

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale

Corso di laurea in
CURE INFERMIERISTICHE

**L'efficacia dell'arteterapia nelle persone che presentano una
sintomatologia ansiosa, un possibile strumento per
le cure infermieristiche**

Una revisione della letteratura

Lavoro di tesi
(*Bachelor Thesis*)

di

Tela Alice

Direttrice di Tesi: Pellizzari Lara

Anno accademico: 2020-2021
Manno, 31 luglio 2021

Sommario

1. Introduzione: motivazioni, obiettivi e metodologia	3
2. BACKGROUND.....	4
2.1. L'ansia: definizione e correlati	4
2.2. L'ansia con lo sguardo della PNEI.....	7
2.3. Sistemi di classificazione dell'ansia (DSM-V e ICD 10).....	10
2.4. Epidemiologia, eziologia e prevalenza	13
2.5. I costrutti psicopatologici dell'ansia.....	14
2.6. I trattamenti per l'ansia	15
3.1. L'arteterapia.....	18
3.2. La metodologia dell'arteterapia.....	20
3.3. Gli effetti dell'arte sull'organismo.....	21
3.4. Arteterapia e ansia	23
4. FOREGROUD	24
4.1. Metodologia	24
4.2. Domanda di ricerca.....	24
4.3. Analisi, descrizione e discussione degli studi	26
4.4. Risultati di ricerca	28
5. Discussione della revisione	32
8. Conclusioni	34
9. Considerazioni personali	36
10. Ringraziamenti.....	37
11. Allegati	39
12. Bibliografia.....	68

1. Introduzione: motivazioni, obiettivi e metodologia

Per la stesura della mia Tesi di Bachelor ho deciso di trattare il mondo variopinto della psichiatria. Ho da sempre avuto una forte curiosità rispetto la mente umana, il suo funzionamento e le sue caratteristiche. La psicologia rappresenta lo studio della mente umana e la psichiatria studia e tratta le malattie mentali. Ho svolto due stage in psichiatria e sto terminando l'ultimo stage sempre in quest'ambito. La prima esperienza svolta durante il secondo stage della SUPSI è iniziata a Piacenza, al Centro di Salute Mentale. In quell'esperienza ho potuto iniziare il mio percorso di crescita e di riflessione rispetto alla psichiatria. Prima di iniziare lo stage, malgrado avessi partecipato ai moduli offerti dalla SUPSI sullo studio della salute mentale e lo stigma nella psichiatria, i quali mi hanno dato modo di maturare la mia visione, l'idea di incontrare una persona con disturbi mentali mi preoccupava. I preconcetti che accompagnavano questa mia paura risiedevano nell'ignoranza verso una realtà che con l'esperienza pratica risultò completamente differente. Infatti, quando mi avvicinai per la mia prima volta nel ruolo di infermiera a questa dimensione ho osservato diverse situazioni che mi hanno fatto riflettere su quanto possa essere vulnerabile e curioso questo mondo. Stare accanto a chi vive nella convinzione di essere perseguitato da qualcosa a cui ha fatto un torto, sostenere chi non ha più la motivazione per alzarsi dal letto, imparare a stare senza giudizio con chi ha sviluppato atteggiamenti caratteriali maleducati, sono state tutte esperienze che mi hanno messo alla prova. Mi hanno portato a confrontarmi con dei miei limiti, con una presa di coscienza che, attraverso lo studio e l'allenamento, mi ha permesso di crescere e affinare le mie competenze. Quest'ultime, la crescita personale rispetto a i propri limiti e l'accrescimento delle abilità, sono una delle motivazioni più grandi che mi trasmette l'energia per affrontare diverse situazioni nel mio lavoro. Durante lo stage al Centro di Salute Mentale a Piacenza ho potuto osservare alcune sessioni di arteterapia condotte da un arte terapeuta certificato in collaborazione con un infermiere. Questa esperienza mi ha affascinato particolarmente e mi ha spinto a fare altre ricerche su questo trattamento. Osservavo come gli utenti disegnavano e quanta cura ci mettevano per ogni dettaglio. Al termine della sessione molti di loro erano fieri della loro opera e alcuni erano anche in grado di dare delle descrizioni più approfondite in merito. L'arte terapeuta poi mi ha permesso di vedere le opere in ordine temporale di un utente e mi ha spiegato le caratteristiche di ogni disegno e della loro connotazione psicologica. Ero sorpresa di quanto questa tecnica, molto economica e applicabile a tutti, fosse uno strumento così efficace. Questa esperienza mi ha fatto riflettere sulla praticità dell'arteterapia, la quale permetteva a chi non riusciva a comunicare verbalmente i disagi psichici, di comunicare attraverso l'arte, aiutava a rilassarsi chi aveva tensione endopsichica e aumentava l'autostima a chi non ne aveva. Dato il potenziale di questa terapia, ho deciso di analizzarla maggiormente all'interno di questo Lavoro di Bachelor, al fine di osservare la sua efficacia nella pratica clinica. Ho inoltre voluto approfondire l'ansia, un elemento comune a tutti gli umani: esiste chi la prova nei limiti fisiologici, ovvero nei momenti in cui viene confrontato con qualcosa di stressante o di pericoloso, ma esiste anche la connotazione patologica, quando un individuo la sperimenta per un lasso di tempo indefinito e se la porta appresso in tutte le attività di vita. In questo modo la qualità di vita viene compromessa, l'individuo comincia a evitare tutte le situazioni che possono aumentare questo suo stato d'ansia e si ritrova in una condizione dove non prova mai sicurezza e serenità.

Alla luce di questo gli obiettivi principali del Lavoro di Bachelor sono i seguenti:

- esplorare le caratteristiche degli aspetti psicopatologici dell'ansia,
- esplorare il trattamento basato sull'arteterapia e verificare se l'arteterapia sia una terapia complementare efficace per le persone che presentano una sintomatologia ansiosa
- Inoltre, redigendo questo Lavoro di Bachelor potrò comprendere ed esplicitare la sua applicabilità nella quotidianità della professione infermieristica.

Questo Lavoro di Bachelor verrà suddiviso in due capitoli principali.

Il primo dove verrà approfondita l'ansia in tutte le sue componenti, le caratteristiche e i trattamenti. Sempre nel primo capitolo seguirà l'esplorazione dell'arteterapia, la sua storia, la metodologia, il ruolo dell'arteterapeuta, e gli effetti dell'arteterapia sull'organismo.

Il secondo capitolo invece spiega la metodologia scelta per questo Lavoro, la spiegazione del percorso, la descrizione, l'analisi e la discussione dei risultati degli studi.

2. BACKGROUND

2.1. L'ansia: definizione e correlati

Tutti noi crediamo di conoscere il significato di ansia, ma quando cerchiamo di trovare una definizione precisa cominciano a comparire difficoltà.

L'American Psychological Association (2021, "Anxiety") definisce l'ansia come "un'emozione caratterizzata da sentimenti di tensione, preoccupazioni e cambiamenti fisici come l'aumento della pressione sanguigna".

L'ansia è l'espressione emotiva di situazioni di stress, di condizioni di allarme e di pericoli simbolici o reali (Torta & Caldera, 2008). Può essere definita come una manifestazione dello stato d'animo e solitamente è una sensazione psichica che l'umano vive frequentemente durante l'arco della vita. (Chand & Marwaha, 2021)

Data la definizione, potrebbero emergere difficoltà nella scissione tra la definizione di ansia e paura. Si rende dunque necessaria una spiegazione di cosa sia la paura.

La paura si differenzia dall'ansia poiché è sempre rivolta a un pericolo o una situazione determinata (Fassino et al., 2007b). L'ansia, invece, prevede un vissuto di attesa; anticipa un pericolo futuro (reale o meno), e un senso d'inefficacia situazionale (Fassino et al., 2007b). Secondo Joseph LeDoux (2015), neuroscienziato statunitense e direttore del *Center for the Neuroscienze of Fear and Anxiety* di New York, il grado d'ansia di una persona è un tratto della personalità e una parte importante del temperamento.

Possiamo racchiudere l'ansia nell'ambito dell'affettività: essa è un'emozione o un sentimento che può avere cause diverse e intensità diverse (Torta & Caldera, 2008).

Esiste un elemento che correla l'ansia e la paura, infatti entrambe nascono quando si presenta una minaccia (Miceli & Castelfranchi, 2005). La minaccia rappresenta un pericolo imminente che può causare un danno all'individuo o alla specie (Miceli & Castelfranchi, 2005). L'essere umano vive la minaccia come un evento indefinito principalmente per due ragioni: il mondo è un concetto tutt'altro che chiaro e distinto, raffigura la complessità mentre i cambiamenti avvengono in modo repentino e veloce.

Questa incertezza permette alle minacce di divenire maggiormente indefinite e ignote (Miceli & Castelfranchi, 2005). L'altra ragione risiede nella capacità dell'essere umano di possedere un sistema cognitivo complesso, composto da obiettivi che vanno ben oltre la sopravvivenza e la riproduzione. L'individuo può vivere come minaccia l'intaccamento alla propria identità e autostima, oppure la compromissione dei propri principi etici ed esistenziali (Miceli & Castelfranchi, 2005).

L'emozione ansiosa nasce dal pensiero che il risultato dell'evento possa essere negativo, ma anche, seppur con meno convinzione, che il risultato possa essere positivo (Miceli & Castelfranchi, 2005). Il soggetto che prova ansia per un evento dimostra un bisogno di controllo orientato sulla minaccia. Esso intraprende un percorso di valutazione attraverso l'accertamento delle probabilità di riuscita, l'intuizione delle dimensioni della minaccia stessa, il riconoscimento delle conseguenze e la misurazione della propria capacità di affrontarla (Miceli & Castelfranchi, 2005).

Si possono quindi distinguere due forme d'ansia: l'ansia di tratto e l'ansia di stato. L'ansia di stato solitamente è un'ansia transitoria e viene provocata per uno stimolo chiaro e definito: l'individuo prova tensione, inquietudine e nervosismo. L'ansia di tratto ha invece la caratteristica di essere continua ed è presente indipendentemente dalla presenza di uno stimolo. Solitamente l'ansia di tratto è strettamente correlata alla personalità e temperamento: se un soggetto avrà un temperamento ansioso, le sue interazioni con l'ambiente saranno gestite attraverso l'aspettativa negativa o ansia anticipatoria. In questo caso il modello di comportamento di questo soggetto sarà l'evitamento o l'ostilità (Glick & Roose, 2010).

LeDoux (2015) ricorda che è improbabile avere paura senza provare ansia: infatti quando ci si trova in una situazione spaventosa che richiama la paura, la nostra mente fa emergere le preoccupazioni delle conseguenze derivanti dal pericolo imminente. Similmente quando proviamo ansia per un determinato stimolo o oggetto, rischiamo di indurre un sentimento di paura per cose che solitamente non la causerebbero (LeDoux, 2015).

Un altro fenomeno strettamente correlato all'ansia è lo stress: molteplici studi sostengono che l'aver vissuto avvenimenti stressanti può far aumentare la comparsa di deficit organici e psicologici, tra cui l'ansia (Farnè, 2003). Esistono studi che indicano che il maggior numero di persone ansiose e depresse vive in paesi maggiormente sviluppati. Un grado di stress alto aumenta i vissuti ansiosi e depressivi e, al contrario, chi vive ansia o depressione può alimentare lo stress (Lazzari et al., n.d.).

Spesso si legge che i disturbi d'ansia siano stati scoperti recentemente, non prima del diciannovesimo secolo, come anche la schizofrenia. Al contrario della melanconia o altri disturbi d'umore, dei quali si possono trovare informazioni già dall'antichità classica. Esistono in realtà documenti che definiscono l'ansia quale forma di disturbo già da filosofi e medici greco-romani. Nello specifico, la filosofia antica suggerisce trattamenti per l'ansia non molto diversi dagli approcci cognitivi odierni (Crocq, 2015). La prima citazione all'ansia risale all'anno 600 a.C., descritta dalla poetessa greca Sappho (Mepha Pharma SA, 2017).

La parola ansia, dal latino *àngo* – *passato ànxi*, significa restringere, soffocare (Bonomi, 2008). Questo termine veniva utilizzato per descrivere l'oppressione o l'angoscia, ma veniva impiegata spesso riferendosi alle sensazioni fisiche quali tensione, disagio e costrizione (LeDoux, 2015).

Si può osservare l'ansia come espressione fisica nei volti di Laocoonte e figli, nella scultura greca "Gruppo del Laocoonte" (vedi Figura 1, Liali, 2020), dove essi si

contorcono a causa dei morsi dei serpenti per punizione divina dopo aver provato a svelare lo stratagemma del cavallo di Troia (LeDoux, 2015).



Figura 1: Il gruppo del Laocoonte (Liali, 2020)

Tra l'antichità classica e la psicologia moderna c'è stato un momento nell'era in cui il concetto di ansia come malattia sembrasse scomparso dalla letteratura. I pazienti che presentavano ansia esistevano, ma il quadro clinico veniva diagnosticato in termini differenti (Crocq, 2015).

In origine, la definizione di ansia come infondata e non specifica è stata coniata dal filosofo danese Søren Aabye Kierkegaard (1813-1855) e successivamente anche il filosofo tedesco Martin Heidegger (1889-1976) ha voluto riconoscerla come la consapevolezza umana della morte (Mepha Pharma SA, 2017).

Alla fine del diciannovesimo secolo e l'inizio del ventesimo secolo, George Miller Beard descrive per la prima volta la nevralgia (1869). I sintomi erano molteplici tra cui malessere generale, dolori nevralgici, isteria, ipocondria e sintomi d'ansia e depressione cronica (Crocq, 2015). Al giorno d'oggi la nevralgia è ancora presente nella categoria "altri disturbi nevrotici (F48)" dell'ICD-10 (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2020).

Sigmund Freud estrapolò dalla nevralgia la nevrosi d'ansia, molti termini da lui cognati sono ancora oggi utilizzati per diversi disturbi d'ansia (Crocq, 2015). Secondo Freud, l'angoscia è il fondamento della maggioranza dei disturbi mentali, vedendola come uno stato naturale e pure utile, come una caratteristica comune che molte persone vivono nella quotidianità. Inoltre sosteneva che l'ansia/angoscia riguarda uno stato differente dalla paura: mentre la paura è strettamente collegata ad un oggetto, l'angoscia è piuttosto uno stato d'attesa o preparazione al pericolo imminente, futuro, effettivo o ignoto (LeDoux, 2015). Creatore del metodo psicoanalitico, Freud, sosteneva che l'angoscia proviene dal bisogno di tenere all'esterno dalla coscienza gli impulsi legati a ricordi stressanti. Quando la rimozione non è efficace, i ricordi arrivano alla coscienza e scaturiscono l'angoscia nevrotica (LeDoux, 2015). Diversamente la pensavano i filosofi esistenzialisti Martin Heidegger e Jean-Paul Sartre nati da idee simili a Kierkegaard, i quali asseriscono che l'angoscia è una parte fondamentale della natura umana e che senza di essa non si può progredire. Veniva inoltre affermato che l'angoscia può essere uno stimolo della vita, ma dev'essere equilibrata: se l'angoscia è poca non vi è motivazione, se è troppa si rischia un deficit (LeDoux, 2015).

Nel DSM-I l'ansia era quasi un sinonimo dei disturbi psiconevrotici. Dal DSM-IV al DSM-V sono cambiate le classificazioni dell'ansia.

Per la prima volta, grazie alla crescente conoscenza delle reazioni dei circuiti cerebrali alla base dello stress, panico, ossessioni e compulsioni, sono state rese più dettagliate le classificazioni (Crocq, 2015).

I disturbi ossessivo-compulsivi sono stati separati dai disturbi d'ansia e sono stati inseriti in un gruppo di disturbi caratterizzati da pensieri o comportamenti ripetitivi come il dismorfismo corporeo e il disturbo d'accumulo (Crocq, 2015). Inoltre i disturbi legati al trauma e allo stress, sono stati unificati nel gruppo di disturbi dell'attaccamento reattivo, disturbo dell'impegno sociale disinibito, disturbi dell'adattamento e disturbo da stress post traumatico e da stress acuto (Crocq, 2015). Infine, mutismo selettivo e disturbi d'ansia da separazione, precedentemente inclusi nei disturbi diagnosticati nell'infanzia e nell'adolescenza, sono ora classificati con gli altri disturbi d'ansia (Crocq, 2015).

2.2. L'ansia con lo sguardo della PNEI

L'ansia comprende diverse sfere, tra cui quella psichica, neurovegetativa, e motoria (Fassino et al., 2007b). Nelle condizioni normali, l'ansia può essere uno stato di attivazione, il quale permette di avere la carica psicologica e organica necessaria per affrontare la vita quotidiana, risolvere i problemi e affrontare situazioni stressogene (Farnè, 2003; Fassino et al., 2007a).

In dettaglio, ogni umano prova un livello d'ansia differente, questa diversità viene spiegata in parte dalla soggettività dell'individuo. Per essere più precisi, ogni persona vive esperienze diverse e sviluppa risorse utili al superamento di queste (LeDoux, 2015). Nella fattispecie, chi vive molte esperienze come fondamentali, avrà maggiori possibilità di provare ansia e stress legate all'esperienza (LeDoux, 2015).

Secondo l'approccio salutogenico concettualizzato da Aaron Antonovsky (1923-1994) una persona acquisisce nel corso della sua vita risorse soggettive, influenzate dalle caratteristiche individuali, il contesto in cui vive, la vita sociale, la cultura dov'è inserito, la famiglia e le esperienze vissute (Simonelli & Simonelli, 2010).

L'ansia funzionale permette di prendere decisioni ed è molte volte legata al bisogno di sapere e alla tensione dell'attesa, ovvero condizioni quotidiane dell'essere umano (Farnè, 2003). L'ansia del sapere nasce quando un individuo, immerso nella realtà odierna caratterizzata dal succedersi di scoperte e novità, acquisisce il bisogno incessante di specializzarsi e di aggiornarsi nelle sue competenze e saperi (Farnè, 2003). Per esempio, data questa condizione, l'umano ricorre a tecniche di apprendimento sempre meno convenzionali e sane, ma che permettono una riduzione del tempo di acquisizione di informazioni. Ossia, la lettura rapida, o l'apprendimento durante le ore di sonno, o la riduzione delle stesse per studiare di più (Farnè, 2003). L'ansia nei confronti dell'ignoto, invece nasce quando l'individuo tende ad espandersi, allargare i suoi orizzonti, cercare di confrontarsi con qualcosa che non conosce (Farnè, 2003). L'ansia fisiologica è dunque innata ed emerge per la nostra condizione di esseri umani e non divini (Farnè, 2003).

La scienza studia da anni i fattori psicosociali in correlazione con lo sviluppo e il decorso delle diverse condizioni patologiche (Roganti, n.d.). La PNEI, ovvero la psico-neuro-endocrino-immunologia, indaga attraverso un approccio interdisciplinare le relazioni tra encefalo, comportamento, sistema endocrino e sistema immunitario (Roganti, n.d.). Secondo la biochimica sono state scoperte zone anatomiche legate alle emozioni oltre all'ippocampo, ipotalamo e amigdala, come la radice dorsale, con lo scopo di filtrare le sensazioni che viviamo (Mercenaro, 2006). Vi sono infatti, nel nostro sistema nervoso, delle aree specializzate nella lettura e analisi delle informazioni degli organi di senso. Proprio in queste sedi, chiamate punti nodali, si possono osservare un maggior

numero di recettori peptidi. In queste aree vengono analizzati i peptidi, i quali permettono di elaborare le informazioni, stabilire la priorità e rispondere fisiologicamente (Mercenaro, 2006). Tramite i neuropeptidi, il sistema corpo-mente riprende e seda le emozioni o i comportamenti. Grazie a ciò vi è una scrematura di ciò che emerge alla coscienza e ciò che permane nell'inconscio. La consapevolezza interocettiva, ovvero la capacità dell'individuo di percepire sensibilmente i segnali corporei, si pensa sia strettamente correlata alle emozioni (Pollatos et al., 2007).

Secondo alcuni studi è emersa una correlazione tra disturbi d'ansia e alterazioni del sistema immunitario. Per esempio, l'aumento dei pensieri intrusivi nei pazienti con disturbo d'ansia generalizzato ha contribuito a ridurre la funzionalità dei linfociti e ad un aumento dei giorni di malattia dovuti a infezioni delle vie aeree superiori (Roganti, n.d.). Sono anche state individuate delle correlazioni tra aumento del numero delle cellule T totali e un'aumentata risposta agli antigeni nelle persone affette da disturbi d'ansia. Uno studio effettuato su studenti di medicina con presenza di sintomi ansiosi ha infatti dimostrato che l'aumento di questi ultimi era associata a una diminuzione della risposta al vaccino contro l'epatite B (Roganti, n.d.).

Sistema nervoso

Quando l'essere umano vive un'esperienza ansiosa, vengono coinvolti complessi meccanismi e molteplici circuiti neuronali. Nel corso degli anni sono state scoperte zone dell'encefalo, tra cui il talamo, l'amigdala e la corteccia, le quali sono implicate nella modulazione dell'ansia (Torta & Caldera, 2008).

Il talamo, struttura del diencefalo, ha lo scopo di collegare i sistemi sensoriali legati alla sensibilità esterocettiva, alle aree sensitive primarie della corteccia cerebrale che permettono di elaborare lo stimolo. Le principali cortecce associative mandano l'informazione all'amigdala, alla corteccia entorinale, alla corteccia orbitofrontale e alla corteccia cingolata (Torta & Caldera, 2008).

L'amigdala permette di acquisire ed esprimere la paura condizionata. Essa è strettamente collegata con strutture corticali, limbiche, predisposte alle risposte emotive, cognitive, anatomiche ed endocrine dello stress. Alcune interazioni neuronali tra l'amigdala e le regioni corticali e sottocorticali permettono l'attivazione di comportamenti legati alla reazione al pericolo, i quali vengono influenzati da caratteristiche biologiche quali temperamento, esperienze pregresse, e la situazione emozionale (Torta & Caldera, 2008). Dunque, quando viene decodificato a livello corticale un agente stressante, bisogna considerare il contesto e le caratteristiche dell'individuo che influenzeranno la codifica stessa, la risposta emozionale del lobo limbico e l'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (Torta & Caldera, 2008).

L'incertezza caratteristica degli stati d'ansia è definita attesa se in una situazione primariamente percepita come a rischio, mentre è chiamata inattesa quando viene modificato un contesto che inizialmente non era preoccupante. Degli studi di neuroimaging sostengono che l'amigdala sia coinvolta nelle fasi di insicurezza o quando il livello di minaccia non è ben definibile (Torta & Caldera, 2008). L'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene nell'ansia acuta può essere adattiva, poiché il cortisolo ne riduce i sintomi. Nell'ansia cronica, invece, l'eccesso di cortisolo, di adrenalina e noradrenalina induce l'apoptosi neurale, atrofia dell'ippocampo causando deficit cognitivi, riduzione della neurogenesi, e modifica della regolazione della dopamina e serotonina. Non solo, l'attivazione dell'asse in modo prolungato è strettamente correlata a disturbi cardiovascolari come extrasistoli, dolore sternale, tachicardia e problemi gastrointestinali, come il colon irritabile (Lazzari et al., n.d.).

L'esposizione allo stress comporta la modifica dei sistemi neurotrasmettitoriali del sistema nervoso centrale, più precisamente la noradrenalina, serotonina, dopamina, sistema gabaergico, riduzione dell'acido γ -amino butirrico e rilascio di sostanze endogene ad azione ansiolitica (Torta & Caldera, 2008). Grazie alle vie efferenti, vengono attivati il sistema nervoso simpatico e parasimpatico. L'attivazione simpatica, dettata dalla stimolazione dell'ipotalamo da parte dell'amigdala e locus coeruleus (nucleo situato nel tronco encefalico), comporta ipertensione, tachicardia, diaforesi, piloerezione e midriasi (Torta & Caldera, 2008). L'attivazione parasimpatica, attivata anch'essa dall'ipotalamo stimolato dal nucleo paraventricolare, dall'amigdala e locus coeruleus, tramite il nervo vago e splancnico, comporta disturbi gastrointestinali e genito-urinari (Torta & Caldera, 2008).

Sistema ormonale

Il sistema nervoso centrale condiziona direttamente o indirettamente, attraverso scambi neuroendocrini e tramite diversi neurotrasmettitori, il sistema immunitario (Torta & Caldera, 2008).

L'adrenalina viene prodotta anche dalla porzione midollare delle ghiandole surrenali. La parte corticale invece rilascia cortisone che, analogamente all'adrenalina, attiva l'organismo portandolo alla tensione e preparandolo all'azione (Farnè, 2003). Quando questi due ormoni vengono secreti in quantità fisiologiche nel giusto tempo, permettono all'individuo di migliorare l'attenzione, affinare la concentrazione, sviluppando la capacità di apprendimento e di memoria (Farnè, 2003).

Nello specifico, quando il corpo percepisce stimoli ansiogeni, l'amigdala stimola direttamente e indirettamente in nucleo ipotalamico paraventricolare (PVN) e il locus coreleus (Cappelli, 2006). Il locus coreleus permette la produzione di noradrenalina e, attraverso il nucleo accumbens, l'ormone di rilascio della corticotropina, stimola l'ipofisi alla produzione dell'ormone adrenocorticotropo (ACTH) (Cappelli, 2006). Il cortisolo, secreto dalle surrenali, stimola il cervello alla regolazione ipofisaria. In questo modo viene attivato il sistema simpatico e l'individuo può prepararsi all'attacco o alla fuga (Cappelli, 2006).

Grazie al cortisolo, l'ippocampo permette di registrare i ricordi significativi per la sopravvivenza. Quando però la stimolazione è esagerata, o di durata prolungata, subentra col tempo un impoverimento del glucosio nelle cellule dell'ippocampo. Conseguentemente le cellule acquisiscono una vulnerabilità agli stimoli successivi, andando incontro a atrofia o apoptosi. Questo processo, col passare del tempo, inibisce la neurogenesi dell'ippocampo (Cappelli, 2006). Inoltre, la presenza eccessiva di cortisolo provoca deterioramento della corteccia prefrontale, impedendo i processi decisionali. Gli eventi sopradescritti possono spiegare i deficit di memoria nelle persone affette da disturbo post traumatico da stress e depressione (Cappelli, 2006). La compromissione dell'ippocampo comporta difficoltà a inserire l'ansia e la paura nei loro contesti appropriati, portando a disfunzioni e sintomi patologici (Cappelli, 2006).

Studi sulle manipolazioni farmacologiche e genetiche su animali hanno dimostrato la presenza di numerosi neurotrasmettitori che regolano l'ansia, come glutammato, gamma-aminobutirrico, adenosina, noradrenalina, dopamina, serotonina e vari neuropeptidi (Weisstaub et al., 2010). Il trasportatore altamente selettivo della serotonina (5HTT/SERT) permette di determinare la forza e la durata della risposta serotoninergica durante una situazione stressante (Weisstaub et al., 2010). Alcuni studi hanno dimostrato che la delezione genetica del gene di codifica per la SERT ha predisposto i roditori ad un aumento dei comportamenti simili all'ansia (Weisstaub et al., 2010). Alcuni recettori

strettamente correlati all'ansia e agli stati depressivi sono i recettori 5-HT 1A. Essi regolano il rilascio della serotonina e i topi privi di questi recettori mostrano un aumento dell'ansia durante i vari test (Weisstaub et al., 2010). Alcuni studi dimostrano l'esistenza di un'iperattivazione dell'amigdala in persone che soffrono di disturbi d'ansia e disturbo post traumatico da stress (Weisstaub et al., 2010)

Quadro clinico

Sebbene la paura e l'ansia sono esperienze normali che l'umano vive quotidianamente, può capitare che abbiano un'intensità, una frequenza e durata diverse, rendendole disadattive, provocando disagio e deficit durante la quotidianità (LeDoux, 2015). L'ansia diviene patologica quando un individuo si percepisce debole, dipendente dall'altro e quando prova un forte disagio per la sua condizione, impossibilitato quindi a condurre una vita normale (Farnè, 2003). L'ansia è un fenomeno soggettivo, esistono persone che vivono condizioni d'ansia considerevole in modo apparentemente accettabile e altre che crollano davanti a situazioni che potrebbero sembrare di poco conto (Farnè, 2003). Alcuni individui, vivendo esperienze definite imprevedibili o in assenza di controllo personale, sperimentano sintomi d'ansia (Mercenaro, 2006). Quando la persona ansiosa pensa di esporsi a un evento irrealistico con caratteristiche pericolose, il suo pensiero diventa confuso (Mercenaro, 2006). Vi è una perdita della capacità d'analisi dell'evento in modo razionale, aumentano i pensieri catastrofici, spesso legati a schemi emotivi disadattivi del passato, portando a un incremento della sensazione d'ansia e provocando risposte fisiche come tachicardia, tachipnea, diaforesi, secchezza delle fauci, emicrania e vertigini (Mercenaro, 2006). Inoltre, potrebbero comparire disturbi gastrointestinali come nausea, gastrite, reflusso gastroesofageo, diarrea, colon irritabile. Per di più intacca anche il sistema neuromuscolare, aumentando la sensazione di tremore, rigidità, parestesia, contratture, tensione muscolare, debolezza e affaticamento (Perrotta, 2019). L'ansia disfunzionale comporta l'elaborazione di pensieri e sensazioni angoscianti e stressanti, comportamenti di agitazione, aumento o diminuzione dell'appetito, evitamento di alcune situazioni (Perrotta, 2019). La percezione dell'individuo rispetto a una situazione è tuttalpiù influenzata dalla componente psicologica, nello specifico viene influenzata dal significato che l'individuo attribuisce agli avvenimenti. Diversi esperimenti dimostrano che farsi suggerire il significato di eventi futuri piacevoli o spiacevoli influenza, diminuendo o aumentando, le reazioni ansiose e depressive delle persone (Lazzari et al., n.d.).

2.3. Sistemi di classificazione dell'ansia (DSM-V e ICD 10)

In Svizzera vengono utilizzati principalmente due manuali per la classificazione dei disturbi mentali. Uno di questi è l'ICD (Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi di salute correlati), che stabilisce uno standard globale per l'assistenza sanitaria, la documentazione e la statistica.

L'ICD 10 inserisce nel campo "*Disturbi mentali, comportamentali o di neurosviluppo*" "*l'ansia o disturbi legati alla paura*" (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), 2020).

Il disturbo d'ansia generalizzato, per essere diagnosticato, necessita della presenza di marcati sintomi di ansia che persistono per più mesi, con la manifestazione di apprensione generale, preoccupazioni verso la famiglia, lavoro, scuola, e sintomi fisici come tensione muscolare, irrequietezza, iperattività del sistema simpatico, nervosismo, mancanza di concentrazione, irritabilità e disturbi del sonno (BfArM, 2020).

Per quanto riguarda *il disturbo di panico*, è una condizione nella quale l'individuo vive frequenti e ricorrenti attacchi di panico in situazioni di vita quotidiana. Possono essere di intensità differenti, da quella discreta a quella di intensa paura e vengono accompagnati da sintomi quali palpitazioni, tachicardia, diaforesi, tremori, dispnea, dolore toracico, vertigini, paura di morte imminente (BfArM, 2020). Il soggetto che vive attacchi di panico sperimenta una condizione di persistente preoccupazione per la possibile esperienza dell'attacco di panico. Spesso attuano comportamenti al fine di evitare l'attacco, compromettendo le aree di funzionamento personali, sociali, familiari, educative, lavorative (BfArM, 2020).

L'agorafobia invece, è una condizione nella quale l'individuo vive costantemente paura o ansia eccessiva rispetto a situazioni dove vi è difficoltà di fuga o dove l'aiuto potrebbe scarseggiare (BfArM, 2020). La persona affetta da agorafobia è costantemente preoccupata da situazioni come uscire di casa da solo, girare per i negozi, teatri, salire sui mezzi pubblici, poiché potrebbero emergere attacchi di panico, ansia di moderata intensità e sintomi fisici invalidanti o imbarazzanti (BfArM, 2020). Vengono dunque evitate queste situazioni, facendo particolarmente attenzione ad uscire sempre accompagnato. I sintomi possono persistere per diversi mesi e anch'essi hanno un'intensità tale da influenzare negativamente le aree di funzionamento personali, sociali, familiari, educative e lavorative (BfArM, 2020).

L'individuo che è affetto da *fobia specifica* vive paura e ansia eccessiva e sproporzionata nelle situazioni o all'esposizione di oggetti specifici come animali, altezze, spazi chiusi o sangue. Solitamente l'individuo evita queste situazioni o l'incontro con questi elementi, ma può anche sopportarli vivendo una forte ansia e paura. Anche in questo caso i sintomi permangono per almeno diversi mesi, e devono essere sufficientemente gravi da compromettere le aree di funzionamento personali, sociali, familiari, educative e lavorative (BfArM, 2020).

Le caratteristiche del *disturbo d'ansia sociale* sono quelle di vivere una paura o ansia eccessiva nelle situazioni sociali, le interazioni sociali, nel fare qualcosa mentre ci si sente osservati e nell'esibirsi dinanzi agli altri. La persona affetta, prova preoccupazione per come agirà e per i sintomi d'ansia che mostrerà agli altri, i quali lo potrebbero giudicare negativamente. Vengono dunque evitate le situazioni sociali o vengono sopportate con ansia e paura. I sintomi solitamente persistono per diversi mesi e possono essere tanto gravi da causare la compromissione delle aree funzionali (BfArM, 2020).

Il disturbo d'ansia da separazione viene considerato come una paura o ansia eccessiva nelle situazioni di separazione dalle figure di attaccamento specifiche. Nei bambini e adolescenti è un'ansia o paura sproporzionata per la separazione dai *caregiver*. Negli adulti solitamente emerge quest'ansia da separazione verso i *partner* o i propri bambini. L'ansia viene manifestata come pensieri catastrofici, o eventi spiacevoli che accadono alla persona con cui vi è un attaccamento. Inoltre, l'individuo tenderà a provare riluttanza ad andare a scuola o al lavoro, sarà angosciato dalla separazione e si rifiuterà di dormire lontano dalla figura di attaccamento. I sintomi dovrebbero persistere per diversi mesi e devono essere sufficientemente gravi da compromettere le aree di funzionamento (BfArM, 2020)

Il *mutismo selettivo* è una condizione dove l'individuo costantemente seleziona delle situazioni dove può esprimersi e dove non può farlo. Per esempio, la persona parlerà a casa ma non a scuola. Per diagnosticare questa condizione, deve persistere per almeno un mese, e compromettere i risultati scolastici e la comunicazione sociale. Inoltre dev'esser dimostrato che l'incapacità a parlare non è dovuta alla mancata conoscenza della lingua parlata (BfArM, 2020).

L'ICD-10 classifica, inoltre, *i disturbi d'ansia indotti dalla sostanza*, sono disturbi che si sviluppano nel mentre o subito dopo l'intossicazione o l'astinenza dalla sostanza. Le sostanze citate sono alcool, cannabis, cannabinoidi sintetici, oppioidi, ipnotici, sedativi e ansiolitici, cocaina, stimolanti, catinone, caffeina, allucinogeni, inalatori volatili, MDMA, chetamina, sostanze psicoattive, o sostanza psicoattiva non conosciuta o non specificata (BfArM, 2020).

L'*ipocondria* è caratterizzata da preoccupazioni e timori persistenti verso la possibilità di contrarre una o più malattie gravi, potenzialmente letali. L'individuo tende a mettere in atto comportamenti ripetitivi per controllare la salute, compromettendo le aree di funzionamento famigliari, sociali, educative, personali, professionali e altre.

Per quanto riguarda *la sindrome da ansia secondaria*, essa è caratterizzata da sintomi d'ansia moderati-gravi causati da una condizione di salute non classificata sotto i disturbi mentali e comportamentali. Viene diagnosticato sulla base della biografia, dell'esame fisico e risultati di laboratorio. Inoltre, i sintomi non devono spiegare un delirio e non sono una risposta immediata a una grave diagnosi medica (BfArM, 2020).

Sempre nell'ICD-10 vengono classificati altri disturbi specificati legati all'ansia o alla paura e disturbi legati all'ansia o alla paura, non specificati (BfArM, 2020).

Nel DSM-V è consultabile un capitolo dedicato ai disturbi d'ansia. Vengono raggruppati i disturbi caratterizzati da ansia e paura eccessive. Le condizioni elencate nel paragrafo ICD-10 sono descritte con gli stessi elementi nel DSM-V.

Nel DSM-V viene riportato che molti dei disturbi d'ansia si sviluppano durante l'infanzia. Solitamente è un disturbo maggiormente presente nel sesso femminile. I disturbi d'ansia vengono diagnosticati solo se i sintomi non sono attribuibili agli effetti di una sostanza o medicinale, di una condizione medica o di un altro disturbo mentale (American Psychiatric Association, 2013). Nel manuale diagnostico dei disturbi mentali si possono trovare i criteri per diagnosticare il disturbo specifico, le caratteristiche della diagnosi, le caratteristiche associate che supportano la diagnosi, la prevalenza, il corso e lo sviluppo del disturbo, il rischio e i fattori prognostici, i problemi diagnostici legati alla cultura, i problemi diagnostici legati al genere, il rischio di suicidio, le diagnosi differenziali e le comorbidità (American Psychiatric Association, 2013).

Per quanto riguarda disturbi mentali legati a sintomi d'ansia esiste correlazione tra depressione e ansia. Per esempio gli individui che soffrono di depressione maggiore presentano frequentemente lacrimazione, irritabilità, rimuginazione, ansia, eccessiva preoccupazione per la salute fisica e fobie (American Psychiatric Association, 2013). La cronicizzazione dei sintomi depressivi aumenta sostanzialmente la probabilità della comparsa d'ansia e disturbi da uso di sostanze (American Psychiatric Association, 2013). Oltre l'85% delle persone con una diagnosi di depressione manifestano significativi sintomi d'ansia. Allo stesso modo, il 90% delle persone affette da disturbi d'ansia presenta depressione (Gorman, 1996).

Inoltre, circa il 20% degli americani con disturbo d'ansia o depressivo ha in concomitanza un disturbo da dipendenza d'alcol o altre sostanze e circa il 20% di quelli con un disturbo da dipendenza d'alcol o altre sostanze ha un disturbo d'ansia o dell'umore (Anxiety & Depression Association of America, n.d.).

Nel DSM-V viene riportato che i disturbi d'ansia tendono a essere eccessivi e a persistere per periodi superiori a quelli necessari per lo sviluppo. Essi inoltre differiscono dalla paura o ansia transitoria (spesso indotta dallo stress) poiché sono persistenti, solitamente durano sei mesi o più (American Psychiatric Association, 2013). Ogni disturbo d'ansia viene diagnosticato da un clinico che possa tener conto dei fattori culturali e del contesto. Sono disponibili delle scale che valutano la gravità di ogni disturbo d'ansia e per

analizzarne il cambiamento di gravità nel tempo (American Psychiatric Association, 2013).

2.4. Epidemiologia, eziologia e prevalenza

Secondo lo studio di Ritchie & Roser (2018), la prevalenza mondiale dei disturbi d'ansia varia dal 2,5% al 7% a dipendenza del paese. Si stima che a livello della popolazione globale 284 milioni di persone soffrano o hanno sofferto di disturbi d'ansia nel 2017, rendendo questo disturbo uno dei disturbi mentali maggiormente diffuso nel 2017. Il 63% circa di questi (179 milioni) erano di sesso femminile, mentre solo il 37% circa (179 milioni) erano di sesso maschile.

Secondo lo studio di Bürli et al. (2015) quasi il 17% della popolazione svizzera soffre di una patologia mentale, tra cui ansia, depressione e disturbi alimentari. Il costo annuale causato da questa situazione supera i sette miliardi di franchi.

Durante la pandemia sono stati svolti degli studi rispetto alla qualità di salute degli operatori sanitari ed è emerso che in molti di loro emergono sintomi clinici di disturbi d'ansia o depressione. Viene inoltre riportato che durante la crisi pandemica, è stato fondamentale l'accompagnamento continuo alle persone con malattie psichiche come disturbi d'ansia, ossessivo compulsivi, depressioni, dipendenze al fine di evitare riacutizzazioni (Stocker et al., 2020).

Le cause dello sviluppo dei disturbi d'ansia risiedono da un'interazione di fattori bio-psico-sociali. La vulnerabilità genetica e situazioni particolarmente stressanti o traumatiche per il soggetto potrebbero contribuire allo sviluppo di sindromi cliniche.

L'ansia può essere causata da farmaci, abuso di sostanze, traumi, esperienze traumatiche durante l'infanzia (Chand & Marwaha, 2021).

La prevalenza è uno strumento utile per calcolare la proporzione di un gruppo di persone con una caratteristica precisa, in un lasso di tempo determinato (National Institute of Mental Health, 2017).

La prevalenza su dodici mesi *del disturbo d'ansia da separazione* tra gli adulti degli Stati Uniti è dello 0,9%-1,9%. Nei bambini la prevalenza da sei a dodici mesi è stimata circa del 4%. Per gli adolescenti la prevalenza su dodici mesi è del 1,6%. Il disturbo tende a essere prevalente nei bambini più piccoli di dodici anni, ed è ugualmente distribuito nei maschi e nelle femmine (American Psychiatric Association, 2013).

Il *mutismo selettivo* è abbastanza raro: la prevalenza stimata utilizzando i campioni di cliniche o scuole varia tra lo 0,03% e l'1% a seconda dell'ambiente, all'età e agli individui. Non emergono differenze di prevalenza in base al sesso o razza/etnia, di solito il disturbo si manifesta nei bambini piccoli piuttosto che negli adulti e adolescenti (American Psychiatric Association, 2013).

La prevalenza su dodici mesi per *la fobia specifica* negli Stati Uniti si stima sia circa il 7%-9%. I tassi di prevalenza europei sono simili a quelli degli USA: circa il 5% nei bambini e circa il 16% nei ragazzi dai tredici anni ai diciassette. I tassi di prevalenza negli adulti sono invece più bassi, le femmine sono maggiormente colpite rispetto ai maschi con un tasso di circa 2:1 (American Psychiatric Association, 2013).

Per *la fobia sociale* si stima una prevalenza a dodici mesi negli Stati Uniti di circa il 7%. La prevalenza mediana in Europa è del 2,3%. Non vi è grande differenza nella prevalenza degli adulti e dei bambini. I tassi di genere sono leggermente superiori per i maschi, e la prevalenza è maggiore negli indiani d'America, negli asiatici, latini americani, afroamericani e afrocaribici.

Per i disturbi di panico si stima una prevalenza su dodici mesi negli Stati Uniti e nei paesi europei di circa il 2%-3%. Tassi minori si riscontrano nei latini americani, afroamericani,

caribici, asiatici americani. Gli indiani d'America hanno tassi significativamente più alti. Il sesso femminile è maggiormente colpito, con un tasso di circa 2:1. Il tasso di prevalenza è maggiore nei giovani adulti e adulti (American Psychiatric Association, 2013).

La prevalenza su dodici mesi dell'*agorafobia* è di circa l'1,7% degli adolescenti e adulti. Le femmine sono maggiormente colpite rispetto ai maschi. L'incidenza raggiunge un picco nella tarda adolescenza e nella prima età adulta. I tassi di prevalenza non cambiano rispetto ai gruppi culturali o razziali (American Psychiatric Association, 2013).

Per il *disturbo d'ansia generalizzato* si stima una prevalenza su dodici mesi di 0,9% tra gli adolescenti e 2,9% tra gli adulti degli USA. La prevalenza negli altri paesi varia tra il 0,4% e il 3,6%. Il sesso femminile è quello maggiormente colpito. La prevalenza raggiunge un picco nella mezza età e diminuisce negli ultimi anni di vita. Gli europei hanno un tasso di prevalenza maggiore rispetto agli asiatici, africani, nativi americani e la popolazione delle isole del Pacifico (American Psychiatric Association, 2013).

2.5. I costrutti psicopatologici dell'ansia

Consideriamo la psicopatologia come il prodotto tra diatesi interne e fattori di stress esterni (o interni), i quali aumentano la probabilità di sviluppare un disturbo mentale (Mineka & Oehlberg, 2008). Questo significa che ogni persona ha differenze individuali che la portano ad acquisire fattori di vulnerabilità e che l'ambiente esterno porta con sé stressori che agiscono sulle persone esposte (Mineka & Oehlberg, 2008). Diversi fattori, come tratti di personalità come l'ansia di tratto elevata o l'inibizione comportamentale, possono essere delle diatesi interne significative per lo sviluppo di una varietà dei disturbi d'ansia (Mineka & Oehlberg, 2008). Il condizionamento pavloviano o classico sostiene che le esperienze di condizionamento traumatico sono sufficienti per lo sviluppo di paure fobiche e disturbi d'ansia (Mineka & Oehlberg, 2008). Il condizionamento classico sostiene che per mantenere un comportamento (generalizzato) è necessaria l'associazione tra lo stimolo condizionato (inizialmente neutro) e la risposta condizionata (inizialmente non condizionata) (Dunsmoor & Paz, 2015). Il condizionamento classico legato alla paura permette di comprendere l'eziologia e il mantenimento dell'ansia patologica (Dunsmoor & Paz, 2015). L'eccessiva generalizzazione dei comportamenti legati alla paura è un elemento comune nei disturbi d'ansia. Per esempio, una persona che ha paura dei ragni, può reagire in modo offensivo o con sintomi di paura e ansia con tutti i tipi d'insetti. Inoltre una persona che soffre di attacchi di panico quando è in ascensore può temere di avere un attacco di panico in un qualsiasi altro spazio chiuso (Dunsmoor & Paz, 2015). La generalizzazione può essere un fattore di mantenimento dei comportamenti patologici, contribuendo all'aggiramento di circostanze che sono indirettamente associate a una riuscita negativa, di conseguenza aggirando la percezione di sicurezza e avvalorando le prospettive negative (Dunsmoor & Paz, 2015).

L'umano necessita di trovare un significato alle proprie esperienze soggettive, trovando una definizione del senso del pericolo, minaccia e vulnerabilità. Nel tempo sono nate diverse discipline psicologiche. Tra queste, la prospettiva psicodinamica concentra le sue teorie sul comportamento, pensiero ed esperienza soggettiva. Una di queste è nata nel 1913 grazie a Sigmund Freud e viene chiamata teoria dell'apparato psichico (Glick & Roose, 2010). Tramite questa teoria Freud presuppone che la mente è strutturata in tre parti: inconscio, preconsciouso e conscio. Attraverso questa teoria conio il determinismo psichico come principio dove i processi mentali del soggetto nascono da complessi mentali inconsci e già esistenti (Glick & Roose, 2010). In questo modo Freud dimostra che le persone soggette a sperimentare stati d'ansia e isteria sono incapaci di difendersi dalla consapevolezza cosciente di qualche trauma inaccettabile e doloroso (Glick &

Roose, 2010). Nel 1923 Freud propone una nuova teoria psicoanalitica, la teoria strutturale. Essa presuppone la divisione della psiche in tre parti: Io, Es e Super-Io. Dove Es sta per l'energia psichica, l'insieme delle pulsioni, generalmente innate. L'Io invece è la parte razionale e lavora nel conscio, esso combatte su due fronti: da un lato contro la minaccia dell'annientamento del mondo esterno e dall'altro affronta il mondo interno per far fronte alle richieste incessanti e sfiancanti dell'Es e del Super-Io (Glick & Roose, 2010). L'ansia, in questo caso, è il primo sintomo che compare quando l'Io non è in grado di gestire efficacemente i conflitti intrapsichici dapprima descritti (Glick & Roose, 2010). In sintesi, se la risposta non permette di eliminare la minaccia che il soggetto vive, si manifesterà l'ansia. Aiutare le persone che vivono stati d'ansia a capire che il loro stato attuale è in parte determinato da soluzioni disadattive o inefficaci ai conflitti inconsci, permette di offrire strategie terapeutiche potenzialmente efficaci (Glick & Roose, 2010).

L'umano acquisisce delle difese e risorse rispetto ai problemi esterni e interni. Le difese dell'ansia sono processi che portano il soggetto a cercare di difendersi dall'esperienza dell'ansia (Farnè, 2003). Per esempio, una difesa immatura o nevrotica è la razionalizzazione, la quale agisce come un tentativo di auto inganno rispetto a uno sconforto vissuto. Da citare anche la rimozione, ovvero quella difesa basilare che nella maggior parte dei casi consiste nella rimozione completa degli impulsi dalla coscienza (Farnè, 2003). Questo meccanismo necessita di molta energia psichica comportando alcune limitazioni come stanchezza cronica o senso di inferiorità (Farnè, 2003).

Diversamente il cognitivismo è una branca che si pone l'obiettivo di conoscere i processi mentali legati ai disturbi mentali (Mercenaro, 2006). I cognitivisti presuppongono che l'ansia derivi dall'utilizzo di schemi cognitivi appresi, come pensieri, ricordi o credenze incongrui alla valutazione adeguata del pericolo reale o possibile (Mercenaro, 2006). Alcuni studi riportano che i soggetti ansiosi acquisiscono disturbi dell'attenzione e del pensiero circa le possibili conseguenze, evitando di considerare le soluzioni oggettive. Più specificatamente si considerano incapaci di trovare una soluzione al loro problema (Mercenaro, 2006). Secondo i cognitivisti le persone affette da disturbi d'ansia possiedono costrutti psicopatologici, come ad esempio la paura sproporzionata di un danneggiamento o la tendenza a prevedere situazioni negative con idee catastrofiche. Altri esempi sono la paura dell'errore, il bisogno di sottolineare gli errori delle azioni svolte piuttosto che i risultati positivi e il perfezionismo patologico (Perrotta, 2019). Vi sono inoltre ulteriori costrutti psicopatologici legati alle persone con disturbi d'ansia, quali la tendenza a credere di non avere le capacità per sopportare emotivamente l'ignoranza rispetto al futuro, e che tra questi eventi futuri ce ne possano essere alcuni negativi (Perrotta, 2019). Inoltre la persona affetta da disturbi d'ansia potrebbe autovalutarsi in maniera negativa, svalutando le proprie prestazioni e credendo di essere debole e fragile (Perrotta, 2019).

2.6. I trattamenti per l'ansia

Per aiutare una persona affetta da disturbi d'ansia a modificare lo schema delle convinzioni che sono alla base del disagio, esistono percorsi psicoterapici diversi. In questo Lavoro di Bachelor analizzerò la terapia cognitivo-comportamentale, la terapia maggiormente efficace per i disturbi d'ansia e successivamente la terapia focalizzata sulle emozioni (Mercenaro, 2006).

La terapia cognitivo-comportamentale nasce come terapia per trattare una gran parte dei disturbi psichiatrici (Mann & Whitfield, 2009). Il principio di base della terapia cognitivo-comportamentale sostiene che il pensiero dell'umano sono strettamente collegati alle

emozioni e al comportamento (Mann & Whitfield, 2009). Più specificatamente si avvale dell'idea che i pensieri influenzano o generano l'emozioni, e che queste ultime producono una risposta fisiologica come i segni e sintomi dell'ansia (Mann & Whitfield, 2009). Gli interventi cognitivo-comportamentali pongono l'attenzione sui comportamenti, pensieri ed emozioni della persona partendo dal substrato biologico (Mercenaro, 2006). Esiste un interdipendenza di questi fattori psichici, la quale permette che l'intervento su uno di essi influisca conseguentemente sugli altri (Mercenaro, 2006). Secondo la psicologia cognitivo comportamentale gli stimoli e i rinforzi durante il corso della vita possono determinare o mantenere comportamenti problematici e non problematici (Mercenaro, 2006). Questa terapia viene utilizzata solitamente in un lasso di tempo determinato, la durata e gli obiettivi del trattamento vengono concordati a inizio trattamento (Mann & Whitfield, 2009). Il successo della terapia cognitivo-comportamentale è influenzato dalla creazione di un buon rapporto terapeutico con il paziente e la creazione di un'alleanza terapeutica (Mann & Whitfield, 2009). I trattamenti sono considerati tecniche cognitive e comportamentali come rilassamento, la distrazione, l'esposizione. Il trattamento basato sull'esposizione utilizza o una esposizione immaginaria circa gli eventi che comportano sintomi d'ansia, oppure un'esposizione in vivo, dove il paziente viene esposto alla situazione reale temuta che gli causa ansia (Mann & Whitfield, 2009). Grazie all'esposizione ripetuta a uno stimolo, la persona tende a diminuire lo stato d'ansia con il passare del tempo (Mann & Whitfield, 2009). Diversi studi dimostrano un chiaro miglioramento clinico rispetto all'utilizzo della terapia cognitivo-comportamentale per i disturbi d'ansia (Mann & Whitfield, 2009).

La terapia focalizzata sulle emozioni (Emotion Focused Therapy - EFT) aiuta la persona affetta da disturbi d'ansia a sentire e prendere consapevolezza del processo emotivo che dà luogo o mantiene il disagio (Mercenaro, 2006). Il principio alla base della terapia focalizzata sulle emozioni sostiene che l'individuo non sfrutta completamente le emozioni adattive, o che sperimenta emozioni croniche, disadattive, che vengono attivate tramite uno schema di memoria emotiva (Timulak & McElvaney, 2016). L'intento di questa terapia è di aiutare l'individuo a prendere consapevolezza, ad accettare e comprendere le proprie emozioni. La terapia dovrebbe aiutare l'individuo a superare le preoccupazioni e le difese disadattive attraverso compiti esperienziali. Inoltre, permetterebbe alla persona di trasformare i sentimenti dolorosi in sentimenti di compassione, ristrutturando gli schemi emotivi disfunzionali. Di conseguenza la persona acquisisce la capacità di accedere alle informazioni su se stessa e sulla propria realtà (Timulak & McElvaney, 2016).

L'individuo può sviluppare difese mature ed adattive, aiutando ad adattarsi nei confronti di ansia e stress e implementando la crescita personale (Farnè, 2003). Il soggetto per praticare le difese mature deve essere capace d'esprimere pulsioni anche negative senza danneggiare gli altri o sé stesso. Inoltre, dev'essere in grado di mostrare impulsi condannabili in modo nobile e apprezzabile (Farnè, 2003). La persona deve essere in grado di realizzare i desideri in maniera mirabile per la coscienza morale e la società. Infine deve prepararsi a fronteggiare i cambiamenti e reggere le perdite e frustrazioni (Farnè, 2003).

Attraverso l'umorismo l'individuo può esprimere senza provare imbarazzo o disagio e destare il dissenso negli altri idee o fatti troppo pesanti da tenere dentro sé (Farnè, 2003). Le persone tentano di superare l'ansia aggressiva attraverso la risata e l'umorismo. Attraverso una battuta, l'aggressività sperimentata viene accolta e sdrammatizzata (Farnè, 2003). Ad esempio, l'umano ride quando viene confrontato con l'ansia per le

pulsioni sessuali, o quando sperimenta ansia legata alla realtà minacciosa, frustrante e della morte (Farnè, 2003).

Esistono diverse classi di farmaci utilizzati per il trattamento dei disturbi d'ansia, una di queste sono i farmaci antidepressivi. Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina e gli inibitori della ricaptazione della serotonina e noradrenalina sono considerati i trattamenti farmacologici di prima linea per i disturbi d'ansia (Farach et al., 2012). Questi farmaci bloccano il trasporto della serotonina o della noradrenalina. Conseguentemente comincia una cascata di effetti a valle su altri neurotrasmettitori, producendo cambiamenti neurochimici a lungo termine nell'encefalo (Farach et al., 2012). Ricordo che questi farmaci possono produrre effetti collaterali, come nausea, diarrea, cefalea, diminuzione della libido, nervosismo e irrequietezza (Farach et al., 2012).

Altri antidepressivi come gli antidepressivi triciclici possono essere letali in sovraddosaggio e rispetto agli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina e noradrenalina hanno maggiori effetti collaterali (Farach et al., 2012). Alcuni effetti collaterali includono secchezza delle fauci, visione offuscata, stitichezza, ritenzione urinaria, aritmie cardiache, tachicardia, sedazione, vertigini e cefalea. Tuttavia gli antidepressivi triciclici possono funzionare quando gli altri farmaci di prima linea risultano inefficaci (Farach et al., 2012). Gli inibitori della monammino ossidasi sono farmaci che secondo alcuni esperti, possono essere alternativi eccellenti per il trattamento di gravi disturbi d'ansia resistenti al trattamento. Nonostante ciò, hanno gravi effetti collaterali, come reazioni ipertensive in caso di consumo di alimenti contenenti tironina (formaggio, birra, vino) o l'utilizzo concomitante di altri farmaci. Questi farmaci possiedono effetti collaterali come l'aumento di peso, disturbi del sonno, sedazione (Farach et al., 2012).

Le benzodiazepine sono farmaci che si legano ad uno specifico recettore sul complesso gamma-amminobutirrico-A (GABA-A) (Farach et al., 2012). Inizialmente venivano utilizzati come trattamenti di prima linea, anche se, con l'introduzione degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina e noradrenalina, divennero opzioni di seconda linea. Le benzodiazepine sono utilizzate per gli effetti di riduzione dell'ansia nel breve termine come nelle prime settimane dell'introduzione di un antidepressivo, quando gli effetti ansiolitici devono ancora presentarsi (Farach et al., 2012). Sono farmaci che creano facilmente dipendenza, poiché limitano fortemente i sintomi d'ansia molto velocemente. Gli effetti collaterali a lungo termine comprendono la dipendenza fisiologica, deficit cognitivi e psicomotori (Farach et al., 2012).

Gli anticonvulsivanti del canale calcio alfa-delta, come la gabapentina e pregabalin, sono farmaci che riducono l'eccitabilità neuronale e moderano l'attività neuronale inibitoria e eccitatoria (Farach et al., 2012). Hanno la caratteristica di una rapida insorgenza d'azione e comportano meno dipendenza, tolleranza rispetto alle benzodiazepine (Farach et al., 2012).

I beta bloccanti e azapironi sono farmaci che vengono utilizzati in monodose per l'ansia legata alle prestazioni poiché riducono i sintomi fisici come palpitazioni e tremore in trenta o sessanta minuti. Nonostante ciò non influiscono sui sintomi cognitivi ed emotivi dell'ansia (Farach et al., 2012).

La quetiapina antipsicotica atipica si è dimostrata efficace in diversi studi sul disturbo d'ansia generalizzato. Solitamente viene utilizzata per il trattamento delle psicosi schizofreniche, per il trattamento dell'ansia vengono usate dosi minori da cinquanta a trecento milligrammi al giorno. Questo farmaco possiede diversi effetti collaterali come la sedazione e l'aumento del peso corporeo (Bandelow et al., 2017).

La medicina integrativa è un modello di assistenza sanitaria olistica che include varie aree di cura nel processo di guarigione. Questo approccio integra tecniche terapeutiche non convenzionale e scientificamente provate con la medicina convenzionale (Amorim et al., 2018). Diversi studi hanno dimostrato l'efficacia dell'agopuntura per il trattamento dell'ansia cronica non rispondente ai trattamenti tradizionali, compresa la terapia farmacologica (Amorim et al., 2018). Il trattamento di medicina integrativa che utilizza l'agopuntura combinata a tecniche di massaggio si è dimostrato un efficace trattamento per l'ansia moderata o lieve (Amorim et al., 2018).

Lo *yoga* è una pratica fisica basata sulla respirazione, consapevolezza, spiritualità e percezione del proprio corpo. Grazie alle diverse posture, la qualità della respirazione e la meditazione è possibile migliorare diversi parametri di salute e qualità di vita. Diversi studi sostengono che lo *yoga* riduce i livelli di ansia percepiti (Bystritsky, 2021).

Il *Tai Chi* è una pratica che collega la mente con il corpo, di origine cinese. Utilizza arti marziali, meditazione e danza per connettere la mente e il corpo. Diversi studi sostengono che questa pratica permette di ridurre i sintomi d'ansia (Bystritsky, 2021).

L'esercizio fisico, una pratica che spinge la persona a muoversi al fine di diventare maggiormente forte e sano, permette di ridurre l'ansia nelle persone affette da disturbi d'ansia (Bystritsky, 2021).

La *meditazione della consapevolezza* permette di prestare attenzione, di proposito al presente senza giudizio (Bystritsky, 2021). Le condizioni di base per effettuare la meditazione sono l'autoregolazione dell'attenzione e la capacità di prendere posizione senza giudizio rispetto alla propria esperienza. Diversi studi riportano che la meditazione riduce i livelli di cortisolo e catecolamine, che alimentano la risposta biologica dell'ansia. Inoltre viene sostenuto che la meditazione aiuta l'individuo a rimanere distaccato, ma capace di rilevare, cambiare le distorsioni cognitive correlate all'ansia (Bystritsky, 2021). Alcuni studi hanno dimostrato l'efficacia dell'assunzione orale di olio di lavanda per diminuire i sintomi d'ansia e depressione mista (Bandelow et al., 2017).

3.1. L'arteterapia

Le arti terapie creative, in inglese: *creative arts therapy* (CAT), comprendono una varietà di metodi tra cui l'utilizzo della musica, l'arte visiva, il movimento, la danza, il teatro, la scrittura espressiva e creativa (Chiang et al., 2019). American Art Therapy Association definisce l'arteterapia come una professione legata alla salute mentale, dove i clienti, aiutati dall'arte terapeuta, utilizzano i mezzi artistici e la creatività, per esplorare i propri sentimenti, superare conflitti emotivi, migliorare la consapevolezza di sé stessi, gestire i propri comportamenti e dipendenze, migliorare le proprie abilità sociali, ridurre ansia e aumentare la propria autostima (American Art Therapy Association, 2017)

Si evince che l'utilizzo delle arti creative per il trattamento dei disturbi mentali è riconducibile a più di mezzo secolo fa. Negli ultimi decenni c'è stato un aumento degli studi sulla sua potenziale utilità nella sanità (Chiang et al., 2019).

L'arteterapia si è affermata in Inghilterra come una forma di psicoterapia composta da due fattori: lo scopo, cioè ciò che riguarda la crescita personale della persona e lo strumento, ovvero la comunicazione (Caboara Luzzato, 2018).

Negli anni quaranta e cinquanta diversi artisti inglesi utilizzarono l'arte per aiutare i veterani di guerra negli ospedali psichiatrici e i malati di tubercolosi nei sanatori, appurandone così il grande potenziale terapeutico (Caboara Luzzato, 2018). Nel 1964 nacque l'Associazione Britannica degli Arti Terapeuti che sosteneva l'importanza della

formazione pubblica degli arti terapeuti e che l'assunzione di questi ultimi avvenisse grazie al Servizio Sanitario Nazionale (Caboara Luzzato, 2018).

Negli anni sessanta e settanta in Inghilterra furono fondate le prime scuole di arteterapia e nel 1982 il "Ministry of Health" identificò l'arteterapia come una professione legata alla medicina (Caboara Luzzato, 2018). Sono state principalmente quattro donne le attrici principali della storia dell'arteterapia: Edith Kramer, Margret Naumburg, Hanna Yaxa Kwiatowska ed Elinor Ulman (Talwar, 2016). Elinor Ulman, nel 1961 fondò la prima rivista di arteterapia chiamata "*The Bulletin of Art Therapy*" che negli anni successivi, dopo il 1970 divenne *The American Journal of Art Therapy* (Talwar, 2016). Sin dagli inizi ci sono state diverse discussioni tra gli arti terapeuti rispetto alla definizione di arteterapia. Raggiungendo il punto di nascita della dicotomia tra arte come terapia e psicoterapia artistica (Talwar, 2016). L'arteterapia è una pratica complessa, che oltre a comunicare il mondo interno della persona, riflette il contesto sociale, culturale e politico (Talwar, 2016). Esiste una costante ricerca di una definizione chiara e univoca su cosa sia l'arteterapia e cosa siano le arti terapie creative. Vi è chi sostiene che le arti terapie creative includono quattro professioni: l'arte terapia, la dramma terapia, la terapia del movimento, la musico terapia (Ahessy, 2013).

Esiste una grande varietà di test e valutazioni nel campo dell'arteterapia al fine di determinare il livello di "funzionamento", formulare obiettivi terapeutici, valutare le risorse, limiti e miglioramento dell'utente (Betts, 2006). Secondo l'American Art Therapy Association (2017), la valutazione comprende compiti verbali, scritti e artistici decisi dall'arte terapeuta al fine di valutare il livello di funzionamento dell'individui, aree problematiche, risorse, obiettivi di cura. Inoltre, le valutazioni possono essere dirette e/o indirette, includendo disegni, dipinti o sculture.

Le tecniche usate nell'arteterapia permettono di illustrare marcatori concreti dell'interiorità della psiche. Per esempio esiste la *Diagnostic Drawing Series* (DDS), una sistema di classificazione composto da 23 scale che permette di valutare i colori scelti, l'intensità, l'area disegnata e altri elementi (Betts, 2006).

La comunità di arte terapeuti mondiale si separa in due grandi gruppi, chi pensa che l'uso e lo sviluppo di strumenti di valutazione dell'arteterapia sia un elemento importante per l'avanzamento della metodologia terapeutica e chi invece ritiene che l'arteterapia è altamente soggettiva e che gli strumenti usati per le valutazioni sono contro terapeutici (Betts, 2006).

Il ruolo del terapeuta dovrebbe nascere con lo scopo di creare uno spazio psicologico sicuro, dove l'individuo si senta libero di esplorare sé stesso. Il terapeuta ha il ruolo di osservatore, di guidare da lontano senza giudizio e permettere la libera scelta. Il principio base, considerando il fatto che l'individuo dovrebbe imparare a eseguire le proprie scelte, è che il terapeuta assuma un coinvolgimento attivo solo durante la creazione e a certe condizioni specifiche (Guttman & Regev, 2004). Qualora dovessero presentarsi delle difficoltà, il terapeuta dovrebbe solamente incoraggiare la persona alla descrizione di questi impedimenti e sostenerli nel trovare le proprie soluzioni (Guttman & Regev, 2004).

L'arteterapia si concentra sul "qui e ora" e questo meccanismo aumenta la possibilità che le esperienze dell'individuo vissute nel processo artistico, vengano associate alle esperienze del mondo esterno (Guttman & Regev, 2004).

L'interpretazione dell'opera deve avvenire dall'individuo stesso, l'arte terapeuta ha il compito di aiutarlo ad esplorare più a fondo qualora ne fosse necessario.

L'Organizzazione del mondo del lavoro Oda ARTECURA (2019) descrive l'arte terapeuta svizzero come un professionista che consegue un diploma federale con una specializzazione nella terapia che utilizza strumenti artistici. Inoltre, possiede le competenze per applicare l'arteterapia con un fine terapeutico e preventivo a ogni persona, di ogni età e in contesti sanitari, sociali e pedagogici. È in grado di presentare offerte opportune alle esigenze e di dirigere il trattamento multiprofessionale. Deve quindi collaborare con gli operatori sanitari, pedagoghi, istituti sanitari e sociali e con le autorità. In Svizzera esistono diverse specializzazioni in arteterapia e dunque anche competenze specifiche differenziate al contesto (Organizzazione del mondo del lavoro Oda ARTECURA, 2019).

Per esempio, l'arte terapeuta che si avvale della terapia del movimento e danza dev'essere in grado di individuare le potenziali capacità dell'utenza attraverso delle valutazioni e analisi fisico-motorie. Inoltre, è capace di integrare la sfera fisica, emotiva, cognitiva e sociale aiutando a creare nuove sequenze motorie e a sviluppare la propria consapevolezza identitaria.

L'arte terapeuta specializzato in terapia della parola e dramma terapia si avvale della drammaturgia, poesia e linguaggio per allenare l'utenza nelle capacità espressive, i disturbi del linguaggio e la respirazione.

La specializzazione in modellaggio e pittura consiste nel sostenere gli utenti nella creazione di opere, impiegando i mezzi dell'arte. Analizza e valuta i limiti, aiuta il confronto creativo, permette di sperimentare le conseguenze della propria attività sull'opera e implementa la capacità dell'utente di lavorare sull'interiorità. Stimola le risorse rinforzando il senso del colore e della forma e sostiene lo sviluppo delle abilità relazionali.

L'arte terapeuta con una specializzazione in terapia intermediale utilizza il linguaggio artistico per sostenere gli utenti nella risoluzione di problematiche. Aiuta lo sviluppo dell'immaginazione per rinforzare la ricerca delle soluzioni.

La specializzazione in musicoterapia permette di utilizzare la musica come strumento per mantenere, promuovere e rinforzare la salute. Aiuta a esprimere, udire, e ad identificare i livelli relazionali al fine di creare relazioni di successo (Organizzazione del mondo del lavoro Oda ARTECURA, 2019).

Esistono diversi orientamenti all'arteterapia, come l'orientamento psicodinamico, l'umanistico, psico-educativo, sistemico, approccio integrativo e eclettico (Van Lith, 2016). Ogni arte terapeuta ha delle preferenze individuali, ad esempio chi preferisce essere osservatore si afferma con il ruolo di supporto, di creatore di una relazione di fiducia o chi invece preferisce un approccio maggiormente intenzionale, dove il ruolo si definisce nel evocare sensazioni, aspetti sensoriali-motori, percettivi, cognitivi, emotivi sociali e spirituali di una persona (Van Lith, 2016).

3.2. La metodologia dell'arteterapia

L'arteterapia con una metodologia non strutturata consente ai pazienti di scegliere tra diverse varietà di materiali come vernice, pastelli, matite colorate, carta, tela, argilla e altri. I pazienti in questo approccio vengono spinti a usare questi mezzi come preferiscono, al fine di far emergere la parte inconscia in superficie (Cosentino, 2017).

Questa forma d'arte terapeutica si basa sulle teorie dello sviluppo umano e psicologiche. Essa viene praticata in diversi contesti come centri di salute mentale e cliniche psichiatriche, ospedali e strutture riabilitative, strutture correttive, case di cura, scuole, centri di soccorso e programmi riabilitativi delle dipendenze (Cosentino, 2017).

La caratteristica dell'arteterapia è quella di essere una forma di terapia di recente sviluppo. Da questa condizione emerge un grande problema, ovvero che manca una

traduzione operativa delle diverse teorie. Diversi scrittori hanno provato a superare questo dilemma ma senza trovarvi una risposta. La difficoltà maggiore nel rendere pratica una teoria si basa sul fatto che le teorie si avvalgono di concetti astratti (Guttman & Regev, 2004). Lo studio di Guttman & Regev (2004) ha estrapolato otto elementi che costituiscono l'unicità e l'essenza dell'arteterapia: gli obiettivi terapeutici, il contratto terapeutico, il ruolo del terapeuta, l'intervento terapeutico, le fasi della sessione, l'enfasi terapeutica (ovvero la creatività artistica, l'espressione verbale), l'ambiente di terapia e i materiali utilizzati.

Secondo l'approccio fenomenologico è necessario porre l'attenzione sul modo in cui le persone percepiscono il mondo, le loro vite e loro stessi. Quindi, gli obiettivi terapeutici dell'arteterapia si baseranno su: incoraggiare l'individuo a sviluppare e migliorare la consapevolezza di sé, aiutare la persona a vedere e valutare la propria vita in nuove prospettive, sostenere l'individuo a comprendere la propria vita e apprezzare le proprie risorse e limiti, e ad aiutare la persona a costruire una nuova organizzazione di priorità sostenuta su un nuovo sistema di pensiero (Guttman & Regev, 2004).

Per stabilire una relazione terapeutica, è necessaria la creazione di un contratto terapeutico esplicito o implicito. Esso ha il compito di stabilire le questioni dei pagamenti, durata della sessione, condizioni di cancellazione, obbligo del cliente di arrivare in orario, i materiali ammissibili nella sessione e cosa verrà fatto con il lavoro finito (Guttman & Regev, 2004).

La sessione di arteterapia necessita di una struttura e può essere suddivisa in quattro fasi: la prima fase composta da un gioco con i materiali, la seconda fase la creazione dell'opera d'arte, la terza fase l'intuizione attraverso la visualizzazione, e distanziamento emotivo, e l'ultima fase, lo studio approfondito che porta alla connessione e integrazione del concetto (Guttman & Regev, 2004).

L'ambiente dove viene effettuata la sessione di arteterapia dev'essere uno spazio abbastanza grande per essere comodi e in grado di osservare l'opera da una certa distanza. Inoltre deve trasmettere tranquillità, stabilità e sicurezza (Guttman & Regev, 2004).

I materiali hanno implicazioni e significati diversi per la persona, è dunque importante che la persona possa scegliere liberamente tra diversi tipi di materiale. La scelta del materiale, riconoscere le varie opzioni, fare delle scelte e gestirne le conseguenze sono tra gli obiettivi principali di questo trattamento (Guttman & Regev, 2004).

3.3. Gli effetti dell'arte sull'organismo

Gli strumenti artistici e i prodotti creati attraverso l'arte in una sessione di arteterapia, coinvolgono i canali sensoriali e percettivi tattili, visivi e successivamente vengono elaborati nel cervello. L'arteterapia implica aspetti motori, somatosensoriali, visivi, emotivi e cognitivi attivando processi neurofisiologici e strutture cerebrali (Lusebrink, 2004).

L'emisfero sinistro opera nei processi analitici, logici e sequenziali, l'emisfero destro invece è coinvolto principalmente in processi intuitivi, spaziali e sintetici. L'elaborazione verbale e parte dei movimenti viene effettuata dall'emisfero sinistro.

Le informazioni visuospatiali, le immagini visive e la memoria visiva risiedono invece nell'emisfero destro (Lusebrink, 2004).

L'arteterapia si concentra su come le immagini e la loro espressione riflettono emozioni e su come le emozioni influenzano il pensiero e il comportamento. La letteratura suggerisce che l'arteterapia ha effetti benefici sulla ricostruzione e riabilitazione delle menomazioni fisiche, la promozione della guarigione mentale, emotiva e fisica, il

miglioramento della crescita cognitiva e della regolazione delle emozioni (Lusebrink, 2004).

Il continuum terapie espressive è un modello che studia le interazioni tra gli strumenti artistici e le espressioni create su tre livelli di complessità: Cinestetico/Sensoriale, Percettivo/Affettivo, e Cognitivo/Simbolico, il quarto livello, il livello creativo si incrocia e integra gli altri livelli (Lusebrink, 2004). L'azione cinestetica può attivare e stimolare memorie e ricordi (Lusebrink, 2004). L'uso di diversi materiali come pittura, sabbia, acqua, semi, stimola i sistemi sensoriali e motori delle persone che soffrono di danni cerebrali organici o traumatici (Lusebrink, 2004). L'esplorazione di oggetti attraverso la vista o il tatto può aiutare a definire ed elaborare le forme (Lusebrink, 2004). I disegni di persone con lesioni all'emisfero sinistro sono schematici e ripetitivi, quelli degli individui con l'emisfero destro danneggiato sono incompleti. L'inibizione delle emozioni si può osservare attraverso la diminuzione dell'utilizzo del colore, della dimensione delle forme e disposizioni spaziali (Lusebrink, 2004).

L'elaborazione del pensiero concettuale e astratto ed il *problem solving* possono essere facilitati attraverso l'arteterapia. Attraverso strumenti artistici si possono rappresentare concretamente relazioni spaziali, temporali, oggetti e persone o eventi specifici. Ogni elemento può essere osservato, cambiato e reintegrato a livello cognitivo (Lusebrink, 2004).

Il lavoro artistico possiede il potenziale di rappresentare simbolicamente il proprio sé interiore (Guttmann & Regev, 2004). Carl Gustav Jung ha sostenuto i benefici della pittura per comprendere e gestire situazioni drammatiche sperimentate nella sua vita. Sosteneva che l'opera d'arte è uno strumento efficace per trasformare il materiale inconscio in consapevolezza cosciente (Guttmann & Regev, 2004).

In un resoconto della Health Evidence Network dell'Organizzazione Mondiale della sanità si evince che diversi ricercatori hanno trovato le prove che le arti svolgono un ruolo importante per la promozione della salute, la prevenzione della salute mentale e fisica e nel trattamento o gestione di situazioni incontrate durante l'arco della vita (Vaartio-Rajalin et al., 2020).

L'utilizzo in condivisione dell'arteterapia da parte degli operatori sanitari e dei pazienti ha un effetto positivo da entrambe le parti e aiuta a ridurre le gerarchie di potere (Vaartio-Rajalin et al., 2020). Inoltre, l'arteterapia permette di narrare la propria storia, grazie alla quale è possibile acquisire informazioni sulla persona di cui ci si prende cura, e che può inoltre aiutare il recupero di risorse, valori e desideri (Vaartio-Rajalin et al., 2020).

Le attività artistiche aiutano il riconoscimento e la costruzione di nuovi punti di forza e competenze, permettono di alleviare i sintomi, stimolare la comunicazione e promuovere la collaborazione tra gli operatori sanitari (Vaartio-Rajalin et al., 2020). Dunque gli operatori sanitari dovrebbero essere incoraggiati ad utilizzare intenzionalmente l'arteterapia al fine di conoscere la persona e la sua storia, poiché il significato delle esperienze vissute dall'individuo è una parte fondamentale dell'assistenza infermieristica basata sull'evidenza e dell'assistenza incentrata sulla persona (Vaartio-Rajalin et al., 2020).

La condizione lavorativa dell'infermiere ospedaliero è soggetta a forte stress e sviluppo di burnout e questa può ripercuotersi negativamente sulla salute e sicurezza del paziente (Karpavičiūtė & Macijauskiene, 2016). Per far fronte a questa situazione è stato eseguito uno studio che riporta un miglioramento del benessere e della salute negli infermieri che hanno partecipato a sessioni di arteterapia. Il 75% degli infermieri coinvolti hanno riferito

un miglioramento dell'umore, inoltre è emerso che è aumentata la capacità di gestione dello stress professionale (Karpavičiūtė & Macijauskiene, 2016).

L'uso delle arti creative riduce i sintomi specifici della malattia e migliora la salute mentale, aiuta il miglioramento del benessere generale per i disturbi neurologici e disturbi legati all'età come il Parkinson e la demenza, disturbi autoimmuni, tumori, malattie cardiovascolari e altro ancora (Chiang et al., 2019).

Inoltre è stato dimostrato che alcune forme d'arte come la musica riducono il bisogno di sedativi e analgesici (Fancourt, 2017).

Una revisione della letteratura supporta l'idea che l'arteterapia possa essere uno strumento utile per le persone con una diagnosi di depressione. Attraverso indici di misurazione, sono stati valutati i sintomi fisici, le risorse, la qualità di vita, la depressione, l'ansia e la fatica. Grazie all'arteterapia è stato possibile migliorare lo stato emotivo e i sintomi percepiti da questa casistica di persone (Sarah C. Slayton et al., 2010).

Un'altra revisione della letteratura riporta uno studio che valuta l'efficacia dell'arteterapia sui detenuti. Secondo questo studio il disegno e i metodi simbolici non verbali permettono di esprimere informazioni inconsce. Il processo artistico può portare a intuizioni emotive e cognitive che possono poi essere affrontate con una consulenza. Inoltre, la creazione del disegno viene guidata dall'arte terapeuta, aiutando il detenuto a completare e arricchire la sua opera. Questo potrebbe comportare a un cambiamento positivo nei modelli cognitivi e nel comportamento dei prigionieri (Abbing et al., 2018).

3.4. Arteterapia e ansia

L'arteterapia utilizza la pittura, il disegno e la modellazione con l'obiettivo di facilitare l'espressione dei ricordi, sentimenti ed emozioni, migliorare autoriflessione e lo sviluppo di nuove strategie di coping (Abbing et al., 2018). Diversi studi supportano l'idea che l'arteterapia permette alle persone con ansia di far fronte ai loro sintomi e migliorare la propria qualità di vita. Attraverso l'allenamento della consapevolezza, l'aumento delle capacità riflessive e l'accesso alle proprie emozioni, l'arteterapia è uno strumento per ridurre l'ansia (Abbing et al., 2018).

L'arteterapia basata sulla consapevolezza in inglese *mindfulness-based art therapy* (MBAT) combina le arti espressive con la consapevolezza al fine di stimolare l'essere nel presente. Quindi, la MBAT permette di regolare l'attenzione, stimolare la consapevolezza del corpo e la regolazione emotiva. Le sessioni di arteterapia basata sulla consapevolezza utilizzano il disegno, la meditazione, la respirazione, lo yoga dolce e attività di cura di sé. Questa terapia ha il potenziale per migliorare i sintomi d'ansia, di depressione e di affaticamento. Inoltre può aiutare a migliorare la qualità di vita e il benessere personale (Newland & Bettencourt, 2020).

Come visto in precedenza quando le persone sperimentano ansia si sentono sopraffatte da pensieri negativi e preoccupazioni. L'arteterapia ha l'obiettivo di interrompere e distrarre la persona dalla ruminazione dei pensieri o emozioni che la stanno sopraffacendo (Cassata & Jelinek, 2021).

Uno studio riporta l'efficacia dell'arte come valida aggiunta alla terapia cognitivo comportamentale per il disturbo d'ansia generalizzato e all'evitamento patologico della domanda (un disturbo dello spettro autistico) (Morris, 2014).

È stato dimostrato che l'arte e la meditazione sono ottimi strumenti per ridurre lo stress. Riducendo lo stress si riduce anche il dolore, ansia e paura le quali hanno grosse implicazioni sulla salute mentale (Fancourt, 2017).

Si può presupporre che l'arteterapia possa contribuire a indurre rilassamento, che potrebbe ridurre i livelli di cortisolo e quindi abbassare i livelli di stress e ansia (Abbing et al., 2018).

La creazione di un ambiente sicuro e l'intervento artistico permettono di esprimere emozioni e ricordi difficili da comunicare, comportando a un riconoscimento dell'emozione e a un miglioramento nella regolazione delle emozioni (Abbing et al., 2018).

4. FOREGROUD

4.1. Metodologia

Per l'elaborazione del lavoro di Bachelor è stata utilizzata una revisione della letteratura. Le motivazioni che sostengono la mia scelta sono principalmente due. Come sostiene il Centro Cochrane Italiano (Sala et al., 2006) le revisioni sistematiche permettono di rispondere a quesiti clinici definiti, usando criteri rigorosi prestabiliti e analizzano gli studi di molteplici database permettono d'individuare il benefici del trattamento. Inoltre, dato che il tema della mia tesi è poco conosciuto nella pratica clinica sanitaria ticinese e svizzera, questo tipo di metodologia mi permette di raccogliere molti più dati. La revisione della letteratura necessita dell'utilizzo di fonti primarie, ovvero studi effettuati da ricercatori. La qualità di una revisione della letteratura dev'essere la miglior qualità possibile, caratterizzata dalla massima imparzialità dell'autore rispetto la tematica scelta e l'utilizzo dei dati aggiornati (Polit & Tatano, 2014)

La revisione o rassegna è una sintesi critica degli studi pubblicati su uno specifico argomento. In questo modo, ha una funzione basilare in ambito sanitario, ovvero offrire un "riassunto" critico su un determinato argomento (Saiani & Brugnolli, 2010).

Inoltre, la revisione della letteratura permette di porre le basi per nuovi studi. Essa nasce grazie all'estrapolazione di studi primari, ovvero studi scritti dagli stessi ricercatori (Polit & Tatano, 2014)

L'ambito sanitario richiede sempre più spesso le rassegne basate sulle evidenze, anche chiamate revisioni sistematiche (*Systematic Review*). In modo tale da limitare i rischi di errori e distorsioni dei dati, i ricercatori, utilizzano delle tappe standardizzate, ovvero: la prima fase è predisposta alla scelta dell'argomento, così come la delimitazione di un problema e successivamente la formulazione di un quesito o domanda di ricerca. Durante la seconda fase si identificano e selezionano gli articoli da includere tramite i criteri di inclusione predefiniti, in seguito è necessario organizzare gli articoli inclusi con tavole riassuntive di estrazione dei dati per l'analisi e l'elaborazione dei concetti. Si sceglie infine una modalità di citazione (Saiani & Brugnolli, 2010).

4.2. Domanda di ricerca

La prima tappa effettuata è stata l'elaborazione di un quesito di ricerca riguardo a un tema specifico. La domanda di ricerca che ho utilizzato in questo lavoro di Bachelor focalizza e definisce chiaramente l'ambito di ricerca della revisione sistematica.

Il quesito clinico ha lo scopo di approfondire delle tematiche non ancora sufficientemente conosciute nell'ambito sanitario; è dunque necessario redigere una revisione della

letteratura atta a ricercare un miglioramento della qualità del sistema sanitario, e della vita dei pazienti (Sala et al., 2006).

Le domande che permettono di valutare l'efficacia di interventi sono formulate solitamente secondo il metodo PI(C)O, che ho utilizzato anch'io per formulare la mia domanda di ricerca. Questo metodo divide la domanda di ricerca in 4 aree: La P (Persona, più precisamente la popolazione presa in considerazione) la I (Intervento, si intende l'intervento che andremo a studiare) la C (confronto) e la O (*Outcome*, ovvero il risultato da raggiungere) (Balk & AL Bonis, 2019).

La metodologia PIO da me utilizzata con l'integrazione dei operatori booleani, permette di effettuare una ricerca elettronica indirizzata a studi precisi (Polit & Tatano, 2014).

Qui di seguito riporto la tabella che mostra il metodo PIO utilizzato per la Tesi:

P	Persone che presentano una sintomatologia ansiosa.
I	Utilizzo dell'arteterapia come trattamento complementare per far fronte a sintomi ansiosi disfunzionali.
O	diminuzione della ansia percepita e miglioramento della gestione delle proprie emozioni attraverso la consapevolezza emotiva, la revisione di schemi emotivi del passato e il controllo delle emozioni.

Successivamente all'elaborazione del quesito di ricerca, ho applicato agli articoli scientifici i criteri di inclusione e criteri di esclusione. Questi criteri permettono, attraverso la loro applicazione nelle banche dati, di escludere ciò che è ritenuto superfluo o non necessario (Polit & Tatano, 2014).

Inoltre, un altro strumento utile sono i termini MESH, ovvero parole chiave che rendono la ricerca maggiormente efficace e semplice. MESH (*Medical Subject Headings*) permette di utilizzare, attraverso il recupero di informazioni, termini diversi per descrivere lo stesso significato (Polit & Tatano, 2014).

Al fine di rendere la ricerca nelle banche dati maggiormente completa, restringendola o ampliandola, si possono utilizzare gli operatori booleani. Essi si suddividono in AND, OR, e NOT (Polit & Tatano, 2014). L'operatore booleano AND permette di limitare la ricerca in un contesto specifico. Nel mio caso con "Art Therapy AND Anxiety", ho limitato la ricerca nella banca dati a studi che comprendono sia Art Therapy sia Anxiety, senza escluderne nessuno. L'operatore booleano OR, aiuta il ricercatore qualora servisse ampliare la ricerca nella banca dati. In questo caso appariranno tutti gli studi contenenti entrambi i termini, anche se non si trovano insieme nello stesso studio. L'operatore booleano NOT, viene utilizzato quando è necessario escludere un termine, limitando la ricerca e rendendola maggiormente specifica (Polit & Tatano, 2014).

La mia ricerca è stata effettuata utilizzando le seguenti banche dati: Cochrane Library e CINHALL (Ebsco), Medline (ProQuest)/PubMed, Ovid Nursing Full Text Plus (Ovid), PILOTS (ProQuest), SAGE Health Sciences, UpToDate e Swisscovery.

Inizialmente, i termini da me utilizzati sono stati "art therapy" e "anxiety". Per restringere il campo di ricerca ho introdotto l'operatore booleano AND, ricercando "art therapy AND anxiety". I risultati che mi apparivano erano sufficienti ma poco specifici. Allora ho provato a cambiare termini, introducendo "*art therapy AND anxiety symptoms*" o "*art therapy AND anxiety disorders*" o "*creative therapy AND Anxiety*". Ho notato che nei risultati della ricerca apparivano molti studi con termini quali "ART" che sta per "*Atraumatic Restorative Treatment*" o "*state of the art*" o "*antiretroviral therapy*". In questo caso ho deciso di

escluderli dalle mie ricerche inserendo l'operatore booleano NOT e i termini dapprima descritti.

Al fine di condurre una revisione della letteratura di elevata qualità è necessario che essa sia obiettiva, scrupolosa, aggiornata e sistematica. Inoltre è fondamentale riportare le regole che guidano i criteri di inclusione od esclusione (Polit & Tatano, 2014).

Durante la ricerca degli studi ho utilizzato dei criteri di inclusione ed esclusione che mi hanno dato la possibilità di restringere la mia ricerca e trovare articoli pertinenti. I criteri d'inclusione erano: persone con sintomi d'ansia, di qualsiasi etnia o genere, con un'età superiore a diciotto anni, e trattati con arteterapia. Sono state incluse tutte le aree geografiche e non è stato messo alcun limite temporale. Sono stati inoltre accettati senza esclusioni gli articoli di lingua nostrana e in lingue straniere. I criteri di esclusione erano persone con altre patologie che non includevano sintomi d'ansia, giovani (al di sotto dei diciotto anni), studi secondari o studi con campione di popolazione singoli (composti da due persone).

Applicando queste misure, gli articoli esclusi dalla mia revisione della letteratura sono stati quattro:

Lo studio di van der Vennet & Serice (2012), uno studio sperimentale che replica la ricerca di Curry & Kasser (2005). Ho deciso di scartarlo poiché supportava, tramite una replicazione, lo studio di Curry & Kasser (2005) il quale ho deciso di inserirlo nella revisione della letteratura.

Lo studio di Chiang et al. (2019) che venne scartato poiché era una revisione della letteratura e dunque non uno studio primario.

L'articolo di Morris (2014) è stato escluso dopo aver letto l'abstract. Nello studio venivano confrontati due campioni di popolazione composti da una persona.

Lo studio di Oster et al. (2006) il quale trattava dell'efficacia dell'arteterapia per implementare le strategie di coping nelle donne con tumore al seno. Ho deciso di escluderlo poiché non trattava specificatamente dell'ansia.

4.3. Analisi, descrizione e discussione degli studi

Per trarre delle conclusioni adeguate è necessario la formulazione di giudizi sulla validità delle evidenze estrapolate dagli studi (Polit & Tatano, 2014).

Fondamentale è l'analisi, la valutazione e l'integrazione delle evidenze riportate negli studi al fine di ricavare conclusioni ed giudizi sull'efficacia delle evidenze (Polit & Tatano, 2014). Dunque in una revisione della letteratura, sarebbe appropriato valutare la qualità di ogni studio scelto attraverso l'esame degli aspetti metodologici (Polit & Tatano, 2014).

L'analisi critica per valutare la qualità delle evidenze di ogni articolo può essere effettuata tramite uno schema proposto da Polit & Tatano (2014). Lo scopo di questa linea guida è quello di sottolineare le risorse e i limiti dei vari studi al fine di trasmettere maggior credibilità ai risultati. Per utilizzare questo schema è necessario che l'autore della revisione dia delle risposte rispetto alle caratteristiche degli studi. Le risposte sono o sì oppure no, la maggioranza di risposte sì, aumenta la credibilità e forza dello studio, mentre i no definiscono i limiti e conferiscono debolezza. Il metodo di un report è costituito dal disegno di ricerca, dalla popolazione presa in esame, dal campione, la raccolta dei dati e dalle procedure. I risultati di un report comprendono l'analisi dei dati, delle scoperte, e la valutazione di sintesi. Ognuno di questi campi è composto da domande precise, in totale i quesiti sono 19 e rispondendoli si può valutare l'indice di qualità dello studio.

Valutando il metodo, nel sottocampo disegno di ricerca di possono evincere le seguenti domande:

1. Considerando l'obiettivo di ricerca, il disegno di ricerca è stato il più possibile scrupoloso e qualificato?
2. Vengono utilizzati parametri di confronto esaustivi e appropriati al fine di migliorare l'interpretatività dei risultati?
3. È sufficientemente adeguato il numero di centri coinvolti?
4. Il disegno di ricerca è predisposto per diminuire il *bias* (tendenza a deviare il valore medio) e per limitare la compromissione interna ed esterna della validità dello studio e dello studio stesso?

Nel sottocampo "popolazione ed il campione" vengono sottoposte quattro domande:

5. Sono stati descritti e identificati adeguatamente il campione e la popolazione?
6. Il disegno del campione è stato il più severo possibile al fine di migliorare la sua rappresentatività e, oltre a ciò, gli errori del campionamento sono stati ristretti al minimo?
7. È adeguata l'ampiezza del campione ed inoltre sono state esaminate le esigenze riguardanti la dimensione dello stesso tramite un'analisi di potenza?

Nella categoria raccolta dati e misura, si evincono tre quesiti:

8. Sono state identificate nel miglior modo possibile le variabili più importanti?
9. Vengono usati e descritti strumenti specifici per raggiungere l'obiettivo dello studio?
10. Attraverso i metodi utilizzati i dati raccolti sono affidabili?

Il sottogruppo procedure del metodo è composto da due quesiti:

11. Emergono riscontri e prove sufficienti da dimostrare che i partecipanti abbiano ricevuto il trattamento corretto e che dimostrano l'accuratezza dell'intervento?
12. La raccolta dati è sufficientemente adeguata al fine di ridurre il *bias* e la persona che ha avuto tale compito è abbastanza formato per farne una corretta?

Per quanto riguarda i risultati degli studi, esiste un sottogruppo chiamato analisi dei dati ed è composto da tre domande.

13. I metodi statistici utilizzati sono appropriati?
14. La metodica analitica utilizzata è stata la più adeguata?
15. Gli errori di tipo I e II sono stati prevenuti?

Analizzando sempre i risultati, la sottocategoria scoperte è suddivisa in due domande:

16. La significatività statistica è stata sottolineata?
17. È stata spiegata la precisione delle stime e l'ampiezza dell'effetto?

Per quanto riguarda la valutazione di sintesi dei risultati, è stata suddivisa in due ultime domande:

18. Prendendo in considerazione i limiti dello studio, l'autenticità e la validità dei risultati è preservata?
19. Attraverso lo studio è possibile estrapolare l'evidenza utile per la pratica infermieristica, l'utilizzo dello studio concorre significativamente alla pratica infermieristica?

Adattato liberamente da: Polit & Tatano (2014, pag.73)

Qui sotto riporto lo schema proposto da Polit & Tatano (2014) al fine di valutare la probabile qualità delle evidenze degli studi utilizzati per la revisione della letteratura. In allegato (allegato 2) è possibile visionare le valutazioni di ogni domanda in dettaglio.

Studio analizzato	Totale dei "Sì"
<i>"The Effectiveness of Art Therapy for Anxiety in Adult Women: A Randomized Controlled Trial"</i> di (Abbing, Baars, et al., 2019)	19/19
<i>"Art therapy improves mood, and reduces pain and anxiety when offered at bedside during acute hospital treatment"</i> di Shella (2018)	17/19
<i>"Art therapy as an adjuvant treatment for depression in elderly women: a randomized controlled trial"</i> di Ciasca et al. (2018)	18/19
<i>"Anxiety reduction through art therapy in women. Exploring stress regulation and executive functioning as underlying neurocognitive mechanisms"</i> di Abbing, de Sonnevile, et al. (2019)	19/19
<i>"Can Coloring Mandalas Reduce Anxiety?"</i> di Curry & Kasser (2005)	18/19
<i>"Effect of Art Production on Negative Mood and Anxiety for Adults in Treatment for Substance Abuse"</i> di Laurer & van der Vennet (2015)	17/19
<i>"Can art therapy reduce death anxiety and burnout in end-of-life care workers? A quasi-experimental study"</i> di Potash et al. (2014)	16/19
<i>"The efficacy of creative arts therapies to enhance emotional expression, spirituality, and psychological well-being of newly diagnosed Stage I and Stage II breast cancer patients: A preliminary study"</i> di Puig et al. (2006)	16/19

In allegato (allegato 1) è consultabile una tavola riassuntiva che ho strutturato, per l'estrazione dei dati, che mi ha permesso di eseguire un'analisi degli stessi.

Estrarre i dati permette allo scrittore di ottenere le informazioni necessarie per analizzare gli studi e raccogliere i risultati di ricerca. Ho deciso quindi di estrapolare le informazioni generali, le caratteristiche dello studio, le caratteristiche dei partecipanti, l'intervento ed esposizione, gli esiti misurati ed i risultati (Saiani & Brugnolli, 2010).

4.4. Risultati di ricerca

Questa Tesi di Bachelor prende in considerazione otto articoli scientifici. Cinque dei quali sono studi controllati randomizzati (*Randomized Controlled Trials – RCT*), gli

altri tre sono un *preliminary study*, un *quasi-experimental study* ed un *retrospective chart review*.

I *preliminary study* o studi preliminari hanno l'obiettivo di perfezionare un intervento e valutare la sua accettabilità, fattibilità e il costo. Essi facilitano la pianificazione e lo svolgimento di un RCT (Smith et al., 2015)

I *quasi-experimental study* o studio quasi sperimentale sono molto simili agli studi controllati randomizzati. Solitamente sono studi prospettici o retrospettivi dove la popolazione scelta viene utilizzata per confrontare l'efficacia e la sicurezza di trattamenti non randomizzati. Si differenziano dagli RCT poiché i pazienti si auto selezionano nei diversi trattamenti invece di essere randomizzati (Maciejewski, 2020).

I *retrospective chart review*, anche conosciuta come *medical record review*, è un tipo di ricerca utilizzata in molte discipline basate sull'assistenza sanitaria. In queste revisioni vengono utilizzati i dati registrati in cartelle cliniche e dati incentrati sul paziente per rispondere a una o più domande di ricerca. Alcuni esempi di dati utilizzati si estrapolano da database elettronici e test diagnostici (Vassar & Holzmann, 2013).

Gli RCT sono gli studi migliori per valutare l'efficacia di un trattamento (Devereaux & Yusuf, 2003). Gli studi controllati e randomizzati sono la *gold standard* per valutare gli interventi sanitari. Tuttavia, è fondamentale che la qualità delle prove prodotte sia sufficientemente adeguata. La qualità dipende dal rigore metodologico utilizzato per la creazione dello studio (Flecha et al., 2016).

Tutti gli studi analizzati hanno l'obiettivo di valutare l'effetto dell'arteterapia nelle persone che presentano una sintomatologia ansiosa.

In quasi la totalità degli studi l'arteterapia era composta da disegno o dipinti. Le differenze principali si osservano nelle caratteristiche patologiche della popolazione, l'ambiente in cui è stato svolto lo studio, l'area geografica, le scale di valutazione utilizzate e l'intervento specifico di arteterapia.

In tutti gli studi emergono le valutazioni pre e post trattamento e ogni studio prende in considerazione una popolazione che soffre di una qualche forma d'ansia.

Abbing, Baars, et al. (2019) ha l'obiettivo di valutare l'efficacia dell'arteterapia sull'ansia e sulla qualità di vita nelle donne affette da disturbi d'ansia

Lo studio di Shella (2018) ha l'obiettivo di valutare l'impatto dell'arteterapia sui pazienti ospedalizzati. Lo studio voleva rispondere all'ipotesi che l'arteterapia avrebbe migliorato l'umore, diminuito l'ansia e diminuito il dolore.

Lo studio di Ciasca et al. (2018) ha l'obiettivo di valutare se l'arteterapia è benefica come trattamento adiuvante per la depressione e per i sintomi sub sindromici.

Lo studio condotto da Abbing, de Sonnevile, et al. (2019) ha lo scopo di valutare l'effetto dell'arteterapia sulla regolazione dello stress, sui sintomi d'ansia e sulle funzioni esecutive nelle donne con una diagnosi primaria di disturbo d'ansia.

Curry & Kasser (2005) tramite il loro studio volevano esaminare l'efficacia di diversi tipi di attività creative nella riduzione dell'ansia.

Lo studio di Laurer & van der Vennet (2015) ha l'obiettivo di indagare l'efficacia dell'arteterapia nel migliorare l'umore e diminuire l'ansia nei pazienti affetti da disturbi da uso di sostanze.

Potash et al. (2014) hanno strutturato uno studio che ha l'obiettivo di valutare l'efficacia dell'arteterapia nel ridurre il burnout e l'ansia rispetto la morte tra gli operatori sanitari che supportano i pazienti nel fine vita.

Lo studio di Puig et al., (2006) ha lo scopo di valutare l'efficacia dell'arteterapia nel migliorare l'espressione emotiva, la spiritualità, miglioramento del benessere psicologico (tra cui l'ansia) in un gruppo di donne con diagnosi di cancro al seno allo stadio I e II.

Cinque studi hanno esaminato l'ansia come sintomo di una patologia (Abbing, Baars, et al., 2019; Ciasca et al., 2018; Abbing, de Sonnevile, et al., 2019; Laurer & van der Vennet, 2015; Puig et al., 2006). Due di questi studi si sono concentrati sulla psicopatologia dei disturbi d'ansia (Abbing, Baars, et al., 2019; Abbing, de Sonnevile, et al., 2019)

Tutti i cinque studi hanno concluso che l'arteterapia, in aggiunta alla cura tradizionale (farmaci, psicoeducazione, trattamenti, colloqui, ed altri), è uno strumento efficace nella riduzione dell'ansia come sintomo nelle persone affette da una patologia.

Più specificatamente, qui di seguito analizzerò ogni studio riportando i risultati ottenuti statisticamente significativi. In allegato (allegato 1), in una tabella riassuntiva creata da me si possono evincere i *p-value* di ogni elemento analizzato nei diversi studi. Il *p-value* o valore p, è un valore riportato nella statistica, che permette di osservare una relazione tra le variabili per effetto del caso. Se questa probabilità è al di sotto, solitamente, del 0,05 significa che la relazione è statisticamente significativa e non è effetto del caso (Istituto della Enciclopedia Italiana, 2013).

L'indagine condotta da Abbing, Baars, et al. (2019), sostiene che l'arteterapia praticata attraverso disegno, lavoro con argilla, pittura, e altre ha permesso una riduzione dell'ansia e un incremento soggettivo della qualità di vita nelle donne affette da disturbi d'ansia. I risultati ottenuti sono statisticamente significativi *p-value* < 0,05.

Lo studio di Ciasca et al. (2018) suggerisce che l'arteterapia composta da disegno, pittura, modellazione d'argilla, tessitura e *collage*, è un trattamento adiuvante efficace per migliorare la depressione e sintomi d'ansia nelle donne anziane con disturbo depressivo maggiore. Tutti i risultati riportati sono statisticamente significativi, con un *p-value* < 0,05.

L'RCT creato da Abbing, de Sonnevile, et al. (2019) supporta l'ipotesi che l'arteterapia come arte visiva ovvero composta da disegno, pittura, scultura, e modellamento d'argilla, migliora la variabilità della frequenza cardiaca, migliora le funzionalità esecutive (come controllo delle emozioni, memoria, pianificazione e organizzazione), e l'ansia in modo statisticamente significativo *p-value* < 0,05.

L'indagine di Laurer & van der Vennet (2015) suggerisce che l'arteterapia effettuata utilizzando gessetto, matite, pittura ad olio, acquarelli e matite, possa migliorare l'umore e diminuire l'ansia in modo statisticamente significativo *p-value* < 0,05. Nonostante ciò, delle analisi ANOVA (analisi di varianza) supportano l'idea che il miglioramento è stato per lo più influenzato dal tempo del trattamento piuttosto che dall'intervento stesso.

L'ultimo studio, di (Puig et al., 2006) riporta quanto possa avere conseguenze negative ricevere una diagnosi di cancro al seno, tra queste: disturbi depressivi, ansia, rabbia, senso di colpa, paura, repressione delle emozioni. I risultati di questo studio sostengono che l'arteterapia composta da disegno a matite, pennarelli, pastelli, pittura, e altri, abbia migliorato il benessere psicologico delle pazienti, diminuendo gli stati emotivi negativi e l'ansia.

Lo studio di (Curry & Kasser, 2005) analizza l'efficacia dell'arteterapia sull'ansia fisiologica indotta. La popolazione dello studio è caratterizzata da studenti di buona salute a cui viene indotto uno stato d'ansia per poi esser trattato con un intervento di arteterapia. Lo studio suggerisce che l'arteterapia, specificatamente la colorazione dei mandala o di forme geometriche può aiutare a entrare in uno stato meditativo e ridurre i livelli d'ansia in modo statisticamente significativo *p-value* < 0,05.

Due studi su otto hanno indagato l'efficacia dell'arteterapia sull'ansia causata da una condizione di vita. Di preciso lo studio di Shella (2018) si propone di analizzare l'impatto dell'arteterapia, praticata con acrilico, vernice, acquarello, inchiostri, lavori con le perline, lavori in legno o *collage*, sull'umore, ansia e dolore nei pazienti ospedalizzati. I risultati emersi suggeriscono che l'arteterapia diminuisce, in maniera statisticamente significativa $p\text{-value} < 0,05$, il dolore e l'ansia e migliora l'umore nei pazienti ricoverati.

Invece Potash et al. (2014) eseguirono uno studio per valutare se l'arteterapia attraverso la creazione di mandala personali, possa essere uno strumento valido per migliorare l'ansia del fine vita e il burnout negli operatori sanitari che lavorano nel contesto del fine vita. Prove preliminari suggeriscono che l'arteterapia possa ridurre il burnout, migliorare la consapevolezza e la regolazione emotiva, e ridurre l'ansia del fine vita in modo statisticamente significativo $p\text{-value} < 0,05$.

Gli strumenti utilizzati nelle varie indagini dello studio di Abbing, Baars, et al., (2019) sono principalmente:

Lo *Screening for Psychological Problem* (4DKL), ovvero un questionario che permette di misurare i sintomi di stress, depressione, ansia e sintomi somatici.

La *diagnostic Interview for Anxiety Disorders and Comorbidity* (versione olandese del *Mini International Neuropsychiatric Interview Plus*) è un'intervista semistrutturata che permette di diagnosticare il tipo di disturbo d'ansia, la presenza di comorbidità (depressione, sindrome da stress post traumatico, abuso di sostanze, e altre).

Un questionario chiamato *Lehrer Woolfolk Anxiety Symptom Questionnaire* (LWASQ) utilizzato per misurare il livello di ansia.

La versione olandese del *MANchester Short Assessment of QoL* (MANSA) è stato utilizzato per valutare la qualità di vita.

La difficoltà dei pazienti nella regolazione delle emozioni è stata misurata con la scala *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS).

Nello studio di Shella (2018) viene utilizzata principalmente la scala chiamata *The Roger's Happy Sad face scale*. Questa scala permette di valutare l'umore, l'ansia e il dolore in una scala da 0 a 4, dove zero sta per "nessun sintomo" e quattro per "sintomo peggiore mai provato".

Ciasca et al. (2018) utilizzano nel loro studio la *Geriatric Depression Scale* (versione brasiliana) per valutare i sintomi depressivi negli anziani. Inoltre, viene anche usata la *Beck Depression Inventory* (BDI) che è una scala per valutare i sintomi depressivi. L'ansia e i sintomi associati invece sono stati valutati attraverso la *Back Anxiety Inventory* (BAI). Il *Mini-Mental State Examination* (MMSE) che valuta lo stato neuro-cognitivo e funzionale. Inoltre, al fine di valutare lo stato cognitivo sono stati utilizzati: *the Verbal Fluency Test*, *the Trail Making Test A*, *the Rey Complex Figure*, *the Rey Delayed Recall*.

Lo studio di Abbing, de Sonnevile, et al. (2019) ha utilizzato il *Tier Social Stress Test* (TSST). Questo test permette di valutare la regolazione del sistema nervoso autonomo durante lo stress. Il funzionamento esecutivo è stato misurato attraverso un questionario da autosomministrarsi chiamato *BRIEF-A*. Dopodiché tramite dei test dell'*Amsterdam Neuropsychological Tasks* (ANT) sono state valutate gli aspetti cognitivi. Inoltre, ha utilizzato l'ECG per valutare la frequenza cardiaca e la variabilità della stessa. Il livello d'ansia è stato misurato con la versione olandese del *Lehrer Woolfolk Anxiety Symptom Questionnaire* (LWASQ).

(Curry & Kasser, 2005) utilizza lo *State Anxiety Inventory*, una scala che valuta il livello d'ansia corrente. La scala è composta da nove punti, dal più basso "per nulla", a più alto "estremo".

Lo studio di Laurer & van der Venet (2015) ha utilizzato il *Profile of Mood State* e il *State-Trait Anxiety Inventory*, due strumenti per valutare le preoccupazioni, l'umore e l'ansia di stato e l'ansia di tratto. Il questionario *POMS* è composto da sessantacinque domande per misurare gli stati d'animo a breve termine.

Potash et al. (2014) durante lo studio utilizza il *Maslach Burnout Inventory – General Survey* (MBI-GS), un questionario che valuta l'esaurimento fisico ed emotivo e il cinismo. Il *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) è un questionario per misurare l'attenzione al momento del presente e il *Death Attitude Profile – Revised* (DAP-R) valuta la paura, ansia e accettazione riguardo la morte.

5. Discussione della revisione

Durante la stesura della revisione sono emersi alcuni limiti negli studi utilizzati. Il limite principale riscontrato è la diversità della popolazione presa in campione per ciascuno studio. Questo influenzerà la qualità della revisione della letteratura poiché vengono prese indirettamente in considerazione molte più variabili rispetto a un campione di popolazione preciso. Seppur vero che in questo modo viene suggerito che differenti popolazioni hanno avuto un beneficio nell'utilizzo dell'arteterapia. Sarebbe comunque più sicuro e maggiormente preciso utilizzare studi con una popolazione circoscritta a una determinata casistica.

Un importante limite emerso concerne l'arteterapia. Ogni studio ha effettuato delle sessioni di arteterapia differenti, con durate diversi, arti terapeuti diversi e strumenti artistici differenti. Questo potrebbe aver avuto un impatto discordante sui risultati di ogni studio.

Un altro limite riscontrato è la copresenza di diversi studi effettuati in diverse aree geografiche del mondo. Ogni paese ha una propria cultura, potrebbero essere state effettuate cure diverse, le condizioni di vita possono essere diverse e la differente qualità di vita potrebbe aver influenzato i risultati.

Sono inoltre state utilizzate scale di valutazione differenti per la sintomatologia e altri elementi, in aggiunta alcune di queste sono state adattate alle versioni del paese e dunque non sono state utilizzate le originali.

Infine, i campioni di popolazione coinvolti erano ristretti, limitando l'applicabilità dell'arteterapia su vaste scale.

Malgrado la presenza dei limiti, la totalità degli studi presi in considerazione supporta l'arteterapia come strumento per migliorare l'ansia. Nello specifico, gli studi dimostrano che integrando l'arteterapia nel trattamento tradizionale, si potrebbero migliorare i sintomi d'ansia. Inoltre, la maggior parte degli studi sostengono che l'arteterapia può aumentare la consapevolezza emotiva, il controllo delle emozioni e il migliorare l'umore. Agli altri studi sostengono che l'arteterapia può, oltre a ridurre l'ansia, aumentare la qualità di vita, diminuire i sintomi depressivi, diminuire il dolore, migliorare la variabilità della frequenza cardiaca e migliorare le funzionalità esecutive.

Ogni studio utilizzato per questa revisione della letteratura sostiene l'idea che sono necessari ulteriori studi che indaghino gli effetti dell'arteterapia. È importante che la

ricerca implementi gli studi in circolazione e supporti studi con campioni di popolazione più grandi.

8. Conclusioni

Al termine del mio Lavoro di Bachelor sono piacevolmente sorpresa dell'efficacia dell'arteterapia. Ampliando la mia Tesi ho analizzato l'ansia, i suoi aspetti psicopatologici e i trattamenti correlati. Grazie a ciò ho potuto riflettere su quanto i disturbi d'ansia possano essere invalidanti e compromettere la qualità di vita di una persona. Sono consapevole della vulnerabilità di queste persone. Per questo, in qualità di infermiera, mi sento responsabile nell'offrire l'assistenza necessaria per implementare il benessere, la qualità di vita e le risorse di queste persone. Come infermiera, rispetto ad altre figure, rifletto sul mio privilegio di poter passare più tempo accanto al paziente e questo mi porta a riconoscere l'importanza di prendersi a carico la totalità della persona.

Come è emerso nella discussione degli studi l'arteterapia può essere uno strumento utile per la riduzione dell'ansia, promuovere la consapevolezza emotiva, il controllo delle emozioni e il miglioramento dell'umore. Sono rimasta colpita dalla mancanza di linee guida rispetto alla metodologia da applicare nell'arteterapia. Nonostante questo, sono state evidenziate delle fasi che possono indicare il susseguirsi di una sessione di arteterapia.

Gli interventi basati sulle attività artistiche sono adatti ad ogni contesto e permettono di promuovere la centralità del paziente. Dovrebbero essere considerate parte essenziale dell'assistenza sanitaria e infermieristica (Vaartio-Rajalin et al., 2020)

Gli interventi creativi hanno dimostrato di accorciare le ospedalizzazioni e diminuire l'uso di farmaci per il dolore. L'introduzione dei programmi d'arte nel mondo sanitario costringe l'infermiere, in virtù del contatto stretto con il paziente, ad essere la chiave per l'integrazione della creatività e dell'arte nell'assistenza sanitaria. L'arte è stata integrata nell'assistenza sanitaria in quasi tutti il mondo. Per esempio in Inghilterra oltre all'esistenza di molti programmi innovativi integrati nell'assistenza sanitaria, gli edifici sono progettati per sculture e opere d'arte (Lane, 2006).

Sicuramente permane indecisione rispetto a una definizione univoca di arteterapia e arti creative terapeutiche. Sarebbe necessaria anche una definizione più ampia che premetta di includere la psicoterapia e la ricerca al fine di approfondire la comprensione del comportamento artistico (Spooner, 2016).

Secondo American Psychological Association (n.d.) l'arteterapia comprende le attività artistiche come pittura e modellazione con l'argilla, utilizzare nella psicoterapia e riabilitazione.

Durante la stesura del mio Lavoro di Bachelor ho utilizzato "arteterapia" come una metodologia di cura basata sulle arti visive, come la pittura o la modellazione. Gli articoli scientifici analizzati trattano dell'arteterapia come sessioni d'arte composte da pittura, disegno e colorazione.

Il ruolo infermieristico nell'arteterapia è fondamentale: gli infermieri sono il ponte tra il paziente e l'arte terapeuta. L'infermiere può recuperare il materiale necessario per le sessioni d'arteterapia. Fondamentale è riconoscere l'arteterapia come uno strumento che può creare un cambiamento nell'esperienza della cura del paziente. Il nostro ruolo è creare lo spazio per l'arte e dare al paziente e alla sua famiglia la possibilità di esprimere la propria arte. Inoltre, l'infermiere può conservare le opere artistiche come un diario dell'evoluzione. Abbiamo la possibilità di invitare i pazienti a personalizzare la propria stanza, con fotografie, dipinti, poesie e trapunte, in questo modo creiamo con il paziente un ambiente curativo, piacevole e bello esteticamente (Lane, 2006). In un rapporto

dell'Health Evidence Network dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è emerso che l'arte promuove la salute, previene diverse condizioni di patologie mentali e fisiche, e può essere un buon supporto per il trattamento o la gestione di diverse condizioni (Vaartio-Rajalin et al., 2020).

In Florida un'infermiera ha creato un programma chiamato *Arts in Medicine*. Questo programma fornisce modelli clinici per infermieri che desiderano introdurre le arti nella pratica sanitaria (Lane, 2006). I pazienti che hanno vissuto l'esperienza dell'*Arts in Medicine* riferiscono che sono maggiormente fiduciosi, più felici, percepiscono un miglioramento nel benessere e riferiscono meno dolore (Lane, 2006). Un progetto nato dall'interprofessionalità tra infermieri e artisti, nello *Shad's Cancer Center* ha permesso di allestire una sala d'attesa, dove i bambini malati di cancro, il loro genitori, il personale, o chiunque volesse, può dipingere una piastrella e raccontare la propria storia. Questo progetto è stato accolto con grande rapidità ed entusiasmo (Lane, 2006).

Nella stesura di questa revisione della letteratura è emerso che anche gli infermieri possono usufruire di sessioni di arteterapia sul posto di lavoro. Questo potrebbe promuovere la salute e migliorare il benessere degli infermieri. Inoltre, è stato evidenziato un miglioramento della gestione dello stress e dell'umore (Karpavičiūtė & Macijauskiene, 2016).

In futuro è necessario ampliare la ricerca riguardo all'arteterapia e implementare il ruolo infermieristico nell'integrazione di quest'ultima nel sistema sanitario.

L'Organizzazione del mondo del lavoro Oda ARTECURA (2019) offre la formazione di arte terapeuta con diploma federale in arteterapia ai diplomati infermieri, insegnanti, assistenti sociali, musicisti. È necessario seguire sette moduli di 3'000 ore e successivamente una formazione continua della durata di due anni.

Anche nel nostro Cantone viene utilizzata l'arteterapia. All'Ospedale Civico a Lugano esiste la consulenza di arteterapia indirizzata ai bambini (Ente Ospedaliero Cantonale, n.d.). All'Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale, più precisamente al Club-74 esiste una varietà d'attività creative terapeutiche come il lavoro a maglia, legno, feltro e pittura.

Qui di seguito adatterò le competenze finali dell'infermiere diplomato con il Bachelor in Cure infermieristiche del KFH (2011) all'arteterapia.

L'infermiere laureato in Bachelor in Cure infermieristiche deve essere esperto nelle cure infermieristiche, e devono assumersi la responsabilità del loro ruolo professionale all'interno del sistema sanitario. Considerando questa competenza l'infermiere ha la necessità di partecipare a progetti e ricerche che promuovono la salute dei pazienti e questo significa in un futuro partecipare a progetti di integrazione dell'arte nel contesto sanitario.

Inoltre, l'infermiere permette lo sviluppo di un rapporto di fiducia con colleghi ma anche pazienti. Dopo la lettura della revisione ho compreso che una delle componenti fondamentali per cominciare un percorso terapeutico di arteterapia è la creazione di un rapporto di fiducia tra operatore e paziente. In aggiunta l'infermiere dev'essere in grado di condividere il sapere e l'esperienza con gli altri colleghi e questo anche con un'arte terapeuta.

Gli infermieri sono membri di un gruppo, lavorano in gruppi interdisciplinari e interprofessionali mettendo a disposizione le proprie competenze. Per essere svolta in modo ottimale per il paziente l'arteterapia dev'essere utilizzata in un contesto multidisciplinare (Caboara Luzzato, 2018).

Il ruolo di manager mi ha aiutato nella creazione di questo Lavoro di Bachelor e mi ha permesso di approfondire argomenti fondamentali visionando le banche dati.

Attraverso il ruolo di promotore della salute, l'infermiere utilizza le conoscenze per la salute e la qualità di vita dei pazienti e della società. L'arteterapia come visto è uno strumento a basso costo per promuovere la salute. Può essere applicabile a chiunque, di qualunque genere, età ed etnia.

Come apprendente ed insegnante l'infermiere mantiene l'apprendimento tramite la pratica riflessiva, e l'integrazione, condivisione e utilizzo del sapere basato su prove di efficacia. Tramite questa Revisione della letteratura non sono emerse delle evidenze scientifiche dell'utilizzo dell'arteterapia. Nonostante questo, nella letteratura e grazie a questa revisione è emerso che l'arteterapia può essere uno strumento utile per il miglioramento dell'ansia. Inoltre, è uno strumento a basso costo e non invasivo, dunque, i rischi legati a errori procedurali sono nulli.

Infine, l'infermiere come ruolo legato all'appartenenza professionale pone l'attenzione sulla salute, sulla qualità di vita della società e delle singole persone. Tramite questo ruolo finisco questo lavoro, incentrato sulla cura della persona con disturbi d'ansia, per proiettarmi nella mia futura professione. Tenendomi stretta la mia voglia di aiutare il prossimo e la mia speranza nel contribuire a migliorare il sistema sanitario.

9. Considerazioni personali

Al termine del mio Lavoro di Bachelor, credo di potermi ritenere soddisfatta del percorso eseguito fino ad oggi. Nonostante i limiti e le difficoltà sono riuscita a muovermi all'interno delle banche dati, ed ho affinato le capacità di ricerca. Sono consapevole che queste abilità mi saranno utili nel futuro professionale, per mettere in pratica una cura basata sulle evidenze. Senz'altro questo Lavoro di Tesi mi ha dato modo di arricchire la mia persona personalmente e professionalmente. Inoltre, l'approfondimento dell'ambito psichiatrico mi ha permesso di acquisire nuove conoscenze che spero potrò utilizzare presto nel mio posto di lavoro. Sarei felice, nel mio futuro lavorativo, di proporre l'arteterapia come trattamento aggiuntivo in un ambiente interprofessionale ai pazienti con sintomi d'ansia, col fine d'implementare il loro benessere e la qualità di vita.

Da ultimo spero che questo elaborato possa essere utile alla futura ricerca infermieristica, che possa far riflettere sulle potenzialità dell'arteterapia ed aumentare l'interesse scientifico rispetto a questo trattamento.

10. Ringraziamenti

Al termine di questo Lavoro di Bachelor, con il quale concludo il mio percorso formativo triennale, ritengo doveroso ringraziare le persone che mi hanno sostenuto e accompagnato durante questo periodo della mia vita.

Un ringraziamento particolare va alla mia relatrice di Tesi, la Prof.ssa Lara Pellizzari, la quale mi ha supportata nelle difficoltà incontrate con grande professionalità e umanità. Grazie per avermi trasmesso la fiducia che mi ha permesso di raccogliere le forze e continuare il mio percorso fino alla fine.

Un ringraziamento sentito va alla mia famiglia e che mi hanno sostenuta e incoraggiata per tutta la durata dei tre anni di Bachelor. Il raggiungimento di questo traguardo è dovuto anche alla vostra pazienza e ai vostri sacrifici. Grazie per esserci sempre.

Ringrazio anche i miei amici, sempre pronti a supportarmi e a consigliarmi. Grazie per esserci stati quando ne avevo bisogno, per avermi fatto divertire e svagare quando ce n'era bisogno. Grazie per il vostro supporto.

E per ultimo, ma non per importanza, il mio compagno. Grazie per avermi sostenuta e sopportata nelle giornate più faticose, e in quelle più belle. Sei sempre stato al mio fianco durante questi tre anni e hai condiviso con me i raggiungimenti più importanti della mia vita. Grazie con amore.

11. Allegati

Allegato 1

Informazioni generali	Caratteristiche dello studio	Caratteristiche dei partecipanti	Intervento/esposizione	Esiti misurati	Risultati
<p>Autore: Abbing et al., 2019</p> <p>Titolo: “<i>The Effectiveness of Art Therapy for Anxiety in Adult Women: A Randomized Controlled Trial</i>”</p> <p>Area geografica: Olanda (Paesi Bassi)</p>	<p>L’obiettivo principale di questo studio controllato randomizzato (RCT) è valutare l’efficacia dell’arteterapia sull’ansia sulla qualità di vita nelle donne affette da disturbi d’ansia. Sono stati randomizzati due gruppi: il primo (AT) ha ricevuto l’arteterapia antroposofica, il gruppo di controllo della waiting list (WL) ha continuato il trattamento originario.</p> <p>Criteri di esclusione: psicosi o</p>	<p>Partecipanti donne (n=59) di età compresa fra i 18 e i 65 anni con diagnosi di disturbo d’ansia generalizzato, disturbo d’ansia sociale, disturbo di panico o con sintomi d’ansia da moderati a gravi. I partecipanti hanno continuato il trattamento tradizionale durante l’intervento di arteterapia.</p>	<p>Lo studio si è svolto presso 25 studi privati di arteterapia nei Paesi Bassi, nel periodo compreso tra gennaio 2017 e marzo 2018. Il trattamento è stato fornito solo da terapisti d’arte antroposofici olandesi qualificati e registrati, con più di cinque anni di esperienza nel lavoro con adulti affetti da disturbi d’ansia. Sono stati confrontati il gruppo sottoposto ad arteterapia (AT) e il gruppo in lista d’attesa (WL) rispetto alla gravità dei sintomi d’ansia, qualità di vita e regolazione delle</p>	<p>Strumenti utilizzati per misurare gli esiti: <i>Screening for Psychological Problems</i> (4DKL questionario che misurano i sintomi di distress, depressione, ansia, e sintomi somatici). La <i>Diagnostic Interview for Anxiety Disorders and Comorbidity</i>: un’intervista semi strutturata, versione olandese del <i>Mini International Neuropsychiatric Interview Plus</i> (MINI-plus) al fine di diagnosticare il</p>	<p>La diminuzione del sintomo d’ansia è stata statisticamente significativa: p = 0,001. Questo dimostra che l’ansia è stata ridotta nel gruppo AT1 ma non nel <i>wait list group</i> (WL) Per la qualità di vita c’è stato un risultato statisticamente significativo p < 0,0001. Dunque la qualità di vita è aumentata nel gruppo AT ma non nel gruppo WL. Per la regolazione delle emozioni è emerso un risultato statisticamente significativo p = 0,005. Le sotto scale <i>mancata chiarezza delle emozioni, la non</i></p>

	<p>allucinazioni, dipendenza da alcool o droghe, rischio di suicidio e/o patologia cerebrale.</p>		<p>emozioni. I partecipanti hanno ricevuto 10-12 sessioni individuali di arteterapia di 45-50 minuti per tre mesi. La prima sessione ha l'obiettivo di coinvolgere e stimolare il lavoro artistico libero. Dopo di che, vengono stabiliti degli obiettivi di trattamento con il terapeuta che elabora un piano terapeutico basato sull'osservazione del cliente e del suo lavoro artistico. Questo piano consiste in una grande varietà di esercizi artistici che vengono scelti da una lista creata dalla associazione olandese di arteterapia antroposofica (es: lavoro con argilla, disegno, pittura). Non viene usato un trattamento fisso ma piuttosto si adatta il</p>	<p>tipo di disturbo d'ansia, la presenza di comorbidità (depressione), sindrome da stress post-traumatica e abuso di sostanze. Il <i>Lehrer Woolfolk Anxiety Symptom Questionnaire</i> (LWASQ), usato per misurare il livello di ansia. L'affidabilità del LWASQ è di (Alfa di Cronbach tra 0,83 e 0,92) quindi con una buona attendibilità. La versione olandese del <i>MANchester Short Assessment of QoL</i> (MANSA) è stata usata per misurare la qualità di vita. È un questionario che consiste in 12 domande sulla</p>	<p><i>accettazione delle emozioni e l'accesso limitate alle strategie di regolazione delle emozioni</i> hanno mostrato dei miglioramenti statisticamente significativi nel gruppo AT (0,008 < p < 0,05).</p> <p>Esiti dopo follow-up: Il primo gruppo di trattamento (AT1) è stato seguito 3 mesi dopo il trattamento (n=21). Utilizzando il T0 come livello di riferimento. L'RM-ANOVA sulla gravità dei sintomi d'ansia ha rilevato un primo contrasto (T0 vs T1) e secondo contrasto (T0 vs T2) statisticamente significativi: T0vs.T1 (p = 0,004); T0vs.T2 (p= 0,001) Effetti simili sono stati riscontrati per la</p>
--	---	--	--	---	--

			<p>trattamento al contesto specifico del paziente. Entrambi i gruppi sono stati misurati all'inizio pre-test/T0 e dopo l'intervento o dopo 3 mesi (post-test/T1). Il gruppo sperimentale è stato valutato anche dopo 3 mesi (follow up/T2). Quarantasette donne hanno completato lo studio.</p>	<p>soddisfazione di vita. Per misurare le difficoltà dei pazienti nella regolazione delle emozioni è stata utilizzata la scala <i>Difficulties in Emotion Regulation</i>, versione olandese (DERS). Questa scala ha un Alfa di Cronbach > 0,80 dunque con una validità buona. Dopo tre mesi di studio è emerso che l'arteterapia (AT) è superiore rispetto alla <i>Wait List</i> (WL) nel ridurre l'ansia e migliorare la qualità di vita nelle donne adulte con disturbi d'ansia, disturbo generalizzato, disturbo d'ansia</p>	<p>misurazione della qualità di vita (QoL) ($p < 0,0001$); T0vs. T1 ($p = 0,002$). Inoltre, anche per la regolazione delle emozioni T0vs. T1 ($p = 0,007$); T0vs.T2 ($p = 0,001$) Questo dimostra che gli effetti del trattamento per il miglioramento della gravità del sintomo d'ansia, qualità di vita (QoL) e regolazione delle emozioni (ER) sono applicabili anche nel follow-up. I risultati al tempo T2 erano statisticamente significativi rispetto al tempo T0. Il secondo gruppo di trattamento (AT2) (n=20) ha mostrato miglioramenti simili al primo gruppo di trattamento, l'ansia è diminuita in modo</p>
--	--	--	---	--	--

				specifico, disturbo di panico e ansia moderata/grave. Vi sono stati inoltre miglioramenti nella regolazione delle emozioni, specialmente nell'accettazione di due emozioni, in fine il 46% della popolazione ha avuto una riduzione della gravità dei sintomi.	statisticamente significativo nella condizione AT2: ($p = 0,001$)
Informazioni generali	Caratteristiche dello studio	Caratteristiche dei partecipanti	Intervento/esposizione	Esiti misurati	Risultati
Autore: (Shella, 2018) Titolo: "Art therapy improves mood, and reduces pain and anxiety when offered at bedside during acute hospital treatment"	Studio di coorte retrospettivo che include 195 pazienti ospedalizzati tra aprile 2011 e dicembre 2015 i quali hanno effettuato almeno una sessione di arteterapia e validato attraverso	L'età dei pazienti era di 45,2 e l'85% (n = 166) era di sesso femminile. Vi era una maggioranza statisticamente significativa di giovani nel gruppo gastrointestinale ($p=0,003$), essi	I pazienti dell'ospedale urbano di Cleveland (Ohio) sono stati visti da arti terapeuti registrati nella propria camera d'ospedale. Prima di iniziare, è stato chiesto ai pazienti di valutare l'umore, l'ansia e il dolore percepiti utilizzando la scala	Lo strumento utilizzato è la scala facciale di Rogers. Una scala che permette di autovalutare l'umore e il dolore con quattro items. Dove 0 sta per "senza sintomi" e 4 "peggiori sintomi	Il gruppo esposto all'arteterapia (n=195) ha dimostrato una diminuzione statisticamente significativa del dolore ($p < 0,001$), un miglioramento dell'umore statisticamente significativo ($p < 0,001$)

<p>Area geografica: Stati Uniti (America)</p>	<p>questionari la valutazione pre e post trattamento. Sono stati inclusi pazienti malati di cancro, malattie neurologiche, problemi gastrointestinali, malattie cardiache e vascolari, trapianti, procedure post-chirurgiche e ortopediche. E sono stati raggruppati in quattro categorie: epilessia, gastrointestinale, cancro e "altro" (includeva pazienti affetti da malattie cardiovascolari), ortopedici e chirurgia generale. L'obiettivo di questo studio è di valutare attraverso la revisione del grafico (<i>Chart Review</i>) l'impatto</p>	<p>hanno anche riportato livelli di dolore maggiore pre-terapia statisticamente significativi rispetto agli altri gruppo ($p < 0,001$ complessivo).</p>	<p>facciale <i>Happy / Sad di Roger</i>. Dopodiché i pazienti hanno effettuato una sessione di arteterapia di cinquanta minuti circa e sono stati visti da un terapeuta tra cinque terapisti d'arte o stagisti di terapia artistica. È stata utilizzata la vernice su qualsiasi supporto dove poteva essere applicata. Inoltre, è stato incluso l'acrilico su oggetti, la tela e la carta, l'acquarello su carta, inchiostri a base alcolica su piastrelle. Durante le sessioni venivano lavorate le perline, infilate su filo o corda, cartapesta, creazione e modellazione di legno o collage. I pazienti avevano la possibilità di scegliere i materiali e la partecipazione. Al</p>	<p>possibili provati". Questa scala è stata scelta per la comodità, perché era già utilizzata come strumento di ricerca. I risultati supportano l'ipotesi che l'arteterapia permette di migliorare l'umore, e diminuire l'ansia e il dolore percepiti. L'età, il sesso, la diagnosi non ha influito sui risultati, suggerendo che l'arteterapia può migliorare l'umore, e diminuire ansia e dolore indipendentemente dagli altri fattori. L'arteterapia permette di affrontare positivamente il ricovero, avendo un impatto positivo</p>	<p>e una diminuzione statisticamente significativa dell'ansia ($p < 0,001$). L'82,1% (n=160) del campione ha risposto di sì alla domanda se l'arteterapia ha avuto un esito positivo sull'ansia. Il <i>P-value</i> della relazione tra cambiamento del dolore rispetto alle diagnosi è di ($p = 0,95$). La relazione tra cambiamento dell'umore e diagnosi differenti è di ($p = 0,23$). Il <i>P-value</i> della relazione tra cambiamento dell'ansia rispetto alle diagnosi differenti è di ($p = 0,45$) La relazione tra cambiamento del dolore e il fattore età è di ($p = 0,46$). Il <i>P-value</i> della relazione tra cambiamento del dolore e il sesso femminile è di ($p = 0,17$).</p>
--	---	---	---	--	--

	dell'arteterapia con i pazienti ospedalizzati.		termine della sessione venivano incitati a discutere con l'arte terapeuta rispetto alla loro arte. I terapeuti hanno notato che durante le sessioni i pazienti tendevano ad esprimere maggiormente le preoccupazioni. Al termine della sessione veniva chiesto di valutare nuovamente l'umore, l'ansia e il dolore percepiti sempre attraverso la scala Rogers.	immediato sull'umore generale, l'ansia e il dolore nei pazienti. Essa potrebbe divenire uno strumento per ridurre la durata della permanenza in ospedale e migliorare la soddisfazione del paziente. Potrebbe inoltre ridurre la necessità di farmaci antidolorifici. L'arteterapia può essere un intervento semplice, sicuro ed economico come complemento della gestione medica tradizionale.	
Informazioni generali	Caratteristiche dello studio	Caratteristiche dei partecipanti	Intervento/esposizione	Esiti misurati	Risultati
Autore: (Ciasca et al., 2018) Titolo: "Art therapy as an	Studio controllato randomizzato (RCT) che include un totale di 56 donne con	Tra i due gruppi EG (n=31) e CG (n=25) non emergevano variabili differenti ad	Le sessioni di arteterapia sono state eseguite presso un laboratorio. Il gruppo	Sono stati utilizzati diversi questionari. Per valutare la depressione	L'analisi longitudinale dei dati dal tempo 1 rispetto al tempo 2 supporta l'ipotesi del

<p><i>adjuvant treatment for depression in elderly women: a randomized controlled trial</i>"</p> <p>Area geografica: Brasile</p>	<p>disturbo depressivo maggiore trattato e stabile farmacologicamente. I criteri di inclusione sono una diagnosi di DSM-V a vita di Disturbo depressivo maggiore, sesso femminile, età >60 anni, capacità di leggere e scrivere, stabilità terapeutica, nessun cambiamento farmacologico durante il trattamento e accordo a partecipare. I criteri di esclusione sono: difficoltà cognitive legate alla demenza, valutate con un <i>Mini-Mental State Examination</i> (MMSE), tossicodipendenze, malattie degenerative e disturbi sistemici</p>	<p>eccezione dell'età: CG (media di 69,8) e EG (media di 66) (p= 0,033). Non vi erano variabili differenti rispetto al livello d'istruzione, stato civile, insorgenza della depressione, numero di episodi depressivi. I gruppi erano simili anche in termini di trattamento farmacologico (p = 0,60). Inoltre, non vi erano differenze tra i due gruppi rispetto a variabili psichiche o cognitive.</p>	<p>EG ha partecipato a 20 sessioni di arteterapia della durata di 90 minuti ciascuna, tutte guidate dallo stesso arte terapeuta. Ogni partecipante era chiamato a lavorare sulla propria produzione artistica. Le sessioni avevano l'obiettivo di permettere ai partecipanti di esprimere non verbalmente la conoscenza di sé, la propria autostima, l'accettazione di sé. Le sessioni sono state suddivise in quattro parti: la prima il benvenuto, dove venivano accolti e preparati a iniziare il lavoro. Il rilassamento dove l'arte terapeuta chiedeva ai partecipanti di disconnettersi dai pensieri quotidiani, attraverso una canzone,</p>	<p>geriatrica è stata utilizzata la <i>Geriatric Depression Scale</i> (versione brasiliana) per valutare i sintomi depressivi negli anziani. Inoltre, è stata utilizzata la <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI) una scala per valutare i sintomi depressivi. L'ansia è stata valutata dal <i>Back Anxiety Inventory</i> (BAI) che permette di valutare i sintomi di ansia comuni come sudorazione, tremore, paura e sentimenti di angoscia. Inoltre, sono stati utilizzati altri questionari e scale per valutare la sfera cognitiva.</p> <p>I dati di base (elaborati prima dell'intervento) sono</p>	<p>miglioramento dei punteggi di: <i>Min-Mental State Examination</i> (p = 0,034), <i>Rey Delayed Recall</i> (p = 0,002), <i>Geriatric Depression Scale</i> (p < 0,001), BAI (p = 0,004), <i>Beck Depression Inventory</i> (p < 0,001).</p> <p>Per valutare il miglioramento/variazione delle variabili di interesse tra il gruppo CG e il gruppo CE è stata utilizzata un'analisi di regressione logistica rettificata per età nella quale è emerso un miglioramento statisticamente significativo in tutte le seguenti scale: <i>Geriatric Depression Scale</i> (p = 0,007), <i>Back Anxiety Inventory</i> (p = 0,032), <i>Beck Depression Inventory</i> (p = 0,025).</p>
---	--	--	--	---	---

	<p>associati a morbilità e mortalità.</p> <p>L'obiettivo di questo studio è valutare l'efficacia dell'arteterapia come trattamento adiuvante per la depressione e i sintomi sub sindromici.</p> <p>Sono stati randomizzati due gruppi: al termine dello studio il primo (CG) composto da 25 partecipanti e il (EG) composto da 31 partecipanti.</p> <p>Il gruppo EG ha ricevuto 20 laboratori di arteterapia mentre il gruppo CG non ha ricevuto alcun tipo di trattamento artistico durante il periodo di studio.</p>		<p>rilassamento e immagini guidate. Poi la produzione artistica dove i partecipanti erano chiamati a esprimere ciò che provavano rispetto a un determinato tema attraverso il disegno, la pittura, la modellazione d'argilla, <i>collage</i> e tessitura. Alla fine della creazione, i partecipanti erano invitati ad esprimere le riflessioni e i sentimenti provati.</p>	<p>stati confrontati con i dati della fine dello studio per ciascun gruppo. Il gruppo EG ha mostrato un miglioramento statisticamente significativo nel <i>Mini-Mental State Examination</i> (MMSE), GDS, <i>Back Depression Inventory</i> (BDI), nella <i>Back Anxiety Inventory</i> (BAI) e nella <i>Rey Delayed Recall</i> (Rey DR). Questo dimostra una riduzione dei punteggi di depressione, ansia, un aumento dei punteggi della capacità cognitiva. Il gruppo CG ha mostrato un miglioramento nel punteggio di <i>Back Depression Inventory</i> (BDI).</p>	
--	--	--	--	--	--

				Inoltre, è stata dimostrata una maggiore riduzione dell'ansia e del punteggio di depressione statisticamente significativa nel gruppo che ha effettuato arteterapia rispetto al gruppo che non ha svolto sessioni di arteterapia.	
Informazioni generali	Caratteristiche dello studio	Caratteristiche dei partecipanti	Intervento/esposizione	Esiti misurati	Risultati
<p>Autore: (Abbing, de Sonnevile, et al., 2019)</p> <p>Titolo: "<i>Anxiety reduction through art therapy in women. Exploring stress regulation and executive functioning as underlying</i></p>	<p>Studio controllato randomizzato (RCT) che include 47 donne. Vengono studiati e comparati due gruppi nell'arco di tre mesi, uno trattato con arteterapia e un gruppo in <i>wait list</i> (WL). L'obiettivo è quello di valutare</p>	<p>Venivano incluse donne adulte, di età compresa tra i 18 e i 65 anni l'età media era di 44,4 anni, con una diagnosi primaria di disturbi d'ansia generalizzato, fobia sociale e / o disturbo da panico (con o senza</p>	<p>Il gruppo sperimentale ha ricevuto tra le dieci e le dodici sessioni di arteterapia di sessanta minuti ciascuna, per un periodo di tre mesi. L'arteterapia era strutturata su interventi antroposofici composta da disegno, pittura, scultura, e modellamento d'argilla.</p>	<p>La regolazione dello stress è stata misurata con risposte fisiologiche utilizzando un sistema di acquisizione <i>BioPac MP150</i> e valutato attraverso il <i>Trier Social Stress Test</i> (TSST). Questo test permette di valutare</p>	<p>I sintomi d'ansia sono stati significativamente ridotti nel gruppo che ha effettuato l'arteterapia con un (p=0,001)</p> <p>La variabilità della frequenza cardiaca del gruppo di arteterapia è migliorata significativamente di tendenza (p=0,068).</p>

<p><i>neurocognitive mechanisms”</i> Area geografica: Olanda (Paesi Bassi)</p>	<p>l'effetto dell'arteterapia sulla regolazione dello stress, sull'ansia e le funzioni esecutive (comportamento e aspetti cognitivi). I dati sono stati raccolti come un RCT cieco.</p>	<p>agorafobia) e sintomi d'ansia da moderati a gravi. I criteri di esclusione erano il sesso maschile, minorenni (<18 anni), o persone con più di 65 anni, psicosi o allucinazioni, tossicodipendenze, rischio suicida, patologia cerebrale. I partecipanti dei due gruppi non differivano su variabili cliniche e hanno continuato il trattamento tradizionale per tutta la durata dello studio.</p>	<p>Il gruppo di controllo (<i>wait list</i>) è stato in attesa per tre mesi. Solo arte terapeuti antroposofici olandesi qualificati e registrati, con oltre cinque anni di esperienza hanno trattato i partecipanti.</p>	<p>la regolazione del sistema nervoso autonomo durante lo stress. Sono state valutate attraverso ECG la frequenza cardiaca e la variabilità della frequenza cardiaca. Il funzionamento esecutivo è stato misurato attraverso l'auto questionario BRIEF – A e gli aspetti cognitivi del funzionamento esecutivo sono stati misurati tramite la <i>Amsterdam Neuropsychological Tasks</i> (ANT). I sintomi d'ansia sono stati misurati attraverso la versione olandese del <i>Lehrer Woolfolk Anxiety Symptom Questionnaire</i> (LWASQ).</p>	<p>Le funzioni esecutive globali sono migliorate nel gruppo di arteterapia ma non nel gruppo di <i>wait list</i> (p=0,006). Tramite analisi è emerso un miglioramento statisticamente significativo nel controllo delle emozioni (p=0,020).</p>
---	---	--	--	--	---

Informazioni generali	Caratteristiche dello studio	Caratteristiche dei partecipanti	Intervento/esposizione	Esiti misurati	Risultati
<p>Autore: (Curry & Kasser, 2005)</p> <p>Titolo: “Can Coloring Mandalas Reduce Anxiety?”</p> <p>Area geografica: Stati Uniti medio occidentali (America)</p>	<p>Studio RCT (studio controllato randomizzato). L’obiettivo dello studio è di esaminare l’efficacia di differenti tipi di attività creative nella riduzione dell’ansia. Lo studio si propone di misurare i livelli d’ansia in tre momenti temporali diversi: all’entrata nel laboratorio, dopo una breve esperienza di induzione dell’ansia e dopo venti minuti di colorazione dei mandala. Sono stati divisi tre gruppi, uno che avrebbe colorato un mandala, un altro il quale avrebbe colorato il totale</p>	<p>Ottantaquattro (55 femmine e 29 maschi) studenti universitari. La maggior parte caucasici di età compresa tra i 18 e i 22 anni. Sono stati assegnati in modo casuale a tre condizioni: Il gruppo mandala (n=30) il gruppo motivo geometrico (n=27) e il gruppo forma libera (n=27). Tutti i partecipanti dovevano colorare il foglio per 20 minuti, utilizzando sei matite colorate (rosso, arancione, giallo, verde, blu e viola).</p>	<p>I partecipanti hanno compilato il questionario <i>State Anxiety Inventory</i> all’entrata (T1), successivamente gli è stato chiesto di pensare al momento più pauroso della loro vita e di descrivere quell’esperienza su carta per quattro minuti. Subito dopo è stato chiesto di compilare nuovamente lo <i>State Anxiety Inventory</i> (T2). A fine colorazione, dopo venti minuti, è stato nuovamente somministrato lo <i>State Anxiety Inventory</i> (T3).</p>	<p>L’ansia al basale (T1) era equivalente in tutti i tre gruppi. L’ansia è aumentata in maniera statisticamente significativa dal tempo T1 al tempo T2 ($p < 0,001$) proprio dopo aver pensato e descritto l’esperienza paurosa. Lo studio suggerisce che colorare per venti minuti con un mandala o motivo geometrico aiuta a diminuire l’ansia rispetto al tempo T1 (prima di cominciare il laboratorio). I risultati di questo studio supportano l’ipotesi che colorare mandala per venti minuti è</p>	<p>Le analisi dimostrano che il gruppo mandala al tempo T3 (dopo la colorazione) aveva una diminuzione dell’ansia statisticamente significativa rispetto al gruppo forma libera ($p < 0,001$). Anche il gruppo con motivo geometrico riportava punteggi di ansia minore statisticamente significativa rispetto al gruppo forma libera ($p < 0,001$). Il gruppo motivo geometrico e il gruppo mandala non differivano sui livelli d’ansia in modo statisticamente significativo ($p=0,32$). I punteggi del gruppo mandala relativi all’ansia al tempo T3 erano più bassi in modo statisticamente</p>

	libertà e il terzo gruppo che avrebbe colorato una forma geometrica complessa quanto un mandala			maggiormente efficace rispetto a colorare a forma libera (senza un motivo geometrico particolare). Lo studio suggerisce che i partecipanti che hanno colorato il motivo geometrico hanno sperimentato lo stesso sollievo dall'ansia di quelli che hanno colorato i mandala.	significativo rispetto al tempo T1 (p=0,006)
Informazioni generali	Caratteristiche dello studio	Caratteristiche dei partecipanti	Intervento/esposizione	Esiti misurati	Risultati
Autore: (Laurer & van der Vennet, 2015) Titolo: “ <i>Effect of Art Production on Negative Mood and Anxiety for Adults in Treatment for Substance Abuse</i> ”	Studio RCT con l'obiettivo di indagare se l'arteterapia è efficace nel migliorare l'umore e diminuire l'ansia in 28 adulti con disturbi da uso di sostanze. I partecipanti sono stati assegnati in due gruppi: il primo	I partecipanti erano 28 adulti (11 donne e 17 uomini) con una diagnosi di abuso di sostanze o un disturbo legato alla dipendenza. I partecipanti hanno ricevuto il trattamento ambulatoriale per	Al <i>Produce Group</i> è stato chiesto di disegnare per venti minuti ciò che volevano con qualunque mezzo (carboncino, matite, pastelli, olio, gesso, acquarelli) su fogli di carta. Il gruppo di controllo (<i>Group View</i>) ha visionato e ordinato	Gli strumenti utilizzati per valutare l'ansia sono stati the <i>Profile of Mood States</i> e lo <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> . Il the POMS: utilizzato per valutare i cambiamenti dello stato d'animo,	È stato riscontrato un calo dell'ansia di stato e di tratto statisticamente significativo dal pre al post trattamento nel gruppo (<i>Group Produce</i>) (p < 0,05). Inoltre, è stata riscontrata una diminuzione statisticamente

<p>Area geografica: Inghilterra</p>	<p>gruppo composto da 14 persone (Gruppo <i>View</i>) che vedevano e classificavano l'arte e il secondo composto da 14 individui (Gruppo <i>Produce</i>) che producevano arte.</p>	<p>tutta la durata dello studio. Gli individui con disturbi dell'umore sono stati esclusi, l'età dei partecipanti varia da 18 e 54 anni (media di 30,5). L'89% si sono identificati in caucasici e l'11% come afroamericani.</p>	<p>sessanta stampe di arte classica che raffiguravano dipinti famosi.</p>	<p>soprattutto a breve termine. Il POMS è un questionario con 65 domande. The STAI è una scala per misurare l'ansia di stato e l'ansia di tratto. Delle analisi ANOVA hanno riscontrato che l'effetto sull'umore e ansia sono state influenzate dal tempo del trattamento. Lo studio suggerisce che produrre arte migliora l'umore e l'ansia di stato e di tratto.</p>	<p>significativa dell'ansia di stato e di tratto nel gruppo (<i>Group View</i>) ($p < 0,05$). Lo studio suggerisce che creare arte ha migliorato l'umore e ridotto l'ansia più della visione dell'arte ($p < 0,05$). Anche se dopo una analisi ANOVA è emerso che probabilmente le riduzioni non erano dovute alla produzione d'arte ma piuttosto alla quantità di tempo trascorso.</p>
<p>Informazioni generali</p>	<p>Caratteristiche dello studio</p>	<p>Caratteristiche dei partecipanti</p>	<p>Intervento/esposizione</p>	<p>Esiti misurati</p>	<p>Risultati</p>
<p>Autore: (Potash et al., 2014) Titolo: "Can art therapy reduce death anxiety and burnout in end-of-</p>	<p>A quasi-experimental study che valuta l'efficacia dell'arteterapia nel ridurre il burnout e l'ansia della morte</p>	<p>I partecipanti (n=132) erano infermieri, assistenti sociali, consulenti, assistenti spirituali e fisioterapisti.</p>	<p>Ogni corso di arteterapia è stato offerto tre volte tra settembre 2011 ad agosto 2012. Le sessioni erano</p>	<p>I risultati sono stati misurati con il the <i>Maslach Burnout Inventory – General Survey</i> (MBI-GS): un questionario che</p>	<p>Solamente il gruppo che ha effettuato l'arteterapia ha avuto una riduzione statisticamente significativa dei punteggi medi legati al burnout</p>

<p><i>life care workers?</i> <i>A quasi-experimental study</i> Area geografica: Hong Kong</p>	<p>tra gli operatori sanitari di Hong Kong che supportano i pazienti nel fine vita. Le sessioni di arteterapia sono state effettuate da un'arte terapeuta certificato e registrato con una licenza degli Stati Uniti. Sono stati divisi in due gruppi: il primo che effettuava sessioni di arteterapia (<i>art-therapy based supervision group</i>) (n=69) e il secondo che partecipava a delle sessioni basate sulle competenze (<i>Skills-based supervision group</i>) (n=63).</p>		<p>composte da 25 partecipanti. La sessione durava tre ore. Le attività della sessione erano creare un mandala per simboleggiare i sentimenti, creare arte per rappresentare lo stress e poi trasformarlo per sentirsi meglio, creare arte rispetto a un paziente significativo e/o impegnativo, creare arte sull'incontro con la morte di un paziente e creare un mandala per esprimere il significato della morte.</p>	<p>valuta l'esaurimento fisico ed emotivo, cinismo, le abilità), il <i>Five Facet Mindfulness Questionnaire</i> (FFMQ): è un questionario che valuta l'attenzione al momento presente e il <i>Death Attitude Profile – Revised</i> (DAP-R): il quale valuta la paura, ansia e l'accettazione della morte. Lo studio riporta delle evidenze che suggeriscono che l'arteterapia riduce l'esaurimento e il burnout negli operatori che lavorano nel fine vita. L'arteterapia enfatizza l'autoriflessione e la consapevolezza emotiva.</p>	<p>dal basale al post-intervento (p = 0,011). L'aumento del cinismo è stato statisticamente significativo solamente nel gruppo <i>Skills-based supervision</i> (p = 0,012). È stato osservato un aumento dell'attenzione nel momento del presente, dal basale al post-intervento, statisticamente significati nel gruppo che seguiva le sessioni di arteterapia (p = 0,002). Inoltre, sempre nel gruppo di arteterapia, sono state individuate delle diminuzioni nel giudicare le esperienze interne dal basale al post-intervento (p = 0,038). I punteggi medi di entrambi i gruppi dal basale al post-trattamento rispetto la paura della morte sono diminuiti in modo</p>
---	---	--	--	---	--

				L'arteterapia inoltre aiuta a ridurre l'ansia rispetto la morte e aumentare la consapevolezza emotiva.	statisticamente significativo (p = 0,001). L'evitamento della morte nel gruppo di arteterapia dal basale al post-trattamento è diminuito in maniera statisticamente significativa (p = 0,037). Inoltre, sempre lo stesso gruppo ha avuto un aumento statisticamente significativo nell'accettazione della morte dal basale al post-trattamento (p = 0,01).
Informazioni generali	Caratteristiche dello studio	Caratteristiche dei partecipanti	Intervento/esposizione	Esiti misurati	Risultati
Autore: (Puig et al., 2006) Titolo: " <i>The efficacy of creative arts therapies to enhance emotional expression, spirituality, and</i>	Uno studio pilota con lo scopo di valutare l'efficacia dell'arteterapia in un gruppo di donne con una diagnosi di cancro al seno allo stadio I o II. Lo studio si concentra sulla capacità	Allo studio hanno partecipato 39 donne di 18 anni o più ed avere una diagnosi di cancro al seno di stadio I o II nei 12 mesi prima dello studio. La maggior parte dei partecipanti era	Il primo gruppo (gruppo trattamento) ha ricevuto sessioni di arteterapia per quattro settimane. Il gruppo di controllo ha ricevuto le sessioni di arteterapia dopo quattro settimane. Le sessioni di arteterapia erano	In questo studio sono stati utilizzati diversi strumenti di valutazione. <i>Il Profile of Mood States (POMS)</i> , una scala che permette di valutare l'ansia-tensione, la depressione-	I risultati indicano che ci sono differenze statisticamente significative tra il gruppo di trattamento e il gruppo di controllo sul miglioramento della tensione-ansia (p < 0,05), depressione-deiezione (p < 0,05),

<p><i>psychological well-being of newly diagnosed Stage I and Stage II breast cancer patients: A preliminary study</i>"</p> <p>Area geografica: Stati Uniti (America)</p>	<p>dell'arteterapia nel migliorare l'espressione emotiva, la spiritualità e il benessere psicologico. La randomizzazione ha composto due gruppi: il primo gruppo, (gruppo di trattamento) (n=20) e il secondo gruppo (gruppo di controllo) (N=19).</p>	<p>caucasica. Il 36% delle donne ha completato la scuola superiore e il 51% ha conseguito una laurea. L'età media era di 51,4 anni. I partecipanti hanno continuato il trattamento di cura tradizionale durante tutto lo studio.</p>	<p>individuali e di circa sessanta minuti. Gli interventi proposti sono progettati per facilitare l'espressione emotiva, la spiritualità, il benessere psicologico. Il partecipante veniva chiamato a scegliere un tema particolarmente toccante e durante la sessione di utilizzare matite, pennarelli, pastelli, pittura acrilica, o altri mezzi per esplorare le emozioni, la spiritualità e il benessere psicologico.</p>	<p>sconforto, la rabbia-ostilità, il vigore-attività, l'affaticamento-inerzia e la confusione-smarrimento. <i>The Emotional Approach Coping Scale</i> (EACS) una scala che permette di valutare l'espressione emotiva. <i>Il the Expressions of Spirituality Inventory</i>, un questionario che permette di valutare la spiritualità dell'individuo. Le donne che hanno sperimentato l'arteterapia hanno riferito un aumento della consapevolezza di sé, un aumento della connessione con i propri</p>	<p>rabbia-ostilità (p < 0,05) e confusione-smarrimento (p < 0,05).</p>
--	--	--	---	--	--

				<p>sentimenti, aumento della tranquillità e della capacità riflessiva, aumento della capacità di espressione dei sentimenti ed emozioni, capacità di identificare le strategie di coping e miglioramento della gestione dello stress. I dati analizzati hanno mostrato che l'intervento di arteterapia non è stato efficace nel migliorare lo stile di coping e nel livello di spiritualità tuttavia, vengono riportati risultati incoraggianti come: la diminuzione della tensione e ansia, depressione e rabbia, miglioramento del</p>	
--	--	--	--	--	--

				benessere psicologico nelle donne malate di cancro al seno.	
--	--	--	--	--	--

Allegato 2

Studio di Abbing , et al. (2019)

“The Effectiveness of Art Therapy for Anxiety in Adult Women: A Randomized Controlled Trial”

Domanda	Risposta
Disegno di ricerca	
1. Considerando l'obiettivo di ricerca, il disegno di ricerca è stato il più possibile scrupoloso e qualificato?	Sì
2. vengono utilizzati parametri di confronto esaustivi e appropriati al fine di migliorare l'interpretatività dei risultati?	Sì
3. È sufficientemente adeguato il numero di centri coinvolti?	Sì
4. Il disegno di ricerca è predisposto per diminuire il <i>bias</i> (tendenza a deviare il valore medio) e per limitare la compromissione interna ed esterna della validità dello studio e dello studio stesso?	Sì
Popolazione ed il campione	
5. Sono stati descritti e identificati adeguatamente il campione e la popolazione?	Sì
6. Il disegno del campione è stato il più severo possibile al fine di migliorare la sua rappresentatività e, oltre a ciò, gli errori del campionamento sono stati ristretti al minimo?	Sì
7. È adeguata l'ampiezza del campione ed inoltre sono state esaminate le esigenze riguardanti la dimensione dello stesso tramite un'analisi di potenza?	Sì
Raccolta dati e misura	
8. Sono state identificate nel miglior modo possibile le variabili più importanti?	Sì
9. Vengono usati e descritti strumenti specifici per raggiungere l'obiettivo dello studio?	Sì
10. Attraverso i metodi utilizzati i dati raccolti sono affidabili?	Sì
Procedure e metodo	
11. Emergono riscontri e prove sufficienti da dimostrare che i partecipanti abbiano ricevuto il trattamento corretto e che dimostrano l'scrupolosità dell'intervento?	Sì
12. La raccolta dati è sufficientemente adeguata al fine di ridurre il <i>bias</i> e la persona che ha avuto tale compito è abbastanza formato per farne una corretta?	Sì
Per quanto riguarda i risultati degli studi:	
Analisi dei dati	
13. I metodi statistici utilizzati sono appropriati?	Sì
14. La metodica analitica utilizzata è stata la più adeguata?	Sì

15. Gli errori di tipo I e II sono stati prevenuti?	Sì
Analizzando sempre i risultati, la sottocategoria scoperte è suddivisa in due domande:	
16. La significatività statistica è stata sottolineata?	Sì
17. È stata spiegata la precisione delle stime e l'ampiezza dell'effetto?	Sì
Valutazione di sintesi dei risultati	
18. Prendendo in considerazione i limiti dello studio, l'autenticità e la validità dei risultati è preservata?	Sì
19. Attraverso lo studio è possibile estrapolare l'evidenza utile per la pratica infermieristica, l'utilizzo dello studio concorre significativamente alla pratica infermieristica?	Sì

Studio di Shella (2018)

"Art therapy improves mood, and reduces pain and anxiety when offered at bedside during acute hospital treatment"

Domanda	Risposta
Disegno di ricerca	
1. Considerando l'obiettivo di ricerca, il disegno di ricerca è stato il più possibile scrupoloso e qualificato?	Sì
2. vengono utilizzati parametri di confronto esaustivi e appropriati al fine di migliorare l'interpretatività dei risultati?	No
3. È sufficientemente adeguato il numero di centri coinvolti?	Sì
4. Il disegno di ricerca è predisposto per diminuire il <i>bias</i> (tendenza a deviare il valore medio) e per limitare la compromissione interna ed esterna della validità dello studio e dello studio stesso?	Sì, ma è uno studio di coorte retrospettivo
Popolazione ed il campione	
5. Sono stati descritti e identificati adeguatamente il campione e la popolazione?	Sì
6. Il disegno del campione è stato il più severo possibile al fine di migliorare la sua rappresentatività e, oltre a ciò, gli errori del campionamento sono stati ristretti al minimo?	Sì
7. È adeguata l'ampiezza del campione ed inoltre sono state esaminate le esigenze riguardanti la dimensione dello stesso tramite un'analisi di potenza?	No
Raccolta dati e misura	
8. Sono state identificate nel miglior modo possibile le variabili più importanti?	Sì

9. Vengono usati e descritti strumenti specifici per raggiungere l'obiettivo dello studio?	Sì
10. Attraverso i metodi utilizzati i dati raccolti sono affidabili?	Sì
Procedure e metodo	
11. Emergono riscontri e prove sufficienti da dimostrare che i partecipanti abbiano ricevuto il trattamento corretto e che dimostrano l'scrupolosità dell'intervento?	Sì
12. La raccolta dati è sufficientemente adeguata al fine di ridurre il <i>bias</i> e la persona che ha avuto tale compito è abbastanza formato per farne una corretta?	Sì
Per quanto riguarda i risultati degli studi: Analisi dei dati	
13. I metodi statistici utilizzati sono appropriati?	Sì
14. La metodica analitica utilizzata è stata la più adeguata?	Sì
15. Gli errori di tipo I e II sono stati prevenuti?	Sì
Scoperte	
16. La significatività statistica è stata sottolineata?	Sì
17. È stata spiegata la precisione delle stime e l'ampiezza dell'effetto?	No
Valutazione di sintesi dei risultati	
18. Prendendo in considerazione i limiti dello studio, l'autenticità e la validità dei risultati è preservata?	Sì
19. Attraverso lo studio è possibile estrapolare l'evidenza utile per la pratica infermieristica, l'utilizzo dello studio concorre significativamente alla pratica infermieristica?	Sì

Ciasca et al. (2018)

“Art therapy as an adjuvant treatment for depression in elderly women: a randomized controlled trial”

Domanda	Risposta
Disegno di ricerca	
1. Considerando l'obiettivo di ricerca, il disegno di ricerca è stato il più possibile scrupoloso e qualificato?	Sì
2. vengono utilizzati parametri di confronto esaustivi e appropriati al fine di migliorare l'interpretatività dei risultati?	Sì
3. È sufficientemente adeguato il numero di centri coinvolti?	Sì
4. Il disegno di ricerca è predisposto per diminuire il <i>bias</i> (tendenza a deviare il valore medio) e per limitare la compromissione interna ed esterna della validità dello studio e dello studio stesso?	Sì

Popolazione ed il campione	
5. Sono stati descritti e identificati adeguatamente il campione e la popolazione?	Sì
6. Il disegno del campione è stato il più severo possibile al fine di migliorare la sua rappresentatività e, oltre a ciò, gli errori del campionamento sono stati ristretti al minimo?	Sì
7. È adeguata l'ampiezza del campione ed inoltre sono state esaminate le esigenze riguardanti la dimensione dello stesso tramite un'analisi di potenza?	No
Raccolta dati e misura	
8. Sono state identificate nel miglior modo possibile le variabili più importanti?	Sì
9. Vengono usati e descritti strumenti specifici per raggiungere l'obiettivo dello studio?	Sì
10. Attraverso i metodi utilizzati i dati raccolti sono affidabili?	Sì
Procedure e metodo	
11. Emergono riscontri e prove sufficienti da dimostrare che i partecipanti abbiano ricevuto il trattamento corretto e che dimostrano l'scrupolosità dell'intervento?	Sì
12. La raccolta dati è sufficientemente adeguata al fine di ridurre il bias e la persona che ha avuto tale compito è abbastanza formato per farne una corretta?	Sì
Per quanto riguarda i risultati degli studi: Analisi dei dati	
13. I metodi statistici utilizzati sono appropriati?	Sì
14. La metodica analitica utilizzata è stata la più adeguata?	Sì
15. Gli errori di tipo I e II sono stati prevenuti?	Sì
Scoperte	
16. La significatività statistica è stata sottolineata?	Sì
17. È stata spiegata la precisione delle stime e l'ampiezza dell'effetto?	Sì
Valutazione di sintesi dei risultati	
18. Prendendo in considerazione i limiti dello studio, l'autenticità e la validità dei risultati è preservata?	Sì
19. Attraverso lo studio è possibile estrapolare l'evidenza utile per la pratica infermieristica, l'utilizzo dello studio concorre significativamente alla pratica infermieristica?	Sì

Abbing, de Sonnevile, et al. (2019)

"Anxiety reduction through art therapy in women. Exploring stress regulation and executive functioning as underlying neurocognitive mechanisms"

Domanda	Risposta
Disegno di ricerca	
1. Considerando l'obiettivo di ricerca, il disegno di ricerca è stato il più possibile scrupoloso e qualificato?	Sì
2. vengono utilizzati parametri di confronto esaustivi e appropriati al fine di migliorare l'interpretatività dei risultati?	Sì
3. È sufficientemente adeguato il numero di centri coinvolti?	Sì
4. Il disegno di ricerca è predisposto per diminuire il <i>bias</i> (tendenza a deviare il valore medio) e per limitare la compromissione interna ed esterna della validità dello studio e dello studio stesso?	Sì
Popolazione ed il campione	
5. Sono stati descritti e identificati adeguatamente il campione e la popolazione?	Sì
6. Il disegno del campione è stato il più severo possibile al fine di migliorare la sua rappresentatività e, oltre a ciò, gli errori del campionamento sono stati ristretti al minimo?	Sì
7. È adeguata l'ampiezza del campione ed inoltre sono state esaminate le esigenze riguardanti la dimensione dello stesso tramite un'analisi di potenza?	Sì, ma il numero di partecipanti è limitato
Raccolta dati e misura	
8. Sono state identificate nel miglior modo possibile le variabili più importanti?	Sì
9. Vengono usati e descritti strumenti specifici per raggiungere l'obiettivo dello studio?	Sì
10. Attraverso i metodi utilizzati i dati raccolti sono affidabili?	Sì
Procedure e metodo	
11. Emergono riscontri e prove sufficienti da dimostrare che i partecipanti abbiano ricevuto il trattamento corretto e che dimostrano l'scrupolosità dell'intervento?	Sì
12. La raccolta dati è sufficientemente adeguata al fine di ridurre il <i>bias</i> e la persona che ha avuto tale compito è abbastanza formato per farne una corretta?	Sì
Per quanto riguarda i risultati degli studi:	
Analisi dei dati	
13. I metodi statistici utilizzati sono appropriati?	Sì
14. La metodica analitica utilizzata è stata la più adeguata?	Sì
15. Gli errori di tipo I e II sono stati prevenuti?	Sì
Scoperte	
16. La significatività statistica è stata sottolineata?	Sì

17. È stata spiegata la precisione delle stime e l'ampiezza dell'effetto?	Sì
Valutazione di sintesi dei risultati	
18. Prendendo in considerazione i limiti dello studio, l'autenticità e la validità dei risultati è preservata?	Sì
19. Attraverso lo studio è possibile estrapolare l'evidenza utile per la pratica infermieristica, l'utilizzo dello studio concorre significativamente alla pratica infermieristica?	Sì

(Curry & Kasser, 2005)

"Can Coloring Mandalas Reduce Anxiety?"

Domanda	Risposta
Disegno di ricerca	
1. Considerando l'obiettivo di ricerca, il disegno di ricerca è stato il più possibile scrupoloso e qualificato?	Sì
2. vengono utilizzati parametri di confronto esaustivi e appropriati al fine di migliorare l'interpretatività dei risultati?	Sì
3. È sufficientemente adeguato il numero di centri coinvolti?	Sì
4. Il disegno di ricerca è predisposto per diminuire il <i>bias</i> (tendenza a deviare il valore medio) e per limitare la compromissione interna ed esterna della validità dello studio e dello studio stesso?	Sì
Popolazione ed il campione	
5. Sono stati descritti e identificati adeguatamente il campione e la popolazione?	Sì
6. Il disegno del campione è stato il più severo possibile al fine di migliorare la sua rappresentatività e, oltre a ciò, gli errori del campionamento sono stati ristretti al minimo?	Sì
7. È adeguata l'ampiezza del campione ed inoltre sono state esaminate le esigenze riguardanti la dimensione dello stesso tramite un'analisi di potenza?	Sì
Raccolta dati e misura	
8. Sono state identificate nel miglior modo possibile le variabili più importanti?	Sì
9. Vengono usati e descritti strumenti specifici per raggiungere l'obiettivo dello studio?	Sì
10. Attraverso i metodi utilizzati i dati raccolti sono affidabili?	Sì
Procedure e metodo	
11. Emergono riscontri e prove sufficienti da dimostrare che i partecipanti abbiano ricevuto il trattamento corretto e che dimostrano l'scrupolosità dell'intervento?	No

12. La raccolta dati è sufficientemente adeguata al fine di ridurre il <i>bias</i> e la persona che ha avuto tale compito è abbastanza formato per farne una corretta?	Sì
Per quanto riguarda i risultati degli studi: Analisi dei dati	
13. I metodi statistici utilizzati sono appropriati?	Sì
14. La metodica analitica utilizzata è stata la più adeguata?	Sì
15. Gli errori di tipo I e II sono stati prevenuti?	Sì
Scoperte	
16. La significatività statistica è stata sottolineata?	Sì
17. È stata spiegata la precisione delle stime e l'ampiezza dell'effetto?	Sì
Valutazione di sintesi dei risultati	
18. Prendendo in considerazione i limiti dello studio, l'autenticità e la validità dei risultati è preservata?	Sì
19. Attraverso lo studio è possibile estrapolare l'evidenza utile per la pratica infermieristica, l'utilizzo dello studio concorre significativamente alla pratica infermieristica?	Sì

Laurer & van der Venet (2015)

"Effect of Art Production on Negative Mood and Anxiety for Adults in Treatment for Substance Abuse"

Domanda	Risposta
Disegno di ricerca	
1. Considerando l'obiettivo di ricerca, il disegno di ricerca è stato il più possibile scrupoloso e qualificato?	Sì
2. vengono utilizzati parametri di confronto esaustivi e appropriati al fine di migliorare l'interpretatività dei risultati?	Sì
3. È sufficientemente adeguato il numero di centri coinvolti?	Sì
4. Il disegno di ricerca è predisposto per diminuire il <i>bias</i> (tendenza a deviare il valore medio) e per limitare la compromissione interna ed esterna della validità dello studio e dello studio stesso?	Sì
Popolazione ed il campione	
5. Sono stati descritti e identificati adeguatamente il campione e la popolazione?	Sì
6. Il disegno del campione è stato il più severo possibile al fine di migliorare la sua rappresentatività e, oltre a ciò, gli errori del campionamento sono stati ristretti al minimo?	Sì

7. È adeguata l'ampiezza del campione ed inoltre sono state esaminate le esigenze riguardanti la dimensione dello stesso tramite un'analisi di potenza?	No
Raccolta dati e misura	
8. Sono state identificate nel miglior modo possibile le variabili più importanti?	Sì
9. Vengono usati e descritti strumenti specifici per raggiungere l'obiettivo dello studio?	Sì
10. Attraverso i metodi utilizzati i dati raccolti sono affidabili?	Sì
Procedure e metodo	
11. Emergono riscontri e prove sufficienti da dimostrare che i partecipanti abbiano ricevuto il trattamento corretto e che dimostrano l'scrupolosità dell'intervento?	Sì
12. La raccolta dati è sufficientemente adeguata al fine di ridurre il <i>bias</i> e la persona che ha avuto tale compito è abbastanza formato per farne una corretta?	Sì
Per quanto riguarda i risultati degli studi: Analisi dei dati	
13. I metodi statistici utilizzati sono appropriati?	Sì
14. La metodica analitica utilizzata è stata la più adeguata?	Sì
15. Gli errori di tipo I e II sono stati prevenuti?	Sì
Scoperte	
16. La significatività statistica è stata sottolineata?	Sì
17. È stata spiegata la precisione delle stime e l'ampiezza dell'effetto?	No
Valutazione di sintesi dei risultati	
18. Prendendo in considerazione i limiti dello studio, l'autenticità e la validità dei risultati è preservata?	Sì
19. Attraverso lo studio è possibile estrapolare l'evidenza utile per la pratica infermieristica, l'utilizzo dello studio concorre significativamente alla pratica infermieristica?	Sì

Potash et al. (2014)

"Can art therapy reduce death anxiety and burnout in end-of-life care workers? A quasi-experimental study"

Domanda	Risposta
Disegno di ricerca	
1. Considerando l'obiettivo di ricerca, il disegno di ricerca è stato il più possibile scrupoloso e qualificato?	Sì

2. vengono utilizzati parametri di confronto esaustivi e appropriati al fine di migliorare l'interpretatività dei risultati?	No
3. È sufficientemente adeguato il numero di centri coinvolti?	Sì
4. Il disegno di ricerca è predisposto per diminuire il <i>bias</i> (tendenza a deviare il valore medio) e per limitare la compromissione interna ed esterna della validità dello studio e dello studio stesso?	Sì, ma è uno studio quasi sperimentale
Popolazione ed il campione	
5. Sono stati descritti e identificati adeguatamente il campione e la popolazione?	No
6. Il disegno del campione è stato il più severo possibile al fine di migliorare la sua rappresentatività e, oltre a ciò, gli errori del campionamento sono stati ristretti al minimo?	Sì
7. È adeguata l'ampiezza del campione ed inoltre sono state esaminate le esigenze riguardanti la dimensione dello stesso tramite un'analisi di potenza?	Sì
Raccolta dati e misura	
8. Sono state identificate nel miglior modo possibile le variabili più importanti?	No
9. Vengono usati e descritti strumenti specifici per raggiungere l'obiettivo dello studio?	Sì
10. Attraverso i metodi utilizzati i dati raccolti sono affidabili?	Sì
Procedure e metodo	
11. Emergono riscontri e prove sufficienti da dimostrare che i partecipanti abbiano ricevuto il trattamento corretto e che dimostrano l'scrupolosità dell'intervento?	Sì
12. La raccolta dati è sufficientemente adeguata al fine di ridurre il <i>bias</i> e la persona che ha avuto tale compito è abbastanza formato per farne una corretta?	Sì
Per quanto riguarda i risultati degli studi: Analisi dei dati	
13. I metodi statistici utilizzati sono appropriati?	Sì
14. La metodica analitica utilizzata è stata la più adeguata?	Sì
15. Gli errori di tipo I e II sono stati prevenuti?	Sì
Scoperte	
16. La significatività statistica è stata sottolineata?	Sì
17. È stata spiegata la precisione delle stime e l'ampiezza dell'effetto?	Sì
Valutazione di sintesi dei risultati	
18. Prendendo in considerazione i limiti dello studio, l'autenticità e la validità dei risultati è preservata?	Sì

19. Attraverso lo studio è possibile estrapolare l'evidenza utile per la pratica infermieristica, l'utilizzo dello studio concorre significativamente alla pratica infermieristica?	Sì
---	----

(Puig et al., 2006)

“The efficacy of creative arts therapies to enhance emotional expression, spirituality, and psychological well-being of newly diagnosed Stage I and Stage II breast cancer patients: A preliminary study”

Domanda	Risposta
Disegno di ricerca	
1. Considerando l'obiettivo di ricerca, il disegno di ricerca è stato il più possibile scrupoloso e qualificato?	Sì
2. vengono utilizzati parametri di confronto esaustivi e appropriati al fine di migliorare l'interpretatività dei risultati?	Sì
3. È sufficientemente adeguato il numero di centri coinvolti?	Sì
4. Il disegno di ricerca è predisposto per diminuire il <i>bias</i> (tendenza a deviare il valore medio) e per limitare la compromissione interna ed esterna della validità dello studio e dello studio stesso?	Sì, ma è uno studio preliminare
Popolazione ed il campione	
5. Sono stati descritti e identificati adeguatamente il campione e la popolazione?	Sì
6. Il disegno del campione è stato il più severo possibile al fine di migliorare la sua rappresentatività e, oltre a ciò, gli errori del campionamento sono stati ristretti al minimo?	Sì
7. È adeguata l'ampiezza del campione ed inoltre sono state esaminate le esigenze riguardanti la dimensione dello stesso tramite un'analisi di potenza?	No
Raccolta dati e misura	
8. Sono state identificate nel miglior modo possibile le variabili più importanti?	Sì
9. Vengono usati e descritti strumenti specifici per raggiungere l'obiettivo dello studio?	Sì
10. Attraverso i metodi utilizzati i dati raccolti sono affidabili?	Sì
Procedure e metodo	
11. Emergono riscontri e prove sufficienti da dimostrare che i partecipanti abbiano ricevuto il trattamento corretto e che dimostrano l'accuratezza dell'intervento?	No
12. La raccolta dati è sufficientemente adeguata al fine di ridurre il <i>bias</i> e la persona che ha avuto tale compito è abbastanza formato per farne una corretta?	Sì

Per quanto riguarda i risultati degli studi:	
Analisi dei dati	
13. I metodi statistici utilizzati sono appropriati?	Sì
14. La metodica analitica utilizzata è stata la più adeguata?	Sì
15. Gli errori di tipo I e II sono stati prevenuti?	Sì
Scoperte	
16. La significatività statistica è stata sottolineata?	Sì
17. È stata spiegata la precisione delle stime e l'ampiezza dell'effetto?	No
Valutazione di sintesi dei risultati	
18. Prendendo in considerazione i limiti dello studio, l'autenticità e la validità dei risultati è preservata?	Sì
19. Attraverso lo studio è possibile estrapolare l'evidenza utile per la pratica infermieristica, l'utilizzo dello studio concorre significativamente alla pratica infermieristica?	Sì

12. Bibliografia

- Abbing, A., Baars, E. W., de Sonnevile, L., Ponstein, A. S., & Swaab, H. (2019). The Effectiveness of Art Therapy for Anxiety in Adult Women: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology, 10*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01203>
- Abbing, A., de Sonnevile, L., Baars, E., Bourne, D., & Swaab, H. (2019). Anxiety reduction through art therapy in women. Exploring stress regulation and executive functioning as underlying neurocognitive mechanisms. *PLoS One, 14*(12), e0225200. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225200>
- Abbing, A., Ponstein, A., van Hooren, S., de Sonnevile, L., Swaab, H., & Baars, E. (2018). The effectiveness of art therapy for anxiety in adults: A systematic review of randomised and non-randomised controlled trials. *PLoS ONE, 13*(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208716>
- Ahessy, B. (2013). Creative Arts Therapies: What Psychologists Need to Know. *Irish Psychologist, 39*, 274–281.
- American Art Therapy Association. (2017). *About art therapy*. American Art Therapy Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders—Fifth edition—DSM-5* (Fifth Edition). American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2021). *Anxiety*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/topics/anxiety>
- American Psychological Association. (n.d.). *Art therapy*. American Psychological Association. <https://dictionary.apa.org/art-therapy>
- Amorim, D., Amado, J., Brito, I., Costeira, C., Amorim, N., & Machado, J. (2018). Integrative medicine in anxiety disorders. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 31*, 215–219. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.02.016>

- Anxiety & Depression Association of America. (n.d.). *Substance Use*. Anxiety & Depression Association of America. <https://adaa.org/understanding-anxiety/co-occurring-disorders/substance-abuse>
- Balk, E., & AL Bonis, P. (2019). *Revisione sistematica e meta-analisi*. https://www-uptodate-com.proxy2.biblio.supsi.ch/contents/systematic-review-and-meta-analysis?search=Domanda%20di%20ricerca%20PICO&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 93–107. PubMed. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow>
- Betts, D. J. (2006). Art therapy assessments and rating instruments: Do they measure up? *The Arts in Psychotherapy*, 33(5), 422–434. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2006.08.001>
- Bonomi, F. (2008). *Etimologia: Ansia*; [Vocabolario Etimologico della Lingua Italiana]. Dizionario etimologico online. <https://www.etimo.it/?term=ansia>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). (2020). *ICD-10-GM 2021* (Servizi linguistici dell'UST, Trad.). Ufficio federale di statistica (UST).
- Bürli, C., Amstad, F., Duetz Schmucki, M., & Schibli, D. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz—Bestandesaufnahme und Handlungsfelder* (Scheda 7). Gesundheitsförderung Schweiz; Bestandesaufnahme und Handlungsfelder.
- Bystritsky, A. (2021). Complementary and alternative treatments for anxiety symptoms and disorders: Physical, cognitive, and spiritual interventions. *UpToDate*.
- Caboara Luzzato, P. (2018). *Arte terapia—Una guida al lavoro simbolico per l'espressione e l'elaborazione del mondo interno*. Cittadella editrice.

- Cappelli, L. (2006). Psicoanalisi e neuroscienze: Prospettive sull'ansia. In M. Mancia, *Psicoanalisi e Neuroscienze*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-88-470-0659-1_7
- Cassata, C., & Jelinek, J. (2021). *When anxiety symptoms strike, finding strategies and ways to cope can be challenging. One approach that may help you find relief is art therapy.10 Art Therapy Exercises for Anxiety*. PsychCentral. <https://psychcentral.com/anxiety/art-therapy-for-anxiety-relief?c=592615223566&c=1589164010524#art-therapy-for-anxiety>
- Chand, S. P., & Marwaha, R. (2021). Anxiety. *StatPearls*. <https://www.ncbi-nlm-nih-gov.proxy2.biblio.supsi.ch/books/NBK470361/>
- Chiang, M., Reid-Varley, W. B., & Fan, X. (2019). Creative art therapy for mental illness. *Psychiatry Research*, 275, 129–136. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.025>
- Ciasca, E. C., Ferreira, R. C., Santana, C. L. A., Forlenza, O. V., Dos Santos, G. D., Brum, P. S., & Nunes, P. V. (2018). Art therapy as an adjuvant treatment for depression in elderly women: A randomized controlled trial. *Revista Brasileira De Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*, 40(3), 256–263. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2250>
- Cosentino, B. (2017). *Art Therapy: How Creative Expression Can Heal: Nursing Reference Center*. Nursing Reference Center Plus. <http://web.a.ebscohost.com.proxy2.biblio.supsi.ch/nup/detail/detail?vid=2&sid=63598101-29d7-4f39-abfd-a447cc390614%40sdc-v-sessmgr03&bdata=JnNpdGU9bnVwLWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#AN=2009816596&db=nup>
- Crocq, M.-A. (2015). A history of anxiety: From Hippocrates to DSM. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 319–325.

- Curry, N. A., & Kasser, T. (2005). Can Coloring Mandalas Reduce Anxiety? *Art Therapy*, 22(2), 81–85. <https://doi.org/10.1080/07421656.2005.10129441>
- Devereaux, P. J., & Yusuf, S. (2003). The evolution of the randomized controlled trial and its role in evidence-based decision making. *Journal of Internal Medicine*, 254(2), 105–113. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2796.2003.01201.x>
- Dunsmoor, J. E., & Paz, R. (2015). Fear Generalization and Anxiety: Behavioral and Neural Mechanisms. *Biological Psychiatry*, 78(5), 336–343. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.04.010>
- Ente Ospedaliero Cantonale. (n.d.). *Arteterapia*. EOC. <https://www.eoc.ch/Ospedali-e-Istituti/Ospedale-Regionale-di-Lugano/Civico-e-Italiano/Consulenze/Arteterapia.html>
- Fancourt, D. (2017). *Arts in Health—Designing and Researching Interventions*. Oxford University Press.
- Farach, F. J., Pruitt, L. D., Jun, J. J., Jerud, A. B., Zoellner, L. A., & Roy-Byrne, P. P. (2012). Pharmacological treatment of anxiety disorders: Current treatments and future directions. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(8), 833–843. PubMed. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.07.009>
- Farnè, M. (2003). *L'ansia*. Il mulino.
- Fassino, S., Abbate Daga, G., & Leombruni, P. (2007a). *Manuale di psichiatria biopsicosociale*. Centro Scientifico Editore.
- Fassino, S., Abbate Daga, G., & Leombruni, P. (2007b). Segni, sintomi e disturbi in psichiatria. La psicopatologia. Il senso della diagnosi e il progetto terapeutico in ottica psicodinamica. In *Manuale di psichiatria biopsicosociale* (pagg. 27–51). Centro scientifico editore.

- Flecha, O. D., Douglas de Oliveira, D. W., Marques, L. S., & Gonçalves, P. F. (2016). A commentary on randomized clinical trials: How to produce them with a good level of evidence. *Perspectives in Clinical Research*, 7(2), 75–80. PubMed.
<https://doi.org/10.4103/2229-3485.179432>
- Glick, R. A., & Roose, S. P. (2010). Anxiety as signal, symptom, and syndrome. In F. Schneier, H. B. Simpson, R. Lewis-Fernández, & Y. Neria (A c. Di), *Anxiety Disorders: Theory, Research and Clinical Perspectives* (pagg. 50–58). Cambridge University Press; Cambridge Core. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511777578.007>
- Gorman, J. M. (1996). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and Anxiety*, 4(4), 160–168. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6394\(1996\)4:4<160::AID-DA2>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6394(1996)4:4<160::AID-DA2>3.0.CO;2-J)
- Guttmann, J., & Regev, D. (2004). The Phenomenological Approach to Art Therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(2), 153–162.
<https://doi.org/10.1023/B:JOCP.0000022314.69354.41>
- Istituto della Enciclopedia Italiana. (2013). P-value. In *Treccani*. Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani. https://www.treccani.it/enciclopedia/p-value_%28Enciclopedia-della-Matematica%29/
- Karpavičiūtė, S., & Macijauskiene, J. (2016). The Impact of Arts Activity on Nursing Staff Well-Being: An Intervention in the Workplace. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13, 435.
<https://doi.org/10.3390/ijerph13040435>
- KFH. (2011). *Competenze finali per le professioni sanitarie SUP*.
- Lane, M. R. (2006). Arts in Health Care: A New Paradigm for Holistic Nursing Practice. *Journal of Holistic Nursing*, 24(1), 70–75.
<https://doi.org/10.1177/0898010105282465>

- Laurer, M., & van der Venet, R. (2015). Effect of Art Production on Negative Mood and Anxiety for Adults in Treatment for Substance Abuse. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 32(4), 177–183.
<https://doi.org/10.1080/07421656.2015.1092731>
- Lazzari, D., Bottaccioli, F., & Fatati, G. (n.d.). *Mente & Salute—Evidenze, ricerche e modelli per l'integrazione*. Franco Angeli.
- LeDoux, J. (2015). *Ansia: Come il cervello ci aiuta a capirla*. Raffaello Cortina Editore.
- Liali, E. (2020). *Il gruppo del Laocoonte*. Wikipedia.
- Lusebrink, V. B. (2004). Art Therapy and the Brain: An Attempt to Understand the Underlying Processes of Art Expression in Therapy. *Art Therapy*, 21(3), 125–135.
<https://doi.org/10.1080/07421656.2004.10129496>
- Maciejewski, M. L. (2020). Quasi-experimental design. *Biostatistics & Epidemiology*, 4(1), 38–47. <https://doi.org/10.1080/24709360.2018.1477468>
- Mann, N., & Whitfield, G. (2009). An introduction to cognitive behavioural therapy for anxiety disorders. *Mind II*, 5(1), 25–27.
<https://doi.org/10.1016/j.mpfou.2008.11.003>
- Mepha Pharma SA. (2017). *Meglio informati sui disturbi d'ansia e panico*. Mepha Pharma SA.
https://www.mepha.ch/globalassets/pim/ch/ratgeber/ratgeber_angst-panik_hcp_pub_i_225057-511701.pdf
- Mercenaro, S. (2006). *La mente emotiva (1°)*. Carocci.
- Miceli, M., & Castelfranchi, C. (2005). Anxiety as an “epistemic” emotion: An uncertainty theory of anxiety. *Anxiety, Stress, & Coping*, 18(4), 291–319.
<https://doi.org/10.1080/10615800500209324>

- Mineka, S., & Oehlberg, K. (2008). The relevance of recent developments in classical conditioning to understanding the etiology and maintenance of anxiety disorders. *Acta Psychologica*, 127(3), 567–580. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2007.11.007>
- Morris, F. J. (2014). Should art be integrated into cognitive behavioral therapy for anxiety disorders? *The Arts in Psychotherapy*, 41(4), 343–352. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2014.07.002>
- National Institute of Mental Health. (2017). *What is Prevalence*. National Institute of Mental Health. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/what-is-prevalence>
- Newland, P., & Bettencourt, B. A. (2020). Effectiveness of mindfulness-based art therapy for symptoms of anxiety, depression, and fatigue: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 41, 101246. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101246>
- Organizzazione del mondo del lavoro Oda ARTECURA. (2019). *Organizzazione del mondo del lavoro Conferenza delle Associazioni Svizzere di Arteterapia Oda ARTECURA*. Organizzazione del mondo del lavoro Oda ARTECURA.
- Oster, I., Svensk, A.-C., Magnusson, E., Thyme, K. E., Sjödin, M., Aström, S., & Lindh, J. (2006). Art therapy improves coping resources: A randomized, controlled study among women with breast cancer. *Palliative & Supportive Care*, 4(1), 57–64. <https://doi.org/10.1017/s147895150606007x>
- Perrotta, G. (2019). *Anxiety Disorders: Definitions, Contexts, Neural Correlates And Strategic Therapy*. 6, 15.
- Polit, F. D., & Tatano, B. C. (2014). *Fondamenti di Ricerca infermieristica* (A. Palese, Trad.; 8^a ed.). McGraw-Hill Education.
- Pollatos, O., Traut-Mattausch, E., Schroeder, H., & Schandry, R. (2007). Interoceptive awareness mediates the relationship between anxiety and the intensity of

- unpleasant feelings. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(7), 931–943.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.12.004>
- Potash, J., Ho, A., Chan, F., Wang, X.-L., & Cheng, C. (2014). Can art therapy reduce death anxiety and burnout in end-of-life care workers? A quasi-experimental study. *International journal of palliative nursing*, 20, 233–240.
<https://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.5.233>
- Puig, A., Lee, S. M., Goodwin, L., & Sherrard, P. A. D. (2006). The efficacy of creative arts therapies to enhance emotional expression, spirituality, and psychological well-being of newly diagnosed Stage I and Stage II breast cancer patients: A preliminary study. *The Arts in Psychotherapy*, 33(3), 218–228.
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2006.02.004>
- Ritchie, H., & Roser, M. (2018, gennaio 20). Mental Health. *Our World in Data*.
<https://ourworldindata.org/mental-health>
- Roganti, D. (n.d.). Psico-neuro-endocrino-immunologia. In P. E. Ricci Bitti & P. Gremigni, *Psicologia della salute—Modelli teorici e contesti applicativi*. Carocci editore.
- Saiani, L., & Brugnolli, A. (2010). *Come scrivere una revisione della letteratura*. Università degli Studi di Verona - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Area Formazione Professioni Sanitarie.
<https://medtriennialiao.campusnet.unito.it/html/RevisioneLetteratura.pdf>
- Sala, V., Moja, L., Moschetti, I., Bidoli, S., Pistotti, V., & Liberati, A. (2006). *Revisioni sistematiche—Breve guida all'uso*. Cochrane.org.
- Sarah C. Slayton, A.-B., Jeanne D'Archer MA, A.-B., & Frances Kaplan DA, A.-B. (2010). Outcome Studies on the Efficacy of Art Therapy: A Review of Findings. *Art Therapy*, 27(3), 108–118. <https://doi.org/10.1080/07421656.2010.10129660>

- Shella, T. A. (2018). Art therapy improves mood, and reduces pain and anxiety when offered at bedside during acute hospital treatment. *The Arts in Psychotherapy*, 57, 59–64. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.10.003>
- Simonelli, I., & Simonelli, F. (2010). *Atlante concettuale della salutogenesi. Modelli e teorie di riferimento per generare la salute*. Franco Angeli.
- Smith, P. G., Morrow, R. H., & Ross, D. A. (2015). Chapter 13—Preliminary studies and pilot testing. In *Field Trials of Health Interventions, 3rd edition*. Oxford University Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy2.biblio.supsi.ch/books/NBK305515/> doi: 10.1093/med/9780198732860.001.0001
- Spooner, H. (2016). Embracing a Full Spectrum Definition of Art Therapy. *Art Therapy*, 33(3), 163–166. <https://doi.org/10.1080/07421656.2016.1199249>
- Stocker, D., Schläpfer, D., & Németh, P. (2020). *L'influsso della pandemia di COVID-19 sulla salute psichica della popolazione Svizzera e sulla presa a carico psichiatrico-psicoterapeutica in Svizzera (sintesi primo rapporto parziale)*. Berna: Ufficio federale della sanità pubblica.
- Talwar, S. (2016). Is There a Need to Redefine Art Therapy? *Art Therapy*, 33(3), 116–118. <https://doi.org/10.1080/07421656.2016.1202001>
- Timulak, L., & McElvaney, J. (2016). Emotion-Focused Therapy for Generalized Anxiety Disorder: An Overview of the Model. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(1), 41–52. <https://doi.org/10.1007/s10879-015-9310-7>
- Torta, R., & Caldera, P. (2008). *Che cosa è l'ansia: Basi biologiche e correlazioni cliniche*. Pacini Editore.
- Vaartio-Rajalin, H., Santamäki-Fischer, R., Jokisalo, P., & Fagerström, L. (2020). Art making and expressive art therapy in adult health and nursing care: A scoping review.

International Journal of Nursing Sciences, 8(1), 102–119. PubMed.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.09.011>

van der Vennet, R., & Serice, S. (2012). Can Coloring Mandalas Reduce Anxiety? A Replication Study. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 29(2), 87–92. <https://doi.org/10.1080/07421656.2012.680047>

Van Lith, T. (2016). Art therapy in mental health: A systematic review of approaches and practices. *The Arts in Psychotherapy*, 47, 9–22.

<https://doi.org/10.1016/j.aip.2015.09.003>

Vassar, M., & Holzmann, M. (2013). The retrospective chart review: Important methodological considerations. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 10, 12–12. PubMed. <https://doi.org/10.3352/jeehp.2013.10.12>

Weisstaub, N. V., McOmish, C., Hanks, James, & Gingrich, J. A. (2010). Role of the cortex in the regulation of anxiety states. In F. Schneier, H. B. Simpson, R. Lewis-Fernández, & Y. Neria (A c. Di), *Anxiety Disorders: Theory, Research and Clinical Perspectives* (pagg. 168–179). Cambridge University Press; Cambridge Core.

<https://doi.org/10.1017/CBO9780511777578.017>



Questa pubblicazione, *“L’efficacia dell’arteterapia nelle persone che presentano una sintomatologia ansiosa, un possibile strumento per le cure infermieristiche”*, scritta da Alice Tela, è rilasciata sotto Creative Commons Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License.