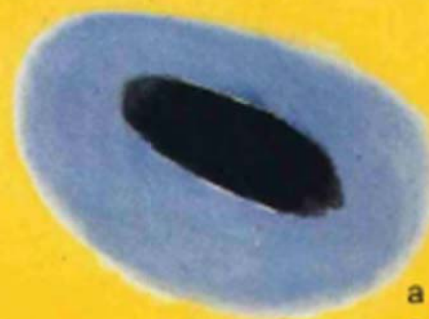


Quaderni di PsicoArt n.2

Arte e Arti Terapie

più di un confronto, più di un dialogo

Atti del convegno
Bologna, 25-26 maggio 2012



a cura di Stefano Ferrari, Cristina Principale
e Chiara Tartarini

isbn - 978-88-905224-1-3



collana diretta da
Stefano Ferrari

Carlo Catagni* e Silvia Bastiani**

Trattamenti farmacologici e arte terapia.

Interazioni tra attività farmacologica e attività neuronale, cambiamenti e interferenze con la creatività

L'eredità del periodo manicomiale non è oggi costituita dalle strutture murarie ma dalla trasmissione dei modelli interpretativi delle malattie mentali e dei modelli di cura. Quel modello chiamato bio-medico e le conseguenti strategie terapeutiche, fondate prevalentemente e/o esclusivamente sui trattamenti farmacologici, continua a rappre-

sentare il più comune approccio al problema della cura delle gravi malattie mentali.

Noi siamo convinti che la pratica clinica fondata sull'utilizzo di tale modello conduca, al massimo, ad una sorta di "cronicizzazione guidata" ma non abbia alcuna efficacia terapeutica. È sufficiente provare a pensare che

* Psichiatra – IAAP, Firenze.

** Arteterapeuta

le leggi che regolano la biologia non possano essere automaticamente applicate all'universo psicologico e a quello sociale, ma che per spiegare entità complesse come il funzionamento mentale dobbiamo rivolgerci a modelli interpretativi che permettono di formulare ipotesi, a loro volta, più complesse e articolate.

A questi modelli interpretativi dovranno seguire modelli di intervento, altrettanto complessi, e soprattutto articolati in modo tale da fornire risposte alle varie componenti in gioco.

Oggi vogliamo riferire, premettendo un breve riferimento al modello interpretativo bio-psico-sociale, come due strategie terapeutiche (farmacoterapia e arte terapia), integrate all'interno di quel modello terapeutico che noi chiamiamo di cura-riabilitazione, siano in grado sia di rappresentare un efficace modello di intervento, che di costituire un sistema di indicatori di reciproca efficacia, circa la diagnostica di tratto e di stato.

Nel cosiddetto modello "bio-psico-sociale", elaborato da

Ciampi negli anni Sessanta del Novecento, le componenti biologiche, psicologiche e sociali sono viste in maniera non sommativa, ma interattiva. Secondo Ciampi, l'apparato psichico consiste in una complessa gerarchia di "sistemi di riferimento" affettivo-cognitivi, che si forma e si sviluppa attraverso un continuo processo di "esposizione" all'esperienza, l'elemento anatomo-funzionale coinvolto corrisponde al sistema reticolo-limbico-corticale.

La malattia, secondo questo modello, si svilupperebbe in tre fasi distinte.

Nella prima fase una combinazione di fattori biologici (genetici, gestazionali, perinatali), psicologici e sociali, può determinare la formazione di una struttura vulnerabile della personalità (ridotta capacità di processare le informazioni, formazione di modelli affettivo-cognitivi inadeguati ad affrontare gli eventi critici del processo di vita, ecc.) che, subendo (seconda fase) l'influenza di fattori psicosociali stressanti, produce il primo episodio psicotico. In alcuni casi si può avere una remissione completa, nella

maggior parte dei pazienti si passa alla terza fase che è quella della cronicità, sia della malattia, che della frattura tra individuo e ambiente sociale.

L'intervento terapeutico deve pertanto riguardare specificamente la possibilità di ridurre la vulnerabilità della personalità di base per migliorare la capacità del soggetto di affrontare gli eventi vitali stressanti e quindi recuperare la possibilità di integrazione sociale.

Infatti, secondo Ciompi, la dinamica della terza fase è fortemente influenzata dalle risposte che il paziente riceve dal contesto e che consistono nella prolungata o ripetuta ospedalizzazione, nella stigmatizzazione, nell'emarginazione, nella mancanza di un adeguato supporto sociale, nell'assenza di programmi riabilitativi: tutti questi fattori aggravano la preesistente vulnerabilità.

Se accettiamo quindi questo modello, dobbiamo pensare che ogni intervento, progettato specificamente sulle problematiche di ogni singolo paziente, deve essere finalizzato alla riduzione della vulnerabilità. Parleremo pertanto

di progetto terapeutico integrato quando esso conterrà provvedimenti specifici in grado di agire sulle tre componenti causali.

Analogamente dovremo considerare come parte integrante della fase attiva della malattia i sintomi positivi, i sintomi negativi e la disabilità.

Tornando al modello bio-psico-sociale specifichiamo che le cause biologiche riguardano specificamente le ipotesi sulle alterazioni del metabolismo delle monoamine cerebrali (alterazioni delle vie dopaminergiche, serotoninergiche e noradrenergiche) e conseguentemente gli interventi farmacologici.

In primo luogo dobbiamo accennare alle componenti genetiche, per quanto le ricerche di approfondimento non siano ancora esaustive in questo senso.

Ad esempio, per la schizofrenia la concordanza nei gemelli omozigoti è intorno al 50% e le alterazioni cromosomiche riguardano il cromosoma 5. Per il disturbo bipolare la concordanza gemellare degli omozigoti è del 67% e l'alte-

razione riguarda il braccio lungo del cromosoma X.

Le alterazioni genetiche più frequenti riguardano: i mediatori sinaptici o i fattori di trofismo cellulare, i collegamenti neuronali con alterazioni della migrazione dei neuroni, gli errori nella selezione neuronale, la necrosi neuronale.

2 - Disturbi dei sistemi delle monoamine cerebrali nella schizofrenia e nei disturbi dell'umore

L'ipotesi dopaminergica della schizofrenia è storicamente la più antica, ma anche la più schematica. Successivamente si è visto che i vari sistemi neuronali tendono ad influenzarsi a vicenda e che anche le cellule della neuroglia non sono un semplice supporto. Vediamo in sintesi le vie dopaminergiche e le loro connessioni funzionali, quindi di seguito le vie serotoninergiche, noradrenergiche. Introduciamo così anche la biologia dei disturbi dell'umore.

È accertato che i danni più importanti al sistema dopami-

ergico riguardano le vie meso-limbiche e meso-striatali, l'iperattività neuronale delle quali darebbe origine ai sintomi positivi (deliri e allucinazioni) e le vie meso-corticali, l'ipoattività di queste ultime sarebbe responsabile dei sintomi negativi (autismo, ritiro sociale, perdita di iniziativa e disturbi della volontà). Sulla prima categoria di sintomi sono attivi i neurolettici di prima generazione, sulla seconda i farmaci di nuova generazione.

Il sistema serotoninergico è strettamente connesso, sia da un punto di vista anatomico che funzionale, con altri sistemi neurotrasmettitoriali, per cui l'attività di farmaci attivi su un sistema è generalmente accompagnata da modificazioni dello stato funzionale di altri.

Nei gravi disturbi dell'umore (depressione maggiore, mania e disturbo bipolare) il danno metabolico riguarda prevalentemente le vie serotoninergiche e noradrenergiche, ma il danno coinvolge una serie di funzioni che riguardano le capacità cognitive, il corso e i contenuti del pensiero, il giudizio di realtà, i ritmi biologici del sonno, dell'appe-

tito, le capacità creative, la motilità, ecc.

3 - I trattamenti farmacologici

I trattamenti farmacologici sono stati molto diversi per la schizofrenia e per i disturbi dell'umore fino alla scoperta degli antipsicotici di seconda generazione. In passato anzi era frequente che i farmaci antischizofrenici (esclusivamente antidopaminergici) inducessero depressioni secondarie anche gravi. Oggi i nuovi farmaci sono spesso in grado di curare efficacemente entrambe le categorie di disturbi, in particolare agiscono come “stabilizzatori” dell'umore nel disturbo bipolare. La differenza con i farmaci precedenti riguarda il profilo di azione che nei nuovi è in grado di agire contemporaneamente sulle strutture che utilizzano la dopamina, la serotonina e la noradrenalina.

I vantaggi del trattamento, sia nella schizofrenia che nei

disturbi dell'umore, consistono nella riduzione dei disturbi del pensiero (deliri e ideazione ossessiva) e dei fenomeni allucinatori, nel cambiamento favorevole del tono dell'umore (depressione o agitazione), nel miglioramento delle performance cognitive, nel recupero delle abilità creative e delle capacità di contatto con gli altri.

4 - Malattie mentali e possibilità espressive

Le psicoterapie verbali con i pazienti gravi, che spesso utilizzano la verbalizzazione più a scopo difensivo che comunicativo, sono spesso poco praticabili o poco efficaci. Appare necessario pertanto utilizzare interventi, da alcuni definiti “triadici”, dove la relazione tra il paziente e il terapeuta sia mediata da una terza componente che funge da cuscinetto emozionale e permette al paziente di esprimere i propri contenuti emotivi senza ricorrere in prima istanza alla verbalizzazione.

Noi consideriamo la disabilità come una comunicazione codificata della sofferenza, come se al paziente mancassero le “parole per dirlo”, in una specifica difficoltà di mettere in comunicazione il mondo interno con l'esterno. In queste situazioni l'offerta di occasioni e strumenti, come ad esempio l'Arte Terapia, si pone come catalizzatore della difficile operazione di coniugazione tra le due realtà.

Nel nostro modello di “cura-riabilitazione” l'Arte Terapia viene utilizzata in tutte quelle situazioni nelle quali si renda necessario trovare uno spazio concettuale nuovo da condividere con chi abbia perduto o gravemente alterato il codice interno di comunicazione espressa. Da quanto esposto precedentemente possiamo comprendere anche le componenti neurobiologiche alle quali fanno riferimento le difficoltà espressive dei pazienti.

Vogliamo oggi mostrare come le espressioni grafiche possano sia testimoniare la situazione psicoemotiva dei pazienti, sia come, analogamente, le variazioni della situazione clinica emergano chiaramente dalle produzioni gra-

fiche. Addirittura come, in alcune situazioni, le creazioni grafiche mostrino, prima della verbalizzazione o delle modifiche comportamentali, peggioramenti significativi della situazione clinica.

In relazione alla nostra esperienza leggiamo le immagini che mostriamo come comunicazione di stati d'animo corrispondenti a:

fig. 1 - senso di vuoto e congelamento delle emozioni;

fig. 2 - espressioni della frammentazione mentale;

figg. 3 e 4 - deliri;

fig. 5 - stereotipie come tentativo di tenere l'ansia sotto controllo;

fig. 6 - scarica motoria corrispondente ad aggressività coartata;

fig. 7 - tentativi di organizzazione del pensiero e delle emozioni.

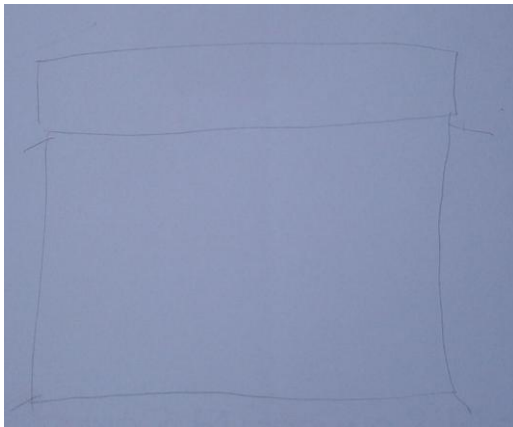
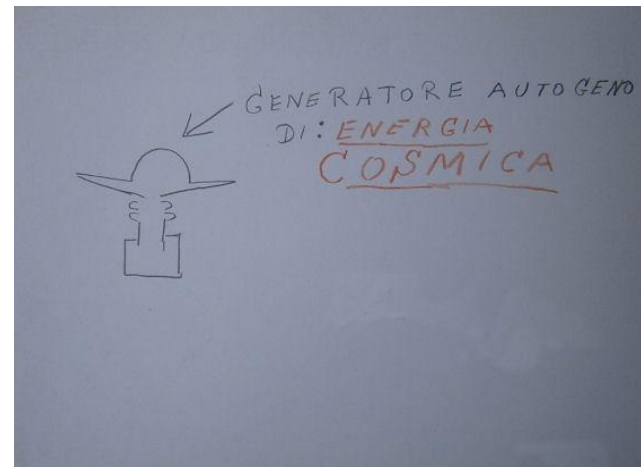


Fig. 1 - Vuoto e congelamento delle emozioni



Fig. 2 – Frammentazione mentale



Figg. 3 e 4 - Deliri



Fig. 5 - *Stereotipie*



Fig. 6 - *Scarica motoria*



Fig. 7 - *Tentativi di organizzazione del pensiero*

5 - Un caso clinico

Presentiamo ora brevemente un caso clinico: si tratta di un giovane uomo affetto da un disturbo bipolare. Le immagini presentate si riferiscono ad un periodo della storia clinica del paziente caratterizzato dal trattamento stabilizzatore con sali di litio: questo trattamento terapeutico, come spesso accade, manteneva il tono dell'umore del paziente in una lieve depressione come dimostrano le pro-

duzioni grafiche (figg. 8-10) mostrano un progressivo impoverimento emotivo. Il trattamento determinava inoltre (il litio è un diuretico) una intensa poliuria che disturbava non poco il paziente nella sua attività lavorativa di cameriere in un ristorante, tanto che senza darne notizia ai curanti il paziente decise di sospendere completamente la terapia. L'abbandono della terapia portò al veloce instaurarsi di una fase di eccitamento con un iniziale tentativo di auto contenimento, che appare nella fig. 11: questo tentativo sembra suggerito dalla divisione in settori del disegno, e il successivo rapido passaggio alla fase conclamata come mostrano le figg. 12 e 13. In quest'ultima, solo apparentemente povera di contenuti, si può, a nostro parere, leggere la fuga delle idee caratteristica delle fasi maniacali e il sentimento di grandiosità espresso con il raffigurarsi come il sole dietro alle montagne.

Il paziente venne quindi ricoverato e subì un intenso trattamento con neurolettici tradizionali che determinò un contenimento dello stato di eccitamento, ma anche un ra-



Figg. 8-10 – *Impoverimento emotivo*



Fig. 11 – *Autocontenimento*



Fig. 12 – *Fase conclamata*



Fig. 13 – *Fase conclamata*

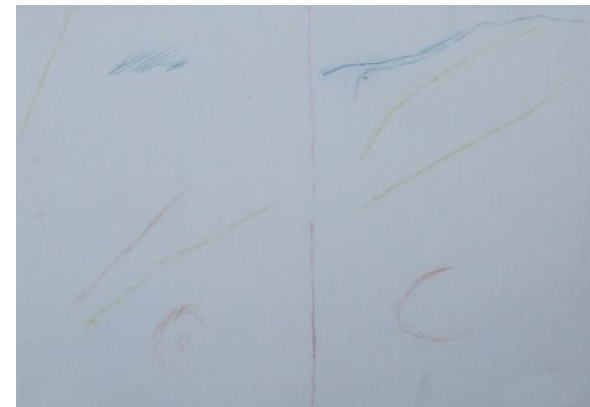


Fig. 14 – *Tono dell'umore al momento della dismissione*



Fig. 15 – *Terapia con neurolettici di nuova generazione*



Fig. 16 – *Terapia con neurolettici di nuova generazione*



Fig. 17 – *Terapia con neurolettici di nuova generazione*

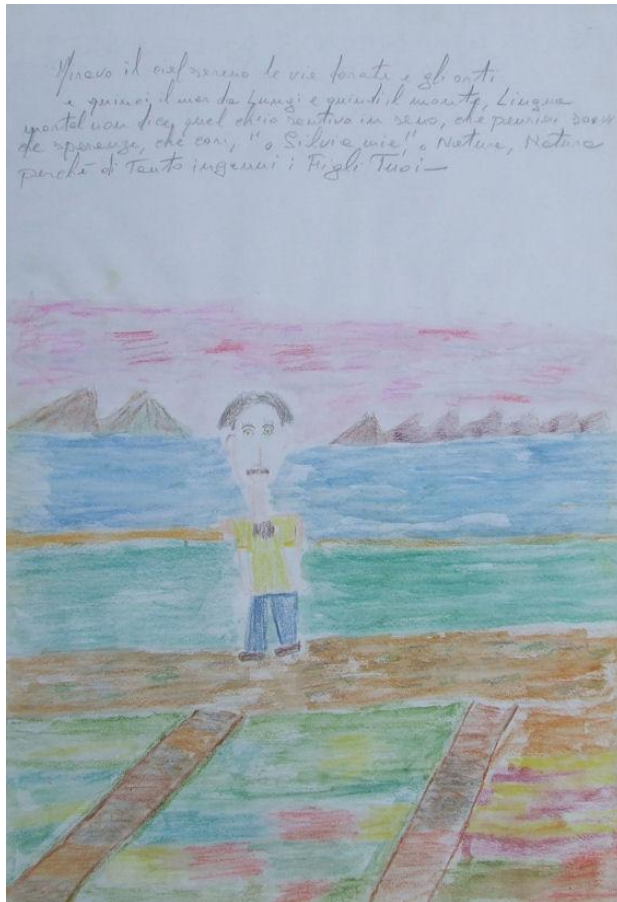


Fig. 18 – *Terapia con neurolettici di nuova generazione*

pido viraggio depressivo. La fig. 14 dimostra chiaramente lo stato del tono dell'umore al momento della dimissione dall'ospedale. Successivamente la terapia venne aggiornata con l'introduzione di neurolettici di nuova generazione che gradualmente normalizzarono il tono dell'umore e migliorarono l'integrazione tra le varie funzioni mentali. Le figg. 15, 16, 17 e 18 mostrano adeguatamente questo percorso, si deve notare come il primo autoritratto (fig. 9) e il secondo (fig. 16) si assomiglino molto per l'essenzialità dello schematismo, ma il secondo abbia le gambe e un contatto col suolo. L'ultima immagine infine si presenta organizzata e anche commentata da pensieri. Concludendo, speriamo di aver mostrato come l'integrazione di componenti multidisciplinari possa rendere più completo ed efficace l'intero iter terapeutico, dalla diagnostica alle varie fasi del processo curativo; comprendendo in ultima analisi anche il sostegno alla compliance del paziente nei confronti dell'intero progetto di cura riabilitazione. Il ricovero ospedaliero venne infatti

volontariamente richiesto dal paziente stesso grazie alla relazione sviluppatasi all'interno delle sedute di arte terapia.