



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia
e Psicologia Applicata (FISPPA)**

**Corso di laurea Magistrale in Psicologia Sociale, del Lavoro e della
Comunicazione**

Tesi di laurea Magistrale

**Death Education for Palliative Psychology: un progetto
internazionale di Death Education per gli studenti di
Psicologia**

**Death Education for Palliative Psychology: an international Death Education
project for psychology students**

Relatrice
Prof.ssa Ines Testoni

Laureanda: Georgiana-Alexandra Medesi
Matricola: 2020891

Anno Accademico 2021/2022

*A mamma, la mia bussola fidata,
il mio porto sicuro in questa tempesta che chiamiamo vita.*

*A papà, che sempre mi porta a vedere le stelle,
anche nelle notti più buie.*

*A Gioele, la mia metà,
che mi ricorda ogni giorno la bellezza di essere bambini.*

*Alla mia famiglia, che mi ha fatta crescere nella ragazza che sono oggi,
e che mi incoraggia continuamente a diventare la donna che vorrò essere.*

Indice

Introduzione	3
Capitolo 1 Death Education e Psicologia Palliativa	5
1.1 Death Education: una visione d'insieme.....	5
1.2 La Terror Management Theory.....	11
1.3 La death anxiety e la sua gestione.....	14
1.4 Cure palliative e psicologia palliativa.....	18
1.5 Importanza della Death Education e della Psicologia Palliativa.....	22
Capitolo 2 Arti terapie e Death Education	27
2.1 Che cosa sono le arti terapie.....	27
2.1.1 Storia delle arti terapie.....	27
2.2 Tipologie di arti terapie.....	30
2.2.1 Photovoice.....	31
2.2.2 Psicodramma.....	35
2.2.3 Atomo sociale.....	38
2.2.4 Arti terapie intermodali.....	40
2.3 L'utilizzo delle arti terapie nella death education e nelle cure palliative.....	41
Capitolo 3 Il progetto DE4PP	45
3.1 Il progetto DE4PP.....	45
3.1.1 Obiettivi del progetto.....	45
3.1.2 Descrizione del progetto.....	46
3.2 Metodologia di ricerca.....	48
3.2.1 Disegno di ricerca.....	48
3.2.2 I partecipanti.....	48
3.2.3 Reclutamento.....	50
3.3 Raccolta dei dati.....	51
3.3.1 Raccolta dei dati quantitativi.....	51

3.3.2 Raccolta dei dati qualitativi.....	51
3.4 Misurazioni.....	51
3.4.1 Misurazione quantitativa.....	52
3.4.2 Misure qualitative: struttura del focus group.....	54
3.5 Analisi dei dati.....	54
3.5.1 Analisi dei dati quantitativi.....	54
3.5.2 Analisi dei dati qualitativi.....	55
3.6 Risultati.....	55
3.6.1 Risultati quantitativi.....	55
3.6.2 Risultati qualitativi.....	58
3.7 Discussione.....	68
3.8 Limiti e direzioni future.....	71
Conclusione.....	73
Ringraziamenti.....	75
Bibliografia.....	77

Introduzione

Questa tesi di laurea magistrale, in Psicologia Sociale, del Lavoro e della Comunicazione analizza in dettaglio l'esito del programma didattico inter-accademico e internazionale DE4PP, focalizzato sulla death education e sulle cure palliative.

Le motivazioni che hanno spinto ad approfondire questi temi di ricerca hanno una duplice natura. Da un lato, la letteratura ha ampiamente dimostrato i molteplici benefici che i programmi di death education e di psicologia palliativa, associati a laboratori di arti terapie, hanno sui giovani professionisti della salute fisica e mentale. Dall'alto canto, questa tesi è stata ideata anche dalla necessità di divulgare maggiormente l'importanza di questi temi tra i futuri psicologici, con l'auspicio di una maggior implementazione di interventi educativi rispetto alle tematiche della morte e delle cure palliative negli ambiti professionali che offrono un servizio di tipi clinico-terapeutico.

Il progetto Death Education for Palliative Psychology (DE4PP) è un progetto europeo co-finanziato dal Programma Erasmus+, che ha coinvolto l'Università degli Studi di Padova in Italia e altre quattro Università in Austria, Israele, Polonia e Romania. Il campione italiano è stato composto da 120 studenti, di cui 64 del gruppo sperimentale e 56 del gruppo di controllo. Inoltre, 10 studenti del gruppo sperimentali sono stati scelti casualmente per riportare la loro esperienze didattica durante un focus group. Il disegno di ricerca seguito è stato un disegno sequenziale esplicativo a metodi misti. La fase quantitativa si è tradotta nella somministrazione di un questionario online, mentre quella qualitativa nella partecipazione al focus group, a seguito della conclusione dell'intervento didattico.

Questa tesi è articolata in tre capitoli. Nel primo capitolo, intitolato “Death Education e Psicologia Palliativa” vengono introdotti e approfonditi i concetti di death education e psicologia palliativa. Nello specifico, nel primo paragrafo viene introdotta la death education in modo generico, nel secondo paragrafo viene esposta la Terror Management Theory e successivamente viene discussa la death anxiety e ciò che essa comporta. Il quarto paragrafo presenta le cure palliative e la psicologia palliativa, mentre nel paragrafo finale viene trattata l’importanza educativa e terapeutica di queste tematiche.

Il secondo capitolo è focalizzato sulle art terapie, e si compone di un’introduzione generale e storica delle arti terapie nel primo paragrafo, mentre il secondo paragrafo descrive in dettaglio le tecniche utilizzate durante i laboratori interattivi del progetto DE4PP. Il paragrafo conclusivo di questo capitolo presenta i benefici dell’utilizzo delle arti terapie nei programmi di death education e di cure palliative.

Il terzo e ultimo capitolo presenta in modo dettagliato il progetto europeo DE4PP, analizzando e discutendo i risultati ottenuti dalla presente ricerca. Nei primi paragrafi vengono descritti gli obiettivi dello studio, il progetto in generale, la metodologia di ricerca e la raccolta dei dati. Successivamente, si procede ad analizzare e discutere i risultati ottenuti, ed esporre i limiti e le indicazioni per le direzioni future.

Capitolo 1

Death Education e Psicologia Palliativa

1.1 Death Education: una visione d'insieme

L'idea di soffermarsi sul significato della morte, del lutto, e del processo di elaborazione, vengono completamente eradiate dal nostro pensiero e dalla nostra quotidianità, anche se si tratta di esperienze umane ed universali (Robben, 2017). Il contesto sociale odierno promuove la cosiddetta “*congiura del silenzio*”, ovvero la volontà, da parte dei familiari, e spesso del personale sanitario, di tenere nascosta al soggetto malato la gravità della sua malattia e l'imminenza della morte, per evitare di dover affrontare esplicitamente la dura realtà e cercare di mantenere viva la speranza, inseguendo l'illusione di normalità (Testoni, 2015). Quando la congiura del silenzio viene messa in atto, i familiari del soggetto malato si comportano con lui come se la condizione non fosse così grave ed irreversibile, mentre iniziano in realtà a rappresentarlo morto e ad avviare il lutto (Testoni, 2015).

Il termine lutto indica uno stato psicologico di dolore e disagio emotivo conseguente alla perdita di una persona significativa, caratterizzata dalla presenza di una sofferenza personale importante ed imponente per il soggetto (Robben, 2017). Freud definisce il lutto come “la reazione alla perdita di una persona amata o di un'astrazione che ne ha preso il posto (patria, libertà, ideale e così via)” (Freud, 1917).

Questo termine indica anche il processo psicologico attivato dalla perturbazione emotiva e cognitiva provocata dalla perdita della persona cara. I sentimenti di dolore e disagio

caratteristici di questa delicata fase emotiva possono avere importanti conseguenze negative nella quotidianità del dolente e sul suo benessere psico-fisico (Testoni, 2015). In particolare, possono manifestarsi sentimenti di intensa tristezza, la mancanza di interesse per il mondo esterno, la perdita della capacità di scegliere un nuovo oggetto d'amore, oltre ad una profonda avversione e inibizione verso qualsiasi forma di attività e interazione sociale (Freud, 1917).

In questo contesto sociale appare la necessità di avviare e promuovere di più programmi educativi e sociali che includano i *death studies* e la *death education*. I *death studies* nascono con l'obiettivo di analizzare il rapporto tra spiritualità, religione e credenze attorno alla morte e al morire, esplorando l'atteggiamento delle persone e le riflessioni che scaturiscono attorno a questi temi (Testoni, 2015).

Il termine *death education* indica un insieme di attività educative ed esperienziali che hanno come focus il tema della morte e del morire, il portare maggior consapevolezza riguardo ai temi legati alla morte, quale il lutto, la sua elaborazione, ed abbattere in generale i taboos legati ad essi (Corr et al., 2018).

I primi accenni di *death education* si hanno a partire dagli anni '60/'70, negli Stati Uniti, grazie al movimento della *Death Awareness*, i cui principali esponenti sono gli psicologi Hermann Feifel, Robert Kastenbaum, e Hannelore Wass, tra le prime studiose ad aver inserito negli anni '70 la *death education* nella branca della tanatologia, ovvero nello studio della morte.

L'obiettivo che questo movimento si pone fin dall'inizio è quello di gestire la *death anxiety* tramite una rivalutazione cognitiva. L'ansia di morte, o *death anxiety*, viene sperimentata in tutti quegli episodi e momenti di *mortality salience*, ovvero non solo

quando si tratta di vivere la morte ed il lutto in prima persona, ma anche semplicemente quando si tratta di affrontare l'argomento della morte e del morire (Solomon et al., 1996). Lo scopo della death education è quello offrire un intervento specifico che possa aumentare la consapevolezza sul tema della morte e del morire, e che possa diminuire i sentimenti negativi associati alla *mortality salience* (Meagher & Balk, 2013).

La death education si configura come un intervento che si manifesta su tre differenti livelli di prevenzione: primaria, secondaria e terziaria, a seconda dei soggetti, delle tempistiche e della attività proposte (Testoni, 2015).

La death education come prevenzione primaria consiste in un percorso educativo, proposto nelle scuole di ogni ordine e grado, che ha lo scopo di fornire delle informazioni realistiche sulla morte, affrontandola in maniera esplicita e creando un ambiente ottimale per discussioni e scambio di riflessioni individuali e di gruppo. Questo livello di prevenzione riprende l'antica dottrina del *memento mori*, focalizzandosi sulla ricerca di senso, comprensione e modi di affrontare la morte.

I soggetti ai quali la prevenzione primaria si rivolge sono principalmente bambini di tutte le fasce di età, ma anche personale medico-sanitario. Infatti, secondo i principi della death education è necessario consapevolizzare gli individui fin dalla più tenera età ai temi legati alla morte, offrendo loro un alfabeto emotivo che permetta di dar voce ai propri vissuti e che promuova una spiegazione comprensibile e realistica della morte, liberandola dalla censura che accompagna questo tema e promuovendo un linguaggio appropriato, condiviso e sereno (Slaughter, 2005). L'evidenza scientifica dimostra, infatti, che il costante evitamento del concetto di morte e la reticenza degli adulti nell'affrontarla, ostacola la comprensione dei soggetti in età pediatrica, aumentando i livelli di ansia e paura; al contrario, più viene affrontato e maturato il tema sulla morte e sul morire, minore

sarà il livello di ansia provato dai bambini e dai giovani adulti (Slaughter, 2005; Slaughter & Griffiths, 2007; Testoni, 2015). Questo approccio viene utilizzato per soggetti che non subito un lutto negli ultimi due anni.

La death education come prevenzione secondaria riguarda invece l'*ars morendi*, ovvero "l'arte del morire", riferendosi alla presa di consapevolezza di come si vuole morire e di come si accompagna un familiare o una persona cara verso la morte. La prevenzione secondaria si elabora nei casi di *anticipatory mourning*, ovvero nei casi in cui si vive con il malato come se fosse già morto, nei casi di lutto familiare e nei casi di suicidio (Rando, 2000; Testoni, 2015). La death education secondaria ha lo scopo umanizzare le cure in fase di premorte, restituire dignità al morente e alla sua famiglia, e fornire le communication skills e le abilità di gestione necessarie per far fronte alle conseguenze psicologiche, sia per il morente che per i caregiver. I soggetti ai quali la death education secondaria si rivolge sono sia caregiver formali (quali psicologici, medici, infermieri e personale sanitario) che i caregiver informali, quali familiari e persone vicine al morente (Testoni, 2015).

La death education come prevenzione terziaria si dedica a coloro che devono affrontare in prima persona la morte, ai pazienti prossimi alla morte e nei casi di lutto conclamato. A questo livello, l'intento della death education è quello di rendere possibile e sana la trasformazione del cordoglio in lutto (Horn & Hoskins, 2011). Infatti, essa non si esaurisce con la morte del paziente, ma anzi continua per i caregiver nel rendere il processo di elaborazione del lutto il più naturale possibile ed evitare fenomeni quali il lutto complicato, patologico o complicato (Testoni, 2015). Questo livello di death education interessa tutte le relazioni di sistema, dal micro-familiare, a quello macro-sociale, che coinvolge la comunità.

Gli interventi di death education risultano quindi particolarmente importanti nei contesti sanitari, in quanto permettono quindi di gestire con maggior consapevolezza l'angoscia legata al morire e alla perdita ed aiutano coloro che lavorano in ambito sanitario ad evitare la deumanizzazione del paziente e il burnout che spesso ne consegue (Melo & Oliver, 2011).

L'approccio sanitario centrato sul paziente, che umanizza la cura medica (*medical humanities*) considera infatti il malato nella sua interezza di persona, non come un semplice corpo-macchina, e persegue l'obiettivo di offrire al soggetto malato la miglior qualità di vita possibile, anche nei momenti prossimi alla morte (Evans & Finlay, 2001).

L'idea principale di questo approccio è il miglioramento del benessere del paziente e dei suoi caregivers, nel rispetto della dignità del soggetto malato e del suo diritto di autodeterminazione e nell'applicazione del principio del *truth telling* (Testoni, 2015)

Il momento del *truth telling* è un momento cruciale per il paziente, per i caregivers e per l'andamento dell'intervento terapeutico; questo momento può risultare particolarmente difficile per gli operatori sanitari, soprattutto per quanto concerne la comunicazione del *Breaking bad news* (la comunicazione della cattiva notizia, ossia la comunicazione esplicita e diretta della prognosi infausta che affligge il soggetto) (VandeKieft, 2001).

Durante la comunicazione della *bad news*, il medico ed il personale sanitario hanno il dovere di dare al paziente e ai suoi caregiver la più serena e onesta informazione sulla diagnosi, sulla prognosi e sulle prospettive terapeutiche (Buckman, 1984; VandeKieft, 2001). Inoltre, la volontà del paziente e il suo diritto di autodeterminazione devono essere un riferimento costante per il medico e per l'attuazione dell'intervento terapeutico.

Riguardo al momento di *breaking bad news*, vi si contrappongono due diversi modelli culturali: da una parte vi è quello neolatino-mediterraneo (tra cui quello italiano) che

tende ad assecondare la congiura del silenzio e occultare le reali condizioni del malato, mentre dall'altro quello anglosassone, che applicando in senso stretto il principio del *truth telling*, informa il malato e i caregiver della reale diagnosi e della prognosi della malattia terminale (Testoni, 2015).

La tendenza italiana a tenere occultata la realtà della situazione è fortemente ancorata al modello paternalistico, e collude con il bisogno dei caregiver di non affrontare la situazione di malattia terminale e di morte imminente. L'ignorare la gravità della situazione e l'imminenza della morte offre l'impressione di un minor livello di sofferenza per il soggetto malato, ma questo blocca la creazione di una sana e valida rappresentazione del dolore e della morte (Testoni, 2015).

Il *breaking bad news* non si esaurisce in una sola seduta, ma necessita di una serie coordinata e graduale di incontri che hanno l'obiettivo di aiutare il soggetto malato e i suoi caregiver a mobilitare le forze resilienti per affrontare la morte imminente, prendere consapevolezza delle possibilità assistenziali presenti e provare ad attribuire un senso a ciò che sta accadendo al soggetto malato, con una visione chiara e onesta sull'andamento della malattia e della prognosi (Buckman, 1984).

La condivisione delle informazioni riguardanti la prognosi nefasta richiede una competenza diffusa, proprio a partire dal contesto medico-sanitario nel quale il soggetto malato e la sua famiglia vengono a trovarsi. Nonostante la fondamentale importanza del lavoro sanitario quotidiano, questa competenza spesso manca, perché non è ancora stato applicato in modo sistematico un *core curriculum* che preveda contenuti di *Death Education* per gli studenti universitari, finalizzato a formare psicologicamente futuri psicologi, medici e infermieri (Buckman, 1984; Park & Jones, 2010).

La comunicazione della notizia infausta viene resa più difficile anche per la paura derivante dalla consapevolezza della propria finitudine e del terrore che la realizzazione di ciò provoca nelle persone.

Una spiegazione della reticenza culturale, sanitaria e sociale nell'affrontare il tema della morte e del morire, e dell'ansia e angoscia associate alla discussione attorno a questi temi, viene offerta dalla *Terror Management Theory* (TMT), teoria psicologica, sociale ed evolutiva elaborata da Pyszczynski, Greenberg e Solomon nel 1996.

1.2 La Terror Management Theory

La Terror Management Theory (o TMT), elaborata nel 1996 da Solomon, Greenberg e Pyszczynski, è una teoria psicologica che trae le sue origini dalla psicologia esistenziale ed ha come precursori studiosi quali Sigmund Freud, Ernest Becker e Leon Festinger.

Questa teoria ha alla base la contrapposizione tra la consapevolezza dell'essere umano di essere finito (quindi mortale) e l'istinto animale di autopreservazione (Solomon et al., 1996).

In particolare, secondo questa teoria, l'essere umano possiede un naturale istinto di autopreservazione, che lo spinge a provare un'ansia di annientamento ogni qualvolta ci sia un pericolo di morte, e lo spinge ad attuare comportamenti mirati alla propria sopravvivenza. D'altro canto, l'essere umano possiede anche altre abilità cognitive che lo contraddistinguono dagli altri animali, quali il ragionamento e la consapevolezza di sé stesso; queste abilità cognitive gli consentono di ragionare sulla morte e di rendersi conto della propria finità e mortalità (Solomon et al., 1996). Questa dissonanza genera un'angoscia di morte paralizzante ogni qualvolta che ci sia un rimando alla propria

finitudine. Per far fronte a tale ansia di morte, gli esseri umani impiegano strategie di difesa simili a quelle adottate per la riduzione del disagio provocato dalla dissonanza cognitiva (Festinger, 1957). In particolare, in situazioni di *mortality salience*, l'individuo cerca di eliminare la dissonanza tramite la costruzione di apparati simbolici ideati per l'allontanamento del pensiero della morte. Precisamente, l'individuo si immerge in una visione valoriale del mondo condivisa, delegando alla cultura il ruolo di *anxiety buffer*, ossia il ruolo di cuscinetto che attenua l'ansia di morte (Solomon et al., 1996). Le modalità attraverso le quali la cultura agisce da *anxiety buffer* sono due, ossia tramite le difese distali e le difese prossimali. Le difese distali, come le religioni, le filosofie e le differenti *cultural worldview*, e le difese prossimali, quali l'autostima e la costruzione di un'identità sociale, eliminano dalla coscienza la cognizione della propria mortalità, relegandola in un futuro remoto, e restituiscono all'individuo la percezione di invulnerabilità (Testoni, 2015). La cultura, pertanto, gestisce l'ansia di morte tramite la creazione di un universo sociale con realtà condivise, al quale l'individuo si sente di appartenere e di cui ne condivide i valori. L'autostima, in questo contesto, viene identificata con la percezione di essere un membro di valore della propria comunità di appartenenza (Pyszczynski et al., 2004).

Gli *anxiety buffer* funzionano su diversi livelli in caso di fenomeni di *mortality salience*: al primo livello si trova la ricerca di rassicurazioni e di distrazioni; il livello successivo si basa su distorsioni cognitive che negano la morte; ulteriormente si consolidano le visioni culturali che supportano l'autostima (Solomon et al., 1996). Uno degli *anxiety buffer* più efficaci è la costruzione dell'immortalità, che può essere rappresentata in due diversi livelli: un livello letterale, ontologico ed elaborato dalle religioni, che riguarda il mantenimento della propria identità dopo la morte; un livello simbolico, che inerisce alla sopravvivenza in terza persona, ovvero all'immanenza del ricorso sociale (Testoni, 2015).

Gran parte della ricerca empirica a sostegno della TMT si è concentrata su due ipotesi centrali. La prima è quella della *mortality salience*, la quale sostiene la teoria che i pensieri sulla morte influenzino una vasta gamma di comportamenti diretti a sostenere la fede in una certa visione del mondo e la credenza nel proprio valore nel contesto di quella visione del mondo (Solomon et al., 1996). A sostegno di questa ipotesi, diverse ricerche hanno dimostrato che quando i pensieri sulla morte vengono attivati, gli individui diventano maggiormente coinvolti nella propria *cultural worldview* e aumentano le difese che proteggono tale visione (Zaleskiewicz et al., 2013).

In merito a ciò, la ricerca ha riscontrato che i rimandi alla propria morte portano gli individui a provare un maggior senso di ostilità verso coloro che mettono in pericolo la visione culturale (Greenberg et al., 1990; McGregor et al., 1998; Rosenblatt et al., 1989), si riscontra il desiderio di aumentare la propria autostima (Schmeichel et al., 2009), aumenta l'identificazione con il proprio ingroup (Dechesne et al., 2000) e l'esclusione dei membri dell'outgroup (Ochsmann & Mathy, 1994) e si hanno maggiori stime del consenso sociale per i propri atteggiamenti (Pyszczynski et al., 1996; Greenberg et al., 1997). La ricerca ha anche dimostrato che, dopo l'esposizione alla *mortality salience*, i partecipanti aderiscono di più agli standard culturali conformi (Greenberg et al., 1992) e sono più riluttanti a trasgredirli, provando una maggiore angoscia quando lo fanno (Greenberg et al., 1992).

La seconda ipotesi centrale per la TMT riguarda l'*anxiety buffer*, e afferma che se una struttura psicologica, come la propria visione del mondo o l'autostima, agisce da protezione contro le preoccupazioni sulla mortalità, allora il rafforzamento di tale struttura dovrebbe ridurre l'ansia provocata dalla *mortality salience* (Solomon et al., 1996). A conferma di questa ipotesi, in uno studio del 1992 l'autostima temporaneamente

aumentata o disposizionalmente elevata ha diminuito i livelli di ansia autoriferita dopo la visione di un video violento (Greenberg et al., 1992). Inoltre, un'altra ricerca ha dimostrato che l'elevata autostima riduce gli affetti della *mortality salience* nella difesa propria della visione culturale del mondo (Harmon-Jones et al., 1997). Grazie a questi studi, si dimostra la funzione generale dell'autostima come anxiety buffer, e il suo ruolo nel reprimere le preoccupazioni sulla morte.

Questi studi dimostrano la funzione generale di anxiety buffer dell'autostima, così come il ruolo specifico dell'autostima elevata nel reprimere le preoccupazioni sulla morte.

Pyszczynski, Greenberg e Solomon (1999) hanno inoltre dimostrato che le difese prossimali, che mettono in atto meccanismi di soppressione dei pensieri legati alla morte e la l'irrazionale negazione della propria vulnerabilità, sono impiegate qualora i pensieri sulla morte si manifestino a livello cosciente. Le difese distali, le quali comportano sforzi per l'autostima e per la propria visione del mondo, sono impiegate quando i pensieri sulla morte sono accessibili ad un livello più inconscio, ai margini della coscienza corrente (Pyszczynski & Greenberg & Solomon, 1999).

La consapevolezza della propria mortalità può motivare le persone a migliorare la propria salute fisica e mentale, a dare priorità a obiettivi orientati alla crescita e a vivere secondo standard e convinzioni positive, come riscontrato da Vail et al., (2015).

1.3 La *death anxiety* e la sua gestione

In base a quanto esposto nel paragrafo precedente, e al fatto che la paura della morte è un fenomeno comune nella popolazione, si comprende perché la conoscenza delle preoccupazioni e delle paure riguardo ai temi della morte ha importanti implicazioni

teoriche e pratiche nell'affrontare le questioni relative alle cure del fine-vita. Infatti, una ricerca del 1969 ha rivelato che il 16% del campione intervistato ha affermato di provare paura della morte, mentre il 3,3% ha riferito di provare un'acuta paura della morte (Agras et al., 1969). Uno studio del 2000 ha riportato che il 9,8% dei soggetti intervistati si è dichiarato un po' più nervoso della maggior parte del campione riguardo alla morte, mentre il 3,8% ha indicato di essere molto più nervoso rispetto alla morte (Noyes et al., 2000).

Alcuni studi hanno dimostrato che le persone di differenti culture reagiscono alla morte e al morire in modo diverso, poiché tendono ad attribuire un valore e un significato diversi alla vita e alla morte (Kubler-Ross, 1975; Shumaker, Warren, & Groth-Marnat, 1991; Stroebe et al., 1992). Inoltre, nel corso degli anni la ricerca concentrata sulla death anxiety è progressivamente aumentata (Furer & Walker, 2008).

Studi precedenti condotti su campioni occidentali hanno rilevato che alcuni fattori psicologici e sociali sono correlati alla death anxiety. Alcuni autori hanno proposto un modello di death anxiety, ipotizzando che le credenze personali sul proprio sé sono collegate a fattori determinanti della death anxiety, i quali a loro volta sono collegati alla death anxiety stessa (Tomer & Eliason, 1996). In effetti, uno studio condotto su studenti universitari ha rilevato che le persone ansiose per la morte mostrano anche una tendenza a riportare un'immagine negativa di sé stessi e un basso livello di benessere. Invece, tra i campioni di studenti universitari sani, l'ansia di morte è costantemente correlata negativamente con l'autostima (Lonetto & Templer, 1986)

Recentemente, i ricercatori si sono concentrati sull'importanza della percezione di controllo nel moderare gli stati interni, quali emozioni, pensieri e reazioni fisiche. Uno dei costrutti di controllo più studiati è il *locus of control* sulla propria salute, basato secondo la teoria dell'apprendimento sociale (Wallston, 1992). Una tra le ricerche

condotte sulla death anxiety e sul *locus of control* della propria salute ha riscontrato che il morire e la paura della propria morte erano correlate a un basso livello di salute psichica generale (Hayslip & Stewart, 1987; Tang et al., 2002). Inoltre, in un secondo studio, è stato osservato che un alto livello di *locus of control* esterno era correlato ad un livello di death anxiety più elevato tra gli studenti universitari (Patton & Freitag, 1977; Tang et al., 2002). Livelli elevati di *locus of control* esterno sono associati anche a bassi livelli di autostima e di self-efficacy (Weiner, 1972). Un elevato *locus of control* esterno inibisce pertanto i meccanismi di difesa distali contro la paralizzante ansia di morte.

Alcuni autori hanno individuato ulteriori fattori correlati alla death anxiety. Ad esempio, una review ha riscontrato che: (1) le donne presentano generalmente livelli superiori di ansia; (2) i soggetti anziani non presentano livelli più elevati di death anxiety; (3) livelli elevati di istruzione e di status socio-economico sono correlati a livelli più elevati di death anxiety; (4) livelli elevati di credenza religiosa e partecipazione alle pratiche religiose non sono correlate a livelli inferiori di death anxiety (Kastenbaum, 2000).

Inoltre, altri due studi hanno esaminato la death anxiety nell'età adulta e i fattori che la determinano. Il primo studio ha avuto come soggetti 304 uomini e donne tra i 18 e gli 87 anni. La death anxiety ha raggiunto un picco sia negli uomini che nelle donne durante il periodo dei 20 anni, per poi diminuire significativamente. Tuttavia, le donne hanno mostrato un picco secondario durante i 50 anni, non riscontrato negli uomini (Russac et al., 2005). Nel secondo studio, 113 donne tra i 18 e gli 85 anni hanno riportato la stessa distribuzione bimodale e un calo significativo con l'avanzare dell'età come nello studio 1. Ma, dai 60 anni di età, entrambi uomini e donne hanno riferito di sperimentare bassi livelli di death anxiety. I risultati di questi studi dimostrano che fattori quali il genere e

l'età giocano un ruolo fondamentale nei livelli sperimentati di death anxiety (Russac et al., 2005).

Secondo alcuni autori, la diminuzione del livello di death anxiety sperimentato dalla terza età rappresenta l'accettazione "dell'ultimo compito evolutivo", ovvero il venire a patto con la propria mortalità e il superamento dell'angoscia di morte (Kastenbaum, 2000).

In alternativa, la diminuzione dell'ansia da morte potrebbe derivare da una negazione avviata dalla realtà imminente della propria morte (Munnichs, 1966) o da un'impreparazione evocata dall'incapacità di prepararsi adeguatamente a tale spiacevole realtà. La diminuzione della death anxiety con l'avvenire dell'età può anche essere causata da una minore qualità della vita (che renderebbe la morte più attraente), da una maggiore religiosità e/o da un maggior numero di esperienze legate alla morte nella vita dei soggetti anziani (Neimeyer, 1988).

Per quanto concerne il picco di death anxiety sperimentato verso i 20 anni, secondo i ricercatori esso potrebbe essere associato allo stato riproduttivo. Sia gli uomini che le donne raggiungono l'apice delle loro capacità riproduttive proprio nel momento in cui la death anxiety si manifesta al suo apice. Viene ipotizzato che la death anxiety sperimentata sia provocata dagli effetti che la morte in giovane età avrebbe sulla nascita e sull'allevamento della prole. Un aspetto di questa preoccupazione si coglie nella seguente domanda, posta retoricamente da molti genitori: "Se mi succedesse qualcosa, che ne sarebbe dei bambini?" (Russac et al., 2005).

Tra le possibili spiegazioni dell'effetto del genere c'è il fatto che gli uomini sono meno inclini ad ammettere apertamente le loro paure. Oppure, al contrario, le donne potrebbero essere "più vicine ai loro sentimenti" rispetto agli uomini (Kastenbaum, 2000). Inoltre, le donne sono spesso le prime a prendersi cura dei morenti, e questo potrebbe portare ad una maggiore preoccupazione nei confronti della morte.

Un'altra spiegazione delle differenze di genere nell'ansia da morte prende si spiega tramite il *locus of control* esterno. In uno studio del 1979, sono state misurate la death anxiety ed il livello di locus of control, ed è stato scoperto che le donne che riferivano maggiori livelli di death anxiety erano coloro che presentavano un *locus of control* esterno più elevato (Sadwsky et al., 1980). Riassumendo i risultati della ricerca sul locus of control, Neimeyer (1988) ha concluso: "Pertanto, questi studi sono ragionevolmente coerenti nel suggerire che, almeno nelle società occidentali, l'ansia di morte è associata alla sensazione di essere in balia di forze esterne al di fuori del proprio controllo".

Un approccio clinico e terapeutico che si occupa di ridurre la death anxiety del paziente, di accompagnarlo durante la malattia terminale e di fornire supporto ai caregiver è quello delle cure palliative e della psicologia palliativa.

1.4 Cure palliative e psicologia palliativa

La psicologia palliativa viene definita come una specialità della psicologia che ha lo scopo di alleviare il disagio psicologico e il dolore emotivo nei pazienti affetti da malattie gravi e in stadio terminale, e nelle loro famiglie (Strada, 2017). Questa specialità è parte del cluster delle cure palliative, indicate dall'OMS "come un approccio medico-sanitario che migliora la qualità della vita dei pazienti, e delle loro famiglie, che affrontano i problemi associati alle malattie potenzialmente letali, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza" (WHO, 2020)

L'approccio della psicologia palliativa è olistico, dato che essa mira a promuovere il benessere psicologico nei diversi stadi della malattia, compreso lo stadio terminale e l'eventuale elaborazione del lutto nei caregiver (Testoni, 2020).

A partire dagli anni Novanta, le cure palliative sono state progressivamente integrate nell'assistenza tradizionale, con il 63% di tutti gli ospedali statunitensi e l'85% di quelli di medie e grandi dimensioni che dichiarano l'esistenza di un team di cure palliative (Voelker, 2011). La notevole popolarità e crescita delle cure palliative, soprattutto in ambito ambulatoriale, ha evidenziato anche una grande carenza di medici qualificati nell'ambito delle cure palliative (Blackhall et al., 2016). Nel 2014, secondo un rapporto dell'OMS, circa venti milioni di persone nel mondo e lo 0.6% della popolazione europea aveva l'esigenza di un intervento di carattere palliativo (WHO, 2014). Questi numerosi sono sempre stati in aumento, a causa dell'invecchiamento della popolazione permesso grazie all'avanzamento della medicina moderna. In particolare, nei paesi occidentali, la maggior parte delle persone nei paesi sviluppati riceve una diagnosi di malattia grave, cronica e progressiva prima di morire e, grazie ai progressi della medicina, vivrà più a lungo con malattie croniche e gravi. La malattia può durare per un periodo di tempo variabile, anche molti anni, e la presenza di comorbidità mediche e psichiatriche spesso aumenta il carico complessivo e il disagio di ciascun paziente. La convivenza con la malattia comporta numerose sfide fisiche e psicologiche per i pazienti e per i familiari che li assistono (Strada, 2017).

Inoltre, man mano che gli operatori sanitari, i pazienti e i caregiver familiari diventano più consapevoli dei potenziali benefici dei servizi di cure palliative nelle malattie gravi e avanzate e nel fine vita, è probabile che la domanda di questi servizi continui ad aumentare.

Il fondamento terapeutico sul quale si basano le cure palliative consiste nel passaggio dal *to cure (diseased-centered)* al *to care (patient-centered)*, e i principi cardine di questo approccio sono i seguenti (Strada, 2017):

- è un modello di cura incentrato sul paziente e sulla sua famiglia, basato su una comprensione biopsicosociale e spirituale della malattia e dell'impatto che essa ha sull'individuo e sul sistema familiare.
- le cure palliative possono essere erogate ai pazienti in concomitanza con i trattamenti curativi e di prolungamento della vita, o indipendentemente da questi. Pur comprendendo l'assistenza del paziente in fin di vita, possono iniziare a partire dal momento della diagnosi, indipendentemente dalla prognosi.
- si concentrano sull'identificazione e sulla gestione delle fonti di disagio, angoscia, dolore e sofferenza, migliorando la qualità della vita dei pazienti affetti da malattie gravi, croniche e avanzate, compreso il periodo del fine della vita.
- le cure palliative si occupano attivamente dei bisogni psicologici e psichiatrici dei pazienti e delle famiglie, fornendo valutazione, trattamento e coordinamento delle cure. La psicologia palliativa in particolare, si occupa dell'assistenza al dolore e al lutto durante la malattia, del processo di morte, del lutto e dell'aiuto nell'elaborazione del lutto.
- Si rivolgono al paziente e ai suoi caregiver, nel tentativo di migliorare tutti gli aspetti della qualità della vita, comprese le relazioni, la capacità di far fronte alle situazioni e la comunicazione durante il decorso della malattia.
- Le cure palliative sono un approccio a sostegno della vita. Esse riconoscono e convalidano i punti di forza individuali e familiari e incoraggiano la riconnessione con le fonti di significato e di scopo che possono sostenere il sistema familiare.
- I medici palliativisti sostengono le esperienze positive, la connessione e la trasformazione personale, riconoscendo la profondità e la ricchezza dell'esperienza umana.

L'erogazione delle cure palliative si diversifica su tre livelli differenti (Strada, 2017; Testoni, 2015). Il primo livello riguarda gli interventi per ridurre il disagio e il dolore psicofisico causati da malattie gravi e/o traumi e la gestione della sofferenza causata da disabilità, malattie croniche o altre condizioni minacciose. Le cure palliative erogate al primo livello garantiscono un'efficace comunicazione tra il malato, i caregiver e la comunità curante, ma non disposte necessariamente da personale medico sanitario specificatamente formato (Strada, 2017).

Il secondo livello riguarda più specificamente gli interventi palliativi nelle reti di strutture specifiche che operano in questo ambito, quali hospice o le Reti di Cure palliative. A questo livello, le cure palliative vengono erogate da un team multidisciplinare, composto principalmente da medici, psicologi, infermieri e assistenti sociali, specificatamente formati nell'ambito delle cure palliative. I pazienti, a questo livello, sono pazienti con bisogni clinici e malattie importanti, per i quali gli interventi base risultano inefficaci e inadeguati (Strada, 2017).

Il terzo livello riguarda l'intervento palliativo rivolto a pazienti pediatrici, erogato negli appositi *hospice* pediatrici. A questo livello, l'intervento palliativo diventa totale a partire dal primo momento della diagnosi. L'obiettivo è di permettere un efficace controllo del dolore durante la cura della malattia e fornire il massimo sostegno psicologico e spirituale al paziente pediatrico e alla sua famiglia (Strada, 2017).

All'interno di questi livelli, gli psicologi possono offrire diagnosi cliniche di difficoltà psicologiche ed eseguire valutazioni dei pazienti. Gli psicologi possono anche fornire consulenza e psicoterapia con supporto empirico e assistere i pazienti nella pianificazione del trattamento. Inoltre, implementano servizi di supporto al personale e conducono ricerche sullo sviluppo dei programmi e sull'efficacia dei trattamenti (Strada, 2017).

Per quanto concerne l'aspetto legale, in Italia le cure palliative sono state introdotte in modo sistematico tramite la legge 38/2010 «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore», a seguito di un lungo percorso legislativo. Grazie a questa legge, le cure palliative vengono erogate a prescindere dalla cura contro la malattia e sono rivolte a pazienti affetti da malattie progressive o in fase avanzata, terminali o a prognosi infausta, specialmente per quelle malattie per le quali le terapie per la guarigione o la stabilizzazione risultano impossibili o inefficaci (Testoni, 2015).

1.5 Importanza della Death Education e della Psicologia Palliativa

L'importanza della death education e della psicologia palliativa nel fornire le conoscenze necessarie per poter affrontare il processo di morte dei pazienti e nel somministrare l'aiuto e il supporto necessario ai pazienti e ai caregiver è stata sostenuta da studenti universitari, operatori sanitari, educatori, medici e psicologi. È chiaro che esiste un accordo quasi universale sulla necessità di includere la death education nella formazione dei professionisti delle discipline mediche e di quelle psicologiche (McClatchey & King, 2015). All'interno di un contesto pedagogico e professionale, questo approccio attuale lascia gli operatori sanitari di prima linea privi delle informazioni, delle competenze e dell'autoconsapevolezza necessarie per fornire servizi psicosociali efficaci ai pazienti (Head, 2008). Citando Kastenbaum (2012):

“Gli studenti che hanno perseverato fino alla laurea hanno ricevuto solo ulteriori lezioni di evitamento della morte. Infermieri, medici, psicologi, assistenti sociali

e altri che dovrebbero fornire servizi umani non sono stati aiutati a comprendere i propri sentimenti legati alla morte”

I professionisti sanitari, medici e psicologici condividono la riluttanza della società a discutere della morte e lottano per separare i propri atteggiamenti nei confronti della morte dai loro ruoli e comportamenti professionali quando si devono occupare di persone e famiglie che devono affrontare la morte. I professionisti dell'assistenza in un'ampia varietà di discipline riferiscono di essere impreparati dal punto di vista professionale e personale a lavorare con clienti morenti o in lutto (Harrawood, Doughty & Wilde, 2011; Kovacs & Bronstein, 1999).

Uno studio condotto nel 2021 (Testoni et al., 2021) ha dimostrato come un corso universitario dedicato a studenti di Psicologia, e incentrato sulla death education, ha permesso agli studenti di acquisire una maggior coscienza delle problematiche riguardanti la morte, e a sviluppare un maggior senso critico. Inoltre, i risultati della ricerca hanno evidenziato anche come il corso abbia aiutato i partecipanti a considerare l'aspetto religioso e spirituale delle difese distali che proteggono inconsciamente dal pensiero della morte.

Una seconda ricerca ha accertato come un gruppo di studenti di Psicologia che ha seguito un corso sulla death education e svolto attività relative ad essa, abbia avuto un livello minore di alessitimia e un livello di felicità più elevato rispetto al gruppo di controllo, al quale non era stato erogato nessun corso di death education (Testoni et al., 2019). Ulteriori ricerche hanno dimostrato che gli studenti universitari sperimentano una riduzione statisticamente significativa della paura della morte e della death anxiety a seguito della partecipazione ad un corso di death education (McClatchey & King, 2015).

Anche per quanto interessa il personale medico-sanitario, la death education e la psicologia palliativa si rivelano particolarmente importanti per la tipologia di servizio che devono erogare. Molti infermieri, ad esempio, hanno difficoltà a gestire l'ansia di morte (Schlairet et al., 2009). Gli infermieri trascorrono più tempo con i pazienti rispetto a qualsiasi altro professionista sanitario e sono tenuti a riconoscere e far fronte alla morte del paziente, fornendo supporto ai pazienti e alle loro famiglie. Tuttavia, prendersi cura delle persone morenti è stressante, difficile ed è un problema significativo, poiché la morte di un paziente può risvegliare sentimenti personali molto intensi come dolore, ansia, depressione, senso di colpa, ma anche sollievo che la sofferenza del paziente sia finita (Cui et al., 2011).

Anche medici e dottori, nonostante si trovino quotidianamente a contatto con pazienti in fase terminale, non possiedono l'approccio adeguato ad affrontare questioni relative alla spiritualità, alla sofferenza e ai conflitti che si manifestano quando si tratta della morte dei propri pazienti. Questa categoria, infatti, è solita sperimentare vari tipi di sofferenza legata alla morte di un paziente, e la tendenza è quella di nascondere le proprie emozioni a causa della convinzione che non si dovrebbero sperimentare emozioni "negative" per la morte di un paziente, in quanto personale medico-sanitario (Son et al., 2021).

A livello emotivo, le cure palliative sono state descritte come emotivamente sfidanti. Infatti, studenti di infermieristica partecipanti ad una ricerca di (Van et al., 2020), hanno affermato che quando la situazione del paziente diventa complessa, e sono presenti anche i parenti, pervade un senso di inesperienza ed insicurezza, e diventa complesso mantenere la professionalità. I partecipanti al presente studio volevano agire professionalmente ma hanno trovato difficile essere sicuri di sé stessi e non essere troppo emotivi. Imparare ad aiutare le persone con bisogni di cure palliative può dare forti sensazioni di disagio che

lasciano tracce profonde e influenzano i propri pensieri sulla morte; pertanto, è necessario educare i professionisti sanitari anche sulla gestione delle proprie emozioni e aumentare il loro senso di *creative self-efficacy* (Valen et al., 2020).

Il costrutto della *creative self-efficacy*, o auto-efficacia creativa, trae le proprie origini dalla teoria cognitiva della human agency di Bandura (Bandura, 2001). Questo costrutto è una componente essenziale del pensiero critico-creativo, e si riferisce alle convinzioni che gli individui hanno sulla loro capacità di generare idee innovative, adattarsi a contesti nuovi, trovare soluzioni efficaci e produrre cose creative (Puente-Diaz, 2015). L'auto-efficacia creativa è associata positivamente a pensieri e comportamenti creativi (Puente-Diaz&Cavazos-Arroyo, 2016), e determina i tentativi degli individui di perseverare il compito creativo, gli sforzi spesi e l'entità della persistenza di fronte alle difficoltà. Gli individui con alti livelli di auto-efficacia creativa sono inclini a mobilitare la motivazione, le risorse cognitive e le azioni per soddisfare le richieste contestuali. Al contrario, le persone in possesso di un potenziale creativo possono abbandonare le situazioni difficili a causa della bassa auto-efficacia creativa (Puente-Diaz, 2015).

In ambito clinico, la ricerca ha dimostrato che la disposizione ad un pensiero critico-creativo è positivamente associata ad un processo clinico decisionale efficace e ad una maggiore competenza clinica tra gli infermieri (Ludin, 2018). La conseguenza di ciò è una maggiore sicurezza per la salute dei pazienti e risultati più positivi delle terapie somministrate (Liu et al., 2021).

Nello specifico, nell'ambito della death education e delle cure palliative, i maggiori predittori dell'auto-efficacia creativa sembrano essere i livelli di conoscenze e consapevolezza delle cure palliative e la durata del proprio ruolo da personale medico-sanitario (Kim et al., 2020). Uno studio indonesiano (Phillips et al., 2011) ha rilevato che la conoscenza delle cure palliative degli infermieri era uno dei fattori predittori più

importanti per il livello di auto-efficacia. Inoltre, uno studio condotto con personale assistenziale in strutture di assistenza a lungo termine in sei paesi europei ha rilevato che lavorare nell'assistenza diretta per oltre 10 anni è stato un fattore significativo di livelli più elevati di auto-efficacia (Hench et al., 2013). Studi precedenti hanno suggerito che l'educazione alle cure palliative potrebbe migliorare l'auto-efficacia degli operatori sanitari (Kim et al., 2020).

Un'adeguata formazione nell'ambito delle cure palliative e della death education migliora la comunicazione degli operatori sanitari con i pazienti e i caregiver, facilita la somministrazione delle cure, ottimizza il controllo dei sintomi incoraggia l'inclusione di elementi psicosociali e spirituali nell'assistenza offerta ai pazienti e ai caregiver (Vindrola-Padros et al., 2017). In particolare, uno studio ha dimostrato che è bastato un corso universitario di sole 6 settimane sulle cure palliative, per modificare l'attitudine degli studenti di infermieristica nei confronti della morte e del morire (Mallory, 2003).

Pertanto, concludendo, gli interventi di death education e la psicologia palliativa si rivelano essere strumenti efficaci che permettono di controllare la death anxiety, modificano gli atteggiamenti che si hanno nei confronti della morte e del morire, presentano benefici sia per gli operatori sanitari che per i pazienti e i loro caregiver, ed educano sulle questioni spirituali legate al fine-vita.

Capitolo 2

Arti terapie e Death Education

2.1 Che cosa sono le arti terapie

Il termine *arte terapia* viene utilizzato per la prima volta nel 1942 e indica una forma di intervento psicologico e terapeutico mediato dall'utilizzo di strumenti artistici, che ha l'obiettivo di promuovere il benessere psicologico, spirituale ed emotivo del singolo o del gruppo (Hill, 1948). Questa tipologia di percorso si caratterizza come un approccio di sostegno non-verbale ma artistico, basato sul presupposto secondo il quale il processo creativo migliora lo stato di benessere psicologico della persona (Van Lith, 2016).

2.1.1 Storia delle arti terapie

Sigmund Freud e Carl Gustav Jung vengono considerati i principali antenati dell'arteterapia. Le teorie e i metodi della psicoanalisi sono stati il fondamento da cui si è sviluppato l'ambito dell'arte terapia (Bitonte & De Santo, 2014; Junge, 2010). La descrizione freudiana del pensiero inconscio come attivo e la sua teoria della personalità hanno fornito un utile punto di partenza per gli arte-terapeuti; il riconoscimento delle immagini oniriche come importanti messaggeri dell'inconscio e l'idea di un legame tra creatività e follia sono state utili ai primi esponenti dell'arte terapia per collegare i processi psicologici e psicanalitici all'arte visiva (Junge, 2015). I pensieri junghiani hanno influenzato notevolmente l'arteterapia, in quanto Jung riteneva che l'immagine in sé fosse un elemento centrale, piuttosto che un indizio o un simbolo da decifrare:

"Dipingere ciò che vediamo è un'arte diversa dal dipingere ciò che vediamo dentro di noi" (Jung, 1954). Nel concetto di "inconscio collettivo" di Jung come un linguaggio simbolico universale e condiviso tra le diverse culture si identifica tra uno dei concetti teorici alla base dell'arte terapia (Junge, 2010).

Sebbene l'arteterapia si sia dimostrata adattabile, nel corso degli anni, a un'ampia varietà di teorie psicologiche diverse, alcuni ancora oggi la associano principalmente alla teoria psicodinamica e alle tecniche psicoanalitiche.

In Europa, a cavallo tra le due guerre mondiali, l'artista Friedl Dicker-Brandeis viene considerata la pioniera nel campo dell'arteterapia. L'autrice ha modo di incontrare durante la sua vita emeriti artisti e pedagogisti, come Franz Cizek e Johannes Itten, dai quali apprende che l'arte può rappresentare un legame tra la parola, il suono, la forma e il colore (Linesch, 2004). Nel 1942, Braides viene deportata nel campo di transito di Terenzin, dove le viene affidato l'incarico di insegnante d'arte per i bambini presenti nel campo di concentramento. Grazie ai laboratori artistici dedicati ai bambini, osserva il valore terapeutico e l'effetto positivo che le attività artistiche hanno sui bambini traumatizzati, e inizia ad annotare e documentare le proprie osservazioni (Linesch, 2004; Junge, 2015).

Sulla scia dei risultati trovati da Braides, e mantenendo i fondamenti teorici della psicanalisi, a partire dagli anni Cinquanta, si affermano i nomi di Margaret Naumburg e di Edith Kramer.

Margaret Naumburg è una psicologa dinamica, seguace di Freud, che ha utilizzato la teoria freudiana base della sua arteterapia ad orientamento dinamico (Wilson & Rubin, 2001). Mentre Freud non chiedeva mai ai suoi pazienti di rappresentare le loro vite

inconscie, Naumburg ha sempre incoraggiato i suoi pazienti a creare immagini spontanee come forma di "comunicazione simbolica". Infatti, secondo il suo pensiero, la comunicazione simbolica permette di superare le difficoltà della comunicazione verbale e la censura dell'Io cosciente. Inoltre, la comunicazione simbolica nell'ambito dell'arteterapia migliora i processi psicoanalitici di verbalizzazione e transfert, poiché il conflitto inconscio viene "spesso espresso in modo più diretto dalle immagini che dalle parole" (Junge, 2015).

Nella sua esperienza personale, Naumburg ha riportato di pazienti che entravano nel setting terapeutico con un linguaggio bloccato, ma che a seguito della creazione di immagini diventavano verbalmente più fluenti e più aperti nel durante le sedute. Questo accadeva perché, secondo il suo pensiero, la comunicazione simbolica accelera e favorisce il processo di verbalizzazione, poiché i pazienti imparano ad associare liberamente le parole alle immagini spontanee che creano. Secondo Naumburg, "gli arteterapeuti hanno scoperto che l'approccio arteterapeutico, invece di inibire la verbalizzazione, tende a espandere il potere di espressione di ciascun paziente sia con le parole che con le immagini" (Junge, 2015).

La psicologa e pittrice Edith Kramer adotta un approccio diverso nel collegare la conoscenza psicoanalitica all'abilità artistica, formulando la sua pratica di "Arte come terapia" (Kramer, 1977). Ciò che caratterizza il metodo "Arte come terapia", sono le precise linee metodologiche che riconoscono la centralità del processo creativo e artistico nel percorso terapeutico. Kramer individua gli aspetti terapeutici intrinseci all'esperienza artistica, sostenendo che "le sue virtù curative dipendono da quei procedimenti psicologici che si attivano nel lavoro creativo" (Kramer, 1977). Pertanto, è l'attività

artistica a diventare terapia, e la tecnica terapeutica diventa un percorso artistico creativo, nel quale vengono mobilitate fantasie, energie, desideri e pensieri inconsci. Secondo la psicologa Krumer, l'arte può, così, "creare una zona di vita simbolica che permette la sperimentazione di idee e sentimenti, portare alla luce le complessità e le contraddizioni della vita, dimostrare la capacità dell'uomo di trascendere il conflitto e di creare ordine dal caos, e infine di dare piacere" (Kramer, 1977).

Tra gli anni Settanta e la metà degli anni Ottanta emergono nuove pubblicazioni che presentano una gamma più ampia di applicazioni e prospettive concettuali dell'arte terapia, in vari ambiti, tra cui quello cognitivo e quello comportamentale, nonostante la psicanalisi rimanga l'influenza principale (Betensky, 1973; Landgarten, 2013; McNiff, 2009; Wadeson, 1980). Il numero crescente di pubblicazioni e l'introduzione di riviste scientifiche tematiche permettono il riconoscimento della figura dell'arte-terapeutico come una figura professionale, operante nell'ambito clinico-terapeutico.

2.2 Tipologie di arti terapie

Considerando la vastità della capacità espressiva e della creatività, anche le arti terapie sono caratterizzate da una moltitudine di tecniche e strumenti che coinvolgono capacità e abilità differenti (Kossak, 2015). Ad esempio, alcune tra le tecniche arti terapeutiche maggiormente utilizzate nell'ambito clinico comprendono: la *danzaterapia*, nella quale si impiega il movimento corporeo per allentare le tensioni psico-fisiche e migliorare il rapporto con il corpo e con l'altro; la *musicoterapia*, nella quale i suoni fungono da strumento comunicativo tra paziente e terapeuta; la *writing therapy*, che adopera la scrittura come metodologia di elaborazione emotiva e dialogo interiore; il *drama therapy*,

nel quale l'ambiente teatrale permette di mettere in scena i propri sentimenti ed emozioni e la loro rielaborazione (Halprin, 2003).

Di seguito, è stata fatta la scelta di analizzare e approfondire approfondite solamente le metodologie e le teorie arte terapeutiche utilizzate nel progetto di ricerca DE4PP, oggetto di questa tesi, descritto e esaminato nel Capitolo 3.

2.2.1 Photovoice

La tecnica del photovoice è stata sviluppata a metà degli anni Novanta da Caroline Wang, fin dalla sua nascita questa tecnica ha ricevuto una crescente attenzione nell'ambito terapeutico e in quello sanitario (Catalani & Minkler, 2009). Il photovoice fa parte delle *Community-Based Participatory Research* (CBPR), ovvero i progetti di ricerca basati sulla partnership, che coinvolge equamente i membri della comunità, i rappresentanti delle organizzazioni, i ricercatori e altri soggetti in tutti gli aspetti del processo di ricerca, con tutti i soggetti della ricerca che contribuiscono con le loro competenze, condividendo il processo decisionale (Israel et al., 1998). L'obiettivo del CBPR è quello di aumentare la conoscenza e la comprensione di un determinato fenomeno sociale e di integrare le conoscenze acquisite con interventi di tipo, politico, sociale o, in generale, beneficio dei membri della comunità (Israel et al., 1998).

Difatti, il photovoice è stato definito in modo conciso come "un processo attraverso cui le persone possono identificare, rappresentare e valorizzare la loro comunità tramite una specifica tecnica fotografica" (Wang & Burk 2000).

Gli obiettivi di questa tecnica sono (Wang & Burk, 2000; Wang & Burris, 1997):

- consentire alle persone di registrare e riflettere i punti di forza e le preoccupazioni della loro comunità

- promuovere il dialogo critico e la conoscenza di questioni importanti. dialogo critico e la conoscenza di questioni importanti attraverso la discussione delle fotografie in gruppi di discussione delle fotografie
- raggiungere i responsabili politici della comunità

Come suggerito da questi obiettivi, il metodo del photovoice è in linea con i principi fondamentali del CBPR, promuovendo l'empowerment sociale e politico, enfatizzando i punti di forza individuali e comunitari, l'apprendimento collettivo e la costruzione di capacità comunitarie nel prendere decisioni ragionate sui problemi (Israel et al., 1998; Santiello et al., 2008).

Secondo un modello teorico, a livello procedurale, la tecnica del photovoice si compone delle seguenti fasi (Latz & Mulvihill, 2017):

- *Identificazione*: il primo step prevede l'individuazione dell'argomento o del problema da esplorare o affrontare, l'individuazione dei soggetti coinvolti e l'identificazione dei responsabili politici che possono essere messi al corrente, partecipare o essere consulenti del gruppo; è importante la presenza dei potenziali policy maker per tutta la durata dello studio (Wang et al., 2000)
- *Invito*: una volta identificato il problema e la popolazione soggetto d'indagine, arriva il momento di reclutare ed invitare i partecipanti allo studio. Nello scegliere la tecnica di reclutamento più adeguata, occorre considerare le caratteristiche della popolazione.

- *Educazione*: in questa fase, i partecipanti vengono informati riguardo l'obiettivo dello studio, lo svolgimento del processo di photovoice e i risultati che si spera di ottenere. La comunicazione tra i membri del team di ricerca e i partecipanti deve essere costante e continua, e i partecipanti devono ricevere regolarmente incoraggiamenti, aggiornamenti e risposte a vari dubbi.
- *Documentazione*: una volta che i partecipanti sono pienamente coinvolti e orientati al progetto, viene chiesto loro di fornire, tramite la fotografia, la risposta alle domande o richieste relative all'obiettivo del progetto. Le domande di ricerca possono fornire indicazioni su quale approccio fotografico adottare. In alcuni casi, ma non in tutti, ai partecipanti viene fornita una macchina fotografica.
- *Narrazione*: la quinta fase prevede che i partecipanti “discutano delle immagini che hanno prodotto e, così facendo, danno un significato alle loro immagini, o le interpretano” (Wang, 1999). È importante specificare che le fotografie prodotte dai partecipanti non costituiscono dati in sé e per sé. Servono, invece, come antecedenti dei dati, per suscitare le risposte dei partecipanti e descrivere il modo in cui hanno usato la fotografia per rispondere ai suggerimenti loro forniti. I dati analizzati dai ricercatori derivano dalla narrazione interpretativa fornita dai partecipanti.
- *Ideazione*: a questo punto del processo, i ricercatori, a volte assieme ai partecipanti, generano filoni tematici all'interno delle narrazioni, scegliendo tra i diversi approcci analitici consolidati nella letteratura sulla ricerca qualitativa. Questi filoni

tematici vengono poi convertiti nei risultati del lavoro, oltre che costituire una base per le implicazioni pratiche.

- *Presentazione*: la settima fase è quella che solitamente assume la forma di una mostra artistica, tramite poster, brochure, strumenti digitali o esposizioni museali. È durante questa fase che i partecipanti hanno l'opportunità di esporre le proprie fotografie e, in genere, interfacciarsi con le persone che, all'interno della comunità, esercitano il potere e possono influenzare il cambiamento.
- *Conferma*: nell'ultima fase i ricercatori hanno il compito di capire se e come coloro che si sono interfacciati con la mostra hanno accolto la fase di presentazione, se a seguito del progetto sono state apportate delle modifiche alle politiche o se ci sono stati dei cambiamenti sociali.

I primi soggetti della tecnica del photovoice sono state le contadine dei villaggi rurali cinesi della provincia dello Yunnan (Wang, 1999; Wang & Burris, 1994, 1997; Wang et al, 1998). Successivamente, il photovoice è stato utilizzato per esprimere gravi problemi di natura sociale e di sanità pubblica, dimostrando di essere uno strumento efficace, di ampia portata e molteplici ambiti di applicazione. Ad esempio, il photovoice è stato utilizzato durante epidemie (Grosselink & Myllykangas, 2007; Mamary, McCright, & Roe, 2007), in casi di malattie croniche (Allotey et al., 2003; Oliffe & Bottorff, 2007), in episodi di violenza politica (Lykes, Blanche, & Hamber, 2003), per testimoniare fenomeni di discriminazione (Graziano, 2004) e problematiche sociali giovanili (Wang 1999) e in casi di problematiche sociali femminili (Harley, 2012).

2.2.2 Psicodramma

Il termine *psicodramma* viene coniato negli anni Venti dallo psichiatra Jacob Levi Moreno, dall'unione delle parole greche o *psyché* (anima) e *drame* (azione, adempimento) (Moreno, 1947). Secondo Moreno, lo psicodramma consiste in una forma espressiva di terapia che esplora le emozioni e i vissuti personali o collettivi tramite l'azione teatrale improvvisata dei partecipanti, trasformando il discorso in rappresentazione (Boria, 2000).

Infatti, secondo la concezione moreniana, l'uomo viene definito in maniera dinamica tramite quattro diverse dimensioni della sua esistenza (Moreno, 1947/1933):

1. Secondo il ventaglio di ruoli che interpretata nella vita. Ogni individuo si identifica, comunica, pensa e agisce a seconda di una molteplicità di ruoli sociali, fisiologici, psicologici e professionali, che lo definiscono in ogni istante della propria vita. Ci sarà, per ciascuno, una certa consonanza o dissonanza tra i diversi ruoli; ognuno si può sentire più o meno incongruente o in armonia con i diversi ruoli, e, di conseguenza, a proprio agio o a disagio nella propria pelle e nel proprio personaggio;
2. Secondo la rete di interazioni e relazioni con la quale tutti gli individui si rapportano, e la conseguente dinamica dei gruppi nei quali si è coinvolti, ovvero la propria sociometria;
3. Secondo il proprio mondo affettivo personale, ovvero il proprio atomo sociale;
4. Secondo la "quota di amore" posseduta in ciascuno dei gruppi di appartenenza, ovvero il proprio status sociometrico

A livello pratico, solitamente lo psicodramma avviene in gruppo, anche se non è strettamente una terapia di gruppo in senso stretto (Boria, 2000). Questa metodologia contempla la centralità dell'azione, dunque durante le sessioni psicodrammatiche si cerca di creare le condizioni per l'azione, farla succedere concretamente e per poterla utilizzare a seguito come occasione d'apprendimento e di insight emotivo-cognitivo (Boria, 2005). Il setting dove viene eseguito viene definito *teatro*, e può essere un vero teatro o una porzione delimitata di uno spazio che funge da palcoscenico. Inoltre, si può svolgere in un'unica sessione, da un numero limitato di sessioni o da un numero indefinito (Boria, 2005). Indipendentemente dal numero, ogni sessione psicodrammatica prevede tre fasi (Moreno, 2014; Moreno & Moreno, 1987):

1. *Riscaldamento*, momento iniziale focalizzato sul qui ed ora, nel quale si cerca sviluppare la spontaneità e la creatività dei partecipanti, oltre che l'instaurazione di ambiente psicologico e relazionale favorevole all'azione del singolo e del gruppo.
2. *Azione-rappresentazione*, momento focale del metodo psicodrammatico. Consiste nella messa in scena di un sogno, di una fantasia o di un vissuto individuale o collettivo. In questa fase viene scelto un protagonista, che ha il compito di offrire un tema specifico sul quale lavorare, e lo scopo è quello di favorire una miglior conoscenza, elaborazione ed integrazione della tematica rappresentata, tramite la teatralizzazione.
3. *Partecipazione o sharing*, fase durante la quale si ha la condivisione e l'elaborazione grupale dei vissuti provati durante la scena psicodrammatica, attraverso modalità intersoggettive che favoriscono la soggettività del singolo.

Oltre alle diverse sequenze temporali, la metodologia psicodrammatica si caratterizza anche per impiegare diversi strumenti, descritti da Moreno in tal modo (Moreno & Moreno, 1987):

- Il palcoscenico, ovvero il luogo fisico nel quale il protagonista con il sostegno del direttore e del suo alter ego, mette in azione il proprio contenuto mentale in modo concreto. Idealmente, dovrebbe essere uno spazio completamente isolato sia acusticamente che dalla luce esterna, per favorire la concentrazione del soggetto;
- Il soggetto, o il protagonista, ovvero colui che è portatore di verità soggettiva indiscutibile durante la sessione;
- Il direttore, o lo psicodrammatista, è colui che promuove e guida l'azione e analizza il materiale emotivo emergente. La sua figura è attiva e propositiva, tramite un'interpretazione indiretta che si concretizza nella scelta delle attività e nella sequenza delle scene;
- Io-ausiliare, così viene identificato ogni membro del gruppo che viene scelto dal protagonista per prendere parte nella rappresentazione psicodrammatica che si sta svolgendo. L'alter ego è invece colui o colei che il protagonista chiama a personificare sé stesso.
- L'uditorio rappresenta i membri del gruppo che non sono stati coinvolti direttamente nella rappresentazione psicodrammatica.

Sul palcoscenico, il protagonista è impegnato ad ascoltare le diverse parti del suo mondo interno e relazione, avviando un dialogo interno che lo guida a scoprire possibili soluzioni ai suoi conflitti intrapsichici e/o relazionali col mondo esterno. In questo procedimento, il protagonista trova stimoli e conferme nella partecipazione e nell'appoggio sia dello psicodrammatista che del resto del gruppo (Cocchi, 1997). Grazie allo psicodramma, il

soggetto è messo nella condizione di ri-sperimentazione di vissuti passati, invece del semplice racconto diretto al terapeuta, comunicando con le diverse parti di sé e le diverse persone della propria vita. Pertanto, il soggetto raggiunge un livello più elevato di coscienza di sé e di fiducia, accedendo a modalità più spontanee, creative e funzionali di relazione con sé stesso e con gli altri (Blatner, 1973). Moreno definisce la spontaneità come “il grado variabile di risposta adeguata ad una situazione con un grado variabile di novità”, dunque corrisponde alla possibilità dell’individuo di sperimentare sentimenti e comportamenti in sintonia con le proprie tendenze naturali (Haskell, 1975). Il comportamento spontaneo esprime l’essere interiore, piuttosto che un comportamento imposto da richieste esterne, vincoli sociali o paura di ripercussioni future (Moreno, 1947).

2.2.3 Atomo sociale

Il concetto di atomo sociale, introdotto precedentemente, deriva dal pensiero moreniano, e descrive il mondo affettivo personale di un individuo (Schützenberger, 2014; Moreno, 1946/1933). In dettaglio, l’atomo sociale è l’unità sociale minima delle reti sociometriche, che a livello pratico si traduce in una rappresentazione grafica dell’atomo/*persona* e delle sue relazioni interpersonali (Remer, 2001). L’*atomo/persona* deve disegnare attorno a sé un perimetro, formato da un numero variabile di cerchi concentrici con centro l’*atomo/persona*, nel quale inserire tutti i *nuclei/personone* con i quali si possiede un legame di tipo emotivo, familiare, sociale o culturale. Ogni atomo è partecipante e osservatore di sé stesso ed esplora tramite la rappresentazione grafica i nuclei ai quale è connesso (Remer, 2001; Moreno, 1946).

Alcune parti degli atomi sociali si collegano con parti di altri atomi sociali, formando le reti sociometriche, complesse catene inter-relazionali. Queste reti sociometriche possono essere analizzate, a fini terapeutici, tramite metodi d'azione come l'Atomo Sociale psicodrammatico (Verhofstadt-Denève, 2003). Questo metodo presenta un effetto terapeutico importante quando l'atomo sociale viene attivato anche in un contesto spaziale (Verhofstadt-Denève, 2003; Anderson-Klontz, Dayton, & Anderson-Klontz, 1999). La costruzione dell'atomo sociale psicodrammatico permette all'*atomo/persona* di tracciare i rapporti interpersonali significativi nello spazio (attraverso i membri del gruppo o i simboli degli oggetti), in una distanza razionale-affettiva da sé stesso e dagli altri (Verhofstadt-Denève, 2003). Ciò permette un dialogo in cui le tecniche di azione possono offrire ulteriori interpretazioni alternative di sé stessi in relazione agli altri soggetti significativi, includendo, ad esempio, persone decedute, animali domestici, oggetti, etc (Verhofstadt-Denève, 2003). Tramite questa tecnica, l'Io dell'*atomo/persona* costruisce un mondo a più voci in cui l'individuo non solo è in grado di parlare della varietà di altri immaginari (anche antagonisti), ma anche di parlare con loro come parti relativamente indipendenti dal sé stesso. In altre parole, l'atomo sociale psicodrammatico può permettere all'individuo di entrare nel suo universo personale (Hermans, 2001).

Per la riuscita di questa tecnica, è importante che l'ambiente in cui avviene il metodo psicodrammatico offra il massimo senso di sicurezza; dovrebbero essere i partecipanti stessi a trovare le soluzioni ai propri problemi e conflitti interpersonali, poiché un'atmosfera rassicurante è la matrice ultima per la spontaneità, la creatività e la forza terapeutica (Verhofstadt-Denève, 2003).

2.2.4 Arti terapie intermodali

Le arti terapie espressive, o arti terapie intermodali racchiudono un insieme di arti terapie distinte, ad esempio la musicoterapia, la danzaterapia, il drammaterapia, che vengono utilizzate in contemporanea in diverse combinazioni nel contesto clinico-terapeutico, sottolineando l'interrelazione tra le varie forme d'arte per impiegare l'immaginazione in modo multisensoriale e multidimensionale (Kossak, 2015). L'approccio integrato delle arti terapie intermodali si basa sui principi fondamentali del gioco e dell'immaginazione come intermediari per il cambiamento, poiché la combinazione di diverse espressioni artistiche permette agli individui di deconcentrarsi in esperienze alternative (Knill et al., 2005). In questa prospettiva teorica i partecipanti entrano in uno spazio liminare o di soglia dove il gioco attivo attraverso le arti aiuta a rivelare i contenuti inconsci (Knill et al., 2005; Levine, 2019; Rogers, 1954). Considerando l'arte come un processo che emerge dal gioco, non dalla ragione, quando ci si impegna in possibilità immaginative, si è in grado di reindirizzare l'attenzione dall'esperienza quotidiana della realtà a uno stato immaginario in cui possono emergere emozioni e sentimenti inaspettati (Knill et al., 2005).

Associando l'elemento della scoperta a un'immersione ludica nel processo creativo, si genera nuova conoscenza quando l'individuo si allontana dal pensiero logico razionale per aprirsi a nuove prospettive, e si genera il potenziale per la guarigione attraverso un rinnovato senso di possibilità (Levine, 2005).

L'utilizzo di varietà artistiche in combinazione tra loro è pensato per enfatizzare l'interazione tra corpo, emozioni, sentimenti e immaginazione per generare nuove prospettive. La scoperta è invitata tramite la creazione di diversi punti di vista esperienziali, ampliando il discorso nell'esplorazione di quelle esperienze (McNiff,

2004). Secondo Rogers, l'impiego combinato di diverse arti terapie accresce e intensifica il viaggio verso il mondo interiore (Rogers, 1954). Infatti, nella pratica espressiva intermodale, il passaggio da una modalità artistica all'altra aumenta la consapevolezza tra l'attivazione motoria, psichica e sensoriale, combinando corpo, mente, emozioni e spirito per amplificare la consapevolezza sensoriale ed emotiva (Knill et al., 2005). Poiché ogni modalità si esprime attraverso il corpo, un approccio intermodale aumenta la consapevolezza dell'esperienza incarnata che include l'elaborazione dei sensi taciti o sentiti (Halprin, 2003), e aumenta l'interazione tra la consapevolezza implicita e quella esplicita (Levine, 1999).

2.3 L'utilizzo delle arti terapie nella death education e nelle cure palliative

L'idea alla base delle arti terapie è che l'espressione creativa possa migliorare il processo di cura e lo stato di benessere mentale del paziente (Van Lith, 2016). Dunque, si comprende l'utilizzo di queste tecniche associate alle cure palliative e il loro stretto legame con la death education. In generale, la death education, associata a interventi di arti terapie, produce effetti benefici per la riorganizzazione e l'articolazione di eventi di vita significativi, può facilitare l'espressione di emozioni ambivalenti e forti, e migliora la comunicazione e la relazione tra le persone (Nan et al., 2018). Inoltre, la letteratura ha già confermato come l'utilizzo di strumenti artistici nei laboratori di death education faciliti il processo di elaborazione del lutto e aiuta a gestire l'effetto della salienza della morte (Testoni et al., 2019). Infatti, l'uso delle arti terapie nell'ambito delle cure del fine vita può agevolare i partecipanti a considerare intenzionalmente i loro prodotti artistici

come un processo mentale e simbolico per riflettere su eventi passati, desideri interiori e altre reazioni correlate alle questioni di vita e di morte, senza suscitare risposte emotive estreme (Nan et al., 2018).

Nello specifico, uno studio condotto nel 2018 ha evidenziato come un gruppo di studenti che ha partecipato ad un corso di death education, associato all'utilizzo della tecnica dello psicodramma, abbia riportato una significativa diminuzione della morte come annientamento (Testoni et al., 2018). I risultati di un'altra ricerca condotta nel 2019 hanno dimostrato che i partecipanti dello studio credevano in modo evidente che lo psicodramma offrisse strumenti eccellenti per trattare varie forme di dolore e disagio psicologico legati al lutto e alla morte (Testoni et al., 2019). Inoltre, un altro intervento di death education associato a interventi psicodrammatici, erogato a studenti delle scuole superiori, ha riscontrato una diminuzione dei livelli di death anxiety ed evitamento della morte e un aumento nell'accettazione della morte come evento naturale (Testoni et al., 2021). Lo psicodramma risulta particolarmente efficace perché offre strumenti emotivi, psicologici e filosofici che aiutano ad elaborare qualsiasi esperienza di perdita, causata da morte simbolica o reale, perché consente di incontrare le persone perdute nel "surplus-realtà" offerta dalla scena teatrale (Testoni et al., 2019).

La scena psicodrammatica può concretizzare la narrazione, trasformandola in un dialogo positivo volto a promuovere la risoluzione del lutto e risolvere situazioni dalle quali può scaturire sofferenza (Moreno, 1953). Attraverso un'azione in un contesto relazionale del "qui e ora" si possono imitare importanti dinamiche interpersonali del "lì e prima", si può rientrare nella propria realtà passata, congelata fino a quel momento, e rielaborarla, per rivivere tutto il dolore e iniziare spontaneamente a sperimentare le cose in modo diverso (Testoni et al., 2019).

Un'altra ricerca ha confermato che l'applicazione di artiterapie quali il photovoice e il gioco di ruolo migliorano il benessere psicologico e aumenta la conoscenza di sé e l'autoconsapevolezza (Raccichini et al., 2022). In questa ricerca, un gruppo di studenti ha riscontrato livelli significativamente maggiori di auto-efficacia a seguito di un intervento di death education e l'utilizzo del photovoice. Infatti, la fotografia rappresenta da un lato un'importante forma di arte contemporanea e dall'altro è uno strumento dagli effetti positivi, soprattutto nella gestione di esperienze minacciose e di perdita (Testoni et al., 2019).

Un altro progetto di ricerca, condotto su studenti universitari dell'ambito medico-sanitario, ha dimostrato che tramite il photovoice, si è verificato un passaggio dal proprio senso di disagio e dolore alla consapevolezza della realtà e del dolore dell'altro (Rogers et al., 2019). In questa ricerca, il photovoice ha dato agli studenti l'opportunità di riconoscere le loro reazioni complesse alla difficile esperienza di intervistare una persona in profonda sofferenza. Questo processo li ha anche invitati a riflettere criticamente sul proprio legame con la sofferenza e con l'altro sofferente e a vedere l'opportunità di dimostrare attenzione in questa situazione (Rogers et al., 2019).

A seguito di quanto riferito, si comprende l'efficacia clinica che le arti terapie presentano nella death education e nell'ambito delle cure palliative, il perché si è scelto di associare agli interventi teorici anche laboratori pratici di arte terapia all'interno del progetto DE4PP.

Capitolo 3

Il Progetto DE4PP

3.1 Il progetto DE4PP

Il progetto Death Education for Palliative Psychology (DE4PP) è un progetto Erasmus+, co-finanziato dal Programma Erasmus+ dell'Unione Europea, che ha coinvolto l'Università di Padova in Italia e altre quattro Università in Austria, Israele, Polonia e Romania. Anche la Onlus “Assistenza Nazionale Tumori – ANT” è stata coinvolta nel progetto come partner. L'ANT si occupa di fornire assistenza medica ai pazienti oncologici, molti dei quali sono spesso malati terminali.

3.1.1 Obiettivi del progetto

Obiettivo generale:

L'obiettivo generale è stato quello di osservare gli esiti di un corso universitario sulla death education e sulle arti terapie erogato a studenti della laurea magistrale di Psicologia.

Obiettivi specifici:

- Valutare l'eventuale impatto che il corso ha avuto sulla percezione e visione della morte e sulla death anxiety;
- Indagare l'interesse dimostrato a lavorare nell'ambito delle cure palliative e con pazienti terminali;

- Comprendere se le artiterapie siano degli strumenti clinici utili nei percorsi di death education e nel contesto delle cure palliative.

3.1.2 Descrizione del progetto

Il presente progetto ha coinvolto un gruppo di studenti italiani che hanno partecipato a un corso-pilota online su una piattaforma Moodle appositamente creata. Per accedere al corso online sono stati raccolti gli indirizzi e-mail degli studenti, che sono stati iscritti alla piattaforma Moodle, dove hanno potuto seguire le lezioni. Il corso consisteva in nove moduli, ognuno dei quali conteneva tre attività: una videolezione registrata della durata di circa 20 minuti, il documento PDF contenente le diapositive della videolezione e un questionario di conoscenza composta da 3 domande per valutare la comprensione dei contenuti della videolezione. Per passare a un modulo successivo, ogni studente doveva prima completare le attività presentate nel modulo precedente. I primi cinque moduli del corso online si sono concentrati sulla spiegazione dell'educazione alla morte, o death education, e della psicologia palliativa. In particolare, i temi trattati sono stati le basi teoriche della death education e delle cure palliative, la comunicazione nelle cure palliative, la pianificazione delle cure palliative avanzate e il come fornire supporto psicologico ai pazienti. Gli ultimi quattro moduli si sono concentrati principalmente sull'uso delle arti terapie nel campo dell'educazione alla morte e della psicologia palliativa. Le arti terapie prese in considerazione sono state: lo psicodramma, il photovoice e le arti terapie intermodali. Nello specifico, la fototerapia è stata utilizzata per favorire l'educazione alla morte, lo psicodramma per la gestione della morte e per il supporto psicologico ai caregiver che lavorano con i pazienti in fine vita, mentre le arti terapie intermodali sono state utilizzate con adulti in lutto o durante il processo di

elaborazione del lutto. Al termine di ciascuno di questi ultimi quattro moduli, e prima di iniziare il successivo, gli studenti hanno partecipato a workshop di formazione di tre ore sull'utilizzo delle arti terapie presentate durante le lezioni online, nel contesto del fine-vita. I workshop sono stati condotti personalmente da uno degli autori della ricerca all'interno dell'aula universitaria. In particolare, il primo workshop ha riguardato la spiegazione di un'attività di photovoice che gli studenti avrebbero dovuto svolgere in gruppi da cinque studenti prima della fine del corso. A ogni studente del gruppo è stato chiesto di scattare una foto e di assegnarle una didascalia inerente ai temi dell'educazione alla morte e/o della psicologia palliativa, poi all'interno del gruppo ogni didascalia è stata letta ed eventualmente migliorata. Infine, ogni gruppo ha selezionato la foto migliore e ha creato un documento scritto contenente la foto selezionata con la sua didascalia, la descrizione di ciò che rappresentava, il background teorico a cui faceva riferimento, e successivamente in fondo alla pagina, tutte le altre quattro foto con le rispettive didascalie. Il secondo workshop ha riguardato l'uso della tecnica psicodrammatica dell'atomo sociale nell'affrontare il tema della morte; il terzo workshop ha impiegato l'utilizzo delle arti terapie intermodali per fornire supporto emotivo agli adulti in lutto; il quarto workshop è stato una sessione di psicodramma per fornire supporto psicologico a coloro che lavorano a contatto con la morte.

Al termine del corso, ogni gruppo di studenti ha dovuto consegnare la propria attività di photovoice e il gruppo che aveva svolto il lavoro migliore è stato selezionato per recarsi presso la sede ANT di Bologna (Italia) per partecipare a un'esperienza formativa di tre giorni. Questa esperienza è stata organizzata in questo modo: spiegazione del lavoro dell'équipe di cure palliative e dello psicologo palliativista; un'attività di role-playing riguardante l'approccio medico-paziente nel fine vita; una giornata in cui gli studenti

hanno accompagnato un medico ANT nel suo lavoro di assistenza domiciliare ai malati terminali.

3.2 Metodologia di ricerca

3.2.1 Disegno di ricerca

Lo studio presente ha seguito un *explanatory sequential mixed methods design* (disegno sequenziale esplicativo a metodi misti), che consiste in una prima fase di ricerca quantitativa in cui sono stati raccolti e analizzati i dati quantitativi, seguita da una fase di ricerca qualitativa, nella quale viene fornita una spiegazione più approfondita e dettagliata dei risultati qualitativi (Creswell & Creswell, 2018). La fase quantitativa si è tradotta nella somministrazione di un questionario online proposto al gruppo sperimentale prima e dopo l'intervento del progetto, contemporaneamente al gruppo di controllo. La fase qualitativa è consistita nella partecipazione di 10 studenti del gruppo sperimentale a un focus group, svoltosi dopo la partecipazione all'intervento del progetto.

3.2.2 I partecipanti

I partecipanti sono stati studenti di laurea magistrale di psicologia dell'Università di Padova. Ci sono stati in totale 139 partecipanti presenti alla prima somministrazione del questionario, 71 del gruppo sperimentale e 68 del gruppo di controllo. Un totale di 120 studenti ha completato sia il questionario pre corso che quello post corso, 64 studenti del gruppo sperimentale e 56 del gruppo di controllo. Ulteriori caratteristiche dei partecipanti sono riportate in Tabella 1.

Tabella 1.*Statistiche descrittive delle variabili demografiche per gruppo ¹*

	Gruppo Sperimentale (N=64)	Gruppo di Controllo (n=56)	p-value tra i due gruppi
Età:	22-56; 24.47 (5.36)	22-49; 24.52 (5.41)	.960
Sesso:			.360
	Femminile 8 (12%)	4 (7%)	
	Maschile 56 (88%)	51 (91%)	
	Altro 0 (0%)	1 (2%)	
Religione:			.591
	Cristiana 30 (47%)	29 (52%)	
	Nessuna 34 (53%)	27 (48%)	
Livello religioso:	1-4; 2.16 (0.86)	1-4; 3.20 (0.70)	<.001
Caregiver formale con persone in fine-vita:			.057
	No 60 (94%)	56 (100%)	
	Sì 4 (6%)	0 (0%)	
Perdita di una persona cara negli ultimi due anni:			.180
	No 37 (58%)	39 (70%)	
	Sì 27 (42%)	17 (30%)	
Anno di laurea magistrale:			.614
	1 49 (77%)	39 (70%)	
	2 14 (22%)	15 (27%)	
	Fuoricorso 1 (2%)	2 (4%)	

¹I valori riportati nella Tabella 1 si riferiscono al **Range** e alla media (deviazione standard) per le variabili continue e alla frequenza (percentuale) per le variabili nominali.

L'ultima colonna mostra il p-value calcolato usando il t test per le variabili continue e il test Chi-quadro per le variabili nominali.

3.2.3 Reclutamento

Gli studenti del gruppo sperimentale sono stati reclutati con un campionamento di convenienza. Si trattava di studenti interessati reclutati nei corsi universitari del professore che faceva parte del progetto DE4PP e che hanno deciso di partecipare liberamente al corso online offerto dal progetto DE4PP; la mancata partecipazione non ha comportato alcuna sanzione.

Gli studenti del gruppo di controllo sono stati selezionati attraverso un campionamento a valanga, chiedendo agli studenti del gruppo sperimentale i nomi di studenti di psicologia della stessa università che potevano essere contattati dai ricercatori per far parte del gruppo di controllo.

Tra gli studenti del gruppo sperimentale, 10 studenti, nove femmine e un maschio, sono stati selezionati casualmente per partecipare al focus group tenutosi dopo la fine del corso. Per gli studenti partecipanti al focus group, 5 di loro avevano comunicato di essere solamente studenti, mentre gli altri 5 erano studenti-lavoratori. Di questi 10 partecipanti, 4 erano sotto i 25 anni, 4 tra i 25 e i 30 anni e 2 avevano più di 30 anni.

Il seguente studio, coinvolgendo persone, è stato esaminato e approvato dai comitati etici delle università partecipanti. I partecipanti hanno fornito il loro consenso informato scritto a partecipare a questo studio.

3.3 Raccolta dei dati

3.3.1 Raccolta dei dati quantitativi

I dati quantitativi sono stati raccolti attraverso un questionario online sviluppato su Qualtrics della durata di circa 20 minuti. Il gruppo sperimentale ha trovato i due link del questionario all'interno della piattaforma Moodle (un link all'inizio del corso e uno alla fine). Il gruppo di controllo ha ricevuto il link del questionario via e-mail dai ricercatori. Il gruppo sperimentale ha completato il questionario in due momenti, all'inizio e alla fine del corso online. Negli stessi due momenti del gruppo sperimentale, anche gli studenti del gruppo di controllo hanno compilato il questionario.

3.3.2 Raccolta dei dati qualitativi

I dati qualitativi sono stati raccolti attraverso un focus group della durata di due ore. Il focus group è stato condotto online, sulla piattaforma Zoom, da uno psicologo esperto sugli argomenti trattati e a conoscenza della struttura del progetto. Gli studenti selezionati hanno ricevuto via e-mail dal conduttore il link per accedere al focus group online. L'intera sessione è stata registrata e poi trascritta testualmente e i testi sono stati analizzati.

3.4 Misurazioni

3.4.1 Misurazione quantitativa

Le scale utilizzate per la rilevazione delle misure quantitative sono state le seguenti:

- La *Testoni Death Representation Scale* (TDRS; Testoni et al., 2015)
È una scala Likert a sei item a cinque punti (1 = fortemente in disaccordo, 5 = fortemente d'accordo) che indaga le rappresentazioni della morte come passaggio o annientamento. La scala è stata validata in lingua italiana. Esempio di item: "La morte è solo un passaggio. Dopo la morte continuerò a esistere e ricorderò le esperienze di questa vita".

- Il *Death Attitude Profile- Revised* (DAPRS; Wong et al., 1994)
Si tratta di una scala Likert a 32 item a cinque punti (1 = fortemente in disaccordo, 5 = fortemente d'accordo) che indaga gli atteggiamenti verso la morte. È composta da cinque fattori: Paura della morte, Evitamento della morte, Accettazione neutrale, Accettazione dell'avvicinamento e Accettazione della fuga. Il presente studio ha utilizzato la validazione italiana della scala (Rossi et al., 2014). Esempio di item: "La morte è senza dubbio un'esperienza triste".

- La *Career Commitment Scale* (CCS; Blau, 1985)
Si tratta di una scala Likert a otto item a cinque punti (1 = fortemente in disaccordo, 5 = fortemente d'accordo) che misura e predice l'impegno professionale e la vocazione; è stata specificamente modificata per le cure di fine vita. Poiché la validazione italiana della scala non era presente in letteratura, gli item sono stati tradotti con la *back translation*. Esempio di item: "Voglio assolutamente fare carriera nell'assistenza di fine vita".

- La *Creative Self-Efficacy Scale* (CSE; Beghetto et al., 2011): è una scala Likert a cinque item (1 = non vero, 5 = molto vero) che misura l'auto-giudizio sulla propria capacità immaginativa e la competenza percepita nel generare idee, soluzioni e comportamenti nuovi e adattivi. È stata modificata specificamente per le cure di fine vita e le arti terapie. Poiché la validazione italiana della scala non era presente in letteratura, gli item sono stati tradotti con la back translation. Esempio di item: "Sono bravo a trovare nuove idee per le cure di fine vita basate sulle arti".
- La *Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B*. (FATCOD; Frommelt, 1991): è una scala Likert a 30 item a cinque punti (1 = fortemente in disaccordo, 5 = fortemente d'accordo) che misura gli atteggiamenti del personale medico e psicologico nei confronti dell'assistenza ai pazienti morenti. Il presente studio ha utilizzato la validazione italiana della scala (Mastroianni et al., 2009). Esempio di item: "Prestare assistenza alla persona morente è un'esperienza che vale la pena fare".
- La *Compassion Scale* (CS; Pommier et al., 2020): è una scala Likert a 16 item a cinque punti (1 = fortemente in disaccordo, 5 = fortemente d'accordo) che misura il costrutto psicologico della compassione, intesa come gentilezza, senso di umanità, consapevolezza e attenzione alla sofferenza degli altri. Nel presente studio sono state utilizzate solo due sottoscale: Gentilezza (quattro item) e Indifferenza (quattro item). Poiché la validazione italiana della scala non era presente in letteratura, gli item sono stati tradotti con la back translation. Esempio di item: "Non mi preoccupa dei problemi degli altri".

3.4.2 Misure qualitative: struttura del focus group

Gli obiettivi principali del focus group erano: esplorare in profondità la percezione degli studenti riguardo all'impatto delle arti-terapie e dei metodi psicodrammatici nel processo di educazione alla morte, ed esaminare l'esperienza degli studenti nell'elaborazione verbale e artistica della paura della morte e il suo impatto su di loro. Gli argomenti del focus group sono stati cinque: (1) l'esperienza del corso (in generale); (2) l'impatto delle artiterapie e delle tecniche psicodrammatiche; (3) l'esperienza dell'elaborazione verbale e artistica della paura della morte; (4) il significato personale della vita e della morte; (5) la rappresentazione personale della morte e le emozioni ad essa associate.

3.5 Analisi dei dati

3.5.1 Analisi dei dati quantitativi

In primo luogo, sono state esaminate le differenze tra i gruppi per quanto riguarda le variabili demografiche (età, sesso, religione, livello religioso, anno di laurea specialistica), le esperienze precedenti (come caregiver formale di clienti di fine vita e perdita di una persona cara negli ultimi due anni) e i punteggi basali delle variabili di studio. In secondo luogo, è stata eseguita un'ANOVA 2 (tempo: Tempo1 e Tempo2) x2 (gruppo: Sperimentale e Controllo) per valutare il cambiamento nel tempo di ciascun costrutto esaminato nei due gruppi e analizzato l'effetto temporale all'interno di ciascun gruppo mediante il test t e la d di Cohen come misura della dimensione dell'effetto (d=0,20 effetto piccolo, d=0,50 effetto medio, d=,80 effetto forte).

3.5.2 Analisi dei dati qualitativi

I dati testuali sono stati analizzati con un'analisi tematica riflessiva qualitativa. L'analisi tematica riflessiva qualitativa è un metodo teoricamente flessibile per il riconoscimento di modelli chiave di significati e concetti nell'insieme dei dati (Braun & Clarke, 2012, 2013). In questo metodo non sono stati messi in atto preconcetti e si presta bene allo studio delle esperienze e delle percezioni dei partecipanti. (Braun & Clarke, 2012). L'analisi tematica è stata condotta secondo le sei fasi delineate da Braun e Clarke (2012): familiarizzazione con i dati, codifica, generazione di temi iniziali, revisione dei temi, definizione e denominazione dei temi e stesura del rapporto. Per l'analisi dei dati qualitativi è stato utilizzato il software Atlas.ti (Muhr, 1991). Tutti i file di testo sono stati caricati sul software Atlas.ti e poi analizzati secondo le sei fasi sopra descritte.

3.6 Risultati

3.6.1 Risultati quantitativi

I due gruppi sono simili per tutte le variabili demografiche, tranne che per il livello religioso ($t = -7,21$ $df = 118$ $p < .001$), e per le esperienze precedenti. Gli studenti del gruppo sperimentale hanno punteggi inferiori a quelli del gruppo di controllo. Inoltre, solo tre punteggi di base delle variabili di studio mostrano differenze tra i due gruppi: Punteggio totale CCS ($t = 5,49$ $df = 118$ $p < .001$), Punteggio totale CSE ($t = 2,58$ $df = 118$

$p=.011$) e Punteggio totale FATCOD ($t = 3,03$ $df = 118$ $p=.003$). Gli studenti del gruppo sperimentale hanno ottenuto punteggi più alti rispetto agli studenti del gruppo di controllo.

I risultati dell'ANOVA mostrano un'interazione significativa tra tempo e gruppo per i seguenti costrutti: TDRS total score $F(1,118)=29,67$ $p<.001$, DAPR Fear of Death $F(1,118)=17,97$ $p<.001$, DAPR Death Avoidance $F(1,118)=14,84$ $p<.001$, DAPR Approach Acceptance $F(1,118)=8.81$ $p=.004$, punteggio totale CSE $F(1,118)=22.15$ $p<.001$, CS Lesser Indifference $F(1,118)=4.75$ $p=.031$ e punteggio totale FATCOD $F(1,118)=30.17$ $p<.001$. Inoltre, c'è solo un effetto principale significativo del tempo per il punteggio totale CCS $F(1,118)=18,33$ $p<.001$. Non sono state riscontrate differenze nel tempo per DAPR Neutral Acceptance, DAPR Escape Acceptance e CS Greater Kindness. Per comprendere l'interazione tempo/gruppo, abbiamo esaminato il cambiamento nel tempo di ciascun gruppo (cfr. Tabella 2). Solo gli studenti del gruppo sperimentale mostrano un effetto temporale da moderato a forte sul punteggio totale TDRS, sulla paura della morte DAPR, sull'evitamento della morte DAPR, sull'approccio all'accettazione DAPR, sul punteggio totale CSE e sul punteggio totale FATCOD. In particolare, sono diminuiti la rappresentazione della morte come annientamento, la paura della morte e l'evitamento della morte e sono aumentati l'approccio all'accettazione, l'autoefficacia creativa e l'atteggiamento verso l'assistenza ai morenti. Entrambi i gruppi mostrano un effetto temporale piccolo o moderato sul punteggio totale del CCS; infatti, tutti gli studenti hanno aumentato il loro punteggio dal primo al secondo tempo. Solo gli studenti del gruppo di controllo mostrano un piccolo effetto sul CS Indifferenza minore, diminuendo il loro punteggio dal tempo1 al tempo2.

Tabella 2. Tabella riassuntiva dei risultati quantitativi

Variabili	Gruppo Sperimentale (N=64)						Gruppo di Controllo (N=56)					
	tempo1		tempo2		Effetto del tempo		tempo1		tempo 2		Effetto del tempo	
	M	SD	M	SD	t	Cohen's d	M	SD	M	SD	t	Cohen's d
TDRS total	21.16	5.03	17.38	5.23	6.45***	0.81	20.27	5.34	20.36	5.28	-0.25	-0.03
DAPR Fear of Death	3.31	0.94	2.84	0.85	5.38***	0.67	3.32	0.91	3.30	0.92	0.33	0.04
DAPR Death Avoidance	2.46	0.99	1.98	0.77	5.79***	0.72	2.79	0.99	2.76	1.00	0.29	0.04
DAPR Neutral Acceptance	3.93	0.58	4.06	0.55	-2.24*	-0.28	3.82	0.55	3.81	0.64	0.25	0.03
DAPR Approach Acceptance	2.05	0.74	2.29	0.78	-3.20**	-0.40	2.24	0.84	2.22	0.85	0.52	0.07
DAPR Escape Acceptance	2.43	0.70	2.30	0.91	1.31	0.16	2.55	0.84	2.54	0.93	0.17	0.02
CCS Total	13.94	3.66	15.20	4.22	-4.01***	-0.50	10.61	2.87	11.16	3.07	-2.01*	-0.27
CSE Total	13.02	5.11	16.63	3.55	-6.53***	-0.82	10.77	4.33	10.86	4.05	-0.18	-0.02
CS Greater Kindness	17.38	2.07	17.63	1.87	-1.00	-0.12	16.96	2.10	16.89	1.88	0.35	0.05
CS Lesser Indifference	6.86	2.09	6.64	2.06	0.89	0.11	6.96	2.07	7.46	2.21	-2.33*	-0.31
FATCOD Total	3.89	0.32	4.12	0.30	-7.56***	-0.95	3.71	0.32	3.72	0.31	-0.35	-0.05

3.6.2 Risultati qualitativi

L'analisi tematica ha evidenziato tre temi: (1) l'impatto positivo del corso sulla morte e sulle cure di fine vita; (2) il ruolo delle arti terapie sui temi della morte e delle cure di fine vita; (3) le carenze del corso.

Primo tema: L'impatto positivo del corso sui temi della morte e delle cure di fine vita

Questo tema si concentra sui risultati positivi che il corso online ha portato agli studenti riguardo ai temi della morte e delle cure di fine vita.

Il primo impatto positivo è stato la diminuzione dei sentimenti di angoscia nei confronti degli argomenti del corso e la diminuzione dell'ansia da morte, come riportato da una studentessa-lavoratrice di 40 anni:

“Questo corso ha diminuito la mia ansia di morte. Non è che non ce l'abbia più, ma ora so che se muoio per una malattia progressiva c'è qualcuno che non mi lascerà solo, e questo mi aiuta a pensare alla morte. Non ho più pensieri negativi, ma penso a divertirmi di più.”

Gli studenti hanno meglio realizzato la consapevolezza della necessità di abbattere la congiura del silenzio, promuovendo l'espressione della verità nei confronti del malato terminale. A proposito di questo una studentessa di 26 anni afferma:

“Questo corso mi ha permesso di capire che non poter parlare direttamente al paziente e fargli dire "sto morendo, me ne vado", credo che lasci sentimenti irrisolti sia nei curanti ma anche nel paziente che muore, è brutto che la persona muoia non potendo nemmeno parlare di quello che le sta succedendo con i suoi cari.”

Il corso ha fatto emergere la consapevolezza della mancanza di un linguaggio sociale condiviso e l'importanza di promuovere una discussione sui temi legati alla morte, come ha detto una studentessa-lavoratrice di 28 anni:

“Personalmente, da quando ho iniziato a frequentare questo corso, ho iniziato a parlarne anche a casa [della morte], perché è qualcosa che mi ha davvero commosso internamente, e vedo che sembra che se si inizia a parlare un po' più di prima, con un po' più di serenità, diventa più accettabile per le altre persone”.

Alcuni studenti hanno espresso un'inefficienza del sistema sanitario nel prendersi cura della dimensione psicologica di chi sta morendo, come afferma una studentessa ventitreenne:

"Ho studiato in questo corso tutti gli interventi psicologici, tutto quello che si può fare per una persona che sta morendo, e mi sono reso conto che quasi nulla di tutto questo viene applicato nel contesto sanitario".

Il corso ha anche permesso agli studenti di comprendere meglio i sentimenti legati al lutto, come afferma la studentessa ventitreenne:

“Questo corso mi è stato molto utile perché mi ha aiutato a comprendere meglio le varie forme di dolore legate al lutto in generale e quindi non mi sono sentita sbagliata riguardo ai miei sentimenti, ed essere in grado di dargli un nome è rassicurante.”

Il corso ha permesso agli studenti di acquisire competenze che li hanno fatti sentire più capaci di affrontare le situazioni che riguardano la morte e il morire e più rispettosi delle diverse visioni esistenziali degli altri, come affermato da una studentessa di 23 anni:

“Sicuramente se qualcuno dovesse parlarmi di queste cose, mi sentirei più capace ad affrontare questi argomenti e proverei più rispetto verso i temi della morte e delle idee diverse dalle mie riguardo ad essa. Prima ero un po’ più scontrosa nel parlare di queste cose, ora sento di essere più rispettosa verso idee diverse dalle mie.”

Infine, il corso ha avuto un impatto sulle scelte professionali future degli studenti, stimolando l'interesse a lavorare nel settore delle cure di fine vita, come la studentessa-lavoratrice di 28 riferisce:

"Questo corso mi ha permesso di capire che in futuro mi vedo a lavorare nel settore delle cure di fine vita".

Secondo tema: Il ruolo delle arti terapie sulla morte e le cure di fine vita

Questo tema prende in considerazione le peculiarità positive che le arti terapie hanno nell'affrontare e risolvere i problemi psicologici legati alla morte e al morire.

L'uso delle arti terapie si è rivelato una sfida per gli studenti, soprattutto per quelli che non si considerano persone creative. Tuttavia, anche loro sono stati in grado di rivelare il loro lato creativo, superando i loro limiti personali, come afferma una studentessa di 25 anni:

“Ho sempre pensato di non essere in grado di svolgere attività come le arti terapie, perché non sono una persona creativa o estroversa, ho questo limite e pensavo di non potermi esprimere in modo creativo o in una dimensione diversa da quella più pragmatica. In realtà, grazie alle attività, ho visto che in realtà non avevo questi limiti e ho trovato un nuovo modo di esprimermi.”

Sperimentare in prima persona le arti terapie ha permesso agli studenti di comprendere il potere di trovare diversi metodi di espressione riguardo ai temi della morte e del morire. Questo ha fatto sì che gli studenti provassero un senso di liberazione dai pesi psicologici che i temi della morte e del morire spesso portano con sé, come la studentessa venticinquenne continua a proposito dell'attività di photovoice:

“Il photovoice, è stata l'occasione per mettermi più in gioco, è stato molto liberatorio, perché grazie a questa attività mi sono resa conto di quanto ho dentro di me e di quanto non riesco a spiegarmi. Le attività hanno aperto un po' un buco dentro di me che mi ha permesso di conoscermi meglio”.

Qualcosa di simile viene affermato da una studentessa-lavoratrice di 28 anni riguardo al laboratorio di psicodramma:

“Da un lato, mettermi nei panni del ragazzo o dei ragazzi che lo facevano mi ha fatto rivivere alcune esperienze personali. Ma alla fine dell'attività ho provato un senso di liberazione. [...] È stata anche una sensazione fisica, durante la sessione è stato come se un peso fosse stato sollevato e se ne fosse andato, è stato un vero sollievo.”

I laboratori di arti terapie hanno avuto un impatto positivo anche per quanto riguarda l'elaborazione delle emozioni legate al tema della morte e del lutto e la comprensione di queste emozioni, come afferma la studentessa ventitreenne:

“Le arti-terapie mi hanno aiutato a elaborare le emozioni relative ai temi della morte, a volte sono state confortanti. Ascoltare le lezioni, vedere il materiale mi ha fatto dire "ok, questa cosa ha un nome", e mi ha fatto capire come funzionano i processi emotivi legati alla morte.”

I laboratori di arti terapie hanno anche permesso agli studenti di acquisire una maggiore consapevolezza sui temi della morte e del morire, come riferisce una studentessa-lavoratrice di 24 anni:

"Questo corso mi ha illuminato. C'è stata tutta una serie di cose del corso che mi hanno dato risposte alle domande che avevo sulla morte, per capire e comprendere perché metto in atto alcuni comportamenti" e di implementare il sentirsi più capaci nel parlare della morte, come afferma la studentessa di 25 anni: "Le attività mi hanno permesso di rendermi conto e di parlare meglio dei temi delle cure di fine vita, anche a casa con i miei genitori".

Gli studenti hanno percepito i laboratori di arti terapie come un luogo sicuro e protetto per esprimersi liberamente anche in relazione a un tema difficile come quello della morte, come afferma una studentessa di 56 anni:

"Avere un ambiente protetto, ti aiuta a tirare fuori qualcosa che è un peso e ti dà l'opportunità di liberarti di un po' di quel peso che hai dentro".

Infine, un ulteriore aspetto che ha favorito l'espressione delle proprie emozioni durante i laboratori è stato quello di percepire la vicinanza degli altri compagni, come continua la studentessa cinquantaseienne:

"Ho sentito anche la vicinanza degli altri partecipanti e quindi mi sono sentita libera di raccontare certe cose".

Terzo tema: le carenze del corso

Questo tema evidenzia i due punti deboli del corso che sono stati segnalati dagli studenti. Il primo riguarda le sensazioni di angoscia e disagio durante lo studio degli argomenti del corso, riportate da uno studente che ha provato sensazioni negative nello studio dei temi della morte e del morire. La studentessa-lavoratrice ventottenne afferma:

“Il mio contributo è un po' discordante da quello degli altri, devo essere onesto. Ci sono stati giorni in cui sapevo di dover tornare a casa dopo il lavoro, e fare certi argomenti mi angosciava molto... Sapere che dovevo andare a casa, e comunque affrontare alcuni argomenti impegnativi, mi faceva sentire un po' giù, sono sincero. Non

nascondo che in alcuni momenti mi sono sentita un po' in difficoltà pensando di dover affrontare certi argomenti.”

La seconda carenza riguarda i laboratori di arti terapie che hanno provocato ansia da prestazione negli studenti che non avevano mai fatto un'esperienza del genere. Questa ansia da prestazione riguardava sia la dimensione personale all'inizio dell'attività, sia la misura in cui lo studente sarebbe stato chiamato ad aprirsi durante il laboratorio, come dichiara la studentessa-lavoratrice di 40 anni:

“Quando facevo le attività pratiche, avevo sempre paura perché pensavo "Ok, farò o dirò quello che sento", ma non sapevo quanto avrei dovuto condividere. Questo mi dava un po' di ansia da prestazione, avevo molta fatica emotiva nel gestire questo aspetto.”

E ancora, un'ansia da prestazione legata al fatto di entrare fisicamente, con le attività di psicodramma, nella rappresentazione dei contenuti del mondo interno di un'altra persona e di non sentirsi all'altezza della situazione, come dichiara l'unico studente maschio partecipante al focus group, di 23 anni:

"Vedere l'emozione nell'altro mi ha fatto sentire parte del suo mondo interno, non so come dirlo meglio. Quando ero lì, c'era anche un po' di ansia, ansia da prestazione che sentivo durante l'attività. Avevo questa ansia da prestazione mitigata perché avevo paura di fare o dire qualcosa di sbagliato che potesse danneggiare la persona che mi aveva chiamato per facilitare l'espressione delle sue emozioni interne.”

Tabella 3. Tabella dei temi ottenuti tramite l'analisi qualitativa

Temi	Sotto-temi	Frase/esempi
<p>1.L'impatto positivo del corso sui temi della morte e delle cure di fine vita</p>	<p><i>1.1 Diminuzione dei sentimenti di angoscia nei confronti degli argomenti del corso e la diminuzione dell'ansia da morte</i></p> <p><i>1.2 Consapevolezza della necessità di abbattere la congiura del silenzio</i></p> <p><i>1.3 Consapevolezza della mancanza di un linguaggio sociale condiviso</i></p> <p><i>1.4 Consapevolezza dell'inefficienza del sistema sanitario nel prendersi cura della dimensione psicologica di chi sta morendo</i></p>	<p>1.1.1 Questo corso ha diminuito la mia ansia di morte. Non è che non ce l'abbia più, ma ora so che se muoio per una malattia progressiva c'è qualcuno che non mi lascerà solo, e questo mi aiuta a pensare alla morte. Non ho più pensieri negativi, ma penso a divertirmi di più.</p> <p>1.1.2 Dopo questo corso, penso che una sorta di angoscia, una sorta di disagio si sia ridotto, perché ho ricevuto degli strumenti in più per indagare ancora meglio ciò che sento e ho avuto una direzione per capire i miei pensieri, in questa indagine.</p> <p>1.2.1 Questo corso mi ha permesso di capire che non poter parlare direttamente al paziente e fargli dire "sto morendo, me ne vado", credo che lasci sentimenti irrisolti sia nei curanti ma anche nel paziente che muore, è brutto che la persona muoia non potendo nemmeno parlare di quello che le sta succedendo con i suoi cari.</p> <p>1.2.2 Il corso mi ha ricordato i mesi in cui mio padre era sottoposto a cure palliative.... Penso che seguire questo corso mi abbia fatto capire quanto dovrebbe essere normale usare queste parole (morte e lutto) e mi ha permesso di capire che dovrebbe essere normale insegnare alle persone che si tratta di un passaggio della vita, non è la fine di qualcosa.</p> <p>1.3.1 Personalmente, da quando ho iniziato a frequentare questo corso, ho iniziato a parlarne anche a casa [della morte], perché è qualcosa che mi ha davvero commosso internamente, e vedo che sembra che se si inizia a parlare un po' più di prima, con un po' più di serenità, diventa più accettabile per le altre persone".</p> <p>1.3.2 È impensabile e ingiusto sapere che per poter discutere e affrontare in modo decente con i propri cari alcuni argomenti riguardanti la morte, qualcuno debba laurearsi.</p> <p>1.4.1 Ho studiato in questo corso tutti gli interventi psicologici, tutto quello che si può fare per una persona che sta morendo, e mi sono reso conto che quasi nulla di tutto questo viene applicato nel contesto sanitario</p> <p>1.4.2 Grazie a questo corso ho capito che la morte deve essere affrontata e discussa, anche sul posto di lavoro, soprattutto nel contesto sanitario. Leggo spesso di persone consapevoli della propria diagnosi ma non della propria prognosi, a volte la prognosi è riferita solo al caregiver ma non al paziente.</p>

	<p><i>1.5 Miglior comprensione dei sentimenti legati al lutto</i></p> <p><i>1.6 Impatto del corso sugli atteggiamenti riguardo alla morte e al morire in relazione con gli altri</i></p> <p><i>1.7 Impatto del corso sulle scelte professionali future degli studenti</i></p>	<p>1.5.1 Questo corso mi è stato molto utile perché mi ha aiutato a comprendere meglio le varie forme di dolore legate al lutto in generale e quindi non mi sono sentita sbagliata riguardo ai miei sentimenti, ed essere in grado di dargli un nome è rassicurante</p> <p>1.6.1 Sicuramente se qualcuno dovesse parlarmi di queste cose, mi sentirei più capace ad affrontare questi argomenti e proverei più rispetto verso i temi della morte e delle idee diverse dalle mie riguardo ad essa. Prima ero un po' più scontrosa nel parlare di queste cose, ora sento di essere più rispettosa verso idee diverse dalle mie</p> <p>1.6.2 Grazie a ciò che ho visto e a ciò che ho imparato in questo corso, avrò un atteggiamento diverso nei confronti dei miei genitori, che sono molto anziani. Avrò un atteggiamento diverso, molto più delicato e, spero, costruttivo nei loro confronti e nei confronti dei temi della morte e del morire.</p> <p>1.7.1 Questo corso mi ha permesso di capire che in futuro mi vedo a lavorare nel settore delle cure di fine vita</p> <p>1.7.2 Questo corso mi ha permesso di capire che vorrei fare educazione fino alla morte a scuola</p>
<p>2. Il ruolo delle arti terapie sulla morte e le cure di fine vita</p>	<p><i>2.1 Consapevolezza e superamento dei propri limiti</i></p> <p><i>2.2 Maggior senso di liberazione</i></p> <p><i>2.3 Efficacia del lavoro emotivo di comprensione della morte e del lutto</i></p>	<p>2.1.1 Ho sempre pensato di non essere in grado di svolgere attività come le arti terapie, perché non sono una persona creativa o estroversa, ho questo limite e pensavo di non potermi esprimere in modo creativo o in una dimensione diversa da quella più pragmatica. In realtà, grazie alle attività, ho visto che in realtà non avevo questi limiti e ho trovato un nuovo modo di esprimermi.</p> <p>2.2.1 Il photovoice, è stata l'occasione per mettermi più in gioco, è stato molto liberatorio, perché grazie a questa attività mi sono resa conto di quanto ho dentro di me e di quanto non riesco a spiegarmi. Le attività hanno aperto un po' un buco dentro di me che mi ha permesso di conoscermi meglio</p> <p>2.2.2 Da un lato, mettermi nei panni del ragazzo o dei ragazzi che lo facevano mi ha fatto rivivere alcune esperienze personali. Ma alla fine dell'attività ho provato un senso di liberazione. [...] È stata anche una sensazione fisica, durante la sessione è stato come se un peso fosse stato sollevato e se ne fosse andato, è stato un vero sollievo.</p> <p>2.3.1 L'arte terapia lascia spazio all'espressione più profonda, almeno per me è stato così e appunto gioca su un livello di realtà che non è così assurdo ma nemmeno così reale, e alla fine in qualche modo funziona, non so ancora come, cognitivamente non riesco a spiegarlo bene, ma per me ha funzionato nell'elaborazione del lutto.</p> <p>2.3.2 Le arti-terapie mi hanno aiutato a elaborare le emozioni relative ai temi della morte, a volte sono state confortanti. Ascoltare le lezioni, vedere</p>

	<p><i>2.4 Maggior comunicazione a seguito della consapevolezza e conoscenza</i></p> <p><i>2.5 Importanza di un ambiente protetto</i></p> <p><i>2.6 Vicinanza degli altri partecipanti</i></p>	<p>il materiale mi ha fatto dire "ok, questa cosa ha un nome", e mi ha fatto capire come funzionano i processi emotivi legati alla morte</p> <p>2.4.1 Questo corso mi ha illuminato. C'è stata tutta una serie di cose del corso che mi hanno dato risposte alle domande che avevo sulla morte, per capire e comprendere perché metto in atto alcuni comportamenti</p> <p>2.4.2 Le attività mi hanno permesso di rendermi conto e di parlare meglio dei temi delle cure di fine vita, anche a casa con i miei genitori</p> <p>2.4.3. Probabilmente in un contesto normale, nemmeno con i miei amici più stretti riuscivo a parlare di certi argomenti, ma in quel momento, durante le attività di arteterapia, sono riuscita a parlare di molte cose che mi erano rimaste dentro.</p> <p>2.5.1 Quando ci si trova in un ambiente protetto, con un buon conduttore, la maggior parte delle persone si sente incline a trovare e rivelare più facilmente certe cose interiori.</p> <p>2.5.2 Avere un ambiente protetto, ti aiuta a tirare fuori qualcosa che è un peso e ti dà l'opportunità di liberarti di un po' di quel peso che hai dentro</p> <p>2.6.1. Ho sentito anche la vicinanza degli altri partecipanti e quindi mi sono sentita libera di raccontare certe cose</p>
<p>3. Carenze del corso</p>	<p><i>3.1 Sensazioni di angoscia e disagio durante lo studio degli argomenti</i></p> <p><i>3.2 Aumento della sensazione di ansia da prestazione durante le attività, in generale</i></p> <p><i>3.3 Aumento ansia da prestazione legata all'entrare nel mondo interno di un'altra persona</i></p>	<p>3.1.1 Il mio contributo è un po' discordante da quello degli altri, devo essere onesto. Ci sono stati giorni in cui sapevo di dover tornare a casa dopo il lavoro, e fare certi argomenti mi angosciava molto... Sapere che dovevo andare a casa, e comunque affrontare alcuni argomenti impegnativi, mi faceva sentire un po' giù, sono sincero. Non nascondo che in alcuni momenti mi sono sentita un po' in difficoltà pensando di dover affrontare certi argomenti</p> <p>3.2.1 Quando facevo le attività pratiche, avevo sempre paura perché pensavo "Ok, farò o dirò quello che sento", ma non sapevo quanto avrei dovuto condividere. Questo mi dava un po' di ansia da prestazione, avevo molta fatica emotiva nel gestire questo aspetto</p> <p>3.3.1 Vedere l'emozione nell'altro mi ha fatto sentire parte del suo mondo interno, non so come dirlo meglio. Quando ero lì, c'era anche un po' di ansia, ansia da prestazione che sentivo durante l'attività. Avevo questa ansia da prestazione mitigata perché avevo paura di fare o dire qualcosa di sbagliato che potesse danneggiare la persona che mi aveva chiamato per facilitare l'espressione delle sue emozioni interne.</p>

3.7 Discussione

Il presente studio ha valutato l'impatto di un corso di death education e psicologia palliativa su studenti della Scuola di Psicologia di un'università italiana.

Dai risultati quantitativi emerge che gli studenti che hanno partecipato al corso hanno riportato livelli più bassi di paura della morte ed evitamento della morte rispetto al gruppo di controllo. Il costrutto della paura della morte indica il momento in cui l'individuo si confronta con la morte e con i sentimenti di paura che essa evoca; l'evitamento della morte, corrisponde invece all'evitare di pensare consapevolmente o di parlare della morte (Wong et al., 1994). Analogamente, anche dall'analisi dei dati qualitativi si riscontra che gli studenti che hanno partecipato al focus group hanno espresso di provare una minore paura e ansia di morte. Questi risultati sono in linea con diversi studi, i quali confermano che affrontare il tema della morte in interventi di death education riduce i livelli di paura della morte e l'atteggiamento di evitamento della morte (Hyun, 2014; McClatchey & King, 2015; Testoni et al., 2018; Testoni et al., 2019; Testoni et al., 2020; Testoni et al., 2021). L'intervento di death education si è rivelato efficace, poiché l'aver affrontato in modo consapevole e adeguato il tema della morte e del morire sembra aver diminuito il terrore e l'angoscia verso il fine vita.

Inoltre, dai risultati quantitativi emerge anche che si è verificata una diminuzione dei livelli di rappresentazione di morte come annientamento e un aumento dell'approccio di accettazione verso la morte. La rappresentazione della morte come annientamento fa riferimento ad una visione di annientamento totale dell'individuo e della sua identità personale dopo la morte (Testoni et al., 2015), mentre il costrutto dell'approccio di

accettazione verso la morte implica la credenza in una esistenza felice dopo la morte (Wong et al., 1994). Questi cambiamenti nella percezione della morte sono confermati qualitativamente dai partecipanti, i quali hanno affermato di aver modificato i loro atteggiamenti riguardo alla morte, percependola come più naturale, e di possedere una miglior comprensione dei sentimenti legati alla morte e al lutto a seguito dell'intervento di death education. Anche la letteratura conferma che la death education porta ad avere meno difficoltà nel parlare della morte e del morire, permette agli studenti di sviluppare un approccio più positivo nei confronti della morte e permette lo sviluppo della visione di morte più come un passaggio naturale (Peters et al., 2013; Testoni et al., 2020; Testoni et al., 2021; Raccichini et al., 2022).

Proseguendo, a livello quantitativo, è aumentato il livello di creative self-efficacy sperimentato dagli studenti del gruppo sperimentale, rispetto agli studenti appartenenti al gruppo di controllo. Il costrutto della creative self-efficacy definisce la capacità dei soggetti di adattarsi a contesti nuovi ed esigenti, di trovare soluzioni efficaci e di produrre idee creative e innovative (Puente-Diaz, 2015). Si può ipotizzare che un aumento della creatività sia dovuto ai laboratori di arti terapie, in quanto essi possono stimolare le risposte creative alle situazioni difficili (McLeod, 1999; Carr & Vandiver, 2011; Kossak, 2021). A livello qualitativo, e a seguito dei laboratori di arte terapia, gli studenti hanno espresso di aver superato i propri limiti nel parlare della morte e del morire e di sentirsi più efficaci nel lavoro emotivo di comprensione del lutto, oltre a sperimentare un maggior senso di liberazione rispetto ai suddetti temi. Altri progetti di ricerca confermano che tra gli effetti positivi delle arti terapie sono presenti una migliore elaborazione e comunicazione delle proprie emozioni e un rafforzamento delle proprie capacità espressive e creative (Dunphy et al., 2019; Raccichini et al., 2022).

Ulteriori risultati qualitativi che hanno favorito l'espressione delle proprie emozioni durante le attività di arte terapia sono stati la sensazione di vicinanza degli altri compagni e la percezione dei laboratori come un luogo sicuro e protetto. Questi risultati vengono sostenuti anche da ricerche precedenti, le quali asseriscono che tra gli obiettivi principali delle attività di arte terapia gruppali c'è la creazione di un'ambiente accogliente e non giudicante, nel quale i partecipanti possono sentirsi liberi e sicuri di potersi esporre emotivamente (Sesar, 2022; Rankanen, 2014; Rankanen, 2016).

Ulteriormente, tra i risultati quantitativi si riscontra un aumento dell'atteggiamento verso l'assistenza ai morenti, confermato qualitativamente anche dal maggiore interesse espresso da parte degli studenti nel proseguire la propria carriera professionale nell'ambito della death education. Questi risultati sono in continuità uno studio preliminare del 2021, svoltosi all'interno del progetto europeo Erasmus+ Death Education for Palliative Psychology, che indaga l'interesse e il senso di fiducia di studenti di psicologia sui temi della death education e delle cure palliative (Orkibi et al., 2021). Nello studio del 2021, l'interesse a lavorare nell'ambito della death education e delle cure palliative viene influenzato da alcuni fattori; in particolare, gli studenti riportano di essere interessati a lavorare nell'ambito della morte e del morire, ma la mancanza generale di informazioni riguardanti i temi della morte e delle cure palliative ostacola questo loro interesse professionale, poiché produce frustrazione, paura e diminuisce la loro autostima. Un percorso di death education come quello del presente studio aiuta invece a superare questo ostacolo, riducendo la paura e l'atteggiamento di evitamento nei confronti della morte.

Ulteriormente, nello studio preliminare i partecipanti affermano di provare timore nell'affrontare i temi della morte per paura di rivivere sentimenti dolorosi, in particolare legati alle perdite personali e all'elaborazione del lutto (Orkibi et al., 2021), ma anche nella presente ricerca l'intervento educativo sui temi della morte e del morire porta i partecipanti a migliorare la loro comprensione dei sentimenti legati al lutto e a sentirsi più liberi nel parlare di questi argomenti, come affermato dai partecipanti del nostro studio.

Pertanto, si può ipotizzare che il percorso di death education ha portato all'espressione di un maggior interesse nel proseguire professionalmente nell'ambito della morte e del fine-vita, andando a completare i bisogni riportati dagli studenti nello studio preliminare (Orkibi et al., 2021).

Inoltre, entrambi gli studi evidenziano la mancanza di un linguaggio sociale condiviso e la necessità di implementare più interventi educativi che trattino dei temi della death education e delle cure palliative. Anche la letteratura conferma la necessità di introdurre una formazione specifica sul fine-vita e sulle cure palliative nei percorsi accademici di psicologia, poiché l'insegnamento delle competenze necessarie per lavorare in questi ambiti terapeutici risulta essere ancora assente nei programmi educativi odierni (Payne & Junger, 2011; Arias-Casais et al., 2019).

3.8 Limiti e direzioni future

Le limitazioni presenti nel seguente studio sono: il campione di convenienza che è stato scelto; infatti, tutti i partecipanti erano studenti universitari magistrali della scuola di

Psicologia. Studi futuri potrebbero ampliare il campione, valutando l'impatto del corso su studenti di altre professioni sanitarie che potrebbero entrare a contatto lavorativamente con il campo del fine-vita.

Un secondo limite consiste nella numerosità del campione, ricerche future potrebbero ampliare la numerosità campionaria degli studenti coinvolti. Per quanto riguarda la fase della raccolta dei dati qualitativi, ricerche future potrebbero aumentare il numero e la durata dei focus group oppure svolgere interviste individuali dettagliate, riuscendo ad approfondire l'impatto che il corso ha avuto sui partecipanti.

Le ricerche future potrebbero indagare anche se alcune variabili, quali età, sesso ed etnia dei soggetti possano influenzare i risultati ottenuti.

Inoltre, studi futuri potrebbero focalizzarsi maggiormente sull'impatto delle arteterapie nei partecipanti al corso, valutando sia l'impatto globale delle varie arti terapie sia l'impatto che ciascuna delle arti terapie ha nell'affrontare atteggiamenti disfunzionali nei confronti della morte e l'elaborazione della perdita.

Per concludere, questo studio ha evidenziato anche la necessità di implementare interventi educativi curriculari rispetto ai temi della morte e delle cure palliative negli ambiti professionali che offrono servizio clinico-terapeutico.

Conclusione

Il progetto europeo Death Education for Palliative Psychology erogato a studenti della magistrale di Psicologia ha dimostrato la rilevanza dell'educazione alla morte e della psicologia palliativa per gli psicologi del futuro.

Affrontare il tema della morte e delle cure palliative ha ridotto i livelli di paura ed evitamento della morte e ha aumentato l'atteggiamento di accettazione della morte, percepita di più come fenomeno naturale. Anche i livelli della creative self-efficacy e dell'atteggiamento di assistenza ai morenti sono stati maggiori, grazie alle nuove conoscenze acquisite sui temi della death education e ai laboratori di arte terapia

Inoltre, gli studenti hanno denunciato con consapevolezza il problema della mancanza di un linguaggio sociale condiviso e l'inefficienza del sistema sanitario nel prendersi cura della dimensione psicologica dei pazienti nel fine-vita.

Considerando i risultati positivi ottenuti da questa ricerca, oltre all'ampissima letteratura a sostegno, si ritiene dunque fondamentale implementare percorsi di death education a partire dagli ambienti accademici, per formare professionisti futuri che possano possedere le conoscenze necessarie per offrire servizio terapeutico e clinico anche nel percorso che accompagna verso la morte, l'ultimo grande compito evolutivo dell'essere umano.

Ringraziamenti

Con questo elaborato, giungo alla fine della mia carriera universitaria. Vorrei utilizzare questo spazio per ringraziare tutte le persone che mi hanno permesso di arrivare fin qui e di concludere splendidamente questo capitolo della mia vita.

Grazie alla professoressa Testoni per essere stata una guida sempre presente e disponibile durante il mio percorso formativo, e grazie anche a Giammarco per avermi offerto pazientemente il suo aiuto fondamentale nell'elaborazione di questo progetto di ricerca.

Non posso non menzionare la mia famiglia, in particolare mamma, papà e Gioele, che mi sostengono da sempre e mi appoggiano in ogni mia scelta. Se sono arrivata fin qua è tutto merito vostro, perché avete saputo indirizzarmi in ogni momento e non avete mai smesso di avere fiducia in me e nelle mie capacità, soprattutto nei momenti in cui io per prima ho dubitato di me stessa. Ovunque arriverò nella vita, voi sarete sempre la mia base di partenza e la miglior rampa di lancio che qualcuno possa desiderare.

Voglio ringraziare anche le mie amiche, in particolare Irene e Jessica, per essere state presenti anche durante quest'ultima fase del mio percorso di studi. Grazie per aver ascoltato i miei sfoghi, per esserci state sia nei momenti no che nei momenti di spensieratezza.

Bibliografia

- Agras, S., Sylvester, D., & Oliveau, D. (1969). The epidemiology of common fears and phobia. *Comprehensive Psychiatry, 10*(2), 151–156. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(69\)90022-4](https://doi.org/10.1016/0010-440x(69)90022-4)
- Anderson-Klontz, B. T., Dayton, T., & Anderson-Klontz, L. S. (1999). The use of psychodramatic techniques within solution-focused brief therapy: a theoretical and technical integration. *International Journal of Action Methods, 57*(3), 113–129.
- Arias-Casais, N., Garralda, E., Rhee, J. Y., De Lima, L., Pons, J. J., & Clark, D. (2019). *EAPC Atlas of palliative care in Europe 2019*. EAPC Press.
- Bandura, A. (2001). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Beghetto, R. A., Kaufman, J. C., & Baxter, J. (2011). Answering the unexpected questions: Exploring the relationship between students' creative self-efficacy and teacher ratings of creativity. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts, 5*(4), 342–349. <https://doi.org/10.1037/a0022834>
- Betensky, M. (1973). Patterns of visual expression in art psychotherapy. *Art Psychotherapy*.
- Bitonte, R. A., & De Santo, M. (2014). Art therapy: an underutilized, yet effective tool. *Mental Illness*.
- Blackhall, L. J., Read, P., Stukenborg, G., Dillon, P., Barclay, J., Romano, A., & Harrison, J. (2016). CARE Track for Advanced Cancer: Impact and Timing of an Outpatient Palliative Care Clinic. *Journal of Palliative Medicine, 19*(1), 57–63. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0272>

- Blatner, A. (1973). *Acting-in; practical applications of psychodramatic methods*. Springer Pub. Co.
- Boria, G. (2000). *Lo psicodramma classico*. Franco Angeli.
- Boria, G. (2005). *Psicoterapia psicodrammatica*. Franco Angeli.
- Boria, G., & Perussia, F. (2007). *Lo psicodramma classico*. Franco Angeli.
- Bosman, J. T., Bood, Z. M., Scherer-Rath, M., Dörr, H., Christophe, N., Sprangers, M. A. G., & van Laarhoven, H. W. M. (2020). The effects of art therapy on anxiety, depression, and quality of life in adults with cancer: a systematic literature review. *Supportive Care in Cancer*, 29(5). <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05869-0>
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult? *BMJ*, 288(6430), 1597–1599. <https://doi.org/10.1136/bmj.288.6430.1597>
- Carr, M. B., & Vandiver, T. A. (2003). Effects of Instructional Art Projects on Children's Behavioral Responses and Creativity Within an Emergency Shelter. *Art Therapy*, 20(3), 157–162. <https://doi.org/10.1080/07421656.2003.10129576>
- Catalani, C., & Minkler, M. (2009). Photovoice: A Review of the Literature in Health and Public Health. *Health Education & Behavior*, 37(3), 424–451. <https://doi.org/10.1177/1090198109342084>
- Cocchi, A., & Boria, G. (1997). *La mente sul palcoscenico: lo psicodramma in teatro*. FuoriThema, Ill.
- Corr, C. A., Corr, D. M., & Doka, K. J. (2019). *Death & Dying, Life & Living* (8th ed.). Cengage.

- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). Mixed methods research: Developments, debates, and dilemmas. *Research in organizations: Foundations and methods of inquiry*, 2, 315-326.
- Cruz, A., Sales, C. M. D., Alves, P., & Moita, G. (2018). The Core Techniques of Morenian Psychodrama: A Systematic Review of Literature. *Frontiers in Psychology*, 9(12). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01263>
- Cui, J., Shen, F., Ma, X., & Zhao, J. (2011). What do nurses want to learn from death education? A survey of their needs. *Oncology Nursing Forum*, 38(6), E402-408. <https://doi.org/10.1188/11.ONF.E402-E408>
- Dayton T. (1994). *The drama within: psychodrama and experiential therapy*. Health Communications.
- Dicker-Brandeis. *The Arts in psychotherapy*, 31(2), 57-66.
- Dechesne, M., Greenberg, J., Arndt, J., & Schimel, J. (2000). Terror management and the vicissitudes of sports fan affiliation: the effects of mortality salience on optimism and fan identification. *European Journal of Social Psychology*, 30(6), 813–835. <https://doi.org/10.1002/1099>
- Dunphy, K., Baker, F. A., Dumaresq, E., Carroll-Haskins, K., Eickholt, J., Ercole, M., Kaimal, G., Meyer, K., Sajnani, N., Shamir, O. Y., & Wosch, T. (2019). Creative Arts Interventions to Address Depression in Older Adults: A Systematic Review of Outcomes, Processes, and Mechanisms. *Frontiers in Psychology*, 9(9). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02655>
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.
- Frommelt K. H. M. (1991) The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *The American Journal of Hospice and Palliative Care* 8(5): 37–43.
- Freud, S. (2013). *On murder, mourning and melancholia*. Penguin.

- Graziano, K.J. (2004). Oppression and resiliency in a post-apartheid South Africa: Unheard voices of Black gay men and lesbians. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 10*(3), 302-316.
- Furer, P., & Walker, J. R. (2008). Death Anxiety: A Cognitive-Behavioral Approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 22*(2), 167–182. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.22.2.167>
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., & Rosenblatt, A. (1990). Evidence for Terror Management Theory II: the Effects of Mortality Salience on Reactions to Those Who Threaten or Bolster the Cultural worldview. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(2), 308–318. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.2.308>
- Greenberg, J., Simon, L., Pyszczynski, T., Solomon, S., & Chatel, D. (1992). Terror management and tolerance: Does mortality salience always intensify negative reactions to others who threaten one's worldview? *Journal of Personality and Social Psychology, 63*(2), 212–220. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.2.212>
- Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T., Rosenblatt, A., Burling, J., Lyon, D., Simon, L., & Pinel, E. (1992). Why do people need self-esteem? Converging evidence that self-esteem serves an anxiety-buffering function. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*(6), 913–922. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.6.913>
- Grosselink, C., & Myllykangas, S. (2007). The leisure experiences of older US women living with HIV/AIDS. *Health Care for Women International, 28*(1), 3-20.
- Han, C. S., & Oliffe, J. L. (2015). Photovoice in mental illness research: A review and recommendations. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine, 20*(2), 110–126. <https://doi.org/10.1177/1363459314567790>
- Harley, A. (2012). Picturing reality: Power, ethics, and politics in using photovoice. *International Journal of Qualitative Methods, 11*(4), 320-339.

- Harmon-Jones, E., Simon, L., Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., & McGregor, H. (1997). Terror management theory and self-esteem: Evidence that increased self-esteem reduced mortality salience effects. *Journal of Personality and Social Psychology, 72*(1), 24–36. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.72.1.24>
- Harrawood, L. K., Doughty, E. A., & Wilde, B. (2011). Death Education and Attitudes of Counselors-in-Training Toward Death: An Exploratory Study. *Counseling and Values, 56*(1-2), 83–95. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007x.2011.tb01033.x>
- Haskell, M. R. (1975). *Socioanalysis: self direction via sociometry and psychodrama*. Role Training Associates of California.
- Hayslip Jr, B., & Stewart-Bussey, D. (1987). Locus of control-levels of death anxiety relationships. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 17*(1), 41-50.
- Head, B. A. (2008). Use of the decision case method of teaching a course on death and grief. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care, 4*, 229–251.
- Henoch, I., Strang, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2013). Training intervention for health care staff in the provision of existential support to patients with cancer: A randomized, controlled study. *Journal of Pain and Symptom Management, 46*(6), 785–794. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.01.013>
- Hill, A. K. G. (1948). *Art versus illness; a story of art therapy*. Allen and Unwin.
- Horn, E. A., & Hoskins, W. J. (2011). Death education: An internationally relevant approach to grief counseling. *Journal for International Counselor Education, 3*(1), 3.
- Hyun, E. M. (2014). Effect of Death Education Program for University Students. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society, 15*(7), 4220–4228. <https://doi.org/10.5762/kais.2014.15.7.4220>

- Iliya, Y. A., & Harris, B. T. (2016). Singing an imaginal dialogue: A qualitative examination of a bereavement intervention with creative arts therapists. *Nordic Journal of Music Therapy*, 25(3), 248–272. doi:10.1080/08098131.2015.1044259
- Iverach, L., Menzies, R. G., & Menzies, R. E. (2014). Death anxiety and its role in psychopathology: reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical psychology review*, 34(7), 580–593. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.09.002>
- Jung, C. G., Falzeder, E., Kyburz, M., & Peck, J. (1954). *Consciousness and the unconscious* (Vol. 2). Princeton University Press.
- Junge M. B. (2010). *The modern history of art therapy in the United States*. Charles C. Thomas Publisher.
- Junge, M. B. (2015). History of Art Therapy. *The Wiley Handbook of Art Therapy*, 7(16), 7–16. <https://doi.org/10.1002/9781118306543.ch1>
- Kastenbaum, R. (2012). *Death, society, and human experience*. Routledge.
- Kastenbaum, R. (2000). *The psychology of death*. Springer.
- Kim, J. S., Kim, J., & Gelegjamts, D. (2020). Knowledge, attitude and self-efficacy towards palliative care among nurses in Mongolia: A cross-sectional descriptive study. *PLOS ONE*, 15(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236390>
- Knill, P. J., Levine, E. G., & Levine, S. K. (2010). *Principles and practice of expressive arts therapy toward a therapeutic aesthetics*. London; Philadelphia, Pa Jessica Kingsley Publishers
- Kramer, E. (1977). Art therapy and play. *American Journal of Art Therapy*.
- Kramer, E. (1971/1993) Art as therapy with children. *New York: Schocken Books/Chicago*.

- Kramer, E., & Schehr, J. (1983). An art therapy evaluation session for children. *American Journal of Art Therapy*, 23, 3–12.
- Kossak, M. (2021). *Attunement in Expressive Art Therapy: Toward an Understanding of Embodied Empathy*. Charles C Thomas Publisher.
- Kovacs, P. J., & Bronstein, L. R. (1999). Preparation for oncology settings: What hospice social workers say they need. *Health & Social Work*, 24(1), 57-64.
- Kübler-Ross, E. (1975). On Death and Dying. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 221(2), 174.
<https://doi.org/10.1001/jama.1972.03200150040010>
- Landgarten, H. B. (2013). *Family art psychotherapy: a clinical guide and casebook*. Routledge.
- Lange, M., Thom, B., & Kline, N. E. (2008). Assessing Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients in a Comprehensive Cancer Center. *Oncology Nursing Forum*, 35(6), 955–959. <https://doi.org/10.1188/08.onf.955-959>
- Latz, A. O., & Mulvihill, T. M. (2017). *Photovoice Research in Education and Beyond*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315724089>
- Linesch, D. (2004). Art therapy at the museum of tolerance: responses to the life and work of Friedl Dicker-Brandeis. *The Arts in Psychotherapy*, 31(2), 57–66.
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2004.02.004>
- Liu, T., Yu, X., Liu, M., Wang, M., Zhu, X., & Yang, X. (2021). A mixed method evaluation of an integrated course in improving critical thinking and creative self-efficacy among nursing students. *Nurse Education Today*, 106(106), 105067.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105067>
- Ludin, S. M. (2018). Does good critical thinking equal effective decision-making among critical care nurses? A cross-sectional survey. *Intensive and Critical Care Nursing*, 44, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.06.002>

- Lykes, M. B., Blanche, M. T., & Hamber, B. (2003). Narrating Survival and Change in Guatemala and South Africa: The Politics of Representation and a Liberatory Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, 31(1-2), 79–90. <https://doi.org/10.1023/a:1023074620506>
- Mallory, J. L. (2003). The impact of a palliative care educational component on attitudes toward care of the dying in undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing*, 19(5), 305–312. [https://doi.org/10.1016/s8755-7223\(03\)00094-2](https://doi.org/10.1016/s8755-7223(03)00094-2)
- Mamary, E., McCright, J., & Roe, K. (2007). Our lives: An examination of sexual health issues using photovoice by non-gay identified African American men who have sex with men. *Culture, Health & Sexuality*, 9(4), 359-370
- McClatchey, I. S., & King, S. (2015). The Impact of Death Education on Fear of Death and Death Anxiety Among Human Services Students. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 71(4), 343–361. <https://doi.org/10.1177/0030222815572606>
- McGregor, H. A., Lieberman, J. D., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., Simon, L., & Pyszczynski, T. (1998). Terror management and aggression: Evidence that mortality salience motivates aggression against worldview-threatening others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3), 590–605. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.3.590>
- McLeod, C. (1999). Empowering Creativity with Computer-assisted Art Therapy: An Introduction to Available Programs and Techniques. *Art Therapy*, 16(4), 201–205. <https://doi.org/10.1080/07421656.1999.10129480>
- McNiff, S. (2004). *Art therapy: how creativity cures the soul*. Shambhala.
- McNiff, S. (2009). *Integrating the arts in therapy: history, theory, and practice*. Charles C. Thomas.

- Meagher, D. K., & Balk, D. E. (2013). *Handbook of thanatology: the essential body of knowledge for the study of death, dying, and bereavement*. Routledge.
- Melo, C. G., & Oliver, D. (2011). Can addressing death anxiety reduce health care workers' burnout and improve patient care? *Journal of palliative care*, 27(4), 287-295.
- Moreno, J. L. (1947). *The theatre of spontaneity*. North West Psychodrama Association.
- Moreno, J. L. (1989). *Autobiography of J.L. Moreno M.D.* North-West Psychodrama Association.
- Munnichs, J. M. A. (1966). *Old age and finitude: a contribution to psychogerontology*. Arno Press.
- Nan, J. K. M., Pang, K. S. Y., Lam, K. K. F., Szeto, M. M. L., Sin, S. F. Y., & So, K. S. C. (2018). *An expressive-arts-based life-death education program for the elderly: A qualitative study*. *Death Studies*, 1–10. doi:10.1080/07481187.2018.1527
- Naumburg, M. (1955). Art as Symbolic Speech. *The Journal of Aesthetics and Art Criticism*, 13(4), 435. <https://doi.org/10.2307/426931>
- Neimeyer, R. A., & Wass, H. (1988). *Dying: facing the facts*. Taylor & Francis.
- Naumburg, M. (1950/1973). *Introduction to art therapy: Studies of the "free" art expression of behavior problem children and adolescents as a means of diagnosis and therapy*. New York: Teachers College Press/Chicago: Magnolia Street.
- Noyes, R., Jr., Hartz, A. J., Doebbeling, C. C., Malis, R. W., Happel, R. L., Werner, L. A., et al. (2000). Illness fears in the general population. *Psychosomatic Medicine*, 62, 318–325.

- Ochsmann, R., & Mathy, M. (1994). Depreciating of and distancing from foreigners: Effects of mortality salience. *Unpublished manuscript, Universitat Mainz, Mainz, Germany.*
- Oliffe, J.L., & Bottorff, J.L. (2007). Further than the eye can see? Photo elicitation and research with men. *Qualitative Health Research, 17*(6), 850-858.
- Orkibi, H., Biancalani, G., Bucuță, M. D., Sassu, R., Wieser, M. A., Franchini, L., Raccichini, M., Azoulay, B., Ciepliński, K. M., Leitner, A., Varani, S., & Testoni, I. (2021). Students' confidence and interest in palliative and bereavement care: A European study. *Frontiers in Psychology, 12*.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.616526>
- Park, I., Gupta, A., Mandani, K., & Haubner, L. (2010). Breaking bad news education for emergency medicine residents: A novel training module using simulation with the SPIKES protocol. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock, 3*(4), 385.
<https://doi.org/10.4103/0974-2700.70760>
- Park, M., & Jones, C. B. (2010). A Retention Strategy for Newly Graduated Nurses. *Journal for Nurses in Staff Development (JNSD), 26*(4), 142–149.
<https://doi.org/10.1097/nnd.0b013e31819aa130>
- Patton, J. F., & Freitag, C. B. (1977). Correlational Study of Death Anxiety, General Anxiety and Locus of Control. *Psychological Reports, 40*(1), 51–54.
<https://doi.org/10.2466/pr0.1977.40.1.51>
- Payne, S., & Junger, S. (2011). Guidance on postgraduate education for psychologists involved in palliative care. *European Journal of Palliative Care, 18*(5), 238–252.
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., Morphet, J., & Shimoinaba, K. (2013). How Death Anxiety Impacts Nurses' Caring for Patients at the End of Life: A Review of Literature. *The Open Nursing Journal, 7*, 14–21.
<https://doi.org/10.2174/1874434601307010014>

- Phillips, J., Salamonson, Y., & Davidson, P. M. (2011). An instrument to assess nurses' and care assistants' self-efficacy to provide a palliative approach to older people in residential aged care: A validation study. *International Journal of Nursing Studies*, *48*(9), 1096–1100. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.02.015>
- Pommier, E., Neff, K. D., & Tóth-Király, I. (2020). The Development and Validation of the Compassion Scale. *Assessment*, *27*(1), 107319111987410. <https://doi.org/10.1177/1073191119874108>
- Puente-Díaz, R. (2015). Creative Self-Efficacy: An Exploration of Its Antecedents, Consequences, and Applied Implications. *The Journal of Psychology*, *150*(2), 175–195. <https://doi.org/10.1080/00223980.2015.1051498>
- Puente-Díaz, R., & Cavazos-Arroyo, J. (2016). An Exploration of Some Antecedents and Consequences of Creative Self-Efficacy among College Students. *The Journal of Creative Behavior*, *52*(3), 256–266. <https://doi.org/10.1002/jocb.149>
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., & Solomon, S. (1999). A dual-process model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: An extension of terror management theory. *Psychological Review*, *106*(4), 835–845. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.106.4.835>
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., & Schimel, J. (2004). Why Do People Need Self-Esteem? A Theoretical and Empirical Review. *Psychological Bulletin*, *130*(3), 435–468. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.3.435>
- Pyszczynski, T., Wicklund, R. A., Florescu, S., Koch, H., Gauch, G., Solomon, S., & Greenberg, J. (1996). Whistling in the Dark: Exaggerated Consensus Estimates in Response to Incidental Reminders of Mortality. *Psychological Science*, *7*(6), 332–336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1996.tb00384.x>
- Raccichini, M., Biancalani, G., Franchini, L., Varani, S., Ronconi, L., & Testoni, I. (2022). Death education and photovoice at school: A workshop with Italian high

school students. *Death Studies*, 1–8.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2022.2052206>

Rando, T. A. (2000). *Clinical dimensions of anticipatory mourning: theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers*. Research Press.

Remer, R. (2009). Social atom theory revisited. *Erişim Tarihi*, 10.

Robben, M. (2017). *Death, mourning, and burial: a cross-cultural reader*. John Wiley & Sons, Inc.

Rogers, A. T., Braband, B., & Gaudino, R. (2019). Implementing the Pedagogy of Suffering: A Photovoice Innovation in Students' Exploration of Grief and Loss. *Journal of Social Work Education*, 55(4), 684–694.
<https://doi.org/10.1080/10437797.2019.1633974>

Rogers, C. R. (1954). Toward a theory of creativity. *ETC: A review of general semantics*, 249-260.

Rooda L., Clements R., & Jordan M. (1999). Nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 26(10), 1683-1687.

Rosenblatt, A., Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T., & Lyon, D. (1989). Evidence for terror management theory: I. The effects of mortality salience on reactions to those who violate or uphold cultural values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(4), 681–690. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.4.681>

Russac, R. J., Gatliff, C., Reece, M., & Spottswood, D. (2007). Death Anxiety across the Adult Years: An Examination of Age and Gender Effects. *Death Studies*, 31(6), 549–561. <https://doi.org/10.1080/07481180701356936>

Rubin, J. A. (2016). *Approaches to art therapy: theory and technique*. Routledge.

Sadowski, C. J., Davis, S. F., & Loftus-Vergari, M. C. (1980). Locus of control and death anxiety: A reexamination. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 10(3), 203-210.

- Schlairet, M. C. (2009). End-of-Life Nursing Care: Statewide Survey of Nurses' Education Needs and Effects of Education. *Journal of Professional Nursing, 25*(3), 170–177. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2008.10.005>
- Schmeichel, B. J., Gailliot, M. T., Filardo, E.-A., McGregor, I., Gitter, S., & Baumeister, R. F. (2009). Terror management theory and self-esteem revisited: The roles of implicit and explicit self-esteem in mortality salience effects. *Journal of Personality and Social Psychology, 96*(5), 1077–1087. <https://doi.org/10.1037/a0015091>
- Schumaker, J. F., Warren, W. G., & Groth-Marnat, G. (1991). Death Anxiety in Japan and Australia. *The Journal of Social Psychology, 131*(4), 511–518. <https://doi.org/10.1080/00224545.1991.9713881>
- Schützenberger A. A. (2014). *The ancestor syndrome : transgenerational psychotherapy and the hidden links in the family tree*. Routledge.
- Sesar, K. (2022). The Creative Art Therapies in Work with Children and Adolescents with Traumatic Experiences. *The Central European Journal of Paediatrics, 18*(1), 63–74. <https://doi.org/10.5457/p2005-114.319>
- Slaughter, V. (2005). Young children's understanding of death. *Australian Psychologist, 40*(3), 179–186. <https://doi.org/10.1080/00050060500243426>
- Slaughter, V., & Griffiths, M. (2007). Death Understanding and Fear of Death in Young Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 12*(4), 525–535. <https://doi.org/10.1177/1359104507080980>
- Solomon, S., Harmon-Jones, E., Greenberg, J., & Simon, L. (1996). The effects of mortality salience on intergroup bias between minimal groups. *European Journal of Social Psychology, 26*(4), 677–681. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-0992\(199607\)26:4<677::aid-ejsp777>3.0.co;2-2](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-0992(199607)26:4<677::aid-ejsp777>3.0.co;2-2)

- Son, D., Iguchi, M., & Taniguchi, S. (2021). Death education for doctors: Introducing the perspective of death and life studies into primary care physician training. *Journal of General and Family Medicine*, 22(5), 309–310. <https://doi.org/10.1002/jgf2.444>
- Strada, E. A. (2018). *Palliative psychology: clinical perspectives on an emerging subspecialty*. Oxford University Press.
- Stroebe, M., Gergen, M. M., Gergen, K. J., & Stroebe, W. (1992). Broken hearts or broken bonds: Love and death in historical perspective. *American Psychologist*, 47(10), 1205–1212. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.47.10.1205>
- Tang, C. S.-K., Wu, A. M. S., & W. Yan, E. C. (2002). Psychosocial correlates of death anxiety among Chinese college students. *Death Studies*, 26(6), 491–499. <https://doi.org/10.1080/074811802760139012>
- Testoni, I. (2015). *L'ultima nascita: psicologia del morire e death education*. Bollati Boringhieri.
- Testoni, I. (2020). *Psicologia palliativa: intorno all'ultimo compito evolutivo*. Bollati Boringhieri.
- Testoni, I., Ancona, D., & Ronconi, L. (2015). The Ontological Representation of Death. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 71(1), 60–81. <https://doi.org/10.1177/0030222814568289>
- Testoni, I., Biancalani, G., Ronconi, L., & Varani, S. (2019). Let's Start With the End: Bibliodrama in an Italian Death Education Course on Managing Fear of Death, Fantasy-Proneness, and Alexithymia With a Mixed-Method Analysis. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 83(4), 729–759. <https://doi.org/10.1177/0030222819863613>
- Testoni, I., Cichellero, S., Kirk, K., Cappelletti, V., & Cecchini, C. (2019). When Death Enters the Theater of Psychodrama: Perspectives and Strategies of

Psychodramatists. *Journal of Loss and Trauma*, 24(5-6), 516–532.
<https://doi.org/10.1080/15325024.2018.154899>

Testoni, I., Cordioli, C., Nodari, E., Zsak, E., Marinoni, G. L., Venturini, D., & Maccarini, A. (2019). Language re-discovered: A death education intervention in the net between kindergarten, family and territory. *Italian Journal of Sociology of Education*, 11(1). 10.14658/pupj-ijse-2019-1-16

Testoni, I., Iacona, E., Corso, C., Pompele, S., Dal Corso, L., Orkibi, H., & Wieser, M. A. (2021). Psychology Students' Perceptions of COVID-19 in a Death Education Course. *Frontiers in Public Health*, 9.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.625756>

Testoni, I., Iacona, E., Fusina, S., Floriani, M., Crippa, M., Maccarini, A., & Zamperini, A. (2018). “Before I die I want to ...”: An experience of death education among university students of social service and psychology. *Health Psychology Open*, 5(2), 205510291880975. <https://doi.org/10.1177/2055102918809759>

Testoni, I., Palazzo, L., Ronconi, L., Donna, S., Cottone, P. F., & Wieser, M. A. (2021). The hospice as a learning space: a death education intervention with a group of adolescents. *BMC Palliative Care*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00747-w>

Testoni, I., Piscitello, M., Ronconi, L., Zsák, É., Iacona, E., & Zamperini, A. (2019). Death Education and the Management of Fear of Death Via Photo-Voice: An Experience Among Undergraduate Students. *Journal of Loss and Trauma*, 24(5-6), 387–399. <https://doi.org/10.1080/15325024.2018.1507469>

Testoni, I., Ronconi, L., Biancalani, G., Zottino, A., & Wieser, M. A. (2021). My Future: Psychodrama and Meditation to Improve Well-Being Through the Elaboration of Traumatic Loss Among Italian High School Students. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.544661>

- Testoni, I., Ronconi, L., Cupit, I. N., Nodari, E., Bormolini, G., Ghinassi, A., Messeri, D., Cordioli, C., & Zamperini, A. (2019). The effect of death education on fear of death amongst Italian adolescents: A nonrandomized controlled study. *Death Studies*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1528056>
- Testoni, I., Ronconi, L., Palazzo, L., Galgani, M., Stizzi, A., & Kirk, K. (2018). Psychodrama and Moviemaking in a Death Education Course to Work Through a Case of Suicide Among High School Students in Italy. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00441>
- Testoni, I., Sansonetto, G., Ronconi, L., Rodelli, M., Baracco, G., & Grassi, L. (2017). Meaning of life, representation of death, and their association with psychological distress. *Palliative and Supportive Care*, 16(5), 511–519. <https://doi.org/10.1017/s1478951517000669>
- Testoni, I., Tronca, E., Biancalani, G., Ronconi, L., & Calapai, G. (2020). Beyond the Wall: Death Education at Middle School as Suicide Prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2398. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072398>
- Tomer, A., & Eliason, G. (1996). Toward a comprehensive model of death anxiety. *Death studies*, 20(4), 343-365.
- Vail, K. E., Juhl, J., Arndt, J., Vess, M., Routledge, C., & Rutjens, B. T. (2012). When Death is Good for Life. *Personality and Social Psychology Review*, 16(4), 303–329. <https://doi.org/10.1177/1088868312440046>
- Vande Kieft, G. (2001). Breaking bad news. *American family physician*, 64(12), 1975.
- Valen, K., Haug, B., Holm, A. L., Jensen, K. T., & Grov, E. K. (2020). From Palliative Care Developed During Simulation, to Performance in Clinical Practice—Descriptions From Nursing Students. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 22(3), 204–212. <https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000644>

- 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>
- Verhofstadt-Denève, L. M. F. (2003). The psychodramatical "social atom method": Dialogical self in dialectical action I. *Journal of Constructivist Psychology, 16*(2), 183–212. <https://doi.org/10.1080/10720530390117939>
- Verrua, G. (2001). *Invito allo psicodramma classico*. Maieusis.
- Vindrola-Padros, C., Mertnoff, R., Lasmarias, C., & Gómez-Batiste, X. (2017). Palliative care education in Latin America: A systematic review of training programs for healthcare professionals. *Palliative and Supportive Care, 16*(1), 107–117. <https://doi.org/10.1017/s147895151700061x>
- Voelker, R. (2011). Hospital Palliative Care Programs Raise Grade to B in New Report Card on Access. *JAMA, 306*(21), 2313. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1739>
- Wadeson, H. (1980). Art therapy research. *Art Education, 33*(4), 31-34.
- Wallston, K. A. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research, 16*(2), 183–199. <https://doi.org/10.1007/bf01173488>
- Wang, C. C. (2003). Using Photovoice as a participatory assessment and issue selection tool: A case study with the homeless in Ann Arbor. In M. Minkler & N. Wallerstein (Eds.), *Community based participatory research for health* (pp. 179–196). Jossey-Bass/Wiley
- Wang, C. C., & Burris, M. A. (1994). Empowerment through photo novella: Portraits of participation. *Health Education Quarterly, 21*, 171–186.

- Wang, C. C., & Burris, M. A. (1997). Photovoice: Concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health Education and Behavior, 24*, 369–387. <https://doi.org/10.1177/10901981970240030>
- Wang, C., Burris, M. A., & Ping, X. Y. (1996). Chinese village women as visual anthropologists: A participatory approach to reaching policymakers. *Social Science & Medicine, 42*(10), 1391–1400. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00287-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00287-1)
- Weiner, B. (1972). Attribution Theory, Achievement Motivation, and the Educational Process. *Review of Educational Research, 42*(2), 203–215. <https://doi.org/10.3102/00346543042002203>
- Wilson, L., & Rubin, J. A. (2001). *The Art of Art Therapy*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203893845>
- World Health Organization [WHO] (2020). *WHO Definition of Palliative Care*. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (accessed August 15, 2022)
- Wong, P. T., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application, 121*, 121-148.
- Zaleskiewicz, T., Gasiorowska, A., & Kesebir, P. (2013). Saving Can Save from Death Anxiety: Mortality Salience and Financial Decision-Making. *PLoS ONE, 8*(11), e79407. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0079407>