



Tesi di DIPLOMA specializzazione

in

Arteterapia

“La finestra verso l’Oltre”

Arteterapia nella riabilitazione psichiatrica in

SPDC

Relatore

Dott. Niccolò Cattich

Specializzanda

Stefania Anzolla



Ai miei compagni e docenti che mi hanno

Accompagnato in questo viaggio

E a me che ho disegnato un sogno e l'ho realizzato





*Mangerete polvere,
cercherete d'impazzire
e non ci riuscirete
avrete sempre il filo
della ragione
che vi taglierà in due
Ma da queste profonde
Ferite usciranno
Farfalle libere*

*Alda Merini (1931-
2009)*

Sommario

PREMESSA.....	7
CAPITOLO 1 La salute mentale servizi di cura e riabilitazione.....	9
1.1 Il concetto di salute mentale tra benessere e cura	9
1.2 Disturbo Mentale la rottura di un equilibrio tra sé e il mondo.....	12
1.3 I servizi per la salute mentale	14
Dipartimento di salute mentale	14
Centro di Salute Mentale	15
Centro Diurno	16
Strutture Residenziali.....	16
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura	17
Day Hospital psichiatrico.....	17
1.4 Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.....	19
Il Trattamento Sanitario Volontario (TSV) o Obbligatorio (TSO).....	19
Tipologie di pazienti	20
1.5 Operatori e pazienti la vita di reparto e il setting di Cura.....	21
CAPITOLO 2 Cenni di psicopatologia.....	24
2.1 Il paziente psichiatrico e principali quadri psicopatologici	24
Classificazione	26
Schizofrenia e altri disturbi psicotici	26
Depressione maggiore e disturbo bipolare.....	28
Disturbi di personalità.....	29
2.2 La gestione dell'acuzie psichiatrica	31
Il paziente.....	32
Aspetti medico legali legati all' emergenza.....	33
2.3 La relazione con il paziente psichiatrico.....	34

Le funzioni terapeutiche	37
L' ascolto	37
La rêverie	38
CAPITOLO 3 Riabilitazione psichiatrica tra metodi e buone prassi.....	39
3.1 Riabilitazione psichiatrica e concetto di cura	39
3.2 Strumenti e tecniche di riabilitazione psicosociale.....	41
3.3 La riabilitazione precoce in reparto ospedaliero.....	44
CAPITOLO 4 Le Artiterapie come strumento di riabilitazione psichiatrica.....	48
4.1 Arteterapia cenni storici.....	48
4.2 Arteterapia tra funzione riabilitativa e preventiva	50
4.3 Lo spazio dell' Atelier e la funzione del setting	52
4.4 La narrazione di sé attraverso le immagini	55
4.5 “Lasciare un segno” l'approccio polisegnico di Achille de Gregorio.	57
CAPITOLO 5 Lo spazio di Arteterapia all'interno del reparto in Spdc.....	61
Esperienze di tirocinio	61
5.1 La proposta arteterapeutica – tra silenzi e vuoti	61
S-legare ed In-contrare.....	62
L' ingresso in reparto SPDC-Ospedale Sant' Andrea-ASL Vercelli.....	63
5.2 “Qui e ora” – la possibilità espressiva e la narrazione del proprio mondo interno	64
Dal diario del tirocinio: Le linee colorate	66
Dal diario del mio tirocinio: Il fango	68
5.3 L' atelier destrutturato: un setting che si rinnova	70
CAPITOLO 6 La finestra verso l'oltre: Esperienze di tirocinio in reparto SPDC - tra arte, musica, e movimento.	72
6.1 Dediche e Speranze: immaginario affettivo.....	72

6.2 Cartoline da posti lontani: raffigurare luoghi dentro e fuori.....	74
6.3 La finestra del racconto: Esperienza di Kamishibai semplificato- STORIE	77
6.4 Lo spazio verde: Esperienza di movimento, musica e arte in gruppo: Colore, Leggerezza, Aria, Fili e percorsi, Tracce e Simboli	79
6.5 Ricomporre frammenti: esperienza di collage	84
6.6 Vedere OLTRE i limiti. Quando l'arte si "sente".....	86
6.7 La Finestra Verso L' Oltre: creazione di uno spazio simbolico dove lasciare traccia del proprio passaggio.	88
...e poi accade che.....	90
6.8 Operatori a confronto: esperienza di formazione con le artiterapie.....	90
Ringraziamenti.....	93
Bibliografia	94

PREMESSA

L' intervento terapeutico con persone in crisi psicopatologica acuta, come si incontrano in un Servizio psichiatrico di diagnosi e Cura è un'attività molto impegnativa e delicata, la persona ricoverata si trova in una condizione di sofferenza e di dolore psichico molto alto, nelle corsie dell'ospedale si attraversa il dolore, il ricovero è un momento di riparo e protezione da un contesto esterno che ha generato ferite profonde per la psiche.

Le persone che sono ricoverate, sono spesso impaurite, chiuse nel loro mondo, ritirate in un mondo di fantasmi e pensieri distorti che generano spesso forti crisi di aggressività verso sé e gli altri, e che a volte trovano risposta nella contenzione meccanica. Alcuni pazienti altresì appaiono invece apatici distaccati, immersi in vuoto interno in cui è difficile scorgere una scintilla vitale.

Il ricovero spesso è scaturito da un intervento di trattamento sanitario obbligatorio (TSO) e ciò aggiunge alla sofferenza della psicopatologia, la dimensione della frattura con il mondo esterno dal quale si viene forzatamente allontanati. Spesso i ripetuti ricoveri frammentano lo spazio e il tempo di vita delle persone, che faticano così a vedere la propria storia come dotata di significato e progettualità.

Le risorse terapeutiche messe in campo, oltre all' equipe curante e alle terapie farmacologiche, richiedono sempre maggiori competenze volte a rispondere allo stato di profondo malessere espresso dai pazienti.

La sfida di poter utilizzare le Artiterapie, come strumenti terapeutici di riabilitazione precoce in tali contesti, appare sempre più significativo.

Lo spazio creativo che l'Arteterapeuta mette a disposizione è uno spazio protetto, dove poter sperimentare contenimento, possibilità espressive, e rendere "condivisibile" ciò che è impossibile da dire.

L' esperienza personale come tirocinante maturata all' interno del reparto SPDC di Vercelli, vuole essere un tentativo di valorizzare tale intervento nell'ambito di una psichiatria volta sempre di più a politiche di "no restraint", e di risposta alla sofferenza psichica, più che sul trattamento della psicopatologia.

CAPITOLO 1

La salute mentale servizi di cura e riabilitazione

Il concetto di salute mentale tra benessere e cura

La salute mentale è parte integrante della salute e del benessere, lo si deduce dalla definizione di salute della Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS): “La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non la semplice assenza di malattia e infermità”.

La salute mentale come altri aspetti della salute può essere influenzata da diversi fattori socioeconomici sui quali è necessario agire con strategie globali di promozione, prevenzione trattamento in un approccio di government globale.

La salute mentale quindi si definisce (OMS) come “uno stato di benessere nel quale la persona può realizzarsi, superare le tensioni della vita quotidiana, svolgere un lavoro produttivo e contribuire alla vita della propria comunità”¹

Salute mentale e salute in senso stretto risultano strettamente collegate tra loro, ciascuna può avere un impatto sull'altra. La ricerca ha dimostrato che il 30% delle persone affette da patologie fisiche a lungo termine soffre anche di depressione o ansia.

Secondo l'organizzazione mondiale della sanità, nel 2020, la malattia mentale era al secondo posto per incidenza sulla popolazione mondiale, dopo le patologie cardiovascolari e prima di quelle oncologiche.

In ottica biopsicosociale la salute mentale è in larga misura influenzata dal contesto (ambiente, situazione economica, ecc.) ma anche dalle caratteristiche personali (patrimonio generico, ciò che ci è stato trasmesso dai genitori, il proprio vissuto.)²

La complessa interazione tra questi diversi elementi conduce alla percezione che ciascuno ha del proprio stato di salute mentale. Ne deriva che ogni percorso di cura

¹ *World Health Organization 1948 Constitution of world health organization)*

² *The Biopsychosocial Model Approach-Rochester University*

si svolge all' interno di un progetto individuale personalizzato, di cui il soggetto è protagonista.

Salute mentale, sofferenza e malattia non sono condizioni fisse, ma stati che si modificano lungo l'arco della vita.

La salute mentale è una sfida costante, che mira alla ricerca di un equilibrio tra i diversi fattori. Ogni situazione di vita può destabilizzare, avere risorse adeguate e sostegno può contribuire a mantenere questo equilibrio.

La salute mentale di un individuo e la maggior parte dei disturbi mentali sono modellati dai vari contesti sociali, economici, e fisici attraversati nelle fasi di vita.

A tal fine l'ISS (Istituto Superiore di Sanità) promuove la ricerca e a la sua applicazione con particolare attenzione alle fasi di particolare criticità come quelle:

- Perinatale
- Infanzia
- Adolescenza
- Senescenza

L' approccio dell' ISS suggerisce l' identificazione di un modello di Cura, che non si occupi di intervenire sul sintomo di sofferenza quando esso emerge, ma adotta un ottica interdisciplinare (psichiatria, neuroscienze, epidemiologia, psicologia clinica, etologia, psicobiologia, genetica) e studia le interazioni tra tutti i fattori che influiscono nel concetto di salute mentale , sia in ottica preventiva che riabilitativa, ponendo in particolar considerazione gli approcci psicoterapeutici e riabilitativi nella loro integrazione.

Salute mentale e disturbi mentali non sono concetti opposti e la salute mentale non è “assenza di disturbo mentale”, persone affette da un disturbo mentale, infatti, possono raggiungere buoni livelli di benessere, vivendo un' esistenza soddisfacente, piena di senso e produttiva.

I fattori di rischio per la maggior parte dei disturbi mentali sono profondamente correlati alle ineguaglianze sociali, appare fondamentale quindi pensare ad un modello di Cura che sia volto a promuovere il maggior benessere possibile, nei diversi contesti di vita delle persone e interessi ogni fase di vita.

La “Cura” non può essere concetto correlato all' emergere di sintomi o di disturbi espressi dagli individui in sofferenza, un' azione di Cura così intesa considera la

persona nella sua globalità , riconoscendo i fattori che rappresentano un rischio per la salute soprattutto mentale.

Le Artiterapie si inseriscono in questa azione di cura poiché sono volte alla promozione del maggiore benessere possibile, in ogni fase di vita delle persone, anche in assenza di sintomi emergenti.

Sostenere il benessere significa offrire possibilità di conoscere, elaborare e creare percorsi di conoscenza personale, valorizzare le risorse personali, accrescere il sentimento di potenza sulle scelte di vita, e sulla possibilità di affrontare le difficoltà.

È probabile che tutti soffrano di qualche forma di malattia mentale nella vita, ma per molti è tutt' altro che una fase passeggera, poiché ha un effetto profondo e duraturo sulla felicità, sulla capacità di creare e sostenere relazioni, e avere una vita produttiva.

L'impatto può iniziare in tenera età e continuare per tutta la vita, alcune ricerche dimostrano che i bambini e gli adolescenti con scarsa salute mentale hanno maggior probabilità di avere difficoltà di relazione, mentre gli anziani hanno maggior probabilità di vivere isolati quando affetti da malattia mentale.

La cura nell' approccio delle Artiterapie si inserisce nella possibilità di "Prendersi cura" della persona, qualunque fase di vita essa stia attraversando, offrendo la relazione terapeutica mediata dal linguaggio artistico. Prendersi cura assume quindi la connotazione di un accompagnamento ad attraversare difficoltà, blocchi emotivi, traumi e disagi psicologici, in questo accompagnamento la persona scopre risorse e capacità, modula l'impatto emotivo con il disturbo, scopre possibilità sconosciute o nascoste di affrontare la realtà.

La Cura così intesa non relega la persona a fruitore passivo di un medicamento, dal quale attende una guarigione, ma pone la persona attivamente coinvolta nel processo di miglioramento del proprio benessere, migliorando il vissuto rispetto alle difficoltà o alle paure presenti sia di fronte a nuovi compiti evolutivi che a disturbi presenti.

Disturbo Mentale la rottura di un equilibrio tra sé e il mondo

In psicologia e psichiatria un disturbo psichico o mentale (*mental disorder*) è una condizione patologica che colpisce la sfera comportamentale, relazionale, cognitiva o affettiva di una persona in modo disadattivo, vale a dire sufficientemente forte da rendere problematica la sua integrazione socio lavorativa³

Quando il disagio diventa particolarmente importante, disadattivo durevole o invalidante si parla di **malattia mentale**.

Le malattie mentali sono dunque alterazioni psicologiche e/o comportamentali relative alla personalità dell'individuo che causano pericolo o disabilità e non fanno parte del normale sviluppo psichico della persona⁴

Il **DSM-5** (*Dsm-5, 2013. Manuale internazionale diagnostico e statistico dei disturbi mentali dell'American Psychiatric Association*) definisce il disturbo mentale come un quadro caratterizzato da difficoltà cognitive, nella regolazione delle emozioni o nel comportamento a cui è associato una significativa sofferenza e inabilità in ambito sociale, lavorativo e in altri settori di vita dell'individuo.

Al di là delle definizioni teoriche di etichettamento di cosa rappresenta un disturbo mentale è importante aprire una connotazione che si allarghi a riflessioni più ampie soprattutto in ottica terapeutica.

In ambito psichiatrico il definire che cosa è normale e cosa è patologico è legato a 3 fattori:

- **la comprensibilità** ovvero se lo stato mentale o il comportamento sia ascrivibile oppure no ad una caratteristica endemica al contesto culturale del paziente
- **l'adattamento** ossia se la persona presenta un adattamento o un disadattamento al suo ambiente di vita

³Any tall Illnesses Among U:S Adult-National Institute of mental Health and Human Service 7 April 2017)

⁴ Mental disorders by MedlinePlus U:S National Library of Medicine15-09-2014

- **la relazione con la sofferenza e l'inabilità** cioè se lo stato mentale presentato dal soggetto è fonte di disagio e di disabilità⁵

In conclusione il disturbo mentale si può delineare come una condizione non rapportabile alla cultura di appartenenza dell'individuo, quanto alla biografia psicosociale e che produce un disadattamento, una notevole sofferenza e una spiccata inabilità.

Una malattia mentale è angoscia e disfunzione che va più in profondità di una semplice reazione anche a stress estremi della vita, una malattia mentale è una disfunzione che influenza negativamente i pensieri, le emozioni e i comportamenti di qualcuno e interferisce con la loro capacità di vivere una vita piena nella società. Come tante altre cose nella vita, la malattia mentale è complessa e multiforme.

Esistono molti tipi diversi di malattie mentali e ognuno di esse ha un impatto unico sulla persona che ne è affetta.

Alcune, ma non tutte le malattie mentali sono considerate gravi.

Il criterio che separa una grave malattia mentale dalle altre è il grado di impatto e di severità, una malattia mentale grave crea una menomazione significativa, a differenza di altre il cui impatto è lieve o moderato.

Molti esperti non si limitano ad un elenco di tipologie in cui classificare le persone, ma valutano l'impatto che la malattia mentale ha sull'individuo, e lo considerano grave se quest'ultimo lo è.

Pertanto una buona definizione di malattia mentale è quella che tiene in considerazione sia la tipologia, la pervasività del disturbo di cui è affetta la persona, ma anche l'impatto che essa ha sulla persona nelle sue caratteristiche biologiche e psichiche nonché sul contesto sociale di appartenenza e sulla qualità di risposta di quest'ultimo.

Il modello bio-psico-sociale spostando il focus dalla malattia al concetto di benessere individuale, sposta il concetto di rottura tra il sé sofferente e il mondo, alla cura e al miglioramento delle condizioni di vita anche in situazioni invalidanti. Lavorando in ottica terapeutica sul miglioramento delle relazioni, la partecipazione dell'individuo al gruppo di appartenenza, al mutamento adattivo alle condizioni

⁵ Telles-Correia, 2018-*The mind brain gap and the neuroscience- psychiatry gap*2018

esterne e interne, anche la cosiddetta “malattia mentale” può ricevere una risposta in grado di ridurre la spaccatura che si crea tra chi è portatore di tale sofferenza e il mondo.

Le Artiterapie proponendosi come strumento di sperimentazione di tali processi risultano un efficace metodo terapeutico, l'individuo può sperimentare in esse il senso di appartenenza non disfunzionale al gruppo di lavoro, riabilitare la capacità di vedersi in grado di produrre qualcosa con significato condivisibile al mondo e non sia solo in dissonanza con esso, aumentare la sensazione di autoefficacia nella ricerca di equilibrio tra il disturbo spesso invasivo e invalidante e la capacità di esprimere qualcosa di sé .

1.1 I servizi per la salute mentale

Nel nostro Paese la rete dei servizi per la salute mentale è così strutturata:

Dipartimento di salute mentale

Il Dipartimento di salute mentale (DSM) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale(ASL).

Il DSM è dotato dei seguenti servizi:

- servizi per l'assistenza diurna: i Centri di Salute Mentale (CSM)
- servizi semiresidenziali: i Centri Diurni (CD)
- servizi residenziali: strutture residenziali (SR) distinte in residenze terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative
- servizi ospedalieri: i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i Day Hospital (DH).

L'offerta assistenziale è completata dalle Cliniche universitarie e dalle case di cura private.

Centro di Salute Mentale

Il Centro di Salute Mentale (CSM) è il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico. Coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche. Al Centro fa capo un'équipe multiprofessionale costituita almeno da uno psichiatra, uno psicologo, un assistente sociale e un infermiere professionale.

Il CSM assicura i seguenti interventi:

- trattamenti psichiatrici e psicoterapie, interventi sociali, inserimenti dei pazienti in Centri diurni Day hospital strutture residenziali, ricoveri
- attività diagnostiche con visite psichiatriche, colloqui psicologici per la definizione di appropriati programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi nell'ottica dell'approccio integrato, con interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete e residenziali nella strategia della continuità terapeutica
- attività di raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formativa. In alcuni CSM è attiva anche una linea telefonica dedicata ai medici di famiglia per counselling, durante l'orario di apertura
- consulenza specialistica per i servizi "di confine" (alcolismo, tossicodipendenze ecc.), nonché per le strutture residenziali per anziani e per disabili
- attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private accreditate, al fine di assicurare la continuità terapeutica
- valutazione ai fini del miglioramento continuo della qualità delle pratiche e delle procedure adottate
- intese e accordi di programma con i Comuni per, tra l'altro, inserimenti lavorativi degli utenti psichiatrici, affido etero-familiare ed assistenza domiciliare

- collaborazione con Associazioni di volontariato, scuole, cooperative sociali e tutte le agenzie della rete territoriale.

È previsto che il CSM sia attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana.

Centro Diurno

Il Centro Diurno (CD) è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel territorio. È previsto che sia aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni a settimana. È dotato di una propria équipe, eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato. Dispone di locali idonei adeguatamente attrezzati. Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, consente di attuare percorsi terapeutici e di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo. Il CD può essere gestito dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale. Nel rispetto degli standard nazionali per l'accreditamento, i rapporti con il DSM sono regolati da apposite convenzioni, che garantiscano la continuità della presa in carico.

Strutture Residenziali

Si definisce struttura residenziale (SR) una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socioriabilitativo per i cittadini con disagio psichiatrico inviati dal CSM con programma personalizzato e periodicamente verificato. Queste strutture hanno lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative. La SR, pertanto, non va intesa come soluzione abitativa.

Le strutture residenziali sono differenziate in base all'intensità di assistenza sanitaria (24 ore, 12 ore, fasce orarie) e non hanno più di 20 posti. Sono collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili per prevenire ogni forma di isolamento delle persone che vi sono ospitate e per favorire lo scambio sociale.

Le SR possono essere realizzate e gestite dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale. In tal caso i rapporti con il DSM sono regolati da appositi accordi ove siano definiti i tetti di attività e le modalità di controllo degli ingressi e delle dimissioni.

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero. Esplica, inoltre, attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri. È ubicato all'interno delle strutture ospedaliere (Aziende ospedaliere, Presidi ospedalieri di Aziende sanitarie, Policlinici universitari). È parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale, anche quando l'ospedale in cui è ubicato non sia amministrato dalla stessa Azienda sanitaria. In tal caso i rapporti tra le due Aziende sanitarie sono regolati da convenzioni obbligatorie, secondo le indicazioni della Regione. Il numero complessivo dei posti letto è individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 abitanti. Ciascun SPDC contiene non più di 16 posti letto ed è dotato di adeguati spazi per le attività comuni.

Day Hospital psichiatrico

Il Day Hospital psichiatrico (DH) costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine. Può essere collocato all'interno dell'ospedale, con un collegamento funzionale e gestionale con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Può essere, inoltre, collocato presso strutture esterne all'ospedale, collegate con il CSM, dotate di adeguati spazi, delle attrezzature e del personale necessario. È previsto che sia aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni alla settimana. Ha la funzione di:

- permettere accertamenti diagnostici vari e complessi
- effettuare trattamenti farmacologici
- ridurre il ricorso al ricovero vero e proprio o limitarne la durata.

L'utente vi accede in base a programmi concordati tra gli operatori del DSM. Le Regioni e le Province Autonome, nell'ambito della programmazione sanitaria

regionale, definiscono la collocazione e il numero dei posti letto in DH, tenendo presente che un posto letto in DH è equivalente ad un posto letto in SPDC.

1.2 Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

Secondo le norme imposte dalla legge 180/ 78 il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C) è il reparto psichiatrico predisposto al trattamento delle acuzie psichiatriche. Il suo ruolo è quello di effettuare ricoveri per un tempo limitato, dove poter dare un inquadramento diagnostico e immediata cura alla sofferenza, con definizione di un futuro progetto terapeutico nel post acuzie. È situato nelle Aziende ospedaliere (Aziende ospedaliere, Presidi ospedalieri di Aziende sanitarie, Policlinici universitari). È parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale, anche quando l'ospedale in cui è ubicato non sia amministrato dalla stessa Azienda sanitaria. In tal caso i rapporti tra le due Aziende sanitarie sono regolati da convenzioni obbligatorie, secondo le indicazioni della Regione. Il numero complessivo dei posti letto è individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 abitanti. Ciascun SPDC contiene non più di 16 posti letto ed è dotato di adeguati spazi per le attività comuni. Effettua ricoveri sia in regime volontario che obbligatorio (TSO) e si avvale di un'assistenza multidisciplinare per mezzo di specialisti medici psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, oss. L' SPDC inoltre svolge l'importante ruolo di consulenza per gli altri reparti ospedalieri e per il primo soccorso. L'accesso al reparto avviene per invio da parte dei Centri di Salute Mentale, dei Medici di Medicina generale, dei Medici di Guardia Medica o per accesso diretto dal pronto soccorso.

Il Trattamento Sanitario Volontario (TSV) o Obbligatorio (TSO)

Il ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura può essere di tipo volontario o obbligatorio. In ogni modo non può mai essere considerato alternativo o sostitutivo della presa in carico del paziente da parte del Centro di Salute Mentale. Il Trattamento sanitario volontario si verifica volontariamente su richiesta della persona interessata avvalendosi dello specialista dei centri di salute mentale o del medico di famiglia. Solo nei casi di urgenza-emergenza il ricovero può avvenire in forma coatta attraverso il Trattamento sanitario obbligatorio (TSO), le cui modalità sono regolate dalla Legge n. 180 del 1978. Il TSO ha una durata massima di 7 giorni rinnovabili, deve essere disposto con un'ordinanza del Sindaco del Comune, convalidata dal giudice tutelare del Tribunale entro 48 ore. La richiesta al Sindaco

deve essere presentata da un medico che a sua volta abbia ricevuto la convalida da un altro medico, preferibilmente del centro di salute mentale o comunque da parte di una struttura pubblica. Il TSO non deve necessariamente avvenire in un SPDC ma può essere effettuato anche presso l'abitazione del paziente o presso gli ambulatori dei Centro di salute mentale.

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) sono le sedi ospedaliere in cui viene gestita, in regime di ricovero volontario o obbligatorio, la fase acuta della patologia psichiatrica. Il servizio funziona come un pronto soccorso psichiatrico per l'assistenza in situazioni di urgenza-emergenza, superata la quale i pazienti sono indirizzati verso i servizi territoriali di base. I ricoveri negli SPDC non devono essere mai considerati alternativi o sostitutivi alla presa in carico dei pazienti da parte dei CSM.

Tipologie di pazienti

Il carattere di urgenza come principale motivo che conduce al ricovero in SPDC determina nonostante la prevalenza di alcune patologie, una caratteristica eterogeneità dei pazienti presenti in reparto. Nello specifico due studi effettuati su 1839 pazienti, all'ospedale Umberto I di Roma, permettono di inquadrare in modo migliore le caratteristiche sociodemografiche e cliniche dei pazienti trattati. Da questi dati infatti emerge come l'età di ricovero varia tra i 17 e i 77 anni, la percentuale dei TSV è nettamente superiore (86%) rispetto ai TSO, mentre vi è un'uguale distribuzione dei due sessi. Le diagnosi maggiormente rappresentate sono in entrambi gli studi i disturbi dell'umore (depressione maggiore, disturbo bipolare) e quelle appartenenti allo spettro psicotico (Schizofrenia ed altre psicosi) mentre una quota rilevante, pur tuttavia in maniera minore rispetto alle precedenti è data dai Disturbi di Personalità. Altre diagnosi meno frequenti sono rappresentate da Disturbi correlati a sostanze d'abuso, Disturbo dell'adattamento e Disturbi d'ansia. Secondo lo studio Progress-acuti (Dell'Acqua 2007) in Italia in un anno avvengono 103.260 ricoveri psichiatrici urgenti, questi riguardano 70.062 pazienti, di cui 22.893 al primo ricovero. Nonostante le dovute differenze descritte, tutti i pazienti ricoverati in SPDC hanno come caratteristica comune quella di rappresentare un'**urgenza psichiatrica**. E' importante definire cosa si intende per **urgenza psichiatrica**, questa viene definita come una situazione acuta e grave, dove

l'intensa sofferenza psichica o il comportamento di un soggetto richiedono, un intervento psichiatrico immediato per i rischi che tale stato può comportare alla persona, per la sua tutela somatica, relazionale, sociale, professionale e patrimoniale (Casacchia 1990). Ogni urgenza psichiatrica, quindi è associata ad uno stato di crisi, una rottura di un equilibrio psicologico, manifestazione di un turbamento intrapsichico conseguente ad un periodo di sofferenza e rappresenta l'espressione di bisogni emergenti di frustrazione, di personalità deboli di lutti di soprusi ecc.(Orso 2010). Alla rottura di un equilibrio corrisponde un conseguente riassetto ad un nuovo stato, scopo dell'intervento sulla crisi diventa evitare il decadimento funzionale e il raggiungimento di un nuovo e migliore stato.

Operatori e pazienti la vita di reparto e il setting di Cura

La collocazione di una persona all'interno di una struttura "psichiatrica ospedaliera" implica che il gruppo che si prende cura del paziente in questione non sia paragonabile ad un altro gruppo di cura ospedaliero. Il trattamento in SPDC è continuo nel senso che è ininterrotto, ciò significa che tutto ciò che avviene in reparto va considerato parte del trattamento.

Ad esempio sono determinanti:

- il tono e i modi utilizzati per accogliere il paziente
- cosa si offre e come lo si fa
- i sentimenti provati dai membri dello staff
- la modalità di contatto fisico col paziente
- i modi di ascolto, silenzio, le comunicazioni, i divieti e i permessi.

Tutto ciò rende il trattamento intensivo.

L'urgenza di cui è caratterizzato l'intervento, richiede spesso attenzione immediata, per evitare esiti più gravi. Il paziente in piena crisi, può comportarsi in modo violento e mettere in pericolo la propria sicurezza (Atakan e Davis 1997) o quella di altri.

Le emergenze comportamentali spesso hanno i seguenti segni:

- rifiuto a cooperare
- Labilità affettiva
- Irritabilità

- Irrequietezza motoria
- Comportamento intimidatorio
- Comportamento verbalmente o fisicamente aggressivo
- Violenza fisica o potenziale

La maggior parte dei pazienti soprattutto alle prime crisi, si trovano durante il ricovero in SPDC in uno stato mentale di profonda angoscia e paura, spesso manifestata con ostilità. I loro stati affettivi sono intensi, non chiari, così come può essere modificato lo stato di coscienza. Il loro sistema logico- simbolico, e il senso di continuità dell'io è alterato o funziona in modo delirante proiettando all' esterno l'autosvalutazione e i pericoli avvertiti. Il trattamento quindi deve dirigersi verso il recupero della speranza, sulla percezione di un ambiente non ostile, sulla diminuzione delle svalutazioni famigliari, sulla creazione di una compliance del paziente e della sua famiglia (Balbi2006 *"lo psicologo in SPDC"*). L' equipe curante quindi oltre al contenimento e alla gestione della crisi, lavora nell' ottica di restituire al paziente la dignità di essere umano perduta nella crisi, lavorando nella consapevolezza della propria sofferenza. Attraverso i colloqui che il personale medico effettua sia con il paziente che con i famigliari, spesso emerge come **la manifestazione del sintomo rappresenti l'unico modo che la persona ha trovato per sopravvivere.**

Da questa consapevolezza è possibile partire per unire il mondo interno con quello esterno del paziente. Il reparto nel suo articolare presenza e intervento mira quindi più che a debellare la sofferenza, a fornire al paziente un luogo fisico e mentale in grado di sorreggere l'individuo, uno spazio espressivo in cui la crisi possa assumere dignità e valore. A questi aspetti si associa la riscoperta delle parti sane del soggetto, e la loro valorizzazione, prendersi cura di un paziente per gli operatori del reparto, è un'azione continua fatta di gesti e di presenza che diventano "cerniera" tra il dentro e il fuori, tra realtà psichica e realtà esterna (De Simone 2006). Il ricovero diventa così un luogo dove la crisi dell'identità arriva al culmine della rottura, ma anche una possibilità dove poter far rinascere, e intraprendere una nuova prospettiva progettuale (Michelini&Gasseau, 2003)

Il ruolo dell'equipe operatori da un lato è incentrato sul contenimento della crisi e la protezione dal mondo esterno (spesso concausa dell'evento acuto), dall' altro

offre un'occasione di comprensione profonda del paziente e della sua sintomatologia. *Il setting (da situs) di cura* è importante diventi “*l'insieme di regole che organizzano i comportamenti attraverso i quali l'operatore si esprime in modalità più idonee ed efficaci per migliorare la qualità dell'intervento*” (Casacchia 1990). Il setting è la “residenza emotiva” (Zapparoli e Torrigiani 1994) dove il paziente è accolto e sosta, lo spazio attrezzato in cui il paziente può mettere in scena le sue relazioni rigide e drammatiche e poterne vivere di nuove, caratterizzate da empatia e disponibilità fino al momento sconosciute.

Se si considera il gruppo curanti e lo spazio entro il quale si muovono, come uno spazio che accoglie e risponde alle fantasie agli investimenti alle proiezioni che derivano dal paziente in sofferenza, tutto ciò che accade in reparto per tutto il tempo diventa un setting di cura. Il setting appropriato per l'approccio alla crisi, soprattutto se essa comporta condotte suicidarie e anticonservative, si fonda sulla relazione con il paziente in un'ottica di protezione e di costruzione di *un'alleanza terapeutica* che possa condurre la persona ad accogliere il trattamento, così come alla psico-educazione del contesto familiare di appartenenza. Il setting, infatti, è importante possa estendersi in continuum con l'esterno anche dopo le dimissioni attraverso diversi livelli di assistenza. Il setting all'interno del reparto è fatto anche di elementi importanti di cui ogni intervento deve tener conto e rispettare, fosse esso stesso complementare agli interventi previsti in reparto. *I fattori strutturali*: l'architettura del reparto, l'organizzazione degli spazi, l'utilizzo dei materiali, la presenza o meno di oggetti che possono essere limitanti ma garantire la sicurezza degli assistiti, l'uso e l'utilizzo degli spazi nei vari momenti della giornata

I fattori strumentali: l'organizzazione dell'equipe, le linee di condotta comune, l'organizzazione temporale della giornata, le regole di contatto con gli operatori e con le persone esterne al reparto

I fattori umani: il clima di reparto, la preparazione e formazione del personale, la formazione continua, la presenza di professionisti esterni.

La gestione di tutti questi elementi è una vera ricerca alchemica, il fine è poter offrire al paziente, un “luogo” sicuro da tutti i punti di vista, lo sforzo di prevenire possibili rischi per l'incolumità delle persone e la costante ricerca di raggiungere

con ogni aspetto umano la persona così come è in grado di esprimersi e presentarsi. Con questi presupposti si può pensare ad un intervento su un paziente limitando le metodiche cruente e invasive, della contenzione, ma scegliendo il metodo della *De-escalation* nella crisi.

Nella *de-escalation*, l'obiettivo è ridurre la tensione e l'attivazione emozionale, ridurre la paura, ridurre l'aggressività, ridurre il bisogno di difendersi o la spinta ad attaccare.

In questo senso gli interventi terapeutici basati sulle Artiterapie, risultano ottimali e ottimizzabili nella loro modulazione e possibilità, come spazio dove è possibile fornire una collaborazione e un'intesa.

L'intervento nello spazio Arteterapeutico mette al centro la persona, riducendo la tensione e accogliendone paure e necessità, e offre altresì la possibilità di un compromesso che lo stesso linguaggio artistico offre tra il bisogno di essere rassicurato e la finalità della cura.

CAPITOLO 2

Cenni di psicopatologia

2.1 Il paziente psichiatrico e principali quadri

psicopatologici

La psicopatologia intesa nel significato etimologico del termine è la dottrina delle "malattie" della mente.

Molto frequentemente le alterazioni psichiche sono state classificate a seconda dei loro caratteri clinici, giacché i sintomi della malattia mentale colpiscono più di ogni altra cosa gli occhi dell'osservatore. Ma a poco a poco doveva dimostrarsi necessario evidenziare le differenze intime tra le alterazioni psichiche, che pur di tempo in tempo offrono gli stessi caratteri clinici. Da ciò derivò la necessità di distinguere le sindromi dalle forme morbose. Le prime possono ritrovarsi uguali o almeno molto simili, nelle forme diverse di malattie. Una diagnosi scientifica però non deve mai limitarsi a caratterizzare la sindrome, ma deve stabilire la malattia alla quale il quadro sintomatico appartiene (*E.Kraepelin*, Trattato di psichiatria)

In psichiatria, come in medicina, la diagnosi è fondamentale per formulare la scelta terapeutica e la prognosi. L'impresa diagnostica comprende diverse attività: osservare, ascoltare, ordinare, e categorizzare.

“La classificazione è il cuore di ogni scienza”. Senza un sistema che ordini ed etichetti le esperienze e gli oggetti, i clinici e i ricercatori non potrebbero comunicare tra loro. (Barzon 1998). In psichiatria l'impossibilità di correlare molti quadri clinici ai relativi processi eziopatogenesi mantiene le classificazioni in gran parte sindromiche. Precisazione va fatta sulle caratteristiche di **sintomo** e **disturbo**. Gli psichiatri per osservare e descrivere i fenomeni mentali della psichiatria utilizzano segni e sintomi, basati sul concetto di norma, che possono essere considerati punti diversi su uno spettro dal normale al patologico. In psichiatria dinamica ogni sintomo è segno di un processo patologico sottostante, cioè il disturbo. I disturbi provocano un'alterazione del funzionamento sociale e lavorativo del soggetto, misurabile in termini di deviazione da un concetto normativo definito. Ciascun disturbo ha segni e sintomi caratteristici. I sintomi sono quindi espressione di un disturbo. Con questo termine si intendono secondo l'accezione del modello biopsicosociale, alterazione, sofferenza a carico sia dei processi biologici che della comunicazione intrapsichica del mondo interno del soggetto, delle diverse funzioni e processi mentali che costituiscono la personalità del soggetto, e delle comunicazioni e relazioni interpersonali che concorrono all'adattamento creativo del soggetto al mondo esterno.

Ad oggi il DSM è alla 5 edizione, viene redatto considerando lo sviluppo e i dati derivanti dalla ricerca psicologica e psichiatrica in diversi campi. I disturbi mentali vengono definiti come degli stati di alterazione patologica che colpiscono **le funzioni cognitive** (pensiero, ideazione, concentrazione, attenzione, problemi solving) ma anche **la sfera affettiva** (umore, emozioni, sentimenti, ansia) **il comportamento e la qualità delle relazioni**. Le cause dei disturbi mentali sono ancora un mistero, quello che è certo è che la maggior parte di essi deriva dall'interazione di più fattori: vulnerabilità biologica, fattori ambientali, come traumi psicologici, eventi stressanti, malattie e abuso di droghe. Con il DSM V (manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali) si è passati da un approccio categoriale

a un approccio **dimensionale** (la definizione dei disturbi sulla base di dimensioni psicopatologiche lungo un continuum di gravità o intensità)

Classificazione

In psichiatria si riconoscono diversi modi di definire i disturbi psichici. Due classificazioni internazionali di diagnosi, quella dell'organizzazione OMS e quella dell'Associazione americana di psichiatria (APA) unitamente al DSM 5 forniscono i riferimenti di inquadramento dettagliato.

Principalmente i disturbi mentali più diffusi includono:

- -Schizofrenia e altri disturbi psicotici
- Disturbi del neuro sviluppo
- -Disturbi dell'umore
- -Disturbi depressivi
- -Disturbi bipolari e disturbi correlati
- -Disturbi d' ansia
- Disturbi ossessivo compulsivi e disturbi correlati
- Disturbi somatoformi
- -Disturbi dissociativi
- -Disturbi sessuali
- -Disturbi dell'alimentazione e della nutrizione
- Disturbi correlati a eventi stressanti e traumatici
- Disturbi del sonno
- Disturbi del controllo degli impulsi
- -Disturbi dell'adattamento
- -Disturbi di personalità

In particolare, si intende approfondire alcuni dei suddetti quadri psicopatologici, perché maggiormente interessati dai ricoveri nei reparti ospedalieri.

Schizofrenia e altri disturbi psicotici

Attualmente con disturbo psicotico si intende un disturbo psichiatrico grave caratterizzato da un distacco dell' IO dall' ambiente che lo circonda, da forti difficoltà ad iniziare delle attività e a provare sentimenti autentici nei confronti delle persone.

L'alterazione dell'equilibrio psichico dell'individuo con compromissione dell'esame di realtà e disturbi formali del pensiero. I disturbi psicotici sono caratterizzati da **deliri, allucinazioni, pensiero e comportamento disorganizzato e sintomi negativi (DSM5, 2013)**

I sintomi psicotici sono raggruppabili in:

- *disturbi di forma del pensiero:*
 - Alterazioni del flusso ideico, fuga delle idee e incoerenza, alterazione dei nessi associativi. Si può verificare pertanto deragliamento, tangenzialità tali da compromettere una comunicazione efficace.
- *disturbi del contenuto del pensiero:*
 - Ideazione prevalente o delirante, a contenuto paranoico spesso il contenuto del delirio può essere di vario tipo, persecutorio a riferimento somatico, religioso, o di grandezza.
- *disturbi della sensopercezione:*
 - allucinazioni uditive, visive, olfattive, tattili, gustative. tuttavia, le allucinazioni uditive sono le più comuni nei disturbi psicotici e si presentano sotto forma di voci, familiari o no.

I sintomi negativi spesso includono ritiro sociale, forme autistiche, disturbi depressivi, mancanza di interesse per il mondo esterno e le sue relazioni. Con una psicosi il soggetto può non riuscire più a lavorare come prima, può avere difficoltà a comunicare con gli altri, e non provare più interesse e piacere a farlo. I disturbi psicotici generalmente esordiscono in adolescenza, o nella precoce età adulta, quasi sempre sono il risultato di fattori organici, psicologici e costituzionali. Il ritiro sociale e la sintomatologia depressiva spesso sono i primi segni del disturbo.

Sottotipi di psicosi sono:

- Schizofrenia
- disturbo delirante
- disturbo schizofreniforme
- disturbo schizoaffettivo
- disturbo psicotico breve

Depressione maggiore e disturbo bipolare

I disturbi dell'umore sono un insieme di sindromi chiamate anche disturbi affettivi, nei quali il paziente vive una grave alterazione del tono dell'umore. Essi rappresentano un insieme di patologie tra loro piuttosto differenti, ognuna delle quali è caratterizzata da alcuni sintomi specifici. Ciò che li caratterizza tutti è l'alterazione del tono dell'umore, che crea marcato disagio psicologico, oltre a problematiche del funzionamento sociale e relazionale. Le alterazioni del tono dell'umore sono principalmente:

- **la depressione** caratterizzata da tristezza calo della spinta vitale e ideazioni negative
- **la mania** caratterizzata da eccessiva euforia, logorrea, aumento della velocità del pensiero fino a sfociare in sintomi psicotici come deliri
- **l'umore misto o disforico** caratterizzato dalla presenza di sintomi depressivi e sintomi maniacali in concomitanza.

Alcune persone tendono a sviluppare solamente la tendenza a presentare un tono dell'umore, altri sviluppano un disturbo in cui si alternano momenti di mania e depressivi in questi casi si parla di **disturbi bipolari**. La frequenza con cui si manifestano i disturbi dell'umore nella popolazione generale è molto alta, rispetto ad altre patologie o disturbi psichiatrici. Il disturbo depressivo maggiore è il disturbo dell'umore più conosciuto e maggiormente diffuso. Nel mondo l'incidenza dei disturbi dell'umore è seconda solamente ai disturbi d' ansia. Il DSM5 suddivide i disturbi o dell'umore in due categorie distinte (i disturbi depressivi e disturbi bipolari). In un soggetto sano provare sentimenti di tristezza e sconforto è normale, ma solitamente queste hanno breve durata, si parla di depressione quando il disturbo dell'umore diventa pervasivo e influenza significativamente il funzionamento sociale, lavorativo e relazionale del soggetto.

La depressione maggiore detta anche depressione endogena, è una depressione non direttamente collegabile a particolari eventi (lutti, perdite, situazioni stressanti). I sintomi principali riguardano la spinta vitale, il tono dell'umore, i pensieri e la capacità di concentrazione. Sono presenti bassa autostima, fatica, perdita di energie, insonnia, calo o aumento di appetito ricorrenti pensieri di morte, ideazioni suicidarie, o tentativi di suicidio.

Secondo il DSM-5 per poter fare diagnosi di disturbo depressivo maggiore è necessario che siano presenti almeno 5 di questi sintomi per una durata di almeno 2 settimane.

I disturbi bipolari a differenza dei disturbi depressivi che sono caratterizzati da una sola polarità nei disturbi bipolari sussistono disturbi maniacali alternati a depressivi. Nella mania l'umore si dice espanso, elevato euforico. Un paziente che presenta un episodio maniacale può avere logorrea, accelerazione del contenuto del pensiero, ridotto bisogno di sonno, attivazione psicomotoria, comportamenti disinibiti, spese eccessive.

Disturbi di personalità

I disturbi di personalità sono caratterizzati da un modo pervasivo e persistente di pensiero, percezione reazione e relazione che causano un disagio significativo. I disturbi di personalità variano notevolmente nelle loro manifestazioni, ma si ritiene che tutti siano causati da una combinazione di fattori genetici e ambientali.

I tratti di personalità rappresentano schemi di pensiero, percezione, reazione e relazione relativamente stabili nel tempo. I disturbi di personalità compaiono quando tali tratti diventano pronunciati, rigidi e disadattivi, tali da compromettere il funzionamento lavorativo e interpersonale. Queste modalità sociali disadattive possono provocare un disagio significativo nelle persone con disturbi di personalità. I disturbi iniziano a diventare evidenti durante la tarda adolescenza, le caratteristiche variano notevolmente nel periodo in cui permangono. Il DSM 5 elenca 10 tipi di disturbi di personalità si stima che circa il 10% della popolazione in genere fino alla metà dei pazienti psichiatrici in reparti e ambulatori ospedalieri hanno un disturbo di personalità.

Nel complesso vengono classificati secondo cluster(A,B,C):

- **Cluster A** è caratterizzato dall' apparire strano od eccentrico. Esso comprende i seguenti disturbi di personalità con le loro caratteristiche distintive:
 - **Paranoide** diffidenza e sospettosità verso gli altri ai quali attribuisce cattive intenzioni, teme di venire danneggiata, o ingannata anche senza prove concrete

- **Schizoide** disinteresse negli altri, ritiro, introversione, distacco emotivo freddezza
- **Schizotipico** idee e comportamento bizzarro, pensiero magico e paranoide, ritiro sociale e distacco emotivo
- **Cluster B** è caratterizzato da comportamenti drammatici emotivi o stravaganti. Esso comprende i seguenti disturbi di personalità con le loro caratteristiche distintive:
 - **Antisociale** irresponsabilità sociale, disprezzo per gli altri, inganno e manipolazione degli altri per guadagno personale
 - **Borderline** vacuità interiore, relazioni instabili e disregolazione emozionale, impulsività, senso cronico di vuoto e solitudine, sensibilità all' abbandono reale o immaginario.
 - **Istrionico** ricerca di attenzioni ed emotività eccessiva spesso drammatica rispetto a sentimenti ed emozioni
 - **Narcisistico**, grandiosità di sé, necessità di adulazione, mancanza di empatia, bisogno di ammirazione, l'altro è considerato un mezzo per arrivare allo scopo, sensibili al fallimento e alla critica
- **Cluster C** caratterizzato da comportamenti ansiosi o paurosi. Esso comprende i seguenti disturbi di personalità con le loro caratteristiche distintive:
 - **Evitante** evitamento del contatto interpersonale, timidezza sentimenti di inadeguatezza, estrema sensibilità alle critiche, tendenza all' isolamento vissuto con sofferenza per un desiderio di accettazione e vicinanza
 - **Dipendente** arrendevolezza e necessità di essere accudito, scarsa autostima, insicurezza, possono sentirsi sole e indifese incapaci di prendersi cura di sé, tendono a sottomettersi all' altro
 - **Ossessivo compulsivo** perfezionismo, rigidità ed ostinazione, preoccupazione per l'ordine, la perfezione e il controllo, intolleranza all' incertezza e all' errore, poco flessibile e poco adattabile al cambiamento

Gli individui con disturbi di personalità spesso sembrano incoerenti, confusi e sono frustranti per coloro che li circondano. Sono persone che possono avere difficoltà a conoscere i confini tra loro stesse e gli altri.

La loro autostima è bassa poiché risulta insoddisfatta e sofferente rispetto alla propria esistenza.

Si possono manifestare croniche difficoltà a controllare gli impulsi le emozioni sono in genere percepite come eccessivamente intense e incontrollabili (Millon, 2016)

2.2 La gestione dell'acuzie psichiatrica

Con il termine acuzie in medicina si intende, il momento in cui il fenomeno morboso si manifesta in maniera più acuta. In psichiatria essa è correlata al concetto *di crisi* come una seria rottura dell'equilibrio intrapsichico del paziente, tale che i suoi usuali meccanismi di coping e di difesa risultano inadeguati.

Le cause dell'emergenza psichiatrica spesso sono legate:

- esordio/ riacutizzazione di malattia psichiatrica
- patologie somatiche che si manifestano con sintomi psichiatrici
- crisi individuali in rapporto a situazioni psicosociali difficili
- urgenze legate all'immigrazione, in particolare clandestini, che giungono con situazioni già compromesse
- situazioni legate alla turbativa dell'ordine pubblico (alcolismo, tossicomanie)
- casi di emarginazione e deriva sociale

L'utenza di un servizio psichiatrico di Diagnosi e Cura è formata per la maggior parte da pazienti affetti da psicosi, da gravi disturbi di personalità, da disturbi bipolari in fase di scompenso. Il ricovero presuppone che sia in atto una crisi, dovuta ad una situazione che o viene vissuta come irrisolvibile. Spesso la crisi scatena risposte emotive acute alle quali non è possibile dare un contenimento risultando destabilizzanti per sé e per gli altri. Si presentano stati eccitatori, depressioni gravi, angoscia, disperazione, allucinazioni e deliri. Nelle psicopatologie da assunzione di sostanze altresì sussistono spesso quadri psicopatologici adducibili a quadri psicotici.

Negli scompensi dei quadri borderline di personalità spesso compaiono agiti auto ed etero aggressivi (Polselli, Ercolani, Biondi2011)

L' intervento di urgenza prevede due fasi:

1. **La valutazione** nella fase di valutazione viene effettuata:

-Esame dello stato psichico (coscienza, aspetto, comportamento, attenzione, memoria linguaggio umore, forma e contenuto del pensiero, percezione.)

-Esame obbiettivo generale

-Esame neurologico

2. **La fase dell'intervento** essa deve tener conto non soltanto del problema del paziente ma anche delle risorse del contesto in cui è inserito.

Il paziente

Il paziente che si trovi in una situazione di crisi da ricovero ospedaliero può presentare diverse tipologie di reazioni emotive e comportamentali. Il paziente può esprimere forti impulsi di aggressività, sperimentare forti stati di ansia e angoscia, o sentimenti di profonda paura e minaccia per la propria integrità fisica e psichica. Può altresì sperimentare uno stato di profonda tristezza, sentimenti di colpa, di autosvalutazione, incapacità di vivere il presente, o al contrario manifestare iperattività, esuberanza, irritabilità, e può compromettere la sua all'altrui incolumità. Nelle crisi psicotiche si possono presentare angoscia, agitazione, il paziente può apparire spaventato, ed aggressivo, così nelle crisi dei disturbi di personalità possono manifestare agiti autolesivi, aggressività eterodiretta, ideazioni anticonservative. Sono spesso pazienti molto richiedenti, manipolativi, e rivendicativi. Nelle urgenze da abuso di sostanze spesso compaiono quadri legati all'astinenza da sostanza, eccessiva sospettosità, agitazione, violenza, iperattività, iperattività delirio. Anche se ciò appare molto variabile rispetto alla sostanza utilizzata.

Aspetti medico legali legati all' emergenza

Costituzione (art.32)

"Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Codice deontologico (art. 33 e 35)

"Il medico garantisce alla persona assistita o al suo rappresentante legale un'informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative diagnostico terapeutiche"

"Il medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato"

Codice penale art. 54 – stato di necessità

"Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona (...)"

In questi casi di danno imminente non intervenire può addirittura configurare il reato di omissione (art. 593 del C.P.)

Legge 833/1978 (artt.33,34,35)

"Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari. Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura (...)"

Per disporre un TSO devono contemporaneamente essere presenti 3 condizioni:

- 1) vi sono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici,
- 2) gli stessi non vengono accettati dal paziente
- 3) non vi è possibilità di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere.

Il TSO deve essere accompagnato sempre dalla ricerca del consenso.

2.3 La relazione con il paziente psichiatrico

La patologia mentale è patologia delle capacità di legame, legame tra elementi mentali interni, legame tra soggetti umani con le loro posizioni reciproche e le loro differenze. (A. Ferruta)

La relazione con il paziente psichiatrico non si svolge solo nella stanza del dialogo psicoterapeutico ma il parlare con il paziente è motivato dai gesti quotidiani, gesti che diventano possibili dopo aver messo parola, dopo aver offerto la possibilità di “depositare” gli aspetti mentali. Questo rappresenta l’aspetto più rilevante e faticoso della relazione con il paziente stesso, è come se venissero trasferiti nel terapeuta intere porzioni di personalità. E’ comprensibile l’angoscia che viene attivata in tutti i terapeuti, ma anche negli operatori che condividono il tempo con il paziente, essere immersi in funzionamenti personali, fa vacillare la fiducia in sé stessi, attivano ricordi dolorosi, che sembrano connotare ogni azione e ogni attesa nel senso dell’incapacità e dell’impotenza (A. Ferruta). Nel dialogo con il paziente l’aspetto che maggiormente deve essere tollerato è la sofferenza dell’altro, quella sofferenza che ce lo fa vivere “alieno” rispetto a noi, ostile e nemico. Le parole nel dialogo devono poter trovare radice nel mondo interno del soggetto e rappresentare questo elemento ambivalente, che introduce nuovi significati dà stabilità e forza.

La forza con cui il paziente riversa la proiezione massiccia dei propri stati d’animo intollerabili ha una funzione comunicativa, far conoscere l’entità del suo malessere, in modo da favorire interventi terapeutici. In reparto spesso gli operatori sono investiti da ondata di angoscia ogni volta che vengono evacuate e proiettate dai pazienti che lo abitano, forti angosce di morte, che spesso producono senso di impotenza e di invalidazione delle capacità professionali. Il contatto diretto con il paziente con lo stato di miseria che spesso viene rappresentato dal corpo e dalla psiche spesso è intollerabile, perché evoca qualcosa di misero e sprovveduto che ognuno di noi ha sperimentato nella sua vita in un momento particolarmente difficile. Si tratta dell’oscura consapevolezza che ci possono essere momenti della vita in cui si fa esperienza di uno stato di estremo bisogno, come nelle condizioni estreme della vita. Non è certamente una sensazione piacevole, se confrontata con l’immagine strutturata che abbiamo quotidianamente di noi stessi.

Freud ha aperto per tutti una finestra sull' inconscio, nel quale giacciono questi strati e con l'analisi dei sogni ha permesso di convivere con una certa familiarità. tuttavia i sogni sono sogni, e raramente diventano incubi realistici, invece le persone malate sono lì in carne e ossa a mostrarci quanto profonda può essere la condizione di miseria psichica e terrore (A.Ferruta)

L' impatto con il paziente muove aspetti inconsci negli operatori, anche se a livello conscio emergono sentimenti di pena, orrore, senso della differenza, incredulità rifiuto. Non è facile di fronte all' intensità di queste situazioni mantenere un senso chiaro e valido di sé come operatori e terapeuti, un' autostima limpida e costruita intorno alla propria identità professionale. Antonello Correale (1991) ha approfondito tutta questa serie di aspetti a partire dagli studi precedenti(Bleger, Hinshelwood, NeriKaes), egli mette in evidenza l' impatto che la patologia grave esercita sull' assetto emotivo del singolo curante, si attivano emozioni intense che hanno a che fare con la base stessa del senso della vita e del senso di sé come persona e operatore, che vacilla; vengono suscitati vissuti multiformi e contraddittori, che vanno da una grande vicinanza empatica al dramma del paziente, all' estraneità e al disprezzo. L' intensità di queste dinamiche è difficile da sostenere individualmente, ecco che è **il gruppo** che si cura del paziente che diventa una risorsa fondamentale.

Il gruppo di curanti è come un organismo vivente, svolge funzioni essenziali per la salute degli operatori e per la cura dei pazienti.

Il gruppo con le sue dinamiche costituisce un insostituibile fattore terapeutico, quando funziona come un organismo unitario, ciò accade se gli individui operano nella consapevolezza di essere parte di un tutto, che come tale si prende cura del paziente. Nella vita quotidiana in reparto, assumono particolare valore quelle che Racamier (1997) chiama “**azioni parlanti**”, cioè **interventi nella vita quotidiana del paziente fatte dai curanti per comunicare qualcosa**, che in un determinato momento le parole non saprebbero veicolare. Il fare quotidiano quindi assume significato terapeutico, non è un fare comune e sterile, le azioni quotidiane hanno sempre un significato per il paziente.

Oltre all' agire quotidiano **le parole rappresentano** un altro importante strumento terapeutico, in quanto offrono la possibilità ai pazienti di ricevere risposta a modelli

comunicativi sperimentati spesso in modo disfunzionale, inoltre aiutare i pazienti a esprimere in parole le loro emozioni, vuol dire anche offrire loro una possibilità di condivisione con un altro, e di costruire una propria storia personale. Non solo il terapeuta offre una “risposta” emotivamente valida in contenuto, ma **offre parole a chi spesso le ha perse, una possibilità rappresentativa.**

Questo aspetto valido anche nel setting arteterapico, rappresenta la possibilità per il paziente di avere a disposizione immagini e parole, con funzione rappresentativa, diventando così in grado di far rimanere vitale la vita psichica della persona.

Un sostegno all’ essere vivi quindi, le parole curano “la morte psichica”.

Un altro aspetto che si sperimenta nella relazione con il paziente psichiatrico è la dimensione dell’**attaccamento-perdita**, come hanno dimostrato le ricerche di Bowlby (1969), sulle esperienze relazionali precoci del bambino, anche nella dimensione della sofferenza psichica, i sistemi regolatori individuali presenti fin dall’ infanzia, vengono coinvolti in maniera importante. Il sistema di attaccamento-perdita ha lo scopo di mantenere la persona in vicinanza ad un'altra (solitamente un caregiver) allo scopo di garantire un buon livello di sicurezza personale.

“Sono sistemi continuamente attivi, che promuovono comportamenti rivolti alla figura di attaccamento come “base sicura” per l’esplorazione e porto di salvezza quando compaia un pericolo. (Bowlby)

Questi modelli operativi interni coinvolgono componenti cognitive, affettive, e sono regolate da regole cosce ed inconscie che servono ad organizzare le informazioni e le esperienze.

L’ importanza dei modelli di attaccamento risulta particolarmente significativa nei pazienti psichiatrici gravi, in quanto lo spasmodico bisogno di attaccamento e stabilità, è un bisogno vero che nella relazione occorre comprendere e rispettare, organizzando risposte di cura stabili e sicure, ma non mortifere. Spesso la proiezione nei curanti di questo tipo di bisogno fa scivolare l’intervento in forma di assistenza custodialistica.

Questo per considerare che i bisogni di attaccamento spasmodico spesso, lottano con quelli di vitalità, finendo spesso per spegnerla.

Le funzioni terapeutiche

Tre sono gli aspetti che è interessante approfondire quali dimensioni in cui il setting terapeutico si snoda, essi sono rappresentati dal **contenimento, ascolto e rêverie**.

Per **contenimento** si intende l'esercizio della funzione psichica e terapeutica delineata da Bion, che ha dato importanti contributi relativi alla funzione *contenitore-contenuto*. Tale funzione- requisito è base di un buon funzionamento psichico, perché affinché esso sia tale è necessario si attivi la diade sopracitata, occorre infatti sia presente un contenitore, in cui possa essere proiettato un oggetto, e un contenuto che possa essere proiettato in un contenitore. Nella dinamica di questo scambio ciò che per esempio il bambino piccolo introietta, non è solo il contenuto modificato dal contenitore "madre", ma anche la funzione elaborativa svolta dal contenitore. La possibilità quindi di essere accolti, di vedere trasformato il proprio nuove esperienze senza perdere la propria sicurezza e identità. Il contenimento come funzione mentale, pertanto, non è qualcosa di passivo, ma frutto di un'interazione, che ha lo scopo di favorire l'introiezione della funzione di contenimento. Questa funzione trasformativa permette di ospitare in sé nuove esperienze senza perdere la sicurezza e il senso di identità.

La funzione principale del contenimento è di allargare gli elementi della personalità, senza impoverirla, ma stabilizzando esperienze vissute come pericolose e integrarle.

Il contenimento fornisce un involucro, un senso di limite, un io pelle (Anzieu1985), attento soprattutto a preservare i confini del sé.

In fondo la funzione di contenimento consiste nel fornire al paziente la possibilità di essere capito, compreso, contenuto in un pensiero umano, e così delimitato, individuato "Fatto esistere".

L' ascolto

Lo spazio di ascolto in ottica terapeutica è una dimensione costitutiva dell'altro.

C'è la necessità nella relazione di sospendere il giudizio e l'azione, per poter cogliere zone buie, aspetti sconosciuti dell'altro, ma soprattutto può fornire al paziente un ambiente emotivo facilitante, che forse non ha mai sperimentato.

Per ascoltare in ottica terapeutica, occorre avere la passione della "musica", per i suoni che gli altri producono, senza la pretesa che il significato sia razionalmente

descritto (Di Benedetto,1991). Occorre spazio mentale e orecchio. Queste condizioni attivano la capacità espressiva del paziente, che comprende che la finalità del porsi in questa disponibilità è di poter rivendicare il proprio desiderio vitale di relazionarsi.

La rêverie

Dall' ascolto al contenimento ci si appresta alla dimensione della restituzione e della risposta. Anche in questo è utile rifarsi al Bion(1962), che ha chiamato **rêverie, la funzione mentale** svolta dalla madre nel rispondere alle emozioni del bambino. La madre da uno stimolo portato dal bambino, lascia che il proprio pensiero e il proprio pensiero vaghi in catene associative, sollecitate dal rapporto che sta vivendo. La risposta sarà un insieme di pensieri e immagini che dentro di lei avranno assunto un significato simbolico dell'esperienza, fornendo via a via forme sempre più adatte e varie. Questa dimensione si esercita laddove sussista una certa tensione relazionale tra i soggetti coinvolti, ovvero quando una cerca di incontrare l'altra, allora quello che compare nella mente è significativo. Nei pazienti psicotici, le cose non hanno un significato percettivo e uno simbolico, ma questi due sono fusi insieme. Esercitare la rêverie, permette di far uscire il paziente da questa rigida prigione di significato, dove esso può essere persecutorio e angosciante. Il simbolo ha caratteristiche di plasticità e può essere utilizzato da più persone, con significati diversi, nelle malattie psichiche qualcosa è rimasto fuori dall' unità della sfera psichica, o è stato deformato, o ripetuto rigidamente.

Attivare la rêverie, mobilizzando la simbolizzazione, fornisce un recupero di parti inutilizzate ed è utile per trattare le angosce persecutorie, presenti nei pazienti gravi, e fornisce la possibilità di mettere in immagini, gesti, parole un unico stato d' animo.

CAPITOLO 3

Riabilitazione psichiatrica tra metodi e buone prassi

3.1 Riabilitazione psichiatrica e concetto di cura

Il termine, nell'accezione dell'OMS, intende significare un complesso di interventi medici, psicologici, pedagogici -sociali, volti a reintegrare una persona con deficit neuro-psichici in una situazione in cui possa fare migliore uso delle proprie capacità residue in un contesto sociale il più normale possibile.

Più nello specifico con riabilitazione possiamo intendere un processo che ha come obiettivi quelli di identificare, prevenire e ridurre le cause dell'inabilità e nello stesso tempo aiutare la persona a sviluppare ad usare le proprie risorse e capacità in modo da acquisire più fiducia in sé stessa ed aumentare il livello di autostima, facendo leva sulle parti sane.

L'agire riabilitativo deve pertanto pensare la persona come soggetto partecipe e presente alla propria cura.

Si fonda principalmente sullo sviluppo di risorse, perché il soggetto impari a soddisfare i propri bisogni.

La riabilitazione si fonda sul concetto che nonostante il disagio psichico, la sofferenza e la disabilità indotte dalla malattia, l'individuo possa riacquisire e sviluppare capacità perdute che gli consentano di integrarsi in modo efficace nel proprio ambito familiare e sociale.

L'uso di tecniche riabilitative si diffonde in Italia a partire dagli anni 60. L'impronta ideologico-politica che caratterizza questa fase storica della psichiatria italiana, conferisce a questo approccio un significato particolare correlato all'obiettivo del progressivo smantellamento della struttura manicomiale.

Vengono creati atelier, laboratori protetti, gruppi di ricreazione e di socializzazione. Dopo la legge 180 la riabilitazione assume un ruolo di primaria importanza, nell'assistenza psichiatrica.

La conseguenza più grave della malattia mentale è costituita dal fatto che il soggetto perde la capacità di articolarsi in modo armonico con l'ambiente e non è più in

grado di soddisfare, con successo i suoi bisogni, nè a rispondere a quelli degli altri. Tutto ciò espone la persona ad una serie di fallimenti che lo isolano sempre di più, e aggiungono sentimento di frustrazione, disistima e inadeguatezza.

Per esempio, nella psicosi il desiderio si annulla, la dimensione dell'attesa si perde e con questo la capacità di pensare ad un progetto di cambiamento.

Fare riabilitazione, pertanto, significa reintrodurre la dimensione **del tempo**, per recuperare attesa, speranza e desideri, restituendo al paziente una "tensione verso" una progettazione che sia condivisibile.

Il concetto di riabilitazione porta a considerare il concetto di malattia e di **cura**, l'obiettivo non diventa in senso stretto la guarigione, ma la "guarigione sociale", ovvero **il raggiungimento di una sorta di equilibrio e di reciproco adattamento tre sé e la società.**

Il concetto di cura quindi non va inteso come terapia "tout-court", ma essenzialmente come **"prendersi cura"**, **nell'ottica di un processo in cui l'intenzionalità di "far crescere", favorisce l'evoluzione e il cambiamento** (Pastore, Bianco1998). Il nucleo su cui si fonda ogni principio legato alla riabilitazione, si fonda sul **"concetto di persona"**, concetto all'apparenza banale per chi si occupa del settore, ma vale la pena porvi attenzione. La riabilitazione psichiatrica aiuta l'individuo a soddisfare tali bisogni, considerandolo non un paziente con una diagnosi ma un soggetto visto nella sua interezza e come tale, portatore di interessi, emozioni, talenti, speranze e paure. L'interazione che si svilupperà sarà simile a quella che intercorre tra due esseri umani, connotata da mutualità, rispetto reciproco, senza esercizio di potere rispetto alle figure responsabili di occuparsi di terapia, in genere si intende considerare il paziente come qualcuno da proteggere o da risarcire, ma quasi mai un cittadino con diritti e doveri. Se il concetto di persona diventa il fulcro su cui si costruiscono i trattamenti riabilitativi, anche tutti gli altri principi cui questi si ispirano diventeranno fisiologicamente consequenziali. Sarà quindi dato valore e significato alla capacità di autodeterminazione degli utenti e all'assunzione di un ruolo più attivo nei trattamenti. Inoltre, riconoscere l'esistenza della persona dietro la malattia implica riconoscere l'unicità di ogni singolo utente, formulare piani di trattamento

individualizzati, valorizzare la soggettività, le differenze, le specificità nei passaggi evolutivi di ognuno.

Questo atteggiamento fa sentire i pazienti non psicotici ma persone affette da psicosi, considerare le persone in quanto tali e non solo rispetto alla diagnosi, gioca un'influenza positiva sul processo di guarigione e di riacquisizione del senso di benessere. La tendenza a concentrare l'attenzione sull'essere umano che vive al di là del disturbo è riscontrabile in Bleuler (1968), il quale afferma *“nella psicosi schizofrenica le capacità intellettuali, il calore umano e le profondità delle emozioni sono rintracciabili costantemente, anche se oscurate da marcati segni patologici,”*

3.2 Strumenti e tecniche di riabilitazione psicosociale

*“... Non si può fare riabilitazione in psichiatria, senza l'acuta coscienza della provvisorietà e della infinita enigmaticità di ogni nostro metodo e di ogni nostro intervento. Non c'è una sola psichiatria, ci sono infinite psichiatrie, che si muovono sugli abissi delle nostre diverse concezioni, filosofiche ed ideologiche, ma al di là di queste divaricazioni filosofiche, non si può fare psichiatria, senza riflettere fino in fondo sulla debolezza di ogni ideologia e senza recuperare **Il senso dell'umiltà** (Borgna1991)”*

In generale sussiste una comune concordanza sugli obiettivi che si pone la riabilitazione non vi è altrettanta convergenza sulle strategie e sugli strumenti che essa utilizza. I principali modelli teorici che hanno informato l'agire riabilitativo in questi ultimi anni sono:

- Il modello delle social skills training;
- Il modello di Spivak;
- Il modello di Ciompi.

Essi affrontano le concezioni riabilitative spostando l'asse del lavoro su livelli diversi. Si passa dal primo modello che è finalizzato al rafforzamento delle abilità sociali, come l'autogestione, il self help, le attività lavorative, al contenimento della cronicità (Spivak) attraverso lo sviluppo di aree di competenza (cura personale, abitazione, famiglia, lavoro). Altri come Ciompi teorizzano la necessità di concentrare l'intervento sulle competenze sociali, per un reinserimento nella normale vita sociale e lavorativa. Negli ultimi anni la Medicina e con essa la società

moderna hanno focalizzato l'attenzione oltre che sulla cura della malattia, anche sulla **qualità di vita**, intesa come fattore soggettivo, dove il ruolo della cura è quello di aiutare gli individui a raggiungere uno stato dove poter coltivare la propria vita nel miglior modo possibile. La qualità della vita è una percezione soggettiva, un modo di sentirsi che prescinde degli standard oggettivi fissi. L'obiettivo delle tecniche e degli strumenti, quindi, assume un altro valore, il miglioramento della qualità della vita appunto. Questo non vuole dire solo riacquisire capacità o abilità, e potenziare risorse e abilità ma raggiungere un equilibrio di funzionamento possibile. Secondo Skautze (1992) la qualità della vita è essenzialmente correlata ad esperienze soggettive quali l'autostima, la propria realizzazione, l'armonia interna, la libertà, il piacere, l'amore. Non è possibile valicare il campo delle dimensioni riabilitative senza far riferimento al concetto di **recovery**. Il termine "recovery" è apparso per la prima volta nelle testimonianze degli utenti agli inizi degli anni 80, quando i contributi scientifici di Harding, Bleuler, Ciompi, Huber, Tsuang, evidenziavano come un trattamento efficace e continuativo, riducesse il tasso di ricoveri aumentasse capacità lavorative e migliorasse i rapporti con l'ambiente. **Recovery** è un termine tradotto in maniere diverse, con esso si intende il processo di recupero, di ristabilire un equilibrio, senza che quest'ultimo chiuda in una stabilizzazione rigida. La così detta "ripresa" più che guarigione, non è da intendersi come una *restitutio ad integrum* del vecchio sé, ma l'instaurarsi di nuovi comportamenti per condurre una vita quanto più soddisfacente possibile, nonostante le limitazioni date dalla malattia (Anthony 1993). Lo scopo della ripresa è ristabilire un nuovo e valido senso di integrità. Riconoscendo l'ispirazione di vivere, di amare, di lavorare, di costruire una vita sociale, e l'abbandono dello status di malato mentale, per riappropriarsi di quello di persona/cittadino. I deficit invece di essere motivo di rinuncia, diventano occasione per sviluppare potenzialità. Tale definizione non si riferisce ad un tipo di cura, ma a un processo un "viaggio", riprendersi non significa liberarsi dei supporti e procedere da soli con l'ambizione di raggiungere la guarigione, ma vuol dire fronteggiare gli eventi quotidiani e mantenere accettabili livelli di funzionamento. Per questa dimensione al concetto di recupero si avvicina quello di "trasformazione", esso esprime bene la natura

dinamica del processo, che si avvicina alla percezione che gli utenti hanno del loro miglioramento.

In quest'ottica è facile pensare come le co-terapie di espressione e di trasformazione come le Artiterapie si sposino perfettamente all'ottica di recovery, proponendosi come strumento di esplorazione delle parti sane del sé e di quelle creative, che diventano motore di trasformazione e integrazione. In applicazione alla legge 180 si è cercato di trovare forme di terapia, riabilitazione, assistenza, atte a fronteggiare le diverse esigenze del malato mentale e della sua famiglia. Dopo un'attenta osservazione del paziente, dei suoi deficit ma soprattutto delle sue potenzialità, dopo un ascolto alla persona nella sua globalità, è possibile pensare alla costruzione di un percorso riabilitativo. Esso si snoderà secondo interventi domiciliari, interventi sulla rete relazionale, attività lavorativa seguendo il principio di risposta ai bisogni reali della persona. Le attività riabilitative si possono identificare in:

- **Attività di primo livello:** riguardano tutto ciò che è inerente alla vita quotidiana nei risvolti personali, familiari e sociali. Si tratta di attività per lo più svolte in setting gruppale, e anche individualmente mirate allo sviluppo delle competenze di vita quotidiana (Social skills training, supporto allo studio reinserimento lavorativo). Alcune di queste attività vengono svolte presso strutture riabilitative, in collaborazione con le agenzie del territorio.
- **Le attività di secondo livello:** sono più complesse attraverso tecniche particolari sono volte a far emergere, riconoscere ed elaborare il vissuto emotivo, il paziente raggiunge un miglior livello di consapevolezza e di adattamento. Queste attività sono svolte in un setting gruppale, sono condotte da figure terapeutiche con formazione specifica nel campo e sono finalizzate al recupero di più adeguate capacità introspettive e relazionali.

Tra esse compaiono:

- **L'arteterapia;**
- **la musicoterapia attiva e recettiva;**
- **la danza movimento terapia;**
- **il gruppo discussione;**

Le attività di primo livello sono orientate prevalentemente sulla realtà esterna del paziente, sui suoi comportamenti, sul modo di interagire con l'ambiente e sull'agire della vita quotidiana. Le attività di secondo livello invece si rivolgono essenzialmente al mondo interno del paziente, alle sue ansie, ai suoi conflitti e alle sue emozioni e utilizzano la riflessione e l'introspezione. Quando si lavora ad un progetto riabilitativo sono due gli elementi che si devono tener presenti:

1. La necessità di una attenta e costante osservazione del paziente nella sua globalità;
2. La necessità di sviluppare una funzione riflessiva sull'agire riabilitativo, indispensabile per mantenere il carattere evolutivo dei percorsi.

In ogni progetto riabilitativo bisogna altresì considerare che non tutto va bene per tutti e che l'obiettivo non è "normalizzare" tout court, altrimenti si va incontro a fallimento. Appare importante potenziare al massimo le abilità e le risorse della persona, ma anche consentirle di essere "com'è" di potersi esprimere secondo un suo stile e una sua modalità.

3.3 La riabilitazione precoce in reparto ospedaliero

Il ricovero in un reparto psichiatrico spesso viene vissuto dalla persona come una punizione che provoca rabbia e ingiustizia o colpa per qualcosa che non ha funzionato, altre volte come una liberazione da situazioni esterne soverchianti. Uno degli aspetti più complicati da affrontare in SPDC è la ricerca con il paziente di un'alleanza terapeutica volta a seguire degli obiettivi per il miglioramento della condizione di malessere psicopatologico. Pensare alla riabilitazione in questo spazio di cura, si deve collegare all'idea che la malattia mentale non sia immutabile e non cristallizzi la persona in un'invalidità permanente; quindi, tanto è più precoce l'intervento anche nell'acuzie tanto la prognosi terapeutica può essere immaginata in una prospettiva positiva. In SPDC la maggior parte dei trattamenti riabilitativi, sono interventi psicoeducativi mirati alla consapevolezza di sé della propria patologia e interventi metacognitivi che rendono più fluidi i processi cognitivi, scardinando pensieri rigidi e spesso disfunzionali. È evidente come i ricoveri che hanno durata media dai 7-15 giorni, permettano di fare un lavoro focalizzato sulla

“crisi” in atto, ma può essere efficace lavorare già in questo contesto affinché a lungo termine si aumenti la “compliance” alla cura.

Il primo intervento in quest’ottica appare quello di ridisegnare il momento della crisi come **opportunità**, questo lo si può ottenere attraverso trattamenti, individuali e di gruppo con i pazienti, i familiari e con una flessibilità di trattamento da parte dell’equipe curante. Nella presa di consapevolezza della propria sofferenza, nella comprensione della crisi, e nel riconoscimento dei segni che la precedono, nella ricerca o riattivazione delle proprie risorse interne, il paziente attiva il primo nucleo fondamentale per la propria riabilitazione. Vi sono situazioni che è possibile vivere in reparto che possono facilitare questo processo, oltre ai colloqui con i medici, le attività di **gruppo** (Stone1999) dovrebbero essere luoghi dove fare esperienza di identità, di affetti e di similarità di esperienze. **Il lavoro di gruppo** facilita nei pazienti una maggiore consapevolezza di essere presenti alla propria vita anche in un momento così difficile da affrontare. Inoltre, aiuta a dominare le emozioni e ristabilire dei contatti sociali. I pazienti ricoverati non possono fare esperienza di gruppo a lungo termine vista la variabilità delle degenze e delle presenze in reparto, ma ha senso fare una riflessione sull’uso di questo strumento come strumento di riabilitazione precoce. Se intendiamo la crisi come un evento non individuale ma come un evento di tipo bio-psicosociale, dove la malattia diventa un evento relazionale, ecco che i fattori determinanti per la terapia si inseriscono in questa dimensione.

“Il malato mentale è il più delle volte il risultato di una crisi nel processo di convivenza” (R. Carli2006)

L’esperienza di vivere un momento di attività di gruppo, quindi, è qualificante l’azione riabilitativa nella dimensione in cui il significato della relazione con il terapeuta e gli altri ospiti diventa occasione per riconoscere e lavorare sulle dinamiche relazionali con il mondo. È importante sottolineare che il gruppo vissuto in reparto prevede una modifica del setting e della modalità di conduzione di esso, attivare e condurre gruppi per pazienti gravi è in realtà un compito molto difficile, e i terapeuti che si apprestano a fare questo tipo di lavoro devono tenere conto dell’instabilità delle presenze in reparto, e dell’eterogeneità della psicopatologia. Il gruppo sarà sempre instabile, la motivazione a partecipare, dipenderanno anche

dalla crisi in atto. **Il gruppo dei curanti, nel contesto istituzionale dell'SPDC,** garantisce presenza costante, contenimento nelle situazioni cliniche più difficili, in questo modo la presa in carico, può essere tollerata dal paziente, il **terapeuta** in reparto è il gruppo dei curanti. Questa presenza di cura non individualizzata permette al paziente di sperimentare l'effettiva possibilità di essere "tenuto" con le proprie istanze e bisogni anche distruttivi in contesto di relazione allargato. Il contesto entro il quale si svolge il ricovero, esso stesso rappresenta una risorsa in grado di attivare processi riabilitativi, se intendiamo il contesto nella sua funzione di **Setting**. **Il setting** è a "situazione" (Gitelson 1952) nel quale avviene la cura, *il processo terapeutico*. Il setting è componente costante del trattamento ed è costituito da condizioni materiali (luogo, tempo, aspetti strutturali) e da condizioni psicologiche intese come "*atteggiamento del terapeuta*" o *assetto interno* (Bolko e Merini 1988). Nelle patologie gravi il setting riproduce le cure materne, appagando i primi bisogni dello sviluppo (Winnicott 1958), occorre che la funzione terapeutica in questo senso diventi quindi **strutturante per il paziente**, il luogo del possibile adattamento. **Nella situazione di ricovero il setting contiene il processo terapeutico**. Esso è costituito da continui intrecci tra paziente e contesto; quindi, il concetto di setting si avvicina maggiormente a quello di **campo**, inteso come spazio in cui sono presenti tutti gli elementi atti a comprendere la condizione mentale del paziente (Correale e Rinaldi 1997). Bisogna predisporre per il paziente uno "spazio attrezzato" in cui mettere in scena le sue relazioni rigide e drammatiche, e poterne vivere di nuove, caratterizzate da empatia e disponibilità, fino a quel momento sconosciuti. La riabilitazione precoce rientra tra gli approcci più innovativi della moderna psichiatria e consiste nell'introdurre attività di intrattenimento, socializzazione, movimento, ed espressione già durante il ricovero ospedaliero, attività che sono tradizionalmente eseguite negli ambulatori o nei centri diurni e nelle comunità residenziali. L'ottica è quella di anticipare sempre più l'avvio del percorso riabilitativo, la musicoterapia, la danzamovimentoterapia, l'arteterapia, sono alcune delle attività che si inseriscono in questo tentativo. Queste attività consentono ai pazienti di valorizzare il tempo trascorso in ospedale, con attività che li aiutano a socializzare scaricare tensioni, aggressività e a conservare o riabilitare le loro abilità cognitive e sociali e a migliorare il clima del reparto stesso. Queste

possibilità offrono lo spazio di parola e di relazione che altrimenti risulterebbe contratta nelle mura della stanza di ricovero.

Nei reparti si incontrano pazienti sempre più giovani, coinvolgerli in attività che vanno oltre l'intervento sanitario è essenziale per il loro benessere psicofisico. Nella vita di reparto la possibilità di costruire degli spazi di **de-scalation**, dove operatori e pazienti possano affrontare la crisi, o prevenirla è essa stessa una azione riabilitativa. La creazione di tali spazi all'interno dei reparti, non rappresenta solo il tentativo di occupare il tempo del paziente durante il ricovero, ma rappresenta una **possibilità di prevenzione degli agiti aggressivi, riducendo la necessità di ricorrere alla contenzione meccanica o farmacologica. La contenzione meccanica, infatti, ancor oggi in Italia risulta il metodo di gestione più usato nei reparti psichiatrici** per la gestione dei comportamenti aggressivi, specialmente per gli episodi gravi (Fisher1994, Sailas2005.), come ha denunciato il Comitato Nazionale per la Bioetica nel 2015. Gli SPDC che attuano una politica totale di no restraint, sono meno del 10% in Italia. Il tentativo dell'offerta riabilitativa precoce, pertanto, si pone nell'ottica di sostituire **alla contenzione il contenimento**, che passa attraverso la condivisione relazionale mediata da momenti di incontro e di parola, operatori e pazienti, offrendosi vicendevolmente nella condivisione delle attività. Nel reparto ospedaliero di Trento per esempio è stato avviato il progetto **"Gestione eventi critici"** e nell'arco della settimana in reparto si svolgono attività strutturate, gruppi di parola sul tema della *recovery*, *attività manuali*, *ginnastica dolce*, *cineforum*, *danze popolari*, *laboratori di musica e teatro*, oltre alla presenza degli UFE (utenti familiari esperti) che aumentano l'efficacia dell'empowerment. Tale sperimentazione sta dando buoni frutti e dal 2016 ha segnalato un'inversione di tendenza rispetto ai numeri della contenzione. Climi meno restrittivi e più espressivi pongono infatti gli operatori e i pazienti in situazione di continuo confronto, superando lo stigma tra malato e sano.

CAPITOLO 4

Le Artiterapie come strumento di riabilitazione psichiatrica

4.1 Arteterapia cenni storici

L' Arteterapia ha avuto origine da quella che per lungo tempo è stata definita psicopatologia dell'espressione e che vedeva nella produzione grafica ed artistica del malato mentale la rappresentazione della sua patologia. Negli ambienti dei sanatori e negli ambienti manicomiali dei primi del 900 la necessità espressa dai pazienti di lasciare un segno su qualunque supporto si potesse loro presentare, iniziò a destare curiosità in ambito diagnostico ed artistico. Cesare Lombroso (1864) affermava che la follia sviluppa creatività, lasciando più libero il freno della fantasia e dando perciò luogo a creazioni che una mente troppo razionale non sarebbe in grado di produrre, essendo più difesa di fronte all' illogico o assurdo. La valenza espressiva della produzione grafica del malato di mente si inizia a considerare nella seconda metà dell'800, gli studi al riguardo furono centrati inizialmente solo al fine di creare corrispondenze tra le manifestazioni psicopatologiche e le caratteristiche formali dei disegni. Quindi con intento nosografico e diagnostico. Nel 1876 attribuendo valore clinico, Max Simon, operò la prima classificazione in questo senso. a **Prinzhorn** (1922) si attribuisce il ruolo di precursore nell' aprire una nuova visione dell'arte dei folli. Nelle opere dei pazienti, egli legge la **potenzialità creativa** oltre che espressiva, e non si sofferma sulla dimensione patologica. Egli sostiene che l'opera di un paziente costituisce la manifestazione dell'insieme della sua personalità e non può essere considerata soltanto come prodotto della sua salute o malattia. La visione dell'arte diventa in questo senso un possibile spiraglio comunicativo con il mondo interno dello schizofrenico, non definisce ancora l'arte come possibilità di cura, ma ne costituisce premessa fondamentale. Lo sviluppo vero e proprio alla valenza terapeutica dell'Arte, si concretizza nei primi del 900 soprattutto in quei paesi che hanno avuto importanti tradizioni di studi psicoanalitici e psichiatrici e nasce come risposta ad un bisogno. Oltre alla Gran Bretagna, anche la Francia, la Germania e gli Stati Uniti la riconoscono. Sono i luoghi dove si respira

aria di rinnovamento rispetto a nuove forme di riabilitazione. Hans Prinzhorn(1922) all' interno della clinica psichiatrica di Heidelberg, crea una vasta raccolta di disegni di “ maestri schizofrenici”, e ne definisce la spinta creativa “ bisogno di espressione”. Anche Jean Dubuffet fondatore della Compagnie dell'art Brut nel 1924 aveva osservato che le produzioni artistiche dei malati mentali presentavano spesso delle caratteristiche estetiche che le accomunavano ad alcune esperienze interessanti dell'arte contemporanea. Il contributo della psicoanalisi con Sigmund Freud e Anna Freud che si occupò di disegno infantile, contribuì a considerare la produzione artistica come luogo dell'espressione dei conflitti inconsci. Nel 1942 è Adrian Hill che conia il termine di “terapia artistica”, e con lui che si scoprono i benefici salutari della pittura e del disegno, soprattutto durante il recupero della tubercolosi. In un'epoca in cui migliaia di persone soffrivano di tubercolosi nei sanatori si osservava che il disegno e la pittura erano uno sbocco creativo, per i pazienti. Negli Stati Uniti Edith Kramer e Margaret Naumburg iniziano a curare con l'arte i bambini negli orfanotrofi e i malati di mente, la Naumburg spesso descritta come la fondatrice del movimento di arteterapia americana, considerò l'arteterapia come forma di psicoterapia, **“l'arte per la terapia”**. Considerò l'espressione grafica come una possibilità sostitutiva della libera associazione freudiana. Kramer divenne figura importante nel gettare le basi per l'educazione all' arteterapia e considerò invece il processo stesso del fare arte, un processo **terapeutico**. Sia a Parigi che a New York a metà degli anni '50 nascono i primi atelier di Art therapy, dove sia il metodo che la figura dell'Arteterapeuta assumono una valenza più concreta. In Italia si riproduce solo in parte quello che è avvenuto degli altri paesi, i primi studi nel campo della psichiatria risalgono alla metà dell'800, è **Lombroso**, direttore dell'ospedale psichiatrico di Pesaro ad avviare la raccolta di una serie di opere grafiche dei suoi pazienti. **Cagnello, Franco Basaglia, Ferdinando Barison** fanno emergere un nuovo pensiero rispetto all' arte manicomiale, cioè che la soggettività è fondamentale e non deve essere nascosta dall' espressione del sintomo. Dopo il 1967 in Italia si diffonde un vero spirito di ricerca intorno all' arteterapia, fino a che con l'entrata in vigore della legge 180, che segna il passaggio dalle strutture manicomiali a quelle riabilitative sul territorio, nascono gli atelier, all' interno dei servizi psichiatrici. L' arteterapia inizia ad essere

riconosciuta e valorizzata, e la sua applicazione come nuovo strumento di cura e riabilitazione. Winnicot e De Benedetti hanno espresso chiaramente come la creatività sia considerata una risorsa umana di grande valore, la creatività secondo Winnicot: *“coincide con l’essere vivi e si alimenta nell’incontro con la realtà”*.

L’arteterapia porta a processi di ricostruzione, rispetto all’immagine creata qualcosa viene salvato nonostante la frammentazione abbia distrutto quasi tutto nella psiche del paziente psichiatrico.

4.2 Arteterapia tra funzione riabilitativa e preventiva

Riprendendo il filone concettuale secondo il quale il paziente psichiatrico che fa arte spesso è connotato da elementi di genialità, è importante specificare che questo rappresenta un grave errore per chi si appresta a proporre lo strumento dell’arte come terapia.

Possiamo ritenere che esistono delle differenze tra artista e malato mentale che si esprime con l’arte, e che bisogna tutelarsi nel perseguire l’idea che “Genio e Follia” siano imprescindibili le une alle altre nei pazienti psichiatrici. *“... Il fascino della trasgressione, dell’andare oltre, spesso fa proiettare una luce e dei colori che l’oltre non possiede davvero. E così è la follia un inferno di ghiaccio senza il calore del fuoco...”* (Cattich “L’ oltre e l’Altro” 2010). L’ artista a differenza del malato psichiatrico è capace di far emergere il materiale inconscio senza esserne sopraffatto, allentando il controllo affinché’ possa emergere ma riprendendolo poi per il confronto con la realtà in modo elastico e veloce.

Lo psicotico invece ne è sopraffatto e il materiale inconscio che emerge diviene incontrollabile, portando ad una perdita del rapporto con la realtà.

L’ artista inoltre ha un’intenzionalità comunicativa, che nello psicotico, almeno a livello consapevole non c’è.

In cosa consiste quindi il riconoscimento del valore delle produzioni artistiche dei pazienti psichiatrici?

L’ atto del disegnare, del produrre forme ed immagini, avvicina il paziente al proprio mondo interno, e il terapeuta al mondo del paziente, sulle immagini prodotte è possibile lavorare associando emozioni, ricordi, idee, vissuti.

Alfred Adler, si riferisce alla funzione del Se' creativo, come funzione specifica della psiche che sta alla base dei processi creativi, creare appare come un bisogno primario della psiche, anche se affetta da patologia.

Questo istinto e bisogno dell'uomo è un atto costantemente volto alla valorizzazione della propria personalità (N.Cattich 2010). Il sé creativo si attiva nella psiche ogni qual volta si realizzano connessioni, collegamenti, intuizioni, ragionamenti, che producono soddisfazione e benessere. Nella malattia mentale tale attivazione deve essere **incoraggiata dall'azione accompagnatrice del terapeuta**. Il paziente si addentra così in una zona di scoperta di sé, delle proprie capacità creative ed espressive, ritrovando collegamenti tra i propri ricordi passati e la propria realtà, tra deficit e risorse, tra passato e futuro. Le finalità principali che l'Arteterapia assume in ambito psichiatrico si collocano nel filone riabilitativo e preventivo. Attraverso le tecniche artiterapiche il paziente è stimolato nella sua creatività a sostenere le funzioni dell'Io, a liberare le proprie energie e direzionarle, a rafforzare la propria autostima e ad acquisire maggiore fiducia nelle proprie capacità. Il lavorare in gruppo in un'attività comune ha una significativa funzione socializzante, in quanto consente di modulare, il rapporto con gli altri, in funzione di quello che si sta facendo. **Il dare forma, dare luogo e dare voce ai propri soggetti artistici, immaginare delle storie**, sono tutti elementi che in parallelo a livello psichico raggiungono il contenimento dei propri stati emotivi, il delineare, dare voce a sentimenti e vissuti interni. Nei contesti psichiatrici la connotazione riabilitativa appare evidente oltre agli elementi sopracitati, l'esperienza artistica è una modalità attiva di autoconoscenza, l'esperienza che è anche sensomotoria, riabilita sul piano del fare, competenze procedurali e di gestione dei materiali. Disegnare, scolpire dipingere, sono azioni che coinvolgono tutti i sensi, tatto cinestesia, udito, ecc..; il paziente psichiatrico entra poco in contatto con il suo corpo, questo tipo di esperienza diventa un modo per ricontattare il sentire perduto. Pur nel rispetto delle difese di ognuno, la dimensione grupppale, permette la **condivisione dell'esperienza**, essa stessa diventa fattore contenitivo e protettivo, e facilita la comunicazione dei propri stati, condizione difficile per chi soffre di forme autistiche e di ritiro sociale, spesso sintomi negativi delle condizioni psicopatologiche. In linea generale le arti grafiche usate a scopo riabilitativo,

consentono un approccio globale alle persone, fornendo una dimensione che sfrutta tutti i canali conoscitivi, da quello percettivo, cognitivo, simbolico affettivo, a quello dell'immaginazione e dell'intuito, tutte funzioni carenti in chi è affetto da patologia psichiatrica. Il processo creativo che si realizza in un luogo protetto permette l'integrazione di tutti questi livelli diversi di esperienza, **trasformando** quello che giace nel limbo "dell'impossibile da comunicare", in qualcosa che diventa condivisibile agli altri in quanto assume una forma. Disegnando, la persona dichiara la propria volontà di esistere, di mantenere se non altro uno spazio di comunicazione con l'altro da sé. La funzione preventiva si colloca nella possibilità di fornire uno spazio al paziente dove poter "depositare", istanze e bisogni difficili da tollerare e dividerli nella comunicazione verbale, questo avviene in una condizione di setting, dove il senso del limite è propriamente definito. Questa condizione protegge il paziente dall'angoscia di una mancanza di confini o dal senso di onnipotenza. L'individuazione e il sostare in un luogo unitario e protetto, (contenitore) (Bion), ove collocare gli elementi mentali sparsi nel mondo interno, esercita un'importante funzione protettiva e preventiva. Il contenimento dell'esperienza previene così l'esplosione in forme scomposte del dolore e della sofferenza interna alla persona. Materialmente poiché le funzioni sensoriali, affettivo, cognitive vengono coinvolte, l'atmosfera di accoglienza e contenimento, fanno sì che si crei il così detto "fondo psichico" (Correale1999). Il contenimento e la trasformazione dei contenuti portati nel setting, soprattutto quelli di distruttività e aggressività se vengono accolti e trasformati, restituiscono al paziente la sensazione di aver "vomitato" contenuto inconscio, ma di non esserne stato travolto, anzi concretamente il paziente ne esce con la sensazione che esso abbia preso una forma comunicabile. Questo lo proteggerà in parte dalla necessità di ripetere tale azione senza avere la sicurezza di toccarne i confini.

4.3 Lo spazio dell'Atelier e la funzione del setting

Come si è precedentemente illustrato, ogni azione terapeutica, prevede un setting che deve essere pensato, rispetto agli obiettivi di cura che ci si pone. Il setting in Arteterapia è l'insieme dei fattori **interni ed esterni alla relazione terapeutica che si esplica in un determinato spazio-tempo, e si esplica con le regole e gli strumenti terapeutici ad esso relativi.** Le funzioni del setting sono mirate a

proteggere la relazione di cura e favorire il cambiamento. Lo spazio fisico dove avviene l'attività di arteterapia, sia esso un atelier, o un altro luogo predisposto, deve essere pensato in maniera precisa ma non rigida, esso solitamente si svolge in una cornice temporale definita, che svolge una funzione importante. Il setting come regolazione allude anche ad una serie di norme o regole che possono essere modulate all'interno della relazione terapeutica che si va costruendo. Il setting può essere pensato come un'istituzione, con aspetti **astratti e concreti**. All'interno operano infatti dinamiche, rapporti, emotività. È costituito da parti che non variano e da parti che sono dotate di una certa flessibilità, tali da garantire da un lato sicurezza, dall'altro possono essere usate come risorsa di modulazione. La dimensione **interna del setting** invece fa riferimento agli atteggiamenti dei partecipanti, alla relazione, alla predisposizione del terapeuta. Esistono alcuni fattori importanti del setting che devono essere declinati anche in quello di Arteterapia. Essi sono **il senso di protezione la fiducia, la ritualità, la prevedibilità**.

Tali caratteristiche risultano importanti anche in un setting di arteterapia.

Il setting dell'Arteterapeuta deve poter offrire sicurezza e affidabilità, come il neonato affida i propri bisogni alla madre, così il terapeuta offre uno spazio dove il paziente può regredire, sicuro di trovare una base sicura.

L'invarianza del setting rimanda a una condizione a metà strada tra la sacralità del rito e la ripetizione formale. Il fatto di avere dei rituali come momenti interni al setting, non priva di autenticità il processo, ma rassicura e contiene, sia a livello spazio temporale che rispetto ai vissuti emersi in seduta. Tutto ciò deve poter ispirare nel paziente un senso di fiducia non vuota, come una coazione a ripetere, ma carica di senso di sicurezza. Il setting si pone come una struttura di confini, paternamente limitanti e maternamente accolti.

Lo sfondo del setting terapeutico nelle arteterapie è tutt'altro che un'opzione secondaria, esso costituisce la base entro la quale la persona coinvolta nel processo può pensare di mettere in gioco le difese e modalità disfunzionali. La dimensione di sfondo gli attribuisce, la funzione anche di ambivalenza da un lato segue l'invariabilità per il contenimento, ma dall'altra è processo perché permette il mutamento.

Può accadere che il paziente attacchi il setting o lo violi, tale situazione per certi versi fisiologica, appartiene alla dimensione concreta della relazione e delle persone coinvolte (es vacanze o assenze per malattia). Il setting è costantemente messo alla prova, spesso i bisogni portati dalla persona in seduta travalicano l'esigenza espressiva ed artistica, la flessibilità del terapeuta deve essere sempre azione intenzionale seguita da pensiero profondo su quali siano i reali bisogni portati in quel momento.

I poli in dialettica corrispondenza sono sempre da un lato le regole i rituali, il comportamento, professionale, dall'altra la spontaneità, l'espressività.

Anche la partecipazione affettiva nella relazione non può essere annullata, Hoffman constata che una posizione neutrale è impossibile. Lo stesso Adler, sostiene che nella relazione terapeutica affinché sia possibile approdare ad una soluzione positiva della terapia, sia necessario esercitare *“un tatto infinito, rinunciare alla propria superiorità di terapeuta, rendersi amichevolmente disponibile e interessato, ...”*. Nello specifico, nella terapia come nelle sedute di arteterapia, la funzione adleriana di *“incoraggiamento”*, risulta necessaria affinché la persona possa sostenere e sostenersi nell'affrontare il processo di cambiamento, approdando ad una *diminuzione del senso di inferiorità* del paziente, per un aumentato sviluppo del *sentimento sociale....” Il coraggio è equiparato ad un maggior senso sociale” (A.Adler)*.

Questa dimensione che si sviluppa in ottica preventiva e terapeutica all'interno del setting di cura, rappresenta gli assi su cui poter svolgere il proprio intervento nelle arteterapie.

L'Atelier, pertanto, non è sufficiente sia un luogo in cui offrire materiali, per la creazione di un'opera, deve essere un luogo, dove risulti possibile rappresentare qualunque cosa, in sicurezza, condividendo il codice in cui viene trasmesso il messaggio, nel rispetto di alcune regole intrinseche e nella libertà di potersi esprimere.

Il tempo in ogni seduta non coincide per forza con il tempo di esecuzione dei prodotti artistici, essi possono essere ripresi o svolti in un tempo più lungo, così è possibile si crei un iter narrativo in atelier.

L' atelier deve essere possibilmente un luogo luminoso, e sufficientemente spazioso, il corpo deve poter avere lo spazio di avvicinarsi e allontanarsi dal lavoro prodotto, “di entrarvi e di uscirvi”.

Non esistono materiali privilegiati, ma quelli più congeniali alla persona che li utilizza e allo scopo terapeutico, anche se l'arteterapeuta deve poter aver dimestichezza con diverse tecniche al fine di poter fornire al paziente la guida necessaria a poter raggiungere in maniera più efficace la propria potenza espressiva. L' arredo semplice tale da garantire un certo ordine, non deve essere “freddo”, è l'arteterapeuta che allestisce il clima in cui offrire la possibilità di “nutrirsi”, che predispone supporti, e strumenti, senza imporre, facilita l'avvicinamento alla sperimentazione del materiale. La cura di questi aspetti è già parte della terapia.

Il riordino, se non ha precisi scopi terapeutici ad hoc per la persona, è di compito dell'arteterapeuta che libera la persona dall' incombenza ansiosa e a volte colpevolizzante di “aver sporcato” il mondo esterno con la propria espressione.

4.4 La narrazione di sé attraverso le immagini

Nell' aspirazione ad emergere la psiche inventa immagini e la mente la segue: Hilmann psicanalista junghiano, fondatore della psicologia archetipa sostiene che esiste una vera “ontologia delle immagini” *Le immagini del mondo intero sono enunciati ontologici intorno all' anima su come essa esista in sè stessa e per sè stessa.*

L' Anima parla per immagini e si manifesta attraverso esse, comprendere il linguaggio della psiche è spesso difficile proprio per questo ci raccontiamo spesso storie semplicistiche...”. Per Hilmann l'Anima è il luogo dove risiedono le immagini, quando parla di “fare anima”, intende il processo con cui si elaborano le immagini, ovvero il fatto di maneggiare la materia della psiche. Jung stesso scriveva che “ogni accadimento psichico è un'immagine da immaginare” (1979) Quando si pensa, quando si sogna si usano le immagini più che le parole, e sono le immagini a scatenare in noi emozioni fortissime.

“Fare anima” per Hilmann significa esplorare la terra dell'immaginale, ovvero sviluppare la propria individualità permettendo a mente, mondo e cuore di interagire tra loro. Esercitare la creatività permette di tenere un legame con le

immagini e quindi con le emozioni, i sentimenti e la nostra psiche. Ciò permette alla persona di essere più consapevole e in grado di vivere la propria vita con maggiore pienezza.

Le immagini sono le parti costitutive della psiche, occuparsi delle immagini significa occuparsi della psiche.

“Le nostre immagini sono i nostri custodi, così come noi lo siamo di loro”
(Hilman)

L’approccio Jungiano ci porta a considerare inoltre come alcune immagini nascano e rinascono spontaneamente attraverso il tempo e la Storia e che attraverso esse l’uomo continui a raccontarsi, soprattutto in momenti di crisi e di passaggio nella vita. Il loro aspetto muta con le vicende e le culture ma la funzione delle immagini archetipe, rispetto ai modelli di comportamento rimane la stessa. L’archetipo che rimane in sé stesso, pur riformulato, riemerge, questo anche di fronte alle psicopatologie. Nascita, morte, pace, distacco, appartenenza, sono alcune di queste formule archetipe, ci sarebbe dunque per Jung una predisposizione dell’uomo a produrre immagini in questo senso trascendentale, rielaborandole in maniera diversa, a seconda delle appartenenze etniche, sociali o di genere. Fin dai tempi antichi l’uomo si racconta e lascia racconti di sé attraverso le immagini, e nel corso della vita, l’uomo non fa che creare dentro immagini che poi diventano un vero e proprio atto narrativo di sé. L’atto narrativo è una produzione frutto di operazioni di organizzazione ed elaborazione di diversi episodi che riteniamo importanti per la nostra vita (cit Callieri 1999-2000).

Tale operazione, non nasce esclusivamente dall’ esigenza di raccontarci all’ esterno, bensì dalla necessità di dare un senso a ciò che ci accade, di collegare i diversi eventi che costellano la nostra esistenza, lungo spazio e tempo. Nasce dal desiderio di raccontarci a noi stessi.

La narrazione attraverso le immagini quindi diventa un modo per presentarsi a noi stessi e agli altri, in realtà ci stiamo raccontando in un certo modo, perché come dice Callieri *“noi non siamo altro che la storia che raccontiamo di noi stessi e la nostra identità narrativa si costituisce mediante la nostra storia”* (1999-2000)

Narrare quindi diventa un’operazione di consapevolezza, in quanto equivale a costruire una propria visione del mondo, attraverso la selezione del materiale

disponibile. Tale atto crea *continuità e coerenza* tra le esperienze vissute, quando esso diventa un'occasione terapeutica?

L'attività narrativa si completa solo se c'è un ascoltatore, la necessità reciproca di intenzionalità tra ascoltare e narrare, nella relazione d'aiuto, è ciò che si viene a creare tra terapeuta e paziente. Il terapeuta attraverso la narrazione artistica utilizzata dalla persona, si occuperà di ascoltare e accogliere ciò che viene portato, sganciandosi dalla dimensione di ricerca della verità dei fatti accaduti, ma attraversando i significati che la persona ha attribuito a tali eventi. Entrare nel "come se" del cliente, nel qui e ora e provare a connettere significati nuovi, riconnettere forme e immagini alla propria storia, rimodellare una nuova narrazione.

"Ricostruire una storia diviene dunque un costruire insieme, rimodellare parti di sé, e rappresentazioni della propria identità, e del proprio contesto sociale"
(Venturini, 1995)

4.5 "Lasciare un segno" l'approccio polisegnico di Achille de Gregorio.

Fin dalla preistoria l'uomo ha sentito l'esigenza di imprimere, su materiali di diverso genere la propria impronta, i propri pensieri, di lasciare un segno, del suo passaggio. Basti pensare alle incisioni rupestri, impronte, incisioni, tale necessità non era solo legata al bisogno di lasciare traccia ma spesso assumeva una vera valenza catartica e riparatoria, si pensi alla necessità di rappresentare, belve feroci, paure da esorcizzare ecc. Il grafismo si è evoluto, ma la sostanza non cambia, gli individui sentono ancora la necessità di lasciare segni della loro presenza. Non si tratta solo di un'esigenza pratica ma di qualcosa di molto più profondo, parte da un bisogno fisiologico. Pensando ai bambini è facile comprendere come quando iniziano a scarabocchiare lo facciano con immenso piacere, dallo scarabocchio poi il segno grafico si evolve attraverso varie fasi, che seguono lo sviluppo psicofisico del bambino stesso. "Il foglio bianco", simbolicamente in Arteterapia è la possibilità per la persona di lasciare il proprio segno nel mondo, esso è la base silenziosa dove il segno si appoggia.

Spesso il foglio non basta, e può accadere che la persona abbia necessità di intervenire su oggetti, mobili, pareti. I segni lasciati sono richieste di presenza, lasciare una traccia per essere ricordati e tenuti. Ripercorrendo alcune immagini di pazienti ricoverati nelle strutture manicomiali, che incidevano o segnavano con qualunque strumento a disposizione, spesso utilizzando feci e sangue, oggetti e pareti, si comprende come questa necessità assuma un valore esistenziale. “Qui sono passato e lasciando la mia traccia faccio di un luogo un mio prolungamento”. Dalla comparsa di un punto su un foglio, segno minimo, si avanza verso una storia condivisa tra cliente e arteterapeuta. A volte è necessario attendere, prima che la persona accetti lo sviluppo del segno, lasciato sul foglio. Il punto diventa l’inizio, l’opportunità per raccontare qualcosa, l’arteterapeuta incoraggerà e sosterrà questa ricerca, accompagnando la persona nell’universo del simbolico.

Parafrasando Paul Klee, lo scarabocchio, può essere definito come il libero passeggiare di un punto sul foglio, il gesto si traduce in segno, che narra, emozioni antiche. Il gesto è il punto di partenza, seme che contiene potenzialità di linee.

Dalla traccia alla forma, le linee vengono congiunte, alcune lasciate da parte, altre scelte fino a che appare qualcosa di riconoscibile, la forma. La forma a cui è possibile dare un nome, diventa oggetto del reale e può essere condivisa. La forma condivisa può richiamare un’immagine personale, che può essere raccontata.

W. Kandinsky (Punto, linea, superficie 1923) invita ad ascoltare la forma, non connotandola esclusivamente di elementi matematici o geometrici, ad ogni tratto, ad ogni linea sono associate tensioni spirituali, quelle del gesto e dell’emozione, tensioni a volte drammatiche, o liriche. Il modello polisegnico coniato da Achille de Gregorio, fornisce una chiave di lettura proprio ponendo l’attenzione al gesto creativo di “lasciare un segno”, e di come questo segno parli della persona che lo ha creato, senza seguire una matrice psicologica, ma artistica. Le teorie analitiche junghiana, psicoanalitica, fenomenologica si riferiscono a regole interne ai modelli ai quali si riferiscono, il modello polisegnico, fa riferimento alle regole che governano l’arte considerata come linguaggio. L’arte secondo questo modello dà significato al linguaggio usato come tale, il codice artistico è prevalente nella lettura della matrice artistica della persona, l’**idioma artistico** di ogni persona, la sua

evoluzione o involuzione rappresentano, il percorso di cambiamento e trasformativo.

La lettura della produzione grafica o plastica della persona coinvolta in un percorso di Arteterapia sarà quindi legata agli elementi del linguaggio visivo e plastico, le regole “grammaticali” con cui si formano le immagini sul foglio. Linea, colore, forma, luce ombra, spazio si combineranno insieme, seguendo le regole del ritmo, peso, equilibrio, simmetria movimento e da questi elementi si cercherà un significato. L’arte diventa centro assoluto del processo, l’arte riesce a mettere armonia nel disordine, attraverso l’organizzazione delle forme, è equilibrio tra caos e controllo, turbamento e confini, è scarica di tensioni. L’arteterapeuta conduce la persona qualunque sia il suo turbamento, o patologia ad accogliere la possibilità di manifestare simbolicamente il disagio e le emozioni senza nasconderle, è un **co-protagonista ottimista**, secondo questo metodo, il paziente imparando le regole del linguaggio dell’arte diventa lui protagonista della propria arte e della propria terapia. La parte sana sarà quindi sorretta, lo spazio creativo diverrà uno spazio tra conscio e inconscio, spazio di comunicazione. Nelle psicopatologie, lasciare un segno di sé e del proprio mondo interno, è spesso un’operazione complessa e dolorosa, alcuni pazienti non saranno in grado di creare da subito forme e organizzare un discorso artistico nello spazio loro offerto. Si esprimeranno con macchie e scarabocchi, senza caricare di significato simbolico la produzione. Altri utilizzeranno l’arte come una liberazione caotica, rovesciando, spruzzando colore come manifestazione distruttiva, e di perdita del controllo e del limite. È possibile d’altro canto che l’arte venga utilizzata dal paziente a servizio delle difese e compaiano sempre le stesse forme stereotipate. L’arteterapeuta sarà figura in grado di accompagnare il paziente nella conoscenza di queste modalità, ma anche di poter intravedere nuove possibilità espressive. Sostenere le forme espressive autentiche, senza indirizzarle eccessivamente, ma rispettando il percorso naturale dell’espressione grafico plastica, chiarificare le scelte effettuate dal paziente, i cambiamenti che emergono, l’utilizzo degli elementi grammaticali artistici, lavorando sull’opera quindi si lavorerà sul “dentro”. Il paziente quindi appropriandosi degli strumenti e delle tecniche artistiche, gradualmente potrà mettere mano a questo mondo interno conflittuale, o alla frattura tra mondo interno

ed esterno, modulando la propria cifra espressiva. Questa è la magia dell'arte, di comporre elementi diversi, per rendere organizzato e visibile ciò che manifesto non è.

Secondo questo modello quindi, l'arteterapeuta non interpreta ma decodifica, cioè traduce il linguaggio grafico- plastico, nel rispetto dei meccanismi di difesa di ciascuno, fornisce la protezione e il contenimento e attiva le risorse creative, permettendo al paziente di riconoscere, accogliere ed elaborare, emozioni e vissuti. Il produrre opere, che permangono nel tempo, sono testimonianza tangibile di un cambiamento tra dentro e fuori.

CAPITOLO 5

Lo spazio di Arteterapia all'interno del reparto in Spdc Esperienze di tirocinio



5.1 La proposta arteterapeutica – tra silenzi e vuoti

La proposta di aprire uno spazio dedicato all'Arteterapia in un reparto SPDC, si colloca nella prospettiva pionieristica di fornire una possibilità per i pazienti ricoverati di poter usufruire di uno strumento di prevenzione, e di riabilitazione precoce. Come si è visto nei capitoli dedicati alle diverse modalità riabilitative in campo psichiatrico, l'atelier di arteterapia compare tra le risorse orientate all'ideologia di no-restraint; quindi, alla prevenzione degli agiti aggressivi auto ed etero diretti che richiedono l'utilizzo della contenzione meccanica come metodo di contenimento. Come si è già detto alcuni reparti SPDC hanno già sperimentato la possibilità di creare all'interno di questo spazio di cura, alternative alla contenzione proponendo nuovi spazi di relazione.

Ponendo maggiormente attenzione ai pazienti, con uno sguardo rivolto alla globalità della dimensione del vivere fuori e dentro il reparto, il pensiero si è esteso ad una condivisione più allargata tra equipe curante e pazienti. I corridoi spesso meta di percorsi vuoti sono diventati occasione di scambio e di vicinanza, la somministrazione dei farmaci da parte del personale sanitario, non diventa più



l'unica occasione di scambio relazionale, i colloqui con i medici, non sono più l'unico modo per raccontarsi.

Ecco che una stanza refettorio può diventare uno spazio di incontro settimanale, dove compaiono colori e materiali per creare, una saletta ingombra e utilizzata a magazzino, può diventare una stanza ricreativa, con divani, tv, giochi da tavolo, un tavolo da Ping-pong, un calcetto, un giardino diventa uno spazio per danzare e respirare. I tempi di inattività si riducono, mentre aumentano quelli di relazione con gli operatori.

S-legare ed In-contrare

La contenzione meccanica in psichiatria è una procedura che utilizza mezzi fisici (lacci), e chimici (terapie del sonno, farmaci) per limitare i movimenti dell'individuo. Questi



mezzi si contrappongono al contenimento psicologico emotivo e relazionale. I mezzi di contenzione meccanica possono portare a complicanze anche gravi oltre ad essere una misura invasiva e traumatizzante per la persona. Lesioni da pressione, incidenza alle infezioni, lesioni da decubito, asfissia da compressione della gabbia toracica, incontinenza, infezioni, polmoniti ab ingestis, oltre a peggioramento del tono dell'umore, paura, umiliazione, stress. La politica di no restraint, si muove per limitare il più possibile o azzerare del tutto la possibilità di utilizzare questi mezzi, a favore del rispetto e dei diritti della persona. Il no restraint consiste nell' evitare di trasformare la persona in un corpo domato e privato della sua storia, è il comprendere come la qualità della relazione sia fondamentale nel processo di cura, il clima del reparto ove si trova collocato il paziente diventa lo sfondo su cui articolare un buon processo di ascolto attivo e partecipe. L' idea di aprire uno spazio di Arteterapia in questo contesto diventa risorsa per prevenire la crisi, e gettare le basi per un processo riabilitativo più allargato.

L' ingresso in reparto SPDC-Ospedale Sant' Andrea-ASL Vercelli



L' ingresso presso un reparto di questo tipo suscita negli operatori che dovranno pensare a come dirigere un intervento terapeutico, una miriade di emozioni spesso contrastanti. Come quelle che io ho vissuto nella mia esperienza di tirocinio.

*La sensazione principale entrando in questo spazio è la sensazione di **vuoto**, questa sensazione deriva dall' osservazione di un impoverimento generale dell'ambiente. Gli arredi sono essenziali, le suppellettili scarse e ridotte al minimo, i colori di pareti e oggetti, spesso tenui. Dalle stanze compaiono letti su cui riposano i pazienti, spesso sprofondati nel sonno, o ritirati nella mancanza di contatto con il mondo.*

Alcuni si aggirano per i corridoi, spesso trascinandosi con passi lenti, altri attendono seduti, di incrociare sguardi e parole.

*Una sensazione densa di **silenzio** che parla. **Il silenzio** che diventa attesa, immobilità, lentezza, soglia verso qualcosa di "pericoloso", che deve essere controllato, prevenuto e gestito.*

*Così alla sensazione di impoverimento, si aggiunge quella della **paura**, paura rispetto alla patologia che si manifesta in forma acuta, paura rispetto ai possibili agiti dei pazienti, paura nell'impossibilità di cogliere istantaneamente le storie di ognuno, e di conseguenza paura nel porsi e proporsi in termini terapeutici.*

Di questi silenzi e vuoti l'atelier di arte terapia diventa cassa di risonanza, spazio di possibilità.

Le seggiole e i tavoli, utilizzati per i pasti, vengono disposti per presentare i materiali di pittura: fogli, colori, pennelli, scatole aperte di gessetti e pastelli, si offrono alla vista.

. La stanza refettorio che poco prima ospitava per il pranzo, magicamente cambia d' abito, e diventa una tavola imbandita, un'immagine ordinata ma nello stesso tempo viva e vivace.

La porta è aperta, l'orario e il giorno dell'Arteterapia sono scritti sulla porta.

Qualcuno si avvicina timidamente e furtivamente getta uno sguardo incuriosito, poi prosegue lungo il corridoio, altri entrano e fanno domande, poi si allontanano "sono stanco", "non sono capace di disegnare", "non fa per me".

Il flusso è intermittente, qualcuno si lascia sedurre dai colori, dalla novità ed entra subito, altri mantengono gli occhi fissi osservano in silenzio, l'arteterapeuta è lì per accompagnare, dare fiducia, soprattutto nel rispetto del dolore altrui.

Alcuni si dedicano subito a dar forma a un desiderio, altri rimangono intimiditi di fronte a quello spazio bianco, ascoltano le possibilità proposte e poi scelgono, SCELGONO di rimane nel qui e ora, dello spazio creativo".

5.2 “Qui e ora” – la possibilità espressiva e la narrazione del proprio mondo interno

L' atelier di Arteterapia in reparto, non può svilupparsi sull' asse temporale della continuità, in quanto i gruppi di pazienti cambiano in termini di presenze di settimana in settimana. Lo spazio e il tempo dedicato all' attività quindi si svolge nel “qui e ora”, il setting proposto offre la possibilità di potersi avvicinare con i propri tempi, di potersi allontanare e rientrare. Questa elasticità permette alla persona di poter osservare il processo e quanto avviene all' interno della stanza, facendosi promotore di sé nella volontà e nel desiderio di scoprire. Non essendoci né consegne prestazionali su lungo tempo né aspettative rispetto ad un percorso di tenuta a cui rispondere, la persona si sente libera nella scelta di poter raccontare qualcosa di sé e del proprio mondo, depositandolo in un tempo e in un luogo con confini precisi. Accogliere il paziente nel qui e ora richiede un grosso sforzo di umiltà e di elasticità emotiva, le persone che accedono all'atelier e di cui spesso non si conosce la specifica diagnosi o la storia personale, sono persone in cerca di uno spiraglio per poter ricomporre, ricontattare qualcosa dentro di sé e comunicarlo al mondo. Il qui e ora dello spazio di arteterapia è contenitore di un momento creativo, una possibilità con confini, per mettere a fuoco: un'immagine, un ricordo,

una sensazione, un'emozione e poterla far emergere dallo sfondo psichico spesso frammentato e caotico. Altre volte è la possibilità di liberare per un attimo qualcosa di ingombrante e spaventoso e affidarlo nelle mani del terapeuta, affinché lo possa custodire, in un altro luogo, mentale e fisico. L'esperienza terapeutica diventa così finalizzata non subito alla trasformazione ma alla "ricollocazione" dei sentimenti e delle emozioni angosciose e fagocitanti. I pazienti spesso manifestano sintomi quali frammentazione del pensiero, stereotipie verbali e gestuali, difficoltà a mantenere l'attenzione, mancanza di fiducia. L'intervento di arteterapia deve pertanto avere duttilità, e versatilità. L'impoverimento del pensiero e l'appiattimento affettivo spesso non daranno possibilità per simbolizzare ed esprimere contenuti chiari, sta all'arteterapeuta accogliere e restituire al paziente la fiducia e la bellezza di aver prodotto qualcosa di personale e autentico. Spesso, infatti, anche l'introspezione e la capacità di auto-osservazione sono deficitarie. L'inibizione porta spesso il paziente a rimanere bloccato di fronte al foglio bianco, e la situazione rischia di diventare frustrante. L'arteterapeuta aiuta il paziente a liberare il gesto, che porta al segno, segno che può essere trasformato con una direzione o una forma. Altre volte invece l'iperproduzione delirante, può mettere di fronte il terapeuta ad un'organizzazione caotica e alla comparsa di immagini condensate, a colori che coprono le immagini, stereotipie cristallizzanti e autistiche, rappresentazioni frammentate, che "galleggiano" sul bianco del foglio alla ricerca di una organizzazione. Pur nella limitazione di svolgere anche un solo intervento, la proposta a mediazione artistica permette alla persona di essere accolta nelle proprie bizzarrie e difficoltà e offre uno strumento per risignificare le proprie espressioni. Lavorare sulla singola immagine prodotta, permette al paziente di esprimersi attraverso segni che vengono raccolti, contenuti, integrati per il loro valore comunicativo e narrativo, in un contesto di **relazione**.

Dal diario del tirocinio: Le linee colorate

“... entra in atelier la signora M., appare fisicamente debilitata, lenta nel movimento, flebile nel tono di voce, si avvicina, si siede, osserva, pur nella sua fragilità lascia trasparire una dolcezza di fondo, una delicatezza propria. Sorride e ringrazia per le belle cose che siamo venuti a fare, dice di non sentirsela di disegnare, ma resta nello spazio, resta nel contatto relazionale. Racconta che da giovane era brava, disegnava con le matite quando andava scuola, ma ora no, non più possibile. Le tremano le mani, non ha le forze. Ringrazia e rimane affascinata dai colori e da ciò che viene prodotto dagli altri. L’arteterapeuta resta in ascolto, accoglie valorizza la presenza al gruppo, senza forzature giustifica anche la possibilità di “restare a guardare”. M. ripropone più volte il discorso del passato di qualcosa che ora non è più possibile fare.

L’arteterapeuta si avvicina con un foglio piccolo e le matite colorate, proprio come quelle di M. quando andava a scuola; incoraggia con la sua presenza a riguardare da vicino quei colori, si propone di mostrare nuovamente i gesti necessari a lasciar fluire le linee.

M. sembra emozionata, decide di provare, con tocco delicato compone una serie di linee colorate curve e brevi...

*L’arteterapeuta riconosce la presenza dei tanti colori emersi. M. riconosce soprattutto il nero...e lo qualifica: **“la mia disperazione di essere qui”**. L’arteterapeuta valorizza la presenza armonica dei tanti colori vicino al nero, M. aggiunge **“un po' come la vita ci sono tante cose belle e anche qualcosa di brutto.”** La settimana successiva M è ancora presente in reparto, entra più speditamente, si avvicina subito al tavolo, chiede un foglio piccolo.*

*L’arteterapeuta, ripropone le matite, ma M. vuole provare i pastelli a cera, nuovamente emergono linee colorate, più spesse e presenti, che si trasformano in una forma. M. autonomamente riconosce i colori ma sottolinea: **“manca il nero questa volta, eh si in effetti mi sento meglio.”***

*L’arteterapeuta sottolinea la vivacità e la maggior presenza di linee sul foglio, M. afferma: **“Sembra una gonnellina hawaiana, forse una festa!”***

M. presente per la terza settimana in reparto disegna una forma composta da molte linee colorate, è una forma con un centro, qualcosa di compiuto, mentre disegna

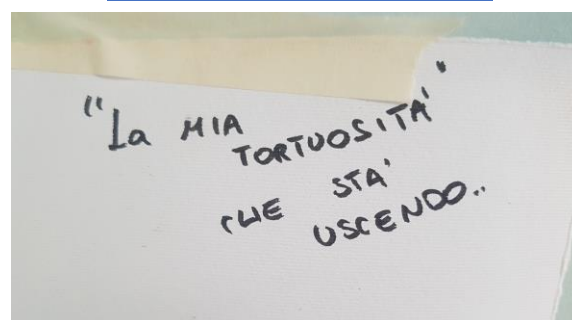
M. sorride, scherza con l'arteterapeuta, il movimento ha una certa energia, il viso di M. prende colore, le guance appaiono arrossate. M. intitola il suo disegno: "la mia tortuosità sta uscendo." L'arteterapeuta riconosce l'aumento dell'energia impiegata, persino il volto, "ha preso colore". M. afferma sorridendo di essersi molto divertita."

Questi momenti vissuti durante il tirocinio esprimono bene, il clima vissuto nell'atelier in reparto, dove il focus terapeutico del qui e ora valorizza il momento, così come il paziente è in grado di viverlo. Il gesto di rimanere nello spazio relazionale, sentire il clima, potersi riappropriare di un desiderio e una possibilità, fa sì che una semplice produzione di linee diventi movimento verso l'esterno, colori ed emozioni trovano spazio e nome. Il processo diventa riabilitativo, pur nella mancanza di una progettualità a lungo termine, **riappropriarsi** della possibilità di sentire e di esprimere, anche se la malattia ingabbia, rallenta, spegne, demotiva, de-colora.



Le linee colorate

M.



Dal diario del mio tirocinio: Il fango

*S. è un uomo di circa 50 anni affetto da psicosi, entra piuttosto speditamente in atelier, sceglie tra i materiali presenti, le tempere e un foglio piuttosto grande. In questi giorni racconta c'è stata l'alluvione, in effetti, i telegiornali ne parlano. Si dimostra subito molto loquace e "inonda" di parole le arteterapeute presenti, creando una certa confusione e attirando l'attenzione su di sé. Le sensazioni provate dall'arteterapeuta, sono di attivazione, qualcosa ha urgenza di uscire e mostrarsi, si accondiscende alla scelta del materiale, poiché risponde al bisogno del paziente. S. riversa sul foglio grandi quantità di colore sovrapponendole le une alle altre, con gesti veloci che vanno dal basso verso l'alto, i colori gradualmente si mescolano, e il marrone diventa il colore risultante. S. verbalizza: **"tra l'acqua e la terra è arrivato il fango, che spazza via tutto, copre tutto e niente è più quello di prima."** Il colore deborda in termini di materia dal foglio, esce dai confini, si deposita sul tavolo, gocciola sul pavimento. L'arteterapeuta sostiene il paziente nell'azione di dirigere la materia, lo aiuta a trovare il gesto utile a sollevare il "fango", che cade ovunque. Il tentativo di farlo rimanere sul foglio, affinché possa essere visto all'interno di uno spazio definito. Nel frattempo, il paziente inizia ad agitarsi, perché il colore uscito ha "sporcat" le superfici, e le scarpe. L'arteterapeuta lo rassicura e si occupa di pulire ciò che è fuoriuscito e disturba il paziente. Offre al paziente un pennello più grande e il movimento per poter dirigere il colore. Nell'azione S. scopre che i colori sottostanti sono ancora presenti, la produzione riacquista, vivacità e vitalità. L'arteterapeuta conferma e incoraggia a vedere la preziosità di questo processo. Non tutto è stato distrutto, anzi, il color fango ora fa risaltare maggiormente i colori. S. dapprima molto attivato si calma, e riesce ad osservare quanto prodotto con più piacere, verbalizza **entusiasmo per la bellezza dell'opera**. Decide di conservare il dipinto e di portarlo in camera nonostante... **"il fango necessita del suo tempo per seccare."***

Anche in questo caso il processo creativo ha permesso al paziente affetto da psicosi di poter depositare in atelier ciò che era nel profondo della psiche e non era possibile esprimere. L'espressione del paziente psicotico spesso viene "espulsa fuori a getto" in tutta la sua intensità, senza poter essere organizzata.

Questo tipo di bisogno va guidato e contenuto affinché possa essere tollerabile, ecco che l'arteterapeuta deve far sentire all'altro la propria presenza, farsi garante del contenimento, per evitare l'autodistruzione. Il materiale "espulso" dalla mente del paziente è un materiale pre-verbale, che sfugge all'elaborazione logico-razionale. Simbolicamente il colore marrone esito della fusione di tutti i colori sovrapposti, è richiamato dall'allarme interno della psiche (alluvionale), comunica una spinta creativa che nasce dagli elementi Terra- Acqua, feconda di possibilità (N.Cattich. "L' oltre e l'altro"). Un "limo" fertile su cui possono nascere semi nuovi, e non solo materia informe che soffoca. La gratificazione del paziente rispetto al prodotto finito testimonia un recupero avvenuto all'interno della relazione terapeutica, che non invade o limita il bisogno "espulsivo" ma conduce, contiene e indirizza.



Il fango

S.

5.3 L' atelier destrutturato: un setting che si rinnova



Spesso in reparto non è possibile avere uno spazio vero e proprio per l'arteterapia quindi l'arteterapeuta deve avere la capacità e l'elasticità di scorgere le risorse dove presenti. Trasformando uno spazio destinato ad altre funzioni come il refettorio, allo spazio dove poter per fare arte con i pazienti. Questa prima operazione apparentemente banale comunica l'idea della possibile trasformazione, che può avvenire fuori e dentro, cambiando i significati simbolici degli spazi. Il senso di allestire ogni volta un setting diverso, può apparire disorientante, in realtà l'azione di preparare lo spazio, con i materiali artistici, diventa occasione per fare terapia. Sistemare i tavoli, gestire lo spazio, preparare i materiali a seconda della proposta creativa, rende fruibile alla persona l'esperienza, nella dimensione dell'incoraggiamento. La porta della stanza durante l'attività resta aperta. La porta rappresenta il confine tra dentro e fuori, tra oltre e altrove, è elemento simbolico oltre che strutturale. Essa è un invito, un segnale di apertura democratica, non ci sono "adatti e non adatti", tutti possono abitare il setting di terapia. La porta è anche possibilità di "fuga", di uscita da una situazione che può diventare eccessivamente attivante o richiedente in termini psichici. L'ordine dei materiali deve essere fruibile a colpo d'occhio e invitante, troppo rigore e ordine rischiano di fare sentire "stretto" e inadeguato chi si appresta a vivere l'esperienza, l'eccessiva confusione

peraltro risulta disorientante, allestire i materiali quindi diventa già azione terapeutica.



La scenografia del setting, man mano che le persone iniziano a muoversi in esso, assume significati in costante evoluzione. Il terapeuta è custode dello spazio, del tempo e dei materiali, anche in termini di sicurezza, soprattutto in questo delicato contesto. Deve avere occhio attento laddove si mostrino segni di imbarazzo nell'uso del materiale, essere responsivo in termini di accudimento, senza essere troppo coinvolto nella dipendenza che spesso il paziente richiede. Deve poter essere sufficientemente incoraggiante nel trasmettere la sicurezza necessaria al paziente per l'utilizzo degli strumenti presenti. L'arteterapeuta in questo contesto è presenza e occhio vigile sul gruppo, pur non svolgendo attività di gruppo deve poter sentire l'atmosfera generale che si va creando, rivolgendo sguardo al singolo, senza essere soffocante o eccessivamente invasivo.

CAPITOLO6

La finestra verso l'oltre:

Esperienze di tirocinio in reparto SPDC - tra arte, musica, e movimento.

6.1 Dediche e Speranze: immaginario affettivo

Nelle sedute di Arteterapia i pazienti in reparto spesso esprimono tematiche legate agli affetti ma più in generale emerge la necessità e il bisogno di rivolgere la spinta vitale e il desiderio di amore verso il mondo, sia esso identificato con una persona a cui spesso i disegni sono rivolti attraverso vere e proprie dediche, o a un sentimento di affetto generalizzato.

Spesso i pazienti hanno raccontato di riconoscere la necessità di amare ed essere amati, malinconicamente sono apparsi nei racconti ricordi di amori del passato, amori perduti, amori che sono “fuori” dal reparto, amori che spesso subiscono l’impatto con la malattia di cui il paziente è portatore. Spesso questi legami densi e romantici allo stesso tempo, come i materiali con i quali vengono rappresentati, emozionano molto chi li produce. L’arteterapeuta non può non far risuonare in sé l’impatto emotivo che questo tipo di espressione porta con sé, la riconosce, la fa risuonare dentro e ne accoglie il significato profondo.



**Al mio Amore, regalo
una rosa**



**Al mio amore “fuori di
qui”**

I temi universali dell'umanità: l'amore, la morte, l'amicizia, la libertà, diventano spesso abitanti del setting, e parlano attraverso immagini e parole. L'arteterapia permette di contattare emozioni che sono di per sé rivitalizzanti in quanto appartengono al bagaglio umano e quindi condivisibili, senza che nel loro nucleo profondo la malattia mentale possa



A voi operatori del reparto SPDC

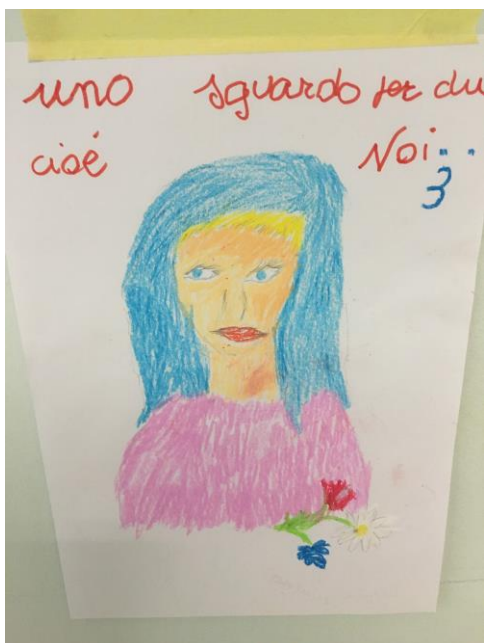
intaccarle. L'arteterapeuta può accogliere e indirizzare l'intensità di queste espressioni. Il rosso, che denso colora il cuore, e lascia traccia sulle mani, sul foglio, quasi a segnare un'impronta, è la parte vitale della persona che emerge e ha desiderio di pulsare. Importante accogliere e sostenere la legittimità di questa emozione, ma appare importante anche restituire la possibilità di conservarne il significato profondo senza lasciare la persona in balia di energie difficili da stemperare, vista la situazione di ricovero. Spesso ai temi affettivi infatti emerge la tematica della nostalgia, spesso le relazioni significative per il paziente, sono lontane, si sono deteriorate, sono fatte di mancanze e assenze. La malattia mentale segna le relazioni del paziente, anche se spesso in lui sopravvive la necessità di recuperare, restaurare, quel legame così come ricordato e non intaccato. Ecco che la DEDICA del disegno diventa l'invio simbolico e interiorizzabile di un recupero, una sorta di tentativo di portare fuori e riportare dentro sé, ciò che positivamente è stato riconosciuto in termini affettivi. I disegni spesso sono dedicati agli operatori del reparto, ai medici, a chi nel qui e ora si occupa della cura della sofferenza. Cura spesso vissuta come familiare, e qui ritornano gli archetipi delle figure di attaccamento, che garantiscono sicurezza e sopravvivenza.

Nell'immaginario affettivo, spesso vengono recuperate dai pazienti immagini legate alla **Perdita**, siano esse legate ad eventi reali o non, l'arteterapeuta deve avere consapevolezza che è il nucleo tematico emergente nel profondo che cerca una via per essere elaborato. Associare un determinato colore alla persona che si vuole raffigurare, impreziosendola il più possibile, ricercando ogni tecnica e stile

per rendere giustizia al sentimento che legava ad essa, permette alla persona di recuperare emozioni e sentimenti, farli rivivere e nello stesso tempo trovare una forma per trasformarli. Spesso capita che in questo processo la persona si commuova o pianga, l'arteterapeuta deve poter offrire alla persona i tempi e i modi per poter lasciar fluire ciò che emerge, senza avere la fretta di chiudere, ma offrendo il sostegno necessario affinché il processo si concluda con la pacificazione tra l'opera e la persona che l'ha prodotta. L'arteterapeuta conduce la persona a trovare essa stessa il modo di "chiudere" questo momento emotivo, fornendo diverse possibilità, sostenendo il desiderio di destinare il disegno, conservarlo, o depositarlo nel "luogo più sicuro" all'interno o fuori dal setting. Deve poter fornire e guidare il dialogo tra l'immagine e chi l'ha prodotta, valorizzando il potere intrinseco ad essa, rispettando quanto la persona abbia desiderio e intenzione di "farla parlare".



“La mia bambina Angelo” saremo sempre vicine perché siamo due cuori in uno, lei la mia **luce** - (disegno iniziato da frammenti di carta velina azzurra incollata scelti dalla paziente).



← “Uno sguardo per noi due dalla Vergine Maria”

disegno dedicato alle compagne di reparto



Al mio amato gatto che ha “passato il ponte”

6.2 Cartoline da posti lontani: raffigurare luoghi dentro e fuori

In arteterapia lo sguardo all'immagine può direzionarsi dall'interno all'esterno, e viceversa. Nell'immaginario esistono elementi strutturali simbolici, che si aprono come finestre verso l'altrove, o porte che segnano ingressi in stanze del sé, “lo sguardo rivolto fuori dalla finestra”, spesso conduce il paziente, ricoverato ad immaginare posti, situazioni, paesaggi, che lo conducono fuori dalla situazione di chiusura ospedaliera, ma simbolicamente anche in luoghi fuori dalla sofferenza.

Spesso sono luoghi dell'immaginario desiderato, luoghi dove la persona visita la sensazione di benessere, armonia e pace che va cercando. Luoghi di quiete, prati verdi, fresche montagne, mari cristallini, abitare con la produzione artistica tali luoghi, conduce la persona, in un viaggio fuori ma anche dentro di sé. La ricerca di uno spazio simbolico di benessere, permette di riconoscere sensazioni rivitalizzanti. Ciò tende a riabilitare il desiderio e la tendenza al raggiungimento di uno stato di maggior benessere, oltre a fornire nel qui e ora la piacevolezza di sostare in tale sensazione.

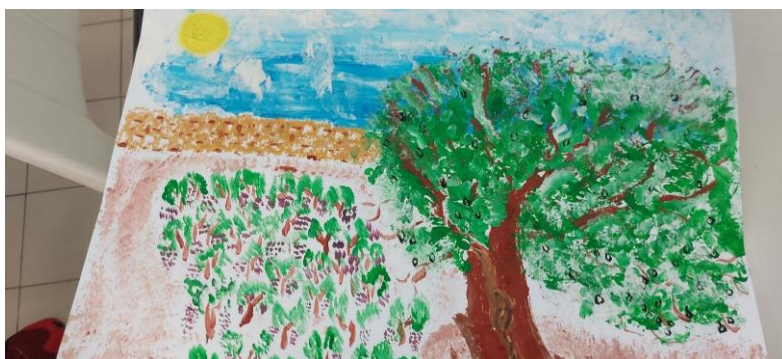
Altre volte i luoghi rappresentati sono quelli già abitati e fanno parte della vita del paziente, luoghi natii, case che li hanno ospitati, paesaggi visitati e cari, luoghi di vita e lavoro, ritornare a raffigurare questi spazi assume valenza narrativa. La persona spesso racconta concretamente le azioni svolte in essi, le persone con cui venivano condivisi, le colloca in uno spazio tempo, che non è Altrove, ma è Storia. Non sempre i ricordi sono carichi di nostalgia, a volte diventano fotografie di un preciso momento di vita, spesso collocato quando la sofferenza mentale non era ancora protagonista. Recuperare questi spazi permette di mantenere il filo rosso della propria vita spesso interrotta continuamente dai ricoveri e dalle crisi più acute. Rivisitare, per recuperare, ma anche per conservare un *continuum di sé*, che non soccomba alla frammentazione e all' appiattimento emotivo che la centralità della malattia mentale si prende.



Verso la libertà



In crociera sul Mediterraneo: “scintillio di sole e acqua.”



La mia terra -in Puglia



**In Marocco sulla
strada si va con il
cavallo, nella mia
terra, dove è la mia
casa e il campo.**

6.3 La finestra del racconto: Esperienza di Kamishibai semplificato- STORIE

Una modalità arteterapeutica per raccontare attraverso le immagini una storia è l'utilizzo del Kamishibai. Il Kamishibai "spettacolo teatrale di carta", è una forma narrativa che ha avuto origine in Giappone, al fine di raccontare storie esponendole nelle pubbliche piazze con teatrini portatili. È uno strumento per l'animazione della lettura, è un teatro di immagini che vengono raccontate come una storia. Le immagini vengono inserite e fatte scorrere all'interno di una finestra in legno, numerandole e il narratore ne legge la storia che viene scritta sul retro. L'idea di mutuare l'impostazione del kamishibai in reparto, nonostante le condizioni mediche e psichiche dei pazienti non permettessero una concentrazione e uno sviluppo così complesso come l'originale, è stato un ottimo stimolo per stimolare le capacità di collocazione spazio temporale degli eventi, e la narrazione di sé. La cornice del kamishibai, ha permesso ai pazienti di poter collocare gli eventi della loro narrazione seguendo un'impronta logico sequenziale, collocando il loro racconto in 3 scene differenti. Una prima con antefatto (luogo e tempo), uno sviluppo (cosa accade), una fine o (conclusione). Per semplificare sia lo strumento che il suo utilizzo, è stato proposto un foglio grande diviso in tre sezioni, che piegato apparisse proprio come un teatrino di carta aperto. I pazienti sono riusciti a raccontare storie fantasiose, semplici o più complesse, illustrandole.

La lettura finale è stata condivisa con il gruppo, il terapeuta si è offerto di leggere la narrazione, sgravando i pazienti dove necessario, dall' eccessiva esposizione emotiva.



Fig 1 Storia di Carlotta

Nei giardini del Taj Mahal Vikram e Kala stanno passeggiando senza meta. Improvvisamente s' incontrano sulle rive opposte del viale. L' acqua è la sola cosa che li divide. Più tardi le loro mani si uniranno sotto l'antico albero del mausoleo.”



Fig 2 Storia di Davide

*“L' evoluzione della Luce”
all'inizio era un fulmine,
creava fiamme quando
incontrava gli alberi, l'uomo
seppe raccogliere ciò che
restava dell'albero, e
mantenne viva la fiamma, per
rischiare la notte. Oggi con
un semplice gesto, possiamo
illuminare ogni cosa, senza
pensare alle difficoltà
evolutive.*

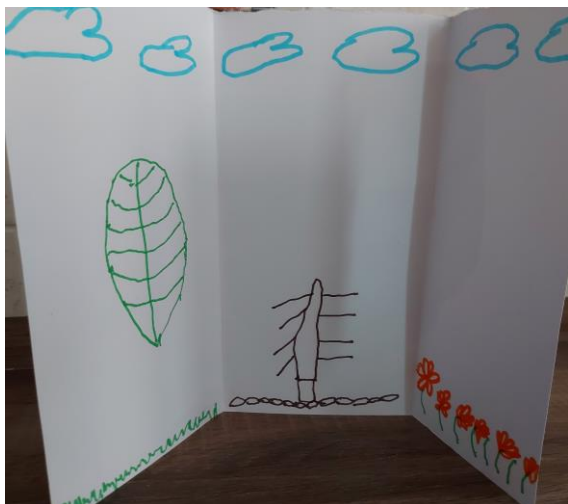


Fig 3 Storia di Giovanna

C'era una volta, in autunno una foglia che si era staccata dalla sua pianta, questa foglia caduta a terra diventava concime per far rinascere bellissimi fiori a primavera. Tutto ha un buon fine e serve a far germogliare come i fiori.



Fig 4 Storia di Morena

In un tramonto sul mare, non so quando, osservo, ma sono invisibile, sto lì.

Questa proposta si è inserita in ottica riabilitativo- cognitiva ma anche espressiva, dimostrando come sia possibile coniugare la cura degli aspetti di funzionamento più logico deduttivi a quelli fantasiosi e creativi.

6.4 Lo spazio verde: Esperienza di movimento, musica e arte in gruppo: Colore, Leggerezza, Aria, Fili e percorsi, Tracce e Simboli

Nell' osservazione dei pazienti, spesso si nota come il ricovero e la fissità della collocazione in ambiente ospedaliero, portino anche ad un ritiro del movimento e del contatto corporeo, oltre a ciò che la malattia mentale già determina a livello psicomotorio. Il corpo infatti è palcoscenico del conflitto tra l'io e il Sé, tra

cambiamento e conservazione. L' uomo è mente e corpo, insieme inscindibile di due parti, pertanto ai disagi mentali si associano quelli motori ("debilità motrice" - Duprè). Il movimento corporeo è il primo e principale metodo di comunicazione degli esseri umani, proporre quindi un'attività arteterapica che integri la possibilità di utilizzare il corpo, interagire con esso, anche danzando, offre un'ulteriore possibilità riabilitativa di connettere diverse aree del Sé. Nelle terapie a mediazione artistica, tutti i canali conoscitivi sono coinvolti (sensorialità, esperienza, intuito, immaginazione, capacità cognitive) ed espressi (verbale e non verbale) al fine di valorizzare l'uomo nella sua interezza. La proposta quindi di inserire dei momenti integrati di danza e arte nel mio tirocinio, ha avuto lo scopo di poter arricchire la proposta arteterapica e poterne osservare i benefici. In riferimento al metodo Fux di danzaterapia, sono stati proposti dei momenti di movimento corporeo con la musica, "stimoli creativi" come li definisce lei, su cui poter sperimentare determinate "sensazioni" per poi integrarle nell'espressione simbolica e grafica.

Il **contenuto** proposto, consisteva in una serie di immagini/idee (leggerezza, aria, fili, impronte, colore) l'uso di un oggetto mediatore (palloncino, telo, filo...) accompagnato da una musica appositamente scelta e pensata. Il gruppo ha vissuto queste esperienze di movimento sia all'esterno nel giardino, quando possibile, sia all'interno. All'osservazione si è notato l'estremo bisogno espresso dei pazienti di poter sciogliere tensioni attraverso il corpo, la partecipazione è sempre stata molto alta, nonostante le differenti età e difficoltà. Queste esperienze di gruppo, sono state un tentativo pionieristico di sperimentare la possibilità di far funzionare un gruppo che gruppo non è, in quanto tale, attraverso la mediazione del linguaggio artistico. Le proposte rispettose delle difese personali, sono state colte dai pazienti come momenti rilassanti e rivitalizzanti, così come hanno verbalizzato al post esperienza. Anche la produzione grafica di gruppo è stata facilitata dall'esperienza vissuta con il corpo. Nonostante la tendenza delle persone coinvolte a rimanere sul sé corporeo individuale, spesso è accaduto che spontaneamente i pazienti iniziassero a interagire tra loro, trasformando un lavoro in gruppo in un lavoro "di" gruppo. Questa apertura tutt'altro che scontata in un gruppo terapeutico, appare in questo contesto ancora più sorprendente.

Al termine dell'esperienza corporea, nessun paziente ha sentito la necessità di ritornare sulla produzione grafica singola, ma tutti hanno contribuito a fissare sul foglio comune appeso alla parete la loro esperienza in termini grafici. Alla verbalizzazione sono nate anche numerose parole che sono state inserite, e hanno dato modo di alzare ulteriormente l'azione simbolica e comunicativa.

Dal corpo alla parola, attraverso l'arte, è un'esperienza molto coinvolgente e non sempre semplice, ma se inserita in un buon setting, davvero rappresenta un'occasione importante. Il benessere psico-fisico, che ne può derivare agisce a livello neuro-psicomotorio, e risulta un buon compendio alle cure offerte in un reparto psichiatrico.



**Colore e primavera dopo
lavoro con palloncini
leggerezza e colore**





Elaborazione grafica: esperienza danza



**“danza
della
propria
nuvola”**

**“danza
dell’aria
”
in
gruppo,**





**Danza sulle tracce ed
impronte di sè**



6.5 Ricomporre frammenti: esperienza di collage



Il collage è una tecnica che in Arteterapia assume diverse valenze d' utilizzo, dal francese "incollare", ci si riferisce a qualsiasi manufatto realizzato incollando uno strato su una superficie. In ambito psichiatrico questo strumento risulta particolarmente adatto nella ricerca di nuove modalità per sperimentare la "tenuta" e la "composizione delle diverse parti", che il paziente spesso vive come frammentate. Come si è già illustrato rispetto ai disturbi di natura psicotica, ma anche rispetto ai disturbi di personalità, una delle difficoltà che il paziente si trova ad affrontare è la frammentazione e la scissione di diverse parti di sé, che non comunicano più e vengono spesso cristallizzate in forme separate all' interno della psiche. Questi meccanismi di funzionamento psichico, risultano difensivi, rispetto all' inaccettabilità per la psiche di vivere un determinato vissuto nella sua interezza. Peraltro questa difficoltà non permette di incorporare nella coscienza aspetti

contraddittori di una stessa cosa. La scissione come avviene nei disturbi di personalità borderline, porta a dividere in categorie estreme (“buone” e “cattive”), le esperienze di relazione. I gradi esterni di scissione interna possono provocare una frammentazione del sé. Nei pazienti psicotici la scissione avviene a livello di comunicazione tra l’Io e la realtà, i processi psichici di fondo quindi compromettono spesso le capacità percettive a danno dell’esame di realtà. Quando in ultima analisi, il meccanismo di scissione diventa pervasivo, esso può condurre alla totale frammentazione dell’io e al crollo psicotico. Tale premessa risulta fondamentale per comprendere come la proposta di collage, in arteterapia, possa assumere valenze riabilitative, in quanto si inserisce nella possibilità a livello simbolico di sperimentare, la composizione di frammenti che se organizzati, assumono un significato, comunicabile. In alcune esperienze vissute i “frammenti” sono stati scelti per la loro forma evocativa, e da questa è stata costruita un’immagine, altre volte sono stati frutto di un processo di distruzione e ricomposizione della propria opera, in stile riparativo e riorganizzativo, altre volte i ritagli sono stati utilizzati per rappresentare parti di sé e del proprio carattere. La flessibilità dello strumento permette infatti alla persona di effettuare delle scelte, in base al bisogno che vuole soddisfare, Sapendo che in Arteterapia è **il processo** ad essere importante, osservare insieme al paziente, come le diverse parti, trovino spazio sul foglio, come comunichino tra esse, che scelte vengano effettuate, si inserisce nella funzione terapeutica.



6.6 Vedere OLTRE i limiti. Quando l'arte si "sente".

Nell'esperienza di tirocinio mi sono dovuta misurare con molti limiti, limiti strutturali, organizzativi, eventi imprevisti, pesanti restrizioni a causa della pandemia Covid 19 in atto, pazienti sempre diversi, in alcune occasioni il limite è stato portato in modo imprevisto dalle condizioni fisiche di alcuni pazienti. Come permettere ad una persona non vedente, con limiti cognitivi, ed espressivi a fruire dell'esperienza di arteterapia?

Se il canale privilegiato dell'arte visiva è la vista? Ed è necessario trovare un modo nel qui e ora, visto che l'ingresso in atelier, non era programmato?

Il colore è materia, asciutta, umida, definibile, malleabile, il colore è vibrazione, è odore, è calore o freschezza. Il segno è movimento, è gesto comunicativo, è espressione. Il gesto artistico nasce dal corpo, da un insieme di informazioni senso - propriocettive che integrate, sviluppano un'integrazione dei livelli immaginativi, creativi e di esecuzione psicomotoria.

Fondamentale quindi favorire nel paziente questa prima presa di consapevolezza che è anche messa in sicurezza, prima di condurre la persona a qualsiasi tipo di esplorazione. Esplorare lo spazio di lavoro, rendere sicura la posizione, fissare il foglio, rendere fruibili i colori, proporre alcune alternative d'uso dei materiali. Lasciare che la persona esplori con gli altri sensi i colori, li possa annusare, sentire. In questo caso la paziente non era cieca dalla nascita quindi aveva già fatto esperienza dei colori, ed è stato possibile dare nome a quello utilizzato.





“Il quadro con la mente”

**Sento insetti che volano,
sento uccellini sopra all’
albero, occhi che
guardano i miei, è
tiepido, bello,
tranquillo...**

Impronte, forme e tentativi di veicolare un messaggio con le lettere conosciute. Questa esperienza mi ha condotto attraverso il limite alla potenzialità di integrazione dei linguaggi, in sottofondo era stata utilizzata una musica d’ ambiente con suoni della natura, per favorire la rilassatezza, la paziente ha molto gradito questo accompagnamento tanto da includerlo nelle verbalizzazioni. Un limite che ha portato alla possibilità di fare un’esperienza integrata.

6.7 La Finestra Verso L' Oltre:

creazione di uno spazio simbolico dove lasciare traccia del proprio passaggio.



Al termine dell'esperienza di tirocinio, ho riflettuto sulla modalità con cui avrei potuto lasciare una traccia del lavoro proposto in reparto, ma il mio desiderio non era lasciare un ricordo di qualcosa che si era concluso. Parlando con la responsabile del reparto, è emerso come spesso mancasse al reparto uno strumento per ricostruire e valorizzare la storia del passaggio dei pazienti, in questo spazio. Unitamente alla mia osservazione di come alcune pareti del refettorio negli anni fossero state scritte e disegnate dai pazienti di passaggio, ho pensato di costruire **una Finestra**, dipinta sulle pareti, con uno spazio interno in cui posizionare un foglio di carta. Un foglio da sostituire, ogni qual volta lo spazio diventi saturo dei disegni dei pazienti. All'esigenza spontanea di alcuni pazienti di lasciare segno del proprio passaggio, si unisce la creazione di una Storia grafica di chi ha abitato il reparto. Nasce così la finestra verso l'Oltre, una finestra, per guardare e immaginare "FUORI", ma anche una possibilità per osservare "DENTRO".

Fuori e Dentro di sé, Fuori e Dentro la sofferenza mentale, Fuori e Dentro il reparto, e coltivare immagini, speranze, paesaggi, scenografie, o semplicemente un modo per dire con il proprio segno

SONO QUI... sono ancora presente, e lo voglio dire.



...e poi accade che...



I pazienti... un giorno.... Colorino il loro spazio di CURA.

6.8 Operatori a confronto: esperienza di formazione con le artiterapie

A seguito delle esperienze con le Artiterapie in reparto, la responsabile dott. Silvia Ferraris, ha elaborato un percorso formativo per gli operatori. Medici, infermieri e oss, sono stati coinvolti attraverso tecniche di medicina narrativa, psicodramma, arteterapia e danzaterapia a lavorare sui vissuti che il difficile compito di cura richiede. Personalmente sono stata coinvolta nella proposta di





lavorare sugli aspetti emotivi che emergono nell' impatto con la sofferenza psichica e a contattare aspetti personali e relazionali nella cura dell'altro. La mia proposta ha previsto un momento di Musicoterapia recettiva integrata (metodo Niccolò Cattich): attraverso l'ascolto musicale di brani scelti dal terapeuta, il gruppo ha integrato le proprie emozioni attraverso l'espressione artistica con le stoffe colorate. Le forme e le suggestioni

**MT Recettiva
integrata**

emotive date dall' ascolto sono state occasioni molto simboliche per lavorare su alcune tematiche della psicopatologia, così come viene vissuta nel profondo di ogni operatore. Questo lavoro è stato integrato con un lavoro psicocorporeo di danza e alcuni momenti psicomotori, dove l'assenza del canale verbale, ha dato modo agli operatori di "vivere sulla propria pelle" alcuni aspetti della relazione con l'altro.



In collaborazione stretta con gli altri operatori che si sono occupati del progetto di formazione, è stato creato un prodotto artistico simbolo e frutto del percorso fatto.



Questa esperienza a mio avviso ha dato un significativo contributo sul senso e sull'efficacia di utilizzare gli strumenti analogici nei processi di cura.



Arte, musica, danza, teatro, sono canali entro i quali tutti possono ritrovarsi e ritrovare un modo per raccontare di sé, essi attingono alle parti sane e creative che tutti noi abbiamo, sono linguaggi universali e in quanto tali condivisibili, OLTRE la sofferenza.

Ringraziamenti

Ringrazio con affetto il mio relatore Dott. Niccolò Cattich per la sua presenza incoraggiante, che con conoscenza, competenza e umanità mi ha accompagnato in tutte le salite e discese di questo percorso.

Ringrazio la mia “sorella gemella” Marzia, per essere stata compagna, amica, e anima in cammino con me.

Ringrazio mio figlio Lorenzo per l’aiuto tecnico alla stesura della tesi.

E ringrazio sentitamente la dott. Silvia Ferraris responsabile del reparto SPDC ASL Vercelli, per avermi accolta in reparto e avermi accordato la sua fiducia

Grazie a tutti i pazienti del reparto che hanno accolto le mie proposte, insegnandomi più di quanto avrei potuto.

Bibliografia

- BA-GABRIELLA *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale* -Milano-Franco Angeli-2003
- BA-GABRIELLA *Le strategie riabilitative nel Day Hospital Psichiatria e psicoterapia analitica* , 1985
- BORGNA E. *La dimensione sociale e culturale della riabilitazione psichiatrica* 1991
- BION WR *Esperienze nei gruppi* Armando, Roma 1974
- CAROZZA P. *Principi di riabilitazione psichiatrica* -Milano-Franco Angeli-2006
- CALLIERI B *La riabilitazione psichiatrica e psicosociale del paziente difficile-* La Bussola – Frosinone
- CATTICH N. -SAGLIO G. *L' Oltre e l'Altro* -Torino- Priuli &Verluccha -2010
- CIOMPI L. *Nuovi concetti sulla schizofrenia* ,in C. Faccincani, Fiorio
- CORREALE A.-NICOLETTI V. *Il gruppo in psichiatria*-Roma -Borla 2004
- DSM5 *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali-Raffaello cortina Edizioni*
- FERIOLI VITTORIO *Il ricovero psichiatrico ospedaliero*-Roma-Giovanni Fioriti Editore-2014
- ERCOLANI GIAMPIERO *Oltre il buio-interventi di gruppo in spdc e strutture psichiatriche*-2015- Alpes
- FERRUTA ANNA *Un lavoro terapeutico- l'infermiere in psichiatria*-Milano 2001- Franco Angeli
- FASSINO-DAGA-LEOMBRUNI- *Manuale di psichiatria biopsicosociale-* Edi-Ermes-2010
- HILMANN JAMES *Le storie che curano* 1984 Cortina Raffaello
- LIBERMAN ROBERT PAUL *Il recovery dalla disabilità -manuale di riabilitazione psichiatrica* -Roma 2008 Giovanni Fioriti Editori
- PALAZZI C. TAVERNA A *Artiterapie i fondamenti teorici* Tirrenia stampatori Torino 2000
- MOLTENI RAFFAELLA- *L'Arteterapia-* XENIA- 2007
- KANDINSKY *Linea punto superficie* 1968 adelphy

WINNICOT DONALD *Dalla pediatria alla psicoanalisi* – GIUNTI -PSYCO
HEINZ L.ANSBACHER ROWENA R. *La psicologia individuale di Alfred Adler*
Firenze – 1997 -PSYCHO ed.