di modellare il mio lavoro di tesi nella sua forma definitiva.

Ai tutor e i docenti tutti, per la preziosa formazione ricevuta a livello professionale e umano.

Ai colleghi che ho incontrato lungo questo cammino, da ognuno dei quali ho avuto modo di imparare qualcosa, per aver condiviso con me il percorso verso un obiettivo comune.

Agli amici di sempre, a quelli nuovi, a quelli ritrovati, per aver condiviso con me l'entusiasmo per questa scelta di vita.

Agli infermieri, i medici, gli operatori socio-sanitari e le assistenti sociali dell'ASUR – Area Vasta 4 incontrati nella mia esperienza di tirocinio, per aver dedicato il loro tempo di lavoro alla mia crescita professionale e personale, per aver messo a mia disposizione le loro conoscenze e competenze affinché ne potessi trarre insegnamenti preziosi, per avermi dimostrato fiducia e stima e avermi accolta nelle loro équipes.

Alla P.A. Croce Verde di Porto Sant'Elpidio, per avermi fatto capire quale fosse la mia strada.

E infine, ma certamente non per importanza, a tutte le persone che ho avuto modo di assistere in questi anni di tirocinio e che, in un modo o nell'altro, porterò sempre con me. Sta in una luce nel loro sguardo, in un loro sorriso, in un abbraccio inaspettato, il senso di tutto.