



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**L'arte che incontra l'arte:  
Nursing e Arte terapia nel recupero delle capacità  
di autocura in pazienti affetti da disagio psichico.  
Revisione della Letteratura.**

Relatore:  
**Dott.ssa Silvia Giacomelli**

Tesi di Laurea di:  
**Martina Ragni**

A.A. 2020/2021



*“Il sistema psichiatrico,  
invidioso della genialità dei folli,  
si rese responsabile della loro alienazione”*

*A Marlene.*

# INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE

## CAPITOLO 1 LA SALUTE MENTALE E IL DISAGIO PSICHICO

1.1 Definizione di salute mentale	7
1.2 Dal disagio psichico al disturbo psichico	8
1.3 Classificazione dei disturbi psichici	10
1.4 Eziologia, epidemiologia e conseguenze sociali	13
1.5 Evoluzione storica e legislativa dell'assistenza in ambito psichiatrico	16

## CAPITOLO 2 LE MEDICAL HUMANITIES E LA MEDICINA NARRATIVA

2.1 Le Medical Humanities e Medicina Narrativa	24
2.2 Il Nursing Narrativo	26

## CAPITOLO 3 APPROCCI ASSISTENZIALI NON FARMACOLOGICI A PAZIENTI AFFETTI DA DISAGIO PSICHICO

3.1 L'Arteterapia ed il suo excursus storico	28
3.2 L'Arteterapia nel contesto assistenziale, come cura l'arte?	33

## CAPITOLO 4 REVISIONE DELLA LETTERATURA

4.1 Obiettivo dello studio	40
4.2 Materiali e metodi	40
4.3 Risultati	41
4.4 Discussione	49

## CAPITOLO 5 CONCLUSIONI

Conclusioni	54
Bibliografia	55
Sitografia	57



## **ABSTRACT**

**Introduzione:** È importante sottolineare come l'assistenza nell'ambito della Salute Mentale abbia subito notevoli cambiamenti, dovendosi adeguare anche ai diversi contesti storici: dall'alienazione ed emarginazione del paziente psichiatrico considerato come "strano e pericoloso", a causa della percezione disadattiva di sé e della realtà che lo circonda, alla necessità di favorire una sua reintegrazione nella società favorendo un'espressione del sé benefica e adattiva. Tutto questo è stato possibile grazie allo sviluppo delle Medical Humanities e della Medicina Narrativa, che hanno permesso un incontro ravvicinato tra medicina e arte, che gioca un ruolo fondamentale come terapia complementare. L'arte è strumento di narrazione, promuove la centralità della persona, costituisce un elemento narrativo del vissuto personale che sembra essere strettamente legato al riconoscimento, attraverso essa, di nuovi punti di forza e abilità. L'Arteterapia è metodo efficace di espressione di sé, e di contenzione di sentimenti negativi nel paziente portatore di disagio psichico, permettendo attraverso essa, di trovare nuovi punti di forza e maggiore compliance del paziente verso un adeguato processo di cura.

**Obiettivo:** L'obiettivo di questa ricerca è stato quello di indagare attraverso l'analisi di articoli primari l'efficacia dell'arteterapia come attività riabilitativa, narrativa ed espressiva, e descrivere le principali evidenze relative agli effetti dell'arteterapia come supporto assistenziale nel processo di cura in pazienti portatori di disagio psichico.

**Materiali e metodi:** Per redigere la seguente revisione della letteratura sono stati presi in considerazione 15 articoli dalle banche dati "MEDLINE PubMed" e "Google Scholar" in modo retroattivo di 10 anni. Le parole chiave utilizzate per la ricerca sono state: "art therapy"; "mental illness"; "mental health"; "nursing" combinate agli operatori booleani.

**Risultati:** Sono stati selezionati 15 articoli dai quali è emerso che la problematica che caratterizza i pazienti affetti da disagio psichico è la difficoltà di comunicazione ed espressione adattiva di sé e della realtà, con conseguente esclusione socio-relazionale. La letteratura ha dimostrato come l'Arteterapia, nello specifico della tecnica pittorica, facesse concentrare il soggetto sulla cattura dei propri processi psicodinamici interiori esternando la propria percezione disadattiva di sé e della propria realtà, aiutandolo ad adottare un metodo di comunicazione efficace attraverso la creazione di immagini. Il

trattamento con Arteterapia si è dimostrato un efficace trattamento complementare nella gestione dei pazienti affetti da disagio psichico.

**Conclusioni:** Gli aspetti relazionali e comunicativi sono importanti nella gestione multidisciplinare del paziente portatore di disagio psichico. Favorire la comunicazione ed esplorare il vissuto di essi è importante per rimettere in moto quei processi espressivi perduti, che permettono una nuova crescita personale e favoriscono lo sviluppo delle proprie risorse e potenzialità anche in ambito socio-relazionale. L'Arteterapia si è dimostrata un potente strumento per sbloccare la narrativa, esprimersi, raccontarsi e farsi raccontare.

## INTRODUZIONE

*“Ogni forma d’arte, di letteratura, di musica deve nascere nel sangue del nostro cuore. L’arte è il sangue del nostro cuore; io non credo in un’arte che non nasce dal desiderio dell’individuo di rivelarsi all’altro. Io non credo in un’arte che non nasce da una forza, spinta dal desiderio di un essere di aprire il suo cuore.”*

(Edward Munch)

Questo elaborato è nato dall’interesse verso il mondo variopinto della salute mentale e dell’arteterapia, come intervento terapeutico-riabilitativo non farmacologico nella gestione del disagio psichico.

Lo scopo di questa revisione narrativa della letteratura, è quello di “fotografare”/osservare quella che è la realtà odierna in merito all’effettivo utilizzo dell’arteterapia come strumento “facilitatore” per la costruzione di una relazione d’aiuto mediata dall’attività creativa, e di come quest’ultima si inserisce all’interno del processo di nursing.

Lo scopo dell’arteterapia nella gestione del disagio psichico è proprio quello di rimettere in moto quei processi espressivi che permettono la crescita personale e che favoriscono il processo di ricontattare e sviluppare le proprie risorse e potenzialità in ambito personale e sociale.

Nell’elaborato si parla, a tal proposito, della Medicina Narrativa, e di come essa avvalorì l’importanza degli aspetti relazionali e comunicativi nella percezione della malattia e nel processo di cura, e di come evidenzia l’individuo non solo come un “organismo da curare”, ma un individuo la cui esperienza personale, esplorata attraverso la narrazione del proprio vissuto e della propria malattia, venga indagata per favorirne il processo di cura.

La scelta di questo particolare tema è stata effettuata durante la quarentena causata dalla pandemia da nuovo coronavirus responsabile della malattia Covid 19, in cui è stata sperimentata un’esperienza personale riguardo i benefici dell’arteterapia come strumento efficace nell’autocura attraverso l’espressione del proprio essere, in condizioni di disagio psichico.



La particolarità del titolo scelto per questo elaborato è nata da una delle più celebri citazioni di Florence Nightingale (Firenze, 12 maggio 1820 – Londra, 13 agosto 1910), fondatrice dell'assistenza infermieristica moderna, la quale descriveva l'assistenza infermieristica proprio come una “forma d'arte”, e ciò dovrebbe essere la prerogativa di ogni operatore sanitario che si voglia approcciare ai bisogni della persona con visione olistica di essa.

*“L'assistenza è un'arte; e se deve essere realizzata come arte, richiede una devozione totale e una preparazione, come qualunque opera di pittore o scultore, con la differenza che non si ha a che fare con una tela o un gelido marmo, ma con il corpo umano, il tempio dello Spirito di Dio. È una delle belle arti, anzi la più bella delle arti”.*

(Florence Nightingale).

# **CAPITOLO 1**

## **LA SALUTE MENTALE E IL DISAGIO PSICHICO**

### **1.1 Definizione di salute mentale**

"La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità". (OMS, 1948)

La salute mentale è parte integrante della salute e del benessere, lo si deduce dalla dichiarazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1948) sul concetto di "salute", in cui viene data importanza ad essa intesa come benessere globale della persona che è in perfetto equilibrio con sé stessa e con l'ambiente che la circonda.

Non si dovrebbe pensare al concetto di salute come "assenza assoluta di malattia", ma piuttosto come un totale stato di benessere ed equilibrio "interno ed esterno" alla persona, in questo modo l'individuo viene considerato nelle sue tre dimensioni: biologica, mentale e sociale.

La salute mentale è specificatamente intesa come "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"; ed essa, come altri aspetti della salute, può essere influenzata da diversi fattori sui quali è necessario agire con strategie globali rivolte alla promozione, prevenzione, trattamento e recovery (che si riferisce ad un processo attivo, dinamico ed altamente individuale attraverso cui una persona assume la responsabilità della propria vita, e sviluppa uno specifico insieme di strategie rivolte non solo al fronteggiamento dei sintomi, ma anche alle minacce secondarie della disabilità, che comprendono stigma, discriminazione e soprattutto esclusione sociale).

Il benessere mentale non è uno stato che si raggiunge una volta per tutte e per tutti uguale: nelle alterne situazioni dell'esistenza, è l'obiettivo verso cui l'individuo tende costantemente.

## 1.2 Dal disagio al disturbo psichico

*Che cosa significa avere un problema di salute mentale?*

I problemi legati alla mente appaiono inevitabilmente più complessi e “astratti” di quelli organici, proprio perché ogni essere umano è differente dall’altro e i processi mentali di compensazione a stress e fattori stimolanti esterni di varia natura sono diversi per ogni soggetto, a differenza delle patologie organiche dove la moderna medicina si avvale di diagnostica per immagini che permette l’obiettività diagnostica, alla farmacologia che chimicamente esercita la sua azione su organi e meccanismi fisiologici riportandoli al solo normale corso, o la chirurgia stessa che manualmente cerca di risolvere il problema: tutto questo non può essere applicato come prima scelta nel processo di cura della salute mentale, ma può essere d’aiuto solo in parte.

Il disagio psichico si riferisce alla condizione in cui il soggetto vive quando non trova risoluzione alla sofferenza, è connesso a difficoltà di varia natura (può derivare ad esempio: da situazioni lavorative stressanti, da situazioni relazionali problematiche etc.), condizioni che comunque si presentano nell’arco della vita, e che lo pongono in condizioni di disagio, senza che si instauri alcun sintomo specifico. Tale condizione può essere temporanea se trattata in maniera tempestiva. Si passa invece, dal “disagio” al “disturbo psichico”, quando la condizione di sofferenza diviene prolungata ed intensa, quando non riesce a trovare risoluzione e raggiunge livelli di intensità molto elevati. A tale condizione, si accompagnano alterazioni psichiche e/o comportamentali come ad esempio: deliri, allucinazioni ed ossessioni.

La sofferenza si “clanicizza” e sorgono condizioni specifiche in cui:

- la persona ha una distorsione nell’interpretazione degli stimoli provenienti dall’ambiente, a cui segue un comportamento coerente con questa interpretazione, ma non adattivo
- viene colpita la sfera psicologica e relazionale
- vi è una perdita di autonomia nelle attività di vita quotidiana e nella capacità di soddisfare i propri bisogni.

- insorge una condizione di isolamento in ambito sociale, lavorativo e relazionale, in cui si assiste ad una perdita di “ruolo” della persona che sembrerà vivere in un “mondo proprio”.

Il disturbo psichico è uno stato di alterazione patologica che colpisce in vario modo le *funzioni cognitive* (il pensiero, l’ideazione, la concentrazione, l’attenzione, la capacità di affrontare e risolvere problemi), la *sfera affettiva* (l’umore, le emozioni, i sentimenti, l’ansia), il *comportamento*, la qualità delle *relazioni interpersonali*. In molti casi è il funzionamento complessivo della personalità ad essere disfunzionale.

Le cause dei disturbi mentali non sono ancora ben note, è certo però che la maggior parte di essi deriva dall’interazione di più fattori:

- *fattori biologici* (predisposizione individuale e familiare; alterazioni del sistema nervoso centrale, deficit di monoamine e alterazione della trasmissione di esse: come serotonina, noradrenalina e dopamina; invecchiamento; genere; alterazioni ormonali nel post partum)
- *fattori ambientali e psicologici* (traumi psicologici; famiglia di origine problematica; abusi; attaccamento madre-neonato; perdita/separazione di figure genitoriali; eventi stressanti nel corso della vita; lutti; migrazioni; condizioni economiche ed abitative precarie; abuso di droghe)
- *fattori sociali* (supporto sociale; emarginazione; urbanizzazione).

Il disagio psichico si trasforma quindi in disturbo psichico quando vi è una condizione mentale invalidante continuativa, particolarmente importante e durevole, tale da colpire la sfera comportamentale, relazionale, cognitiva e affettiva. Diviene condizione patologica in cui la persona adotterà comportamenti disadattivi tali da compromettere la propria integrazione sociale e lavorativa. La condizione in cui si verrà a trovare il soggetto sarà causa di una grande sofferenza personale. I disturbi mentali sono dunque alterazioni psico-patologiche e/o comportamentali relative alla personalità dell’individuo che causano pericolo o disabilità e non fanno parte del normale sviluppo psichico della persona.

Lo studio e la cura delle malattie mentali rientrano nel campo di studi della psicologia (scienza che studia i processi psichici e mentali, nelle loro componenti conscie e

inconscie, attraverso l'uso del metodo scientifico e/o appoggiandosi ad una prospettiva soggettiva intrapersonale; tale studio va ad indagare processi cognitivi e intrapsichici dell'individuo e i rapporti con l'ambiente circostante), e della psichiatria (branca specialistica della medicina che si occupa dello studio sperimentale, della prevenzione, della cura e della riabilitazione dei disturbi mentali, è orientata verso l'identificazione del disturbo mentale o psicologico come derivante da un funzionamento anomalo a livello fisiologico del sistema nervoso centrale, segue un approccio strettamente scientifico, ed offre possibilità di intervento di tipo farmacologico).

### **1.3 Classificazione dei disturbi psichici**

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), i disturbi mentali sono molti e diversi. Generalmente sono caratterizzati da una combinazione di pensieri anormali, percezioni, emozioni, comportamenti e relazioni disadattive con gli altri.

Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, noto anche con la sigla “DSM” (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), redatto dalla American Psychiatric Association, è uno dei sistemi di classificazione dei disturbi mentali più utilizzati da psichiatri, medici e psicologi in tutto il mondo. La prima versione risale al 1952 (DSM 1), per arrivare poi nel corso degli anni ad aggiornarsi fino alla quinta edizione del 2013: il “DSM 5”, redatto tenendo in considerazione lo sviluppo e i risultati della ricerca psicologica e psichiatrica in numerosi campi, modificando ed introducendo nuove definizioni di disturbi mentali: questa sua ultima edizione classifica un numero di disturbi mentali pari a tre volte quello della prima edizione. È uno strumento di diagnosi descrittiva di tutti i disturbi mentali, ne contiene tutti i criteri diagnostici; ogni disturbo è elencato e classificato per la condizione specifica, viene descritto nel suo funzionamento generale e ne vengono elencate le strategie di possibile gestione, contiene quindi importanti informazioni su criteri specifici di inclusione od esclusione (che permette di effettuare la diagnosi differenziale tra essi) di caratteristiche riguardanti lo stesso.

Il DSM divide i disturbi mentali in cinque assi:

- ❖ ASSE I: disturbi clinici, temporanei, “non strutturali”, non solo riconducibili al cervello e al sistema nervoso, ma anche ad altre condizioni cliniche significative che il soggetto può avere (ad esempio: soggetto sieropositivo o malato cronico)
- ❖ ASSE II: disturbi di personalità e ritardo mentale; disturbi stabili e “strutturali” non restituibili a condizioni pre-morbuse. Questo asse è diviso in sottoparagrafi corrispondenti ai diversi disturbi di personalità.
- ❖ ASSE III: disordini fisici e condizioni mediche acute.
- ❖ ASSE IV: condizioni ambientali e psicosociali che contribuiscono al disordine.
- ❖ ASSE V: valutazioni globali del funzionamento.

I disturbi mentali vengono classificati in:

- **DISTURBI DI ANSIA**: ad uno stimolo ansiogeno il soggetto non riesce a rispondere mettendo in atto meccanismi di difesa adattivi, il sistema neuroendocrino viene iper-stimolato e vengono rilasciate in grandi quantità le monoamine: adrenalina e noradrenalina: sostanze che provocano lo stato di eccitazione, e che entrano in “conflitto” con il vissuto del soggetto, impedendo ad esso di utilizzare strategie adattive nell’affrontare la situazione. (Il disturbo di ansia può essere: generalizzato; fobico; ossessivo compulsivo o da stress post traumatico).
- **DISTURBI DELL’UMORE**: caratterizzati da un abbassamento del tono dell’umore che può subire anche fluttuazioni ed alternare fasi eccitatorie a fasi depressive, possono essere monopolari (caratterizzati da un solo tono dell’umore depresso in maniera continuativa) o bipolari (caratterizzati dall’alternanza di episodi depressivi ad episodi di ipereccitazione maniacale).
- **DISTURBI SOMATOFORI**: il soggetto si sottopone a numerose indagini in seguito ad una serie di lamentele fisiche e preoccupazioni somatiche: dolori, disfunzioni sessuali ad esempio, non riconducibili a condizioni mediche o ad altri disturbi mentali (ipocondria eccessiva).
- **DISTURBI DELLA CONDOTTA ALIMENTARE**: di cui fanno parte: anoressia, bulimia e obesità: questi disturbi non sono secondari a cause organiche ma psicogene, il soggetto ha un rapporto disfunzionale con il cibo.

Questo disturbo è frequente negli adolescenti in difficoltà nella costruzione dell'identità personale.

- DISTURBI FITTIZI E DI SIMULAZIONE: è la ricerca compulsiva del soggetto di assumere il ruolo di malato, non del tutto inconsapevolmente, provocando disagi a sé stesso e alle persone che lo circondano
- DISTURBI CORRELATI A SOSTANZE, DISTURBI DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI E DELLA CONDOTTA: abuso di droghe, alcol, sedativi, ipnotici e ansiolitici allo scopo di attivare o inibire lo stato di coscienza, l'interesse si focalizza soltanto sulla ricerca e sull'assunzione della sostanza, con compromissione della propria sfera socio-lavorativa e relazionale. Nel disturbo del controllo degli impulsi il soggetto non riesce a controllare il proprio impulso disadattivo.
- DISTURBI SESSUALI E DELL'IDENTITÀ DI GENERE
- DISTURBI DISSOCIATIVI: sono caratterizzati dalla disgregazione tra la coscienza, i pensieri, l'identità, la memoria e la rappresentazione corporea (disturbo dissociativo di identità, amnesia dissociativa, fuga dissociativa).
- DISTURBI SCHIZOFRENICI: comprendono le forme paranoide, ebefreniche, catatoniche, difettuali/residue e indifferenziate. La sfera delle manifestazioni cliniche va da: allucinazioni, delirio, appiattimento affettivo, povertà nell'eloquio o eloquio disorganizzato, marcata disfunzione dell'autonomia etc.
- DISTURBI DI PERSONALITÀ: vengono suddivise in "cluster":
  - Cluster 1: personalità "strane ed eccentriche" come: disturbo paranoide, schizoide, schizo tipico.
  - Cluster 2: personalità "esplosive e drammatiche" come: il disturbo borderline, narcisistico, antisociale ed istrionico
  - Cluster 3: "soggetti ansiosi" come: il disturbo evitante, dipendente, e disturbo ossessivo compulsivo.

Nel DSM IV e V vengono inclusi anche i disturbi dello spettro autistico (definiti nello specifico dal DSM V secondo due criteri: "deficit persistenti della comunicazione sociale e dell'interazione sociale" e "pattern di comportamento" come attività stereotipate e ripetitive); e le demenze, il quale termine viene sostituito poi, sempre nel DSM V, con disturbo neuro cognitivo, distinto in lieve o maggiore.

Si considera che l'identità personale (la percezione di sé) è continuamente influenzata dal mondo esterno (esperienze, significati attribuiti a determinate situazioni di vita, cambiamenti repentini e critici), e dovrebbero essere messe continuamente in atto da parte della persona, strategie adattive per “sopravvivere” alle modificazioni circostanti anche critiche. Non sempre questo meccanismo di adattamento avviene, come già citato nel capitolo 1.1.

#### **1.4 Eziologia, epidemiologia e conseguenze sociali**

Studi internazionali evidenziano che circa il 20-25% della popolazione in età superiore ai 18 anni, soffre di almeno un disturbo mentale clinicamente significativo.

Il 41% degli uomini ed il 30% delle donne avevano sofferto almeno una volta di un disturbo mentale o da abuso di sostanze o di alcool.

Negli uomini sono molto più frequenti, specie nelle prime decadi della vita, i disturbi da abuso di sostanze e di alcool, così come il disturbo di personalità antisociale. Tra le donne i disturbi depressivi e quelli d'ansia, i disturbi di somatizzazione ed i disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia) si manifestano con frequenza doppia o tripla rispetto agli uomini.

Circa l'8% dei bambini e degli adolescenti soffre di un disturbo mentale.

Nel Mondo: ci sono 450 milioni di persone che soffrono di disturbi neurologici, mentali, comportamentali.

In Europa: I problemi di salute mentale rappresentano quasi il 20% del totale delle malattie e colpiscono addirittura una persona su quattro nell'arco della propria vita.

Dei dieci Paesi con i più alti tassi di suicidio nel mondo, nove si trovano in Europa.

C'è un “gap” tra servizi sanitari offerti e tipo di cure di cui i malati avrebbero bisogno:

- la metà di coloro che soffrono di depressione non viene mai curata
- il 44-70% di coloro che soffrono di malattie mentali non è sottoposto ad alcuna terapia



In Italia: lo studio epidemiologico sulla prevalenza dei disturbi mentali rientra nel progetto europeo European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) al quale hanno preso parte sei paesi europei (Italia, Belgio, Francia, Germania, Olanda e Spagna); realizzato nell'ambito della "WHO, World Mental Health (WMH) Survey Initiative", al quale parteciparono più di 30 paesi diversi, il progetto è stato promosso congiuntamente dall'Oms e dall'Università di Harvard e mirava a valutare:

- la frequenza dei disturbi mentali nella popolazione italiana,
- le relazioni tra di loro
- l'associazione con i possibili fattori di rischio e trattamenti ricevuti

Lo studio è stato condotto su un campione rappresentativo della popolazione generale di entrambi i sessi, attraverso un'intervista strutturata computerizzata, il cui nucleo è rappresentato dalla Composite International Diagnostic Interview (CIDI) dell'OMS.

La versione italiana è stata realizzata dal Centro di coordinamento italiano dello studio ESEMeD-WMH, presso l'Istituto superiore di sanità, con obiettivo di raggiungere una percentuale di risposta di almeno 65%, pari a 4.230 interviste. Sono state realizzate in totale 4.712 interviste. Le variabili sociodemografiche e i fattori di rischio indagati comprendono: età, sesso, stato civile, scolarità, reddito, variabili di personalità, familiarità di disturbi psichici, eventi di vita stressanti, presenza di disturbi in età evolutiva, situazione coniugale e vita sessuale, e infine religione.

I dati riguardanti i tassi di prevalenza riscontrati nel campione studiato in Italia confermano che i disturbi mentali sono frequenti anche in Italia, al pari di quanto le ricerche internazionali condotte in questi anni hanno messo in luce: circa una persona su cinque ha soddisfatto i criteri diagnostici per almeno un disturbo mentale nel corso della vita; in maniera più specifica: la depressione maggiore (10,1%), le fobie specifiche (5,7%) e la distimia (3,4%), seguiti poi dal disturbo post traumatico da stress, fobia sociale e disturbo d'ansia generalizzata (riscontrati nel 2% dei soggetti intervistati).

I risultati mostrano i tassi di prevalenza in cui si evidenzia che circa il 7% degli intervistati ha soddisfatto i criteri diagnostici per almeno un disturbo mentale nei 12 mesi precedenti l'intervista.

Circa il 5% del campione aveva sofferto di un disturbo di ansia; in termini di sottotipi diagnostici, la depressione maggiore e le fobie specifiche sembrano essere i disturbi più frequenti a 12 mesi, con prevalenze stimate del 3% e del 2,7%.

In conclusione circa tre milioni e mezzo di persone adulte hanno sofferto di un disturbo mentale negli ultimi 12 mesi; di questi, quasi 2 milioni e mezzo hanno presentato un disturbo d'ansia, 1 milione e mezzo un disturbo affettivo, e quasi 50.000 un disturbo da abuso di sostanze alcoliche. Si può stimare inoltre che circa 8 milioni e mezzo di adulti hanno sofferto di un qualche disturbo mentale nel corso della propria vita.

Le donne sono molto più a rischio di soffrire di un disturbo mentale, con l'eccezione dei disturbi correlati all'uso di alcool. Le categorie più a rischio di sviluppo di disturbi psichici sono: donne disoccupate, casalinghe e portatrici di disabilità.

I dati epidemiologici ci mostrano che una persona su 600 compie gesti di autolesionismo che richiedono ricovero ospedaliero, 5.000 suicidi riusciti/anno nel mondo e 10.000 tentativi di suicidio.

Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in Italia circa l'80% dei morti per suicidio sono uomini, con un rapporto di genere (uomini/donne) che è andato aumentando linearmente nel tempo. In termini assoluti anche in Italia, come nel resto del mondo, la quota maggiore di suicidi si registra tra le persone anziane; tuttavia in termini relativi, i suicidi rappresentano solo lo 0,2% del totale dei decessi tra gli italiani ultrasettantenni, mentre arrivano a rappresentare il 12% delle morti tra i giovani di 15-29 anni.

Con oltre 800 mila decessi all'anno nel mondo, i suicidi rappresentano un problema globale, e si confermano come la seconda causa di morte tra i 15 e i 29 anni. Avvelenamento da pesticidi, impiccagione e armi da fuoco sono tra i metodi più comunemente utilizzati, e numerose ricerche dimostrano che limitare l'accesso a questi mezzi aiuta a contrastare il numero di decessi per suicidio. Per questo motivo, l'OMS ha realizzato il documento "Preventing suicide: a global imperative" che analizza gli interventi realizzati a livello nazionale e propone alcuni interventi necessari per implementare le politiche e le strategie esistenti. Al di là della limitazione dell'accesso a mezzi letali, in considerazione del fatto che gran parte delle persone che si tolgono la

vita lo fanno perché affette da un grave disturbo mentale, e si trovano ad affrontare da soli la propria condizione o con il senso di essere di peso agli altri, un elemento fondamentale di ogni azione mirata a ridurre il numero dei suicidi è costituito dal miglioramento della qualità delle cure per le persone con gravi disturbi dell'umore e psicosi, e da una piena e buona presa in carico delle persone con patologie fisiche gravi invalidanti e progressive (Istituto Superiore di Sanità - 11 settembre 2014: "Suicidi: dall'OMS le indicazioni sugli interventi per contrastarli").

### **1.5 Evoluzione storica e legislativa dell'assistenza in ambito psichiatrico**

In tutti i Paesi industrializzati, compresa l'Italia, i disturbi mentali costituiscono una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale; si presentano in tutte le classi di età e sono associati a difficoltà nello svolgimento di attività quotidiane, nel lavoro, nei rapporti interpersonali e familiari, e alimentano spesso forme di indifferenza, di emarginazione ed esclusione sociale.

In Italia, studi recenti condotti sia a livello nazionale che locale, hanno mostrato che la prevalenza annuale dei disturbi mentali nella popolazione generale è dell'8-10% circa, e costituisce alto rischio di cronicizzazione e disabilità.

Il disagio psichico è fortemente correlato alla sfera socio-relazionale, ha suscitato sin dall'antichità come un senso di "paura" verso chi ne è affetto, ed è per questo che ha provocato il rifiuto, l'isolamento e l'emarginazione di chi porta con sé un disturbo mentale.

La storia della salute mentale subisce notevoli cambiamenti ed evoluzioni in base all'epoca storica, ai contesti culturali e sociali in cui ci si viene a trovare, modificando radicalmente il concetto di "malattia mentale" e i tipi di approccio ad essa.

*"Gli uomini sono così necessariamente pazzi che sarebbe essere pazzo, con un'altra forma di follia il non esserlo"* (Blaise Pascal)

Il "folle" è considerato il "malato", è colui che mostra costantemente le sue difficoltà di adattamento nei confronti della società nella quale vive; esso esprime la sua "follia" nei comportamenti, nelle relazioni interpersonali, è colui che mostra stati psichici alterati e

“anormali”. Il termine “*folia*” deriva dal latino “*folle*”, e il suo significato rimanda a: “*vuoto*”, significato che, come sopraccitato, cambia a seconda dei diversi momenti storici. Nelle civiltà antiche la follia è legata alla sfera sacra: il folle rappresenta la voce del divino da ascoltare e da interpretare attraverso riti magici; nella civiltà Greco-Romana fu Ippocrate (460 a.C. – 377 a.C.), considerato il “padre” della medicina scientifica, che per primo associò invece la malattia mentale all’azione del cervello come organo fisico alterato, sul quale i riti dei sacerdoti e degli sciamani non avevano alcun effetto curativo. Nel Medioevo il folle diventa nuovamente “l’essere demoniaco”, colui che doveva essere liberato dal male e in qualche modo esorcizzato, (inizia proprio in questa epoca il concetto di “alienazione”); nell’epoca della Rivoluzione Industriale viene visto come un problema di rilevanza sociale, colui che costituisce un pericolo per gli altri, e che deve essere quindi emarginato e rinchiuso nelle carceri.

Un’epoca singolare è quella del Rinascimento, in cui la ricerca dell’armonia si mescola all’attrazione per il soprannaturale. All’idea di follia comincia ad associarsi quella di pericolosità, inizia così a prendere piede l’intolleranza verso il soggetto affetto da disturbi mentali: centinaia di migliaia di “streghe e maghi” furono bruciati vivi sulle pubbliche piazze.

Gradualmente il destino del folle si confuse con quello del povero e del criminale. La sua figura era vissuta come una minaccia alla quiete pubblica o all’ordine costituito. Le autorità preposte all’ordine pubblico disponevano non solo di carceri, ma anche di luoghi di ricovero coatto, gli Istituti di segregazione, nei quali si erogava assistenza ma anche punizioni e contenzione.

Un’interpretazione diametralmente opposta si ha a partire dall’Ottocento, con l’affermazione dei diritti dell’uomo e del cittadino propagati dalla Rivoluzione francese, si chiudono gli istituti di segregazione e riprende a diffondersi la “spiegazione” della follia in termini di malattia. La condizione del folle viene distinta (in linea teorica) da quella del povero e del criminale, e si comincia a pensare ad un trattamento in termini esclusivamente medici, così il manicomio, istituzione destinata al ricovero e alla segregazione dei “malati di mente”, diventa il luogo di cura dei malati.

Questa nuova istituzione, che durante il secolo si diffonde in tutta Europa, costituisce un “passo avanti” rispetto ai reclusori del passato, perché è basata su obiettivi di cura e di

ricerca medica, tuttavia rappresenta la continuità con i luoghi di segregazione precedenti, dal momento che “la cura” coincide con l’obiettivo del controllo dei malati.

L’istituzione manicomiale si perfeziona nella prima metà del ‘900, e in questo modo reclude e isola sempre più tenacemente, oltre ai pazienti, anche sé stessa: si specializza nella funzione sociale di “contenitore della follia”, ma viene meno ad ogni effettivo programma di cura e di riabilitazione. La psichiatria stessa, prigioniera del pregiudizio, si limita 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 iniziano a diffondersi le terapie di shock basate sull’ipotesi che un trauma elettrico, febbrile, ipoglicemico, opportunamente indotto, avesse virtù terapeutiche.

Se l’istituzione manicomiale resta immobile, viceversa con l’inizio del XX secolo, prende avvio la più ampia rivoluzione storica nel campo delle conoscenze psicologiche. Il nome da ricordare è quello di S. Freud (1856 – 1939), neurologo e psicoanalista austriaco, considerato il fondatore della psicoanalisi; ma non si tratta del cambiamento prodotto da una sola persona, né soltanto dalla nascita della psicoanalisi: vi è un cambiamento radicale e viene “sconvolta” la psicologia generale e la psichiatria. In particolare, confluiscono e trovano riscontro nelle nuove tendenze i risultati dell’antropologia e della riflessione fenomenologica. Alla luce di questi nuovi indirizzi viene riveduto il concetto di “identità della persona” e del rapporto tra individuo e contesto sociale, dei confini tra salute e malattia mentale.

Dalla metà degli anni Cinquanta vengono introdotti gli psicofarmaci: sostanze che, indipendentemente dai risultati curativi, hanno l’effetto di attenuare i sintomi più gravi e vistosi, e di rendere più “governabili” i momenti di crisi. Diventa evidente l’uso ambiguo di essi, che per un verso costituiscono un ulteriore strumento di controllo dei pazienti, e per altro verso aiutano i soggetti sofferenti nelle situazioni più difficili, facilitando la sperimentazione di soluzioni alternative al manicomio tradizionale.

Un intenso fermento di iniziative che si pongono in alternativa all’ordine psichiatrico istituzionale, nascono a partire dalla Seconda Guerra Mondiale: In Inghilterra si sviluppano i primi esperimenti delle “comunità terapeutiche” e “dell’anti-psichiatria”, in

Francia nascono i tentativi della “psicoterapia istituzionale” e della “psichiatria di settore”. Queste iniziative peccano spesso di mancanza di sistematicità o di eccessivo radicalismo, ma hanno il merito di rinnovare la psichiatria su due aspetti vitali: in primo luogo recuperano l’idea di curabilità e di guarigione del disturbo mentale, cui la psichiatria istituzionale aveva di fatto rinunciato; in secondo luogo superano il giudizio per cui la sofferenza mentale deve essere interpretata in base al modello medico-organicista, e aprono la strada al trattamento psicoterapeutico. In questo scenario si innesta, a partire dagli anni Settanta, il Movimento Italiano di negazione istituzionale.

Nella storia della psichiatria italiana di questo secolo si possono distinguere tre periodi:

1. *Il periodo “manicomiale”*: il **1904** costituisce una data importante per la storia dell’assistenza psichiatrica, in quell’anno viene proposta e promulgata ***la legge 36*** (Legge Giolitti, “Disposizioni e regolamenti sui manicomi e sugli alienati”), che regola l’assistenza manicomiale. Questa legge determina 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, costituisce un progresso, ma la figura del paziente psichiatrico rimane sempre quella di un carcerato. Si è ricoverati in quanto “persona pericolosa e di pubblico scandalo”; il ricovero è possibile solo sotto forma di provvedimento del magistrato o del questore: avviene con la certificazione di un medico e l’ordinanza del questore; il tempo di osservazione è di 15 giorni, dopodiché il direttore del manicomio deve trasmettere al procuratore della Repubblica una relazione scritta, alla quale segue, entro 30 giorni, il “ricovero definitivo” per il quale la persona perderebbe tutti i suoi diritti civili. Il direttore del manicomio è responsabile civile e penale del “paziente dimesso”. In tale regime, nella stragrande maggioranza dei casi, i disturbi mentali dei ricoverati diventavano cronici.

*"Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette da qualsiasi causa d'alienazione mentale quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo"* (Legge Giolitti, n. 36/1904).

2. Il periodo manicomiale “attenuato”: nel 1968 lo scenario italiano cambia. Viene 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 determina un “rinnovamento” e stabilisce: 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; nuovi criteri di organizzazione degli ospedali psichiatrici. Il legislatore italiano, si mostra dunque, particolarmente sensibile alle esigenze di una totale revisione della concezione di malattia mentale e dei suoi metodi di cura; tuttavia questa innovazione costituisce ancora una fase di passaggio.
3. Il periodo territoriale: “dall’internamento al diritto alla salute”: tocca alla **legge 180 del 1978** portare a compimento questo lungo cammino, condotto da Franco Basaglia (Basaglia F., “Norme per gli accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”, GU Serie Generale n.133 del 16/05/1978). È necessario ricordare che la riforma definitiva del sistema psichiatrico italiano è dovuta al lavoro tenace di Franco Basaglia, iniziato diversi anni addietro nell’Ospedale psichiatrico di Gorizia, e portato a compimento con il totale smantellamento dell’Ospedale psichiatrico di Trieste, avvenuto nel 1977, un anno prima dell’approvazione di tale legge sopracitata. A Trieste, dopo anni di organizzazione di un adeguato servizio territoriale il manicomio chiude: i pazienti sono seguiti e assistiti attraverso una fitta trama di assistenza domiciliare e ambulatoriale per la terapia ordinaria, integrata da interventi e ricoveri brevi per le situazioni di crisi. Persone destinate alla reclusione cronica tornano a vivere, in famiglia o in piccole comunità, un’esistenza dignitosa e autonoma. Questa legge, inserita in seguito nella legge di Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (833/23 dicembre 1978) pone l’Italia all’avanguardia nel sistema psichiatrico internazionale, stabilisce che è diritto della persona il poter accedere alle cure volontariamente, senza più portare con sé il giudizio di pericolosità; tale trattamento è di norma volontario, e viene effettuato nei presidi

e nei servizi extra-ospedalieri operanti nel territorio, con lo scopo di riabilitare la persona e prevenire recidive. “Qualora vi siano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, e si siano rivelati inefficaci tutti i tentativi in tal senso, persistendo il rifiuto delle cure da parte del soggetto, può essere richiesto il TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio), che può essere attuato presso qualsiasi struttura territoriale di salute mentale, e anche a domicilio del paziente; nel caso in cui si reputi necessaria la degenza ospedaliera, il TSO verrà eseguito presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) istituiti presso gli ospedali generali. La proposta di TSO viene fatta da un medico e convalidata dal medico psichiatra della struttura SPDC, viene poi inviata al Sindaco il quale, oltre ad emettere l’ordinanza, avvisa il giudice tutelare in quanto autorità deputata a garantire i diritti del paziente. Dopo 7 giorni, nel caso in cui il TSO debba proseguire, esso dev’essere di nuovo motivato dal medico, ed in ogni caso, anche durante il trattamento, occorre fare ogni sforzo per ricercare il consenso alle cure da parte del paziente, al quale devono essere garantiti diritti di libera comunicazione ed eventuale ricorso contro il provvedimento”. (\*Basaglia cit.)

*“Il manicomio non serve a curare la malattia mentale ma solo a distruggere il paziente” (Basaglia F., 1978).*

Ovunque si iniziano a fare più solide le esperienze di gestione dell’assistenza psichiatrica senza ricorso all’internamento in manicomio. La legge 180 stabilisce che negli ospedali psichiatrici non debba più essere ricoverato nessuno, queste strutture andranno poi definitivamente chiuse nel marzo 1999, dal Ministero della Sanità.

Nel 1994 viene emanato il primo “Progetto obiettivo salute mentale”, che segna una tappa storica nelle vicende dell’assistenza psichiatrica italiana; e a sua volta, il secondo Progetto obiettivo (1998-2000) precisa quali debbano essere le strutture e i servizi dei Dipartimenti di salute mentale (DSM), ne definisce gli standard di funzionamento, e di fatto conferma, sviluppandoli ulteriormente, i contenuti della legge 180/78. Il Progetto obiettivo è un provvedimento utile allo sviluppo qualitativo e quantitativo dell’assistenza psichiatrica per molte ragioni:



- Sancisce il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici
- Individua modelli organizzativi e quali di essi siano più idonei a garantire la continuità terapeutica e l'unitarietà degli interventi in ambito territoriale
- Formulazione di piani terapeutico-riabilitativi personalizzati integrati, con l'apporto dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei servizi socioassistenziali e di altre risorse, in particolare per la produzione di relazioni affettive e sociali, con coinvolgimento delle famiglie nella formulazione e nell'attuazione dei piani terapeutici
- Viene inteso il D.S.M (Dipartimento di Salute Mentale, appartenente all'azienda U.S.L.) come un insieme integrato di strutture e di servizi, a direzione e coordinamento unici, ne sottolinea quindi la propria autonomia finanziaria (ad esso fanno capo tutte le attività territoriali e ospedaliere dell'assistenza psichiatrica).
- Precisa le funzioni del S.P.D.C. (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura), considerato parte integrante del D.S.M., pur essendo collocato in ospedale e/o in un'azienda sanitaria diversa da quella dei servizi territoriali
- Precisa le funzioni del C.S.M. (Centro di Salute Mentale), anch'esso considerato il "cuore pulsante" del D.S.M., in quanto anch'esso parte integrante del sistema; precisa le funzioni del Day Hospital Psichiatrico (D.H.): struttura semi residenziale in cui vengono attuati i programmi terapeutici e riabilitativi a breve e medio termine (con funzione principale di evitare i ricoveri a tempo pieno o di limitarne la durata); del Centro Diurno (C.D.) e delle Strutture Residenziali: entrambe preposte all'accoglienza di pazienti che necessitano di un trattamento riabilitativo in contesto sociale e delle attività di vita quotidiana, ma in condizioni di semi residenzialità o residenzialità protetta / semi protetta.
- Promuove una nuova fase caratterizzata dalla valutazione delle (spesso) contrastanti tipologie di servizi e metodologie di intervento.

Diventa quindi una priorità, l'impegno dei governi, a promuovere politiche che nel prevedere la chiusura immediata di tutti i luoghi di contenzione e reclusione, diano impulso a programmi ed interventi centrati sulla comunità e sul suo sviluppo. In questo passaggio appare particolarmente importante la creazione di servizi di salute mentale in aree territoriali definite, con il mandato di identificare scelte operative, strategie di

promozione della salute e di concreto accesso ai diritti. Occorre insomma cambiare il luogo della cura per cambiarne i metodi: l'attenzione deve essere spostata dalla malattia in sé alla totalità della persona: i suoi bisogni e i suoi diritti, ma anche le sue capacità e risorse. Nel prevedere la necessità di risposte articolate i programmi non devono essere rivolti solo all'individuo ma anche al suo contesto, alla sua rete di appartenenza e ai gruppi sociali di riferimento. È compito dei governi centrali e delle amministrazioni locali, quello di innalzare la qualità della vita dell'individuo, favorendo autonomia ed emancipazione (anche dalla dipendenza dei servizi). Nascono sempre più di frequente nelle città, centri di aggregazione sociale rivolti alla comunità di quartiere, con al centro delle attività: laboratori artistici (pittura, teatro, ceramica, scultura, cucito, tessitura etc.)

Occorre quindi garantire alle persone affette da disturbi mentali:

- La disponibilità di aiuti materiali e sussidi economici, anche transitori, per avere un reddito che consenta una vita dignitosa;
- Condizioni di habitat soddisfacenti: la propria casa e la possibilità di accedere ad appartamenti, comunità e residenze transitorie, protette e semi-protette, in fasi e cicli particolari di bisogno;
- L'inserimento lavorativo in rapporto alle proprie esigenze e capacità
- L'accesso all'istituzione, informazione e formazione
- L'accesso a contesti e occasioni di socializzazione, nello svolgimento di attività finalizzate e di tempo libero;
- Educazione sanitaria per i cittadini, da parte del governo centrale e amministrazioni locali, al fine di promuovere una diversa immagine del disturbo mentale, liberata dal pregiudizio e caratterizzata da maggiore solidarietà.

*“L'organizzazione può guarire, curare e prevenire, oppure favorire o determinare malattia e complicanze a volte irrimediabili. [...] Lavorare nella salute mentale è entrare nelle storie della gente in punta di piedi, per ricomporre significati infranti e leggere complessivamente i bisogni qualificandoli come diritti”* (Dalla prefazione di Danilo Massai: *Bicego, Semeria, Brandolin & Cociani, 2008, “Salute mentale e organizzazione che cura. Infermieri, spazi, azioni e vissuti di cura”*).

## CAPITOLO 2

### LE MEDICAL HUMANITIES E LA MEDICINA NARRATIVA

#### 2.1 Le Medical Humanities e la Medicina Narrativa

*“Se si cura una malattia si vince o si perde, se si cura una persona vi garantisco che, in quel caso, si vince qualunque esito abbia la terapia.” (Patch Adams)*

È proprio questo tema: “la cura della persona” nella sua interezza, intesa come entità dotata di emozioni e vissuti da raccontare, che tanto sta a cuore alle Medical Humanities, discipline che si affiancano alla medicina tradizionale, “completandola”.

Le Medical Humanities sono quelle discipline artistico-umanistiche come: teatro, arte, cinema, musica e letteratura, che vanno “in aiuto” a tutti gli operatori sanitari portandoli a riflettere e a comprendere le esperienze della persona presa in cura, ponendola in un contesto in cui essa sarà invitata a “raccontarsi” appunto attraverso la narrazione di ciò che “sente”, del suo vissuto, delle sue emozioni, di tutto ciò che fa parte del suo mondo interiore, aiutandola ad esternare e condividere il tutto attraverso diversi canali di comunicazione, come l’arte per esempio.

La disciplina delle Medical Humanities nasce per la prima volta in America alla fine degli anni ’60, come conseguenza del “malessere” portato dalla medicina tradizionale, con lo scopo quindi di intersecare la medicina clinica (alla quale mancava quel qualcosa in più...) alle discipline umanistiche. Essa è caratterizzata da un approccio multidisciplinare che si pone l’obiettivo di fornire alla classica medicina, agli operatori sanitari e a tutte le persone coinvolte nel processo di cura, gli strumenti per comprendere sia la malattia che la salute in una visione empatica di sé, dell’altro e del processo terapeutico che li accompagna. Riesce a trovare riscontro nella “concretezza” della pratica clinica attraverso la Medicina narrativa.

Le scuole di medicina degli ultimi decenni, si sono attivate ad introdurre nei propri piani di formazione rivolti a tutti i professionisti della salute, programmi che pongono enorme importanza ai concetti di empatia e sensibilità verso i pazienti portatori di sofferenze, indicando ai curanti metodiche che possano permettere loro di entrare nel mondo del paziente per interpretarne e percepirne il punto di vista. Gli operatori sono chiamati

nell'incontro con i pazienti non solo allo scopo di ascoltarne "la storia di malattia", ma di percepirne i loro sentimenti per costruire un significato "diverso" di malattia, un significato che possa portare alla elaborazione di una possibile "storia di guarigione" insieme, al fine di migliorare anche l'adesione al trattamento da parte del paziente.

Nel libro di Linda M. N. Valditara "Leggiamoci con cura – scrittura e narrazione di sé in medicina" (2013), le autrici Concia e Rossini (capitolo 2.2, p.85) affermano che i professionisti della cura sono chiamati ad un lavoro narrativo continuo, in cui connettere le esperienze altrui con le proprie, e a costruire un lavoro complesso, volto a produrre significati, nessi e relazioni.

*"Spesso i pazienti soffrono di cose ben diverse da quelle indicate sulla loro cartella clinica. Se si pensasse a questo, molte loro sofferenze potrebbero essere alleviate".*  
(Florence Nightingale)

Il concetto di Medicina narrativa è molto recente e si affaccia sulla scena internazionale verso la fine degli anni '90 grazie a Rita Charon, la quale nel suo libro "Honoring the story of illness" espone come la medicina narrativa "fortifichi la pratica clinica con la competenza narrativa per riconoscere, assorbire, metabolizzare, interpretare ed essere sensibilizzati dalle storie della malattia, e sia di aiuto a medici, infermieri e terapisti per migliorare l'efficacia di cura attraverso lo sviluppo della capacità di attenzione, riflessione, rappresentazione e affiliazione con i pazienti e i colleghi." (Charon R., 2001)

Questa disciplina non è innovativa, ma può essere intesa come una medicina "complementare", e si rivolge a tutti i curanti con l'obiettivo di migliorare la qualità e l'efficacia delle cure. Le storie di malattia passano attraverso un processo di ascolto, di interpretazione e di comprensione empatica, il tutto finalizzato all'obiettivo terapeutico.

In Italia, la definizione di medicina narrativa viene elaborata nel corso della Conferenza di Consenso del 2014 (Linee di indirizzo per l'utilizzo della Medicina narrativa in ambito clinico assistenziale per le malattie rare e cronico-degenerative), organizzata presso l'Istituto Superiore di Sanità.

“Con il termine Medicina Narrativa si intende una metodologia d’intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa. La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura. Il fine è la costruzione condivisa di un percorso di cura personalizzato in cui le persone, attraverso le loro storie, diventano protagoniste e partecipano attivamente”. (SIMeN, Società Italiana di Medicina Narrativa)

*Perché la Medicina narrativa?* è competenza essenziale l’abilità comunicativa nelle figure sanitarie e nelle relazioni di cura, in quanto una mancanza di essa può portare all’aumento dei rapporti conflittuali tra professionisti e pazienti. Nasce così la NBM (Narrative Based Medicine), in contrapposizione a quel modello di scienza clinica “spoglia” che ha causato la perdita di umanità e sensibilità nella medicina, e che considera la “narrazione” della patologia del paziente come fondamentale, al pari dei segni e sintomi clinici. Viene sempre associata alla EBM (Evidence Based Medicine) di cui ne costituisce parte integrante, tenendo conto quindi delle varie prospettive di cura e rendendo le decisioni clinico-assistenziali sempre più personalizzate ed efficaci.

Il malato non è la sua malattia, non va “raccontato” categorizzandolo per la sua patologia poiché ciò equivarrebbe a depersonalizzarlo. Il metodo di pensiero scientifico-analitico deve essere associato, secondo la Medicina narrativa, alla riflessione per i sentimenti della persona, per le sue aspettative e desideri, per le sue idee e interpretazioni e per il contesto che lo circonda.

## **2.2 Il Nursing narrativo**

La Medicina narrativa può essere applicata a qualsiasi tipo di scienza, anche alla scienza infermieristica. La relazione con la persona assistita è un aspetto fondamentale del processo di cura, e a farsene carico maggiormente sono proprio gli infermieri, a stretto contatto con pazienti e familiari in ogni fase del processo di cura. Il Nursing narrativo riconosce la soggettività dell’individuo attraverso l’ascolto empatico nella relazione con la persona. Ascoltare e “farsi raccontare” permette di dare una forma al mondo vissuto dal paziente, di elaborarlo e di interpretarlo; permette al curante di accogliere l’assistito

con empatia, accettazione positiva, ascolto attivo, autenticità e accoglienza, la relazione che ne deriva, tra curante e paziente, si traduce in una condivisione empatica del piano di cura basato sulla specificità della persona.

Il nursing narrativo è la metodologia assistenziale utilizzata per affrontare problemi specifici e personali, l'esperienza di malattia può essere raccontata attraverso il linguaggio corporeo, psicologico, interpersonale, con descrizioni circoscritte oppure ampie e vaghe, ricche di similitudini. (Marcadelli S. & Artioli G., 2010) La narrazione da parte del paziente, espressa come "esperienza soggettiva" diventa efficace quando il curante riesce a "restituire" al paziente la storia che gli era stata raccontata, e questa narrazione diventa "una nuova narrazione" alla quale viene attribuito un nuovo significato con accezione positiva, e si pone come strumento efficace di "legame" tra passato e futuro, quel legame spezzato bruscamente dall'incertezza causata dalla malattia, riuscendo così a dargli un nuovo senso. La cura è una pratica relazionale con la quale attraverso azioni cognitive, affettive, materiali, sociali e politiche, si esprime l'impegno al benessere altrui. (Mortari L., 2006)

Lo strumento importantissimo che dovrebbe possedere l'infermiere si traduce nella capacità di considerare la persona come un "sistema" più ampio, formato dallo stesso e dal suo ambiente circostante (anche familiare), questo permette al professionista di utilizzare maggiore cautela nella comunicazione con il paziente. Il metodo narrativo consiste quindi in una sollecitazione di "narrazione personale" che il curante richiede all'assistito, allo scopo di una successiva analisi della narrazione attraverso dei criteri fissati precedentemente, la narrazione diviene quindi anche metodo di "ricerca" allo scopo di migliorare l'efficienza di tutto il processo di cura a vantaggio del paziente.

L'anamnesi del paziente è una narrazione necessaria allo scopo di definirne diagnosi e metodi efficaci di cura, ma se essa resta l'unica narrazione tra professionista della salute e assistito, sarà una narrazione incompleta. È necessario un dialogo, un'interazione tra essi, una storia che possa "connetterli" e che dovrebbe essere di volta in volta adeguata alle situazioni e ai contesti per permettere uno scambio. Lo "storytelling" e le narrazioni individuali sono considerate espressioni creative, quelle storie che "illuminano" la persona, lasciando intravedere sé stessa. (Heli V.R., Regina S.F., Jokisalo P. & Fagerstrom L., 2021) Gli assistiti che narrano le loro storie spesso, ma in buona fede

poiché carichi di emozioni contrastanti, lo fanno in maniera “disordinata”, e deve essere proprio il professionista della salute, in tal caso l’infermiere, a cercare di riordinare e guidare la narrazione, senza sottoscriverla, e mantenerla entro certi limiti temporali cercando di non “disorientarsi” e di non “disorientare” l’assistito. Ecco perché questa pratica, tutt’altro che semplice, richiede grandi doti comunicative e forte empatia.

## **APPROCCI ASSISTENZIALI NON FARMACOLOGICI A PAZIENTI AFFETTI DA DISAGIO PSICHICO**

### **3.1 L’Arteterapia ed il suo excursus storico**

Nei capitoli precedenti si è parlato di come diversi approcci differenti dalla medicina “statica” e tradizionale possano portare giovamento agli assistiti, e di come l’utilizzo dell’empatia possa essere indispensabile per trasferirne i risultati nella pratica clinica allo scopo di rendere la relazione terapeutica una vera e propria “interconnessione” che possa favorire l’espressione del sé, da entrambe le parti: del curante e dell’assistito. Il fulcro di tutto questo risiede nell’abilità dei professionisti della salute, di “escludere” gli assistiti dalla condizione di disagio, attraverso diverse metodiche. Come già citato nei capitoli precedenti riguardanti la salute mentale ed il disagio psichico, è importante sottolineare come l’assistenza abbia subito notevoli cambiamenti, dovendosi adeguare anche ai diversi contesti storici, per definire differenti metodi di approccio alla persona che si trovi in condizioni di sofferenza con conseguente disagio. Con lo sviluppo delle Medical Humanities è stato possibile un incontro ravvicinato tra medicina e arte, nella sua accezione più ampia, dalla musica alla pittura, dalla danza al cinema e al teatro. L’arte gioca un ruolo fondamentale come terapia. Gli autori Caputi A., De Palma M.C., Di Gennaro F., Piarulli S., Picone F., Sisti I., Tota P. & Villanacci R. (2011-2012) ricordano come l’Arteterapia riesca a stimolare le risorse tipiche dell’emisfero destro: quello correlato alla creatività, alla fantasia, alla percezione sensoriale. Attraverso un disegno, un colore, si può contattare l’aggressività; con la musica si può facilitare l’espressione dei sentimenti, con la danzaterapia il corpo è libero di esprimersi con il proprio linguaggio, al di là delle convenzioni. Attraverso il teatro si ha la possibilità di impersonare ruoli nuovi e mettersi nei panni degli altri.

“E’ stato per serendipità, quella fortuna di fare felici scoperte per puro caso, che dalla medicina narrativa mi sono avvicinata al linguaggio dell’arte: cercavo quelle parole “intelligentemente gentili” [...] e cercavo l’effetto che queste facessero sul cervello [...] e così ho scoperto che oltre agli atteggiamenti del corpo, al linguaggio delle parole, l’empatia la si sviluppa e rafforza stando immersi in quello che percepiamo come bello, accogliente, come l’opera d’arte” scrive in un suo articolo Marini M.G. (2019, fondazione ISTUD) che ridefinisce l’arte terapia come una relazione di aiuto a mediazione artistica; quell’insieme di tecniche e metodi che utilizzano le attività creative come mezzi di aiuto al recupero e crescita dell’individuo nella sua sfera emotiva, affettiva e relazionale. Essa viene utilizzata in ambito riabilitativo, pedagogico e psichiatrico, in prevenzione alla condizione di disagio.

L’intersezione tra neuroscienze ed arte, come scrive Semir Zeki (2007) nel suo libro “Arte e cervello”, crea un incontro tra significati ed emozioni che possono innescare una risposta emotiva e corporea profonda. L’opera d’arte agisce sul cervello attivando circuiti di piacere ed emozioni, ciò determina un rilascio di serotonina dopamina e ossitocina, sostanze che innescano appunto sensazioni di piacere e benessere fisico e mentale.

L’arte è strumento di narrazione, promuove la centralità della persona, costituisce un elemento narrativo del vissuto personale che sembra essere strettamente legato al riconoscimento, attraverso essa, di nuovi punti di forza e abilità (Heli Vaartio-Rajalin, Regina Santamaki-Fischer, Pamela Jokisalo & Lisbeth Fagerstrom, gennaio 2021), possiede un potenziale “auto-rigenerativo” che va stimolato, lavorando sulle risorse individuali e utilizzandone le parti positive. Come sottoscritto dagli autori Caputi et al. (2011-2012), l’Arteterapia, con le sue tecniche 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. Svolge quindi una funzione di trasformazione e crescita dell’individuo. La produzione artistica non avviene in completa solitudine, ma prevede una relazione tra due persone, il terapeuta e il paziente, nell’ambito della quale, la propria creazione viene osservata e discussa. Il materiale e le tecniche che il paziente utilizza gli permettono di esprimere e dare un’identità precisa al problema che l’ha portato in terapia; attraverso l’aiuto del terapeuta, figura professionale specializzata che



deve avere una sensibilità estetica capace di cogliere non la bellezza, ma il “significativo” e il “comunicativo”, è possibile raggiungere una nuova visione di tale difficoltà. I prodotti artistici non devono mai subire “interpretazioni”, il significato è sempre personale, privato, ego-centrato e va ricercato attraverso il colloquio, cosicché sia il paziente stesso ad individuare il giusto messaggio della propria creazione.

Caputi et al. (2011-2012) raccontano come la storia delle arti creative si sia spesso intrecciata fin dall’antichità con quella della salute mentale: dagli antichi egizi ai greci, che utilizzavano il teatro e la musica per favorire la liberazione delle emozioni represses e ristabilire una vita equilibrata. Durante il medioevo l’arte venne sostituita alla superstizione e quindi subì un declino, ma dal Rinascimento in poi ci fu un cambiamento radicale della concezione di arte e soprattutto dell’artista, che veniva visto come una figura dotata di particolare sensibilità, e l’opera d’arte invece concepita come uno strumento terapeutico che permetteva l’espressione di una realtà fantastica, che altrimenti avrebbe potuto portare alla follia. Durante la Rivoluzione Industriale in Inghilterra, l’arte divenne uno strumento utilizzato per la “terapia morale”, grazie alla quale i pazienti affetti da disturbi mentali venivano accolti in rifugi in campagna dove ricevevano cure, assistenza, e svolgevano attività artistiche come la pittura, scultura e musica. Fu proprio in uno di questi rifugi che Vincent Van Gogh trascorse buona parte della propria esistenza. Nel XX secolo si cominciò a pensare all’opera artistica come “espressione dell’inconscio”, concezione influenzata dalle teorie di Freud, Jung e dalla psicoanalisi che si stava sviluppando. È dal 1950 che l’Arteterapia iniziò ad essere impiegata come cura di stati psichici disturbati, intesa come espressione non verbale e diventando terapia.

Margaret Naumburg, psicoanalista seguace di Freud, è considerata la fondatrice dell’Art Therapy (Arteterapia) in America, e descrisse il processo di arteterapia come metodo per riconoscere i sentimenti e pensieri più profondi dell’uomo, derivati dall’inconscio, per raggiungerli attraverso l’espressione di immagini. Nel processo terapeutico la relazione “terapeuta-assistito” gioca un ruolo fondamentale, e il prodotto artistico diviene lo strumento che rafforza tale relazione.

Contemporaneamente alla Naumburg vi è Edith Kramer, altra fondatrice dell’Arteterapia, la quale considerava l’opera d’arte come un “contenitore di emozioni”,

e l'atto del creare era visto come terapia di per sé. Nel 1990 vennero condotti diversi laboratori di arteterapia coadiuvata da molti artisti, e condotti da psichiatri come Antonio Slavich, ex collaboratore di Franco Basaglia.

*“La forza dell'arte di creare organizzazioni o strutture senza imporre la quotidianità della vita sulle fantastiche complessità del mondo interno dell'uomo, rende possibile la ricerca del nascosto, dell'informe, del represso, del bizzarro senza abbandonare la spinta verso la forma. In arte infatti, la forma è la veste della verità interna”.* (Edith Kramer)

Nel 1921 W. Morgenthaler, psichiatra tedesco, pubblicò la “storia medica” di un suo paziente affetto da schizofrenia (Arte e follia in Adolf Wolfli), in cui sosteneva che l'espressione artistica di una condizione interiore “morbosa” poteva trovare la guarigione attraverso l'esternazione della forma e del colore, richiamando con questa monografia l'attenzione mondiale: nacque così anche il movimento dell'Art Brut, concetto inventato dal pittore francese Dubuffet (1945) per indicare le produzioni artistiche realizzate da pazienti psichiatrici non professionisti dell'arte, che operavano al di fuori delle norme estetiche convenzionali.

Il concetto di arte come terapia è relativamente nuovo, anche se da sempre l'arte è riuscita ad arrivare dove le parole non potevano, per questo motivo è stata sempre oggetto di interesse nel campo della psicologia. Lo stesso Freud definiva l'artista (colui che crea), come “persona che si distacca dalla realtà poiché non riesce ad adattarsi alla rinuncia del soddisfacimento pulsionale che essa esige, e lascia che i suoi desideri di amore e di gloria si realizzino nella fantasia” (1911). L'artista trasforma le sue percezioni in creazioni artistiche invece che in sintomi, per cui secondo Freud si rivela come “lo specchio del mondo interno” del soggetto, l'arte è quello strumento privilegiato utilizzato per l'espressione dei propri contenuti interni. Si associò al pensiero di Freud, anche quello dello psicologo Vygotskji, che trattò i concetti di “creatività” e “immaginazione”, intesi come stimoli alla ricerca di nuove soluzioni al cambiamento e non come fuga dalla realtà. Nel 1942 un artista della Bauhaus, Friedl Dicker, dedicò il suo talento artistico e umano ai bambini del campo di concentramento, con Edith Kramer come sua allieva. Edith Kramer e Margareth Naumburg, pioniere dell'Arteterapia ed entrambe “terapeute dell'arte”, insegnarono a New York negli anni

'70, come il disegno spontaneo poteva raggiungere l'inconscio, incoraggiando i loro assistiti a fare delle libere associazioni rispetto a quello che vedevano. Le immagini quindi, come nella procedura psicoanalitica, hanno a che fare con le fantasie, le paure, i conflitti e le memorie d'infanzia. La terapia d'arte, concentrata sul processo creativo, è concepita come un mezzo di sostegno dell'Io, capace di favorire un senso di identità e organizzazione psichica. (Caputi et al. 2011/2012) È dalla Kramer in poi che si può dunque parlare di vera e propria arteterapia: con lo spostamento dell'attenzione dal prodotto artistico al prodotto creato ricco di simboli e significati riguardanti il mondo interno del soggetto produttore, infatti, la prerogativa principale dell'arteterapeuta non è quella di effettuare una valutazione estetica dell'immagine, ma quella di consentire un processo di crescita all'assistito attraverso l'elaborazione dell'immagine da lui creata. (Hu J., Zhang J., Hu L., Yu H. & Xu J., 2021) L'arte terapeuta è un esperto della relazione di aiuto, e le sue competenze riguardano il “facilitare, attraverso l'uso di materiali artistici in ambiente protetto, che va dal contesto ospedaliero a quello residenziale, l'autoespressione, la riflessione, il cambiamento e la crescita personale”. (Luzzato, 2009) La sua formazione gli permette di instaurare una relazione empatica, protetta e non giudicante con l'assistito, i materiali artistici fungono da “tramite” per facilitare l'espressione di sé e del cambiamento.

L'Arteterapia in Italia è 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, è stata applicata da professionisti esperti, attraverso un approccio multidisciplinare di assistenza. L'Art Therapy italiana, venne riconosciuta dal Goldsmith's College di Londra negli anni '90, in collaborazione con lo Psychoanalytic Psychotherapy Center of New York, con il Dipartimento Arti Visive dell'Università di Bologna, collabora con il Dipartimento di Danza Movimento Terapia dell'Institute of Practical Psychology and Psychoanalysis di Mosca, con l'istituto INSPIREES International China per lo sviluppo della danza movimento terapia, con la rivista CAET (Creative Arts in Education and Therapy), Eastern and Western perspectives, e con la rivista Body, Movement and Dance in Psychotherapy. (Associazione Art Therapy Italiana, dal 1982)

Attraverso l'analisi di dati generali si può osservare come nel capoluogo di Milano siano concentrate la maggior parte delle risposte pervenute dai centri in cui si svolgono attività artistiche espressive (37%), seguito da Brescia (20,2%), Monza (19,7%) e Bergamo (8,2%). L'arteterapia pittorica è quindi la tecnica più diffusa in Regione (44,7%), seguita dalla musicoterapia, dalla teatroterapia e dalla danzamovimentoterapia. (Viganò C., Wenk M., Melorio T. & GAT Artiterapie, 2019)

### **3.2 L'Arteterapia nel contesto assistenziale**

#### *Come cura l'arte?*

Sempre più l'approccio farmacologico convenzionale con cui vengono trattate alcune patologie di pazienti in ambito psichiatrico risulta essere sterile, un approccio che scinde l'unità corpo-mente dell'individuo, un approccio che non considera l'aspetto psicologico del soggetto. (Caputi et al., 2011-2012) La terapia farmacologica risulta efficace nelle fasi acute di patologia che presenta sintomi psicotici come ad esempio la schizofrenia, ma essa rimane un palliativo. Nei disturbi d'ansia e di depressione la metà dei pazienti non risponde agli antidepressivi (tra il 20% e il 50%) o sperimenta un effetto collaterale significativo, e solo un terzo di essi ottiene la remissione dai sintomi. (Abbing A., Postein A., van Hooren S., de Sonnevile L., Swaab H. & Baars E., 2018)

L'infermiere assiste il paziente portatore di disagio psichico nelle varie fasi della malattia, si avvale della relazione d'aiuto come approccio all'assistito, attraverso l'ascolto, l'osservazione, il rispetto e l'empatia. Il professionista si trova in una vera e propria posizione di "consuelling" e deve avere la capacità di capire la natura delle difficoltà della persona. Il rapporto operatore sanitario/persona rientra nell'ambito delle relazioni professionali che usano come strumento privilegiato il sé.

La relazione terapeutica è legata ad un processo interpersonale che si verifica tra operatore e persona; è un rapporto centrato sull'obiettivo che è diretto al migliore interesse e risultato per l'utente (RNAO Register Nurses Association Ontario, 2002), implica uno scambio interpersonale reciproco attuato attraverso la comunicazione, ed è compito dell'infermiere quello di favorire l'espressione dei sentimenti, delle paure,

delle critiche, e di sviluppare la consapevolezza dei propri modi della comunicazione verbale e non verbale, ricordando che la comunicazione può essere influenzata dal contesto in cui avviene, dalla cultura della persona assistita, dallo stato d'animo, dalla malattia. Hildegard Peplau (Reading, 1 settembre 1909 – Los Angeles 17 marzo 1999) fu la prima infermiera a teorizzare il processo di aiuto attraverso la relazione terapeutica, considerata fondamentale come approccio al paziente portatore di disagio psichico; seguita negli anni dall'infermiera americana Jean Watson, la quale sviluppò un modello fondato sulle teorie umanistiche (modello "Human Caring", 1970), che mirava a promuovere un'assistenza completa con scopo di accrescere le risorse dell'individuo basandosi sulla centralità della persona vista nella sua "interezza", per accrescerne il suo potenziale. (Jane Watson, 1979 "Nursing: The Philosophy and Science of Caring")

Il compito dell'infermiere diviene quello di attuare interventi mirati a migliorare il "funzionamento" di persone affette da disagio psichico, per aiutare l'individuo a sviluppare un processo di cambiamento. L'arteterapia viene definita dalla classificazione NIC (Nursing Intervention Classification) come "promozione della comunicazione attraverso il disegno o altre forme artistiche" (Bulechek, Butcher, Dochterman & Wagner, 2013)

L'arte è un potente strumento per sbloccare la narrativa, consente di esprimersi, di raccontarsi; promuove la centralità della persona e ne permette, in un approccio assistenziale multidisciplinare condiviso, anche la valutazione dei risultati infermieristici, poiché costituisce un elemento narrativo del vissuto personale che sembra essere strettamente legato al riconoscimento di nuovi punti di forza e abilità da parte dell'assistito. (Heli et al., 2021) L'Arteterapia deve essere supervisionata da un arteterapeuta, professionista sanitario qualificato e autorizzato, ed il tempo deve essere dedicato all'elaborazione verbale dei sentimenti derivanti dall'esperienza artistica, ma allo stesso tempo invece, la creazione artistica in sé non deve essere supervisionata da un arteterapeuta, non viene utilizzata per analizzare un problema, ma specificatamente per favorire l'espressione della persona, per questo è fondamentale anche l'approccio assistenziale infermieristico nel contesto multidisciplinare. (Heli et al. 2021).

L'arteterapia integra i medicinali farmacologici, poiché non è una terapia scientifica ma parte della medicina complementare, al fine di promuovere il benessere, ridurre lo stress e migliorare la qualità di vita promuovendo l'autonomia e l'indipendenza. (Chancellor, Duncan & Chatterjee, 2014)

Le esperienze cliniche hanno messo in evidenza ad esempio, come l'applicazione di Arteterapia, nello specifico della pittura, può essere in grado di riattivare lo sviluppo psico-affettivo del paziente autistico, attraverso la riattivazione della coscienza e del pensiero (Wen e Zaoming, 2009; Jianhua e Xiaolu, 2013); e allo stesso modo di come sia di enorme aiuto nel trattamento, come terapia coadiuvante, dell'ansia e della depressione, con l'obiettivo di creare "meccanismi mentali" che possano liberare il soggetto da ansie e pensieri negativi attraverso una "rappresentazione del sé nuova e benefica", aiutandoli a promuovere consapevolezza, autostima e resilienza emotiva. Gli autori Hu J. et al. (2021) sottolineano come questa pratica sia raccomandata in pazienti affetti da schizofrenia, per i quali la sola terapia farmacologica non risulti efficace, permettendo loro di elaborare esperienze emotive, cognitive e "psicotiche" attraverso la pratica pittorica, ed alleviarne così i sintomi. Studi clinici randomizzati riportarono esiti positivi nell'utilizzo di questa pratica, ad esempio, Richardson, Jones, Evans, Stevens e Rowe (2009) condussero uno studio RCT in pazienti con schizofrenia cronica, rilevando l'arteterapia come efficace per contrastare i sintomi negativi derivati dalla patologia. Gli autori Caputi et al., (2011-2012) ricordano come l'Arteterapia riesca a stimolare le risorse tipiche dell'emisfero destro: quello correlato alla creatività, alla fantasia, alla percezione sensoriale. Una revisione della letteratura mostra come il trattamento di arteterapia sia utile al miglioramento dei sintomi neuropsichiatrici e neurodegenerativi in pazienti affetti da demenza (Chancellor et al, 2014), e di come essi si riescano ad esprimere attraverso essa. La valutazione di questa tipologia di pazienti risulta complessa, a differenza dei pazienti con altre patologie psichiatriche, quelli affetti da demenza di Alzheimer hanno spesso una capacità di esprimersi limitata e difficoltà a destreggiarsi in un complesso sistema di aiuto psicofisico. Il lento e progressivo declino cognitivo causa in essi l'insorgenza di disturbi comportamentali che portano ad una riduzione della loro qualità di vita, e quella delle loro famiglie. (Popa L.C, Manea M.C, Velcea D., Alapa I.S., Manea M., & Ciobanu A.M., 2021)



**Figura 1: “Il regalo di Beth alla sua famiglia”**

Racconta Laurie Dombroff, arteterapeuta operante all’Easter Seals of Greater Washington, Adult Day Center a Silver Spring, Maryland, (American Art Therapy Association) di come incontrò Beth, che era nelle ultime fasi della demenza: “la malattia era progredita e quando l’ho incontrata non parlava più, così insieme, Beth e io abbiamo iniziato ad esplorare diversi materiali artistici ma la maggior parte di questi non sembrava coinvolgerla. [...] Ho fatto affidamento su un qualsiasi cambiamento nel movimento del suo viso o del suo corpo per trovare un materiale artistico a cui sarebbe stata ricettiva [...] ho provato la pittura con la tecnica dell’acquerello, le abbiamo messo il pennello in mano e lei iniziò a dipingere. Lo staff ed io non eravamo sicuri del significato dell’immagine, ma siamo stati felici che in quel momento sia stata in grado di creare un’immagine così libera.” (vedi figura 1) Beth morì poco dopo, la sua famiglia si recò al Centro per ringraziare il personale che gli mostrò il dipinto di Beth, e i familiari ne compresero subito il significato: Beth era stata un’ostetrica e sua figlia aspettava un bambino. Beth aveva trovato un modo per dire loro che lo sapeva. Questa storia ci fa capire l’importanza dell’arteterapia, di come l’arte guidata possa essere metodo di espressione, nonostante la gravità della patologia neurodegenerativa porti a pensare che non ci sia più possibilità di comunicazione ed espressione.



**Figura 2: “Il Mandala. Il potere dell’Arteterapia”**

Racconta Christina Hom, arteterapeuta (American Art Therapy Association), di come durante il suo tirocinio in arteterapia incontrò Sue, una donna residente in una comunità assistita, affetta da ansia, sclerosi multipla e diabete. Le condizioni di diabete e sclerosi multipla non davano fastidio a Sue, che aveva imparato a gestirne la condizione medica, quanto l’ansia che però ne provocava, impedendole di vivere serenamente. Attraverso le sedute di arteterapia, ci si concentrò quindi sulla sua condizione di ansia e dei metodi per affrontarla. Sue creò un Mandala ad acquerello che conteneva tutti i suoi sentimenti negativi all’interno, le era stato chiesto di “contenerli”, di circoscriverli. (**vedi figura 2**). L’arteterapia aiutò Sue a migliorare la sua qualità di vita insegnandole il metodo per contenere i suoi sentimenti negativi esprimendoli. Fu in grado così di trovare appagamento e accettazione nel suo viaggio di vita.

I disturbi d’ansia sono tra i disturbi mentali più diagnosticati, derivati da un’esperienza “anormale” di paura, che da origine al disagio, che si prolunga poi, dando vita al disturbo, intaccando la sfera socio-relazionale. Tra i più comuni facenti parte di questa categoria troviamo il disturbo ossessivo compulsivo e il disturbo d’ansia generalizzato. Il comune trattamento prevede la terapia cognitivo-comportamentale associata alla farmacoterapia (benzodiazepine, antidepressivi triciclici o inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina), ma questi trattamenti sembrano essere solo moderatamente efficaci. Il trattamento farmacologico provoca effetti collaterali ad una percentuale significativa di pazienti. Per aumentare l’efficacia del trattamento dei disturbi d’ansia, vengono utilizzate terapie aggiuntive nella pratica clinica, un esempio di queste è l’arteterapia, integrata a diversi programmi di assistenza in salute mentale a



pazienti affetti da ansia. Viene utilizzata la tecnica della pittura, in cui l'attenzione viene concentrata sul processo di creazione associato alla propria esperienza, con l'obiettivo di contenere le emozioni, come la paura, o facilitare l'espressione dei ricordi, sentimenti ed emozioni, con risultati di miglioramento dell'autoriflessione e dello sviluppo di nuove abilità di coping. L'arteterapia aiuta ad aumentare la consapevolezza di sé e la capacità riflessiva (Abbing et al., 2018) ed aumenta l'empowerment, la conquista della consapevolezza di sé e del controllo delle proprie scelte e decisioni in ambito socio-relazionale. (Scope A., Uttley L., Stevenson M., Rawdin A., Sutton A., 2017).

Gli autori Heli et al. (2021) evidenziano come l'arteterapia faciliti l'espressione sensoriale ed il sollievo emotivo, in un ambiente privo di fallimenti. La creazione di qualcosa di nuovo può fungere da collegamento di esperienze passate e presenti, può facilitare l'adattamento al cambiamento, può anche fungere da supporto durante una crisi emotiva, come spesso avviene in pazienti affetti ad esempio da disturbi alimentari. Uno studio sperimentale controllato RCT, approvato dal Comitato Etico dell'Ospedale di Jingtangshan, in Cina (Chenyu & Renshun, 2021), ha evidenziato come pazienti affetti da anoressia nervosa ricoverati presso il Dipartimento di Neuropsicologia dello stesso ospedale, da agosto 2018 a ottobre 2019 si siano offerti volontari per partecipare allo studio con l'obiettivo di introdurre l'arteterapia combinata alla terapia cognitivo-comportamentale. I pazienti inclusi nello studio, dai 14 ai 19 anni tutti affetti da anoressia nervosa erano 77, divisi casualmente in due gruppi, uno di controllo (n=40) e uno di trattamento (n=37). Il gruppo di controllo è stato sottoposto a trattamento convenzionale nel reparto di psichiatria, con farmaci antipsicotici a basso dosaggio. Il gruppo di trattamento è stato trattato con arteterapia combinata al trattamento cognitivo-comportamentale. I terapeuti alla fine dei trattamenti hanno chiesto ai pazienti di condurre autovalutazioni. I risultati dopo l'intervento mostrarono che, i pesi standard e i BMI (indice di massa corporea), nei due gruppi erano più elevati rispetto a prima dell'intervento, ma che nel gruppo di trattamento (che aveva ricevuto arteterapia) erano significativamente più elevati rispetto a quelli del gruppo di controllo. Ciò ha segnalato che l'arteterapia combinata alla terapia cognitivo-comportamentale, possono aiutare i pazienti con disturbi alimentari (nello specifico anoressia nervosa) ad alleggerire il carico emotivo derivato dalla patologia e ad aumentare di peso. (Chenyu & Renshun, 2021)

La letteratura emergente sulla problematica attuale causata dagli effetti della pandemia da nuovo coronavirus Sars Cov 2, suggerisce che i anche bambini potrebbero sperimentare un aumento di ansia e depressione, per mancanza di relazioni sociali, noia, tensioni familiari e soprattutto emarginazione. Per prevenire tali problematiche è necessario sviluppare strategie ed interventi preventivi per affrontare i potenziali impatti negativi del COVID 19 sulla salute mentale dei bambini, soprattutto negli ambienti scolastici. Risultati di precedenti ricerche cliniche indicano che le terapie basate sull'arte, inclusa l'arteterapia, hanno mostrato risultati promettenti e significativi per aumentare il benessere dei bambini e ridurre il disagio psicologico. (Malboeufy-Hurtubise C., Goodes L.T., Mageau G.A., Taylor G., Herba C.M., Chadi N. & Lefrancoise D., 2021) L'attuazione di tali interventi, secondo lo studio, è stata efficace sia in presenza che da remoto attraverso piattaforme di videoconferenza, adeguata a contesti scolastici.

## CAPITOLO 4

### REVISIONE DELLA LETTERATURA

#### 4.1 Obiettivo dello studio

L'obiettivo di questa ricerca è stato quello di indagare attraverso l'analisi di articoli primari l'efficacia dell'arteterapia come attività riabilitativa, narrativa ed espressiva, e descrivere le principali evidenze relative agli effetti dell'arteterapia come supporto assistenziale nel processo di cura in pazienti portatori di disagio psichico.

#### 4.2 Materiali e metodi

Per rispondere al quesito di ricerca è stata effettuata una revisione della letteratura attraverso la consultazione di banche dati internazionali come MEDLINE PubMed e Google Scholar. È stata inoltre effettuata un'attenta analisi di abstract pertinenti, una ricerca libera di articoli inerenti su: Accademia, libri di testo trattanti l'argomento e consultando i siti del Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, American Association Art Therapy, Nurse24.

**I criteri di inclusione** alla ricerca sono riferiti all'efficacia dell'arteterapia nello specifico della pittura e del disegno, su soggetti umani, portatori di patologie riguardanti la salute mentale e disturbi neuro-cognitivi, in articoli gratuiti full text degli ultimi 10 anni (2012-2022).

**I criteri di esclusione** sono riferiti ad articoli riguardanti l'efficacia dell'arteterapia in patologie specifiche come quelle cardiocircolatorie, metaboliche, oncologiche. Sono stati esclusi gli studi di arteterapia riguardanti esclusivamente la musicoterapia, la danzaterapia e la teatroterapia compresi nelle "Artiterapie".

Per la costruzione delle stringhe di ricerca sono state utilizzate le parole chiave per ottenere un quesito di ricerca pertinente, utilizzando la metodologia "PICOM".

In cui:

- (P) - POPOLAZIONE: è riferito a: Pazienti portatori di disagio psichico
- (I) - INTERVENTO: è riferito ad: Arteterapia

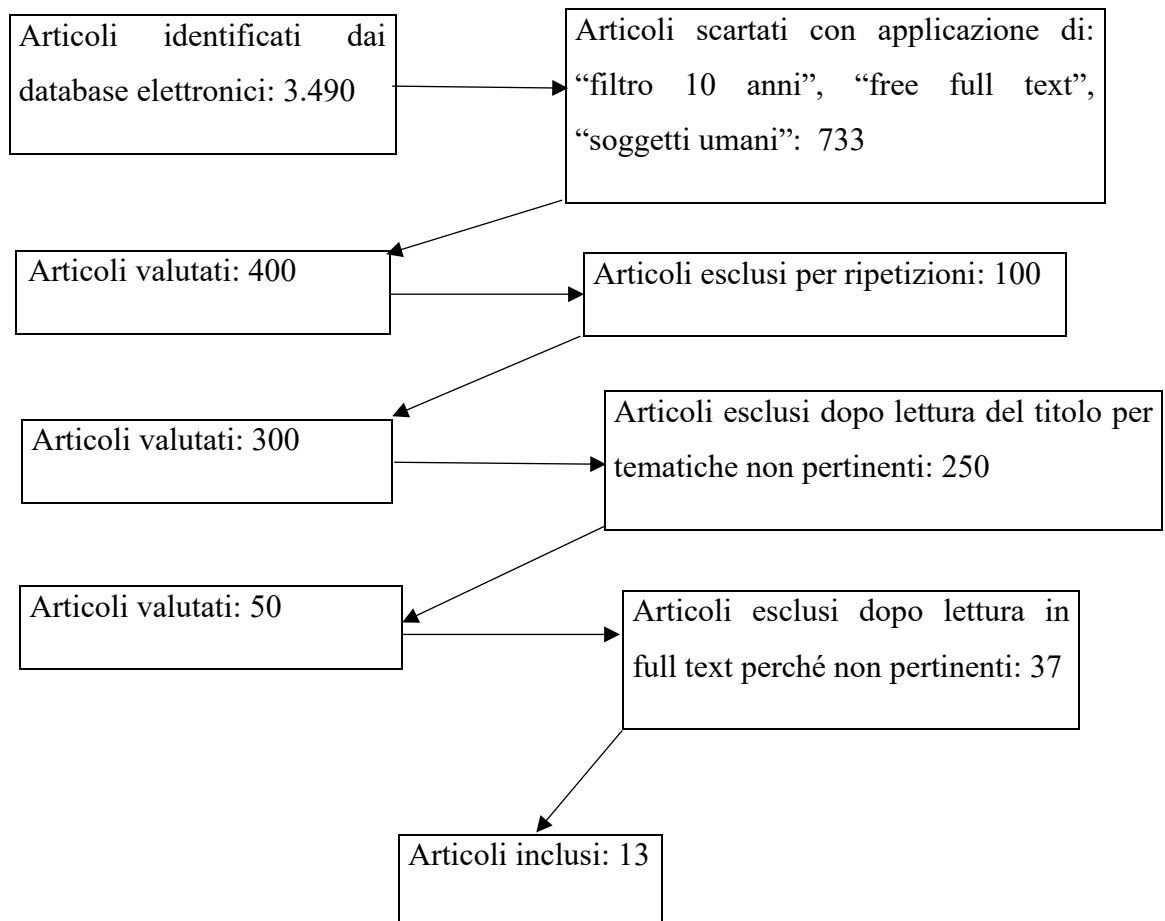
- (C) - CONFRONTO: /
- (O) - OUTCOME: è riferito ad: Efficacia dell'Arteterapia
- (M) - METODO: è riferito a: Revisione della letteratura

Sono state ricercate le parole chiave combinate agli operatori booleani:

- ✓ “Art therapy AND mental health”
- ✓ “Art therapy AND mental illness”
- ✓ “Art therapy AND mental disorder”

### 4.3 Risultati

La tabella sottostante indica i criteri di ricerca per la selezione degli studi pertinenti.



A questi 13 articoli sono stati aggiunti altri 2 articoli attraverso la ricerca libera su Google Scholar, per un totale di 15 articoli inclusi nella revisione.

**TABELLA 1: SINTESI DEI RISULTATI DI RICERCA**

<b>TITOLO e AUTORI</b>	<b>DISEGNO di STUDIO</b>	<b>OBIETTIVI</b>	<b>RISULTATI</b>
<p>“Art therapy: a complementary treatment for mental disorders”.</p> <p>Hu J., Zhang J., Hu L., Haibo Yu e Xu (2021)</p> <p><i>MEDLINE</i> <i>PubMed</i></p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Dimostrare come la terapia pittorica possa essere efficace forma di terapia che utilizza metodi artistici come modalità primaria di espressione e comunicazione.</p>	<p>Questa revisione ha dimostrato l’efficacia della terapia pittorica come trattamento complementare a quello farmacologico, nei disturbi mentali. Ha dimostrato come il disegno e la pittura specificatamente, facesse concentrare il soggetto sulla cattura dei propri processi psicodinamici interiori, attraverso la creazione di immagini come metodo di comunicazione efficace, in tutte quelle patologie psichiatriche in cui vi è difficoltà nell’espressione di sé.</p>
<p>“The effectiveness of art therapy for anxiety in adults: a systematic review of randomised and non-randomised controlled trials”.</p> <p>Abbing A., Postein A., van Hooren S., de Sonnevile L., Swaab H., Baars E. (2018)</p> <p><i>MEDLINE</i> <i>PubMed</i></p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Dimostrare come il solo trattamento farmacologico, nello specifico dei disturbi d’ansia dell’adulto, non sia sufficiente e debba essere coadiuvato ad interventi non farmacologici, come l’Arteterapia.</p>	<p>Questa revisione ha evidenziato come tramite l’Arteterapia sia possibile indurre rilassamento e quindi migliorare le condizioni di ansia e disagio psichico, influenzando positivamente sulla qualità di vita.</p>

<p>“Art making and expressive art therapy in adult health and nursing care: A scoping review”.</p> <p>Heli V.R., Regina S.F., Jokisalo P. &amp; Fagerstrom L. (2021)</p> <p><i>MEDLINE</i> <i>PubMed</i></p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>Descrivere le evidenze esistenti sull'efficacia dell'Arteterapia e su come si inserisce nel processo assistenziale infermieristico.</p>	<p>L'Arteterapia è stata valutata nel contesto sanitario ed infermieristico, come metodo narrativo del paziente allo scopo di ricercare nuovi punti di forza, abilità, crescita personale, attenuazione di sintomi e comunicazione efficace. Lo scopo dell'infermiere è quello di favorire la creazione artistica come metodo narrativo volto a facilitare la comunicazione con i pazienti, per riconoscere nuovi punti di forza, abilità, crescita personale, miglioramento dei sintomi e collaborazione nel processo di cura.</p>
<p>“Art therapy is associated with sustained improvement in cognitive function in the elderly with mild neurocognitive disorder: findings from a pilot randomized controlled trial for art therapy and music reminiscence activity versus usual care”</p> <p>Mahendran R., Gandhi M., Moorakonda B.R., Wong J., Kanchi M.M., Fam J., Kumar A.P., Feng L., Kua E.H. (2018)</p>	<p>Studio RCT</p>	<p>Esaminare gli effetti dell'Arteterapia sull'esito delle risposte neurocognitive del paziente anziano portatore di lieve deterioramento cognitivo.</p>	<p>Miglioramento dei sintomi depressivi, ansiogeni e della memoria a 3 e 9 mesi dal trattamento con Arteterapia. Questo studio fornisce prove preliminari su come l'Arteterapia sia efficace nel migliorare la funzione cognitiva negli anziani affetti da demenza lieve.</p>

<p><i>MEDLINE</i> <i>PubMed</i></p>			
<p>“A qualitative systematic review of service provider perspectives in the acceptability, relative benefits, and potential harms of art therapy for people with non-psychotic disorders”.</p> <p>Uttley L., Stevenson M., Scope A., Rawdin A., Sutton A. (2017)</p> <p><i>MEDLINE</i> <i>PubMed</i></p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Questa revisione ha lo scopo di sintetizzare i potenziali benefici e rischi dell’Arteterapia in persone con disturbi mentali non psicotici.</p>	<p>Le ricerche hanno evidenziato che l’Arteterapia apporta dei benefici che includono: lo sviluppo delle relazioni, comprensione di sé e della propria condizione psichica, maggiore consapevolezza verso il futuro, espressione, potenziamento di abilità e rilassamento. Non sono stati riscontrati effetti negativi legati all’Arteterapia.</p>
<p>“Creative art therapy for mental illness”</p> <p>Chiang M., Bernand Reid-Varley W., Fan X. (2019)</p> <p><i>MEDLINE</i> <i>PubMed</i></p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>Riassunto dei risultati di efficacia relativi all’Arteterapia e al suo utilizzo benefico nei disturbi mentali come: schizofrenia, disturbo da stress post traumatico, bipolarismo, ansia e depressione.</p>	<p>Gli approcci assistenziali recenti in ambito psichiatrico si sono dimostrati favorevoli alla visione olistica del paziente incrementando metodi di trattamento alternativo a quello farmacologico, come l’Arteterapia. La recente revisione confrontata con le revisioni precedenti, dimostra che l’Arteterapia è in grado di alleviare i sintomi dei disturbi</p>

<p>“Biobehavioral utility of mindfulness-based art therapy: Neurobiological underpinnings and mental health impacts”.</p> <p>E Beerse M., Van Lith T., Pickett S.M., Stantwood G.D. (2020)</p> <p><i>MEDLINE</i> <i>PubMed</i></p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>Dimostrare il potenziale terapeutico di interventi considerati di “mindfulness” come l’Arteterapia apportino benefici e riducano gli effetti negativi delle patologie gravi che provocano ansia generalizzata e stress, e di come essa favorisca il rilascio di neurotrasmettitori come la serotonina (“l’ormone del buon umore”).</p>	<p>Gli approcci basati sull’Arteterapia fin’ora si sono rivelati in alcuni casi più economici e addirittura più efficaci della terapia cognitivo-comportamentale per il trattamento dei disturbi mentali. Tuttavia il campo necessita di protocolli di implementazione e di convalida aggiuntivi specifici per quanto riguarda le modalità di rilascio di markers neuro-endocrini.</p>
<p>“Impact of Alzheimer’s Dementia on Caregivers and inequality improvement through Art and music therapy”.</p> <p>Popa L.C., Manea M.C., Velcea D., Sapala I., Manea M., Ciobanu A.M. (2021)</p> <p><i>MEDLINE</i> <i>PubMed</i></p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>Le persone affette da demenza di Alzheimer soffrono anche di disturbi del comportamento correlati alla patologia, fattore negativo che si percuote su loro stessi e sui caregivers. Con questa revisione della letteratura si vuole dimostrare come l’Arteterapia apporti un miglioramento della qualità della vita sia dei pazienti che dei caregivers, anche grazie all’approccio multidisciplinare derivato da essa.</p>	<p>La ricerca ha evidenziato come l’Arteterapia funga da terapia complementare a quella farmacologica, migliorando le situazioni di agitazione psicomotoria, la capacità di espressione, comunicazione e interazione, nelle persone affette da demenza di Alzheimer, e aumentando la loro qualità di vita e quella dei loro caregivers.</p>



<p>“Music and Art therapy combined with cognitive behavioral therapy to treat adolescent anorexia patient”</p> <p>Wang C., Xiao R. (2021)</p> <p><i>MEDLINE</i> <i>PubMed</i></p>	<p>Trial clinico</p>	<p>Indagare l’efficacia dell’Arteterapia e della Musicoterapia associate alla terapia cognitivo-comportamentale nel trattamento di pazienti adolescenti affetti da anoressia.</p>	<p>Alla fine dello studio è risultato evidente come, nel gruppo di trattamento con arteterapia, il peso e il BMI sia significativamente salito rispetto al gruppo di controllo. Nel gruppo di trattamento erano migliorate anche: l’emotività, l’accettazione di loro stessi e la concezione del loro corpo</p>
<p>“Sistematic review and meta-analysis of the effects of group painting therapy on the negative emotions of depressed adolescent patient”</p> <p>Yuan Z., Baomei L., Li B., Zhu X. (2021)</p> <p>MEDLINE PubMed</p>	<p>Revisione sistematica e meta analisi</p>	<p>Dimostrare come la terapia artistica, nello specifico pittorica, possa essere utilizzata con effetti benefici nel trattamento della depressione adolescenziale.</p>	<p>La terapia pittorica individuale e di gruppo, è risultata estremamente efficace nel trattamento della depressione. Il trattamento psico-artistico ha consentito il miglioramento di sintomi depressivi. La terapia pittorica come il disegno, migliora significativamente la depressione e allevia le emozioni negative dei pazienti.</p>
<p>“Anxiety reduction through art therapy in women. Exploring stress regulation and executive functioning as underlying neurocognitive mechanism”</p> <p>Abbing A., de</p>	<p>Studio RCT</p>	<p>Esplorare i possibili meccanismi di riduzione dell’ansia nelle donne affette da disturbi di ansia generalizzata, attraverso il trattamento con Arteterapia.</p>	<p>Sono stati rilevati miglioramenti dello stress con conseguente regolazione e normalizzazione della frequenza cardiaca, maggiore controllo delle emozioni, della memoria, diminuzione dello stress nella pianificazione di attività quotidiane.</p>

<p>Sonneville L., Baars E., Bourne D., Swaab H. (2019)</p> <p>MEDLINE PubMed</p>			
<p>“An investigation into Art Therapy aided health and well-being research: a 75-year bibliometric analysis”</p> <p>Liu Z., Yang Z., Xiao C., Zhang K., Osmani M. (2022)</p> <p>MEDLINE PubMed</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Questa ricerca adotta un metodo misto di analisi qualitativa e quantitativa con lo scopo di analizzare in maniera critica e specifica tutta la letteratura e gli studi condotti sull’Arteterapia da 75 anni fino ad oggi, ed il suo potenziale valore.</p>	<p>Con la rapida diffusione del nuovo coronavirus responsabile della malattia COVID 19, è stato fortemente influenzato lo stato di benessere psicologico sociale a livello internazionale, aumentando i disagi psichici ed in particolare il disturbo da stress post traumatico, ansia e depressione, si ritiene per cui opportuno risolvere quei problemi legati ai fattori di stress mettendo in pratica diverse metodiche non farmacologiche come l’Arteterapia, che fornisce un mezzo attraverso il quale è possibile esprimere sentimenti negativi e sperimentare un valido metodo per contenerli. Si sono sperimentati miglioramenti del comportamento, delle condizioni di disagio e dei sintomi conseguenti. Svolge un ruolo positivo ed è un mezzo prezioso di espressione.</p>

<p>“Online art therapy in elementary schools during COVID 19: results from a randomized cluster pilot and feasibility study and impact on mental health”.</p> <p>Malboeuf-Hurtbise C., Goodes-Leger T., Mageau G.A., Taylor G., Herba M.C., Chadi N., Lefrancoise D. (2022)</p> <p><i>MEDLINE</i></p> <p><i>PubMed</i></p>	<p>Studio di coorte</p>	<p>L’obiettivo dello studio è stato quello di valutare l’impatto che ha la creazione artistica (Arteterapia) anche da remoto, sulla salute mentale dei bambini delle scuole elementari.</p>	<p>Sono stati registrati miglioramenti dello stato psicologico dei bambini con aumento dello stato di benessere e riduzione del disagio psicologico. E’ diminuito lo stato di disattenzione, sintomi di ansia, depressione e iperattività, con conseguente aumento delle emozioni positive nei bambini. Ha avuto effetti benefici la realizzazione di tale attività anche da remoto.</p>
<p>“Arte e Arti terapie, più di un confronto, più di un dialogo”.</p> <p>Ferrari S., Principale C., Tarantini C. (2012)</p> <p><i>Google Scholar</i></p>	<p>Revisione narrativa della letteratura</p>	<p>Mostrare l’evoluzione dell’approccio alla terapia pittorica come intervento efficace nella storia dell’assistenza psichiatrica.</p>	<p>L’opera d’arte è un simbolo non discorsivo che riesce ad articolare ciò che risulta ineffabile in termini verbali, essa esprime consapevolezza diretta, emozione, identità, offre speranza di vita anche alle parti più nascoste e inascoltate di sé. Il contesto di applicazione prevalente è quello psichiatrico, con indicazione elettiva nel trattamento di disturbi che comportano impoverimento dell’espressione verbale.</p>

<p>“Indagine sulle attività espressive condotte nei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze in Regione Lombardia: I risultati”.</p> <p>Viganò C., Wenk M., Melorio T., Gat Artiterapie (2019)</p> <p><i>Google Scholar</i></p>	<p>Studio osservazionale</p>	<p>Realizzazione di un questionario/intervista che possa permettere di evidenziare i tratti salienti nelle diverse realtà di utilizzo delle arti-terapie nei servizi di salute mentale.</p>	<p>Lo studio evidenzia la necessità di accrescere la cultura della valutazione degli esiti con strumenti adeguati esportandola dai ristretti ambiti di ricerca per portarla nei servizi psichiatrici.</p>
--	------------------------------	---	---

#### 4.4 Discussione

La condizione di sofferenza psicologica derivata da difficoltà di varia natura nell’arco della vita (come ad esempio stress, situazioni di vita e lavorative precarie, etc.) porta ad una condizione di disagio psichico, che se prolungato e non immediatamente trattato, può portare all’insorgenza di alterazioni cognitive psichiche e comportamentali, dando vita al disturbo psichico, condizione per la quale il soggetto sperimenterà una distorsione della percezione degli stimoli ricevuti dall’ambiente che lo circonda, con conseguente distorsione dell’immagine di sé e della realtà. Nel disturbo psichico vengono colpite principalmente: la sfera socio-relazionale e le funzioni cognitive, fino ad arrivare alla totale perdita di autonomia e capacità di soddisfare i propri bisogni. Insorge una condizione di auto-isolamento sociale, lavorativo e relazionale. Tutti i disturbi mentali, studiati fin’ora, vengono classificati dal Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DSM), la cui ultima versione aggiornata risale al 2013: “DSM V”. Studi internazionali evidenziano che circa il 20-25% della popolazione in età superiore ai 18 anni, soffre di almeno un disturbo mentale clinicamente significativo. Circa l’8% dei bambini e degli adolescenti soffre di un disturbo mentale. Nel Mondo: ci

sono 450 milioni di persone che soffrono di disturbi neurologici, mentali, comportamentali. Il suicidio e l'autolesionismo sono le conseguenze significative portate dai disturbi mentali. Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in Italia circa l'80% dei morti per suicidio sono uomini, con un rapporto di genere (uomini/donne) che è andato aumentando linearmente nel tempo. Anche in Italia, come nel resto del mondo, la quota maggiore di suicidi si registra tra le persone anziane, e arrivano a rappresentare il 12% delle morti tra i giovani di 15-29 anni. (EpiCentro, Istituto Superiore di Sanità, "Il fenomeno suicidario in Italia", 2012) Un elemento fondamentale di ogni azione mirata a ridurre il numero dei suicidi è costituito dal miglioramento della qualità delle cure per le persone con gravi disturbi dell'umore e psicosi. I disturbi mentali costituiscono una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Sistema Sanitario Nazionale e sono associati a difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane. Il disagio psichico è fortemente correlato alla sfera socio-relazionale; fin dall'antichità ha sempre suscitato come un "senso di paura" verso chi ne è affetto, per questo ne ha sempre provocato il rifiuto, l'isolamento e l'emarginazione di chi porta con sé un disturbo mentale. Nasce il concetto di "follia", dal significato latino di "vuoto": il folle è il "malato", colui che mostra difficoltà di adattamento e di espressione dei suoi bisogni, così da non riuscire più a soddisfarli. Nelle civiltà antiche, la follia era legata alla sfera sacra: il folle rappresentava la voce del divino da ascoltare e da interpretare attraverso riti magici; fu poi Ippocrate (460 a.C. – 377 a.C.), considerato il "padre" della medicina scientifica, che per primo associò invece la malattia mentale all'azione del cervello come organo fisico alterato, sul quale i riti dei sacerdoti e degli sciamani non avevano alcun effetto curativo. Nel 1904 fu emanata la Legge Giolitti (Legge Giolitti, n.36/1904), che prevedeva il "periodo manicomiale", con "Disposizioni e regolamenti sui manicomi e sugli alienati": tutti i pazienti affetti da malattie mentali venivano internati in manicomio, luogo esclusivo per il trattamento dei disturbi psichici. La figura del paziente psichiatrico rimase però sempre quella del "carcerato", e si era ricoverati in quanto "persona pericolosa e di pubblico scandalo". Con la Legge Giolitti (n.431/1968) vennero creati centri di igiene mentale anche in ambito territoriale, ma fu solo con l'emanazione della Legge Basaglia (n.180/1978) che si riuscì a stabilire che era diritto della persona il poter accedere alle cure volontariamente, senza più portare con sé il giudizio di pericolosità, attraverso

trattamenti di norma volontari, effettuati nei presidi e nei servizi extra-ospedalieri operanti nel territorio, con lo scopo di riabilitare la persona e prevenire recidive. Dal XX secolo con lo sviluppo della psicoanalisi per opera di Freud, si iniziò ad intravedere il “concetto di identità della persona” e del rapporto tra individuo e contesto sociale. Negli anni ‘50 vennero messi in commercio per la prima volta gli antidepressivi, che avevano la funzione di contenere i sintomi più ingestibili dei disturbi mentali, come ad esempio quelli psicotici, ma che possedevano comunque un alto rischio di sviluppo di gravi effetti collaterali. La terapia farmacologica è stata sempre considerata un metodo palliativo di “contenzione” delle situazioni acute, ma rimane comunque un rimedio incompleto e non sempre efficace. Si iniziò quindi ad avvertire un forte bisogno di trovare quella componente mancante alla medicina considerata “sterile e arida”, che riuscisse a dare importanza non solo all’attività diagnostica, considerata poi anche abbastanza “incerta” poiché i disturbi mentali a differenza di altre patologie rimangono molto più “astratti”; ma anche alla cura della persona nella sua globalità, che potesse pensare a essa come ad un’entità dotata di emozioni e vissuti da raccontare. Tutto questo fu reso possibile grazie allo sviluppo delle Medical Humanities e della Medicina Narrativa. Le Medical Humanities, insieme di discipline artistico-umanitarie nate alla fine degli anni ‘60 come conseguenza del “malessere” causato dalla medicina tradizionale, avevano lo scopo di “intersecare” quindi la medicina clinica alle discipline umanistiche. Che cosa mancava alla medicina clinica? Mancava quella parte “umana”, che permetteva di entrare nel mondo del paziente per scoprirne il vissuto, interpretare i suoi sentimenti e percepirne il punto di vista allo scopo di costruirne un significato “diverso” di malattia, che potesse portare quindi all’elaborazione di una possibile storia di guarigione. Nacque così la Medicina Narrativa, che trovò riscontro nella pratica clinica grazie a Rita Charon verso la fine degli anni ‘90. La Medicina Narrativa fortificò la pratica clinica con la competenza narrativa per riconoscere, assorbire, interpretare ed essere sensibilizzati dalle storie di malattia (Charon R., 2001). Essa si basa tutt’ora su una specifica competenza comunicativa ed empatica, che considera la narrazione della patologia del paziente come fondamentale, al pari dei segni e sintomi clinici. Può essere applicata a qualsiasi tipo di scienza, anche a quella infermieristica dando vita al Nursing Narrativo, che riconosce la soggettività dell’individuo attraverso l’ascolto empatico nella relazione con la persona. Ascoltare e “farsi raccontare” permette di dare una forma

al mondo vissuto dal paziente, di elaborarlo e di interpretarlo; permette all'infermiere di accogliere l'assistito con empatia, accettazione positiva, ascolto attivo, autenticità e accoglienza, la relazione che ne deriva, tra curante e paziente, si traduce in una condivisione empatica del piano di cura basato sulla specificità della persona. È la metodologia assistenziale utilizzata per affrontare problemi specifici e personali, l'esperienza di malattia può essere raccontata attraverso il linguaggio corporeo, psicologico, interpersonale, con descrizioni circoscritte oppure ampie e vaghe, ricche di similitudini. (Marcadelli S. & Artioli G., 2010) La narrazione da parte del paziente, espressa come "esperienza soggettiva" diventa efficace quando il curante riesce a "restituire" al paziente la storia che gli era stata raccontata, e questa narrazione diventa "una nuova narrazione" alla quale viene attribuito un nuovo significato con accezione positiva, e con lo scopo di migliorare l'efficienza di tutto il processo di cura a vantaggio del paziente. I pazienti affetti da disagio psichico percepiscono più degli altri il distacco e la lontananza, è necessario quindi un dialogo tra infermiere e paziente, un'interazione tra essi, una storia che possa "connetterli" e che dovrebbe essere di volta in volta adeguata alle situazioni e ai contesti per permettere uno scambio. Lo "storytelling" e le narrazioni individuali sono considerate espressioni creative, quelle storie che "illuminano" la persona, lasciando intravedere sé stessa. (Heli et al., 2021)

L'arte è considerata un potente strumento di narrazione, necessaria per sbloccare la narrativa ed esprimersi attraverso diverse tecniche e metodi, una di queste è la creazione pittorica. L'arte è sempre riuscita ad arrivare dove le parole non potevano.

Le Medical Humanities hanno permesso quell'incontro ravvicinato tra medicina e arte, dando vita ad una terapia complementare considerata dalla letteratura molto efficace nella gestione e riabilitazione dei pazienti affetti da disturbi psichici: l'Arteterapia.

L'Arteterapia con le sue tecniche 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. I materiali (fogli, pennelli etc.) e le tecniche (acquerello, acrilico etc.) che il paziente utilizza, gli permettono di esprimere e dare un'identità precisa al problema che l'ha portato in terapia; attraverso l'aiuto del terapeuta, figura professionale specializzata che deve avere una sensibilità estetica capace di cogliere non la bellezza, ma il "significativo" e il "comunicativo", è possibile raggiungere una nuova

visione di tale difficoltà. I prodotti artistici non devono mai subire “interpretazioni”, il significato è sempre personale, e va ricercato attraverso il colloquio, cosicché sia il paziente stesso ad individuare il giusto messaggio della propria creazione. (Caputi et al., 2011-2012). Con l’aiuto dell’infermiere la narrativa del paziente viene sbloccata, l’infermiere assiste il paziente portatore di disagio psichico nelle varie fasi della malattia, si avvale della relazione d’aiuto come approccio all’assistito, attraverso l’ascolto, l’osservazione, il rispetto e l’empatia. Il professionista si trova in una vera e propria posizione di “consuelling” e deve avere la capacità di capire la natura delle difficoltà della persona. Il compito dell’infermiere diviene quello di attuare interventi mirati a migliorare il “funzionamento” di persone affette da disagio psichico, per aiutare l’individuo a sviluppare un processo di cambiamento. L’arteterapia viene definita dalla classificazione NIC (Nursing Intervention Classification) come “promozione della comunicazione attraverso il disegno o altre forme artistiche”. (Bulecheck et al., 2013) e integra i medicinali farmacologici, poiché non è una terapia scientifica ma parte della medicina complementare, al fine di promuovere il benessere, ridurre lo stress e migliorare la qualità di vita promuovendo l’autonomia e l’indipendenza. (Chancellor et al., 2014)



## CAPITOLO 5

### Conclusioni

La sola terapia farmacologica è considerata per la maggior parte delle volte inefficace e incompleta nel trattamento di pazienti affetti da disagio psichico, in quanto ad essa manca la componente più importante: quella psicologica riguardante il vissuto della persona. Il paziente affetto da disagio psichico percepisce molto la distanza emotiva da parte del curante, che dovrebbe invece avere come prerogativa quella di favorire la comunicazione attraverso metodiche diverse da quella esclusivamente farmacologica, e la relazione terapeutica basata sull'empatia. La terapia pittorica si è dimostrata efficace come trattamento complementare a quello cognitivo-comportamentale e farmacologico in pazienti affetti da disagio psichico.

Attraverso gli studi indagati nella ricerca, è stato dimostrato come il disegno: la pittura specificatamente, facesse concentrare il soggetto sulla cattura dei propri processi psicodinamici interiori, attraverso la creazione di immagini come metodo di comunicazione efficace delle sue paure o emozioni, in tutte quelle patologie psichiatriche in cui vi è difficoltà nell'espressione di sé. (Heli et al., 2021) È stato evidenziato come tramite l'Arteterapia sia possibile indurre rilassamento e quindi di conseguenza un miglioramento delle condizioni di ansia e disagio psichico, influenzando positivamente sulla qualità di vita, (Abbing et al., 2018) e come la creazione pittorica induca il rilascio di sostanze chimiche come la serotonina, la dopamina e l'ossitocina, sostanze che permettono l'insorgenza di sensazioni di piacere ed emozioni positive. (Zeki, 2007) Da tutto ciò si può dedurre che l'Arteterapia, messa in atto come intervento multidisciplinare in cui più figure professionali operano secondo lo stesso scopo, cioè quello di favorire la narrazione, la comunicazione, l'espressione e "l'interconnessione" empatica tra essi ed il paziente, è terapia efficace per migliorare significativamente lo stato emotivo della persona, per favorire il controllo delle emozioni, della memoria, dello stress, agendo anche come "contenitore" di sentimenti negativi, risultando efficace anche per la regolazione della frequenza cardiaca nel paziente affetto da ansia generalizzata. Riesce a riattivare la sfera psico-affettiva nel paziente autistico e funge da "contenitore" di esperienze psicotiche nel paziente schizofrenico. (Hu J. et al., 2021)

E' risultato chiaro come l'arte riesca ad arrivare dove le parole non potrebbero arrivare.

## **Bibliografia:**

Abbing A., Postein A., van Hooren S., de Sonnevile L., Swaab H., Baars E. (2018) *The effectiveness of art therapy for anxiety in adults: A systematic review of randomised and non-randomised controlled trials*. PLoS ONE 13(12): e0208716  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208716>

Barelli P. (1996) *Prevenzione, cura e riabilitazione nella visione delle teoriche infermieristiche, atti del convegno "L'infermiere in psichiatria: prevenzione, cura e riabilitazione in psichiatri"*, Centro documentazione ANIN, PV – 1996

Bulecheck G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M.M. & Wagner C., (2013). *Classificazione NIC degli interventi infermieristici*. Ed It. a cura di Rigon, L.A., CEA – Casa Editrice Ambrosiana, Milano.

Caputi A., De Palma M.C., Di Gennaro F., Piarulli S., Picone F., Sisti I., Tota P. & Villanacci R. (2011-2012) *L'Arteterapia: efficacia, efficienza e sostenibilità in Italia e all'estero*. Programma Scienziati in Azienda – XII Edizione, Stresa, 26 settembre 2011 – 27 luglio 2012, 1° Progett Work, Fondazione ISTUD.

Chenyu W. and Renshun X. (2021) *Music and Art therapy combined with cognitive behavioral therapy to treat adolescent anorexia patients*. Am J Transl Res 2021;13(6):6534-6542 [www.ajtr.org](http://www.ajtr.org) / ISSN:1943-8141/ AJTR0128294

Chiang M., Reid-Varley W.B., Fan X. (2019) *Creative art therapy for mental illness, Review Article*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.025>

E Beers M., Van Lith T., Pickett S.M. and Stanwood G.D. (2020) *Biobehavioral utility of mindfulness-based art therapy: Neurobiological underpinnings and mental health impacts*. Experimental Biology and Medicine 2020; 122-130. DOI: 10.1177/1535370219883634 – PMCID: PMC7016419 – PMID: 31635490

Gambini P. (2008) *Introduzione alla psicologia: Volume primo: i processi dinamici*, Edizione seconda, FrancoAngeli Editore. ISBN: 9788846496072

Heli V.R., Regina S.F., Josikalo P. and Fagerstrom L. (2020) *Art making the expressive art therapy in adult health and nursing care: A scoping review*. Abo Akademy University, Department of Health Sciences. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.09.011>

- Hu J., Zhang J., Hu L., Yu and Xu J. (2021) *Art Therapy: A Complementary Treatment for Mental Disorders*. Front. Psychol. 12:686005. doi: 10.3389/fpsyg.2021.686005
- Liu Z., Yang Z., Xiao C., Zhang K., Osmani M. (2022) *An investigation into Art Therapy Aided Health and Well-Being Research: A 75-Year Bibliometric Analysis*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19, 232. <https://doi.org/10.3390/ijerph19919232>
- Yuan Z., Li B., Ye X., Zhu X. (2021) *Systematic review and meta-analysis of the effects of griup painting therapy on the negative emotions of depressed adolescent patients*. doi: 10.21037/apm-21-2474 <https://dx.doi.org/10.21037/apm-21-2474>
- Mahendran R., Gandhi M., Moorakonda B.R., Wong J., Kanchi M.M., Fam J., Rawter I., Kumar P.A., Feng L. and Kua H.E. (2018) *Art therapy is associated with sustained edlerly with mild neurocognitive disorder: findings from a pilot randomized controlled trial for art therapy and music reminescence activity versus usual care*. Clinical Trials.gov, NCT02854085 Registered on 7 July 2016. Mahendrat et al., (2018) 19:615 doi: <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2988-6>
- Malboeuf-Hurtubise C., Leger-Goodes T., Mageau A.G., Taylor G., Herba M.C., Chadi N. and Lefrancoise D. (2021) *Online art therapy in elementary schools during COVID 19: results from a randomized cluster pilot and feasibility study and impact on mental helth*. Child Adolesc Psychiatry Ment Health (2021)15:15 <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00367-5>
- Marcadelli S., Artioli G. (2010) *Nursing narrativo. Un approccio innovativo per l'assistenza*. A cura di Maggioli Editore, EAN: 9788838754104 ISBN: 8838754101
- Mortari L. (2006) *La pratica dell'aver cura*. Mondadori Bruno Editore, 2006. EAN: 9788842498827
- Popa L.C., Manea M.C., Velcea D., Salapa I., Manea M. and Ciobanu A.M. (2021) *Impact of Alzheimer's Dementia on Caregivers and Quality Improvement throught Art and Music Therapy*. Healthcare 2021, 9, 698. <https://doi.org/10.3390/healthcare9060698>
- Scope A., orcid.org/0000-0003-1604-1758, Uttley L. and Sutton A. (2017) *A qualitative systematic review of service user and service provider perspectives on the acceptability, relative benefits, and potential harms of art therapy for people with non-psychotic*

*mental health disorders*. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 90(1). pp. 25-43. ISSN 2044-8341 <https://doi.org/10.1111/papt.12093>

Semeria N., Bicego L., Brandolin C., Cociani A. e Fascì A. (2008) *Salute mentale e organizzazione che cura. Infermieri, spazi, azioni e vissuti di cura*. A cura di Maggioli Editore.

Spinsanti Sandro (2016) *La medicina vestita di narrazione*. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore 2016, ISBN: 9788849005547 pp.212

Viganò C., Wenk M., Melorio T., & GAT Artiterapie (2019) *Rivista su una via italiana alla riabilitazione psicosociale*. Errepiesse – Anno XIII – n.3 Dicembre 2019.

Zeki Semir (2007) *La visione dall'interno*. *Arte e Cervello*, 29 marzo 2007. Pagli P. e De Vivo G. (trad.2008)

### **Sitografia:**

Accesso ai dati da marzo a maggio 2022:

- ✚ URL\_ :<https://www.agingproject.uniupo.it/arte-ed-esperienza-estetica-per-un-invecchiamento-in-salute/>
- ✚ URL\_ :<https://arttherapy.org/about-art-therapy/>
- ✚ URL\_ :<https://arttherapy.org/story-library/>
- ✚ URL\_ :<https://www.galileonet.it/arte-terapia-cura/>
- ✚ URL\_ :<https://www.medicinanarrativa.eu/intervista-stephen-legari-art-therapist-del-museo-belle-arti-montreal>
- ✚ URL\_ :<https://www.medicinanarrativa.network/la-medicina-narrativa/>
- ✚ URL\_ :<https://www.manuelametra.com/arteterapia/>
- ✚ URL\_ :<https://www.medicinanarrativa.eu/intervista-a-giskin-day>
- ✚ URL\_ :<https://www.medicinanarrativa.network/>
- ✚ URL\_ :<https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/1461/articoli/16137/>
- ✚ [www.nurse24.it](http://www.nurse24.it)
- ✚ URL\_ :<https://www.nurse24.it/infermiere/infermiere-in-salute-mentale.html>

- # [URL\\_ :https://www.nurse24.it/specializzazioni/salute-mentale/competenze-dell-infermiere-della-salute-mentale.html](https://www.nurse24.it/specializzazioni/salute-mentale/competenze-dell-infermiere-della-salute-mentale.html)
- # [URL\\_ :https://www.nurse24.it/specializzazioni/salute-mentale/infermiere-spdc.html](https://www.nurse24.it/specializzazioni/salute-mentale/infermiere-spdc.html)
- # [URL\\_ :https://www.nurse24.it/infermiere/testimonianze-infermieri/nursing-narrativo-centralita-paziente.html](https://www.nurse24.it/infermiere/testimonianze-infermieri/nursing-narrativo-centralita-paziente.html)
- # [www.nursetimes.org](http://www.nursetimes.org)
- # [URL\\_ :https://nursetimes.org/nursing-narrativo-strumento-di-cura-e-di-ricerca-qualitativa-in-ambito-infermieristico/42776](https://nursetimes.org/nursing-narrativo-strumento-di-cura-e-di-ricerca-qualitativa-in-ambito-infermieristico/42776)
- # [www.ISS.it](http://www.ISS.it)
- # [URL\\_ :https://www.epicentro.iss.it/mentale/esemed-pres](https://www.epicentro.iss.it/mentale/esemed-pres)
- # [URL\\_ :https://www.epicentro.iss.it/mentale/SuicidiItalia2014](https://www.epicentro.iss.it/mentale/SuicidiItalia2014)
- # [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)
- # [URL\\_ :https://www.epicentro.iss.it/mentale/SuicidiItalia2014](https://www.epicentro.iss.it/mentale/SuicidiItalia2014)
- # [URL\\_ :https://www.epicentro.iss.it/mentale/epidemiologia-mondo](https://www.epicentro.iss.it/mentale/epidemiologia-mondo)
- # [URL\\_ :https://www.iss.it/health-humanities](https://www.iss.it/health-humanities)
- # [URL\\_ :https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?id=558&lingua=italiano](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=558&lingua=italiano)
- # [www.sanita360.it](http://www.sanita360.it)
- # [URL\\_ :https://www.sanita360.it/2020/09/01/storie-di-persone-voci-di-infermieri-il-nursing-narrativo-e-limportanza-del-rapporto-con-la-persona-assistita/](https://www.sanita360.it/2020/09/01/storie-di-persone-voci-di-infermieri-il-nursing-narrativo-e-limportanza-del-rapporto-con-la-persona-assistita/)

## **Ringraziamenti**

*A conclusione di questo elaborato, desidero menzionare tutte le persone, senza le quali questo lavoro di tesi non esisterebbe nemmeno.*

*Ringrazio infinitamente i miei genitori, a voi devo tutto.*

*Ringrazio infinitamente gli altri miei due genitori: zii adorati, esempi di vita.*

*Ringrazio la mia relatrice, la Dott.ssa Giacomelli Silvia, per le conoscenze trasmesse e per avermi guidata, con suggerimenti pratici, nelle ricerche e nella stesura dell'elaborato.*

*Un ringraziamento speciale va al Dott. Maurizio Mercuri, alle Dott.sse Mara Marchetti, Sabrina Strologo, Anna Rita Lampisti, che mi hanno sempre supportata, soprattutto nei momenti più difficili, con la loro infinita disponibilità ed empatia, in ogni step di questo mio lungo ma piacevole percorso.*

*Ringrazio con tutto il cuore i miei meravigliosi amici (voi sapete!), e il mio compagno Davide, siete stati la mia forza, senza il vostro appoggio non ce l'avrei fatta, grazie per aver sempre creduto in me.*

*Ringrazio anche chi non ha creduto in me, per avermi fatto capire come non sempre tutti hanno ragione.*