

## Certificato Antiplagio

Il laureando **Margherita Grasselli**, di sua spontanea iniziativa, ha richiesto l'analisi della tesi di cui è autore dal titolo:

"chi ero, chi sono e chi vorrò essere. Il delicato processo di autoconsapevolezza inserito nell'iter di riabilitazione dopo un Trauma Cranico-Encefalico."

Relatore: **Prof. Roberta Frison**

Facoltà: **Arteterapia**

Ateneo: **Istituto Meme di Modena**

Il documento composto da **57247** parole è stato sottoposto all'analisi del software **Compilatio.net** in data **02 February 2019** con i seguenti risultati:

Percentuale di testo originale: **96%**

Percentuale di testo non originale: **4%**

### Fonti online rilevate

Fonti online rilevate	Percentuale similitudine
<a href="http://gruppiapescara.blogspot.com/2015/11/la-te...">http://gruppiapescara.blogspot.com/2015/11/la-te...</a>	2.5%
<a href="http://www.mentecorpomalattia.it/terapiadigruppo...">http://www.mentecorpomalattia.it/terapiadigruppo...</a>	2.5%
<a href="http://www.benessere.com/psicologia/arg00/terapi...">http://www.benessere.com/psicologia/arg00/terapi...</a>	2.5%
<a href="http://www.wseducenter.com/wp-content/uploads/20...">http://www.wseducenter.com/wp-content/uploads/20...</a>	2.0%
<a href="http://tesionline.unicatt.it/bitstream/10280/318...">http://tesionline.unicatt.it/bitstream/10280/318...</a>	1.5%
<a href="https://fr.slideshare.net/ivamartini/stoppioni-2...">https://fr.slideshare.net/ivamartini/stoppioni-2...</a>	1.4%

### NOTE:

Il documento è stato analizzato utilizzando il servizio



Il documento, dopo il controllo della nostra redazione, rientra negli standard di qualità del programma "Impegno di eccellenza" ed ha pertanto ottenuto il Certificato Antiplagio.

Maggiori dettagli alla pagina [www.tesiverified.it/certificato.v2.jsp](http://www.tesiverified.it/certificato.v2.jsp)

Il controllo effettuato dalla redazione delle fonti rilevate dall'analisi è sempre accurato, pur ricordando che lo studente è il diretto responsabile per la prevenzione di ogni tipo di plagio nel proprio elaborato

Grasselli Margherita  
matricola n. 3415

## **ABSTRACT**

Tesi in Arti Terapie terzo anno

### **“Chi ero, chi sono e chi vorrò essere”**

Nella maggior parte delle strutture sanitarie di medicina riabilitativa persiste ancora la tendenza a considerare e gestire le disfunzioni cognitive, i disordini comportamentali e le difficoltà psicologiche-emotive quali entità separate, con la conseguente frammentazione della presa in carico del paziente e della sua famiglia. Ma qualcosa sta iniziando a cambiare. All'interno del reparto di riabilitazione neurologica dell'ospedale di Correggio (RE) è stato proposto a un gruppo di ex pazienti con TCE un percorso integrato di Arteterapia e Musicoterapia in collaborazione coi Servizi Sociali e l'Associazione Traumi Cranici della zona.

Per questo percorso è stato studiato in modo approfondito uno dei nuovi approcci della presa in carico del XX secolo: l'ArteTerapia. Canale privilegiato per fare esperienza diretta a chiunque con l'Espressione Simbolica di ciò che “abita dentro” e il Processo Creativo che, con la relazione col terapeuta e il gruppo, aiuta a raccontare una storia meglio formata. Lo studio è stato arricchito da un'introduzione della Psicologia Cognitiva e dai suoi Processi per poi concentrarsi in una dettagliata ricerca su ciò che accade alla persona quando subisce un Trauma Cranico Encefalico per eventi interni o esterni traumatici. Quali conseguenze fisiche, cognitive, emotive, comportamentali e sociali porta e qual è il percorso che la persona deve fare partendo dall'incidente/malattia fino alla sua lunga riabilitazione per ritrovare un'autonomia, a grandi linee, accettabile.

Perché l'ArteTerapia sia efficace, il terapeuta deve collaborare, con una relazione interdisciplinare, con le figure che ruotano intorno al paziente per arricchire un processo di guarigione globale e permettere alla persona di creare una prospettiva futura per un nuovo progetto di vita.



UNIVERSITE EUROPEENNE JEAN MONNET  
ASSOCIATION INTERNATIONALE SANS BUT LUCRATIF  
BRUXELLES – BELGIQUE

These Finale en  
**Art-Therapie**

***"Chi ero", "Chi sono" e "Chi vorrò essere"***

**Il delicato processo di autoconsapevolezza  
inserito nell'iter di riabilitazione dopo  
un Trauma Cranico-Encefalico.**

Relatore:

dott.ssa Roberta Frison

Specializzando:

dott.ssa Margherita Grasselli

Matr. 3415



Modena: 5 giugno 2016

Anno Accademico: 2014 – 2015

## Indice dei Contenuti

<b>1</b>	<b>PRESENTAZIONE</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUZIONE</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>LA NASCITA DELL'ARTE-TERAPIA</b>	<b>14</b>
<b>3.1</b>	<b>BREVE STORIA DELLA PSICOLOGIA DELL'ARTE</b>	<b>15</b>
<b>3.2</b>	<b>PERCORSO ICONOGRAFICO DALL'ARTE ALIENATA ALL'ARTE-TERAPIA</b>	<b>17</b>
3.2.1	L'ARTE DEGLI ALIENATI	18
3.2.2	LE RELAZIONI CON LE AVANGUARDIE ARTISTICHE	20
3.2.3	I MOTIVI ICONOGRAFICI MAGGIORMENTE PRESENTI	21
3.2.4	L'ART BRUT E L'OUTSIDER ART	22
3.2.5	LA SITUAZIONE POST-BELLICA	23
3.2.6	ART-THERAPY	24
<b>4</b>	<b>L'ARTE-TERAPIA</b>	<b>27</b>
<b>4.1</b>	<b>PERCHÉ L'ARTETERAPIA AIUTA</b>	<b>27</b>
4.1.1	PENSIERO VISIVO: DA S. FREUD A C. G. JUNG	27
4.1.2	LIBERAZIONE EMOTIVA: L'IMMAGINE CHE NON PUÒ ESSERE SPIEGATA	30
4.1.3	UN'ESPERIENZA SENSORIALE E IL SIGNIFICATO SENTITO	34
4.1.4	ARRICCHISCE LA VITA	35
4.1.5	RELAZIONI NUOVE	38
4.1.6	FARE ARTE È POSSIBILE PER TUTTI	38
4.1.7	UN NUOVO MODO DI CONOSCERE	39
<b>4.2</b>	<b>IL PROCESSO CREATIVO</b>	<b>40</b>
<b>4.3</b>	<b>LA PRODUZIONE SIMBOLICA</b>	<b>45</b>
<b>4.4</b>	<b>L'INTERPRETAZIONE DELL'OPERA: SOLO UNA VOGLIA</b>	<b>48</b>
<b>5</b>	<b>ORGANIZZAZIONE, METODI E TECNICHE DELL'ARTETERAPIA</b>	<b>53</b>
<b>5.1</b>	<b>L'ATELIER</b>	<b>53</b>
<b>5.2</b>	<b>COS'È IL SETTING</b>	<b>54</b>
5.2.1	DEFINIZIONE DI RELAZIONE TERAPEUTICA	55

5.2.2	INGREDIENTI DELLA RELAZIONE TERAPEUTICA.....	57
<b>5.3</b>	<b>L'ARTETERAPEUTA.....</b>	<b>60</b>
5.3.1	LA CONCESSIONE DEL PERMESSO .....	61
<b>5.4</b>	<b>IL LAVORO DI GRUPPO .....</b>	<b>62</b>
5.4.1	PRINCIPALI FUNZIONI DEL GRUPPO .....	63
5.4.2	GLI OBIETTIVI DEL PERCORSO .....	64
<b>5.5</b>	<b>STRUTTURAZIONE DELL'INCONTRO .....</b>	<b>65</b>
<b>5.6</b>	<b>LA PSICOLOGIA DEI MATERIALI.....</b>	<b>68</b>
5.6.1	I MATERIALI.....	69
5.6.2	I COLORI.....	73
5.6.3	IL SUPPORTO.....	78
5.6.4	LO SPAZIO.....	78
5.6.5	L'ORGANIZZAZIONE DELL'OPERA .....	80
5.6.6	IL MANDALA .....	82
5.6.7	LA PROSPETTIVA.....	83
5.6.8	GLI ELEMENTI DELL'IMMAGINE.....	86
5.6.9	IL SIGNIFICATO INDIVIDUALE E COLLETTIVO .....	87
	I contenuti del capitolo.....	89
<b>6</b>	<b><u>LO SVILUPPO COGNITIVO.....</u></b>	<b><u>91</u></b>
6.1	L'ATTIVITÀ COGNITIVA .....	91
6.2	LO SVILUPPO .....	92
6.3	CONCEZIONE DI LINEARITÀ DELLO SVILUPPO COGNITIVO .....	93
6.4	FUNZIONI VERTICALI E FUNZIONI TRASVERSALI .....	94
6.5	L'AUTOMATIZZAZIONE DELLE FUNZIONI .....	97
6.6	CONTRIBUTI DELLA NEUROPSICOLOGIA ALLO STUDIO DELLO SVILUPPO COGNITIVO .....	99
6.7	RAPPRESENTAZIONI MENTALI E OPERAZIONI PROCEDURALI.....	100
6.8	IL MODELLO DI RIDESCRIZIONE RAPPRESENTAZIONALE (RR) .....	101
6.9	IL PROCESSO DI MODULARIZZAZIONE .....	103
6.10	MODELLI DI ISPIRAZIONE CONFEZIONISTA .....	104
6.11	LA POSSIBILITÀ DI PREVEDERE LO SVILUPPO COGNITIVO.....	105
	I contenuti del capitolo.....	107
<b>7</b>	<b><u>LO SVILUPPO COGNITIVO: IL PUNTO DI VISTA DI PIAGET .....</u></b>	<b><u>109</u></b>
7.1	ASSIMILAZIONE, ACCOMODAMENTO ED EQUILIBRAZIONE .....	110

<b>7.2</b>	<b>LA TEORIA STADIALE DELLO SVILUPPO .....</b>	<b>113</b>
<b>7.3</b>	<b>LO SCHEMA DI AZIONE COME STRUTTURA COGNITIVA CHE SI SVILUPPA .....</b>	<b>115</b>
<b>7.4</b>	<b>LA CONSERVAZIONE DELLE QUANTITÀ .....</b>	<b>117</b>
	I contenuti del capitolo.....	119
<b>8</b>	<b><u>IL TRAUMA CRANICO: PRENDERSI CURA DELLA PERSONA.....</u></b>	<b>121</b>
<b>8.1</b>	<b>DANNI DELLE STRUTTURE CORPOREE .....</b>	<b>123</b>
8.1.1	LE PRINCIPALI LESIONI CELEBRALI.....	123
8.1.2	LE LESIONI EXTRA-CRANICHE .....	125
<b>8.2</b>	<b>ALTERAZIONE DELLE FUNZIONI E DELLE ATTIVITÀ: I QUADRI CLINICI .....</b>	<b>126</b>
8.2.1	ALTERAZIONI DELLA COSCIENZA.....	126
8.2.2	PERDITA DI AUTONOMIA NELLE FUNZIONI VITALI DI BASE .....	127
8.2.3	LA MENOMAZIONE MOTORIA SENSORIALE .....	128
8.2.4	MENOMAZIONE COGNITIVA E COMPORTAMENTALE .....	129
<b>8.3</b>	<b>IL TRAUMA CRANICO LIEVE .....</b>	<b>133</b>
<b>8.4</b>	<b>IL PERCORSO RIABILITATIVO .....</b>	<b>134</b>
	I contenuti del capitolo.....	137
<b>9</b>	<b><u>INTEGRAZIONE TRA DANNO NEUROLOGICO E FERITA NARCISISTICA.....</u></b>	<b>140</b>
<b>9.1</b>	<b>DEFICIT DI AUTOCONSAPEVOLEZZA .....</b>	<b>142</b>
<b>9.2</b>	<b>CONCRETEZZA E RIGIDITÀ DEL PENSIERO .....</b>	<b>145</b>
<b>9.3</b>	<b>DEMOTIVAZIONE E APATIA .....</b>	<b>145</b>
<b>9.4</b>	<b>IMPULSIVITÀ, DISCONTROLLO EMOTIVO- COMPORTAMENTALE.....</b>	<b>147</b>
<b>9.5</b>	<b>RIDUZIONE/PERDITA DELL'AUTONOMIA E DELL'AUTOSTIMA .....</b>	<b>147</b>
<b>9.6</b>	<b>TURBAMENTO DEL SISTEMA FAMILIARE .....</b>	<b>149</b>
<b>10</b>	<b><u>PERDITE NEL CORPO E LUTTO DEL SÈ .....</u></b>	<b>151</b>
<b>10.1</b>	<b>TEORIE CLINICHE SUL LUTTO .....</b>	<b>152</b>
10.1.1	FREUD: LUTTO E MELANCONIA .....	152
10.1.2	KLEIN: POSIZIONE SCHIZOPARANOIDE E POSIZIONE DEPRESSIVA.....	153
10.1.3	BION: DAL SENTIRE AL PENSARE .....	155
<b>10.2</b>	<b>CORPO, SCHEMA CORPOREO E IMMAGINE DI SÈ.....</b>	<b>155</b>
10.2.1	DISABILITÀ ACQUISITA: EVENTO INTRAPSICHICO, INTERPERSONALE E SOCIALE .....	158
<b>10.3</b>	<b>DISABILITÀ E CAMBIAMENTO .....</b>	<b>159</b>
<b>11</b>	<b><u>PROJECT WORK 2014.....</u></b>	<b>162</b>

<b>11.1</b>	<b>STRUTTURA DEL PROGETTO DI ARTETERAPIA.....</b>	<b>173</b>
11.1.1	DESTINATARI .....	173
11.1.2	OBIETTIVI GENERALI .....	173
11.1.3	TEMPI E LUOGO .....	174
11.1.4	STRUTTURA GENERALE DI OGNI INCONTRO.....	174
11.1.5	PROPOSTE LABORATORIALI.....	174
<b>11.2</b>	<b>PRIMO INCONTRO: BIGLIETTO DA VISITA.....</b>	<b>176</b>
<b>11.3</b>	<b>SECONDO INCONTRO: UNA FAMIGLIA DI MACCHIE .....</b>	<b>177</b>
<b>11.4</b>	<b>TERZO INCONTRO: SEMPLICEMENTE BESTIALE .....</b>	<b>178</b>
<b>11.5</b>	<b>QUARTO INCONTRO: UN PEZZO DI CUORE .....</b>	<b>179</b>
<b>11.6</b>	<b>QUINTO INCONTRO: COSA NON TI DISSI MAI .....</b>	<b>180</b>
<b>11.7</b>	<b>SESTO INCONTRO: MI PIANSE IL CUORE, MA... ..</b>	<b>182</b>
<b>11.8</b>	<b>SETTIMO INCONTRO: ...ECCO CHI DAVVERO MI AMA.....</b>	<b>183</b>
<b>11.9</b>	<b>OTTAVO INCONTRO: IL PURGATORIO .....</b>	<b>183</b>
<b>11.10</b>	<b>NONO INCONTRO: IL MIO VOLTO ATTRAVERSO GLI ALTRI .....</b>	<b>184</b>
<b>11.11</b>	<b>DECIMO INCONTRO: LA MASCHERA.....</b>	<b>185</b>
<b>11.12</b>	<b>UNDICESIMO INCONTRO: SOGNI DI UN TEMPO .....</b>	<b>187</b>
<b>11.13</b>	<b>DODICESIMO INCONTRO: DESIDERI DI FELICITA' .....</b>	<b>188</b>
<b>11.14</b>	<b>TREDICESIMO INCONTRO: DIVERSAMENTE ESSERE.....</b>	<b>189</b>
<b>11.15</b>	<b>QUATTORDICESIMO INCONTRO: IL POSTO SICURO... ..</b>	<b>190</b>
<b>12</b>	<b>PROJECT WORK 2015 .....</b>	<b>192</b>
<b>12.1</b>	<b>STRUTTURA DEL PERCORSO .....</b>	<b>193</b>
12.1.1	DESTINATARI .....	194
12.1.2	OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI .....	194
12.1.3	TEMPI, LUOGO E STRUTTURAZIONE DEL LABORATORIO .....	195
12.1.4	PROPOSTE LABORATORIALI.....	196
<b>12.2</b>	<b>PRIMO INCONTRO: BIGLIETTO DA VISITA.....</b>	<b>197</b>
<b>12.3</b>	<b>SECONDO INCONTRO: LA FAMIGLIA .....</b>	<b>198</b>
<b>12.4</b>	<b>TERZO INCONTRO: LE PASSIONI .....</b>	<b>199</b>
<b>12.5</b>	<b>QUARTO INCONTRO: CHI SONO IO .....</b>	<b>200</b>
<b>12.6</b>	<b>QUINTO INCONTRO: INCIDENTE .....</b>	<b>202</b>
<b>12.7</b>	<b>SESTO INCONTRO: OSPEDALE .....</b>	<b>202</b>
<b>12.8</b>	<b>SETTIMO INCONTRO: NOSTALGIA.....</b>	<b>203</b>
<b>12.9</b>	<b>OTTAVO INCONTRO: DESIDERI SUL FUTURO.....</b>	<b>205</b>





<b>12.10</b>	<b>NONO INCONTRO: MANDALA PERSONALE .....</b>	<b>205</b>
<b>12.11</b>	<b>DECIMO INCONTRO: MANDALA DI GRUPPO.....</b>	<b>207</b>
<b>13</b>	<b>CONCLUSIONE .....</b>	<b>210</b>
<b>14</b>	<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>213</b>
<b>15</b>	<b>RIVISTE.....</b>	<b>215</b>
<b>16</b>	<b>SITOGRAFIA .....</b>	<b>218</b>

# 1 Presentazione

---

Buongiorno a tutti!

Questa è l'ultima di tre tesi che ho dovuto elaborare per diventare ufficialmente Arteterapeuta presso l'Istituto Meme di Modena. E' il frutto di un percorso di formazione dove non ho solo accumulato un bagaglio cospicuo di informazioni e competenze professionali ma ho anche intrapreso una strada di crescita personale molto importante. Partire da me per arrivare agli altri e viceversa in una continua danza è il percorso che ho fatto ma non è finito e credo proprio che non finirà mai.

Questa tesi si concentra sulle due esperienze che ho avuto con le persone che hanno subito un trauma cranico per un incidente o una malattia improvvisa e che sono stati ricoverati nel reparto di riabilitazione dell'ospedale di Correggio. Con loro le esperienze sono state condivise parallelamente anche con le loro famiglie.

Ho preso la tesi che ho presentato l'anno scorso e ho approfondito diversi argomenti. In particolare mi sono concentrata sulla parte riguardante l'Arteterapia, la sua storia, i suoi perché e il suo utilizzo. Ho voluto sottolineare ampiamente, attraverso una ricerca accurata, la differenza tra Attività Artistica e ArteTerapia.

Successivamente ho mantenuto il discorso dei Processi Cognitivi e della Psicologia Cognitiva perché, quello fatto l'anno scorso, mi è sembrato un lavoro sufficientemente esaustivo per introdurre i "non addetti" nel discorso della Psicologia Cognitiva. Secondo me deve essere chiaro al lettore che le modalità cognitivo-comportamentali e sociali del periodo prima del trauma subito sono intrinseche alla persona e, spesso, vengono riproposti schemi che ora, però, non sono più né efficaci e solitamente inadatti rispetto alle abilità residue.

Successivamente ci addentriamo più nello specifico del tema del Trauma Cranico Encefalico: quali conseguenze fisiche, cognitive e sociali porta e qual'è il percorso che la persona deve fare partendo dall'incidente/malattia fino alla sua lunga riabilitazione per ritrovare un'autonomia generale.

Proseguiamo, sempre più in dettaglio, coi deficit cognitivo-comportamentali ed emotivi che la persona deve affrontare. Una parte è dedicata anche alla famiglia o i *care-giver* al loro cambiamento di vita e alle sofferenze che hanno subito e che dovranno rielaborare e gestire per tutta la vita.



Infine nei capitoli dei Project Work, oltre ad aver mantenuto e rivisitato il primo percorso di AT, ho aggiunto il percorso di Arteterapia e Musicoterapia che ho seguito l'anno seguente. Insieme a me hanno collaborato, per l'ideazione e la realizzazione del secondo percorso, Benedetta Bartoli in formazione nel mio stesso istituto come Counsellor Espressiva, Patrizia Ricci e Alice Sacchi per Musicoterapia. Prima della descrizione dei laboratori, ho inserito una parte di approfondimento metodologico del percorso proposto; poi, come detto, c'è la descrizione dei laboratori, le modalità, le foto e i risultati ottenuti.

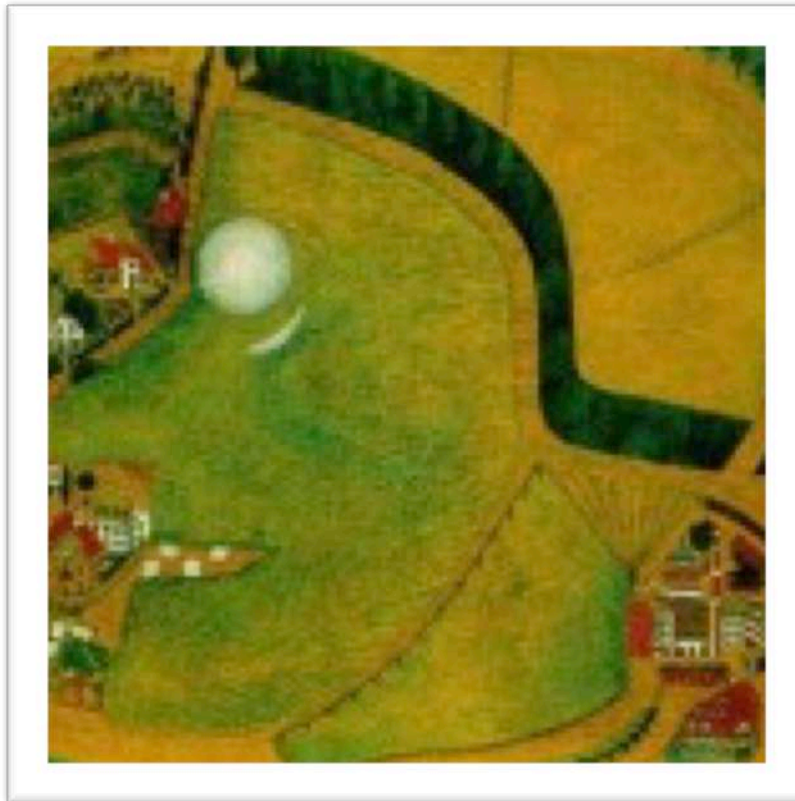
Buona lettura!

Dott.ssa Margherita Grasselli  
Educatrice Sociale specializzanda in Arteterapia

*“Un uomo si propone di disegnare il mondo.*

*Nel corso degli anni popola uno spazio  
con immagini di province, di regni, di montagne, di baie, di vascelli,  
di isole, di pesci, di case, di strumenti, di astri, di cavalli e di persone.  
Poco prima di morire,  
scopre che quel paziente labirinto di linee  
traccia l'immagine del suo volto”<sup>1</sup>.*

***J. L. Borges***



---

<sup>1</sup> Frase e immagine tratte da: Carlo Coppelli, *Nuove ArtiTerapie*, ARTE ALIENATA- ART BRUT- OUTSIDER ART- ARTE TERAPIA: le visioni del disagio, <http://www.nuoveartiterapie.net/2016/02/22/arte-alienata-art-brut-outsider-art-arte-terapia-le-visioni-del-disagio/>, Febbraio 2016.

## Introduzione

---

Questa tesi nasce da due percorsi di arteterapia che ho seguito nell'anno 2014 e 2015 presso il reparto di Riabilitazione Neurologica Intensiva dell'Ospedale San Sebastiano di Correggio in provincia di Reggio Emilia, situato in Via Mandriolo Superiore 11. Facendo una breve descrizione del contesto ospedaliero posso dire che il reparto ha come Direttore il Dott. Brianti Rodolfo. Il reparto è individuato dalla Regione Emilia Romagna quale centro di riferimento regionale per la gestione dei pazienti con esiti di gravi cerebrolesioni acquisite dell'adulto, dispone di 35 letti dedicati al ricovero di pazienti con necessità di riabilitazione intensiva neurologica, tra cui Neurolesioni. Il trattamento messo a disposizione è multiprofessionale: Fisiatri, Neurologici, Psicologi, Logopedisti, Fisioterapisti, Infermieri, OTA. Il reparto si avvale inoltre di un ambulatorio neurofisiatico, fisiatico, dismorfismi infantili, ambulatorio spasticità, nonché del Laboratorio Analisi del Movimento. Fanno parte dell'equipe medica i dottori Brianti Rodolfo, Briganti Angelo, Iliceto Carla, Lombardi Francesco, Marchetti Paola, Morrone Elvira, Ranza Elena; Farina Maurillo coordinatore e fisioterapista e Gambarati Federica psicologa<sup>2</sup>.

La proposta di questo percorso è nata dall'Assistente Sociale dott.ssa Fogli Federica che lavora presso l'ospedale di Correggio per i Servizi Sociali, la quale è stata incuriosita dall'Arteterapia conosciuta all'Istituto MEME di Modena. Mi permetto di utilizzare le sue parole per fare l'introduzione di questa tesi e successivamente presenterò il lavoro svolto con i ragazzi e le loro famiglie.

Il progetto arteterapia è nato dalla sottoscritta in seguito ad una serie di incontri con i volontari dell'Associazione Traumi Cranici. I volontari si incontrano regolarmente per discutere di eventi da organizzare, spese da sostenere a sostegno dei malati indigenti ricoverati in ospedale esempio per acquistare ausili, pagare i trasporti di qualche familiare che abita lontano dall'ospedale, per ospitare in una casa di accoglienza parenti dei pazienti che provengono da altre regioni..., per realizzare progetti in collaborazione con gli operatori ospedalieri. Sono tutte persone che hanno avuto familiari ricoverati presso la neuroriabilitazione di Correggio/Modena (un figlio, un genitore, un fratello..) Quindi attualmente sono *care-giver* ovvero coloro che assistono e si prendono cura tutti i giorni di questi pazienti dimessi dall'ospedale. Persone che rimangono con gravi disabilità o lievi ma sufficienti per sconvolgere una vita precedente.

Durante gli incontri sono spesso emerse le difficoltà di questi familiari legate non tanto al carico assistenziale (igiene, vestizione..) ma inerenti alla vita quotidiana: alcuni sono ragazzi molto giovani che non lavorano o lavoravano ma a causa delle risorse che sono venute a mancare hanno sospeso la loro attività lavorativa, sono disabili "abituati" a venire in ospedale per fare riabilitazione motoria o logopedica e la loro vita è concentrata

---

<sup>2</sup>  
Q Salute, Reparto di Riabilitazione Neurologica Intensiva Ospedale di Correggio,  
<http://www.qsalute.it/riabilitazione-neurologica-ospedale-san-sebastiano/>

solo su questo, o addirittura non fanno più terapie riabilitative perché gli obiettivi sono già stati raggiunti. Quello che manca sono attività che in qualche modo siano in grado di offrire a loro uno spazio per poter esprimere non solo il loro trauma inteso come incidente stradale/evento sanitario critico ma possa consentire a loro di esprimere desideri/aspettative/sogni/paure. I volontari all'inizio erano un po' diffidenti e restii, perché sono familiari che hanno un fortissimo legame con i loro cari che va al di là dell'essere genitore o figlio basti pensare che non è "naturale" pensare di assistere un figlio di 20 anni perché di solito ci si aspetta il contrario, quindi una separazione seppur breve li fa sentire esclusi e non in una posizione di "controllo".

Non si tratta di egoismo ma di paure, insicurezze che accompagnano questi genitori che in alcune situazioni hanno rinunciato al lavoro e purtroppo a volte anche alla loro vita privata.

Nel frequentare la scuola di specializzazione in scienze criminologiche, mi sono soffermata spesso a leggere il programma delle altre specializzazioni compreso quella di Arteterapia e condividendo alcune lezioni ho iniziato a capire in che cosa consisteva e che poteva essermi utile non solo con i detenuti ma anche con i disabili con cui lavoro tutti i giorni.

Creare alternative alle strutture esempio centri diurni o alle attività occupazionali che hanno altri obiettivi mirati più sulle capacità dei soggetti era il nostro obiettivo: mio come assistente sociale e dei volontari; ci siamo capiti e abbiamo osato fino a trovare una persona come Margherita, non solo preparata, ma in grado di comprendere di che cosa avevamo bisogno, e quando parlo di bisogno non intendo solo riferirmi ai disabili, ma mi riferisco anche ai familiari e agli operatori<sup>3</sup>.

Quando mi è stata proposta questa esperienza, da una parte, ero un po' spaventata, ma dall'altra, mi sentivo abbastanza "ferrata" perché pensavo che con il lavoro che faccio (sono educatrice per la Co.Re.S.S. Cooperativa Disabili da diversi anni nonostante la giovane età) non avrei avuto grosse difficoltà. Macché! In realtà, quello del Trauma Cranico, è stato un mondo completamente nuovo e diciamo articolato che mi si è aperto davanti. Ho iniziato a studiare, a cercare e informarmi perché davvero avevo bisogno di basi per **camminare insieme** a questi ragazzi e alle loro famiglie. Voglio sottolineare che, anche se ci sono state diverse fatiche mie personali lungo il tragitto, ho capito che camminare di fianco a queste persone, alle loro storie, alle loro sofferenze, ma anche, alle loro gioie e soddisfazioni, era il modo migliore per vivere in pieno questo percorso di crescita per entrambi.

L'anno successivo, vista l'esperienza positiva della proposta, l'Associazione e l'ospedale stesso hanno richiesto un altro percorso all'interno del reparto di riabilitazione neurologica, ma questa volta, a differenza dell'anno precedente, si è voluto mettere insieme l'ArteTerapia e la Musicoterapia.

Questo ci ha permesso di fare una proposta intensa e ricca di emozioni ai ragazzi che hanno partecipato, grazie anche ad una forte e sinergica collaborazione tra noi tirocinanti di Arteterapia, Counseling Espressivo e Musicoterapia.

Voglio ringraziare la dott.ssa Frison che mi ha dato questa occasione, Federica che ha avuto l'intuizione dell'arteterapia e successivamente della musicoterapia, a quelle figure in ospedale come Maurillo che mi sono state vicine come hanno potuto ovviamente, che hanno creduto nel percorso e

---

<sup>3</sup>

E' uno scritto che mi ha mandato Federica per mail in cui è spiegato perfettamente il contesto in cui è nata e si è sviluppata l'idea del percorso di Arteterapia.



alle quali nutro molta stima, grazie a tutti i membri dell'Associazione Traumi Cranici che hanno permesso, non solo economicamente ma soprattutto con la loro forza di spirito, che si realizzassero questi progetti, in particolare ai genitori che mi hanno sostenuta direttamente e stimolata e con i quali si è creata una buona relazione.

Ultimi e più importanti, grazie a tutti i ragazzi che hanno partecipato al percorso, anche se con un incontro solo. Grazie del legame di fiducia reciproco che si è creato, grazie delle confidenze e delle nuove consapevolezze e grazie perché siamo davvero cresciuti insieme.

## 2 La nascita dell'Arte-terapia

---

<sup>4</sup>C'è un'espressione che qualche tempo fa era molto in voga fra gli arte-terapeuti: arte-terapia è disegnare dall'intimo. Si tratta di una buona definizione di partenza, che aiuta a distinguere questo uso dell'arte da tutti gli altri. A uno sguardo superficiale una seduta di arte-terapia può sembrare una lezione di disegno o di pittura, ma gli obiettivi e gli intenti sono diversi. Per esempio, in una lezione d'arte chiederanno di ritrarre una modella, di dipingere una natura morta o di fare degli schizzi in una passeggiata fra i boschi. Di solito la richiesta è quella di rappresentare ciò che si vede e di lavorare per renderlo con le giuste proporzioni, colori e chiaroscuri, insistendo soprattutto sulla tecnica.

L'arte-terapia chiede di esplorare la propria esperienza interna: sentimenti, percezione, immaginazione. Può comportare l'apprendimento di certe tecniche, ma l'accento è posto sullo sviluppo e l'espressione di immagini che affiorano da dentro, non su ciò che si vede nel mondo esterno.

Anche in certe scuole d'arte si può chiedere talvolta di disegnare o di dipingere soggetti di fantasia, ma nelle sedute di arte-terapia l'elemento primario e fondamentale è sempre il mondo interiore di immagini, sentimenti e pensieri.

La parola greca *therapéia* significa tra le altre cose “prestare attenzione”, un concetto che sottolinea il senso profondo dell'arte-terapia da due punti di vista. Anzitutto, c'è lo specialista che segue il soggetto mentre produce il suo lavoro. La sua guida è la chiave del processo terapeutico, in quanto l'attenzione e il sostegno assicurati da tale rapporto sono indispensabili per indirizzare l'esperienza artistica e aiutare l'individuo a scoprirvi un significato.

Il secondo aspetto importante è l'attenzione che l'individuo concentra sulla propria attività, per dare un senso al prodotto artistico, cioè trovare una storia, una descrizione o un significato che lo definiscono. Poche altre forme di terapia dipendono, come questa, dalla partecipazione attiva del soggetto.

Le definizioni specifiche proposte per l'arte-terapia sono numerose, ma la maggior parte di esse rientra in due categorie generali.

---

4

Il capitolo è tratto da Cathy A. Malchiodi, *Arteterapia, l'arte che cura*, Edizione Giunti, 2013.



La prima chiama in causa la convinzione che il processo della creazione artistica abbia di per s  un potere curativo.

Questa concezione implica l'idea che fare arte sia un processo terapeutico: in questo caso si parla talvolta di arte come terapia. Fare arte   visto come occasione per esprimere s  stessi in maniera autentica, spontanea e immaginativa, esperienza che con il tempo pu  condurre alla realizzazione di s , alla cura delle ferite emotive e alla trasformazione. Secondo questo concetto, il processo creativo in s  e per s  pu  essere una salutare esperienza di crescita personale<sup>5</sup>.

L'altro tipo di definizione si basa sull'idea che l'arte   un mezzo di comunicazione simbolica. Questo approccio, indicato spesso col termine di "arte-terapia psicodinamica", oppure "psicoterapia mediante l'arte", sottolinea il valore dei disegni, dipinti e pi  in generale, dei prodotti, come mezzo di comunicazione di problemi, emozioni e conflitti. La psicoterapia ha una parte fondamentale in questa impostazione e l'immagine artistica acquista significato in quanto favorisce lo scambio verbale fra terapeuta e paziente ai fini della comprensione di s . Con la guida e il sostegno del terapeuta l'arte favorisce la presa di coscienza, aiutando a risolvere i conflitti, superare i problemi e formulare nuove percezioni, che a loro volta conducono a cambiamenti positivi, alla crescita personale e alla salute fisica e mentale.

In realt , la maggior parte degli specialisti che praticano l'arte-terapia integrano, in varia misura nel lavoro clinico, entrambe le impostazioni prima discusse.

In altre parole, mettono insieme sia l'idea che l'attivit  artistica possa essere un processo salutare, sia quella che i suoi prodotti comunichino informazioni rilevanti per la terapia. Il terapeuta pu  accentuare l'uno o l'altro aspetto, a seconda della sua inclinazione e delle esigenze del paziente.

Nel nostro caso chiederemo il contributo dell'arte e delle sue varie tecniche e dei suoi infiniti modi per mantenere e stimolare le abilit  psico-fisiche in un ambiente grupppale dove la condivisione della propria esperienza personale e del proprio prodotto artistico portano il paziente ad aprire porte introspettive che gli permettono poi di raccontare una storia: la storia della sua vita.

## 2.1 Breve storia della psicologia dell'arte

---

Da sempre l'arte   utilizzata dall'uomo come espressione del proprio stato fisico e psicologico non verbale e come punto centrale per pratiche di guarigione e protezione. Se scorriamo velocemente la storia dell'umanit  incontriamo i paleolitici che lasciarono segni dentro le grotte, i

---

<sup>5</sup>  
P. B. Allen, *Art is a way of knowing*, Shambhala, Boston, 1995.

najavo popolazione nativa dell'America che alleviavano i dolori del corpo e della mente con l'utilizzo del canto, della danza e della pittura sulla sabbia, i monaci tibetani che riproducevano i famosi Mandala (cerchi magici) come pratica meditativa e per trovare benessere psicofisico e gli sciamani, veri precursori dell'arteterapia, i quali utilizzavano immagini e rituali per guarire mente, corpo e spirito dei malati. Però con l'avvento dei saperi occidentali vi è un allontanamento da parte della scienza nei confronti dell'arte e in particolare la medicina moderna non ne ha riconosciuto una funzione terapeutica. Siamo nella seconda metà dell'800 dove l'arte è considerata una forma di svago dall'ozio del ricovero. Nel XX secolo, con l'avvento della psichiatria moderna il ruolo dell'arte si modifica sempre di più. Già nel 1912 Kraepelin e Jaspers intuiscono il collegamento diretto tra la diagnosi della malattia e gli elaborati artistici dei loro pazienti. Ma furono prima Freud con la formulazione delle teorie sull'inconscio e l'immagine onirica, e poi Jung con il concetto di inconscio collettivo e gli archetipi universali che danno un bello scossone alla concezione dell'arte come forma terapeutica. Freud sottolineava che il prodotto artistico è lo specchio del mondo interno e Jung considerava l'arte come una via di accesso ai sentimenti e all'analisi del Sè, che però devono essere portate alla luce per non produrre effetti negativi ma per produrre benessere e trasformazione. Da allora si coniò il termine "l'arte dei folli" da subito con la raccolta delle migliaia di opere di Prinzhorn raccolte nei vari manicomi tedeschi. Dopo aver capito che c'era un collegamento tra il processo creativo dell'immagine e le radici della psiche, Prinzhorn, vuole mettere in evidenza quanto le opere degli artisti isolati fossero di grande spessore proprio come quelle degli artisti famosi, ad esempio come quelli di V. Van Gogh. Prinzhorn suscitò grande interesse e fu ispiratore in particolare di J. Dubuffet che porta ancora più in luce l'arte spontanea, quella grezza, conosciuta come *Art Brut*. Dubuffet credeva nella spontaneità della creazione artistica di chi era vergine dalle regole e strutture della cultura artistica. I soggetti chiamati in causa erano persone emarginate con alle spalle malattie, solitudine, rifiuto e sofferenze. Da qui si comincia ad abbandonare l'idea che l'arte era semplice intrattenimento per gli internati (dedicare un tempo per fare qualche cosa) e di ergoterapia (creare delle attività finalizzate ad un "raddrizzamento" delle condotte "storte"). Negli anni '40 abbiamo in Inghilterra A.Hill che coniò per primo il termine arteterapia il quale aveva fornito agli internati del manicomio uno spazio artistico in cui esprimersi e trovare speranza per il loro futuro. Negli anni '50, negli Stati Uniti, abbiamo le due figure più importanti che spianarono la strada all'arteterapia: Margaret Naumburg la quale utilizzava l'oggetto artistico come mezzo di espressione facilitatore durante le sue sedute di psicoterapia e Edith Kramer invece sosteneva che la chiave era nel processo creativo che si innescava durante l'elaborazione del prodotto. Creare per lei significava incanalare, semplificare e

trasformare le esperienze interiori. Lei stessa ammise però che solo così non vi poteva essere una guarigione definitiva del conflitto interiore. Infatti può avvenire una vera trasformazione se le immagini rese visibili sono prese in carico dalla relazione interpersonale con il terapeuta. Da qui il percorso dell'arteterapia procede inesorabile anche grazie al riconoscimento di altre discipline alternative nella cura della persona.

## 2.2 Percorso iconografico dall'arte alienata all'arte-terapia

---

In diversi specialisti sostengono che non c'è bisogno di parlare di arteterapia perché l'arte è di per se terapeutica. Per spiegare meglio il concetto utilizzo l'articolo scritto dal professor Coppelli dove viene esaminata e chiarita ampiamente questa tesi.

«Rudolf Steiner scrisse:

*“La terapia artistica ha un effetto profondo e diretto sull'anima. Questo può portare, gradualmente, a migliorare la vitalità del paziente, la salute fisica e il benessere emotivo”.*

*Con queste premesse, però, ogni attività che ci procura benessere dovrebbe dirsi “terapeutica” con il rischio però di allargare troppo la definizione o, peggio, di banalizzarla.*

*Naturalmente, chi ha frequentato in modo più approfondito i perigliosi sentieri dell'arte, si rende subito conto di quanto possa essere approssimativa ed infondata questa affermazione; infatti, l'esplorazione di sé, fatta con il medium artistico, è un secchio lanciato in un pozzo alquanto oscuro ed è imprevedibile quando viene raccolto. In altri termini, una profonda ricerca interiore attraverso l'arte può essere, potenzialmente, sia strutturante che destabilizzante, sia salvifica che distruttiva.*

*A questo proposito resta emblematico l'aneddoto riguardante la famosa collezionista Peggy Guggenheim che, commendando con Pietr Mondrian il suo primo acquisto di un'opera di Jackson Pollock disse:*

*“Quest'uomo ha dei seri problemi, e la pittura è senza dubbio uno di questi”.*

*Del resto, come affermò Giulio Carlo Argan, ogni creazione contiene in sé un atto distruttivo.*

*Ironicamente Leo Longanesi affermava in uno dei suoi caustici aforismi:*

*“Arte è un appello al quale molti rispondono senza essere chiamati”.*

*Certamente, perciò, questa ricerca necessita di estrema attenzione e consapevolezza degli obiettivi, di*

abilità nell'uso degli strumenti e delle tecniche, altrimenti il rischio è quello di inciampare nella inopportunità, nella superficialità, nella imperizia o nel dolo.

D'altro canto, sappiamo che per "Arte Terapia" s'intende una disciplina non del tutto definita, eterogenea e sperimentale. Apparentemente collocata a metà strada fra la più spontanea espressività e la psicoterapia vera e propria; storicamente utilizzata nella diagnosi e cura di particolari e conclamati stati di patologia.

E' utile fare un sintetico passo indietro, per meglio orientare una definizione epistemologica corretta. L'evoluzione e l'emergere, abbastanza recente, di questa disciplina non deve far pensare ad una fumosa, improvvisata invenzione o alla mera importazione di scuole di pensiero di matrice anglosassone nel nostro paese. Certamente si cominciò a parlare di "arte terapia" negli Stati Uniti dalla metà degli anni '40, del 1900, per la cura dei militari traumatizzati del secondo conflitto bellico e della guerra di Corea, ma nel nostro paese l'utilizzo dell'arte in ambito curativo è molto precedente.

Sarebbe estremamente interessante parlare di come il mondo dell'arte ha visto e rappresentato il disagio della condizione umana, in generale, e il disagio mentale in particolare, ma ciò allargherebbe esageratamente l'orizzonte d'analisi. Ci limiteremo, quindi, a considerare come il mondo della terapia medica ha considerato questo disagio attraverso lo strumento dell'arte»<sup>6</sup>.

*"E preme la nostra carena la vastità del mare,  
è pronta infatti la nave sociale, accorrete compagni,  
e voi folli tutti, affrettatevi a prendere posto.  
Infatti il nostro numero è immenso e tende le orecchie  
a varie genti, a popoli interi. / la nostra schiera ha coperto il mondo,  
pochi son quelli che non premano per diventare nostri soci...  
La nostra prora sfuggirà al mare sicuro  
sino a che sfiniti saremo sommersi dall'onda gonfia".*

*(Sebastian Brant, La nave dei folli, 1494)*

## 2.2.1 L'arte degli alienati

L'articolo del professor Coppelli continua con un'accurata analisi storica dei personaggi più o meno conosciuti che si sono avvicinati all'arte e ne hanno tratto "profitto", alcuni anche senza saperlo ma, comunque circondati da persone che non coglievano il lato positivo dell'espressione artistica come processo chiave di gestione di alcune patologie o nevrosi.

---

<sup>6</sup> Carlo Coppelli, *Nuove ArtiTerapie*, ARTE ALIENATA- ART BRUT- OUTSIDER ART- ARTE TERAPIA: le visioni del disagio, <http://www.nuoveartiterapie.net/2016/02/22/arte-alienata-art-brut-outsider-art-arte-terapia-le-visioni-del-disagio/>, Febbraio 2016.

«La storia della psichiatria ha conosciuto diverse “ere” entro le quali l’espressione artistica e lo studio della psiche hanno consolidato solide relazioni.

Già all’inizio del 1800 in Italia e in Europa nacque e si sviluppò in alcuni ospedali psichiatrici la tendenza ad aprire atelier artistici. Uno dei più importanti quello del S. Lazzaro di Reggio Emilia dove sono conservati disegni e dipinti a partire dal 1875.

Diversi erano gli scopi di queste attività, all’interno di quelle che E. Goffman, nel suo saggio “Asylum”, chiamò “istituzioni totali”: uno era certamente quello di occupare e nel migliore dei casi attivare e contenere le crisi dei cosiddetti pazienti.

Una ergoterapia ante-litteram capace di canalizzare l’aggressività sia latente che manifesta, di sublimare pulsioni e desideri, ma, allo stesso tempo, valido aiuto in chiave diagnostica: una potenziale decifrazione di pittorici messaggi chiusi in metaforiche bottiglie in balia delle tempestose onde del subconscio, ma, raramente ritrovate e svelate. In tal senso, il caso di Van Gogh e della sua produzione pittorica nelle sue fasi di ospedalizzazione, rimane forse il più conosciuto.

Un mezzo spesso sottovalutato, utile però per mantenere un contatto con il mondo esterno, anche in taluni casi di chiusura pressoché totale (autismi, deliri, dissociazioni), questo attraverso una universale comunicazione simbolica di segni e colori.

Tali esperienze avevano portato alla ridefinizione di teorie psichiatriche che, nel corso del tempo, hanno via via modificato forma e contenuto.

A partire dalla fine della prima guerra mondiale, con il presumibile incremento di pazienti, lo studio dei loro elaborati espressivi ha portato alla definizione di: “Arte Alienata”, questo per la somiglianza stupefacente fra opere di molti pittori famosi, soprattutto delle avanguardie artistiche dei primi del 1900 ed elaborati di malati di mente e per la biografia della vita di alcuni artisti, spesso considerati folli.

Si è trattato di una lunga storia, iniziata dagli studi di alcuni psichiatri come Ambroise Tardieu, professore di medicina legale della facoltà di Parigi, che pubblicò per primo osservazioni dei dipinti dei folli (*Etude Medico-Legale sur la Folie*) nel 1872. Ma fu attraverso l’opera di esponenti più illuminati come Walter Morgenthaler con la sua opera su Adolf Wöllfli (*Ein Geisteskranker als Künstler – un malato di mente come artista*) o Marcel Reja (pseudonimo del dott. Paul Meunier) nel 1918 e soprattutto Hans Prinzhorn con la famosa collezione di dipinti e disegni di ricoverati presso l’ospedale psichiatrico di Heidelberg e dal suo trattato sulla cosiddetta arte alienata (*Bildneri der geisteskranken*, 1922) che si raggiunse una maggiore consapevolezza del valore dell’arte come comunicazione.

Sempre in quella grande stagione di ricerca, iniziarono, numerose, le pubblicazioni sulle connessioni fra arte e follia e più specificatamente, fra la produzione espressiva dei manicomi e la produzione di artisti moderni e contemporanei, filiazione, forse di quella antica e radicata convinzione che tende a legare il genio al folle. Ad esempio, A. Schopenhauer affermò che genio e follia hanno qualcosa in comune, vivendo entrambi in un mondo diverso da quello che esiste per gli altri.

La validazione “scientifica” ufficiale di questo connubio la diede, paradossalmente, il nazismo, con la

famosa mostra su “l’arte degenerata” del 1937, nella quale si accostarono le opere di Klee, Munch, Kandinskij, Picasso, Kirchner, Nolde ed altri a quelle di autori schizofrenici come Aloise, Wollfli, Genzel, Muller, Natterer. Ovviamente, la connessione era posta in termini assolutamente negativi, in contrapposizione con il modello nazionalpopolare di “arte pedagogica” descrittiva ed esortante (ma in realtà acritica): di degenerazione dell’arte moderna (con le sue innovazioni stravaganti, perturbanti e piene di dubbi) e non di “artisticità” del degenerato»<sup>7</sup>.

## 2.2.2 Le relazioni con le avanguardie artistiche

---

Le cose iniziano a cambiare.

«Certo, appare veramente folgorante la coincidenza storica fra le innovazioni delle avanguardie artistiche e la nascita della suddetta “arte alienata”. A partire dal 1904 (con i Fauves), continuando nel 1905 con l’Espressionismo, fino agli inizi degli anni ‘20 del secolo scorso, si svilupparono tutti i più importanti movimenti avanguardisti, che rivoluzionarono, ma anche modificarono, il modo stesso di vedere dell’uomo contemporaneo.

Picasso, durante il cosiddetto “periodo rosa” in uno dei suoi scritti affermò:

“Troppa armonia, troppi color pastello...E l’immediatezza, la passione, le sensazioni forti che emergono, invece, in alcune sculture e maschere di popoli primitivi, dove sono finiti?”.

Come logica conseguenza di questa affermazione e in risposta alla contemporanea mostra postuma di Cézanne, nel 1907, egli dipinse “les demoiselles d’Avignon”, per certi versi, il quadro cubista simbolo d’ingresso in quella grande e rivoluzionaria stagione. Però, nello stesso anno, M. Reja pubblicò il suo trattato; nel 1913 Kandinsky e Marc fondarono “Il cavaliere azzurro” (Der blaue reiter), nel 1914 nacque il movimento Dadà e nel 1913 al Royal Hospital di Londra venne inaugurata la mostra sull’arte psicotica; nel 1922 Prinzhorn diede alle stampe il suo libro e nel 1924 uscì il primo Manifesto Surrealista. D’altronde, egli stesso fu studioso di storia dell’arte, filosofia e psicologia, nonché cantante d’opera e di musica da camera di talento, psichiatra e psicoterapeuta, amico di Emil Nolde e di altri pittori espressionisti tedeschi e così via, di coincidenza in coincidenza, fino allo scoppio della seconda guerra mondiale.

In effetti, fu soprattutto il movimento surrealista che condensò questa relazione implicita in un rapporto più esplicito, ispirandosi direttamente alla follia nella realizzazione delle proprie rappresentazioni:

“L’unica differenza tra me e un pazzo è che io non sono pazzo” affermò Salvador Dalì.

---

<sup>7</sup> Carlo Coppelli, *Nuove ArtiTerapie, ARTE ALIENATA- ART BRUT- OUTSIDER ART- ARTE TERAPIA: le visioni del disagio*, <http://www.nuoveartiterapie.net/2016/02/22/arte-alienata-art-brut-outsider-art-arte-terapia-le-visioni-del-disagio/>, Febbraio 2016.

*In quegli anni infatti il matrimonio fra surrealismo e follia, si rivelerà basato su una certa ambiguità e su un interesse sbilanciato a favore del movimento artistico, alla ricerca di ispirazioni dalla scoperta dell'inconscio. Max Ernst, ad esempio rifece a modo suo diverse immagini di pittori psicotici (Natterer in particolare). Interesse, certo, ma pure autentico innamoramento, quello fra surrealisti e follia, affermato, ad esempio, dalla lettera ai primari dei manicomi, pubblicata nel 1925 di cui è riportata qui la parte finale:*

*”Senza insistere troppo sulla natura assolutamente geniale insita nelle manifestazioni di certi pazzi, nella misura in cui siamo adatti ad apprezzarle, affermiamo l'assoluta legittimità della loro concezione della realtà e di tutte le azioni che da essa derivano. Possiate ricordarvene domani mattina all'ora della visita, quando, privi di lessico adatto, tenterete di conversare con uomini sui quali, dovete ammetterlo, non avete altro vantaggio che non sia quello della forza”.*

*Superata la parentesi bellica, la ricerca ha sostanzialmente continuato ad avvicinare interessi di carattere nosografico, diagnostico ed estetico anche se (secondo il professore) non sono state adeguatamente e sistematicamente studiate le interconnessioni formali fra le scoperte degli artisti di quel periodo e le immagini spontaneamente scaturite da certi deliri.*

*Questo, forse, avrebbe consentito di fare emergere una sorta di alfabeto visivo archetipico prototipo di una comunicazione visiva in grado di superare gli ostacoli della malattia»<sup>8</sup>.*

### 2.2.3 I motivi iconografici maggiormente presenti

L'articolo prosegue ponendosi l'interrogativo sulle corrispondenze tra i linguaggi verbali e iconografici dei soggetti.

*«Ma quali potevano considerarsi come caratteristiche estetiche peculiari dell'arte psicotica?*

*Certamente ancor oggi è possibile riscontrare alcuni aspetti ricorrenti nel lavoro spontaneo dei pazienti, come: l'uso “assoluto”, ovvero non mediato da presupposti stilistici, decorativi, del colore o della linea (difficilmente combinate insieme); la presenza di composizioni astratte e calligrafiche; la serialità di alcuni “timbri” figurativi ricorrenti nello stesso spazio del foglio; l'espressività estrema di alcuni ritratti, realizzati attraverso varie strategie: la pastosità spesso alquanto materica della resa pittorica, l'uso di colori complementari, il contrasto fra tinte calde e fredde o il contrasto cromatico fra tinte chiare e scure; oppure, la meticolosità lineare, ossessiva e manierata di altri disegni ed altro ancora.*

---

<sup>8</sup> Carlo Coppelli, *Nuove ArtiTerapie, ARTE ALIENATA- ART BRUT- OUTSIDER ART- ARTE TERAPIA: le visioni del disagio*, <http://www.nuoveartiterapie.net/2016/02/22/arte-alienata-art-brut-outsider-art-arte-terapia-le-visioni-del-disagio/>, Febbraio 2016.

*All'epoca dei più rappresentativi studi sull'argomento, autorevoli autori come J. Bobon, F. Goffioul e G. Maccagnani provarono a stabilire un parallelismo fra il linguaggio scritto o verbale usato dai degenti e la corrispondente traduzione in forma iconografica suddividendo e catalogando le immagini in "neografismi, paramorfismi, stereomorfismi" alla stregua dei "neologismi, paralogismi e stereologismi" linguistici, così come altri, a partire da Prinzhorn individuarono caratteristiche peculiari del disegno "psicopatologico" (come "l'horror vacui" così diffuso nelle immagini degli schizofrenici). In questa fase, il punto d'osservazione rimaneva quello di psichiatri particolarmente sensibili, i quali si avvalevano prevalentemente dell'aiuto di maestri d'arte, all'interno di atelier interni. L'attività era individuale, le composizioni spontanee e l'accesso, per quanto possibile, libero ma motivato da scopi ergoterapici.*

*Certamente, le sintonie di forme e composizioni furono talmente numerose e diffuse da negare la presenza di semplici coincidenze. Ci si chiedeva se lo schizofrenico potesse definirsi "artista" a tutti gli effetti e fino a che punto il disagio profondo potesse considerarsi linfa vitale della immaginazione»<sup>9</sup>.*

## 2.2.4 L'Art Brut e l'Outsider Art

Secondo il professor Coppelli «alcuni motivi come: la tradizione idealistica, per certi aspetti spontaneista e poco sistematica (almeno qui in Italia), l'affabulazione interpretativa e una certa autoreferenzialità della cultura psichiatrica, impedirono allora una ricerca scientifica maggiormente pragmatica, magari supportata dalla comparazione meticolosa delle grandi quantità di materiale iconico allora a disposizione, che potesse condensarsi nella dignità di una vera e propria specifica teoria.

Questo a differenza di quanto successo per ciò che riguarda l'analisi delle altre due componenti dell' "art brut" così come definita dall'artista J. Dubuffet, vale a dire le cosiddette "arte infantile" e "arte primitiva" o, come diremmo più correttamente oggi: "etnica".

Dal secondo dopoguerra, infatti, l'attenzione si spostò maggiormente all'ambito artistico con la definizione di "Art Brut", termine coniato sempre da J. Dubuffet nel 1946 comprensiva dell'arte dei folli, ma pure di quella dei bambini e dei cosiddetti "selvaggi".

Queste tre categorie, dove venivano visualizzati spontaneamente gli universi immaginativi dei soggetti, secondo "La Compagnie dell'art brut", erano antitetiche dell' "arte culturale" paradigma dei limiti dell'azione consapevole, ma, frutto del controllo della tecnica e di molteplici condizionamenti.

In tempi più recenti (nel 1972) il critico Roger Cardinal coniò il termine Outsider Art. Con questo termine, furono designate tutte le opere prodotte da artisti "marginali" o irregolari: visionari, autodidatti senza alcuna formazione accademica, malati mentali, medium, senz'altro, pittori naïf (quella che negli USA viene definita folk-art) o provenienti da realtà etniche primitive.

---

<sup>9</sup> Carlo Coppelli, *Nuove ArtiTerapie, ARTE ALIENATA- ART BRUT- OUTSIDER ART- ARTE TERAPIA: le visioni del disagio*, <http://www.nuoveartiterapie.net/2016/02/22/arte-alienata-art-brut-outsider-art-arte-terapia-le-visioni-del-disagio/>, Febbraio 2016.



*“l’arte nomade tende a essere portatile, asimmetrica, dissonante, irrequieta, incorporea e intuitiva. Le rappresentazioni naturalistiche di animali, spesso in violento movimento, si combinano con una tendenza compulsiva all’ornamentazione. Il colore è violento; massa e volume sono rifiutati a favore di nitidi profili e di una tecnica a traforo di spirali, graticci ed intrecci geometrici... Le somiglianze fra esperienza allucinatoria e arte nomade non si possono spiegare come fatti puramente casuali”<sup>10</sup>*

*Sempre nell’ambito soprattutto della folk-art o outsider art, una riflessione a parte meritano quelle che nell’ambito anglosassone vengono chiamate “Visionary environments”, ovvero ricostruzioni ambientali di autentici mondi interni, accumulazioni (e per lo più ossessive) di carattere ambientale, architetture fantastiche collocate principalmente in case o giardini di proprietà degli esecutori. In questi casi, l’ambito per certi versi, episodico del dipinto o del disegno, viene superato dalla sistematicità temporale dell’esecuzione, spesso corrispondente ad una vita intera. Si tratta di ricostruzioni di un “sè materico”, anzi, “murario”, stabile e duraturo attraverso il quale esorcizzare le proprie angosce.*

*Particolarità di queste imprese indubbiamente epiche, è la loro presenza nei cinque continenti, le loro antiche origini e la conferma della connessione con quanto prodotto da artisti affermati: sono siti storici con queste caratteristiche il cinquecentesco Parco dei Mostri di Bomarzo o la settecentesca Villa Palagonia a Bagheria o i contemporanei Parco dei Tarocchi di Niki De Saint Phalle a Caparbio e La Scarzuola di Tomaso Buzzzi a Monteggabione, tanto per citarne alcuni, il che, al di là delle differenziazioni stilistiche e culturali, rende bene l’idea della universalità dell’arte come necessità espressiva e riorganizzazione del proprio universo personale, esternizzazione del mondo interno»<sup>11</sup>.*

## 2.2.5 La situazione post-bellica

*Tornando al periodo successivo alla guerra «La diffusione del dibattito scientifico e culturale, la storia che ha portato, via, via, dall’arte alienata all’art brut e all’outsider art, ha poi inevitabilmente condotto il mondo della terapia e della psichiatria in particolare, a ridefinire e a ri-titolare progressivamente il proprio ambito d’interesse. Dal secondo dopoguerra in poi si formarono quindi, associazioni internazionali come quella di “Psicopatologia dell’espressione”, poi mutata in “Comunicazione non verbale in psicopatologia”, titolo questo che dagli anni ‘70 in poi perse l’ultima sua parola divenendo “Comunicazione non verbale”.*

---

<sup>10</sup>

B. Chatwin, *Anatomia della irrequietezza*, Adelphi, 2005, pag.119.

<sup>11</sup> Carlo Coppelli, *Nuove ArtiTerapie*, ARTE ALIENATA- ART BRUT- OUTSIDER ART- ARTE TERAPIA: le visioni del disagio, <http://www.nuoveartiterapie.net/2016/02/22/arte-alienata-art-brut-outsider-art-arte-terapia-le-visioni-del-disagio/>, Febbraio 2016.

*Grazie alla nuova sensibilità antipsichiatrica (a parte alcune attività ancora presenti negli attuali O.P.G.), infatti, si è assistito, in seguito, al prevalere del taglio psicoanalitico su quello strettamente psichiatrico; complice di quella nuova situazione anche diversi fattori: la progressiva chiusura dei manicomi; l'evoluzione e l'applicazione sistematica della terapia farmacologica; l'affermarsi del modello terapeutico anglosassone; lo spostamento dell'attenzione dall'igiene mentale a quello più generalmente espressivo, coinvolgendo l'ambito del cosiddetto Ben-Essere.*

*Usando un'ardita metafora, si potrebbe dire che si è trattato di un passaggio radicale dall'isola delle psicosi al variegato arcipelago delle nevrosi.*

*In definitiva, in questi ultimi 100 anni, lo studio e l'interesse epistemologico, in un certo senso, si è progressivamente spostato: dalla semplice ergoterapia, all'osservazione nosografica e diagnostica della psichiatria, e poi a quella terapeutica della psicoanalisi, fino ad arrivare a quella estetica (ma anche economica), del mondo artistico, della critica e del mercato dell'arte.*

*Tutto ciò però, non ha portato direttamente all'arte terapia, debitrice di questa importante storia, ma che invece ha seguito un percorso parzialmente parallelo»<sup>12</sup>.*

## 2.2.6 Art-Therapy

Eccoci al momento di svolta, dove una cruciale sensibilità e intuizione percepiscono che l'arte può essere un canale di espressione non solo estetica.

*«La considerazione, la raccolta e l'analisi degli elaborati visivi dei pazienti effettuata, per la prima volta, nel secolo scorso, ha permesso al terapeuta o al semplice osservatore, di accedere all'universo simbolico del paziente, intuendo la potenzialità comunicativa dell'essere umano, anche nelle situazioni maggiormente compromesse; “colorando”, metaforicamente, la cartella clinica, fino allora bloccata dalla nosografia diagnostica. Questa storia ha fatto emergere una psichiatria fondata sulla centralità della relazione: cogliendo tutte le possibili risorse che continuano a vivere nell'individuo anche quando le ombre dell'angoscia psicotica sembravano far perdere ogni reale possibilità di contatto con l'altro da sé. Un invito, insomma, ad aprire meglio gli occhi e a riflettere con le emozioni che ha fornito una base sicura per l'avvento e l'evolversi dell'arte terapia.*

*Giungiamo quindi all'attuale, definizione di “Art-therapy” (A.T.)»<sup>13</sup>.*

Prima di procedere proviamo a sintetizzare le differenze tra i vari ambienti di espressione artistica e gli spazi dell'Art-therapy.

---

<sup>12</sup> <sup>13</sup> Carlo Coppelli, *Nuove ArtiTerapie, ARTE ALIENATA- ART BRUT- OUTSIDER ART- ARTE TERAPIA: le visioni del disagio*, <http://www.nuoveartiterapie.net/2016/02/22/arte-alienata-art-brut-outsider-art-arte-terapia-le-visioni-del-disagio/>, Febbraio 2016.

*«Innanzitutto, nell'art brut e più recentemente, nell'outsider art, si può parlare, di relativa attività spontanea, di una effettiva attività individuale e di un libero accesso agli spazi dell'atelier.*

*I più recenti studi sull'attività artistiche negli O.P. dell'epoca e sull'odierna attività negli O.P.G. e nei servizi territoriali, hanno però, in parte, messo in discussione la mitologia del disegno spontaneo: era abitudine da parte degli psichiatri, indirizzare i pazienti all'attività e, da parte degli atelieristi, incoraggiare e sostenere i pazienti nelle loro attività, così come questi ultimi non erano insensibili agli apprezzamenti.*

*Nel caso dei laboratori di arte terapia, l'intervento del facilitatore è più diretto ed esplicito: egli è il conduttore del gioco, certamente non direttivo e permeabile a quanto succede nel setting, ma in grado di accogliere le diverse istanze del paziente, ad esempio, di modificare, all'occorrenza la traiettoria e la forma del gioco stesso, di sottolineare o tralasciare gli obiettivi preposti ecc. Viene certamente dato risalto al prodotto visivo elaborato (analizzato, contestualizzato, ammirato confrontato o, semplicemente, considerato): in molti casi, come si è visto, l'immagine è vista come un'opera conclusa più o meno sintomatica. Ma ancor più, l'A.T. considera soprattutto l'elemento processuale che porta alla elaborazione di un dipinto, disegno ecc. Anche nel caso di trattamenti individuali, l'attività è frutto dell'interazione con l'altro (compagni o conduttore che sia). Da ciò ne consegue un'attenzione particolare alla strutturazione del setting e all'osservazione delle dinamiche che si sviluppano.*

*Nel caso di atelier negli Ospedali Psichiatrici, come si è accennato, la gestione dell'atelier riguarda personale dotato di una qualifica artistica ma non necessariamente formato dal punto di vista delle conoscenze psicoterapeutiche, queste ultime, invece, esclusivo appannaggio dello psichiatra.*

*A ben vedere, quindi, si tratta di uno sdoppiamento di qualifica fra l'azione artistica (delegata al maestro d'arte) e l'azione psicoterapeutica (delegata allo psichiatra o a chi per esso) ognuno con il proprio ruolo e competenze ben distinte.*

*Nel percorso di arte terapia, invece, la figura dell'arte terapeuta diventa centrale, pur con i necessari confronti con eventuali equipe di riferimento nella strutturazione di un corretto percorso terapeutico.*

*Si può perciò parlare, soprattutto di uno spostamento del piano dell'attenzione dal punto di vista diagnostico (o estetico) a quello effettivamente terapeutico e relazionale.*

*L'immagine non è un'opera conclusa in se ma diviene la rappresentazione di un cantiere aperto, l'indispensabile tappa di un cambiamento, insomma, una risorsa. Lo scopo non è quello di certificare la qualità dei prodotti, spesso solo abbozzati o non conclusi, bensì di utilizzare gli stessi per definire una mappa sensibile del mondo percepito dal soggetto (inteso come "persona", indipendentemente dal fatto di essere cliente, paziente o partecipante). Si potrebbe intendere anche come un tentativo di limitare la tendenza egocentrica dell'artista, intendendo con questo appellativo, sia il gestore dell'atelier, sia il paziente che elabora le proprie immagini*

*Grande merito di quella che potremmo definire arte in ambito psichiatrico, è stato quello di scoprire e valorizzare gli elaborati dei pazienti, quindi, metaforicamente, permettendo loro di uscire dallo stato di*

*detenzione attraverso le loro immagini. In questo aspetto si possono trovare denominatori comuni con l'arte terapia (che per altro deve moltissimo a queste esperienze pregresse), viceversa è possibile riscontrare una basilare differenza dell' A.T. ovvero, nel non porsi neppure il problema di certificare la qualità dei prodotti in considerazione del loro interesse "artistico", ma nel considerare l'efficacia e la bellezza stessa delle immagini in relazione alla loro immediatezza ed efficacia comunicativa.*

*L'ideazione di una nuova professionalità che comprendesse l'arte e la terapia ha però comportato un problema di armonizzazione dei due diversi aspetti. Problema spesso sottovalutato: nel nostro paese, nella formazione di arte terapeuti, percentualmente, si assiste ad una presenza più rilevante di operatori che provengono da un ambito terapeutico rispetto a chi viene da un ambito artistico. Ciò può creare un fenomeno di "spersonalizzazione artistica", ovvero, il rischio di considerare l'aspetto artistico come un semplice mezzo o un contenitore in grado di veicolare il processo terapeutico (...) L'operatore A.T. di formazione prevalentemente artistica, naturalmente, dovrebbe prevedere un proprio studio e costante aggiornamento in grado di compensare l'aspetto delle conoscenze psicoterapeutiche»<sup>14</sup>.*

*Quindi, secondo il professore «è indispensabile l'integrazione il più possibile equilibrata di queste due complesse anime»<sup>15</sup>.*

---

<sup>14 15</sup>

Carlo Coppelli, *Nuove ArtiTerapie*, ARTE ALIENATA- ART BRUT- OUTSIDER ART- ARTE TERAPIA: le visioni del disagio, <http://www.nuoveartiterapie.net/2016/02/22/arte-alienata-art-brut-outsider-art-arte-terapia-le-visioni-del-disagio/>, Febbraio 2016.

## 3 L'Arte-Terapia

---

Nel corso della storia umana l'arte è sempre stata usata per abbellire e decorare, in armonia con l'inclinazione di fare qualcosa di speciale, che è un nostro autentico bisogno.

L'arteterapia è una delle poche terapie che consente di realizzare qualcosa di duraturo che registra significati, esperienze e sentimenti. Questa concretezza del prodotto permette di documentare idee e percezioni per poi riesaminarle in un secondo momento. Rivedere le espressioni artistiche create nell'arco anche di un tempo lungo consente di seguire lo sviluppo di temi, eventi, emozioni e pensieri nel corso del tempo.

I due aspetti fondamentali dell'arte-terapia sono il *processo creativo* e la *produzione simbolica*, ma ci sono anche altri aspetti che possono essere considerati terapeutici. A livello più semplice e immediato, è un'attività che favorisce l'autostima, incoraggia a sperimentare e assumersi rischi e responsabilità, insegna nuove abilità e arricchisce la vita. Queste dimensioni possono sembrare puramente ricreative, ma fare qualcosa con le proprie mani e rendersi conto di aver prodotto qualcosa di unico e irripetibile è molto importante e significativo.

### 3.1 Perché l'arteterapia aiuta

---

L'arte può servire a capire meglio chi la produce, ma il processo terapeutico, con le sue potenzialità di crescita e guarigione, deriva anche dalla concreta produzione di opere d'arte. Aiutare le persone a comprendere la propria espressione artistica rientra certamente nella terapia, ma insieme a questa è fondamentale anche il processo stesso del fare arte. Si tratta di una modalità terapeutica che presenta speciali possibilità di riparazione, trasformazione e auto-esplorazione.

#### 3.1.1 Pensiero visivo: da S. Freud a C. G. Jung

---

Il pensiero visivo è la capacità di organizzare, per mezzo di immagini, i nostri sentimenti, pensieri e percezioni circa il modo che ci circonda. Esso è in tutte le cose che facciamo, dal programma della giornata ai sogni notturni. Definiamo il mondo mediante descrizioni visive, pensiamo per immagini, tante volte usandole per rappresentare idee e sentimenti.

Sigmund Freud, il padre della psicologia moderna, osservava che sogni, sentimenti e pensieri sono espressi prevalentemente sotto forma di immagini<sup>16</sup>.

*Quando interpretiamo un sogno, traduciamo semplicemente un determinato contenuto ideativo (i pensieri onirici latenti) dalla “lingua del sogno” in quella della nostra vita vigile. In questo modo si apprendono le peculiarità di questo linguaggio onirico e si ricava l'impressione ch'esso appartenga ad un sistema espressivo molto arcaico. [...] Nel contenuto onirico i contrari stanno l'uno per l'altro e sono rappresentati dallo stesso elemento. Ovvero, detto in altri termini: nel linguaggio onirico i concetti sono ancora ambivalenti, riuniscono in sé significati opposti, come si verifica secondo le ipotesi dei glottologi nelle radici più antiche delle lingue storiche. Un altro sorprendente carattere del linguaggio onirico è l'uso oltremodo frequente dei simboli, i quali permettono in certa misura una traduzione del contenuto onirico indipendentemente dalle associazioni dell'individuo singolo. L'essenza di questi simboli non è stata ancora sufficientemente chiarita dalla ricerca; si tratta di sostituzioni e di paragoni in base alle somiglianze che in parte sono evidenti; in altri simboli invece il presumibile tertium comparationis della nostra conoscenza conscia è andato perduto. [...]*

*Se pensiamo che i mezzi di rappresentazione del sogno sono principalmente immagini visive, non parole, il confronto del sogno con il sistema di scrittura ci apparirà ancor più appropriato di quello con una lingua. In effetti l'interpretazione di un sogno è perfettamente analoga alla decifrazione di un'antica scrittura ideografica, per esempio dei geroglifici egiziani. [...] La molteplicità di significati di parecchi elementi onirici ha il suo riscontro in questi antichi sistemi di scrittura, al pari dell'omissione di diverse relazioni, che sia nell'uno che nell'altro caso devono essere completate in base al contesto. [...]*

*Il linguaggio onirico, si può dire, è il modo di esprimersi dell'attività mentale inconscia. Ma l'inconscio non parla un unico dialetto<sup>17</sup>.*

La frustrazione dei pazienti nel descrivere i sogni poteva, a suo avviso, essere alleviata se riuscivano a disegnarli.

*Alcuni problemi che si riferiscono all'arte e all'artista trovano nell'osservazione psicoanalitica un chiarimento soddisfacente; altri le sfuggono interamente. Essa riconosce anche nell'esercizio dell'arte un'attività che si propone di temperare desideri irrisolti, e precisamente in primo luogo nello stesso artista creatore e in seguito nell'ascoltatore o nello spettatore. Le forze motrici dell'arte sono gli stessi conflitti che spingono altri individui alla nevrosi, e che hanno indotto la società a fondare le sue istituzioni. Donde venga all'artista la capacità creativa non è un problema della psicologia. L'artista cerca innanzitutto un'autoliberazione e, comunicando la sua opera, la trasmette ad altri che soffrono degli stessi desideri trattenuti. E' vero che egli rappresenti come appagate le sue fantasie di desiderio più personali, ma queste divengono opera d'arte soltanto attraverso una trasformazione che mitiga l'aspetto urtante di questi desideri, ne cela l'origine personale e offre agli altri, rispettando le regole estetiche, seducenti premi di piacere.*

---

<sup>16</sup> S. Freud, «The Ego and the Id.» In J. Strachey (Ed.), The Complete Psychological Works of Sigmund Freud. XIX. Hogarth, London, 1923.

<sup>17</sup> S. Freud, *Saggi sull'Arte, la letteratura e il linguaggio*, Bollati Boringhieri, Torino 1999, pp. 177-178.

*Accanto all'evidente contributo del godimento artistico, non è difficile per la psicoanalisi accertarne un altro latente, benchè di gran lunga più efficace, che deriva dalle fonti recondite della liberazione pulsionale. Il rapporto tra le impressioni infantili e il destino dell'artista da un lato, e le sue opere come reazioni a queste sollecitazioni dall'altro, fa parte dei temi più attraenti dell'osservazione analitica.*

*Per il resto la maggior parte dei problemi della creazione e del godimento artistico attende ancora un'elaborazione che faccia cadere su di essi la luce della conoscenza analitica e ne indichi il posto nel complicato assetto delle compensazioni di desiderio. In quanto realtà convenzionalmente accettata, in cui grazie all'illusione artistica simboli e formazioni sostitutive possono suscitare affetti reali, l'arte costituisce un regno intermedio tra la realtà che frustra i desideri e il mondo della fantasia che li appaga, un dominio in cui sono rimaste per così dire vive le aspirazioni all'onnipotenza dell'umanità primitiva<sup>18</sup>.*

Secondo Freud, l'arte è molto vicina all'inconscio in quanto la percezione visiva arriva prima dello sviluppo della capacità di espressione verbale. Le immagini fanno parte delle nostre primissime esperienze e molti dei nostri pensieri preverbalari sono sotto forma di immagini. Ad esempio, quando abbiamo la possibilità di ricordare un evento, un luogo o una persona, lo facciamo principalmente attraverso un'immagine mentale.

Anche Carl Gustav Jung<sup>19</sup>, di cui è noto l'interesse per i simboli visivi nei sogni e nell'arte, osservava che, lasciando che uno stato d'animo o un problema si incarni in un'immagine, lo si comprende più chiaramente e profondamente sperimentando le emozioni che sono contenute in essa.

*Pazienti in possesso di qualche dote per la pittura o il disegno possono esprimere l'affetto mediante "un'immagine". Quel che importa non è ottenere una descrizione soddisfacente sotto l'aspetto tecnico o estetico, bensì semplicemente lasciare libero campo al gioco della fantasia e, per il resto, che la cosa sia fatta "il meglio possibile" [...]*

*Anche in questo caso si crea un prodotto in cui giocano le influenze dell'inconscio e della coscienza, e che incorpora, accumulandole, l'aspirazione dell'inconscio a emergere alla luce e l'aspirazione della coscienza alla sostanza.*

*Spesso vi sono dei casi nei quali non sussiste assolutamente squilibrio affettivo nettamente percepibile, ma solo un malessere generale, cupo, indefinibile, una sensazione di resistenza contro tutto, una sorta di noia o una nausea di natura imprecisata, una specie di vuoto che non si riesce a definire meglio. In questi casi non c'è alcun punto di partenza preciso, anzi bisognerebbe proprio cominciare col crearlo. [...]*

*Bisogna escludere l'attenzione critica. Le persone con doti visive devono indirizzare la loro "attesa" in modo che ne risulti un'immagine interiore. Di regola si presenterà un'immagine fantastica (di natura forse ipnagogica) che*

---

18  
Ivi, pp. 180-181.

19  
C. G. Jung, M. L. Von Franz, J. Henderson, J. Jacobi, A. Jaffè, *Man and his symbols*, Doubleday, New York, 1968.

*dovrà essere osservata con cura e fissata per iscritto. Le persone con propensioni acustico-verbali sentono invece di solito delle parole interiori. Inizialmente sono forse semplici frammenti di frase in apparenza senza senso, ma vanno anch'esse fissate con cura. Altri percepiscono in questi momenti semplicemente "l'altra" voce che è in loro. Non pochi naturalmente posseggono una sorta di critico o giudice interiore che li giudica in tutte le loro iniziative. In malati di mente questa voce viene sentita come pure allucinazioni. Ma anche persone normali con una vita interiore in qualche misura sviluppata sono senz'altro in grado di riprodurre questa voce inudibile. Tuttavia questa "altra" voce è quasi regolarmente rimossa, data la sua notoria petulanza e ostilità. A queste persone non riesce naturalmente difficile entrare col materiale inconscio e quindi attuare la premessa richiesta dalla funzione trascendente.*

*Vi sono poi altre persone che non vedono e non sentono interiormente, ma le cui mani hanno la capacità di esprimere contenuti dell'inconscio. Questi pazienti si servono con profitto di materiali plastici. Sono relativamente rare le persone con doti motorie capaci di esprimere l'inconscio mediante il movimento o la danza. Lo svantaggio di non poter fissare i movimenti va ovviato disegnandoli in seguito e con cura, per non dimenticarli. Un caso ancora più raro, ma anch'esso utilizzabile, è la "scrittura automatica", diretta o con la planchette. Anche questo procedimento dà risultati assai proficui<sup>20</sup>.*

La filosofia junghiana si basa ampiamente sulle immagini di sogni e ricordi, nella loro connessione coi sentimenti, per aiutare le persone a elaborare conflitti e problemi.

### 3.1.2 Liberazione emotiva: l'immagine che non può essere spiegata

Nell'arte-terapia le persone sono incoraggiate ad esprimere ciò che non sanno o non possono dire a parole attraverso il disegno, la pittura o altre forme artistiche. Per qualcuno le parole possono essere un modo per evitare o camuffare l'espressione di veri sentimenti. Una forma non verbale di comunicazione come l'arte può aprire una finestra aperta su sentimenti e pensieri che forse non sarebbero accessibili mediante un linguaggio. Questa caratteristica dell'attività artistica può aprire la strada ad emozioni e idee che erano volutamente o no ignorate e inconsce<sup>21</sup>.

Non essendo un processo lineare vincolato dalle regole del linguaggio verbale, come sintassi, grammatica e ortografia, l'espressione artistica è in grado di esprimere simultaneamente molti aspetti complessi. Ciò che richiederebbe un'ampia ed elaborata esposizione verbale può essere espresso da un singolo disegno oppure elementi ambigui, enigmatici o contraddittori possono confluire nella stessa immagine. L'arte, a differenza del linguaggio, non avendo regole di struttura e di organizzazione può aiutare ad integrare e sintetizzare sentimenti e esperienze vissute.

---

20

C. G. Jung, *La vita simbolica*, Biblioteca Bollati Boringhieri, Torino 1993, pp. 39-40.

21

A. Maslow, *Verso una psicologia dell'Essere*, Astrolabio Ubaldini, Roma, 1971.



*Non tutte le prigioni hanno le sbarre: ve ne sono molte altre meno evidenti da cui è difficile evadere, perché non sappiamo di esserne prigionieri. Sono le prigioni dei nostri automatismi culturali che castrano l'immaginazione, fonte di creatività. (Henry Laborit)*

Il punto di vista della Gestalt sulla formazione dei disturbi nevrotici è che questi sono la conseguenza di un cronico processo di auto-interruzione dei propri impulsi. Si inibiscono le azioni, le emozioni e gli stessi pensieri. Si perde la consapevolezza della propria esperienza e dei propri vissuti. Ci si anestetizza e non si sa più chi si è e cosa si ha veramente voglia di fare. Si va avanti per modelli di adattamento: stereotipie, luoghi comuni, schemi generalizzati di comportamento, ecc.

In riferimento a questo genere di condizionamenti, Kernberg ipotizzò l'esistenza nell'inconscio di ognuno di noi e in modo particolare nelle persone più disturbate di una molteplicità di "unità sé-oggetto" che definì come "rappresentazioni diadiche o bipolari -immagini del Sé e dell'oggetto- come riflessi dell'originario rapporto infante-madre e il suo successivo sviluppo in relazioni interpersonali interne ed esterne, diadiche, triangolari e multiple"

Per Kernberg dunque nelle persone vi sono molte di queste unità di relazione con gli oggetti, cioè vecchi modelli di relazione, ovvero "atmosfera emozionali" non integrate.

Anche Stern ha condiviso questo punto di vista e chiama RIG questi modelli di interazione acquisita, cioè "rappresentazioni interazionali generalizzate".

Prima di loro Bowlby affermò che il bambino, interagendo con il proprio contesto affettivo originario, tende a mettere a punto un sistema di adattamento, un modello mentale del Sé che chiamò "Internal Working Models" che sono appunto dei modelli operativi interni (MOI) che definiscono il proprio modo di "essere con l'altro", cioè il modello interattivo interno dell'individuo, e che poi in sostanza corrisponde al concetto di imprinting di Lorenz.

Ovviamente tutto questo è accaduto per la necessità di adattarsi ad un ambiente affettivo originario in cui non vi era, o quantomeno non si era in grado di elaborare una reale possibilità di rispondere diversamente a queste antiche circostanze. Per sopravvivere emotivamente (non rimanere soli in preda alla propria angoscia) si è dovuto costruire un "falso sé", che in sostanza è appunto l'inibizione, il blocco dei propri impulsi per non correre il rischio del rifiuto, della disapprovazione, dell'allontanamento, con le conseguenze che ci si può facilmente immaginare per un bambino.

Questo condizionamento lo ritroviamo anche nella nostra vita adulta, ma poiché è ben "nascosto" dai nostri meccanismi difensivi, cioè dalle antiche resistenze che abbiamo messo in atto

per “sopravvivere”, non è proprio così semplice divenirne consapevoli.

Nel nostro organismo, qui inteso come una gestalt, cioè un insieme, un complesso di sensazioni, posture, emozioni, pensieri, ecc., questi antichi impulsi inibiti li possiamo ritrovare anche nel nostro “schema corporeo”, cioè nel modo in cui abbiamo organizzato il nostro corpo per rispondere e contemporaneamente bloccare questi impulsi ed emozioni che si trovano sullo sfondo, trovando in tal modo un equilibrio per mezzo dell’adattamento forzato. In sostanza è presente una polarità per cui una parte spinge e l’altra trattiene con la conseguenza di un gran spreco di energia.

Per mezzo dell’arte-terapia, attraverso le sue molteplici espressioni con la musica, la pittura o il disegno, la danza, la scultura, la scrittura, il teatro e la recitazione, ecc. si possono realizzare molte opportunità per aggirare questi ostacoli posti dalle resistenze alla consapevolezza.

L’oggetto rappresentato dall’espressione artistica, per es. un disegno o una scultura che si è realizzata, o un particolare ritmo sonoro espresso da uno specifico strumento, o una certa figura di danza, un soggetto teatrale, ecc. si pone come simbolo che permette un trasferimento di significato da un evento reale a una sua rappresentazione metaforica (dal greco *metapherō* = io trasporto) che può raggiungere molto più rapidamente della parola i contenuti arcaici della memoria antica.

La metafora è il linguaggio dell’emisfero cerebrale destro, il quale presiede alle attività intuitive, musicali, immaginative, artistiche, emotive, sessuali, spirituali, ecc, e che attinge direttamente dal processo primario, il “serbatoio dell’energia pulsionale” che, se liberato, può permettere il libero deflusso dell’eccitazione e il raggiungimento della gratificazione. Per esempio si pensi a certe manifestazioni di “liberazione” dalle rigide strutture del controllo della razionalità dell’emisfero sinistro quando, come nelle danze dei dervisci o in altre esperienze di vette dell’espressione artistica quali la musica o la pittura (le “peak experiences” di Maslow) si può entrare in stati alterati di coscienza raggiungendo condizioni estatiche.

Le metafore sono molto più tollerate dalla coscienza rispetto alle crude e reali sequenze di immagini traumatiche della nostra vita passata. Al posto di una frase “oggettiva” che risuonerebbe forse troppo pesantemente, o di un resoconto eccessivamente diretto dell’evento temuto, con la metafora si diluisce un po’ l’intensità, in altre parole si deflette in qualche modo con un altro tipo di espressione che trasmette comunque la stessa “essenza” del vissuto originario permettendo a delle immagini di forte carica espressiva di manifestarsi senza destabilizzare e scompensare eccessivamente il sistema difensivo.

Come nel linguaggio dei sogni altrettanto nell’espressione artistica, il simbolo e la metafora possono “parlare non dicendo” ma pur tuttavia rappresentando l’esperienza evitata. In questo modo si può diminuire l’ansia che si sperimenterebbe se si affrontasse il problema direttamente. Secondo

Barker la metafora rappresenta “un modello di comunicazione, un linguaggio per il cambiamento che può influenzare direttamente l’inconscio della persona”.

Per esempio se qualcuno dice che si sente a pezzi o che sta per essere inghiottito dalle sabbie mobili o divorato da un leone e ne fa un disegno o una scultura o ne recita una scena come se stesse accadendo davvero o anche rappresenta tale esperienza attraverso dei passi di danza, questa esperienza risuonerebbe ben diversamente entro la persona e certamente ben più gestibile che non urlando e tremando in preda al panico, stravolto tra le lacrime e dicendo che è affranto dalla frustrazione, dalla rabbia e dalla paura. In quest’ultimo caso potrebbe non riuscire ad assorbire l’esperienza ed avrebbe un contatto particolarmente sgradevole con gli oggetti impliciti delle sue emozioni.

E’ noto che più il linguaggio simbolico o le metafore sono vaghe e maggiormente l’individuo si mobilita per affrontare il proprio problema. Nell’arte-terapia, o forse per meglio dire in questo caso nella terapia a mediazione artistica secondo l’approccio gestaltico, si utilizza la metafora come espressione simbolica dei propri contenuti interni e si può avviare, mediante l’uso della tecnica d’identificazione, come per esempio chiedendo alla persona di “divenire i pezzetti sparsi” o “le sabbie mobili” o il “leone” in riferimento all’esempio fatto sopra, per entrare in contatto con le sue connessioni di significato interne che possono portare attraverso un processo psicoterapeutico di elaborazione alla ri-sperimentazione degli antichi eventi traumatici senza peraltro viverli in modo eccessivamente drammatico. Si instaura un processo di apprendimento ed elaborazione graduale che può diventare una base per il cambiamento e l’integrazione dei contenuti rappresentati.

Attraverso la presa di contatto con le analogie tra le proprie esperienze e le metafore utilizzate per la loro espressione, può divenire molto più evidente la natura sottostante della propria problematica. Tutto ciò rientra sia nel campo della psicoterapia che dell’arte<sup>22</sup>.

Quindi, fare un disegno, un dipinto o una scultura può essere liberatorio, in quanto offre sollievo da sentimenti che possono essere dolorosi o disturbanti. Per molte persone riuscire a contenere nell’arte le proprie idee, esperienze ed emozioni può avere un effetto positivo, per altre è catartico (letteralmente purificatorio) parlare di ciò che hanno rappresentato nelle immagini prodotte, in particolare vissuti o sentimenti traumatici. Il processo della produzione artistica può alleviare lo stress e l’ansia anche creando una risposta fisiologica di rilassamento, con rallentamento del battito

---

22

Sergio Mazzei, *Brevi considerazioni sull’uso dell’arteterapia nella psicoterapia della Gestalt*, <http://www.in-psicoterapia.com/?p=6448> Marzo 2016.

cardiaco e respiratorio<sup>23</sup>. Attraverso studi effettuati in passato si è visto che durante l'attività creativa può di fatto aumentare il livello di serotonina nel cervello, combattendo così la depressione. Inoltre, il lavoro artistico è per alcuni una forma di meditazione che genera calma e pace interiore.

### 3.1.3 Un'esperienza sensoriale e il significato sentito

---

L'arte è un'attività manuale dove si costruisce, dispone, mescola, si tocca, modella, incolla, disegna, dipinge e altro. Fare arte è un'esperienza psicomotoria dove vengono chiamate in causa vista, tatto, udito e altre modalità sensoriali, a seconda dei mezzi usati. Queste esperienze, secondo lo psicologo Eugene Gendlin, implica un "significato sentito" ovvero una consapevolezza corporea di ciò che ci succede o che ci è successo.

<sup>24</sup> Cos'è una *sensazione sentita*? E' un'esperienza fisica, l'impressione corporea di una situazione; non è qualcosa di dettagliato, ma un'impressione complessiva, difficile da descrivere a parole. Infatti le migliaia di informazioni che raccogliamo sulle situazioni non sono immagazzinate nella mente, bensì nel corpo, che è come un raffinatissimo "computer biologico"<sup>25</sup>, che svolge in una frazione di secondo l'equivalente di centinaia di migliaia di operazioni cognitive. Il nostro pensiero cosciente non è in grado di trattenere tutte queste unità cognitive e di elaborarle con una tale velocità, mentre il corpo è in grado di esibirle "in un'unica grande, ricca e complessa esperienza di riconoscimento, in un'unica sensazione sentita". Il nostro corpo è dunque una fonte inesauribile di preziose informazioni.

La sensazione sentita non è un'emozione, che è solo la punta dell'iceberg: è assai più ampia e vaga. Affrontarla con i comuni approcci (svalutazione, analisi razionale, affrontare o soffocare l'emozione, la predica) non serve a nulla. Un disagio si manifesta nel corpo e, se vogliamo trasformarlo, dobbiamo agire anche sul piano fisico. Una volta individuata con il *focusing*, la sensazione sentita ha la capacità di trasformarsi. Quando viene individuata, portata alla coscienza, il corpo si rilassa. Questa sensazione di liberazione interiore G. la chiama "cambiamento corporeo" (può manifestarsi con un sospiro di sollievo, un accomodamento della postura, un rilassamento muscolare).

---

23

F. Kaplan, *Art, Science and Art Therapy*. Jessica Kingsley, London, 2000.

24

Marisa Mantovani, [http://www.counselingmantova.it/pdf/Focusing\\_estratto\\_Gendlin.pdf](http://www.counselingmantova.it/pdf/Focusing_estratto_Gendlin.pdf), Marzo 2016.

25

Ward Halstead (1908-1968): psicologo statunitense, studioso degli effetti delle lesioni cerebrali sui processi psichici.

Le fonti di questa sensazione di sollievo:

- 1) la disponibilità di una conoscenza precedentemente nascosta;
- 2) la sensazione di 'sblocco' a livello fisico, che ci fa sentire diversi. Possiamo *sentire* la trasformazione avvenire in noi.

L'arte è per sua natura sensoriale, cioè corporea (sensazioni visive, acustiche, tattili, olfattive, percezione ed organizzazione dello spazio) e coinvolge emozioni e processi cognitivi che attraverso vari linguaggi creativi ed il processo di simbolizzazione trovano espressione, dando forma all'esperienza. L'arte è, in sostanza, un uso particolare di linguaggi in cui l'organizzazione dell'esperienza sensoriale si carica di profondi contenuti interni alla persona. Mi piace pensare ai "sensi" come a "porte" attraverso le quali l'uomo conosce il mondo, lo porta dentro di sé, lo rielabora in una propria rappresentazione, per poi restituirlo e comunicarlo di nuovo all'esterno, in un processo circolare di continua decostruzione e ricostruzione. In questo modo, i canali sensoriali diventano le prime vie attraverso le quali stimolare l'apprendimento (funzioni cognitive), ma anche attraverso le quali comprendere le rappresentazioni interne del mondo degli individui e sostenerne il processo di trasformazione.

Il significato sentito è un modo di dare senso alle cose, che ci aiuta a capire e valutare il mondo intorno a noi. Nei casi di trauma emotivo, l'attività artistica offre una via per reintegrare emozioni complesse che si esprimono mediante i sensi. Gli aspetti tattili dell'arte possono essere gratificanti e rilassanti, e questo può portare verso un processo di guarigione delle ferite emotive.

In arteterapia, il fulcro è legare gestualità, espressività, immaginazione, emozioni, attraverso esperienze di pittura, danza, musica nella forma della produzione diretta; oltre a ciò, il lavoro arteterapeutico non può essere indipendente da un lavoro sul "contatto personale" che anima tutte le esperienze effettuate con i diversi linguaggi<sup>26</sup>.

### 3.1.4 Arricchisce la vita

La storia ci fa vedere come persone sottoposte a grandi stress abbiano trovato nell'arte il modo di esprimere e trasformare i conflitti interiori. Nel corso dei secoli pittori e scultori si sono serviti del loro lavoro per esplorare le sofferenze umane, trovare un senso ai propri conflitti e ricercare la trascendenza.

---

26

CreArti, [http://www.artecometerapia.it/arteterapia/cosa\\_arteterapia.asp](http://www.artecometerapia.it/arteterapia/cosa_arteterapia.asp), Marzo 2016.

*Stando all'esperienza che ho accumulato fino a oggi, le tendenze che sembrano emergere sono essenzialmente due: una procede in direzione della "raffigurazione", l'altra in direzione della "comprensione".*

*Là dove prevale il principio della "raffigurazione", i materiali accumulati vengono variati e accresciuti: si verifica così una sorta di "condensazione dei motivi" in simboli più o meno stereotipati che stimolano la fantasia figurativa e, quindi, operano prevalentemente come motivi estetici. Questa tendenza porta al problema estetico della "raffigurazione artistica".*

*Dove invece prevale il "principio della comprensione", l'aspetto estetico interessa relativamente poco, anzi può essere sentito addirittura come un ostacolo. Al contrario si giunge a un confronto intenso con il "contenuto significativo" del prodotto inconscio.*

*Mentre la raffigurazione estetica dell'espressione ha tendenza a indugiare sull'aspetto formale del motivo, una comprensione intuitiva cerca spesso di cogliere il senso da semplici allusioni inadeguate contenute nel materiale, senza prendere in considerazione gli elementi che ne sarebbero venuti alla luce nel caso di raffigurazione accurata.*

*Entrambi questi orientamenti non affiorano, per così dire, in virtù di un atto arbitrario, ma risultano dalla natura individuale della personalità. Entrambi presentano i loro rischi, come presentano le loro tipiche deviazioni e i loro tipici errori<sup>27</sup>.*

Qui Jung vuole sottolineare che quando vi è una tendenza estetica ci si concentra poi sull'aspetto vero e proprio della produzione, focalizzando l'attenzione sui problemi estetico-artistici dell'opera. Al contrario quando vi è una tendenza alla comprensione ci si concentra più sul contenuto, quasi sopravvalutandolo interpretando dei significati che si possono di molto allontanare dal valore simbolico dell'opera stessa. Questi appena elencati sono pericoli che si possono incontrare nella relazione con la propria opera artistica ma, sempre Jung, vuole far notare come la sopravvalutazione della raffigurazione nasce dalla "sottovalutazione" delle stesse:

*La sottovalutazione è uno degli ostacoli maggiori nella raffigurazione dei materiali inconsci. In questa circostanza appare tutta la sottovalutazione collettiva dei prodotti individuali: niente è buono, niente è bello se non rientra nello schema collettivo. L'arte contemporanea incomincia, è vero, a compiere tentativi di compensazione in proposito. Ciò che manca non è il riconoscimento collettivo del prodotto individuale, ma il suo apprezzamento soggettivo, cioè la comprensione del suo significato e del suo valore "per il soggetto". Il senso di inferiorità per il proprio prodotto non si verifica sempre, ovviamente; non è raro neanche il suo contrario, ossia un'ingenua sopravvalutazione acritica che pretende di aver diritto ad un riconoscimento collettivo. Quando il senso di inferiorità che costituisce l'ostacolo iniziale sia stato superato, può convertirsi facilmente nel suo contrario, vale a dire in una sopravvalutazione altrettanto grande. Nel caso opposto la sopravvalutazione iniziale si trasforma spesso in uno scetticismo che svuota le cose del loro valore. L'errore di questi giudizi sta nella mancata autonomia e nella mancata coscienza dell'individuo, il quale o sa misurare soltanto sulla base di valori collettivi o, in seguito a un'inflazione dell'io, perde completamente la capacità di giudizio.*

---

<sup>27</sup>  
Carl G. Jung, *Op. cit.*, pp. 41-42

*Le due strade sembrano essere l'una il principio regolatore dell'altra: entrambe sono legate da un rapporto di compensazione. L'esperienza dà ragione a questa formula. Nella misura in cui sono già possibili, al momento, conclusioni più generali, la raffigurazione estetica ha bisogno della comprensione del significato, e la comprensione ha bisogno della raffigurazione estetica. Così le due tendenze si integrano nella funzione trascendente. [...]*

*I contenuti inconsci vogliono prima ergere chiaramente, il che è loro possibile unicamente attraverso la raffigurazione, e solo in seguito essere giudicati, quando tutto ciò che esprimono è pronto per essere afferrato. Per questo motivo già Freud lasciava che i contenuti onirici facessero, per così dire, le loro dichiarazioni in forma di "associazioni libere" prima di venire interpretati.*

*Non sempre è sufficiente chiarire solo il contesto intellettuale di un contenuto onirico. Spesso s'impone la necessità di chiarire contenuti indistinti mediante una raffigurazione visibile. E' un risultato che si può raggiungere disegnando, dipingendo o modellando. Spesso accade che le mani sappiano svelare un segreto intorno a cui l'intelletto si affanna inutilmente. Con la raffigurazione infatti il sogno continua ad essere sognato – e in maniera più esauriente – in stato di veglia, e l'elemento casuale inizialmente inafferrabile, isolato, viene integrato nella sfera della personalità totale, anche se inizialmente il soggetto non ne è cosciente<sup>28</sup>.*

Le opere di Vincent Van Gogh e di altri artisti testimoniano questo bisogno di espressione artistica. L'arte ci aiuta ad esprimere paure, angosce e altre emozioni stressanti e tocca anche l'animo umano negli aspetti più spirituali. L'arte ci aiuta a trascendere la vita quotidiana e restaura integrità e soddisfazione personale anche laddove possano esservi "vissuti di morte".

*"Bruce Moon, arteterapeuta, crede che fare arte è un atto spirituale e sacro. L'arte è l'anima, e creare arte crea l'anima. La sua fede sta nella espressione creativa come la migliore forma di comunicazione tra mondi interni ed esterni, e tra il sé e Dio. Secondo Moon, fare arte ha un'esistenziale scopo e può aiutare le persone a superare sentimenti di vuoto e disperazione. Nei percorsi di arte-terapia Moon si concentra più sul processo creativo che il prodotto stesso. Egli risponde alla grafica con la conversazione, i gesti del corpo, il suono, le prestazioni spontanee, e la pittura<sup>29</sup>.*

”.

L'arte offre trascendenza e riflessione spirituale, permettendoci di contemplare e immaginare nuove possibilità attraverso l'espressione visiva e di vivere noi stessi in maniera rinnovata.

Infine, l'arte è un'attività piacevole che riempie di energie e dà godimento. Sembra proprio che il lavoro artistico serva a diventare più flessibili in generale e a realizzare se stessi prendendone coscienza. Attraverso di esso si sfruttano e potenziano risorse intuitive e modalità creative nella soluzione dei problemi. Provare gioia, giocare, creare e comunicare sono esperienze necessarie per

---

28

Ivi, pp. 43-45.

29

Wikipedia, *Bruce Moon*, [http://en.wikipedia.org/wiki/Bruce\\_Moon](http://en.wikipedia.org/wiki/Bruce_Moon), Marzo 2014.

il nostro benessere psico-fisico e spirituale, e queste sono tutte esperienze di cui l'attività artistica fornisce l'occasione.

### 3.1.5 Relazioni nuove

---

Se fare arte da soli è rilassante, soddisfacendo la persona sul piano emotivo riparando carenze e danni, l'efficacia dell'arte-terapia si basa sulla relazione fra il soggetto, il terapeuta e il gruppo se è previsto.

In tutte le forme di terapia la presenza di un facilitatore è essenziale per il processo di recupero e trasformazione. Anche in questo caso, una relazione autentica e di fiducia col terapeuta, insieme alla realizzazione di un lavoro esteticamente soddisfacente, esalta il potenziale curativo dell'attività proposta.

Così anche le attività artistiche fatte in gruppo mettono in rilievo una speciale modalità nell'esplorazione del rapporto con gli altri e con se stessi. Secondo il terapeuta Shaun McNiff<sup>30</sup>, creare arte insieme ad altri rende possibile la trasformazione personale attraverso la condivisione dei lavori e lo scambio consapevole e/o inconsapevole di ispirazioni e influenze reciproche. Lavorare in presenza di altre persone stimola idee nuove e spunti creativi, generando in maniera naturale interazioni e scambi.

### 3.1.6 Fare arte è possibile per tutti

---

L'arte-terapia non richiede nessuna preparazione artistica specifica. Disegnare, dipingere e altre forme artistiche sono semplici metodi di espressione accessibili a chiunque, indipendentemente dall'età o dalle capacità naturali. Tutte le persone che lo desiderano hanno la possibilità di essere creative attraverso l'espressione artistica e ciò che ne viene fuori è assolutamente accettabile e degno di rispetto.

Lo scopo non è creare grande arte. Ma che cosa si intende per "arte"? Generazioni di artisti, teorici, e storici dell'arte hanno riflettuto su questo quesito senza mai trovarsi d'accordo. Secondo alcuni, i prodotti dell'arte-terapia non sono arte in quanto sono creati per scopi diversi dalla pura finalità artistica. Tuttavia, nella storia dell'arte sono sempre convissute finalità opposte, opere

---

30

S. McNiff, *The Arts and Psychotherapy*, Charles C. Thomas, Springfield (IL), 1981.



prodotte a scopo di pura bellezza estetica insieme a opere prodotte per esprimere il mondo interiore dell'artista.

Elizabeth Layton<sup>31</sup>, conosciuta anche come nonna Layton, riscopre il disegno e l'arte a sessantasette anni e questo la aiuta ad uscire da trent'anni di sindrome maniaco-depressiva. Nel 1976, dopo la morte del figlio, a seguito di sedute di elettrochoc, litio e psicoterapia che non avevano portato a miglioramenti, Elizabeth segue il consiglio della sorella che le suggerisce di iscriversi ad un corso di disegno presso un college locale. C'era posto soltanto nel corso di disegno di contorno. Si tratta di una tecnica a tratto dove l'artista segue il contorno del modello, concentrando lo sguardo su di esso ed evitando per quanto possibile di guardare il foglio su cui si lavora. Per questo le immagini appaiono spesso distorte, ma molto dettagliate e personali. Realizzò una serie di disegni che illustrano ogni ruga, macchia, ogni aspetto del suo corpo segnato dagli anni. Sono emersi anche l'atteggiamento della società verso gli anziani, la lotta contro l'invecchiamento, l'esperienza della depressione e del lutto. Elisabeth passò gradualmente la depressione facendo i conti con i suoi pensieri, sentimenti e percezioni, imparandoli ad esprimere attraverso il disegno.

Nonna Layton cominciò a raccontare la sua vita, non solo coi suoi disegni ma anche conversando con l'artista Don Lambert e il terapeuta Robert Ault<sup>32</sup>. I colloqui le permisero di approfondire la consapevolezza dei temi espressi nei suoi lavori e contribuirono alla guarigione emotiva.

Per Elizabeth il disegno era un mezzo per comunicare ciò che non riusciva a dire con le parole. Era anche un modo di conoscere una parte di sé più autentica e profonda. Attraverso l'arte ha potuto esprimere il grande dolore per le perdite subite e capire le ragioni del disagio e della depressione che aveva sperimentato per oltre trent'anni. Alla fine, l'arte l'ha aiutata a scoprire e creare un senso della vita.

### 3.1.7 Un nuovo modo di conoscere

Pat Allen scrive nel suo libro che l'arte, oltre ad insegnarci cosa vuole dire essere vivi e umani, è anche un modo di conoscere ciò in cui noi crediamo effettivamente. Disegnando o dipingendo cominciamo il processo di esplorazione delle nostre credenze profonde. L'arte inevitabilmente racconta la nostra storia personale in tutte le sue dimensioni: sentimenti, pensieri, esperienze, valori

---

31

D. Lambert, *The life and Art of Elizabeth "grandma" Layton*, WRS, Topeka (KS), 1995.

32

R. Ault, *Drawing on the Contours of the Mind*, manoscritto pubblicato dall'A., s.d., 1996.

e convinzioni. Nel processo per rendere visibile parte del nostro “mondo interiore” mediante l'arte, ci viene offerto un nuovo modo di conoscere noi stessi e trasformare tale prospettiva.

*“Come quasi tutti coloro che la praticano, anch'io ho la mia personale definizione dell'arte-terapia e del suo funzionamento. Ritengo che il mio ruolo sia di aiutare le persone a esplorare ed esprimere sé stesse in maniera autentica per mezzo dell'arte. Attraverso questo processo, possono trovare sollievo a crisi, traumi ed emozioni soverchianti, scoprire sé stessi, a crescere il proprio benessere, arricchire la vita quotidiana con l'espressione creativa, sperimentare una trasformazione personale. Riconoscono all'arte il potere di ampliare la comprensione di sé, di offrire intuizioni non accessibili con altri mezzi e di estendere le capacità di comunicazione. Vedo inoltre le espressioni artistiche come narrazioni personali attraverso immagini, oltre che mediante le storie che gli autori vi abbinano. Trovare un significato personale nelle immagini prodotte fa parte del processo terapeutico e costituisce per alcuni la più potente risorsa curativa dell'espressione artistica. E' una via importante per conoscere sé stessi e un'efficace medicina”<sup>33</sup>.*

## 3.2 Il processo creativo

---

Tutta la grande, vera arte è stata da sempre accompagnata da un'idea dell'essere a da un senso di queste immagini dall'inconscio, nel momento in cui dava loro espressione – al di fuori di qualsiasi formulazione in concetti – utilizzando i mezzi della pittura, della scultura, della poesia, della musica o di altri sistemi espressivi.

Nella misura in cui anche le radici dell'arte affondano nell'enorme regno dell'inconscio, dal cui grembo senza fondo viene alla luce “l'illuminazione” creativa che preme per essere partorita nell'opera, in realtà non è solo la coscienza, con la sua capacità di comprensione critica e di discernimento, che consente di creare un certo collegamento tra le “immagini dell'inconscio” e le opere della grande arte. Entrambe hanno naturalmente origine da strati di struttura identica. Non del tutto a torto, quindi, la psicologia applicata definisce *art-therapy* il metodo di utilizzazione di questo tipo di immagini.

E' necessaria, tuttavia, una sottile differenziazione. In arte, il materiale viene fuso nel suo contenuto e nella sua forma per ottenere la massima unitarietà possibile e viene portato a compimento, fino al punto da rivelare il suo significato. Per contro, le “immagini dall'inconscio” possono essere considerate soltanto come materiale grezzo dell'anima, sul quale dovrebbe agire la forza creatrice unificante e formante di un vero artista, per poter giungere alla realizzazione di “un'opera d'arte”. Ovviamente, in questo caso non è escluso che anche ad alcune “immagini

---

33

P.B. Allen, *Art is a Way of Knowing*, Shambala, Boston, 1995.

dall'inconscio" si possa ascrivere il rango di un'opera d'arte. Tuttavia, il punto di vista dal quale si eseguono, si osservano e si dà un giudizio su queste raffigurazioni è totalmente diverso.

Per l'artista, i contenuti del proprio inconscio formano la materia e l'occasione per l'attività artistico-creativa, consentendogli di diventare il canale di comunicazione indicativo e valido di ciò che è, sì, restato impronunciato, ma che è eternamente e atavicamente vivo e valido nella psiche collettiva dell'uomo. Nondimeno, "le immagini dall'inconscio" hanno, come un *journal intime*, un significato soltanto per colui il quale si pone al di fuori di se stesso; solo per lui hanno la forza di convincimento di un'evidenza. La creazione dell'artista inoltre origina da una quasi ineluttabilità interiore, quasi fosse, per così dire, lo strumento di una forza sovra-personale e non contenesse un'intenzione conscia verso un obiettivo o uno scopo psicologico o terapeutico.

Nelle "immagini dall'inconscio", al contrario, il valore espressivo e di effetto si trova in una posizione di primo piano nei confronti del valore singolo che le produce. Ciò vale soprattutto quando si vuole dire qualcosa circa l'opera, oppure su ciò che questa può significare per il suo autore. Per quest'ultimo, anche il momento estetico e quello dell'abilità realizzativa sono totalmente marginali. Essi hanno significato soltanto in quanto valori espressivi dell'anima.

È assai interessante e merita di essere sottolineato il fatto che alcuni artisti di professione, quando si accingono, per esempio, a eseguire un lavoro psicoterapeutico di "immagini dall'inconscio", si scoprono incapaci di muoversi, di darsi un aiuto e si sentano persi, inetti a creare se non prodotti infantili o primitivi, come se non avessero mai tenuto in mano un pennello, mentre al contrario, qualche profano, che fino a quel momento non era mai stato in grado di rappresentare qualcosa graficamente, sperimenta visioni tanto nette e dinamicamente cariche, da metterlo nella condizione di "raffigurarle" con un notevole grado di compimento. Jung afferma che:

*Qui non si tratta di arte, anzi non deve trattarsi di arte, bensì di una cosa più importante e diversa: si un'azione di un effetto vitale sul paziente stesso*<sup>34</sup>.

La natura del quadro dà informazioni sulla condizione interiore del suo autore e dalle modalità e capacità di rappresentazione si può evincere come egli si rapporti nei confronti di questa condizione: se ne fugge, se ne ha paura, oppure se possiede la pazienza e la dedizione necessarie per accettare tale esperienza e trarne gioia, ecc. La sua opera rivela il grado di sviluppo non già della sua capacità creativa, ma della sua maturità psichica. In questo caso infatti si pone in primo piano il valore di "liberazione" di un quadro o disegno, indipendentemente dal suo pregio artistico. Si

---

<sup>34</sup> Tratto da C. G. Jung, *Opere, Vol. XVI*, Torino, Boringhieri, 1981, Pag. 56.

potrebbe parlare addirittura di una “catarsi” creativa che viene promossa dall’opera. Come afferma Jung:

*Poiché la visione e la attuazione delle immagini interiori porta a vivificare la psiche<sup>35</sup>.*

Nella sua forza espressiva è racchiuso il suo valore diagnostico, nella forza dell’impressione che se ne ricava, il suo valore terapeutico, dove per altro queste due “forze” sono correlate fra loro da un effetto altalenante. Anche se all’inizio nell’autore o nell’osservatore non si ravvisa una capacità cognitiva razionale, già solo attraverso la trasmissione di un’emozione e/o commozione – sensazioni che i quadri sono in grado di mediare – si attiva un effetto vivificante o di guarigione. Ciò vale soprattutto laddove questi “quadri” sono di natura archetipica e perciò in grado di esercitare un effetto numinoso. Perfino quando si crede di averlo compreso e spiegato seguendo tutte le regole dell’arte, rimane sempre ancora qualcosa che può essere vissuto solo come un’emozione o che può essere percepito come un’intuizione. Questo è il motivo per cui non si chiede se l’opera sia più o meno riuscita, maldestra o artisticamente valida.

L’aspetto importante da rilevare è che attraverso una siffatta creazione viene liberato, di volta in volta, un *quantum* di energia psichica, per cui è stato necessario tradurre il contenuto dell’inconscio in una manifestazione materialmente visibile; in questo modo vengono eliminati i ristagni e l’energia ricomincia a fluire modificando la sua direzione. Si instaura una nuova distribuzione dell’energia che può portare a uno stato di rilassamento e favorire la distensione.

Per questa via anche ciò che era rimasto nascosto, che produceva nevrosi, viene avvicinato ulteriormente alla coscienza e il suo significato può risultare più facilmente comprensibile laddove la forma, la linea, il colore e la produzione ravvisano uno specifico significato psicologico. Più l’opera viene osservata con “l’occhio rivolto verso l’interno”, tanto maggiore sarà l’evidenza di ciò che restituisce. La forma che ne risulta conferisce i contorni e l’oggettività a ciò che viene esternato, le linee rivelano il moto delle emozioni, il colore la tonalità dei sentimenti e la loro intensità, la proporzione degli elementi il rispettivo ordine di grandezze e la sproporzione dei corrispondenti contenuti delle immagini interiori, che in questo modo vengono portati alla superficie e segnalati.

I quadri contenenti delle forme dotate di bellezza suggeriscono nella maggior parte dei casi una certa maturità spirituale nei confronti dell’oggetto raffigurato, mentre le immagini dai colori vivaci indicano un umore buono e euforico, oppure anche una commozione intensa. Le soggettive tonalità

---

<sup>35</sup>  
Tratto da C. G. Jung, *Berliner seminar*, Edizione fuori commercio, Pag. 9.

dei colori forniscono indicazioni sul carattere e sul modo di pensare e di sentire, mettendo in evidenza l'essenza vera e propria della personalità.

Uno psicoterapeuta che abbia avuto una formazione specifica nell'interpretazione dei quadri e dei disegni, riesce a leggere lo stato d'animo del momento, spesso addirittura gli sviluppi che ci si possono attendere, come se si trattasse d'una scrittura criptata divenuta finalmente chiara.

Il materiale psichico che viene catturato in questi quadri è così multi-sfaccettato come lo è l'opera stessa. In essi viene utilizzato non solo ciò che si trova in prossimità della coscienza e ciò che ne è discosto, spesso miscelato nella variante più colorata, in modo sagace o addirittura pieno di *humour*, qui trova il suo veicolo d'espressione anche il mondo più fantastico e quello più terrificante. Da questi disegni e pitture fluisce la voce di un mondo a sé, che possiede questa ricchezza di sfumature e di potenza inventiva dei sogni, poiché questo "cosmo interiore della psiche" spesso supera quello esterno, quanto a forza creatrice e ricchezza di contenuti, e il nostro occhio di rivolge pieno di stupore all'impareggiabile molteplicità dei temi e delle forme espressive che lo caratterizzano.

Esaminando la cosa dal punto di vista funzionale, si può quindi definire il disegno di "un'immagine dall'inconscio" anche come un "salasso psichico", che può non soltanto far cambiare direzione a un'energia emozionale, ma può al contempo rendere possibile una modificazione del *gap* nel flusso di energia psichica e una migliore distribuzione nella sua dinamica. Si realizza così una trasformazione, poiché ciò che è informe viene tradotto in qualcosa di strutturato, una conversione della libido in un lavoro creativo che, mentre dà forma, contemporaneamente acquisisce una forma.

Quest'ultimo aspetto è di rilevante importanza soprattutto nei casi di fenomeni psichici di ristagno o schizoidi. E' noto che Strindberg nei suoi periodi maniaco depressivi, durante i quali non era in grado di esprimersi verbalmente, iniziava a disegnare come un posseduto, riuscendo a mantenersi psichicamente in equilibrio soltanto in questo modo. Egli regrediva, per così dire, a uno stadio di possibilità espressive pre-concettuali pre-glottologiche. Il linguaggio psichico per immagini precede infatti il nostro linguaggio astratto.

Da sempre i nostri antenati primitivi hanno agito contro la paura caotica, nebulosa, indifferenziata traducendola in realizzazioni grafiche. I *rites d'entrèe* e i *rites de sortie*, che il primitivo utilizzava in circostanze significative come la caccia, il matrimonio, l'incontro con la divinità e così via, gli servivano per potersi calare nella condizione giusta e superare questi eventi con successo; potevano anche essere realizzati in forma di creazioni, di immagini, come per esempio i disegni rupestri, o i disegni di sabbia rituali degli indiani Navajo, e utilizzati come una

sorta di magia di allontanamento o apotropaica.

Forse possiamo pensare a qualcosa di simile anche per quanto riguarda le nostre esperienze con le “immagini dall’inconscio”, le quali riescono a esercitare un dominio sul terrifico, sul soprannaturale.

E’ stato più volte dimostrato che già solo l’entrata in movimento del flusso di energia psichica e la possibilità di conferirle una forma può avere degli effetti liberatori e creativi ma, nella prevalenza dei casi, ci si può attendere un effetto duraturo e radicale soltanto quando i contenuti emergono e vengono organizzati. Quando l’uomo si serviva dei riti e strutturazioni in disegni per tenere a bada la paura di ciò che lo minacciava, possiamo dire che le sue azioni erano puramente subconscie, impulsive; nel lavoro psicologico, tuttavia, la comprensione di quel che si è portato in superficie è parte integrante del processo di “esorcizzazione”.

Secondo il punto di vista di Jung, ciò vale in misura ancora maggiore nelle psicosi. Sulla base delle sue esperienze, infatti, egli è giunto alla convinzione che l’intelligenza e il lavoro psicologico consentono una prognosi più favorevole per la schizofrenia e che è utile trasmettere al soggetto minacciato dalla schizofrenia, oppure allo schizofrenico leggero o latente, le maggiori conoscenze psicologiche possibili, poiché per questa via gli si offre una *chance* di uscita più veloce dall’eventuale episodio psicotico. Allo stesso modo, in alcuni casi, la formazione psicologica può essere straordinariamente d’aiuto dopo un attacco psicotico. In realtà, ciò è realizzabile soltanto quando esiste la possibilità di instaurare un rapporto col malato o con chi è in pericolo di diventarlo. Un minimo di capacità ricettiva da parte del paziente è infatti la *conditio sine qua non* di qualsiasi lavoro psicoterapeutico.

Come la nevrosi, anche la psicosi richiama infine l’attenzione sull’individuazione. Poiché però di regola non può essere collegata alla coscienza, essa rimane confinata soltanto nell’ambito dell’inconscio. Ecco perché possiamo considerare la nevrosi e la psicosi come un tentativo fallito di auto-realizzazione. Questo provoca un movimento tempestoso nell’inconscio, e siccome la coscienza è troppo debole per riuscire a tenere a bada lo strapotere dei contenuti che premono impulsivamente, tenta quindi – in tutte le possibili forme intermedie di manifestazione – di tenerli fermi con la forza, altrimenti ne viene dilaniata. Mediante una pre-formazione o istruzione psicologica questo processo viene collegato con la coscienza, ottenendo quindi anche un effetto creativo grazie alla tendenza naturale e innata della psiche di eliminare le fenditure, di comporre le contrapposizioni e di realizzare un nuovo equilibrio, nel senso cioè di provocare un assemblaggio in

un “tutto integrale” e di agire sulla maturazione e sullo smussamento della psiche, e cos  sull’individuazione<sup>36</sup> del soggetto.

### 3.3 La produzione simbolica

---

Il concetto “immagini dall’inconscio”   relativamente nuovo. Poich    strettamente connesso con il concetto dell’inconscio e non   assolutamente pensabile al di fuori di questo, esso pu  avere un significato soltanto per coloro che accettano l’esistenza di una psiche inconscia. Noi concepiamo queste raffigurazioni come rappresentazioni visibili di un contenuto o un processo psichico, sia esso agevolato da un’idea dai contorni precisi o invece da un’immaginazione pi  o meno vaga, da una condizione, un sentimento, un ricordo, una fantasia, una visione onirica o avuta in stato di veglia, un accadimento, ecc., che non siamo in grado di esprimere adeguatamente con le parole, essendo per sua natura difficilmente riconducibile a concetti quasi astratti. Dice Jung:

*Con ci  si mira evidentemente a far concreta e materiale la visione e quindi sorge una materialit  della creazione fantastica che sostituisce la natura fisica, il mondo a noi noto. Si crea un’altra realt , in certo modo di natura psichica<sup>37</sup>.*

Naturalmente questi “disegni e pitture” non contengono soltanto materiale “inconscio”. Dal fotomontaggio alle macchie, dall’esecuzione di un paesaggio fino alle immaginazioni mitiche e archetipiche: in queste raffigurazioni possono essere utilizzati ed elaborati tutti i temi.

Ci  che ci consente di definirli tutti ugualmente “subconsci”   il pensiero che prende forma in essi, la scelta, pilotata inconsciamente, degli elementi e dei motivi che vengono fissati nel quadro o nel disegno. Sono sempre il tipo e la modalit  che emergono in modo unico e libero dalle profondit  della psiche e la decisione e la formulazione inconscie che risultano influenti e determinanti all’atto della loro formazione. In realt  bisognerebbe, a seconda dei casi, distinguere tra immagini pi  o meno inconscie, tenendone conto nel momento dell’acquisizione dell’interpretazione.

Potremmo definire nel pi  ampio senso del termine “immagini dall’inconscio” sia gli scarabocchi, i disegni, i dipinti, le plastiche, come anche i ritagli, i lavori di collage e cos  via, in bianco e nero o a colori, nella misura in cui siano manifestazioni che rappresentano espressioni spontanee di processi interni o visualizzazioni, che esprimono pi  di quanto non sarebbe in grado di

---

36

J. Jacobi, *Dal regno delle immagini dell’anima*, Edizioni Scientifiche Magi, Roma 2003, pp. 44-47.

37

Tratto da C. G. Jung, *Opere, volume XI*, cit. p. 575.

esprimere o di trasmetterci correttamente la nostra coscienza con il proprio linguaggio verbale formulato in concetti. Quando ci viene in questo rivelato non è nulla di ponderato o di speculato, o proveniente dall'ambito della consapevolezza, bensì un segnale che si origina "nell'altra parte" della nostra psiche, nel territorio senza confini dell'inconscio, nel quale sono generate tutte le immagini. La frase di Binding: "L'immaginazione è la culla, la memoria e la tomba di tutte le cose" trova pieno diritto di affermazione in questo contesto. Ciò che caratterizza e interessa in primo luogo "un'immagine dall'inconscio" è quindi in modo evidente quell'elemento in essa contenuto, che è acquisibile ed esprimibile solo in modo limitato attraverso gli strumenti forniti dalla sfera di consapevolezza e che apre la conoscenza dell'*Hintergrund* emozionale della psiche.

Le "immagini dell'inconscio" effettivamente tali ci consentono di gettare uno sguardo nei paesaggi psichici, dove risiede ciò che è inesprimibile verbalmente, ciò che si può vagamente supporre o appena percepire, ciò che è iperscrutabile eppure impetuosamente incalzante, che un tempo si poteva esprimere in culti e rituali, miti e leggende e che oggi spesso emerge invece sotto forma di complessi e risentimenti, condizioni nevrotiche o psicotiche, sintomi di natura fisica e psichica.

Se ora, mediante un processo di rappresentazione, si riesce a riportare alla luce qualcosa da questo magma "informe", che è tanto più carico di dinamica psichica quanto più proviene da uno "strato" profondo, e dare "corpo" a questo qualcosa, ci si dischiude la possibilità di dedicarci spontaneamente a una tale attività e anche di confrontare, nell'arco di uno stesso percorso tematico, i primi risultati ottenuti con quelli successivi. L'obbiettivo che ci proponiamo di realizzare per questa via è di riuscire a far affiorare alla coscienza la prima rappresentazione subconscia, il che può essere considerato un lavoro creativo-organizzativo sulla propria psiche. Soltanto attraverso l'oggettivazione, infatti, può avvenire una trasformazione. Con questa parte di psiche inconscia si può poi iniziare a stabilire un rapporto, proprio come con una controparte reale, rivolgendosi, per così dire, ad essa e contrapponendovisi. Una simile reazione spontanea ai propri contenuti è in grado di indurre un rilassamento psichico e di diventare una fonte di produzione creativa<sup>38</sup>.

Quella che ora è diventata visibile all'esterno non è più una fuggevole immagine nebbiosa, come spesso accade in sogno, ma una verità interiore, che attraverso il lavoro dedicatole dal suo creatore può ancora agire su di lui e che possiede al contempo un carattere espressivo e impressivo. Mentre esprime l'accadimento psichico interiore rendendolo oggettivo, assume una significatività diagnostica inestimabile; mentre emerge dall'inconscio, costringendo il suo creatore a guardare in

---

38

J. Jacobi, *Op. cit.*, pp. 34-36.



se stesso in modo concentrato e perdurante e a contemplare attentamente questa sua interiorità, come risultato dell'efficace lavoro della persona sulla propria psiche, ottiene un valore terapeutico di grande rilevanza.

Ciò facendo, non soltanto viene liberata l'energia psichica disorganizzata, prigioniera nell'inconscio, assumendo espressione e forma, ma anche il suo significato nascosto diviene percepibile, acquisibile, e questo può far fare un balzo in avanti al processo psichico di evoluzione. A comprensione di ciò che è celato ne consente la supposizione e procura un corrispondente ampliamento della coscienza; con l'ampliamento della coscienza si acquisisce anche la nostra facoltà di discernimento, la cognizione del nostro sé viene liberata dalle illusioni ingannevoli, la nostra conoscenza sgombrata dalle proiezioni e la nostra maturazione incentivata. L'ampliamento della coscienza e lo sviluppo psichico sono strettamente connessi fra loro e si condizionano a vicenda.

Dobbiamo all'attività pionieristica di C. G. Jung il riconoscimento di queste correlazioni, che egli ha poi utilizzato nel proprio lavoro psicoterapeutico con i nevrotici. Sulla base di un'accurata osservazione, Jung ha scoperto il valore non solo terapeutico, ma anche diagnostico, delle pitture e dei disegni di persone in analisi, cioè di quelle in trattamento psicoterapeutico e di quelle che nella loro condizione di estremo bisogno incominciavano spontaneamente a disegnare. Ispirato dalla sua intuizione, ma anche dal suo sconfinato sapere nel campo delle analogie mitologico-religiose e storiche, egli ha tentato di svelare i segreti di tali immagini, sgombrando la strada al loro utilizzo e alla loro valutazione scientifica.

Jung osservava queste immagini come se fossero una sorta di ideogrammi di elementi psichici inconsci, spesso come raffigurazioni della percezione di processi oscuri e dell'intuizione di contenuti racchiusi nel retroterra dell'animo, percepiti, per così dire, con l'occhio "rivolto all'indietro", e la maggior parte delle volte non capiti, ma resi visibili con colore e pennello. Questa attività è stata da lui denominata anche "immaginazione attiva", poiché richiede in una certa misura la partecipazione "attiva" dell'immaginazione: non solo in quanto essa procede a valutare, ma anche in considerazione del fatto che "lavora" all'immagine, le dà forma, tira fuori, induce l'interiorità a rivelarsi e la porta all'espressione.

Ciò viene a trovarsi in contrapposizione con "un'immaginazione passiva", nella quale le immagini passano attraverso l'interno dell'occhio senza essere trattenute, senza essere – in qualsiasi modo: disegnando, modellando, componendo versi, ballando, ecc. – rese visibili. Restano indefinite come sogni diurni, fantasie in stato di veglia<sup>39</sup>.

---

39

*Ivi*, pp. 36-38.

### 3.4 L'interpretazione dell'opera: solo una voglia

---

*Premetto che in fatto d'arte non sono un intenditore, ma un profano. Ho notato spesso che il contenuto di un'opera d'arte esercita su di me un'attrazione più forte che con le sue qualità formali e tecniche, alle quali invece l'artista attribuisce un valore primario. Per molte manifestazioni e per più di un effetto dell'arte mi manca propriamente l'esatta comprensione. Devo dire questo per cattivare al mio saggio un giudizio indulgente.*

*Le opere d'arte esercitano tuttavia una forte influenza su di me, specialmente la letteratura e le arti plastiche, più raramente la pittura. Sono stato indotto perciò ad indugiare a lungo di fronte a tali opere ogni volta che mi si offriva l'occasione; volevo capirle a modo mio, cioè rendermi conto di come agiscono. Dove questo non mi è possibile, per esempio nella musica, sono quasi incapace di godimento. Una disposizione razionalistica o forse analitica si oppone in me a ch'io mi lasci prendere senza sapere perché sono preso e che cos'è che mi prende.*

*La mia attenzione è caduta così sul fatto apparentemente paradossale che proprio alcune delle creazioni artistiche più grandi e più travolgenti sono rimaste oscure alla nostra comprensione. Le ammiriamo, ci sentiamo vinti da loro, ma non sappiamo dire che cosa rappresentano. Non sono abbastanza erudito per sapere se questa constatazione sia già stata fatta, o se un qualche studioso di estetica non abbia trovato che questa perplessità del nostro intelletto concettualizzante sia addirittura una condizione necessaria ai fini degli effetti più elevati che un'opera d'arte deve provocare. Mi sarebbe difficile risolvermi a credere a questa condizione.*

*Non già che i conoscitori d'arte o gli entusiasti non trovino le parole quando vogliono decantarci un'opera d'arte del genere. Ne trovano fin troppe, direi. Ma di regola chiunque si pone davanti a uno di questi capolavori dice una cosa diversa da quella che hanno detto gli altri, e nessuno dice quella capace di sciogliere l'enigma all'ammiratore sprovvisto. Ciò che ci afferra con tanta forza non può essere a mio modo di vedere se non l'intenzione dell'artista, nella misura in cui egli sia riuscito a esprimerla nella sua opera e a farla cogliere a noi. Io so che non può trattarsi di una comprensione puramente intellettuale: bisogna che riaffiori in noi la situazione affettiva, la costellazione psichica che ha fatto all'artista l'incentivo alla creazione. Ma perché l'intenzione dell'artista non dovrebbe essere comunicabile ed esprimibile in parole come un qualunque altro fatto della vita mentale? Forse, per le grandi opere d'arte, l'unico modo di ottenerlo è di fare ricorso all'analisi. L'opera stessa alla fin fine deve rendere possibile questa analisi, se è l'espressione attiva su di noi delle intenzioni e delle emozioni dell'artista. E per penetrare questa intenzione, tuttavia, devo anzitutto rintracciare il senso e il contenuto di ciò che è raffigurato nell'opera d'arte, devo cioè poterla interpretare. E' quindi possibile che tale opera d'arte abbia bisogno di interpretazione, e che soltanto dopo averla condotta a termine io possa apprendere perché sono sopraggiunto a un'impressione così forte. Io nutro addirittura la speranza che quest'impressione non impallidirà se la nostra analisi sarà stata felice<sup>40</sup>.*

Molti che partecipano all'esperienza dell'arte-terapia sono interessati a capire meglio cosa significano le immagini che producono.

---

<sup>40</sup>

S. Freud, *Saggi sull'Arte, la letteratura e il linguaggio*, Bollati Boringhieri, Torino 1999, pp. 185-186.

La curiosità di alcuni per l'interpretazione deriva fra l'altro dalla familiarità o conoscenza dei test psicologici di personalità: le macchie d'inchiostro di Rorschach<sup>41</sup> oppure i test di disegno usati talvolta per la diagnosi. Dato che l'arte-terapia effettivamente comporta la produzione di immagini, è naturale pensare che queste siano interpretate a fini di valutazione.

In qualche misura, gli arteterapeuti sono interessati al significato dei manufatti artistici e sono affascinati dalle immagini e dai simboli. Sono anche numerose le ricerche per accertare se esistano simboli ricorrenti, contenuti e stili associati a disturbi emotivi, traumi, malattie fisiche o problemi neurologici. Però questo tipo di lavoro punta sull'espressione artistica in sede di valutazione e diagnosi, più che strumento di crescita personale e comprensione del sé.

Il significato dell'arte prodotta in terapia può essere un tema affascinante, ma la maggior parte dei terapeuti preferisce aiutare il soggetto a tirar fuori la sua interpretazione. Chiedere alle persone di riflettere su ciò che hanno creato è un aspetto importante del processo terapeutico, per varie ragioni. Anzitutto, sebbene possano esservi simboli universali nell'espressione artistica, il modo in cui ciascuno si esprime attraverso l'arte è spesso molto personale e individuale, segnato dalla parte "sommersa", le esperienze di vita, le influenze culturali e le prospettive personali. L'esperienza individuale nella produzione artistica influisce anche sul modo di comunicare con l'arte idee e sentimenti. Questo aspetto è prezioso perché è la persona stessa che produce l'immagine e che decide che significato darle.

*Ma, e se ci trovassimo entrambi su una falsa strada? Se stessi attribuendo peso e significato a particolarità che per l'artista erano indifferenti, dettagli che egli avrebbe figurato del tutto a piacere suo o per determinare ragioni formali così come sono, senza racchiudervi affatto alcun segreto? E se fossimo caduti anche noi vittime dello stesso destino di tanti interpreti, che credono di vedere chiaramente cose che l'artista non ha voluto creare né consapevolmente né inconsciamente? Sono domande alle quali non posso rispondere. [...] Infine, possiamo ancora aggiungere timidamente che l'artista divide con l'interprete la colpa di questa incertezza<sup>42</sup>.*

Inoltre, il significato di un'immagine artistica è davvero nell'occhio di chi la contempla. Tutti abbiamo la tendenza naturale a proiettare

le nostre convinzioni, impressioni, idee ed emozioni sulle immagini che vediamo. Infine, le espressioni artistiche possono anche cambiare significato nel corso del tempo. In altre parole, riguardando lo stesso disegno, dipinto o elaborato, a distanza di tempo si possono vedere aspetti

---

41

Wikipedia, *Test di Rorschach*, [http://it.wikipedia.org/wiki/Test\\_di\\_Rorschach](http://it.wikipedia.org/wiki/Test_di_Rorschach), Marzo 2014.

42

S. Freud, *Op. Cit.*, p. 213.

nuovi e avere risposte del tutto diverse. Ciò fa parte della magia dell'arte ma anche del suo mistero, che può far pensare ad un linguaggio “vivo”.

Nella comprensione e nell'interpretazione delle “immagini dall'inconscio” dobbiamo quindi soffermarci su due aspetti importanti: primo, la loro proprietà *distensiva*, che trae origine dal carattere di gioco insito in esse e va ben oltre l'interpretazione e la comprensione stesse; secondo, la loro capacità *liberatoria*, che è il possibile risultato di un'interpretazione e di un'elaborazione accurate. Quando, in qualsivoglia momento e in qualsiasi misura, si voglia attivare questo secondo aspetto, non si può ricondurlo ad alcuna regola. Come è opportuno che avvenga in ogni lavoro effettuato sul materiale presente quale è la psiche, la consapevolezza e l'interpretazione devono essere raggiunte con estrema cautela e con una particolare sensibilità. Forse ancor più che nell'analisi dei sogni, si richiede in questo caso di avere una propria arte dell'interpretare. La decisione stessa, su quando e quale opera si debba sottoporre a un'interpretazione, spesso non è facile da prendere.

Jung racconta che aveva dato da leggere a una paziente alcuni testi tantra, dopo che questa aveva disegnato, senza saperlo, varie immagini dall'aspetto tantrico-filosofico.

A quel punto la sua immaginazione si bloccò e smise di disegnare: il suo processo psichico interiore era stato disturbato, era intervenuta la *ratio*, che agiva come fattore di disturbo.

La maggior parte delle volte, infatti, l'autore del quadro si trova di fronte alla propria opera senza riconoscerle associazioni personali, senza comprenderla.

*La natura stessa aspira all'unificazione degli opposti; soltanto allorché si sono congiunti, si è raggiunta la condizione più consona alla natura dell'uomo. Se non se ne disturba l'evoluzione, che di per sé tende al raggiungimento di questo scopo, la stessa potrà realizzarsi. Il compito dell'analista può, in casi come questi, consistere soltanto nell'avviare il procedimento e nel consentire che faccia il suo corso. Altrimenti, sarà sempre di nuovo impedito dal sovrapporsi della coscienza, che si ribella all'unificazione<sup>43</sup>.*

Non di rado è il quadro stesso che reca una spiegazione e un'interpretazione indipendentemente dallo zelo esegetico dell'analista, come una fiaba, che porta in sé la propria morale. Continua ad agire sul naturale processo di crescita della psiche come un fermento, il cui effetto potrebbe soltanto essere disturbato da un intervento.

Ogni caso, tuttavia, è diverso dall'altro, e quindi frenare il proprio intervento da parte di un analista non sempre è la cosa più opportuna. In alcune circostanze è necessario che non soltanto il

---

<sup>43</sup>  
C. G. Jung, *Deutsches*, edizione fuori commercio, 1931, p. 99.

senso di tutta l'opera, ma anche ciascuno dei suoi elementi, sia interpretato e spiegato con molta attenzione, altrimenti il suo autore non può sperimentare quella sensazione benefica di "soluzione del conflitto" fornita dall'immagine ed egli si cala ancora più a fondo in quell'ambiguo mondo archetipico dell'inconscio. Inoltre egli continuerebbe a ignorare la contrapposizione cosciente e responsabile trasmessagli dal messaggio di verità del quadro, che perderebbe così la sua valenza "liberatoria". In un caso del genere, è pressoché vitale che l'autore possa comprendere il significato dei suoi quadri, poiché altrimenti questi crescono al di là della sua ragione trascinandolo nel caos e aumentando la sua già notevole confusione, come potrebbe succedere a molti soggetti minacciati di schizofrenia, per i motivi spiegati poc'anzi.

La gestione dell'interpretazione deve quindi orientarsi del tutto sul singolo caso, tenendo conto della capacità di comprensione e di acquisizione dell'autore, del suo grado di sviluppo psichico e di altri fattori imponderabili. Attraverso questo tipo di immagini, la comunicazione tra l'analista e l'autore dell'opera può avvenire a livello pre-verbale, il che si rivela particolarmente vantaggioso per i pazienti autistici, tanto che i commenti esplicativi diventano superflui. La situazione di *trasfert* viene promossa "senza parole", e nonostante ciò la reciproca comprensione ne risulta approfondita.

Spesso l'inconscio irrompe con la produzione di materiale carico di emozionalità e trova la propria espressione in un quadro durante una fase del lavoro psicologico, nella quale la capacità cosciente di comprensione non è ancora sufficientemente matura da poter essere espressa in parole, mentre l'immagine, con l'intervento della coscienza, riesce a facilitare l'integrazione di un problema. Se in queste circostanze non sia meglio mettere in atto la *art-therapy* e lasciarla agire nei suoi effetti, trascurando le spiegazioni analitiche, è una questione ancora poco chiarita.

Ai fini di una valutazione definitiva di un'opera in tutti i suoi dettagli -esattamente come quando si tratta dell'interpretazione di un sogno- va da sé che anche l'acquisizione dell'anamnesi, l'esatta conoscenza del grado di partecipazione della coscienza, l'atteggiamento psicologico e la *Weltanschauung* dell'autore sono presupposti imprescindibili. Dall'osservazione di un unico quadro, senza possedere la conoscenza degli altri dati, non è possibile trarre conclusioni di valore assoluto nei confronti dell'autore. Tuttavia -come nel caso di materiale onirico proposto in modo isolato- si possono interpretare i singoli elementi aventi un carattere archetipico, che corrispondono, quindi, a un simbolismo comune, intendendo con ciò soltanto quelli validi collettivamente e non quelli aventi un significato valido soltanto per l'autore stesso. Spesso però già solo questo è soddisfacente e consente diagnosi corrette, poiché, disponendo di una conoscenza culturale e storico-simpatica estesa, è possibile portare alla luce molti elementi.

Ma quanto dell'interpretazione che l'analista elabora di volta in volta per se debba essere

comunicato nel singolo caso, compete alla valutazione e all'esperienza di colui che effettua la terapia. Rimane comunque totalmente valida la concezione di Jung, che le "Immagini dall'inconscio" di un soggetto psichicamente sano e di uno invece psichicamente disturbato debbano essere trattate paritariamente quanto al loro contenuto espressivo, mentre soltanto le conclusioni da esse tratte possono variare in riferimento alle singole situazioni.

I contenuti dell'inconscio collettivo non sono mai da considerarsi materiale rimosso, così che le opere disegnate da soggetti sani e da soggetti malati si assomigliano di più, nella misura in cui più profondo è lo "Strato" in cui entrano, dove, cioè, emergono i contenuti archetipici che raffigurano motivi comuni a tutti gli uomini. La modalità di elaborazione di questi motivi resta poi più o meno condizionata dallo stato d'animo di colui che realizza il quadro o il disegno<sup>44</sup>.

---

<sup>44</sup>  
J. Jacobi, *Op. Cit.* pp. 49-52.

## 4 Organizzazione, Metodi e Tecniche dell'Arteterapia

---

*“Dove va la mano là seguono gli occhi.  
Dove guardano gli occhi là si dirige la mente.  
Dove posa la mente là nasce l'emozione.  
Dove palpita l'emozione là si realizza l'essenza dell'arte”.*  
(Abhy Naya Darpana, Trattato Indiano)

### 4.1 L'atelier

---

<sup>45</sup>Ci sono atelier strutturati in modo ideale all'interno dei quali i percorsi di arteterapia hanno luogo nelle condizioni migliori; in questi casi il clima che gli utenti respirano è particolare e si differenzia dagli ambienti circostanti: anche chi entra per la prima volta se ne accorge. L'ideale è un atelier fisso, dove tutto rimane uguale e ogni volta non bisogna montare e smontare o aprire armadietti chiusi a chiave. Ogni arteterapeuta deve fare il possibile per conquistarsi uno spazio che gli altri colleghi non usano e installare lì l'atelier. Con questa possibilità esso diventa un luogo familiare che si arricchisce giorno per giorno di cose belle riguardanti l'arte o la natura, come articoli, foto, ritagli, disegni, carte che vengono appesi alle pareti o riposti sulle mensole a vista. Altrimenti risulterebbe tutto un po' complicato perché ogni volta si dovrebbe ricreare lo spazio protetto che predispone alla terapia. Tuttavia anche in quel caso non è impossibile lavorare bene, ci vogliono solo un po' di pazienza e di tempo in più.

Per fare arteterapia non serve uno spazio troppo grande, basta un locale in cui possano stare uno o due tavoli, dipende dal numero di partecipanti. I tavoli possono essere fissi oppure variabili ed essere uno grande e uno piccolo per permettere un lavoro di gruppo, ma offrire anche la possibilità di uno spazio riservato. La tovaglia disturba, è preferibile un tavolo senza nulla che lo protegga o semplicemente una carta leggera. Se c'è una buona fonte di luce solare è meglio, finestre che danno su un giardino per esempio sono l'ideale, così si può anche uscire e sfruttare la natura come elemento evocativo per certi lavori. L'arredo deve essere semplice ma sufficiente a garantire ordine. Servono spazi per riporre gli elaborati degli utenti, essi infatti rimangono lì e nessuno li porta via se

non in casi eccezionali. Occorrono delle mensole su cui disporre i materiali secondo un certo criterio: tutti quelli secchi, tutti quelli ad acqua, tutto il materiale riciclato e quello naturale; i giornali e le riviste per i collage si tengono in un cesto a parte, invece bicchieri di carta, piattini, barattoli di vetro, scotch, puntine, forbici, colla sono a disposizione e a portata di mano in una grande scatola. I fogli si possono preparare già tagliati in diverse misure e di diverso colore. Anche con i cartoni si può fare lo stesso così da permettere eventualmente una scelta di supporti. Il materiale è tutto libero, in modo che ogni persona possa scegliere cosa usare, anche se i fogli o altri supporti li consegna l'arteterapeuta così crea il primo contatto diretto con l'utente.

Si può mettere musica rilassante, popolare, portoghese o irlandese: questi generi sono ideali per contribuire a creare un clima di concentrazione, anche se non è solo la musica a favorire ciò. L'unione del gruppo può formarsi anche nel silenzio o semplicemente nelle parole condivise. Prima che le persone arrivino, si preparano i tavoli, si dispongono i materiali per essere a portata di mano, si riempiono i bicchieri di acqua per lavorare con tempere e acquerelli, si ordinano la gamma dei colori nelle scatole di pastelli e pennarelli, si temperano le punte e si ripone sul tavolo tutto ciò che potrebbe servire con molta cura. In uno spazio curato è bello lavorare, l'ordine (non rigido) che si respira aiuta a ricreare un interiore. La cura del materiale fa parte della terapia. Alla fine si chiede di riordinare i materiali utilizzati per responsabilizzare e condividere il senso di cura dello spazio. Se qualcuno non accoglie la richiesta non viene obbligato, dipende dalla sua sensibilità e disponibilità del momento che sta vivendo.

## 4.2 Cos'è il setting

---

Il *setting* è tutto ciò che in un atelier si sente, ma non si vede. E' l'ambiente che si crea, lo spazio energetico in cui è possibile disegnare in una certa maniera perché ci sono le condizioni ideali per farlo. Il *setting* è qualcosa di molto particolare che permette lo svolgimento della terapia.

In un atelier è importante creare questo stato nel quale le persone entrano e si sentono bene. Può forse assomigliare all'atmosfera che si respira in certe situazioni, in certi periodi dell'anno, in certi giorni particolari in cui la preparazione speciale dell'ambientazione circostante crea le condizioni per le quali si riesce ad entrare nel vivo della festa. Il *setting* non è solo una questione estetica, contiene molti elementi che si possono sentire e riconoscere anche a livello relazionale e affettivo. Il *setting* è ciò che protegge il singolo e il gruppo e nello stesso tempo permette un'esperienza; l'arteterapeuta determina la creazione di questa atmosfera con i suoi metodi, il suo talento nell'abbellire anche esteriormente lo spazio destinato allo svolgimento dell'arte-terapia, con la



buona energia nell'impostare la seduta e con la sua capacità di instaurare una buona relazione terapeutica con ogni paziente.

#### 4.2.1 Definizione di Relazione Terapeutica

---

La relazione terapeutica si basa sulla comunicazione tra due soggetti distinti, ma parte dalla comunicazione con sé, intendendo per comunicazione, come dice L. M. Colli in Quaderni Art Therapy Italiana 2:

*“l'essere in comunanza, sapere di condividere uno stesso sistema e le sue regole interne, ossia un linguaggio analitico e di conoscenza del profondo”.*

I due soggetti sono in posizioni dis-pari, in quanto il terapeuta ha accesso da tempo a una comunicazione interiore con le sue parti che sono diventate col tempo parti individuate, mentre il paziente inizia a conoscersi con l'inizio della psicoterapia, non ha ancora costellato il suo mondo interno e non riesce ancora a dare significato alle sue espressioni, sia verbali sia artistiche. Il paziente può esprimere i suoi contenuti interni senza comprenderne i messaggi, in quanto non può ancora essere interlocutore del suo mondo interno. Solo quando anche il paziente inizia a comunicare con sé è possibile accendere la comunicazione fra i due soggetti della relazione terapeutica.

La comunicazione risulta essere un obiettivo terapeutico e non un presupposto, in quanto solo dopo un percorso si può “esistere” entrambi, terapeuta e paziente, in un *setting* che permette di riconoscersi in un atto di comunicazione.

Come elemento specifico dell'arte terapia, possiamo individuare l'oggetto artistico come ciò che è prodotto dal paziente, proiezione delle sue parti interne su una superficie esterna: il prodotto artistico è dunque parte del paziente stesso, ma anche ciò che è visto e osservato dal terapeuta, oggetto esterno, che può diventare per il paziente realtà interna oggettivata grazie al sostegno del terapeuta.

Pertanto l'oggetto artistico, come dice M. Della Cagnoletta in Quaderni Art Therapy Italiana 2:

*“connette paziente e terapeuta attraverso la sua presenza reale e anche attraverso ciò che rappresenta”.*

Le due valenze, reale e simbolica dell'oggetto artistico, sono strettamente connesse e concorrono a formare quelle relazioni complesse contenute in ogni seduta di arteterapia.

Il setting di arteterapia vedrà tre attori sulla scena, interdipendenti e in continua relazione reciproca:

- il *paziente* che disegna,
- il *disegno* che porta messaggi del profondo del paziente e attiva vissuti e affetti del profondo del terapeuta,
- il *terapeuta* che risponde al paziente e al disegno.

La relazione terapeutica in arteterapia è caratterizzata, sempre seguendo gli spunti di Della Cagnoletta, da ciò che lei chiama “*potenzialità creativa*”, ossia non solo il prodotto artistico e nemmeno solo il processo immaginale, ma uno scambio prevalentemente pre-verbale in cui lo spazio che divide i due soggetti viene esplorato e trasformato da spazio soggettivo a spazio comune, transizionale. E’ lo spazio della comunicazione.

In questo quadro il lavoro terapeutico si snoda attraverso transfert e controtransfert, risonanze emotive, risposte empatiche e non, ricerca di corrispondenze empatiche da parte soprattutto del terapeuta, responsi empatici e non soprattutto da parte del paziente. Si gettano le basi, in questo modo, per costruire uno spazio potenziale che contiene terapeuta e paziente, e funge da ponte fra il mondo interno di entrambi.

All’interno di questo spazio, possono esprimersi gli oggetti transizionali che aprono la via al processo di simbolizzazione, e anzi diventano protosimboli.

Dunque la relazione terapeutica è bene definita da Rose che nel 1980 in “*Il potere della Forma*” afferma che:

*“l’atto terapeutico è come un atto creativo: essi sono processi complessi, dove l’artista oggettiva ciò che sta dentro di lui e lo porta fuori con l’opera, l’osservatore dà un feed-back, l’artista può ri-oggettivare in una nuova opera ciò che ha sperimentato nelle fasi precedenti”.*

Aggiungerei che prima della ri-oggettivazione il paziente dovrà riconoscere come suo quel feed-back e dovrà includerlo nel suo mondo psichico che si trasformerà per accoglierlo, come diceva Piaget e come suggeriva Colli.

In ogni caso sembra proprio che la relazione terapeutica sia costituita da uno scambio continuo di andata e ritorno tra paziente e terapeuta, dove l’oggetto artistico in arteterapia accentua e condensa il messaggio del profondo di entrambi e permette, anche grazie alla funzione di contenitore e supporto del terapeuta, l’avvio del processo trasformativo sia del mondo interno del

paziente, sia di quello del terapeuta, sia del contenuto condiviso nel setting.

Rosenfeld nel 1987 descrive la relazione terapeutica tra analista-arteterapeuta e paziente come:

*“un gioco interattivo che coinvolge la loro reciproca introiezione delle identificazioni proiettive dell’altro, e che utilizza terapeuticamente da parte del terapeuta il materiale verbale e non verbale del paziente, e il proprio materiale relazionale ed emotivo presente nel dialogo”.*

Infatti, secondo Hamilton, utilizzare terapeuticamente il controtransfert dipende dalla capacità del terapeuta di essere consapevole delle proprie emozioni e delle proprie difese, e delle proprie abilità a sostenere i forti sentimenti portati dal paziente e proiettati sul terapeuta<sup>46</sup>.

#### 4.2.2 Ingredienti della Relazione Terapeutica

---

L’*alleanza terapeutica* vede da una parte il paziente arrischiarsi al dare e al ricevere, propri di un dialogo davvero trasformatore col terapeuta su quegli elementi conflittuali e complessi autonomi, che, ad opera di una dissociazione difensiva, spesso compongono inesorabilmente una personalità-Ombra persecutoria. Dall’altra parte nell’alleanza terapeutica il terapeuta prenderà su di sé le parti inconsce del paziente, permettendogli di sviluppare una comunicazione profonda interiore, e utilizzando, per fare questo, la propria comunicazione profonda con le proprie parti individuate.

Il terapeuta ha, fra le altre, la funzione di essere accanto al paziente nel sostenere l’assalto di configurazioni distruttive inconsce che si presentano all’Io ancora fragile del paziente, ancora troppo incerto nelle proprie risorse vitali.

Altro ingrediente è il *lavoro di individuazione e coscientizzazione del terapeuta*, circa i propri contenuti interni che abbiano raggiunto le connessioni tra affetto, simbolo e coscienza: questo giova alla capacità del terapeuta di cogliere la potenza sovra personale delle rappresentazioni inconsce, e di mettersi in risonanza con le immagini dell’altro, siano queste verbalmente espresse o rappresentate graficamente.

Una funzione del terapeuta, ingrediente essenziale nel lavoro psicoterapeutico, è la sua continuità e coerenza di *fare di se stesso il ponte e il luogo di incontro* tra i discorsi separati che

---

46

G. Bitelli, *La relazione terapeutica all'interno del setting di arteterapia*,

<http://www.psicologiatorino.it/contributi/articoli/42-arteterapia/84-la-relazione-terapeutica>, Marzo 2016.

giungono dall'inconscio del paziente e dalla sua coscienza. Il terapeuta infatti si fa interlocutore sia dell'Inconscio sia dell'Io del paziente nel suo livello attuale di coesione e di coscienza.

In arteterapia è necessario, come dice L. M. Colli in Q ATI 2,

*“saper distinguere ciò che è ancora soltanto espressione, un disegno che porta fuori contenuti profondi del paziente, e invece ciò che costella una comunicazione psicologica...”*,

ossia una accettazione, da parte del paziente, di contenuti inconsci attivati dal disegno e diventati coscienti grazie ad esso, ossia ciò che è diventato simbolo per il paziente.

Questa capacità di distinguere espressione da comunicazione può avere, a mio parere, due funzioni:

1. preserva il terapeuta da interpretazioni premature, in quanto riconosce il processo individuativo del paziente e si astiene da proporgli incontri ravvicinati con contenuti finora tenuti a distanza difensivamente se il paziente non è pronto per accoglierli;
2. parallelamente aiuta il terapeuta ad individuare un orientamento di lavoro per aiutare il paziente ad acclimatarsi con contenuti indigeribili e ad addomesticare i messaggi angosianti che questi gli lanciano.

La *speranza del terapeuta* non deve mancare, in quanto la forza vitale del processo trasformativo si alimenta anche di essa. Il paziente, nella sua identificazione col terapeuta, potrà assumerla e provarla in sé, e renderla un elemento importante della propria psiche che lo aiuterà a entrare in relazione col suo mondo interno e con il terapeuta. Potrà cioè diventare un proprio guaritore interno.

In Q ATI 2 (*La ferita narcisistica: conoscere e riconoscere l'altro nella coreografia della relazione terapeutica*) A. Adorisio prende in considerazione la figura di Narciso, come il prototipo dell'impossibilità relazionale:

*In tutti noi c'è un po' della tragedia di Narciso: la sofferenza della separazione e della conseguente, non necessaria per fortuna, angoscia di non essere riconosciuti, rappresentano motivi universali che si traducono in senso di impotenza, solitudine, rifiuto, abbandono.*

La ferita descritta dal mito di Narciso è presente nella psiche collettiva, ed è alimentata dal

dolore di non aver trovato un essere Altro nel quale congiungersi per riconoscersi e da cui poi differenziarsi. La fame di affetto ci fa protendere verso l'oggetto di amore, senza però averne in cambio uno specchio reale che ci accolga nel corpo e nella psiche. Questo fa perdere il contatto con noi stessi e ci fa o morire o esistere senza esserci.

Secondo Heimann la risposta emozionale del terapeuta al suo paziente è uno degli strumenti di lavoro più importanti. Il *controtransfert* del terapeuta è uno strumento di conoscenza dell'inconscio del paziente, al punto che l'inconscio del terapeuta capisce quello del paziente. Secondo Ogden, è fondamentale, perché la relazione terapeutica avvenga, che il terapeuta domini il gioco interattivo dinamico tra intrapsichico, proprio e del paziente, e interpersonale.

Ci sono secondo Racker controtransfert concordanti e complementari. Il primo permette di conoscere lo stato d'animo del paziente, il secondo permette di conoscere la reazione del terapeuta al movimento proiettivo del paziente, e quindi permette di conoscere il contenuto proiettato dal paziente.

In Q ATI 2, P. Pallaro riporta citazioni della letteratura circa le *sensazioni somatiche* che il terapeuta vive in risposta al paziente.

*Possono essere risposte pure (nausea, sonno, vertigini, irrequietezza, vuoto, claustrofobia...) o emozioni somatiche (desiderio di toccare-abbracciare il bambino-paziente, sentirsi invasi-pervasi dal paziente, ignorati e messi da parte, fatti a pezzi...).*

Ma Dosamantes riflette che le reazioni controtransferali sono utili quando sono selettivamente identificate come reazioni pre-verbali e sono verbalizzate per esprimere commenti empatici o interpretazioni; esse svolgono la funzione di riportare i pazienti ad una relazione differenziata e di aiutarli ad auto-valutarsi come soggetti efficaci e che lasciano traccia negli altri.

*L'empatia* significa letteralmente "dentro l'emozione dell'altro", e l'essere empatici, secondo Shaefer presuppone l'azione di mettersi accanto-dentro l'altro, sentire l'altro come qualcosa di proprio-non proprio, oscillare tra l'osservazione dell'altro e la partecipazione affettiva alle esperienze di un altro. Dalla capacità della propria madre di incontrare i bisogni del bambino, si arriva, nell'età adulta, ad avere una sensibilità interpersonale che esita in un mutuo rispecchiamento e riconoscimento da parte dell'altro verso di noi e di noi verso l'altro.

Ad esempio, da Kohut e da Winnicott:

*La qualità empatica del terapeuta è ritenuta, cruciale per ogni genere di efficace relazione terapeutica: in essa*

*vengono incorporati dal terapeuta i vissuti del paziente, che è così aiutato a metabolizzare ed integrare parti scisse del Sé e a rivelare resistenze e difese.*

Quindi il paziente ci fa toccare parti di noi che abbiamo individuato e che conosciamo, ma a volte sono parti che ci danno ancora dolore, ansia e angoscia. Allora sarà necessario riprenderle analiticamente, riattualizzarle, e usarle trasformate per poter accompagnare il paziente con maggiore consapevolezza di noi e di lui<sup>47</sup>.

### 4.3 L'arteterapeuta

---

L'arteterapeuta si muove come una “maschera” nell'atelier. Organizza lo spazio preparando il locale preoccupandosi di controllare che ci sia tutto il materiale necessario prima che arrivino gli ospiti e mantenendo un buon ordine. Dà un'impostazione personalizzata seguendo il metodo che ritiene migliore tenendo conto delle persone con cui deve avere a che fare. Quando arriva il gruppo è capace di accogliere in modo aperto le persone che, in un certo senso, si affidano a lui e sempre a lui fanno riferimento. La sua disponibilità verso chi sta disegnando mantiene un'atmosfera ideale, calma e pacifica, in più la sua presenza deve essere discreta, perché un'arteterapeuta competente non si pone come figura protagonista.

Egli induce l'espressione di sé negli altri:

- la verbalizzazione opportuna, gli stimoli visivi che dà mostrando ritagli di giornale, immagini, foto, insomma il suo intervento indiretto e ben calibrato lo pone in una condizione distaccata dagli utenti;
- la relazione che si crea deve mantenersi il più possibile una relazione terapeutica. Il mezzo che unisce le due parti (terapeuta-paziente) rimane sempre il prodotto grafico, il linguaggio usato è quasi esclusivamente quello delle immagini e, in questo contesto e con queste regole, si creano legami. Essi rinforzano entrambe le parti e danno risultati benefici sia al paziente che al terapeuta. Questi impara a riconoscere le persone dai loro manufatti perché ogni persona ha uno stile che lo caratterizza, ognuno ha il suo stile personale e unico.

Importante è soprattutto il lavoro dietro le quinte. Nel silenzio dell'atelier, quando il gruppo è andato via, l'arteterapeuta in solitudine con le cartelle degli utenti cerca di decodificare dei percorsi e, prendendo una cartella per volta, dispone a terra tutti i disegni che essa contiene e li osserva attentamente. Li raggruppa per temi, per tecniche, per contenuti e in essi vi legge la storia stando

---

<sup>47</sup>  
*Ivi*, proseguimento dell'articolo.

però molto attento a non darne una sua interpretazione. Trova un ingresso, si pone domande e attende che le risposte emergano dal contenuto stesso delle opere. Cerca di individuare la via migliore da indicare all'utente, affinché il suo percorso grafico possa continuare sempre di più in una direzione introspettiva che riconduca la persona a se stessa, alla sua anima, al suo corpo, al suo vissuto con un senso rinnovato.

#### 4.3.1 La concessione del permesso

---

Fra chi si sentono molto spesso da persone alle quali viene proposta l'idea di fare un lavoro artistico possono essere: «Non sono mai stato portato per le materie artistiche» oppure «Sono assolutamente negato per il disegno». Con queste affermazioni si comunica il fatto che, per molti, l'unica esperienza personale di creazione artistica risale ai tempi della scuola e che quell'esperienza è stata, nella maggioranza dei casi, umiliante, imbarazzante, vincolante o semplicemente noiosa. Questo esclude coloro che sono naturalmente portati per le materie artistiche, per le quali generalmente l'arte è stata fin dall'infanzia fonte di piacere. E' quindi necessario che l'operatore di un gruppo comprenda la paura degli utenti di sentirsi imbarazzati di fronte agli altri e cerchi di mettere le persone a proprio agio incoraggiandole ad esprimere le proprie abilità creative naturali. Questo processo può essere visto come la *concessione del permesso*.

La concessione del permesso può avvenire quando qualcuno lo concede a sé stesso oppure è l'operatore che concede il permesso al gruppo:

Creando uno spazio in cui i partecipanti possono esprimere le proprie paure;

Spiegando chiaramente che l'approccio alla creazione artistica che si vuole proporre è molto diverso dal modo convenzionale sperimentato ai tempi della scuola. E' necessario sottolineare che: il gruppo deve focalizzarsi sull'uso dell'arte come mezzo di espressione del sé; non viene espresso nessun giudizio sul lavoro; ciascuno attribuisce un significato al proprio lavoro; ci sono molti modi di fare arte (astratta-figurata) e nessuno può imporre come dovrebbe avvenire la creazione. Ricordando ai partecipanti che i colori, le forme, ecc. possono essere usati per esprimere sentimenti e stati d'animo. Discutendo brevemente le associazioni con i colori, secondo i gusti personali e collettivi.

L'attività artistica è prevista all'interno di un tempo e di uno spazio creati apposta per dare dei confini. Il conduttore deve impartire chiare istruzioni sui temi e sul tempo destinato al lavoro e assicurarsi che siano disponibili materiali protettivi adeguati in modo che i partecipanti non si debbano neanche preoccupare di sporcarsi i vestiti.

Il rispetto per la propria produzione creativa ha origine principalmente nel modo in cui il lavoro viene recepito. Il tempo dedicato a riflettere e magari discutere sull'attività svolta aiuta anche ad incoraggiare i partecipanti a impegnarsi di più.

Quando le persone hanno la sensazione che le loro preoccupazioni riguardo all'attività artistica siano state ascoltate e che il lavoro proposto sia accessibile, generalmente scelgono di rischiare di provare a vedere che cosa può succedere<sup>48</sup>.

## 4.4 Il lavoro di gruppo

---

Esiste una letteratura molto ricca sia sulla natura dei gruppi, sul modo in cui le persone si comportano al loro interno e sui motivi alla base di tali comportamenti, sia sugli approcci all'attività terapeutica, di riabilitazione ed educativa di gruppo. E' importante rilevare le caratteristiche generali della vita di gruppo in modo che risulti evidente come l'attività artistica possa influire sulla vita di gruppo e viceversa.

La comunicazione e le relazioni possono essere verbali o non verbali e possono includere il linguaggio del corpo.

L'importanza dell'attività artistica in gruppo sta nel fatto che un oggetto o più oggetti vengono creati all'interno della vita del gruppo stesso. Il modo in cui il lavoro viene svolto, il suo contenuto (riconosciuto o ignoto), il modo in cui esso viene recepito e usato influiscono su tutti i livelli di interazione, di relazione e di comunicazione.

L'opera concreta e visibile che viene prodotta è vista dai membri: l'attenzione del gruppo direttamente stimolata dalle immagini prende visione e si concentra su argomenti e questioni specifici.

L'attribuzione ad una forma di aspetti della nostra vita psicologica e ai modi in cui interpretiamo il mondo consente una più rapida apertura ed esplorazione di essi. Inoltre, capita spesso che in un breve intervallo di tempo si venga a creare un forte senso di identità del gruppo<sup>49</sup>.

---

48

J. Campbell, Attività artistiche in gruppo. Disegno, pittura, collage, scultura. Edizioni Erickson, Trento, 1996.

49

*Ivi*, p 20.



#### 4.4.1 Principali funzioni del gruppo

---

A prescindere dall'orientamento di base del gruppo terapeutico, alcune funzioni sono presenti in ciascuna terapia di gruppo.

Secondo Yalom<sup>50</sup>, i fattori terapeutici generali validi per tutti gli approcci di gruppo sono:

- **universalità**: il paziente trae beneficio dal rendersi conto che tutti i suoi sintomi possano essere condivisi;

- **acquisizione di nuove informazioni**: la pluralità che caratterizza il gruppo è fonte inevitabile di notizie e chiarimenti sui problemi condivisi;

- **instillazione di speranza**: il farsi coraggio vicendevole mobilita l'ottimismo tra i partecipanti e la sensazione di potercela fare;

- **cambiamento del copione familiare**: il gruppo consente la messa in scena, attraverso un delicato gioco di transfert e contro-transfert, di vecchi drammi familiari, che con la presenza esperta del terapeuta possono essere rivisitati e cambiati al fine di raggiungere migliori livelli di benessere;

- **altruismo**: i partecipanti al gruppo sperimentano l'importante vissuto di essere non solo bisognosi ma anche competenti e in grado di soddisfare richieste altrui, attraverso le loro indicazioni o suggerimenti;

- **sviluppo di tecniche di socializzazione**: il gruppo svolge una fondamentale funzione di specchio. I partecipanti attraverso feedback e risposte aiutano e sono aiutati nell'acquisizione di una più accurata auto-percezione. La nuova consapevolezza è alla base per un successivo cambiamento di interazione sociale;

- **comportamento imitativo**: ogni paziente ha la possibilità di osservare e prendere a modello gli aspetti positivi del comportamento degli altri partecipanti e del terapeuta;

- **apprendimento interpersonale**: ogni partecipante deve attraversare diversi stadi. In primo luogo è indispensabile rendersi conto delle proprie modalità di interazione sociale e delle conseguenze che esse hanno sugli altri e su se stesso, quindi, deve modificare tali modalità, attraverso la sperimentazione, nel gruppo, di nuovi comportamenti e infine deve verificare se essi risultano effettivamente più adeguati e rispettosi per tutti;

- **coesione di gruppo**: i partecipanti sperimentano la sensazione che qualcosa di importante sta per avvenire all'interno di un contesto protetto e accogliente. La coesione di gruppo altro non è che la percezione dell'esistenza di un setting o un contenitore le cui "pareti" sono formate dai vari membri e dalla loro voglia di far parte del gruppo;

---

50

I. D. Yalom, Leszcz Moly, *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, Boringhieri, 2009.

-**catarsi**: il contesto di gruppo sviluppa la potenzialità liberatoria attraverso l'immedesimazione nell'altro e nelle sue problematiche;

- **fattori esistenziali**: non costituiscono di per se un fattore di cambiamento ma una consapevolezza necessaria affinché gli eventi avversi della vita possano essere vissuti con meno drammaticità. Essi comprendono la responsabilità, la solitudine, il senso dell'esistenza, la morte<sup>51</sup>.

Il lavoro in gruppo presuppone il concetto di cambiamento e quindi porta verso il futuro. Insieme agli altri, la persona rivive momenti dolorosi e pesanti, ma il fatto di non essere soli crea un contesto che gli permette di superare queste difficoltà. All'interno del gruppo le aspettative e i legami che si creano conducono a buoni risultati<sup>52</sup>.

#### 4.4.2 Gli obbiettivi del percorso

---

Questo percorso grafico va al di là della terapia occupazionale. Si lavora sulle strutture della persona e sulla sua capacità creativa attraverso il lavoro parallelo della riorganizzazione estetica.

Ogni essere umano ha uno sviluppo grafico più o meno traumatizzato. Quando la persona riesce a compiere il cammino dell'arte interrotto a un certo punto della sua vita, ma ripreso dove c'è stata l'interruzione o il blocco, scopre il proprio stile personale. In un primo tempo si verifica la **liberazione regressiva**: non si creano figure simboliche, ma scarabocchi e macchie rappresentano l'esplorazione dei materiali vissuta come esperienza positiva ed empatica. In un secondo tempo si sperimenta il **caos** attraverso il rovesciare i colori, il pestare, gli spruzzi. Sono comportamenti distruttivi da parte della persona che favoriscono o esprimono la perdita di controllo, le manovre difensive, la scarica dell'aggressività e che poi vengono superate. Successivamente, ci si può nascondere dietro la **ripetizione stereotipata** di soggetti: temi, colori, stili e produzioni banali o convenzionali sono tutte difese in atto. Seguono le **pittografie**, cioè quei disegni che servono a creare un'intesa fra il paziente e l'arteterapeuta. Si tratta di una comunicazione figurativa che sostituisce o integra la parola, un codice che difficilmente è comprensibile a estranei. E' una comunicazione frequente nella psicoterapia e nei rapporti molto stretti. Finalmente si giunge all'**espressione personale** che ha lo scopo di comunicare.

---

51

K. Carlini, *La terapia di gruppo*, [http://www.benessere.com/psicologia/arg00/terapia\\_gruppo.htm](http://www.benessere.com/psicologia/arg00/terapia_gruppo.htm), Aprile 2014.

52

Jean Campbell, *Op. Cit.*, p. 43.

L'impressionismo, il cubismo, il surrealismo sono stili usati dai pittori durante il corso della storia dell'arte. Anche in arteterapia si parla di stili particolari adottati dagli utenti che descrivono il mondo interno o la propria visione di quello esterno. L'utilizzo di certi stili per l'esecuzione delle opere costituisce il processo terapeutico.

Il codice dell'arte-terapia considera anche come linguaggio per la decodifica lo spazio, le forme, cosa c'è lontano, cosa c'è vicino, la spigolosità, la rotondità, la distanza tra artista e soggetto, il campo visivo, cioè il supporto cartaceo. Il foglio, infatti, è uno spazio importante da saper riconoscere: rappresenta il campo visivo per eccellenza, la scelta di questo campo visibile è la prima variante ed è variabile. Il supporto cartaceo è un campo di forze, esso infatti si può interpretare a seconda di come viene riempito; se è vuoto può significare solitudine, se è pieno può indicare dinamicità, la dimensione scelta invece può rispettare semplicemente la dimensione personale e il bisogno di aprirsi o la necessità di chiudersi.

Per un'arteterapeuta parlare di mondo interno ed esterno è quasi la normalità. Il mondo interno sono le emozioni che stanno dentro il soggetto, sono i lavori di sublimazione e catarsi, raccontano episodi della memoria, la riparazione di qualcosa del passato, parlano di nostalgia, di qualcosa che è scomparso e che viene riportato alla luce. C'è qualcosa di magico nel disegno oppure un paradiso artificiale che crea e porta in un mondo di illusioni. Attraverso la rappresentazione del mondo esterno si cerca di stabilire una relazione e lo si riconosce dai disegni; il prodotto eseguito dà autostima e gratificazione, chi lo fa cerca di ricostruire la propria identità nel presente o di riscoprire la realtà mediante l'ambiente o la figura umana per stabilire con essi dei contatti.

## 4.5 Strutturazione dell'incontro

---

### *Avvio e presentazione:*

I nuovi gruppi possono iniziare l'attività con il benvenuto e l'autopresentazione dei partecipanti. Il conduttore è il primo che si presenta al gruppo dando soprattutto informazioni sulla sua formazione professionale. Successivamente si condividono la descrizione del percorso e le aspettative che ognuno ha in modo da iniziare a lavorare per creare il gruppo. Se, invece, il gruppo non è al primo incontro, si può dedicare del tempo ad ascoltare i commenti di ciascuno sulle sedute precedenti e cos'è successo nell'intervallo tra di esse. Gli esercizi di riscaldamento possono servire a preparare il gruppo all'esercizio principale, a ridurre la tensione e a focalizzare meglio la loro attenzione. Questi esercizi possono prevedere uno stretching dolce degli arti e del collo, un po' di Yoga e del training autogeno.

Qualunque sia la tipologia del gruppo è sempre consigliabile il riscaldamento iniziale per aiutare a raggiungere il livello di tranquillità e relax necessari per una buona esecuzione del lavoro.

#### *Lavoro principale:*

A questa fase deve essere dedicato il tempo sufficiente dal momento in cui è la parte più importante dell'incontro. E' utile avere ideato un programma da seguire ma, se dovesse essere necessario, in base alle esigenze del gruppo, bisogna essere pronti anche a modificare il programma o perfino abbandonarlo.

I gruppi costituiti per attività di svago possono lavorare su temi specifici qualora non abbiano dei suggerimenti da proporre. Il conduttore, con poche parole ma chiare, deve spiegare al gruppo l'attività che propone. Bisogna ricordare che il modo di affrontare il tema proposto è sempre molto personale e soggettivo.

Quando il gruppo opera per l'esecuzione del mandato calandosi nella creazione artistica dell'opera, tende a lavorare in silenzio. Questo perché i partecipanti si ritagliano il loro spazio interno ed esterno venendo assorbiti dalla loro stessa opera. Il silenzio deve essere assolutamente rispettato.

Se il conduttore nota che qualcuno, per qualsiasi ragione, si è “bloccato” durante l'esecuzione del lavoro deve aiutarlo a dire cosa non va e rassicurarlo. Può proporgli dei materiali nuovi o addirittura fare una piccola pausa.

Più i membri del gruppo lavorano spontaneamente, più bisogna essere preparati all'imprevisto: come nei sogni, infatti, l'artista può manifestare aspetti del proprio inconscio. Questo avviene quando si lavora soprattutto su esperienze di vita o quando emergono particolari immagini, forme e colori. Se si tratta di un gruppo con delle problematiche particolari, l'operatore deve sempre aver chiaro cosa sta succedendo alle persone singole e al gruppo nel complesso per poi intervenire in modo adeguato. Affinché tutti possano misurare il proprio ritmo di lavoro, è utile ricordare a intervalli regolari quanto tempo hanno ancora a disposizione.

Dopo l'esercizio principale oppure anche a fine incontro, si chiede di riordinare i materiali utilizzati. Per i gruppi con esigenze particolari saranno necessari tempi di preparazione e riordino più lunghi.

#### *Discussione e feedback:*

La discussione e il feedback costituiscono una parte integrante nell'ambito di un gruppo focalizzato sulle attività artistiche. In generale, tuttavia, non si dovrebbe mai costringere nessuno a

discutere del proprio lavoro davanti al gruppo sia per rispetto dei tempi e spazi della persona ma anche perché a volte è sufficiente la sola realizzazione del prodotto.

In genere, è necessario riservare del tempo per la riflessione, la sintesi e il feedback del gruppo, che può commentare com'è stata l'esperienza dicendo, per esempio, se le sue aspettative sono state soddisfatte.

Inoltre, mediante la riflessione e la discussione, si possono analizzare molti aspetti della pittura, dei disegni e del lavoro tridimensionale, come l'uso del colore, il ritmo, lo spazio, le forme e il contenuto simbolico dell'opera. Quando si lavora con un gruppo stabile a volte è possibile distinguere un linguaggio visuale personale che presenta motivi e immagini ripetute.

L'uso dell'arte nel lavoro di gruppo, oltre a permettere l'esplorazione personale nel momento della discussione, consente l'identificazione del gruppo con l'opera intera o con parte di essa e la possibilità che la creazione di qualcuno esprima un particolare significato per un altro.

Nella maggioranza dei casi, la cosa più importante è quella che l'artista ha da dire sul proprio lavoro, ma questo non diminuisce l'importanza del contributo dei partecipanti alla discussione. Spesso, infatti, quello che gli altri scelgono di osservare o dire sul lavoro del compagno, riflette i loro interessi o le loro preoccupazioni.

Parlandone al gruppo, in ogni caso, i singoli aumentano la propria conoscenza del processo creativo e la fiducia in sé stessi.

L'attività creativa non deve esaurirsi nella realizzazione di un'opera artistica; per esempio, con la libera associazione di immagini si possono aprire nuove vie di esplorazione di sé stessi oppure giocando con le immagini, si può scatenare la fantasia del gruppo.

#### *Conclusione incontro:*

Il modo in cui gli incontri terminano è importante tanto quanto il modo in cui vengono avviate. Sia che il gruppo sia continuo, specifico o intensivo, finalizzato all'arteterapia, alla formazione personale o allo svago, lavorare con la creazione spontanea di immagini crea un momento speciale in cui le persone condividono aspetti intimi di sé stesse e, per questo, possono diventare molto affiatate.

Può essere opportuno far riassumere ai partecipanti quello che hanno fatto durante l'incontro, trarre le conclusioni e magari creare un rituale di congedo del gruppo<sup>53</sup>.

---

53

*Ivi.*, pp. 35-38.

Nella maggioranza dei gruppi di terapia sarà l'operatore a conservare le opere prodotte per poterle esaminare e valutare anche a gruppo terminato. Nei gruppi ludici, invece, sono i partecipanti stessi ad occuparsi del proprio lavoro. Da ricordare di scrivere sempre la data e il nome dell'artista sul lavoro corrispondente alla fine di ogni seduta.

## 4.6 La Psicologia dei Materiali

---

Il materiale, oltre ad avere caratteristiche tecniche precise adatte o meno a determinate stimolazioni, svolge nell'arte terapia il ruolo di strumento-vettore di emozioni e sentimenti. La scelta di un materiale va valutata in virtù del suo significato soggettivo, intimo, in relazione alla storia del gruppo e del paziente.

La proposta dei materiali deve essere il più possibile variegata in quanto: “uno dei presupposti, è che a maggior possibilità di scelta dei materiali, corrispondano maggiori possibilità di espressione e di comunicazione” e, poiché “ciascun tipo di materiale ha un suo carattere proprio, il paziente reagirà-in tempi diversi-ad alcuni materiali invece che ad altri”( Waller,1993).

Il *supporto* su cui dipingere (carta, cartoncino, tele, ecc.) ha, al pari degli altri materiali, un valore affettivo e simbolico; per questo riteniamo opportuno dare la possibilità di scegliere la dimensione e la robustezza più consona ai propri vissuti. Se la pittura è un linguaggio che si determina in forme e spazio, allora la dimensione e la forma ritagliabile (ad es. ovale piuttosto che quadrata) devono essere definite a piacimento, lo stesso vale per lo spessore ed il colore del supporto. Tutto questo materiale va esposto in formati standard, sta poi a ciascuno renderlo a propria misura, aiutato dalle stimolazioni dei conduttori.

In un laboratorio di arteterapia, tutte le fasi di produzione dell'oggetto artistico possono diventare occasioni per stimolare, ogni scelta può essere rappresentativa del proprio modo di “essere nel mondo”:

- a) tagliare piuttosto che strappare un foglio;
- b) disegnare su qualcosa d'impalpabile e trasparente piuttosto che sul rigido e spesso;
- c) dipingere nel grande o nel piccolo;
- d) partire dal bianco, dal rosso o dal nero<sup>54</sup>.

---

<sup>54</sup> L. Colonnello, C. Passavanti, *Arteterapia: le arti figurative e plastiche*  
<http://www.artiterapie.it/public/upload/arti%20figurative.pdf>, marzo 2016.

### 4.6.1 I Materiali

---

La scelta del materiale utilizzato da chi disegna consente a sua volta importanti considerazioni. Questa scelta deve essere lasciata all'autore, a meno che non sussistano importanti motivi che giustifichino la decisione di fornirgli stimoli o addirittura norme da seguire. La "libera scelta" ha, infatti, un rilevante significato psicologico, proviene dalle profondità inconse della psiche e non è mai abbastanza apprezzata nel corso della valutazione diagnostica. Non è assolutamente indifferente se qualcuno utilizza la grafite, l'inchiostro, la tempera, l'acquerello, i pastelli, i gessi, i colori digitali o olio per rendere espliciti i contenuti della sua psiche. Sulla base delle esperienze -dove naturalmente le eccezioni confermano la regola -si può dire che, in genere, la scelta del materiale utilizzato per la rappresentazione è pilotata dall'inconscio e, propri in quanto non è "casuale", merita un'attenzione particolare. Questa scelta è piena di spunti e spesso consente di gettare uno sguardo sulle condizioni psichiche inconse di chi disegna.

Se qualcuno è tagliato fuori dai suoi ambiti emozionali inconsci, si può dire che vive esclusivamente "nella sua testa", è quindi razionale, di conseguenza eviterà i colori -che sono intimamente connessi con i sentimenti -orientandosi spontaneamente verso la matita, il pennino o la china. La scelta di uno di questi tre metodi è sempre sintomo di un atteggiamento razionale, se non altro in riferimento a quanto viene raffigurato. Con questi metodi è infatti possibile esprimere nel modo migliore un atteggiamento lineare, piatto, razionalistico e a tal fine la matita è il mezzo più adatto. Il disegno eseguito con la matita su un foglio può essere facilmente cancellato, e quindi poco impegnativo o, per così dire, scarsamente vincolante. Prima di tutto, il segno può essere tracciato in modo pallido e sottile sul foglio; inoltre, anche se con la matita si possono realizzare delle ombreggiature, il suo carattere resta tuttavia sempre quello del "tratto", che ben si presta a contenere qualcosa nei suoi contorni. La matita esprime in genere una qualità astratta, terrorizzante, è grigia o, in ogni caso, nerastra.

Con l'inchiostro con la china, al contrario, è possibile definire meglio il profilo, mentre si possono esprimere meno le tonalità. In questo modo si realizza spesso una specie di "pittura in bianco e nero", che indica un comportamento psichico generalizzato e comune. Forse qui si può tracciare un parallelo con le risposte strutturali e geografiche nel test di Rorschach, le quali indicano la caratteristica dell'intellettualismo.

Per poter comunicare con la matita e con il pennino un'emozione profonda è necessario possedere una capacità artistica superiore alla media, oppure una carica di energia che si effonde con grande impeto nel quadro definendolo, il che nella maggior parte dei casi, con le persone delle quali qui si parla, sono rese impossibile a causa di ristagni e blocchi psichici.

In realtà, la parsimonia con la quale questi individui delineano soltanto i contorni delle cose non origina da una volontà di ridurre tutto all'essenziale, bensì da un non-poter-dare o non-voler-dare, da una paura che trattiene l'azione che limita il darsi e l'impegnarsi. Questo non darsi e non volersi o potersi vincolare si esprime spesso anche in una vistosa opacità, sottigliezza e scarna aridità dei tratti, nella loro debolezza e nel loro pallore, in modo particolare nei disegni eseguiti con la matita, quasi a non voler rispondere di nulla.

Allo stesso modo, quando abbiamo una conduzione delle linee particolarmente rigida, questa indica molto chiaramente l'impossibilità che il meccanismo razionale della psiche si pieghi.

Se si utilizza una matita colorata, è chiaro che le "linee" sono colorate e quindi sono anche più "intrise di emozioni". Tuttavia, questo sentimento è piuttosto rigido, scabro e freddo. Nonostante il fatto che la matita colorata, al contrario della matita di grafite, si possa cancellare soltanto con molta difficoltà, a causa della sua fragilità, tuttavia è molto meno adatta a esprimere emozioni e sentimenti dell'acquarello o del colore digitale, applicato con le dita. Nascono opere davvero particolari quando nello stesso disegno vengono utilizzati materiali diversi. In ciò che è disegnato con la matita si rivela l'intenzione dell'autore di farlo passare quasi inosservato, mentre le parti evidenziate con le matite colorate hanno il compito di attirare tutta l'attenzione. Con le matite colorate si può comunque ottenere l'effetto di un acquerello se si esegue un intenso lavoro di precisione, la qualcosa indica un'ambivalenza riferita al carattere emozionale dell'oggetto realizzato: è, invero, intriso di sentimento, ma non è "fluida", flessuosa, morbida. La disponibilità verso la sfera del sentimento è già presente, ma non ancora fruibile, non si osa ancora portarla in piena evidenza.

L'utilizzo dei gessi o dei pastelli, al contrario, consente di esprimere sentimenti saturi, morbidi, spesso primitivi, densi. Gli stessi possono tuttavia anche suggerire una non differenziazione psichica, poca chiarezza, pesantezza, spesso grettezza, secondo lo stato d'animo. A metà strada tra il gesso il pastello, troviamo i pastelli a cera con i quali si può dar vita ai disegni belli, dai colori carichi e ricchi di *Nuance*, con i quali si possono mostrare le molteplici disposizioni dell'animo. Chi ricorre ai pastelli a cera sente già all'esigenza di portare allo scoperto qualcosa delle molte sfaccettature del suo mondo interiore.

Un materiale recente è l'inchiostro colorato. È liquido come l'acquerello e, con la sua bella lucentezza colorata, permette di esprimere in modo molto efficace particolari condizioni spirituali. Molto amati sono poi colori da manifesto che consentono di realizzare sia rappresentazioni semplici, primitive, sia ricche di contenuti, di sentimenti forti, ma che tuttavia spesso sono un po' pastosi. Poiché si lasciano "coprire", consentono di eseguire migliorie e cambiamenti successivi e per questo motivo attraggono soprattutto il disegnatore principiante.



Un materiale nuovo, finora utilizzato negli Stati Uniti nelle terapie infantili, sono i cosiddetti colori digitali. Essi possono però essere usati con successo anche nelle terapie con gli adulti, perché permettono di scaricare pulsioni di aggressività rimosse. Poiché in questo caso non si dipinge con il pennello, con il quale non si può esercitare alcuna pressione sui materiali di supporto, ma con il dito, con il quale si può premere, graffiare, pasticciare a piacere, si riescono a sfogare liberamente la rabbia e dell'aggressività. Questi colori hanno inoltre il vantaggio di poter essere applicati l'uno sull'altro e di coprirsi, e possono essere quindi usati come colori a olio, a differenza dei quali tuttavia sono "puliti", il che significa che si possono lavare via facilmente sia dalle mani sia dalla carta e dei vestiti, senza lasciare macchie. Sono adatti sia per creazioni semplicissime, sia per quelle estremamente complesse, oltre a risultare ideali per pasticciare (azione così di sovente vietata -a loro danno- ai bambini), Grazie all'abbondante presenza proprio del colore dello sporco, marrone, quasi sempre interdetto ai bambini. La libertà che così spesso mancava nell'infanzia, quella di "fare sporco", può così essere finalmente recuperata e condurre allo scioglimento di blocchi nevrotici e di ossessioni.

In ogni caso, tutto il contenuto psichico si può esprimere con gli acquerelli. Il loro carattere fluido, trasparente, finissimo, consente di lasciar trasparire le *nuance* più nascoste dell'animo. Con essi si possono facilmente raffigurare passaggi ed esprimere in modo ottimale stati fluidi diffusi. Chi preferisce gli acquerelli deve senz'altro avere dimestichezza con il disegno e il fatto che gli abbia scelti come mezzo espressivo consente di concludere che possiede una certa gioia e leggerezza nella manualità o almeno un atteggiamento positivo nei confronti del disegno come mezzo di supporto alla psicoterapia. L'acquerello ha però il grande svantaggio di non avere caratteristiche coprenti e i suoi contorni non possono essere cancellati. Ciò che è sul foglio è quindi impegnativo e vincolante.

Mentre i colori ad acqua svelano, i colori a olio esprimono la complessità dei contenuti della psiche. Con essi si può rappresentare tutto e tutto rimescolare. Asciugano lentamente e sono difficili da maneggiare. Ecco perché dei soggetti analizzati l'olio viene scelto soltanto di rado come mezzo espressivo: preferiscono utilizzare materiali d'uso più semplice. Raramente infatti si tratta di "esperti" e, anche nel caso che lo siano, è preferibile farli ricorrere a un altro materiale, come per esempio la plastilina, perché possano dar prova di sé in pieno spontaneità. La pittura appesa impedisce quella naturalezza dell'espressione che ha un'importanza vitale sia ai fini del valore diagnostico, sia di quello terapeutico.

L'utilizzo dei colori a olio richiedono un saper fare notevolissimo, se non ci si vuol fermare a goffi insoddisfacenti tentativi, in ogni caso ha il grande vantaggio di rendere giustizia alla cangiante

pienezza della psiche inconscia, riuscendo a rendere conto adeguatamente della sua natura complessa. Le sue possibilit  espressive, date dagli effetti di contrasto, completezza e miscelazione dei colori, sono davvero infinite. A colui che li utilizza, i colori a olio riescono a dare l'illusione di poter coprire ci  che le sue sfere pi  recondite non vogliono rivelare o, al contrario, di poter aprire fino a dare accesso ai suoi pi  segreti paradossi.

Forse si potrebbero qui citare anche i collage, che oggi vengono realizzati da molti pittori moderni che li usano al posto del colore, incollando carta colorata, resti di stoffe e altri materiali. Essi costituiscono una specie di fotomontaggio a colori, che per  diverge un po' dalle opere di cui abbiamo fin qui parlato, nonostante il fatto che anch'essi, per quanto riguarda la composizione, la spontaneit  della scelta e anche la forma e il colore, possono essere analizzati e diagnosticati in una certa misura dagli stessi punti di vista e con gli stessi criteri utilizzati per interpretare "un quadro".

  molto interessante anche notare come spesso i materiali utilizzati da coloro che disegnano o dipingono vengono scelti nello stesso ordine successivo illustrato in precedenza. I primi prodotti di questi disegnatori, in prevalenza timidi tentativi, vengono trasferiti sul foglio con la matita. Soltanto molto lentamente, essi si decidono di scegliere un altro medium, passando poi dall'uno all'altro; superano diversi "stadi" della loro forza espressiva e perfino della loro capacit  espressiva. Il passaggio dal nero-grigio al colore, ovvero dalla matita, per esempio, all'acquerello o al disegno con le dita procede in modo parallelo al processo di differenziazione della psiche del disegnatore, a rapporto con il soglio consapevole, ai contenuti emozionali della sua anima. Lo sviluppo interiore diventa ancora pi  evidente osservando una serie di opere e i materiali usati per realizzarle.

Naturalmente, non tutte le persone si serviranno di tutta la sequenza, ma salteranno alcuni materiali. Cos , a volte, qualcuno rester  ancorato all'inchiostro o alla china, poich  ha paura del colore, ci  dell'emersione dei suoi sentimenti rimossi. Nel momento in cui per , un soggetto ha osato il salto nel mondo del colore, si pu  parlare di una fiducia, di una riuscita apertura della "sfera dei sentimenti" della sua anima e stilare una prognosi favorevole alla sua evoluzione. Nel caso contrario, in cui una persona inizia subito ad usare colori pastosi come i gessi o i pastelli, apponendoli in modo infantile e primitivo, il dispiegamento della sua psiche si pu  misurare soprattutto nel progresso della sua capacit  di rappresentazione, nell'affinamento delle ombreggiature, nella migliore elaborazione dei dettagli<sup>55</sup>.

---

<sup>55</sup>  
J. Jacobi, *Op. cit.*, pp. 55-62.

## 4.6.2 I Colori

---

Ai fini della valutazione diagnostica di una “Immagine dall’inconscio”, i colori che appaiono sono di rilevante importanza, poiché costituiscono i supporti e l’espressione dell’emozionalità psichica che muove l’autore. La loro pienezza e intensità, chiarezza o impurità in rapporto a ciò che è stato raffigurato forniscono un collegamento diretto per capire la forza e la tipologia essenziale di queste emozioni. Tra i due estremi, quello della luce e quello delle tenebre, troviamo tutti colori del creato. Ogni colore può esprimere un determinato effetto sui sentimenti che è diverso da tutti gli altri. Ricerche sperimentali con il testa di Lüscher hanno dimostrato che la scelta dei colori dipende non solo dall’età, ma anche dal sesso.

Allo stesso modo, ogni persona manifesta una preferenza per un colore, che risulta essere più rispondente alle sue “tonalità umorali”. Johannes Itten dice:

*Condurre un allievo alla scoperta delle proprie forme e dei propri colori soggettivi significa portarlo a scoprire se stesso<sup>56</sup>.*

Che i colori possano, altresì, avere un effetto terapeutico è cosa ormai nota da tempo. Le irradiazioni, usano diversi colori, hanno un differente effetto sanante, come abbiamo visto anche nei trattamenti con luce rossa e blu. L’attivazione di determinati stimoli vegetativi da parte di diversi colori è un fatto ormai ampiamente dimostrato.

Il principale campo di applicazione della terapia cromatica è quello dei disturbi vegetativi e affettivi. Noi sappiamo che i malati di mente sono molto sensibili all’effetto del colore, motivo per cui oggi si ornano le pareti degli ospedali psichiatrici con opere che possano avere effetti “sananti”, ovvero rilassanti, rasserenanti, rinfrancanti, come per esempio i dipinti di Van Gogh che, insieme alla terapia cromatica e all’educazione ai colori, sono diventati importanti strumenti di supporto della psicologia e della medicina.

E’ molto significativa la collocazione assegnata a un determinato colore in un disegno, il cui valore espressivo dipende in modo altrettanto rilevante dal rapporto di un colore con l’altro. Già Goethe nel suo trattato sui colori ha sottolineato che ogni colore è influenzato dall’ambiente che lo circonda, venendone rispettivamente modificato. Non è senza importanza in una composizione grafica se, per esempio, il blu è stato applicato sopra, sotto, a sinistra o a destra. Ogni volta infatti produce un risultato diverso: sotto ha un effetto di pesantezza, sopra di leggerezza.

---

<sup>56</sup>  
J. Itten, *L’arte del colore*, Milano, Il Saggiatore, 1982, p. 25.

L'equilibrio nella distribuzione dei colori rivela il bilanciamento dei sentimenti dell'autore nel suo dipinto o disegno: la loro disarmonicità e cattiva distribuzione evidenziano invece il suo disordine e la sua confusione. Dato che si può inoltre distinguere tra colori caldi e freddi, forti e teneri, è possibile altresì determinare senz'altro la condizione dell'umore del soggetto. Sono considerati colori caldi il rosso, l'arancio, il giallo, i cosiddetti "colori maschili"; i colori freddi sono il verde, il blu, il viola, i cosiddetti "colori femminili", e le loro tonalità, le loro ombreggiature e combinazioni compongono la globalità dello spettro cromatico.

Fino a che punto un autore si serva nella sua opera del significato convenzionale e collettivo di un colore, oppure vi si ponga in contrasto, operando una scelta cromatica individuale, è cosa che lo caratterizza in maniera estremamente precisa. Il simbolismo dei colori, in determinati periodi storici, ambiti geografici, strati sociali, nelle differenti religioni, nei misteri e nei vari culti, ecc., è stato ampiamente determinato a livello collettivo.

Parallelamente, è sempre stato presente anche un simbolismo individuale, che deviava da quello collettivamente accettato, e cioè "normale". In generale, ci si attiene a quei colori che si riscontrano nella natura. Se invece si disegna un albero per esempio blu o un uccellino rosso acceso, allora si intende esprimere una visione del tutto particolare di questo oggetto, che ha un proprio senso specifico.

In genere, in ogni luogo e in tutte le epoche, il *rosso* ha sempre rivestito lo stesso significato. È stato sempre messo in relazione con il sangue, la passione, la sensualità, il fuoco, il tumulto, l'incremento della vita. Spesso è stato anche il colore di Satana, del vizio, del pericolo di morte. Il rosso irradia l'effetto più potente, eccita e incendia. Il suo effetto si accresce nel rosso-arancione diventando forza febbrile, focosa, battagliera. Il rosso è l'espressione della vitalità, è associato sia all'impulso sessuale, sia al senso di ribellione. Il copricapo dei Giacobini per esempio era di un rosso sgargiante, come anche le bandiere della sommossa e della rivoluzione in genere. Non è perciò un caso che il rosso sia attribuito a Marte, cioè alla divinità della guerra. Sulle gote di una donna dovrebbe raffigurare la freschezza della vita, se tuttavia appare sul suo corpo, indica un pericolo sanguinolento, che forse conduce alla morte. Poiché anche il rosso, come ogni colore, esprime una duplicità: può simboleggiare sia un aspetto positivo che negativo, a seconda del contesto e della modalità con cui viene usato.

In contrapposizione al rosso, il *blu* ha un effetto più calmo e freddo. Il rosso, in un certo qual modo, è incalzante; il blu, quando è chiaro, esprime invece la distanza e la vastità indicando l'infinito. Dalla volta celeste discende su di noi e ci porta a sollevare lo sguardo verso il cielo. Anche l'acqua sembra riflettere tutte le tonalità del blu. Il blu corrisponde simbolicamente al lago

tranquillo, al temperamento flemmatico, al femminile, al lato sinistro, alla direzione orizzontale, alla pace.

Il blu scuro, viceversa, evoca le profondità, la notte, il silenzio e la morte. È il colore dell'introversione. Se il blu tende invece al torbido, al fosco, può esprimere paura, smarrimento, lutto. Sempre però è connesso con il regno della sfera psichica-spirituale, dell'extrasensoriale. Anche la fedeltà, la nostalgia e l'amore platonico hanno un rapporto con il blu; non senza motivo si dice che il "blu è la fedeltà" e si parla del "fiore blu del romanticismo" celebrato da Novalis.

Quando il rosso e il blu si incontrano e si miscelano ci troviamo di fronte al *viola*. Esso riunisce i due estremi contrapposti dei sentimenti e per questo è stato denominato il colore della magnificenza, del misticismo, della saggezza. Stregoneria e magia, segreto e seduzione, la comprensione mistica e intuitivo-sensitiva possono essere allegorizzati dal viola. Nell'ambito della Chiesa è il colore della penitenza, poiché rappresenta il combattimento dell'anima contro la carne al fine di penetrarla. Se il blu simboleggia il divino, l'etereo, e il rosso l'umano, adempiuto nel sangue, nel viola si esprime allora un'unità razionale. Dal momento che il viola fonde in sé le due estremità di uno spettro, è un colore "mercuriale" e che connette le anime.

Accanto al rosso, il *verde* possiede quasi ovunque lo stesso significato, è sempre collegato con la vegetazione che cresce e si dispiega. Esso reca promesse e speranze ed è al contempo un colore di "conciliazione", perché forma un passaggio tra il gelido blu e il giallo, già rientrando fra i colori caldi. Il verde esprime il concetto del "non ancora", di ciò che è in divenire, per questo si parla di ragazzi ancora verdi finché non saranno adulti. Il verde può però esprimere anche invidia, sospetto, paura, malattia, rabbia e, come il rosso, la forza demoniaca. Tutto dipende sempre dalla relazione in cui viene a trovarsi.

Il *giallo*, come quarto colore fra quelli di base, simboleggia il potere, la comprensione, l'intelligenza, la ragione. È il colore colmo di luce. Ma, non appena si offusca, significa falsità, sospetto, tradimento, dubbio e perfino pazzia. Si diventa gialli, quando trabocca la bile. Ciò nondimeno, anche i draghi, che simboleggiavano il potere nell'antica Cina, erano di colore giallo. E quando la Sinagoga veniva raffigurata, negli antichi dipinti a olio, ammantata di giallo, si intendeva caratterizzarne principalmente l'aspetto della saggezza.

La maggior parte degli occidentali attribuisce a quattro colori fondamentali anche alle quattro funzioni della coscienza, che Jung ha posto alla base del suo trattato tipologico. Si può, quindi, in linea di massima, affermare che secondo loro il rosso rappresenta quasi sempre il sentimento, il verde la funzione delle percezioni, mentre il giallo e il blu hanno delle variazioni. Al pensiero, infatti, a volte viene associato il blu come colore dello spirito, del cielo, a volte però anche il giallo,

come colore del potere della ragione; altri invece trovano che il blu, come colore dell'acqua, si avvicini meglio del giallo alla funzione dell'intuizione.

Verosimilmente, la persona si sente più attratta dal colore che meglio esprime la sua funzione principale. Gli individui orientati molto unilateralmente o evolutisi a senso unico, tuttavia, prediligono quel colore che simboleggia la loro funzione contraria -ovvero quella di minore importanza- perché questa, qualora la incontrassero o la disegnassero, produrrebbe una specie di compensazione. Sistemati in un cerchio o in un quadrato, i colori fondamentali rappresentano una differenziazione delle quattro funzioni di base.

Al quesito, se da un disegno sia possibile riconoscere il tipo del quale fa parte il soggetto che l'ha realizzato, non è possibile rispondere in modo soddisfacente. Talvolta sono proprio i colori stessi a suggerire che sarebbe errato voler considerare questo un criterio assoluto. Tenuto conto, infatti, che proprio nei nevrotici, o nei soggetti altrimenti psichicamente disturbati, la funzione principale non è ancora adeguatamente sviluppata e l'utilizzo delle funzioni principali è ancora oscillante, il disegno eseguito in una condizione transitoria non è sufficiente per dare un giudizio valido.

Rivestono inoltre una notevole importanza i colori *nero e bianco*. Anche essi esprimono una contrapposizione, poiché in nero viene considerato in generale come ciò che è oscuro, "il male", mentre il bianco rappresenta ciò che è puro, il "bene". Il nero esprime la carenza di ogni vita, è collegato con l'inconscio, la notte, il lutto. È il confine in prossimità del quale la vita cessa e si dissolve nel "nulla". Annerire è come denigrare, ridurre il valore di qualcosa. Colui che vede nero, il pessimista, in genere viene emarginato ed evitato. Il nero ha un valore particolarmente inquietante quando è associato a rosso, perché evoca l'immagine di qualcosa di diabolico e infernale. Più intensa è la luce, infatti, e più scura appare l'ombra. Animali e persone neri sono molto temuti, poiché il loro colore preannuncia sventura. Forse il rifiuto dell'uomo bianco nei confronti delle persone di colore trova la sua origine proprio in questo inconscio timore.

Il *bianco*, come il nero, è un cromatismo "Incolore". Nel bianco opaco non c'è vita, il pallore cadaverico diviene il simbolo della morte; non stupisce quindi che presso i cinesi il bianco sia il colore del lutto. Così come esprime il senso della vastità e dell'infinito, esso ricorda anche il vuoto e la sconsolatezza, la solitudine. Appare "parco di sentimenti", poiché questi si esprimono nei cromatismi colorati. I fantasmi possono essere rigorosamente bianchi, e anche la "dama bianca" è messaggera di sventura. Il bianco rappresenta l'inizio di tutti i colori, l'innocenza e la castità; ma anche la somma di tutti i colori appare nel bianco, che costituisce quindi l'inizio della fine allo stesso tempo.

In “un’immagine dall’inconscio” un foglio di carta bianca, sul quale non è stato disegnato nulla, segnala una rinuncia, un rifuggire dal contatto con certi contenuti. Quando, al contrario, la base viene ricoperta di bianco, in questo si ravvisa un’aspirazione a voler sottolineare di bianco e il puro, il chiaro e il pulito, un desiderio di connotare il soggetto del disegno come qualcosa di festoso, celebrativo, come per esempio possono esserlo gli abiti ecclesiastici bianchi della Pasqua, una perla o una pietra di marmo bianco. La coppia gemellare bianco-nero, del resto, assume prevalentemente il significato della “fortuna-sfortuna”, il moralmente buono e moralmente condannabile e costituisce di per sé una “Unità”.

Un’altra coppia è costituita dai colori *argento e oro*, che corrispondono alla luce della coscienza maschile e della coscienza femminile, alla luce della luna e a quella del sole. L’argento, nel suo significato, è assimilabile al bianco, l’oro al giallo; in essi, tuttavia, entrambi i colori trovano la propria “esaltazione”; è come se contenessero qualcosa di indistruttibile e pieno di splendore, qualcosa di glorioso. Entrambi sono simboli del trascendente e del sovrumano.

Nel nostro spettro cromatico, esiste anche il *marrone*, carico di mistero come la Madre Terra, depositario di tutti gli esseri della natura. Tutta la vita che da essa origina vi ritorna per morire. Il marrone esprime la forza materna e una grande aderenza alla sfera terrena. Si ritrova nella radice del tronco degli alberi e dei cespugli che verdeggiano, nelle zolle fumanti ed è il colore della pelliccia che protegge molti animali. Il marrone è anche il colore delle feci, che da un lato vengono considerate sporcizia e gettate, dall’altro invece stimate come “Oro” perché sono il miglior concime per la crescita delle piante. Il bambino ultra-civilizzato ritenuto troppo pulito, non appena da adulto ha la possibilità di pasticciare, di riempire i suoi disegni di questo colore, esprime in tal modo un bisogno di liberazione e di rilassamento. Nei nevrotici ossessivi, il marrone gioca un ruolo particolarmente importante.

I colori *rosa e grigio*, infine, sono il risultato di una miscela. Il rosa ha origine da una mescolanza di rosso e bianco e suggerisce prevalentemente contenuti correlati con giovani fanciulle, con il romantico, il sentimentale. Nel grigio la miscela avviene fra il bianco e il nero, dando luogo a un colore senza vita, uggioso. Rispecchia anche la melanconia, il quotidiano nebbioso, grigio, testimonia una scarsa voglia di vivere e denuncia l’impossibilità di trovare scampo dal grigiore.

Sui colori sono ormai stati detti e scritti fiumi di parole e sarebbe impossibile quindi esaurire in queste pagine un tema così vasto. In questo lavoro perciò sono state riportate soltanto alcune

indicazioni che potrebbero essere utili per l'interpretazione delle "Immagini dall'inconscio"<sup>57</sup>.

### 4.6.3 Il Supporto

---

Anche il tipo di supporto sul quale l'opera è realizzata merita adeguata considerazione, in quanto indica in quale misura il valore che il soggetto attribuisce al supporto stesso. Viene prevalentemente utilizzata carta da disegno, che si può acquistare in album di diverse misure. Tuttavia, alcune persone, non attribuendo a priori -a prescindere- importanza valore alla propria opera, utilizzano un qualsiasi pezzo di carta, stessa carta da pacchi oppure un giornale, o a volte perfino carta igienica. "Per l'uso che devo farne è più che sufficiente", ecco il commento dispregiativo che accompagna simili scelte. La tela o i materiali affini vengono utilizzati soltanto molto raramente, poiché sono difficili da maneggiare e richiedono, come i colori a olio, fatica e attenzione<sup>58</sup>.

### 4.6.4 Lo Spazio

---

I dettami della grafologia costituiscono aiuti importanti anche per la valutazione diagnostica del simbolismo dello spazio di "un'immagine dall'inconscio". Un quadro che non abbia più spazio sufficiente sulla sua tela è come un albero la cui chioma sia stata recisa e fa saltare la cornice. È altrettanto tipico e rivelatore dello stato d'animo del soggetto che disegna non tenere conto dell'espansione, utilizzando, per esempio, soltanto una parte microscopica dello spazio disponibile al centro di un foglio gigantesco; non diversamente da una persona che indossi vestiti così stretti da esplodere, o così larghi da ballarci dentro.

È importante, inoltre, osservare dove viene posta l'immagine sul foglio -se a destra, se a sinistra, sopra o sotto, al centro o in un angolo- perché in ogni singolo caso questo significato è specifico e diverso. Così, per esempio, qualcosa che si trovi in mezzo al foglio è sicuramente più importante rispetto qualcosa che è stato relegato in un angolo.

Un'opera assume significati diversi a seconda che sia collocata nella parte sinistra nella parte destra del foglio, quasi volesse ritirarsi in se stessa oppure fuggire sulla destra del foglio. Se, per esempio, un gruppo di alberi o una casa si trovano a sinistra nel quadro, allora la parte destra si apre

---

<sup>57</sup>  
J. Jacobi, *Op. cit.*, pp. 88-95.

<sup>58</sup>  
*Ivi.* p. 65.



mediando la sensazione di uno spazio che si dilati all'infinito, mentre un'immagine che si trovi a destra sembra quasi voler sbarrare la strada verso il mondo circostante. L'esperienza che si ha dell'immagine assume quindi caratteristiche totalmente diverse. Quella aperta verso destra e quella chiusa a destra risvegliano nell'osservatore reazioni completamente differenti.

Nel simbolismo della destra e della sinistra esiste tuttavia un'eccezione. Quando, infatti, l'autore raffigura se stesso, allora l'osservatore dell'opera deve, per così dire, identificarsi con lui, pensarsi al suo posto (peraltro è anche molto significativo se qualcuno si ritrae come animale, pianta o con una figura divina).

In realtà quindi egli guarda fuori dal quadro come da una finestra, rivolto verso di noi.

Non è indifferente quindi se l'autore del quadro o del disegno, qualora rappresenti se medesimo, si trovi al centro spostato a sinistra o destra. Nel primo medioevo era usuale che il pittore si insinuasse quasi di fronte nell'opera, collocandosi piccolo in un angolo, o dipingesse anche i suoi committenti, raffigurandoli da qualche parte in basso come delle piccole figure. Questo fornisce un importante indizio per comprendere la valutazione che dava il pittore di sede della posizione che riteneva dovesse spettare, nel mondo, alla propria persona. Spesso, nella fase iniziale dell'osservazione di un'opera, si chiede da quale punto del foglio il paziente ha incominciato disegnare, poiché non è senza importanza se l'opera si dispiega dal centro, oppure se si è estesa partendo da un angolo.

Della "sinistra" si è infatti sempre detto che fosse il lato oscuro "Cattivo" (sinistro), e anche il lato dell'inconscio, mentre la "destra" era la luminosa consapevolezza, la coscienza, quindi il "Bene". La storia dei simboli può raccontarci di molte attribuzioni, delle quali tuttavia saranno evidenziate soltanto alcune. Va però ancora ricordato che anche il "Sopra" e il "Sotto" hanno un significato tradizionale: il "Sopra" apparterebbe alla sfera spirituale, il "Sotto" a quella istintuale. Conseguentemente, i colori posizionati nelle relative collocazioni sono impregnate delle corrispondenti caratteristiche o ad esse collegate.

Se l'immagine utilizza tutta la superficie del supporto, risparmia un "bordo" e la larghezza di questa eventuale cornice e la sua forma sono tutti dettagli meritevoli di attenzione per un'interpretazione. Un bordo può proteggere.

In particolare, osservando le immagini che sono state realizzate da persone ammalate, bisogna porre attenzione all'esistenza o meno di un contorno. Se questo fluisce su tutti i lati oltre supporto stesso, è, per così dire, "Senza confini" e può significare che esiste un pericolo di straripamento dei contenuti inconsci. Se invece ha un bordo, l'inondazione è controllata, "tenuta": l'Io conscio è in grado di difendersi dai flutti alluvionali del materiale inconscio. Anche la forma del bordo è

importante, perché ha un differente significato, che può essere suggerito da un bordo di forma quadrata rispetto a un altro che presenti una rotondeggiante forma barocca, dato che da quest'ultimo si può desumere un asimmetrico e morbido "incorniciamento dei contenuti" racchiusi nella psiche del creatore dell'opera. Possiamo concludere quindi che dalle diverse forme di bordi è possibile trarre differenti valutazioni.

In linea di massima è molto importante distinguere tra il primo piano dell'opera e il suo sfondo, cioè lo spazio nel quale è disegnata o dipinta. Lo sfondo può rappresentare la sfera dell'inconscio, della quale l'immagine trasmette una sezione, un'area su cui "cade" la luce della consapevolezza, oppure, se bordata, una zona di paesaggio "Indescrivibile", consapevolmente delimitato e lasciato vuoto. Assume altresì un diverso significato se un'opera è realizzata sul supporto in senso verticale o orizzontale.

Già nella psicologia della *Gestaltung* si riteneva che la rilevanza di un soggetto dipendesse dal suo posizionamento nello spazio circostante, perché tramite esso viene portata in evidenza e determinata la significatività del suo ruolo. È proprio così infatti che il valore della posizione di un elemento può essere accertato nel contesto dell'intera opera. Se, per esempio, si disegna una macchia rossa al centro di un viso, sotto il naso, che si trova esattamente nel centro del foglio disegnato, allora rappresenta la bocca; se la si pone sulle guance, allora il rossore della gota, o su un dito, allora probabilmente una piccola ferita; se nell'erba verde, un fiore rosso; Se un vestito, allora una traccia di sangue, ecc. Le variazioni di cui si deve tenere conto sono davvero infinite<sup>59</sup>.

#### 4.6.5 L'organizzazione dell'opera

---

Chi si trova di fronte un quadro nota subito se quanto è rappresentato è ben organizzato nello spazio messo a disposizione, oppure no. Proprio di quelle opere che provengono dalle profondità più abissali, si nota spesso uno scompiglio caotico, oppure i singoli oggetti sono strappati, scollegati e indicano una scissione interiore del disegnatore. Ciò significa, perciò, che la loro chiusura, ovvero la loro dissociazione, è subito riconoscibile e che l'immagine consente così anche di gettare uno sguardo nell'anima dell'autore.

Naturalmente, bisogna operare una differenziazione tra quei disegni umorali realizzati di getto e quelli che appaiono invece dissociati. Per alcuni quadri si può parlare addirittura di composizioni, di

---

<sup>59</sup>  
J. Jacobi, *Op. cit.* pp. 62-69.

sfogo automatico, per altri, invece, di sconcertante povert  d'esecuzione, oppure di estrema ricchezza di figure, e tutto ci  in un illuminante parallelismo con il contenuto psichico espresso.

Edith Zierer ha perfino elaborato una procedura di test in 75 stadi, con la quale   possibile misurare il grado di integrazione o non-integrazione di una rappresentazione grafica. In tal modo si pu  accertare fino a che punto il carattere armonico di interezza, oppure di frammentazione si rivela nell'autore dell'opera in tutte le sue sfumature e gradualit <sup>60</sup>. Secondo la Zierer, la considerazione del grado di integrazione dei colori consente di trarre una conclusione sulla integrit  della funzione dell'Io del disegnatore, poich  la non integrazione nell'immagine ha un supporto proporzionale con la non integrazione della sua personalit . Inoltre, ha accertato che l'esecuzione controllata di un programma di disegni, condotto secondo queste indicazioni, mobilita le fonti creative latenti che incrementano l'integrazione e rafforza le facolt  di *problem solving* del paziente. L'effetto che riesce a raggiungere una corretta organizzazione degli elementi figurativi dell'opera lo vediamo nella cosiddetta "Pittografia", che viene utilizzata per la visualizzazione grafica di statistiche e che si   dimostrata estremamente utile per rendere facilmente comprensibili situazioni di fatto complicate.

Dato che la maggior parte delle "Immagini dall'inconscio" o almeno i singoli elementi che ne fanno parte -come del resto anche i sogni -hanno un carattere compensatorio nei confronti del rispettivo contenuto cosciente, il disorientamento della coscienza, quindi una confusione pi  o meno predominante, pu  far emergere dal profondo un paesaggio psichico ben ordinato, quasi come fosse un elemento compensatore. Questo testimonia la facolt  latente della psiche inconscia di fare ordine, di produrre una specie di autoregolazione, un'autoguarigione. In casi come questo si pu  parlare di una possibilit  di interpretazione sintetico-prospettica. Noi sappiamo quale importanza possa essere attribuita a indizi di questo genere, per esempio, nei casi di nevrosi, le cui possibilit  di guarigione sembrerebbe e altrimenti piuttosto remote.

Questo carattere anticipatorio del quadro pu  essere tuttavia accertato soltanto nel caso in cui si conosca l'analizzando, nonostante si sia in grado di segnalare, da determinati indizi, anche nell'interpretazione al buio, almeno se si tratta di un prodotto che abbia origine da una fase di miglioramento oppure da una fase regressiva.

Nel suo seminario tedesco, Jung diceva:

---

<sup>60</sup> E. Zierer, "Creative Analysis: Color Integration as a Diagnostic and Therapeutic Tool in individual and Family Treatment", *Psychiatry and Art*, cit. p.207.

*Quando appaiono figure semplici, geometriche, che mostrano una certa povertà nelle forme, si tratta di regola di un caso nel quale la sfera individuale si è dissolta in tutte le possibili bramosie e paure. Il quadro ha così lo scopo di scongiurare lo stato disordinato, caotico e di trasformarlo in un semplice, chiaro<sup>61</sup>.*

A volte possono essere intese in questo senso anche raffigurazioni schematiche o astrazioni, delle quali abbiamo già parlato in relazione all'utilizzo della matita o del pennino<sup>62</sup>.

Molte persone realizzano opere che sono composte soltanto da macchie di colori messi in fila o buttate disordinatamente sulla carta, sulla tela, come si riscontra anche nell'arte moderna. Ciò facendo, sentono una specie di liberazione dalle loro tensioni spirituali, e forniscono una rappresentazione della propria condizione interiore. Si evita tutto ciò che somiglia o figura, gli elementi si compongono di tonalità umorali, che traggono la loro origine da uno strato che si trova ancora al "livello inferiore" rispetto quello figurativo. Il fatto che gli si ritrovi armoniosi e belli resta quindi l'unico punto di vista applicabile all'atto dell'interpretazione, mentre non li si può valutare con aspetti della natura rappresentati in modo corretto o errato.

Queste opere sono più spesso prodotte dalle persone particolarmente emozionali, che hanno represso quasi del tutto i propri sentimenti. Nei loro disegni, esse discendono negli abissi e riportano alla superficie l'espressione delle loro percezioni da quelle profondità dove tutto è ancora allo stato magmatico e fluido, dove scissioni e spaccature causate dalla coscienza non possono arrivare, dove tutto è ancora indiviso e completo. E' da quegli abissi che arrivano queste immagini, e in questo consiste anche il loro carattere taumaturgico<sup>63</sup>.

#### 4.6.6 Il Mandala

A questo punto vanno ricordati anche diversi *Mandala*, ai quali Jung ha dedicato tanta attenzione. Egli vedeva in essi una sorta di "riproduzione dell'ordine atavico della psiche" e diceva che rispetto alla citazione della *Bibbia*:

*"Dio ha creato l'uomo a sua immagine e somiglianza".*

Nei Mandala possiamo vedere la raffigurazione di qualcosa di simile, articolato

---

<sup>61</sup>  
C. G. Jung, *Op. cit.*, p.103.

<sup>62</sup>  
J. Jacobi, *Op. cit.*, pp. 74-78.

<sup>63</sup>  
*Ivi*, p. 80.

armoniosamente, equilibrante, formante un tutto unico, sferico. La parola Mandala è sanscrita e significa all'incirca "Cerchio salvifico", "Cerchio magico", poiché in esso viene protetto un centro, il Sé, il simbolo della "sfera sacra della personalità interiore", che reca in sé l'immagine di Dio.

I Mandala sono costruiti in modo accentuatamente simmetrico, in un cerchio o poligono o in un quadrato, attraverso cui si intende mettere in evidenza "l'integrità" della psiche. Sono fra i più antichi simboli religiosi e in molti luoghi, specialmente in oriente, hanno trovato forme compiute perfette dal punto di vista artistico. Nell'utilizzo a fini di culto non esprimono soltanto "l'ordine", ma si ritiene che i Mandala abbiano anche la facoltà di indurlo. Nel buddhismo tibetano, osservare meditazioni, immagini Yantra ha lo scopo di produrre in chi le contempla, per esempio identificandosi con esse, un ordine psichico interiore simile a quello suggerito dall'immagine. Lo stesso può accadere al soggetto che disegna e osserva in stato di meditazione un Mandala individuale.

Non soltanto nelle più diverse aree culturali e in ogni epoca è stato possibile trovare dei Mandala intensamente significativi, ma meritano un'altissima considerazione anche quelli disegnati da singoli individui, come "i simboli Mandalici personali". In ogni caso, dall'apparizione spontanea di un Mandala -chi sia il sogno o come "immagine dall'inconscio"-, si può dedurre che il suo autore abbia finalmente raggiunto una propria corrispondente completezza.

I Mandala appaiono lungo tutto il percorso dello sviluppo spirituale, sempre quando il caos e si deve trasformare in cosmo, il disordine in ordine, o quando sono necessarie ai fini della ricostituzione di un equilibrio. Anche nel caso in cui una persona non sia in grado di dire quasi nulla sul contenuto sullo scopo di un mandala ch'egli stesso ha disegnato, però ne è affascinata e lo percepisce come liberatorio, espressivo e ricco di effetti<sup>64</sup>.

#### 4.6.7 La Prospettiva

Una chiave illuminante per valutare la condizione spirituale di un soggetto che disegna è anche la sua facoltà e disponibilità a utilizzare la prospettiva. Oggi, quando sembra che l'assenza di prospettiva riscuota sempre più gradimento, la psicologia dell'inconscio consente di guardare a concezioni ricche di suggerimenti.

In assenza di prospettiva, non esiste alcuna dimensione della profondità. Tutto ciò che è fisico, è tridimensionale. Se rappresentato in modo a prospettico, resta sequestrato in due dimensioni,

---

<sup>64</sup>  
*Ivi*, pp. 78-80.

diviene piatto e non è più in grado di gettare ombre. Può anche essere di forma piacevole o bella, resta tuttavia carente di una somiglianza con la natura, con “l’umano”, che sempre possiede un’Ombra.

Nella psicologia junghiana, l’Ombra ha un significato simbolico del tutto particolare: è “l’umano-troppo umano”, cioè qualsiasi “altro lato” dell’individuo, che per motivi di adeguamento viene rimosso dalla coscienza, più o meno escluso dalla nostra vita, e tuttavia ci rimane pressamente vicino. Nel suo libro Jung dice:

*L’Ombra è il nostro “fratello oscuro” che è, invero, da noi indivisibile, ma fa parte di noi [...] la “figura viva” ha bisogno di profonde ombre, per apparire plastica. Senza le ombre, rimane un’immagine fallace e piatta [...]”<sup>65</sup>.*

L’espressione artistica non figurativa, senza prospettiva, che sempre più piace e si afferma nei nostri giorni, indica allora che molte persone della nostra era moderna possiedono una struttura spirituale particolare? Se pensiamo ai vari periodi della storia della cultura, non ci sarà difficile accertare che nei momenti in cui vigeva il matriarcato, per esempio nel periodo proto-egiziano, nelle isole Cicladi, ecc., erano predominanti i disegni e le raffigurazioni geometriche o astratte.

Mentre, al contrario, nella cultura patriarcale, come per esempio nell’era tarda a Creta, nel Rinascimento, era invece prevalente l’espressione artistica realistica, vicino alla natura, ricca di prospettiva. Se si intende questa manifestazione come una specie di interdipendenza tra la forma espressiva artistica e il tipo di società, allora si può dire che in un mondo matriarcale gli uomini vivevano nel timore della predominanza della donna, temevano e veneravano la Grande Madre e per questo non volevano diventare coscienti dei suoi tratti d’Ombra, quindi li respingevano e rimuovevano. Evitavano la tridimensionalità, nella quale era peraltro anche contenuta la parte oscura dell’uomo.

In un mondo, invece, dove gli uomini erano dominanti, mentre alla donna era riservato un ruolo piuttosto subordinato nella vita pubblica, il maschio aveva la possibilità di esprimersi più liberamente, di vivere apertamente la propria Ombra. Il fatto che oggi si evidenzia una preferenza per il tipo di espressione artistica astratta appena citato, indica forse che stiamo nuovamente andando verso un matriarcato? E che forse proprio nell’arte moderna se ne ravvisano i primi segnali?

Molte nevrosi sono al contempo problemi d’Ombra che albergano nello strato più profondo. Nel caso di persone le cui caratteristiche d’Ombra sono ancora inconsapevoli e quindi proiettate su altri, come avviene per esempio nei bambini o nei primitivi, o anche negli psicotici, che si sentono

---

<sup>65</sup>  
C. G. Jung, *Op. cit.*, p. 234.

perseguitati dall'Ombra, si osserva spesso, allorch  si abbia una raffigurazione sottoforma di immagini di oggetti tridimensionali, una totale assenza di prospettiva, oppure la presenza ampiamente insufficiente di essa, utilizzata in modo distorto e delimitato. La preferenza per forme e immagini astratte, geometriche o dissolte sembra voler indicare -e non solo negli ultimi 50 anni- un problema interiore, connesso con quello dell'Ombra.

Rhoda Kellog, dell'asilo "Golden Gate" di san Francisco, che vanta un'ampia collezione di disegni eseguiti da bambini (varie decine di migliaia di esemplari)<sup>66</sup>,   stata in grado di mostrare come i primi prodotti spontanei dei bambini non siano immagini che si rifanno alla natura, bens  raffigurazioni astratte, geometriche. Prima che un bambino possieda la capacit  di raffigurare, realizza i cosiddetti scarabocchi "pre-rappresentativi", che sembrano dare espressione a un ordine di sentimenti astratti, immanenti la struttura. A quest'et -circa 3,4 anni-appaiono gi  molto spesso forme che ricordano i Mandala, che poi vengono sottoposte alle pi  varie combinazioni. Il disegno realistico compare soltanto nell'et  pi  tarda del bambino, ovvero quando non ha pi  un Io frammentato, ma centrato, e possiede con ci  una quantit  di caratteristiche rifiutate, rimosse e ghetizzate, che determinano i suoi tratti d'Ombra. L'Io e l'Ombra nascono parallelamente e si completano come i due lati di una medaglia.

Anche nell'uomo primitivo questo aspetto si evidenzia in maniera simile, quando, per esempio, proietta totalmente il suo S  nell'ambiente circostante, come nell'animismo. Egli necessita quasi di un "appoggio" nella proiezione e di un equilibrio, che sia in misura costantemente proporzionale alla debolezza o alla fermezza del suo Io.

Non vi   dubbio che sono necessarie in merito ulteriori indagini approfondite. Possiamo rilevare comunque che esiste ancora un altro motivo che spiega la predilezione per l'astratto e il bidimensionale.

L'uomo moderno, che oggi sempre pi  tende all'unilateralit  e alla nettezza, sperimenta la difficolt  di raffigurare in forma tridimensionale, poich  anche in se stesso percepisce soltanto un'unica dimensione. Questo causa spesso una scissione della sua identit . Pensare e sentire sono due atti fra loro separati. Se il disegno affiora dalle profondit  della sua anima, allora magari consister  soltanto in macchie di colore, che tentano di rappresentare una traccia della sua vita interiore. Se poi disegna in modo geometrico e non figurativo, allora sar  la sua razionalit  che si sforza di esprimersi in modo compensatorio in una forma inadeguata. Per questo motivo molti analizzanti trovano difficolt  nel passare dall'uso della matita, dell'inchiostro o della china,

---

<sup>66</sup> R. Kellog, *Finger Painting in the Golden Gate Nursery School*, San Francisco, 1951, edizione fuori commercio.

all'utilizzo dei colori. Qualora però lo facciano, vi risulteranno raffigurazioni dai colori e dall'atmosfera piuttosto puerili, della cui espressività infantile si vergognano in quanto questa rivela ciò che si nasconde davvero dietro la facciata di una fiera intellettualità<sup>67</sup>.

#### 4.6.8 Gli elementi dell'immagine

---

Dopo l'osservazione dei punti di vista formali e del significato simbolico di "Un'immagine dell'inconscio", anche i suoi elementi devono essere analizzati. Come nell'interpretazione di un sogno, ognuno di esse va preso singolarmente e il suo contenuto messo sotto la lente di ingrandimento per verificare quello che vuole rappresentare ed esprimere. In seguito, ogni elemento va collegato agli altri, deve essergli attribuito un senso specifico, allo scopo di poter valutare infine tutta l'opera e analizzarla. Per ogni elemento -come si fa con i sogni- si dovrebbero analizzare, in relazione al suo contenuto, le associazioni personali dell'autore, e, nel caso, anche le associazioni oggettive, cioè il materiale di confronto archetipico.

Jung rifiuta le interpretazioni standard, così come le utilizza la psicanalisi freudiana, e vuole sempre essere certo che venga analizzata la costellazione all'interno di un contesto di cui si esamina un "elemento". Anche l'impegno della coscienza dell'autore deve essere considerato un fattore importante. Ogni contenuto dell'opera infatti contiene un riferimento attuale al suo autore. Può indicare una sua caratteristica generica, oppure essere l'immagine di una condizione momentanea; può avere un valore che si riferisce alla totalità del suo essere oppure -come un sogno- aggiungere soltanto qualcosa alla comprensione di una condizione temporanea.

Che cosa è rappresentato nell'immagine? Quale può essere l'oggetto della rappresentazione in sé? In linea di principio tutto ciò che muove l'anima, tutto ciò che in essa accade: desideri, sentimenti, situazioni, ricordi, riproduzioni di cose reali, un cosmo interiore, di pari dignità di quel esterno. In queste immagini può essere catturato sia il materiale proveniente dal mondo del cui ciò, sia quello prodotto dal regno della psiche inconscia. Si disegna sempre ciò che emerge con più forza dalla molteplicità delle immagini interiori. Dato che il mondo della fantasia è inesauribile e che ciò si può dispiegare nello spazio della psiche senza alcun limite, le uniche restrizioni che gli sono poste derivano dal materiale utilizzato o dalla duttilità creativa del materiale stesso, con cui questa fantasia vuole esprimersi nella concretezza di una raffigurazione.

---

<sup>67</sup>  
J. Jacobi, *Op. cit.*, pp. 84-88.



In analogia al Gioco del Mondo, il test per bambini che Margaret Lowenfeld ha introdotto a Londra, è significativo se qualcuno costruisce il suo mondo con una gran quantità di oggetti creati, se ci colloca solo piante o animali, ma non inserisce le persone, se lascia aperta la sua creazione in tutte le direzioni oppure se la chiude totalmente o parzialmente, che cosa recinge oppure collega con un ponte o un modo, eccetera<sup>68</sup>.

Il tutto mostra un eloquente spaccato della situazione psichica interiore dell'autore stesso e costituisce una miniera diagnostica che può svelare i suoi segreti soltanto a chi ha una lunga dimestichezza con il mondo dei simboli<sup>69</sup>.

#### 4.6.9 Il significato individuale e collettivo

---

Opere il cui contenuto venga tratto da sfere prossimali alla coscienza -forse con l'eccezione di alcuni dettagli- hanno una valenza *soltanto* per l'autore stesso. Qualora tuttavia i contenuti affiorino da strati più profondi, quando si tratta di un materiale proveniente dall'inconscio collettivo, allora, accanto al significato individuale, si dovrebbe sempre ricercare ed evidenziare anche il significato comune e sovrapersonale. Nella misura in cui, si sia alla presenza di tematiche archetipiche, deve essere considerato anche il loro aspetto collettivo e umano da un punto di vista generale, per non ridurle ad una problematica puramente personale.

Prendiamo come esempio la "madre terrificante". Essa vive da tempi remotissimi nell'immaginario umano. La incontriamo già nella mitologia greca, come una delle Gorgoni, Medusa, con le chiome formate da serpenti e i terribili occhi scatenanti paralisi e follia. Anche sotto le spoglie della Dea Kali, la incontriamo nella mitologia indiana e in molte altre, dove conserva questo aspetto terrifico e spaventoso. Catturarla in un quadro ha l'effetto di confinarla, di bandirla.

Più è accentuata in un'opera la prevalenza di un aspetto simbolico, più questa caratteristica verrà in primo piano. E' un dato di fatto che ogni archetipo divenuto visibile in un simbolo possa essere considerato sotto il duplice aspetto, in quanto non rappresenta soltanto qualcosa di compiuto, ma anche qualcosa in divenire, che si proietta nel futuro.

Per colui che l'ha realizzata, la scoperta che la propria opera possiede una valenza archetipica ha sempre il carattere di un avvenimento fortemente emozionale e, nella prevalenza dei casi, possiede altresì un effetto che perdura nel tempo, anche se il suo vero significato gli restasse celato. Poter

---

<sup>68</sup> Hanno valore diagnostico simile anche i "Giochi della sabbia" nella sabbiera per bambini: D. Klaff, *Il gioco della sabbia e la sua azione terapeutica sulla psiche*, Firenze, OS, 1974.

<sup>69</sup> J. Jacobi, *Op. cit.*, pp. 103-106.

guardare contemporaneamente entrambi gli aspetti – quello individuale e quello collettivo- che un quadro o un disegno racchiude, determina, e al contempo è già di per sé, anche l'espressione del superamento di lacerazioni interne, di dissociazioni psichiche di ogni tipo e costituisce un vero e proprio lavoro di edificazione.

Esso si svolge in modo analogo all'interpretazione dei sogni, sui due piani del livello soggettivo e oggettivo. In questa comprensione più profonda di duplici contenuti che emergono in tali immagini (una comprensione che non è più, quindi, mera acquisizione di cognizioni intellettuali, ormai divenuta in tal modo elemento costituente fondamentale della funzionalità psichica nel suo complesso), è racchiuso il suo effetto sanante.

Nella sfera dei contenuti dell'inconscio collettivo, vale a dire delle immagini archetipiche, nell'uomo e nella donna si ritrovano gli stessi simbolismi. “Nel punto più profondo” dell'anima tutto si fonde in un unico “Mondo” primigenio, nel quale le differenze non si sono ancora cristallizzate. L'archetipo, ovvero il simbolo, è sopra personale e più esteso dell'Io e del suo ambito cosciente. Così le opere eseguite dei soggetti sani, nevrotici o psicotici, non appena esprimono contenuti archetipici, non sono quasi indistinguibili le une dalle altre. Soltanto quando si apprende quali sia lo stato della coscienza dell'interessato e se il disegno sia stato eseguito da un uomo da una donna, si sarà in condizioni di operare una distinzione corretta.

Naturalmente, esistono alcune cosiddette caratteristiche psicotiche anche nelle “Immagini dall'inconscio”, ma compaiono spesso sia nei nevrotici sia nei soggetti sani. Le ritroviamo soprattutto nelle persone il cui atteggiamento cosciente è molto unilaterale. Se, per esempio, un individuo si occupa soltanto di fisica o di matematica e vede tutto attraverso l'ottica di queste scienze, allora emergono a titolo compensatorio, dalla sua sfera inconscia, delle immagini archetipiche che tentano di ricostruire un equilibrio. Colui che è teso nello sforzo di “voler-essere-sempre-buono” viene perseguitato da figure demoniache, razionalizzate a oltranza da bestie primordiali cariche di impulsi istintivi, eccetera.

A volte si incontrano “Immagini dall'inconscio” -come nei cosiddetti “Grandi sogni”- che raffigurano un evento di carattere cosmico e che presagiscono qualcosa che richiama la fine del mondo o anche la nascita della terra, dove le parti che costituiscono le contrapposizioni non sono ancora scisse o si trovano ancora l'una molto vicina all'altra. Esse risalgono verso la superficie poiché, grazie al loro simbolismo, hanno la facoltà di restituire all'uomo moderno e alla sua psiche spaccata e disgiunta l'unitarietà che aveva perso.

Sia la rappresentazione nel suo insieme che le singole immagini celano una quantità di temi archetipici, che si ritrovano negli ambiti simbolico-storici più disparati e in essi ravvisano i loro

parallelismi. Questi valgono sia per l'individuo, sia per la collettività, in quanto evidenziano caratteristiche e problemi che interessano il singolo e anche l'umanità tutta<sup>70</sup>.

### *I contenuti del capitolo*

---

L'interesse per l'arteterapia è cresciuto in un arco di tempo relativamente breve, e si è sviluppato in seguito ai successi che alcuni specialisti in attività creative hanno ottenuto lavorando nell'ambito dell'assistenza sanitaria, della riabilitazione e dell'educazione speciale. Molti di questi successi erano inaspettati, sicuramente non programmati e, in alcuni casi, inspiegabili. Nel corso dell'ultimo ventennio, i benefici dell'uso delle arti nella terapia e per il mantenimento di una buona salute sono diventati più evidenti, perché sono sempre più numerosi gli specialisti che lavorano in questo campo e gli amministratori disposti a sperimentare l'uso delle arti nelle loro strutture. Agli aneddoti sugli effetti di questo lavoro si sta quindi affiancando la ricerca metodologica, e questo insieme di sperimentazione e di ricerca ha dato forma a un corpus di idee, abilità e conoscenze che si rivolge all'essenza dell'esistenza umana: il bisogno di ciascuno di noi, a prescindere dall'età o dalle abilità, il riaffermare se stesso e di comunicare con gli altri.

Il concetto di arteterapia (concepita come disciplina o un insieme di metodologie) è relativamente nuovo. Le sue origini, tuttavia, possono essere rintracciate nella rapporto continuo, e in continua evoluzione, tra cultura, attività artistica e sociale. Alcuni autori sono arrivati a suggerire che tra arte e società esiste un legame inscindibile: perciò, la salute di una nuova società si riflette nella sua attività artistica e viceversa. Analogamente, si è detto che l'esercizio del diritto a produrre la propria impronta creativa può essere considerato come indice di salute dell'individuo. Tuttavia, a differenza di molte società che ci hanno preceduto, la nostra società industriale e tecnologicamente avanzata opera una netta separazione tra arte e vita. Noi disponiamo di parole che ci permettono di categorizzare suddividere le forme di arte: la nostra società è brillantemente riuscita a isolare gli individui dalla creazione artistica. Conseguentemente, l'arte viene definita in termini di manufatti, prodotti che possono essere discussi, fatti oggetto di critica, spesso più per il loro valore economico che per il contributo estetico spirituale che danno alla società nel suo complesso.

Nel corso dei secoli, abbiamo sviluppato l'idea che la creazione artistica completa soltanto una ristretta cerchia di individui specificamente dotati. In questo modo, abbiamo negato alla maggioranza delle persone appartenenti alla nostra società urbana tecnologicamente avanzata i loro

---

<sup>70</sup>  
J. Jacobi, *Op. cit.*, pp. 106-110.



diritti naturali, ossia che, in quanto esseri umani, tutti hanno il diritto di produrre il proprio ed esclusivo segno creativo, un'impronta che nessun altro potrebbe creare. Tutti noi abbiamo bisogno di produrre quest'impronta, non necessariamente perché ci auguriamo di lasciare ai posteri una testimonianza di una cultura scomparsa, ma perché ogni impronta creativa riafferma il Sè. Essa comunica "Io ci sono" e "Io ho qualcosa da esprimere".

## 5 Lo Sviluppo Cognitivo

---

<sup>71</sup>L'espressione "sviluppo cognitivo" contiene due termini che si usano frequentemente e sui quali ci si intende nel linguaggio comune, ma che sono ambedue molto difficili da definire quando si cerca di delimitarne il significato in ambito scientifico. Che cosa significa l'aggettivo "cognitivo"? Coincide con il significato che si attribuisce al sostantivo "intelligenza"? Di questa esistono numerose definizioni:

Struttura di cui è dotato un uomo per la manipolazione di simboli;

Sistema che media i rapporti tra l'ambiente e l'organismo (cioè tra gli stimoli che riceviamo e le risposte che siamo in grado di elaborare);

Capacità di procedere a ristrutturazioni del proprio universo di conoscenze e di regole in funzione dell'adattamento alle diverse situazioni.

Come si vede, ciascuna di queste definizioni contiene termini che richiedono a loro volta un'ulteriore chiarimento, per cui c'è il rischio di infilarsi in una disquisizione teorica che confonde le idee. L'esemplificazione sulle definizioni di intelligenza è sufficiente per dare conto della complessità della delimitazione di un concetto che pure ritorna così di frequente nell'uso comune. Cercheremo di dare una definizione operativa, pur sapendo che essa può essere oggetto di controversie o di ambiguità in ambito teorico.

### 5.1 L'attività cognitiva

---

Una definizione generale dell'attività cognitiva comprende i processi di pensiero, di concettualizzazione, di ragionamento, ecc. Molti psicologi l'hanno usata per riferirsi a tutti i "comportamenti mentali" le cui caratteristiche sono la natura astratta, il coinvolgimento di processi simbolici, l'intuizione, l'aspettativa, l'uso di regole complesse, il *problem solving*, ecc. Un modo più pratico per definire i processi cognitivi è quello utilizzato dallo psicologo inglese Robert Allen che

---

71

L'intero capitolo è tratto da G. Stella, *Sviluppo Cognitivo*, Bruno Mondadori, Milano 2000.

in un dizionario scientifico li chiama «azioni o facoltà del conoscere», contrapponendogli «alle emozioni e agli aspetti motivazionali».

Si considerano quindi i processi cognitivi come insieme di attività o di facoltà che si attivano nei processi di conoscenza, inconsci o consapevoli che siano; questa comprende sia l'attività computazionale, di elaborazione dell'informazione, sia l'attività di elaborazione delle rappresentazioni e la loro manipolazione (attività simbolica e di pensiero)<sup>72</sup>.

## 5.2 Lo sviluppo

---

Si potrebbe ritenere più semplice la definizione del termine “sviluppo” in quanto esso indica una condizione che cambia in senso migliorativo da un'epoca X a un'epoca X +1. Alcuni autori sostengono che il cambiamento è l'unico aspetto su cui gli psicologi dello sviluppo sono tutti d'accordo, ed è davvero poco perché quando si parla di “sviluppo” bisogna poi specificare *che cosa* cambia e *come* cambia e allora, in ambito cognitivo, riemergono ambiguità, divergenze di vedute e contrasti. Per esempio, il cambiamento può essere colto nella sua dimensione quantitativa, quella più comune è visibile poiché è legata alla crescita, identificabile nell'individuo con il fatto che diventa più grande; è facile a questo proposito pensare allo sviluppo somatico del bambino come miglior esempio di cambiamento in termini quantitativi. Altri punti di vista sottolineano maggiormente la natura qualitativa dei cambiamenti nel corso del tempo, come per esempio quelli determinati dalla riorganizzazione degli elementi, piuttosto che dal loro incremento numerico; in questo senso un determinato sistema o un organismo può divenire più competente o più efficiente in virtù di un aumento di complessità o di una differenziazione delle funzioni svolte dai suoi componenti, senza alcuna crescita quantitativa degli stessi. Molti esempi di cambiamento qualitativo possono essere ritrovati nel diventare esperti: si pensi a un giocatore di carte che all'inizio è faticosamente impegnato nel riconoscere la singola carta e nel tenere a mente le regole del gioco. Dopo *n* esperienze la sua capacità di giocare sarà nettamente migliore in funzione della riorganizzazione del sistema senza che si verifichi alcun incremento fisico.

La moderna psicologia tende a considerare lo sviluppo come la combinazione di entrambi i punti di vista: la crescita e la riorganizzazione o la differenziazione degli elementi generano un miglioramento sotto tutti gli aspetti. L'esempio più calzante in questo senso è dato dallo sviluppo delle capacità motorie del bambino o anche della adulto che si allena in un gioco di movimento;

---

72

Allen R.E., *The concise oxford dictionary*, 8° ed., Oxford University Press, Oxford 1993.

l'allenamento determina sia una crescita muscolare (cambiamento quantitativo) sia una riorganizzazione delle capacità implicate nel gioco stesso, come per esempio una più precisa coordinazione occhio-mano (cambiamento qualitativo).

### 5.3 Concezione di linearità dello sviluppo cognitivo

---

Molto spesso capita di accorgersi che le previsioni sullo sviluppo cognitivo di un bambino sono state formulate sulla base di un'erronea concezione di linearità dello sviluppo cognitivo, secondo la quale competenze anche molto diverse fra loro si manifesterebbero in un ordine gerarchico e progressivo. Così, se un bambino impara a camminare, ci si attende che sviluppi regolarmente il linguaggio e in seguito che mostri adeguate capacità di seguire il curriculum scolastico. Gli studi longitudinali hanno invece ampiamente dimostrato che non vi è un legame stabile fra i risultati ottenuti ai test somministrati; nello sviluppo sono state individuate sia modalità lineari, legate soprattutto alle prime fasi e alla corrispondenza fra eventi neurologici e acquisizioni cognitive, sia in modalità non lineari.

*Il concetto di "linearità" attualmente più accreditato fra gli studiosi dello sviluppo è stato ben espresso da G. Giovanelli, una psicologa bolognese in un libro recentemente pubblicato sullo sviluppo dell'infante. L'autrice osserva che il concetto di «linearità» sembra riferirsi soprattutto alla corrispondenza dello sviluppo del sistema nervoso centrale (SNC) con lo sviluppo cognitivo; quando la corrispondenza è perfetta si può parlare di «correlazioni lineari», altrimenti «correlazioni non lineari». In realtà i fenomeni non lineari sono quelli in cui una competenza che prima compare, poi non è più rintracciabile (risposta al sorriso, permanenza dell'oggetto, ecc.). Questi fenomeni potrebbero essere spiegati come fasi dello sviluppo di una funzione oppure di un'abilità in cui il comportamento varia in funzione del grado di complessità della risposta. Per esempio, il disaccordo sull'epoca di comparsa della risposta al volto umano, che per alcuni ricercatori si manifesta nel corso del primo mese di vita e per altri compare dopo il terzo mese, potrebbe essere spiegata proprio come manifestazione di modalità di funzionamento qualitativamente diverse fra loro. La risposta al volto umano di un neonato al primo mese di vita sarebbe il risultato dello sviluppo del sistema di visione (quindi un tipo di funzionamento visivo sottocorticale), mentre la risposta del bambino di tre mesi sarebbe riconducibile a una funzione visiva più corti canalizzata, e quindi più matura e più cognitiva, seppure anch'essa distinguibile in varie fasi a seconda della maturazione dei diversi strati della corteccia. Un altro esempio che può essere richiamato è quello dello sviluppo della memoria. Come mai nel bambino la memoria dichiarativa ha un'evoluzione così lenta se le prime basi che attestano fenomeni primitivi di memoria, come le abitudini e i fenomeni di abituação, sono così precoci? Il fenomeno psicologico della memorizzazione viene distinto in memoria dichiarativa (ricordo di fatti che possono essere portati alla rievocazione consapevole) e memoria non dichiarativa (in cui i fatti sono invece ricordate inconsapevolmente: memoria motoria, abituação, condizionamento). Anche in questo caso la comparsa delle abilità viene messa in relazione con i fenomeni di maturazione corticale. Per esempio, la memoria*

*dichiarativa non si struttura prima che il lobo temporale non sia completamente strutturato e mielinizzato*<sup>73</sup>.

Ciò non significa che non vi siano relazioni fra l'attività senso-motoria e lo sviluppo successivo delle rappresentazioni mentali, ma come vedremo in seguito, questo rapporto non è così diretto come si potrebbe comunemente pensare.

## 5.4 Funzioni verticali e funzioni trasversali

---

Innanzitutto è necessario distinguere le diverse funzioni che concorrono a determinare l'attività cognitiva: le funzioni verticali e le funzioni trasversali (dette anche "orizzontali"). Questa distinzione, introdotta da Clark Hull nella prima metà del novecento, è sintetizzata qui di seguito:

### FUNZIONI VERTICALI:

- funzioni specializzate;
- si esplicano in domini ben definiti;
- sono molto sensibili all'apprendimento e cambiano anche vistosamente nel corso dello sviluppo;
- sono visibili in quanto vengono identificate con la prestazione;

### FUNZIONI TRASVERSALI:

- funzioni non specializzate;
- non sono dominio-specifiche;
- si modificano lentamente;
- non sono visibili in quanto il loro ruolo non può essere analizzato separatamente rispetto alla prestazione;

Le funzioni verticali vengono anche chiamate "abilità" e possono essere identificate con ambiti ben definiti come la motricità, il linguaggio, le capacità grafico-espressive, la lettura, la scrittura, il calcolo, ecc. Le funzioni trasversali invece sono solo in parte isolabili e identificabili come vere e proprie funzioni studiali singolarmente; ciò è possibile, per esempio, per la memoria a breve termine e per l'attenzione focale. La maggior parte delle attività svolte dalle funzioni trasversali è totalmente "misconosciuta" in quanto comprende veri e propri «operatori invisibili» (secondo la

---

73

Giovanelli G., *Prenascere, nascere e rinascere*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1997.



definizione dello psicologo ispano-canadese Pascual Leone), ancorchè indispensabili all'attività cognitiva. Si tratta delle attività di riconoscimento, di categorizzazione, di selezione, di pianificazione, di decisione, di indirizzamento delle risorse, di rappresentazione e di ridescrizione rappresentazionale, di controllo, ecc. Queste attività vengono chiamate "invisibili" in quanto sono indissolubilmente legate al compito e al dominio in cui viene esercitata l'attività e con essi vengono identificate. Dunque il loro ruolo non è analizzabile separatamente dal compito che il soggetto sta svolgendo.

In realtà, la psicologia sperimentale studia proprio le funzioni trasversali, e difatti esistono molte ricerche sugli aspetti legati ai processi percettivi (riconoscimento, selezione, rapporto figura-sfondo, illusioni percettive, attenzione, ecc.) o ai processi di raggruppamento semantico (categorizzazione, integrazione) o alle attività di pianificazione e di *problem solving*. Tuttavia questi processi vengono analizzati separatamente attraverso elaborate procedure di laboratorio, mentre nella vita quotidiana, nei cosiddetti "compiti naturali", sfuggono all'osservazione degli educatori o a volte anche degli stessi psicologi, in quanto l'attenzione dell'osservatore converge sul risultato dell'azione, più che sulle sue componenti. Per esempio, se osserviamo un bambino di due anni che osserva il disegno di una palla, possiamo rimanere sorpresi del fatto che non sia in grado di riconoscerci un oggetto tanto comune e magari non riusciamo a spiegarci perché invece riconosca la palla in una fotografia; il fatto è che i due compiti, riconoscimento di un oggetto fotografico e di un oggetto disegnato, sono molto diversi fra loro in quanto implicano l'impiego di processi differenti e che si sviluppano in tempi diversi. All'adulto questa differenza può apparire irrilevante, perché la sua padronanza delle attività di riconoscimento è talmente elevata da consentirgli di effettuare l'analisi percettiva di entrambi gli stimoli senza applicare deliberatamente un grado di impegno diverso. In realtà, mentre la fotografia è la riproduzione di un oggetto reale e quindi l'unica differenza di analisi che viene richiesta rispetto al riconoscimento dell'oggetto reale riguarda alle informazioni relative alla tridimensionalità, il disegno è una rappresentazione stilizzata di alcuni elementi (in genere quelli più pertinenti dal punto di vista percettivo) e richiede perciò l'integrazione degli elementi che non sono riprodotti. Nella fotografia c'è un rapporto diretto con l'oggetto rappresentato, mentre nel disegno il rapporto è mediato da una rappresentazione mentale, cioè da una rappresentazione astratta da cui vengono selezionati alcuni elementi che, pur essendo pertinenti, possono non avere un grado elevato di isomorfismo rispetto all'oggetto reale e quindi non essere immediatamente riconoscibili. Dunque, per riconoscere un disegno, dopo averne eseguito un'analisi percettiva, si deve essere in grado di ricondurre l'elemento riconosciuto a una rappresentazione mentale che contiene quell'elemento come pertinente e peculiare; se ciò non accade, l'individuo può mancare

l'identificazione del disegno. Ritornando al nostro bambino di due anni, se egli non è in grado di riconoscere come elemento peculiare della palla la sua sfericità, perché è attratto dal colore oppure dal fatto che rimbalza o che rotola, non potrà riconoscere la palla nel disegno di un cerchio, mentre sarà in grado di riconoscerla riprodotta in una fotografia dove sono uguali il colore o magari anche i disegni che la contraddistinguono. Si può aggiungere che la fotografia riproduce il prototipo, ne salvaguarda le caratteristiche isomorfe, mentre il disegno richiede un certo grado di generalizzazione. Prototipicità e generalizzazione sono due processi molto studiati dagli psicologi dello sviluppo e richiederebbero una lunga trattazione. Quello che mi interessava sottolineare qui è la presenza di questi processi invisibili e il ruolo che essi giocano nella realizzazione di compiti considerati dall'adulto semplici e primitivi, al punto da sembrare identici.

Il ruolo delle funzioni trasversali può essere esemplificato ancora meglio esaminando i processi implicati nella scrittura di una parola, per esempio CANE. Questo compito, per un adulto alfabetizzato, è talmente semplice che se gli chiediamo di spiegarci nel dettaglio che cosa ha fatto per scrivere la parola CANE probabilmente rimane interdetto e non riesce a esaminare tutti i passaggi che ha compiuto, poiché sono ormai automatizzati e quindi sottratti al controllo volontario ed esplicito di ciascuna fase. L'adulto si limiterà a dire: "Ho ascoltato la parola e poi l'ho scritta. Che cosa vuol sapere?" In realtà, basta porre lo stesso problema ad un bambino che frequenta da pochi mesi la prima elementare per scoprire quanti processi devono essere compiuti per scrivere CANE. Egli cercherà innanzitutto di scandire separatamente i singoli suoni C-A-N-E e per ciascuno di essi cercherà le lettere corrispondenti. A volte questa operazione richiede tempo, per cui il bambino dimentica il punto a cui è arrivato e allora avrà la necessità di controllare ciò che ha già scritto. Tali processi (analisi fonologica, attenzione, memoria di lavoro, controllo sequenziale, ecc.), studiati ed identificati dagli psicologi, richiedono un impegno diverso a seconda della fase di sviluppo in cui si trova l'individuo fino a diventare automatici e incorporati in un'attività percepita come unica e non più frazionabile.

Se però per scrivere correttamente la parola CANE il bambino ha bisogno che l'adulto scandisca bene le componenti fonologiche, magari separandole una dall'altra (C-A-N-E), se ha bisogno di essere aiutato nella gestione della sequenza (viene prima la C, Poi la A, ecc.), se non è in grado di correggere da solo gli eventuali errori di corrispondenza tra suono e segno, allora possiamo dire che l'adulto sta svolgendo in sua vece tutte queste attività che sono indispensabili per raggiungere una prestazione di scrittura adeguata. In altri termini, l'adulto in questo caso è una personificazione di quegli operatori invisibili richiamati prima che in genere guidano l'attività del bambino capace di scrivere da solo.

Dunque le funzioni trasversali sono invisibili ma indispensabili per svolgere una qualsiasi attività e possono essere considerate elementi costitutivi del funzionamento cognitivo; senza di esse, come abbiamo visto, attività considerate semplici non possono essere svolte autonomamente.

## 5.5 L'automatizzazione delle funzioni

---

Tornando alla distinzione tra funzioni verticali e orizzontali, va innanzitutto sottolineato come siano fortemente interconnesse le une alle altre, e come d'altro canto sussista una certa indipendenza delle funzioni verticali, che possono instaurarsi, svilupparsi e consolidarsi in misura parzialmente autonoma rispetto alle funzioni trasversali. Abbiamo esempi di soggetti con deficit cognitivo che sviluppano una buona motricità o acquisiscono il linguaggio o anche la letto-scrittura. Questa parziale autonomia funzionale è resa possibile dalla semplicità di alcuni aspetti dell'abilità di acquisire e in particolare modo dal fatto che, ripetendo una sequenza di atti in modo stabile, l'abilità può essere progressivamente automatizzata e quindi sottratta al controllo volontario di un sistema supervisore. Nell'attività umana vi sono molte abilità che hanno simili caratteristiche: per esempio, nell'ambito motorio il controllo posturale, gli schemi di prensione, la deambulazione vengono eseguiti dal soggetto fin dalla seconda infanzia senza la necessità di una programmazione e di un controllo consapevole nell'esecuzione dell'atto; in ambito linguistico si possono considerare automatici gli aspetti di articolazione del linguaggio oppure la scrittura e la lettura.

Naturalmente, l'automatizzazione è un punto di arrivo di una certa fase dello sviluppo, in quanto le abilità, all'inizio della loro acquisizione, richiedono un controllo volontario ed esplicito che impegna tutte le risorse di cui dispone il sistema cognitivo. Progressivamente, con la ripetizione dell'atto (e con la maturazione delle componenti neurobiologiche previste dalla fase dello sviluppo), la procedura viene automatizzata e le risorse cognitive implicate vengono liberate dal compito. In tal senso, alcuni autori parlano dello sviluppo come di una fase caratterizzata dalla modularizzazione delle funzioni verticali, cioè da un progressivo aumento di specializzazione e di efficienza delle abilità con un cambiamento del ruolo e delle funzioni trasversali. Mentre durante le prime fasi di apprendimento le funzioni trasversali svolgono una funzione costitutiva per acquisire in maniera efficiente l'abilità, nel corso delle fasi successive il loro ruolo si sposta sempre di più verso la gestione dei processi integrativi. Una volta conseguito un sufficiente grado di padronanza comportamentale, i processi trasversali agiscono solamente da innesco del programma scelto e da supervisore dei risultati ottenuti.

Riprendiamo l'esempio della scrittura della parola CANE. All'inizio i processi trasversali sono

indispensabili per realizzarla correttamente, in quanto è necessario controllare e coordinare i diversi processi, ma successivamente, come accade all'adulto, la parola viene scritta senza più nessuna consapevolezza dei processi implicati e le componenti attenzionali possono essere rivolte ad altri aspetti, per esempio alla composizione dell'enunciato. Il rapporto tra funzioni verticali e funzioni trasversali nel corso dello sviluppo può dunque essere visto come un intreccio nel quale i ruoli cambiano sostanzialmente. Mentre all'inizio i processi trasversali sono al servizio della singola abilità da apprendere, una volta modularizzate le funzioni verticali queste vengono a trovarsi al servizio degli scopi del sistema e vengono scelte e utilizzate dai processi trasversali. Naturalmente, a tutti questi cambiamenti nell'organizzazione del sistema cognitivo corrispondono mutamenti di natura neurobiologica, e oggi le ipotesi sullo sviluppo cognitivo da un lato trovano conferma e dall'altro sono sollecitate dai contributi ricavati dalle ricerche in ambito neurofisiologico.

*Dalla stimolazione sensoriale all'elaborazione mentale*

*Il problema è di cercare di mettere in relazione le varie forme dell'organizzazione cognitiva (immagini mentali, pensieri, pensieri sui pensieri) con stati di organizzazione del Sistema Nervoso Centrale (SNC).*

*Si distinguono il livello cellulare, il livello dei circuiti e il livello dei metacircuiti. Già il livello cellulare esprime una serie di eventi che possono trovare corrispettivi nell'attività cognitiva. L'attività cellulare di attivazione-inibizione, lo stato della cellula (labile, stabile, degenerato), la sua proliferazione assonale e dentritica ecc. hanno rapporti molto stretti con i meccanismi di elaborazione sensoriale.*

*Oggi si ritiene che lo sviluppo non determini proliferazioni di cellule, ma piuttosto che influenzi la loro selezione, cioè l'attività di stabilizzazione di alcune e la morte di altre. Il principio della variazione-selezione prevede che inizialmente vi siano nel sistema alcune variazioni autonome delle quali sopravviveranno solo quelle che si dimostrano utili all'adattamento. C'è un successivo stadio che viene definito "verifica dell'utilità", al termine del quale le forme sono stabilizzate e servono da modello a cui riferire le forme successive. Il principio è dunque quello della competizione (e questo consente di ipotizzare che il sistema sia formato da un insieme di unità che hanno proprietà semplici e che le proprietà più complesse emergano dall'attività del sistema stesso). Viene ipotizzata una sorta di isomorfismo tra gli stati di organizzazione del SNC e gli stati di sviluppo del sistema cognitivo. Per esempio, anche per le rappresentazioni esisterebbero:*

*un primo livello di organizzazione spontanea proveniente dai sistemi sensoriali;*

*un secondo livello in cui si stabilizza maggiormente una traccia;*

*un terzo livello disponibile per le coordinazioni<sup>74</sup>.*

La rilevanza di questo fenomeno di specializzazione per un giudizio sull'adeguatezza dello sviluppo è evidente a tutti se consideriamo lo sviluppo di una singola abilità, per esempio la

---

74

Masi G., G. Stella, *Neuropsicologia del ritardo mentale*, in Sabbadini G. (a cura di), *Manuale di neuropsicologia dello sviluppo*, Zanichelli, Bologna 1995.

deambulazione. Il bambino sviluppa in genere questa abilità entro i primi dodici-quindici mesi di vita. Nel corso della fase critica in cui muove i primi passi senza appoggio, il bambino durante la deambulazione non è in grado di svolgere nessun'altra operazione, anche facile, in quanto tutte le risorse sono impiegate nell'esecuzione dell'attività che pure successivamente risulterà così semplice. In breve tempo, tuttavia, si osserva un incremento della padronanza che consente al bambino di spostarsi tenendo un oggetto in mano, o di cambiare traiettoria, o ancora di fermarsi e di ripartire dopo aver raccolto un oggetto. Tutti questi progressi sono resi possibili dalla specializzazione dell'attività di deambulazione, cioè dall'aumento della padronanza comportamentale che libera risorse per svolgere simultaneamente altri compiti.

Colui che osserva lo sviluppo deve considerare che il fattore "tempo" e il fattore "esperienza" sono centrali in questi processi. Il bambino privo di eventi patologici nella storia personale e con normali opportunità educative sviluppa più o meno nello stesso arco di tempo le abilità riferite sopra, per cui il fatto che esse non compaiono o che lo sviluppo della padronanza comportamentale proceda troppo lentamente potrebbe essere inteso come il segnale di un deficit dei sistemi che governano lo sviluppo, cioè, in definitiva, potrebbe essere interpretato come il segnale di un deficit cognitivo. Identico discorso vale per lo sviluppo del linguaggio e in particolare per le situazioni in cui sia lo sviluppo motorio che quello linguistico procedono lentamente. Va inoltre precisato che proprio la scarsa specializzazione delle funzioni diviene l'indicatore che fa sorgere il sospetto di un deficit cognitivo. E' invece più facile che la situazione di ritardo passi inosservata per lungo tempo quando viene valutato come segno positivo il fatto che il bambino, magari goffamente, abbia acquisito la deambulazione, anche se poi la funzione motoria non progredisce adeguatamente, oppure perché ci si accontenta della comparsa delle prime parole e non si osserva il successivo sviluppo della capacità linguistica.

## 5.6 Contributi della neuropsicologia allo studio dello sviluppo cognitivo

---

In questi anni viene utilizzata sempre più spesso la tecnologia per scoprire come funziona il cervello: *brain mapping*, Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), tomografia a emissione di positroni (PET) ci danno immagini sempre più sofisticate e dinamiche dei processi mentali. Oggi si può osservare in video come si modifica il metabolismo cerebrale di un individuo posto di fronte a compiti diversi; la possibilità di vedere la macchina mentale in funzione ha dato un contributo interessante, ma per certi versi non decisivo, allo studio neuropsicologico dei processi cognitivi.

Com'è noto, la neuropsicologia ha per scopo lo studio delle funzioni mentali e delle loro

localizzazioni nel cervello. Ebbene, a questo proposito chi si attendeva dall'impiego delle neuro-immagini una chiarificazione definitiva circa la localizzazione dei processi si è trovato di fronte ad una sorpresa: le stesse funzioni possono essere realizzate in aree distinte del cervello. Per esempio, un profano di musica classica ascoltando un brano attiva aree diverse da quelle che vengono attivate da un esperto musicista che ascolta lo stesso brano; oppure, è noto che il lettore principiante impegna per leggere soprattutto aree dell'emisfero destro, mentre il lettore esperto impegna soprattutto regioni dell'emisfero sinistro. E ancora: studi condotti con indagini PET dimostrano che le aree attivate per compiere azioni su oggetti sono diverse da quelle interessate se il soggetto immagina di compiere un'azione senza però farlo materialmente.

Dunque possiamo dire che l'introduzione degli studi con neuro-immagini ha messo in crisi tutto il sapere anatomico-funzionale sulle funzioni superiori costruito in quest'ultimo secolo? Certamente no, anzi da essi si ricavano ulteriori conferme (ove e ne fosse stato bisogno) della localizzazione in lobi già ampiamente conosciuta. Ma il problema non è mai stato quello di mettere in discussione che il linguaggio sia organizzato nelle regioni temporali dell'emisfero sinistro, oppure che la visione venga elaborata nelle regioni occipitali ecc. Ciò che ci si attendeva dalle nuove tecnologie di indagine radiodiagnostica era un elevato grado di precisazione delle sedi, non solo della macrotopografia delle funzioni ma anche nella definizione delle diverse aree coinvolte nella realizzazione di compiti molto specifici e della loro interazione.

## 5.7 Rappresentazioni mentali e operazioni procedurali

---

I dati che derivano da questi studi dicono qualcosa di molto diverso da quello che ci si aspettava. Per esempio, dicono che la stessa attività può essere svolta da aree diverse.

Che cosa significa tutto ciò? Si possono fare almeno due ipotesi per spiegare questi dati:

- la supposta alta specializzazione delle aree cerebrali è limitata ad aspetti molto generali, ma negli aspetti più specifici esistono restrizioni molto meno vincolanti, e questo spiegherebbe i risultati diversi ottenuti dagli studi su oggetti diversi;
- le condizioni di svolgimento del compito interferiscono con la localizzazione cerebrale dello stesso, e questo spiegherebbe perché lo stesso compito, svolto dallo stesso soggetto in condizioni diverse (per esempio con un diverso grado di confidenza con la prova), coinvolge aree diverse.

La seconda ipotesi introduce un elemento importantissimo e di grande rilevanza teorica per lo studio del funzionamento mentale. I dati sullo spostamento di area corticale delle funzioni a

seconda del grado di abilità acquisito dal soggetto accrediterebbero l'ipotesi che processi mentali identici chiamino in causa aree diverse del cervello a seconda del grado di padronanza che il soggetto ha di quei processi. Ciò significa che i processi mentali di un esperto e quelli di un inesperto non sono identici anche se portano allo stesso risultato. Per esempio, un bambino di prima elementare e un adulto, di fronte alla scritta CANE, pronunciano gli stessi fonemi, ma i processi per realizzare quella identica prestazione coinvolgono aree diverse e dunque sono diversi.

Se questo è vero, e molte ricerche sembrano confermarlo, ciò significa che la stessa prestazione non implica necessariamente processi analoghi (e questo è un elemento già ampiamente noto in psicologia cognitiva), ma significa anche che la diversità è fondata su processi psicofisiologici diversi. In altre parole, questi risultati dimostrerebbero che lo statuto rappresentazionale delle diverse acquisizioni cambia in funzione delle diverse fasi di apprendimento; il bambino che recita le tabelline in quarta elementare non ha una rappresentazione mentale delle operazioni che sta compiendo comparabile a quella che possiede un adulto. Magari il bambino è in grado di recuperare più velocemente il risultato e quindi si può dire che ha una maggiore padronanza della procedura, ma non ha lo stesso concetto di moltiplicazione che possiede l'adulto. Si può dunque dire che rappresentazioni mentali diverse sottendono alle stesse operazioni procedurali.

Lo studio dei processi evolutivi conferma che rappresentazioni mentali si trasformano nel corso delle diverse fasi dei processi di apprendimento e gli elementi che ci derivano dalle ricerche in ambito neuroradiologico confermerebbero che questi cambiamenti hanno un correlato neurobiologico. Tuttavia, al di là di un forte impulso alle teorie che sostengono l'importanza di studiare lo sviluppo di un'abilità o di una funzione attraverso lo studio delle diverse fasi di apprendimento, dai dati neuroradiologici non si ricava nulla sulle caratteristiche qualitative delle trasformazioni. Tutt'al più si sa che per la realizzazione di un identico processo un soggetto esperto ci impiega meno risorse, espresse in termini di territorio cerebrale e di numero di neuroni, rispetto ad un soggetto non esperto.

## 5.8 Il modello di ridescrizione rappresentazionale (RR)

---

Una spiegazione in termini qualitativi delle trasformazioni dei livelli rappresentazionali viene offerta dal modello di ridescrizione rappresentazionale (RR) elaborato da Annette Karmiloff-Smith, una ricercatrice formatasi alla scuola ginevrina: partendo dai risultati della ricerca connessionista si ipotizza che il funzionamento cognitivo sia basato su processi di ridescrizione delle informazioni attraverso i quali le informazioni vengono organizzate in formati che si modificano continuamente,

diventando progressivamente più manipolabili e flessibili, al tempo stesso, meno specifiche.

Le informazioni presenti inizialmente in configurazioni finalizzate e circoscritte che rappresentano i caratteri dello stimolo (per esempio ZEBRA) o quelle procedurali per eseguire un compito (per esempio disegnare una casa) cambiano, in virtù di processi di ridescrizione, successivamente formato e divengono più flessibili e disponibili a un impiego meno rigido e contestualizzato. La peculiarità del modello non riguarda dunque l'origine delle rappresentazioni, ma piuttosto il loro sviluppo, la loro progressiva trasformazione in concetti, ciò che permette a Karmiloff-Smith di inserire in un continuum diverse forme di attività cognitiva (routine procedurali, pensiero formale, coscienza e riflessività) considerandole come livelli diversi di descrizione degli stessi fenomeni.

All'inizio la coscienza è descritta in modo molto dettagliato e isomorfo rispetto alle caratteristiche dello stimolo, per esempio la zebra viene descritta come un animale a quattro zampe, di taglia equina, con un disegno a strisce che caratterizza il suo mantello. Oppure (per riprendere il disegno della casa come esempio di una procedura seguita) il bambino le prime volte traccia il disegno rispettando sempre la stessa sequenza, fino a quando non acquisisce una padronanza comportamentale della procedura. Se gli viene richiesto di cambiare la sequenza o se viene interrotto durante l'esecuzione, il bambino avrà molte difficoltà a eseguire il disegno perché, secondo Karmiloff-Smith, in questa fase l'informazione è disponibile in forme molto rigide e sensibili a ogni turbativa del formato in cui è stata immagazzinata. Del resto, la rigidità procedurale che precede sempre il raggiungimento della padronanza comportamentale è esperienza comune a chiunque (si pensi all'addestramento alla guida dell'automobile o all'uso del computer), per cui è facile ricordare le fasi in cui ogni imprevisto determina un ostacolo alla realizzazione del compito, ma è altrettanto evidente che la padronanza migliora con l'esperienza fino all'automatizzazione delle procedure. Il raggiungimento del livello automatico (in cui non è necessario il controllo consapevole) coincide con la possibilità di avviare anche forme di riflessione sui compiti che si svolgono e di accedere a forme di conoscenza diverse; per esempio, l'uso di alcuni programmi informatici, anche se agli inizi avviene senza adeguati livelli di comprensione, progressivamente genera forme di conoscenza dei processi di riorganizzazione dei materiali e incrementa le capacità di impiego del programma. Va sottolineato che l'attività genera spontaneamente nuove forme di conoscenza e di padronanza, come effetto collaterale dell'esperienza, proprio attraverso i processi di ridescrizione rappresentazionale.

L'attività di ridescrizione rappresentazionale è dunque un'attività autonoma del nostro sistema cognitivo, o meglio un prodotto spontaneo dell'apprendimento, cioè dell'incremento che si



determina in occasione della ripetizione dell'esperienza odi il suo confronto con altre esperienze. In sostanza, si tratta di una continua attività di riconfigurazione dei formati iniziali che procede riducendo progressivamente sia il numero delle unità impegnate, sia il grado di specificità della descrizione primitiva fino a rendere la descrizione finale disponibile per impieghi in ambiti rappresentati nazionali molto diversi. Si pensi, per ritornare alla descrizione della zebra, all'impiego del termine ZEBRE per riferirsi alle strisce di attraversamento pedonale. In definitiva, questo modello costituisce un ulteriore passo avanti Sulla strada della descrizione dei fenomeni cognitivi che comprende sia il livello microprocessuale dei singoli elementi costitutivi, sia il livello macrostrutturale delle forme più evolute del pensiero.

È interessante osservare come la continua trasformabilità delle descrizioni degli stimoli si combini molto bene con l'idea introdotta dai connessionisti dell'apprendimento come progressivo cambiamento di stadi di una configurazione neurale. Ed è altrettanto interessante osservare come il processo di ridescrizione (o di riconfigurazione, a seconda del modello a cui ci si vuole riferire) attraverso il cambio di formato consenta di economizzare il numero di unità implicate nel compito. I fenomeni di risparmio di risorse come effetto dell'addestramento e dell'esperienza erano già stati descritti dai neurofisiologi, ma furono ignorati dagli psicologi che, non dando il giusto peso al ruolo dell'apprendimento nella trasformazione delle rappresentazioni, non seppero cogliere la prospettiva di sviluppo che rappresenta una componente essenziale del processo di costruzione del sistema cognitivo. Eppure i fenomeni di cambiamento qualitativo nella costruzione delle abilità non sono infrequenti, anzi probabilmente sono una regola comune a tutte le acquisizioni. Abbiamo già citato i dati raccolti da Dirk Bakker riguardo all'acquisizione della lettura, dati che lo hanno portato a costruire il suo *balance model*<sup>75</sup>.

## 5.9 Il processo di modularizzazione

---

Attraverso rilevazioni dell'attività elettrofisiologica nel corso di attività di lettura, il neuropsicologo olandese Bakker ha osservato che, mentre nelle prime fasi di sviluppo dell'abilità di decodifica si osserva una maggiore attivazione dell'emisfero destro, successivamente, per lo stesso compito, una volta acquisita una migliore padronanza del codice scritto, l'attivazione è maggiore nell'emisfero sinistro, in particolare nelle aree deputate al processamento del linguaggio. Interpretando i dati Bakker costruisce un modello di acquisizione della lettura articolato in due fasi

---

75

Pizzoli C., Lami L., G. Stella, *Le prime tappe dello sviluppo psicomotorio: aspetti cognitivi*, in Contardi A., Vicari S. (a cura di), *Le persone Down*, Franco Angeli, Milano 1994.

successive: la prima guidata da processi prevalentemente visivi e la seconda influenzata da processi linguistici.

Le informazioni che possiamo ricavare dai modelli connessionista e di ridescrizione rappresentazionale ci consentono di andare oltre questa interpretazione e di considerare la seconda fase (di acquisizione della lettura) come il risultato di una padronanza comportamentale che permette di descrivere con un formato diverso le stesse informazioni. La parola CANE, pur essendo sempre costituita dalla stessa configurazione degli elementi, corrisponde a uno schema di attivazione stabile e viene descritta, riconosciuta e messa in relazione con una rappresentazione semantica. La disponibilità di uno schema già configurato conferisce rapidità al processo e genera l'impressione di una relazione diretta tra la forma scritta e la rappresentazione lessicale. Questa fase corrisponde a ciò che Karmiloff-Smith descrive come processo di modularizzazione, in cui la specializzazioni dei meccanismi computazionali costituisce un punto di arrivo e non una condizione predeterminata che si attiva in concomitanza con uno stimolo; tale concetto può inoltre essere impiegato nei processi di comprensione, evitando quindi il ricorso a salti qualitativi o a strutture simboliche primarie che non hanno niente in comune con i processi computazionali.

## 5.10 Modelli di ispirazione connessionista

---

Indubbiamente questi modelli richiedono ulteriori sviluppi in quanto non sono ancora in grado di spiegare tutte le fasi dell'attività cognitiva. Tuttavia, alla luce di quanto esposto sia pure sommariamente nelle pagine precedenti, mi sembra di poter proporre due considerazioni conclusive che integrano i dati qui riportati.

- L'espressione “rappresentazione mentale”, così come viene tuttora utilizzata, appare inadeguata a esprimere con precisione aspetti dell'attività cognitiva, in quanto troppo vasta. Esistono infatti diversi formati rappresentazione non assimilabili fra loro uno non confrontabili in virtù del loro diverso statuto “rappresentazionale”: con questo termine vengono infatti definiti livelli primitivi di descrizione dello stimolo (definiti “immagini mentali”), routine comportamentali (per esempio le tabelline) e descrizioni molto più astratte che nascono dalle routine ma sono depurate di tutti i contenuti procedurali (per esempio il concetto aritmetico di “moltiplicazione”). Appare opportuno dunque parlare di “descrizioni rappresentazionali” qualificandole con la specificazione del livello di descrizione. Questi livelli cambiano nel bambino in funzione delle sue esperienze di apprendimento e di interazione con i sistemi educativi, risultati di queste trasformazioni si concretizzano in

un'articolazione del sistema cognitivo che può essere documentata anche con strumenti “oggettivi”.

- Tali modelli restituiscono all'apprendimento e quindi allo sviluppo un ruolo costituente nei processi cognitivi, concepiti come “costrutti”, cioè come il risultato di sistemi dinamici complessi che scaturiscono dall'interazione di elementi semplici. Il connessionismo sembra dimostrare che non è necessario ipotizzare un grado di prespecificazione delle strutture cognitive che contenga e prefiguri la complessità con cui si manifestano il sistema maturo, falsificando la visione deterministica dell'innatismo che assegna allo sviluppo un ruolo contingente. Al contrario, I modelli di ispirazioni connessionista rivalutano il ruolo del tempo e dell'esperienza, e quindi dell'apprendimento, restituendo così significato e prospettiva non solo allo studio evolutivo di processi cognitivi, ma anche alla riflessione sulla rieducazione e sull'attività riabilitativa e in generale allo sviluppo della conoscenza del bambino.

Ciò non significa naturalmente che non debbano essere tenuti in considerazione limiti intrinseci di funzionamento geneticamente determinati, ma che il rapporto tra componenti biologiche di un organismo e prodotti finali merita di essere ripensato e ricevere nuovi impulsi dall'elaborazione di questi modelli.

## 5.11 La possibilità di prevedere lo sviluppo cognitivo

---

La misura dello sviluppo cognitivo è affidata ai test psicometrici e alla presenza-assenza di alcune abilità generali, come l'abilità motoria e la presenza del linguaggio verbale. I test psicometrici applicati ad un'età troppo bassa scontano l'impossibilità di interagire con il bambino per elicitare comportamenti complessi, per cui in realtà le varie scale di sviluppo misurano prestazioni molto semplici, osservabili come risposta a stimoli molto grezzi, commisurano al modo in cui si comporta in quella situazione la maggioranza della popolazione della stessa fase di sviluppo. Le critiche alla correlazione a distanza fra i risultati nei test psicometrici condotti in età precoce, da un lato, e i successivi risultati nelle prestazioni scolastiche nei test psicometrici in età scolare, dall'altro, sono molto numerose e si basano principalmente sul fatto che i test somministrati in fasi diverse dello sviluppo misurano abilità radicalmente diverse fra loro.

I test per la prima infanzia si basano soprattutto sullo stadio delle abilità motorie e della socializzazione primaria, mentre quelli costruiti per misurare l'efficienza cognitiva di un bambino in età scolare analizzano la capacità di elaborazione di informazioni complesse, l'impegno della

memoria di lavoro, il coinvolgimento di abilità sequenziali e spazio-temporali. Diversi autori affermano che è improprio mettere in relazione fra loro i risultati di questi test, dato che studiano abilità che non hanno niente in comune fra di loro, e insistere sull'esistenza di un rapporto significa affermare un continuum fra sviluppo motorio e sviluppo cognitivo. Psicologi importanti come Arnold Gesell e Jean Piaget ritenevano invece che i processi di controllo e di coordinazione motoria rappresentassero la base per lo sviluppo successivo e costituissero un punto di riferimento per i processi di sviluppo più generali. Successivamente, la continuità fra sviluppo senso-motorio e sviluppo delle abilità cognitive generali è stata ripetutamente criticata, dato che esistono evidenze di adeguato sviluppo cognitivo in totale assenza di esperienze motorie nei soggetti con paralisi cerebrale infantile. L'esperienza senso-motoria è dunque un elemento di facilitazione dello sviluppo, in quanto consente un rapporto attivo con l'ambiente, ma non costituisce un elemento determinante o necessario per lo sviluppo cognitivo.

Come si vede, nel dibattito sulla correlazione tra risultati nelle diverse fasi dello sviluppo ritorna, espressa con altri termini, la questione del rapporto tra funzioni verticali e orizzontali che esposta nei paragrafi precedenti. La possibilità di correlare tra loro abilità della prima fase e delle fasi successive dello sviluppo sconta la modificazione del rapporto tra i due aspetti del sistema cognitivo e la loro relativa indipendenza. Nella primissima infanzia il ruolo delle funzioni trasversali è quello di permettere lo sviluppo delle abilità (cioè delle funzioni verticali), che tuttavia hanno una parziale indipendenza espressa nella possibilità di svilupparsi autonomamente, appena sussistano condizioni minime per la loro strutturazione. L'avvenuto sviluppo motorio o l'acquisizione del linguaggio non autorizza dunque a formulare prognosi definitivamente positive per lo sviluppo delle funzioni cognitive, in quanto lo sviluppo primitivo di queste abilità sembra richiedere il concorso di aspetti molto generali delle componenti orizzontali, aspetti che sarebbero assenti solo nei ritardi mentali molto gravi.

Lo studio dei bambini con patologie organiche che interessano lo sviluppo cognitivo, come la sindrome di Down la sindrome di Williams, viene spesso portato a conferma della parziale indipendenza dei fattori di sviluppo delle singole abilità da quelli di sviluppo dominio-generale. I bambini con sindrome di Williams sviluppano, nonostante il ritardo mentale, un linguaggio verbale ricco e ben articolato; i bambini con sindrome di Down, che soffrono di condizioni analoghe di ritardo mentale, non riescono altrettanto bene nelle aree linguistiche ma mostrano abilità motorie e sociali buone e superiori a quelle dell'altro gruppo.

Gli studi più recenti, pur confermando i dati sulle abilità dei soggetti con queste sindromi, hanno dimostrato che lo sviluppo delle capacità linguistiche nei bambini con sindrome di Williams subisce

comunque un ritardo significativo, come se la maturazione del sistema cognitivo dovesse prima raggiungere certi requisiti dominio-generalì per poi rendere operanti alcuni processi trasversali indispensabili all'acquisizione dell'abilità. Lo stesso discorso può essere fatto per i bambini con sindrome di Down che si sviluppano comunque in ritardo e con una certa grossolanità le loro abilità<sup>76</sup>.

### *I contenuti del capitolo*

---

Per “sviluppo cognitivo” si intendono i mutamenti che il bambino materializza nelle sue capacità di processamento dell'informazione e di conoscenza attraverso l'esperienza in direzione del potenziamento delle capacità e dell'allargamento delle conoscenze: partendo da un determinato livello, ne raggiunge uno nettamente superiore senza che la sua macchina biologica cambi radicalmente. Ciò che cambia sono le sue strutture cognitive, sia per quanto riguarda il processamento dell'informazione, sia per quanto riguarda l'organizzazione delle rappresentazioni. In altri termini, dopo i primi anni di sviluppo, in cui i fenomeni di crescita neurobiologica si accompagnano a quelli di potenziamento delle capacità, lo sviluppo diventa propriamente cognitivo nel senso che la “macchina” varia di poco i suoi ordini di grandezza quantitativa, mentre cambiano radicalmente le sue modalità di funzionamento. I cambiamenti sono dunque sia di carattere quantitativo, basati sull'aumento delle capacità e dell'efficienza delle strutture di processamento e di elaborazione dell'informazione, sia di carattere qualitativo, basati sulla riorganizzazione delle conoscenze. La mancata considerazione di entrambi i tipi di sviluppo è alla base dell'errata concezione che considera unitariamente l'intelligenza e il suo sviluppo.

Lo sviluppo cognitivo è un processo talmente complesso che il tentativo di descriverlo con poche argomentazioni e, soprattutto, l'eventuale pretesa di valutarlo con strumenti rapidi e sicuri non possono essere destinati al successo.

In questo capitolo si è cercato di introdurre alcuni elementi di schematizzazione e potremmo riassumerli come segue:

- Il sistema cognitivo è organizzato in funzioni trasversali o dominio-generalì e in funzioni verticali o dominio-specifiche;
- Questa organizzazione non si esprime nello stesso modo nelle prime fasi dello sviluppo ma presenta in qualche misura un punto di arrivo, per cui all'inizio è molto più difficile

---

76

Vicari S., Volterra V., *Il bambino con la sindrome di Williams*, in Sabbadini G., (a cura di), *Manuale di neuropsicologia dello sviluppo*, Zanichelli, Bologna 1995.

distinguere le funzioni dominio-specifiche da quelle dominio-generalì studiarne separatamente l'evoluzione;

- Esiste tuttavia una certa indipendenza, verosimilmente dovuta a predisposizioni genetiche di natura specifica che rendono possibile lo sviluppo delle singole abilità anche in condizioni di deficit cognitivo (sia pure di grado lieve o medio);
- L'idea che vi sia uno sviluppo lineare delle funzioni e che procede in modo armonico per tutti i domini della conoscenza e per tutte le abilità è stata ampiamente smentita dagli studi sulle competenze dei bambini nelle diverse aree (linguaggio, motricità, competenze sociali, abilità scolastiche) e nelle diverse fasi di crescita.

## 6 Lo sviluppo cognitivo: il punto di vista di Piaget

---

<sup>77</sup>In un'intera vita dedicata allo studio dello sviluppo cognitivo, Jean Piaget ha formulato quella che ancora oggi viene considerata la teoria più comprensiva e coerente di come sistema cognitivo si venga “costruendo” nell'interazione con le forze ambientali. Pur non avvalendosi di sofisticati apparati statistici e di rigorosi schemi sperimentali, egli ha corredato le sue concezioni di centinaia di osservazioni naturalistiche (molte delle quali condotte sui propri figli) e di acute intuizioni. Anche se in anni recenti la teorizzazione piagetiana è stata oggetto di critiche<sup>78</sup>, revisioni ed estensioni (che ne hanno scosso alle fondamenta alcuni degli assunti di base)<sup>79</sup>, essa, per la vastità dei temi affrontati, continua a costituire un punto di riferimento imprescindibile per chiunque si occupi dello sviluppo cognitivo, infatti ha stimolato gran parte della ricerca contemporanea in quest'area. Tuttavia, lo sviluppo cognitivo non è mai stato l'interesse centrale di Piaget, che era invece diretto a una questione ancora più generale e che affonda le proprie radici nella storia del pensiero filosofico: “la formazione della conoscenza” in che modo cioè giungiamo a conoscere il mondo in cui viviamo.

Lo studio di come si forma la conoscenza a partire dai primi momenti della vita di un individuo ha costituito per Piaget un utile strumento di analisi empirica; non va dimenticato infatti che Piaget era per formazione un biologo, il che spiega la sua attitudine orientata più all'osservazione naturalistica che alla pura speculazione filosofica. Tutto il suo programma di ricerca si inquadra in un progetto più ampio, che egli stesso ha definito «epistemologia genetica»<sup>80</sup>, ed è stato volto al tentativo di stabilire un parallelismo tra l'evoluzione dei sistemi biologici e

---

77

L'intero capitolo è tratto da G. Stella, *Sviluppo Cognitivo*, Bruno Mondadori, Milano 2000.

78

T.R.G. Bower, “Lo sviluppo neurobiologico nell'infanzia”, *Il Pensiero Scientifico*, Roma 1978; P.E. Bryant, T. Trabasso, “Transitive Inferences and Memory in Young Children”, in “*Nature*”, 1971, 232, pp. 456-458; G. Butterworth (a cura di), *Infanzia ed epistemologia. Una valutazione della teoria di Piaget*, Unicopli, Milano, 1986; R.S. Siegler, “Three Aspect of Cognitive Development”, in “*Cognitive Phycology*”, 1976, 4, pp. 481-520.

79

G. Cellèlier, *Strutture cognitive e schemi di azione*, in O. Andreani Dentici, E. Gattatico (a cura di), *La scuola di Ginevra dopo Piaget*, Raffaello Cortina, Milano 1992.

80

J. Piaget, *L'epistemologia genetica*, Laterza, Bari 1973.

l'evoluzione dei sistemi della conoscenza<sup>81</sup>, nello sforzo di trovare una ideale unità tra scienze biologiche e psicologiche.

La cornice storica che fa da sfondo all'opera di Piaget e dei suoi numerosi collaboratori della scuola di Ginevra rende più comprensibili i fondamentali assunti metateorici che stanno alla base del suo pensiero, primo fra tutti quello di "adattamento dinamico". Piaget rifiuta sia una concezione "nativista" sia una concezione "empirista" dello sviluppo cognitivo; la prima attribuisce lo sviluppo essenzialmente al ruolo delle predisposizioni genetiche innate, mentre la seconda attribuisce lo sviluppo al ruolo giocato dall'esperienza. Entrambe non ritengono in sufficiente considerazione le esigenze attive del sistema cognitivo che, se da un lato devono garantire l'efficienza del funzionamento (presenza di strutture prespecificate), dall'altro devono prevenire ampi gradi di flessibilità in funzione di un ambiente che cambia continuamente (possibilità di modificarsi in funzione dell'esperienza).

Piaget è riuscito a consigliare questa doppia esigenza, operando una sintesi creativa tra le due opposte posizioni teoriche. Egli ha immaginato un sistema cognitivo che, come i sistemi biologici in generale, è capace, partendo da un *pool* di risorse assegnate, di modificarsi attraverso una continua riorganizzazione delle sue strutture, in sintonia con le sempre nuove pressioni che derivano dall'interazione con l'ambiente.

L'originalità e la forza del suo approccio stanno proprio nell'aver intuito nell'importanza di entrambi i fattori e nell'aver saputo indicare la natura delle loro interazioni, offrendone numerose esemplificazioni tratte sia dall'osservazione naturalistica sia dalla creazione di numerose situazioni di *problem solving*.

## 6.1 Assimilazione, accomodamento ed equilibrizzazione

---

Alla base della teoria piagetiana vi sono due concetti fondamentali che risentono fortemente della sua inclinazione biologica nell'affrontare il problema dello sviluppo cognitivo: l'assimilazione e l'accomodamento.

L'assimilazione viene concepita come un processo in virtù del quale ogni nuova informazione presente nella realtà esterna può essere assimilata dal sistema cognitivo, ponendola in relazione alle strutture della conoscenza già esistenti. In questo senso, per Piaget l'apprendimento non è mai una "cruda" associazione di stimoli e risposte, ma presuppone un certo grado di struttura nel sistema,

---

81

J. Piaget, *Biologia e conoscenza*, Einaudi, Torino 1983.



tale da consentirgli di “appropriarsi” di quell'informazione. A differenza delle dottrine associazioniste, che non pongono particolari limiti agli apprendimenti, fatta eccezione forse per la contiguità temporale con cui gli eventi accadono e vengono catalogati dalla nostra mente, ciò pone vincoli molto seri e precisi riguardo a quello che può essere appreso in un determinato momento dello sviluppo. Piaget infatti ritiene che, affinché certi apprendimenti si possano verificare, ci debba essere un organismo “preparato” ad accoglierli; il concetto di *readness* ha goduto di grande popolarità negli anni '60 (prima delle numerose revisioni apportate alla teoria piagetiana e agli stadi di sviluppo da lui delineati), soprattutto nell'ambito pedagogico. In relazione a quesiti importanti come quello sull'età in cui un bambino è pronto per affrontare l'apprendimento scolastico.

L'accomodamento è il processo complementare, grazie al quale le strutture cognitive esistenti si modificano per adattarsi alla nuova informazione che è stata accolta. È soprattutto nel processo di riorganizzazione interna che sta il fulcro della flessibilità evolutiva del sistema cognitivo, che è inteso quindi come un sistema aperto e costretto a ristrutturazioni continue ma regolate (non casuali o arbitrarie) in funzione dell'interazione con l'ambiente.

Questi due semplici meccanismi sono i processi funzionali invariati, biologicamente predeterminati, che caratterizzano tutto l'arco dello sviluppo. La loro azione combinata garantisce l'evoluzione del sistema, sia creando il necessario disequilibrio sia ripristinando l'equilibrio, in un processo continuo che Piaget definisce di «equilibratura dinamica» (una specie di tendenza verso un'omeostasi epistemologica), sottolineandone così il carattere provvisorio e la necessità di trovare sempre nuovi punti di equilibrio diversi da quelli raggiunti precedentemente. Piaget, da biologo, assume infatti che la tensione verso l'omeostasi sia una necessità biologica dei sistemi «autoregolantisi». Ogni perturbazione esterna al sistema provoca uno stato transitorio di disequilibrio che il sistema tende ad annullare (tornando a una situazione di equilibrio) attraverso l'azione dei suoi sistemi di autoregolazione. Supponiamo che in un'assolata giornata estiva vi troviate alla guida della vostra auto in una tranquilla strada alberata di campagna, assorti nei vostri pensieri. D'improvviso i vostri organi di senso (che a ogni istante continuano a registrare informazioni dall'ambiente esterno in modo automatico e senza impegnare la vostra attenzione) rivelano un'anomalia nel campo percettivo: la presenza di un albero blu. Ciò è sufficiente a innescare uno stato transitorio di conflitto cognitivo tra i dati in arrivo dai canali percettivi e quelli depositati nelle vostre basi di conoscenza (che verosimilmente non contemplan alberi blu!); il conflitto allerta la vostra attenzione e “chiede” di essere risolto. La vostra mente potrebbe allora mettersi al lavoro, alla ricerca di spiegazioni plausibili e “tranquillizzanti”; per esempio, qualcuno potrebbe essersi divertito a dipingerlo, oppure potrebbe essere l'esemplare di una specie arborea a

voi sconosciuta, ancora, una rara malattia potrebbe avere colpito la pianta alterandone così bizzarramente le caratteristiche cromatiche ecc. L'importante è che il sistema cognitivo si “mobilita” per risolvere il conflitto. È interessante notare qui che questa situazione che noi esperiamo come conflittuale non lo sia affatto per un bambino di tre anni, che magari ama proprio dipingere gli alberi di blu (una proprietà per lui del tutto ammissibile negli alberi).

Nell'ottica piagetiana, il sistema cognitivo viene concepito come un sistema che si trova in uno stato quasi permanente di disequilibrio, a causa del meccanismo dell'assimilazione che lo vincola a interagire con l'ambiente, appropriandosene. Lo stato di disequilibrio viene temporaneamente eliminato riorganizzando la propria struttura interna attraverso il meccanismo dell'accomodamento, ma proprio la riorganizzazione pone le basi per nuove assimilazioni che non sarebbero state possibili in precedenza, in un ciclo che viene reiterato indefinitamente. Pertanto, proprio nella percezione del disequilibrio sta il “motore” dello sviluppo, la molla che crea la necessità biologica di ripristinare l'omeostasi del sistema, il che ha importanti ricadute sul piano educativo e sul piano clinico-riabilitativo: l'omeostasi fornisce una importante chiave cognitiva e motivazionale per promuovere, attraverso la creazione “controllata” di situazioni di conflitto cognitivo, l'acquisizione di nuove conoscenze in forme non astratte, ma assimilabili dal sistema e capaci di innescare processi interni di riorganizzazione che garantiscono durevolezza e stabilità allo sviluppo. Il concetto di “omeostasi” presenta una notevole somiglianza con quello di «zona prossimale di sviluppo», formulato da Lev Semënovič Vygotskij, per indicare un'area ottimale per l'apprendimento, in cui un concetto (o un'abilità) è in fase emergente ma non ancora pienamente padroneggiato<sup>82</sup>.

Barbel Inhelder, che è stata una delle più strette collaboratrici di Piaget, la ricercatrice che ha esplorato più approfonditamente il concetto di “conflitto cognitivo” e le sue implicazioni pedagogiche. Karmiloff-Smith negato, tuttavia, che la «posizione del conflitto» sia l'unica forza propulsiva dello sviluppo cognitivo, suggerendo che essa potrebbe coesistere con altri meccanismi (forse meno consapevoli) di riorganizzazione della conoscenza, come per esempio la prima descrizione rappresentazionale (un processo che si attiva in virtù del raggiungimento della piena padronanza di una «procedura»)<sup>83</sup>. Questo meccanismo sembra proprio l'opposto della percezione di un conflitto, ma potrebbe essere altrettanto importante e complementare al primo nel favorire una

---

82

L. S. Vygotskij, *Pensiero e linguaggio*, Giunti-Barbera, Firenze 1977.

83

A. Karmiloff-Smith, *Op.cit.*

ristrutturazione delle basi di conoscenza di un individuo, e potrebbe avere altrettante ricadute sul piano educativo e riabilitativo.

Se l'assimilazione e l'accomodamento sono i processi invariati che garantiscono l'evoluzione del sistema, qual'è la struttura del sistema cognitivo? A differenza delle teorizzazioni attuali che delineano un'architettura di tipo modulare, Piaget sembra abbracciare l'idea di una struttura unitaria e compatta, che si trasforma sotto l'influsso delle pressioni ambientali, attraverso una serie di stadi invariati di sviluppo. Le strutture sono le forme che assume l'organizzazione interna del sistema.

## 6.2 La teoria stadiale dello sviluppo

---

Le strutture cognitive, che secondo Piaget caratterizzano i diversi stadi di sviluppo, hanno il carattere di categorie logiche entro cui la realtà esterna può essere costruita in modo ordinato, e non solo registrata passivamente, come sembrano assumere gli empiristi. La sostanza delle differenze tra questi due diversi modi di concepire l'acquisizione della conoscenza potrebbe essere illustrato attraverso la seguente situazione paradossale. Supponiamo, per qualche forma di bizzarria pedagogica, di volere insegnare a un gruppo di bambini di scuola materna la differenza tra elettroni e neutroni. Potremmo iniziare a spiegare che la materia è fatta di atomi, i quali a loro volta si compongono di particelle più elementari, alcuni delle quali sono elettroni e altri neutroni. Per favorire la loro comprensione, potremmo dare una definizione in termini fisici di questi elementi e magari mostrare un diagramma che riassume e completa visivamente queste informazioni. Infine potremmo promettere una lauta ricompensa a quei bambini che a distanza di una settimana sapranno spiegare le nozioni illustrate, mostrando di saper distinguere tra elettroni e neutroni. Potremmo così scoprire che alcuni bambini più motivati e più svegli sono effettivamente in grado di ripetere, sia pure con le loro parole, i concetti spiegati e sanno distinguere gli elettroni dai neutroni in un diagramma. Dal punto di vista delle dottrine associazionistiche, potremmo sostenere che questi bambini hanno appreso i concetti, anche se per loro continuano a non avere alcun significato, non vengono assimilati al loro bagaglio di conoscenze e non possono quindi essere utilizzati per altre finalità dal sistema cognitivo. Per Piaget l'acquisizione di conoscenza è tale solo quando provoca la necessità di una ristrutturazione delle basi di conoscenza e così diventa disponibile per il sistema cognitivo nel suo complesso.

Tuttavia, almeno nelle prime fasi dello sviluppo, le strutture rispondono maggiormente a principi organizzativi di natura biologica (i «riflessi innati», ma in parte anche gli «schemi di azione») e solo con il raggiungimento della simbolizzazione (funzione rappresentativa) diventano

categorie tre logiche, logico-operatorie infine logico-formali. La transizione attraverso una sequenza di stadi necessari e invarianti di sviluppo comporta la progressiva trasformazione della struttura cognitiva: un sistema inizialmente predisposto per operare secondo «schemi biologici» rigidamente predeterminati arriva ad affrancarsi da questi vincoli, grazie alla spinta delle pressioni ambientali; esse lo costringono a una continua riorganizzazione (e non per il semplice «dispiegamento» di un programma biologico come vorrebbero i nativisti), pervenendo infine a operare secondo «schemi logici». In questa progressione è riassunta anche l'essenza della continuità tra la natura biologica e relazionale dell'essere umano.

Piaget ha ipotizzato quattro stadi fondamentali dello sviluppo cognitivo:

- Lo stadio senso-motorio (da 0 a 2 anni circa);
- Lo stadio preoperatorio (da 2 a 6 anni circa);
- Lo stadio operatorio-concreto ( da 6 a 12 anni circa);
- Lo stadio operatorio-formale (da 12 anni in poi).

Una tale suddivisione è suffragata sia da motivi logici, sia dall'osservazione empirica di ciò che realmente dimostrano di sapere fare i bambini a certe età. Anche se non sono direttamente osservabili, le strutture cognitive caratteristiche di ognuno di questi stadi traspaiono dalle performance dei bambini in svariate situazioni di *problem solving*. Piaget opera infatti una netta distinzione tra «competenza» (struttura sottostante, distinta dalle comportamento osservabile concreto) e «prestazione» (azione manifesta); di conseguenza un bambino potrebbe avere una competenza e tuttavia non evidenziarla in un particolare compito che richiede l'attivazione di una particolare prestazione.

In ambito clinico capita spesso, per esempio, di osservare bambini con disturbo specifico espressivo del linguaggio che ottengono punteggi estremamente bassi nella prova di vocabolario della Scala Wechsler, in cui si richiede di dare una definizione verbale di oggetti e azioni (“Che cos’è una bicicletta?” oppure “Che cosa significa isolare?”); la loro scarsa prestazione potrebbe indurre a ritenere che essi non abbiano padronanza del concetto. Tuttavia, gli stessi bambini potrebbero dimostrare, in una prova di comprensione lessicale a scelta multipla (come per esempio il Peabody Picture Vocabulary Test) di avere conoscenza di concetti ben più difficili di quelli della prova di vocabolario. Il problema potrebbe quindi risiedere non tanto in una mancanza di competenza concettuale, ma in un deficit espressivo che compromette la capacità di formulare una struttura sintattica adatta a esprimere la conoscenza del concetto.

Viceversa, alcune prestazioni potrebbero essere esibite in assenza di una competenza sottostante (per esempio, sapere contare senza avere tuttavia alcun concetto della quantità numerica). Tale

distinzione pone una serie di problemi nella valutazione delle competenze, che infatti possono essere giudicate solo attraverso l'inferenza dell'esaminatore e l'adesione al particolare sistema teorico sviluppato da Piaget. Tuttavia questa distinzione si rivela spesso fruttuosa nella comprensione di fenomeni che altrimenti risulterebbero contraddittori.

Anche se la sequenza degli stadi segue un ordine logicamente necessario e invariante (ma proprio su questo punto si sono indirizzate le più forti critiche dei teorici che propongono un'architettura modulare del sistema cognitivo), i confini delineati da Piaget non dovrebbero essere presi in senso troppo letterale, data l'elevata eterogeneità che caratterizza i profili individuali di sviluppo. Appare inoltre è importante sottolineare come gli stadi abbiano ricevuto, forse non casualmente, un diverso livello di specificazione; per esempio, lo «stadio senso-motorio» è stato ulteriormente suddiviso in sei «sottostadi», che consentono di cogliere nel dettaglio l'essenza dei cambiamenti che in esso hanno luogo. Significativamente, Piaget ha dedicato (per ragioni storiche o forse contingenti) proprio a questa fase dello sviluppo con analisi così raffinata, poiché è il periodo in cui si verifica la transizione “chiave” che porta un organismo biologico a diventare un essere razionale.

### 6.3 Lo schema di azione come struttura cognitiva che si sviluppa

---

Lo schema di azione, che è la struttura dominante della conoscenza nello stadio senso-motorio, appare come il naturale anello di congiunzione tra realtà biologica e psicologica. I principi organizzativi logici che ne stanno alla base sono le seguenti categorie: *oggetto, spazio, tempo e causalità*. A differenza della pura «attività riflessa», che secondo Piaget costituisce l'equipaggiamento di base che ha in dotazione ogni individuo alla nascita e la cui natura è puramente biologica (ma su questo punto la ricerca contemporanea ha seriamente minato la concezione piagetiana di un neonato essenzialmente incompetente), lo schema di azione può essere considerato una vera e propria forma di struttura cognitiva: la prima e più elementare unità di conoscenza del mondo. Gli schemi di azione possono essere concepiti come delle «totalità» di «percezione-azione» in cui l'azione non può essere sganciata dal dato percettivo immediato; un bambino sceglierà di agitare un certo oggetto, piuttosto che portarlo alla bocca o lanciarlo a terra, perché l'ha riconosciuto e assimilato allo schema dell'agitare. Di nuovo, va rimarcato che lo schema non si identifica con l'azione medesima, ma è una struttura più generale e astratta che rappresenta una classe omogenea. In questo senso gli schemi di azione possono essere considerati come degli equivalenti funzionali sul piano senso-motorio dei concetti (che il bambino svilupperà in fasi

successive).

Nel corso di tutto lo stadio senso-motorio, gli schemi di azione evolvono lungo varie direzioni di sviluppo: cominciano con l'estendersi a oggetti che inizialmente non erano assimilati in quel dato schema, poi tendono a coordinarsi per dar luogo a unità comportamentali più ampie e a integrarsi tra loro in forme gerarchiche in cui uno schema può diventare il mezzo per raggiungere il fine costituito da un altro schema (per esempio, il bambino afferra un oggetto per poi poterlo lanciare a terra e osservarne le conseguenze sul piano fisico e sociale). Infine, attraverso la sperimentazione attiva, costituita dall'applicazione a sempre nuove situazioni dalla loro ricombinazione in forme originali, il bambino arriva a inventare nuovi schemi e a prevederne "mentalmente" le conseguenze, ancora prima di averli eseguiti materialmente (il classico esempio fornito da Piaget è costituito dal comportamento della figlia Jacqueline, che ha entrambe le mani impegnate da fili di erba e deve aprire una porta: prima depone l'erba che ha in mano si assicura che l'erba messa a terra non entri nel raggio di apertura della porta). A questo livello, il raggiungimento di un fine implica l'assimilazione di categorie spaziali, temporali e causali all'interno di uno schema complesso e gerarchicamente ordinato; gli schemi di azione sono già diventati «strutture senso motorie interiorizzate», preludio alla vera e propria intelligenza rappresentativa. Il bambino continua a conoscere il mondo attraverso le azioni che compie su di esso, ma al contempo comincia a formarsi rappresentazioni mentali degli esiti delle proprie azioni.

In seguito, per tutto lo stadio preoperatorio, gli schemi di azione tendono sempre più a diventare «schemi mentali», nel senso che hanno sempre meno bisogno di esercitarsi direttamente sulla realtà fisica e possono agire invece su rappresentazioni di essa. Il bambino ora è infatti in grado di apprendere e indicare nuovi schemi attraverso l'«imitazione differita» (che presuppone la capacità di rappresentarsi mentalmente le azioni e il loro esito), il «gioco simbolico» e di finzione (che presuppone la capacità di «decontestualizzare» gli oggetti e di assegnargli un valore simbolico) e il linguaggio verbale (che il bambino può utilizzare per riferirsi a oggetti assenti anche per designare azioni a relazioni tra essi). In questa fase il linguaggio diventa la forma rappresentativa per eccellenza di cui il bambino dispone.

La concezione di Piaget, che vede nel linguaggio una sorta di principio organizzativo dell'attività rappresentativa, sembra abbastanza vicina a quella di Vygotskij<sup>84</sup>, che lo considera come un vero e proprio strumento di organizzazione del pensiero. Tuttavia restano sostanziali divergenze tra i due autori sulla genesi di questa funzione: per Piaget infatti il linguaggio è una

---

84

L.S. Vygotskij, *Op. cit.*

diretta derivazione della trasformazione della struttura cognitiva nello stadio preoperatorio, ed evolve, in rapporto alle successive trasformazioni cognitive, da egocentrico a sociale; per Vygotskij il linguaggio è una funzione autonoma dalla cognizione, frutto dell'evoluzione biologica e sociale, e il linguaggio egocentrico è solo una versione, non è ancora completamente interiorizzata, della sua funzione di organizzazione del pensiero.

La disputa sull'origine del linguaggio e dei suoi rapporti con lo sviluppo cognitivo ha appassionato una vasta schiera di studiosi<sup>85</sup>, e ancora oggi costituisce un tema centrale nell'ambito della scienza cognitiva. Molte evidenze recenti sembrano indicare l'autonomia delle funzioni linguistiche da quelle cognitive; per esempio, è stato dimostrato come il linguaggio può svilupparsi in assenza delle normali esperienze che caratterizzano lo stadio senso-motorio in bambini affetti da tetra-paresi spastica, una grave forma di compromissione motoria. Tuttavia è chiaro che vi sono molti punti di contatto tra le due funzioni, che nel corso dello sviluppo tendono a integrarsi, e non sembra del tutto inverosimile che in diversi momenti dello sviluppo ognuna delle due funzioni possa fare da “traino” all'altra.

## 6.4 La conservazione delle quantità

---

In questa fase le operazioni hanno ancora un carattere irreversibile (da  $A=B$  non deriva logicamente che  $B=A$ ). L'esempio più noto dell'irreversibilità del pensiero e della “prepotenza” del dato percettivo è costituito dalle prove di conservazione, e in particolare dalla conservazione di quantità numeriche discrete. Il bambino deve dapprima giudicare l'eguaglianza di due file di oggetti, messi in corrispondenza biunivoca, e solitamente è in grado di risolvere la prova, anche su una semplice base percettiva (se non ha ancora acquistato l'enumerazione). In seguito, l'esaminatore sposta sotto gli occhi del bambino (che quindi può osservare direttamente che nessun elemento viene tolto o aggiunto) gli oggetti in una delle due file, in modo da allungarla. Quindi chiede nuovamente al bambino di giudicare se ora le due file hanno ancora lo stesso numero di oggetti; i bambini in questo stadio di sviluppo non sono in grado di “conservare” l'eguaglianza, essendo la loro attenzione fortemente “catturata” (e fuorviata) dal dato percettivo, che indica una diversa lunghezza delle due file. Secondo Piaget, essi non sono ancora in grado di sottrarsi alla forza del dato percettivo immediato e di cogliere l'invarianza in una trasformazione.

---

85

Vedi i saggi, testimonianza del dibattito tra Piaget e Noam Chomsky a cui parteciparono anche altri studiosi, raccolti e curati da M. Piattelli Palmarini, *Linguaggio e Apprendimento*, Jaka Book, Milano 1991.

Un esempio analogo, e forse ancora più noto, è quello della conservazione dei liquidi. In questa prova il bambino, dopo aver valutato l'eguaglianza della quantità di liquido nei due contenitori uguali A e B, osserva l'esaminatore mentre travasa il liquido dal contenitore B al contenitore C, che ha una forma più stretta e allungata. Quindi gli è nuovamente richiesto di valutare se la quantità di liquido nei due contenitori A e C sia la stessa. Ovviamente, data la forma stretta e allungata, il livello del liquido nel contenitore C è più alto; il bambino ha potuto vedere l'operazione di travaso, in cui nulla è stato tolto e nulla è stato aggiunto, ma in questa fase dello sviluppo è ancora incapace di tenere conto dell'informazione. Essa viene ad assumere così un valore "logico" ai fini della valutazione, poichè il fatto che venga trascurata indica che l'attenzione del bambino è stata catturata e distratta dal dato percettivo immediato, il quale si è imposto con prepotenza, fuorviandola.

Nello stadio operatorio—concreto gli schemi mentali cominciano a coordinarsi e organizzarsi in quelle strutture di pensiero che sono le «operazioni mentali» (mentre nello stadio precedente essi erano tra loro indipendenti e funzionalmente autonomi, il che spiega l'egocentrismo del bambino a quell'età e la natura irreversibile del suo pensiero). Tra le più importanti e più studiate vi sono le operazioni:

- di *classificazione* (individuazione di proprietà invarianti in oggetti diversi);
- di *seriazione* (individuazione del valore dimensionale delle proprietà degli oggetti),
- di *numerazione* (combinazione delle due operazioni precedenti);
- *infralogiche* (relazioni spazio-temporali; una parte/tutto);
- di *inferenza transitiva* (del tipo: se  $A > B$  e  $B > C$ , allora  $A > C$ ).

Il bambino ora diventa capace di compiere semplici inferenze transitive sulla base dell'esperienza concreta, come per esempio nella classica prova dei tre bastoncini<sup>86</sup>, in cui è chiamato a confrontare due coppie di bastoncini ( $A < B$ ) e ( $B < C$ ); alla fine gli viene chiesto, senza la possibilità di confrontare in modo diretto, di giudicare la relazione di grandezza tra il bastoncino A e il bastoncino C. I bambini nello stadio preoperatorio dicono che non si può sapere, in quanto non sono stati confrontati, e ciò è stato interpretato da Piaget come mancanza della necessaria struttura logica per risolvere la prova. Tuttavia Peter Bryant e Thomas Trabasso hanno proposto una spiegazione alternativa che chiama in causa una limitazione della Memoria a Breve Termine (MBT), più che una vera e propria mancanza di operazioni logiche<sup>87</sup>. Essi hanno infatti dimostrato che, modificando la situazione sperimentale in modo da evitare un sovraccarico della MBT, i

---

86

J. Piaget, *Op. Cit.*

87

P.E. Bryant, T. Trabasso, *Op. cit.*



bambini di cinque-sei anni potevano risolvere il problema: manifestavano cioè adeguate capacità di inferenza. Tutte le operazioni di questa fase hanno ancora bisogno di supporti materiali, concreti, ma rispetto agli schemi del periodo preoperatorio si “svincolano” dal dato percettivo immediato e acquistano il carattere della reversibilità, cioè la capacità di cogliere invarianze nelle trasformazioni anche di quantità continue (per esempio, conservazioni dei liquidi posti in recipienti di diversa forma).

Nello stadio operatorio-formale, che è anche quello che conclude il ciclo delle trasformazioni qualitative della struttura cognitiva, le operazioni non hanno più necessità di applicarsi a oggetti concreti e si applicano direttamente alle rappresentazioni. In questa fase si realizza la forma più matura del pensiero ipotetico-deduttivo, in cui il ragazzo può arrivare a conclusioni logiche semplicemente sulla base di premesse note, anche in assenza di supporti concreti; viene raggiunta la piena padronanza nella capacità di cogliere le relazioni tra oggetti ed eventi o tra parti di essi; inoltre, la capacità di anticipazione sono sviluppate fino al punto di immaginare un mondo di eventi “possibili” e non solo “reali”. Anche riguardo alla caratterizzazione di questo stadio non sono mancate le critiche: in particolare, autori come Peter C. Wason e Philip N. Johnson-Laird hanno osservato anche nell’adulto il pensiero, in situazioni di *problem solving*, non sempre segue i principi della logica formale, astratta, ma è invece dominato da errori sistematici di ragionamento<sup>88</sup>.

Nella visione piagetiana, lo sviluppo è un processo in cui coesistono e si intrecciano elementi di continuità e discontinuità. La discontinuità si verifica nel passaggio da uno stadio a quello successivo; è qui infatti che si realizza una trasformazione *qualitativa* della struttura cognitiva sottostante, che introduce novità e diversità nel funzionamento complessivo del sistema. All’interno di ogni singolo stadio invece si verificano cambiamenti lenti e continui, di tipo *quantitativo*. La continuità è il substrato necessario al salto qualitativo che si ha nel passaggio tra uno stadio e quello successivo. Nessun apprendimento può, di per sé, provocare una trasformazione fondamentale della struttura cognitiva, poichè esse si verifica nel passaggio da uno stadio ad un altro; singoli apprendimenti possono essere invece assimilati entro un determinato stadio di sviluppo.

### *I contenuti del capitolo*

I sistema teorico costruito da Piaget rappresenta, ancora oggi, il tentativo più completo e coerente di spiegare l’origine e la natura dello sviluppo cognitivo. Nonostante le critiche, sempre

---

88

P.C. Wason, P.N. Johnson-Laird, *Psicologia del ragionamento*, Giunti-Barbera, Firenze, 1977.

più numerose e penetranti, che ha ricevuto negli ultimi decenni, la teoria piagetiana, proprio in virtù della sua compattezza, continua a costruire un ideale “banco di prova” per i modelli teorici che si stanno affacciando sulla scena; non esiste infatti, allo stato attuale, una teoria dello sviluppo cognitivo così organica e onnicomprensiva, ma vi sono piuttosto tante microteorie, ognuno per ciascuno dei domini specifici della conoscenza. Il denominatore comune di questi modelli teorici è quello di caratterizzare il sistema cognitivo come un sistema modulare, frazionabile internamente nelle sue diverse funzioni, che sono ritenute avere un alto grado di indipendenza in relazione sia al funzionamento sia alle linee di sviluppo. Il grande impulso che ha avuto negli ultimi anni la ricerca sulle competenze del neonato fornisce un notevole sostegno empirico alla concezione del sistema modulare<sup>89</sup>. Tuttavia, anche l'entusiasmo per una visione nativista che attribuisce grande importanza al ruolo dei fattori innati lascia irrisolti numerosi problemi inerenti lo sviluppo del sistema, come la necessità di spiegare le interazioni con i fattori ambientali, le modificazioni interne che conducono verso una integrazione almeno parziale delle diverse funzioni. Forse il tentativo più interessante di rispondere a tali quesiti è dato dalla teoria della ridescrizione rappresentazionale formulata da Karmiloff-Smith<sup>90</sup>, in cui si propone un modello teorico dello sviluppo cognitivo che appare in grado di saltare in una visione epigenetica sia il ruolo dei fattori innati sia quello dei fattori ambientali.

Il contributo teorico di Piaget alla comprensione dello sviluppo infantile resta comunque una pietra miliare della psicologia contemporanea, non solo per il suo sforzo significativo di costruire una teoria unitaria, ma anche e forse soprattutto per le enormi ricadute che il suo pensiero ha avuto in ambito psicopedagogico, dove ha imposto una concezione nuova del bambino come “costruttore attivo” della propria conoscenza, e non come semplice recipiente passivo di informazioni<sup>91</sup>.

---

89

*J. Meheler, E. Dupox, Appena nato, Arnoldo Mondadori, Milano, 1992.*

90

A Karmiloff-Smith, *Op. cit.*

91

G. Stella, *Op. cit.*, pp 33-34.

## 7 Il Trauma Cranico: prendersi cura della persona

---

<sup>92</sup>“Il trauma cranico-encefalico è un danno celebrale di natura non degenerativa né congenita, ma causato da una forza esterna. Tale danno può determinare una diminuzione o un'alterazione del livello di coscienza, e menomazioni a livello cognitivo, emotivo, fisico. Tali menomazioni possono essere temporanee o permanenti e determinare disabilità parziale o completa e/o difficoltà di adattamento psicosociale”<sup>93</sup>.

La definizione di trauma cranico-encefalico (TCE) proposta sopra sottolinea la complessità e la molteplicità dei quadri clinici che ne possono conseguire la grande variabilità degli esiti invalidanti a distanza, spesso caratterizzati da frammentazione dell'immagine mentale di sé stessi, con deterioramento del senso di identità personale e da perdita di competenze in ambito relazionale psico-sociale.

Negli ultimi anni sono emersi i problemi di assistenza e riabilitazione anche di altre forme di grave cerebro lesione acquisita (GCA), legate a patologie vascolari, spesso emorragiche, o a postumi di danno anossico da arresto cardiaco. Questi pazienti necessitano di protocolli di cura molto simili ai traumatici, in virtù della forte analogia con i TCE, con cui condividono la frequente compromissione dello stato di coscienza e delle competenze cognitivo-comportamentali<sup>94</sup>.

Il TCE costituisce una delle principali cause di morbidità, mortalità e disabilità nel mondo occidentale, ma anche nei paesi in via di sviluppo. L'impatto sociale ed economico che ne consegue sui sistemi sanitari nazionali, l'elevata risonanza emotiva nell'opinione pubblica e le conseguenze spesso devastanti sulle persone che lo subiscono e sul loro nucleo familiare spiegano la vasta letteratura scientifica dedicata alla raccolta di dati epidemiologici, allo studio dei migliori modelli

---

92

L'intero capitolo è stato tratto da D. Saviona, A. De Tanti, *Trauma Cranico e Disabilità. Esperienze di Psicoterapia*, FrancoAngeli, Milano 2010.

93

BIAA (Brain Injury Association of America) (1986), “Definition of Traumatic Brain Injury”, Adopted by the *Brain Injury Association Board of Directors, February 22*, [www.biausa.org](http://www.biausa.org).

94

De Tanti A., Saviola D. (2008), “Riabilitazione della Persona con esiti di Trauma Cranico-Encefalico (TCE) e di Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA)”, EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Medicina Riabilitativa*, 26-455-d-15.

assistenziali, alla ricerca delle possibili misure di prevenzione, alla verifica dei risultati ottenuti al termine dei percorsi di cura e riabilitazione.

Nel corso di questa tesi voglio adottare la più recente classificazione proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF 2002) che sostituisce le precedenti categorie (patologia, menomazione, disabilità e handicap) del sistema ICDH (International Classification of Disabilities and Handicaps 1980) che connotavano in negativo la condizione di perdita di salute. La filosofia introdotta dal sistema ICF sottolinea la centralità della persona e non si riferisce più ad un disturbo, strutturale o funzionale, senza prima rapportarlo ad uno stato considerato di "salute". L'ICF parla così in positivo, introducendo i termini di funzioni, strutture, attività, partecipazione e fattori ambientali<sup>95</sup>. Le Funzioni Corporee sono le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei, incluse le funzioni psicologiche. Le Strutture Corporee sono parti anatomiche del corpo come organi, arti e loro componenti. Attività è l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo. Partecipazione è il coinvolgimento di un individuo in una situazione di vita. I Fattori Ambientali sono caratteristiche del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti, che possono avere impatto (positivo o negativo) sulle prestazioni di un individuo in un determinato contesto. Secondo la logica ICF è indispensabile descrivere lo stato di salute delle persone in relazione ai loro ambiti esistenziali (sociale, familiare, lavorativo) al fine di cogliere le difficoltà che nel contesto socio-culturale di riferimento possono causare disabilità. La complessità delle problematiche presentate dalle persone che hanno subito una GCA potrebbe essere ben inquadrabile con le categorie ICF, che danno ragione della necessità di ricorrere ad un approccio fortemente integrato tra riabilitazione medica e riabilitazione sociale, là dove il risultato finale del percorso di cura sarà misurabile soprattutto in termini di qualità di vita percepita da parte degli attori principali (il paziente e il suo *care-giver*) oltre che dal grado di buona restituzione del paziente al suo ambiente naturale di vita.

La metodologia di ricerca adottata in questo ambito è ampia e variabile, ma la maggior parte dei ricercatori condividono una classificazione di gravità dei TCE, basata sul punteggio peggiore nella Glasgow Coma Scale (GCS) raggiunto dai pazienti nelle prime 24/48 ore dopo il trauma. La GCS è una scala universalmente utilizzata dai sanitari della fase acuta per la sua facilità di somministrazione, per l'attendibilità e riproducibilità dei punteggi ottenuti (range di punteggio: 3-15) e per la documentata predittività prognostica. Si ottengono così le seguenti categorie di TCE:

---

95

Organizzazione Mondiale della Sanità. *ICF, Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*. Ed. italiana a cura di Leonardi Matilde, Erikson, Trento 2002.

Minimo: senza perdita di coscienza, amnesia post-traumatica, disorientamento o in presenza di uno solo di tali segni;

Lieve: con punteggio iniziale alla GCAstra 13 e 15;

Moderato: con GCS tra 8 e 12;

Severo: con GCS inferiore a 8.<sup>96</sup>

## 7.1 Danni delle strutture corporee

---

### 7.1.1 Le principali lesioni cerebrali

---

Il TCE è la conseguenza dell'azione di una forza meccanica che agisce sul capo di un soggetto, di entità tale da comportare danni al parenchima cerebrale. L'evento traumatico può essere provocato dall'impatto diretto di un oggetto in movimento che colpisce il cranio e che può penetrare al suo interno (la tegola in testa); vi sono poi i traumi ad impulso, in cui si verificano una o più brusche accelerazioni/decelerazioni che provocano lo “scuotimento” del cervello, massa di consistenza poco più che gelatinosa, all'interno della scatola cranica rigida (colpo di frusta, urto violento a seguito di un'incidente oppure la shaken baby syndrome, fenomeno traumatico subito dal bambino durante casi di maltrattamento<sup>97</sup>). L'estrema variabilità dei quadri clinici conseguenti a TCE è spiegabile in rapporto al fatto che potenzialmente tutte le aree cerebrali possono essere danneggiate, in via transitoria o definitiva, dall'evento traumatico e da una serie di danni cerebrali “a cascata” che concorrono a determinare l'entità finale della compromissione cerebrale.

Ora rimando a trattati specialistici la descrizione approfondita dei diversi quadri neuropatologici del TCE, ricordando che le lesioni primitive possono essere distinte in “focali” (ematomi, contusioni, lacerazioni) e “diffuse” (Diffuse Atonal Injury, DAI)<sup>98</sup>.

A seguito di un evento traumatico, le arterie e le vene che scorrono sopra, sotto e attraverso le membrane meningeae possono essere stirate, distorte, forate o rotte. Ciò si traduce nella formazione di una o più raccolte ematiche, o ematomi cerebrali, che più che nella parte posteriore avvengono

---

96

Teasdale G., Jennet B. (1974), “Assesment of coma and impaired consciouness. A pratical scale”, *Lancet*, 2, 81-83.

97

Harding B, Risdon R. A., Krous H. F., “Shaken Baby Syndrome”, *British Medical Journal* 2004, 328, pp. 720-721.

98

Kochanek P.M., Clark R.S.B., Jenkins L.W., “TBI Pathobiology”, in Zasler N.D., Katz D.I., Zafonte R.D. (eds.), *Brain Injury Medicine*, Demos Medical Publishing, New York 2007.

nella parenchima cerebrale o fra questa e il foglio di rivestimento dell'encefalo. Le contusioni cerebrali consistono in piccole lesioni emorragiche che possono incrementare di dimensioni nelle prime ore dopo il trauma, coinvolgendo dapprima le regioni superficiali della corteccia cerebrale e, successivamente, la sostanza bianca sottostante alla pia madre e alla membrana aracnoide. Qualora anche queste ultime siano danneggiate, si parla di lacerazioni cerebrali. Sono spesso visibili in varie aree cerebrali e, soprattutto, nell'emisfero controlaterale alla sede d'impatto della forza meccanica.

Il Dai è caratterizzato da estese lesioni assonali sottocorticali che isolano virtualmente la corteccia cerebrale dalle altre parti dell'encefalo. Queste lesioni sono localizzate prevalentemente nella sezione parasagittale della sostanza bianca, nel corpo calloso, nei quadranti dorsolaterali del tronco e nei peduncoli cerebellari superiori<sup>99</sup>, risparmiando sostanzialmente la sostanza grigia corticale<sup>100</sup>.

All'aumentare dell'entità del trauma, vengono interessate dal danno assonale strutture più profonde e più mesiali. In genere, vengono riconosciuti tre livelli di gravità del DAI, documentato in fase acuta da studio con RMN, che risultano correlati con il rischio di perdita di coscienza nel trauma cranico-encefalico chiuso e con la prognosi di recupero<sup>101</sup>:

- Grado I alterazioni sparse della sostanza bianca;
- Grado II presenza di lesioni del corpo calloso;
- Grado III presenza di lesioni anche nei quadranti dorsolaterali del tronco.

La comparsa di lesioni focali e diffuse in seguito a TCE è in grado di attivare, a cascata, una serie di alterazioni fisiche e biochimiche che provocano ulteriore danno cerebrale secondario nei giorni che seguono il trauma. Le principali espressioni macroscopiche di danno cerebrale secondario, sono l'aumento eccessivo della pressione intracranica (PIC) a seguito di edema e rigonfiamento cerebrale (*swelling*) o raccolta ematica intracranica, con valori che risultano patologici se superano i 20 mm Hg e sono incompatibili con la sopravvivenza se superiori a 50 mm Hg. L'idrocefalo secondario è una complicanza più tardiva e consiste in un'alterazione della dinamica liquorale che si traduce nell'aumento patologico di una o più cavità ventricolari. Si tratta di una complicanza con bassa probabilità di insorgenza, intorno al 5% nei TCE, ma meritevole di

---

99

Meythaler J.M., Peduzzi J.D., Eleftheriou et al., "Current concepts: diffuse axonal injury-associated traumatic brain injury", *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2001, 82.

100

Graham D.I., Adams H., Gennarelli T.A., "Pathology of brain damage in head injury", in Cooper P.R. (a cura di), *Head Injury*, III ed., Williams & Wilkins, Baltimora, USA 1993.

101

Kampf A., Schmutzhard E., Franz G., "Prediction of recovery from post-traumatic vegetative state with cerebral magnetic resonance imaging", *Lancet* 1999, 351.

attenzione per la sua potenziale influenza negativa sui processi di recupero funzionale del paziente, tanto sul versante neuro-motorio quanto sul versante neuro-cognitivo<sup>102</sup>. Entrambe le complicanze appena descritte sono in grado di provocare compromissione della perfusione cerebrale con conseguente ischemia secondaria, preferenzialmente nelle zone di confine tra territori vascolari, l'ippocampo, i nuclei della base, e comporta di regola una diffusa perdita neuronale (neucrosi laminare), o di danno da compressione diretta del parenchima o dei vasi sanguigni per effetto di sindromi da erniazione cerebrale. Il danno cerebrale ipossico/anossico, la cui presenza si associa a prognosi severa sia “quoad vitam” che “quoad valetudinem” (*lat.* Per la vita e la salute), può essere anche secondario a cause extracraniche, poiché il TCE può spesso comportare danni associati multi-organo o la stessa dinamica del trauma e le difficoltà di pronto soccorso dell'infortunato possono compromettere la corretta ossigenazione del tessuto cerebrale nella delicata fase di assistenza pre-ospedaliera: si pensi, ad esempio, alla presenza di importanti perdite di massa ematica a seguito di emorragie diffuse, alla ostruzione delle prime vie aeree per la presenza di corpi estranei, a traumi toracici diretti che compromettono la funzionalità respiratoria.

La causa principale di grave danno cerebrale anossico resta però l'arresto cardiocircolatorio, di solito secondario ad esteso infarto miocardico e/o ad aritmia maligna, a cui consegue esteso danno cerebrale. Nell'anossia la distruzione neuronale è scarsamente compatibile con una potenziale rigenerazione ed è questa la causa dell'elevato rischio di irreversibilità dell'alterazione di coscienza secondaria a encefalopatia post-anossica. L'atrofia cerebrale, costituisce l'esito tardivo della perdita diffusa di tessuto cerebrale, a prescindere dalla causa che l'ha provocata.

### 7.1.2 Le lesioni extra-craniche

Nella maggior parte dei casi, il grave TCE si associa ad uno o più lesioni a livello di altri organi ed apparati, che potranno impattare negativamente sull'esito funzionale complessivo, nonché sulla durata e complessità degli interventi riabilitativi richiesti<sup>103</sup>. Le *fratture scheletriche* sono le più frequenti lesioni associate al grave traumatismo cranio-encefalico interessano prevalentemente le ossa lunghe e il bacino, con significative ricadute negative sul percorso riabilitativo. Incirca il 4% dei casi il trauma cranio-encefalico grave si associa ad una lesione *vertebro-midollare*. La frequenza

---

102

Lombardi F., De Tanti A., “Rehabilitation of the Comatose Patient”, in Selzer M.E., Cohen L., Gage F.H., Clarke S., Duncan P.W., (eds.), *Textbook of Neural Repair and Rehabilitation*, vol. II, New York, Cambridge University Press 2006.

103

P. Boldrini, “La riabilitazione del paziente con esiti di traumatismo cranio-encefalico e di altre cerebrolesioni acquisite”, in N. Basaglia (a cura di), *Medicina riabilitativa*, II ed., cap. 34, vol. III, Idelson-Gnocchi, Napoli.

delle *lesioni traumatiche del sistema nervoso periferico* È stata stimata attorno al 34% dei pazienti con trauma cranico; i distretti più frequentemente interessati sono il plesso brachiale, il nervo radiale ed ulnare, il plesso lombare, il nervo sciatico-popliteo esterno: si tratta di quadri lesionali che spesso passano inosservati in fase acuta, per poi riemergere all'attenzione del team riabilitativo in fase di bilancio funzionale ed impostazione del programma terapeutico. Particolare importanza riveste la ricerca della presenza di *danno dei canali sensoriali*, in particolare *vista e udito*, di non facile diagnosi in presenza di compromissione dello stato di coscienza: deve essere sospettata ed indagata in presenza di livelli differenti di responsività in funzione del canale differenziale utilizzato. In particolare riveste particolare importanza l'indagine di un possibile deficit visivo perché costituisce una delle principali cause di errore diagnostico (pazienti erroneamente classificati come in stato vegetativo)<sup>104</sup>.

## 7.2 Alterazione delle funzioni e delle attività: i quadri clinici

---

### 7.2.1 Alterazioni della coscienza

---

La pur temporanea alterazione dello stato di coscienza costituisce l'elemento caratterizzante della maggior parte dei traumi cranici e delle GCA: la sua gravità e persistenza rappresenta la principale variabile in grado di determinare il grado di disabilità residua, in particolare per quanto riguarda le menomazioni cognitive e comportamentali che, a loro volta, sono le maggiori determinanti della perdita di capacità di partecipazione sociale dei nostri pazienti. A parte queste considerazioni molto concrete occorre ricordare che il tema della coscienza e della sua compromissione è strettamente attinente al vasto dibattito culturale sul rapporto tra mente e cervello, che a forti implicazioni non solo in ambito medico-scientifico<sup>105</sup>, ma anche di carattere filosofico ed etico<sup>106</sup>.

In ambito medico è stato raggiunto negli ultimi anni ampio consenso sulla tassonomia delle condizioni di alterazione della coscienza dopo TCE:

---

104

K. Andrews, L. Murphy, R. Munday et al., "Misdiagnostic of the vegetative state: retrospective study in a rehabilitation unit", *British Medical Journal* 1996, 6, pp. 313-316.

105

A. Damasio, K. Mayer, "Consciousness: An Overview of the Phenomenon and of its Possible Neural Basis", in S. Laureys, G. Tononi (eds.), *The Neurology of Consciousness*, Academic Press Elsevier, London 2009, pp. 3-14.

106

C.A. Defanti, "Lo stato vegetativo persistente: un appello alla nostra responsabilità," *Bioetica*, 1, pp. 50-59.



- *Coma*<sup>107</sup> è la condizione clinica caratterizzata da assenza di apertura degli occhi, mancanza di contenuti dimostrabili di coscienza e di produzione verbale comprensibile (GCS<8). La sopravvivenza per periodi superiori ad un mese è eccezionale, in particolare nel comma non traumatico<sup>108</sup>;
- *Stato vegetativo (SV)* è la condizione caratterizzata dall'assenza di contenuti dimostrabili di coscienza di sé e dell'ambiente circostante, con conservazione delle funzioni autonome, con apertura degli occhi è presenza di ritmo sonno-veglia<sup>109</sup>. Al contrario della precedente questa condizione è compatibile con protratta sopravvivenza negli anni, in presenza di importante e continuativo supporto assistenziale;
- *Stato di minima coscienza (SMC)* È una severa alterazione della coscienza in cui siano evidenziabili minimi ma definiti comportamenti che dimostrino coscienza di sé e dell'ambiente circostante<sup>110</sup>.

In accordo con le raccomandazioni dell'American Congress of Rehabilitation Medicine<sup>111</sup>, occorre porre sempre con attenta diagnosi differenziale tra queste forme e i quadri patologici in cui la gravità del deficit di attività motoria rende difficile l'esplorazione dello stato di coscienza (*Mutismo Acinetico*), condizione legata lesioni prevalentemente anteriore dell'encefalo che comporta una gravissima perdita di iniziativa psico-motoria e *Locked-in Syndrome*, condizione in cui, a seguito di lesione tronco-encefalica, il paziente presenta una sostanziale conservazione delle competenze cognitive in assenza di possibilità di produzione verbale e di movimenti attivi, se non ammiccamento palpebrale e movimenti di verticalità degli occhi.

## 7.2.2 Perdita di autonomia nelle funzioni vitali di base

Nei traumi più severi l'alterazione dello stato di coscienza, sia essa primitiva o indotta farmacologicamente per sedare il paziente e si associa frequentemente a necessità di supporto alle funzioni vitali di base per periodi anche protratti, sia nelle prime fasi di ricovero in reparti di terapia

---

107

B. Jannet, "The vegetative State", *Medical facts, ethical and legal dilemmas*, Cambridge University Press, Cambridge 2002.

108

D.E. Levy, D. Bates, J.J. Caronna *et al.*, "Prognosis in nontraumatic coma", *Ann Intern Med*, 94, pp. 239-301.

109

B. Jennet, "Consensus statement on criteria for the persistent vegetative state is being developed", *BMJ* 1997, 31, 314 (7094), pp. 1621-2.

110

J.Y. Giacino *et al.*, "The minimally conscious state. Definition and diagnostic Criteria", *Neurology* 2002, 58, pp. 349-353.

111

ACRM- American Congress of Rehabilitation Medicine, "Recommendations for Use of Uniform Nomenclature Pertinent to Patients with Severe Alterations in Consciousness", *Arch Phys Med Rehabil* 1995, 76, pp. 205-9.

intensiva e neurochirurgica, sia nei reparti di riabilitazione intensiva. Il paziente viene cos  sottoposto a procedure che consentono la sua corretta assistenza e ne migliorano le possibilit  di evoluzione favorevole, ma che sono vissute spesso dai familiari come particolarmente aggressive ed intrusive, aumentandone lo stato di angoscia, depressione per quanto accaduto, spesso accompagnate da un senso di timore/estraneit  verso il corpo/persona del loro caro, ora cos  diverso a come conosciuto fino ad oggi. Si pensi alla cannula tracheale, necessaria alternativa alle respiro per via naturale, al sondino naso gastrico o al tubo gastrico (PEG), per aggirare il problema della disfagia e garantire il corretto apporto della nutrizione, al catetere venoso centrale, al catetere vescicale. Nello stesso periodo alla persona con TCE pu  necessitare di plurimi interventi chirurgici, in rapporto a gravit  ed estensione dei danni subiti e presenta frequentemente una condizione di immunodeficienza acquisita (legata probabilmente sia al danno cerebrale che allo stress psicofisico globale a cui   sottoposta) con il risultato di essere affetta da frequenti stati infettivi, che possono compromettere ulteriormente le capacit  di risposta globale al trauma e sicuramente vanno ad allungare il percorso di cura.

### 7.2.3 La menomazione motoria sensoriale

Solo dopo una relativa stabilizzazione del quadro lesionale cerebrale   possibile fare un bilancio preciso delle menomazioni in questo ambito, sapendo che la variabilit  del danno cerebrale traumatico pu  dar luogo a quadri clinici molto diversi tra di loro e spesso non confrontabili con apparentemente analoghe sindromi secondarie a lesioni focali. La stessa valutazione   poi frequentemente complicata dalla coesistenza alterazione della coscienza e/o del persistere di gravi turbe comportamentali, che rendono il paziente non in grado di collaborare. I quadri clinici pi  ricorrenti sono stati descritti da Griffith e Meyer<sup>112</sup>, che parla di emiparesi, emiparesi bilaterale con spasticit , pattern tronco-encefalico cortico-spinale e cerebellare, sindrome atassica, sindrome dei gangli della base, sindrome atetoide/pseudo bulbare. Come lo stesso autore ricorda esistono casi di TCE anche gravi a cui non si associano menomazioni motorie significative, quanto piuttosto turbe della sfera cognitiva e comportamentale. L'estrema variabilit , in termini di gravit  e di topografia della menomazione motoria, obbliga comunque a fornire sempre una dettagliata descrizione clinica del singolo paziente, nella precisa fase evolutiva a cui si fa riferimento, ponendo anche attenzione alla possibilit  che vi siano danni associati a carico dell'apparato muscolo-scheletrico (fratture ad

---

112

E.R. Griffith, N.H. Meyer, "Hypertonicity and Movement disorders", in M. Rosenthal et al. (eds.), *Rehabilitation of the adult and child with traumatic brain injury*, II ed., FA Davis, Philadelphia 1990.

esempio), a cui possono sommarsi ulteriori menomazioni legate la comparsa di danno secondario. Infatti il lungo protrarsi di immobilità a letto, o la presenza di elementi patologici specifici, quali la spasticità, la ridotta collaborazione al trattamento e la tendenza a mantenere posture patologiche anche in rapporto a turbe del comportamento (ad esempio posizione fetale nel letto) favoriscono la comparsa di retrazioni capsulo-articolari e muscolo-tendine, che possono divenire irreversibili, se non ricorrendo a chirurgia funzionale correttiva.. Ulteriore causa di danno secondario possono essere le parao-steostrotropie (POA), calcificazioni che si formano nelle aree periarticolari delle maggiori articolazioni portando a blocchi articolari completi<sup>113</sup>, e le neuropatie e miopatie periferiche usualmente secondarie a “*Critical Illness Polyneuropathy*”.

Anche la menomazione sensoriale viene spesso definita con chiarezza solo se e quando il paziente recupera un livello di coscienza, consapevolezza di malattia e collaborazione, tale da consentire un esame clinico e strumentale approfondito. Come già ricordato in precedenza, anche questa riflessione porta ad una situazione di tipo circolare: la compromissione di coscienza rende più difficile l'obiettivo azione dei danni, ma anche un grave deficit sensoriale, in particolare la cecità, rende molto difficoltosa la ripresa di contatto e di rapporto intenzionale con il mondo esterno, soprattutto se non viene precocemente diagnosticata, consentendo di introdurre specifici adattamenti nel setting riabilitativo. Sempre rispetto all'area della divisione sono spesso frequenti difetti della motricità oculare estrinseca, che possono comportare diplopia, ovvero visione “sdoppiata delle immagini”. Oltre al canale visivo, anche quello uditivo può subire danni, anche se prevalentemente monolaterali, così come ci può essere anosmia in seguito a traumi del massiccio facciale il difetto della sensibilità somatica tattile e cinestesica all'emisoma paretico.

#### 7.2.4 Menomazione cognitiva e comportamentale

L'area dei disturbi cognitivi e comportamentali e quella più strettamente correlata con l'intima struttura della personalità di un individuo e quindi con il suo modo di essere e di relazionarsi sia nella sfera delle relazioni private che nei rapporti sociali più allargati. Risulta quindi intuitivo che un'alterazione, usualmente peggiorativa, delle sue competenze in questo ambito si traduca inevitabilmente in un deterioramento della capacità di partecipazione e reintegrazione nelle abitudini di vita della condizione pre-traumatica, con grave perdita esistenziale per chi ha subito il

---

113

C. Flinn, H. Caralucci, A. Duvocelle, J.M. Viton, “Heretopic ossification and brain injury”, *Ann Readapt Med Phys*, Nov 2002, 45 (9), pp. 517-20. 2002

trauma e, secondariamente per le persone significative del suo nucleo familiare. Questo argomento sarà approfondito nella prima parte del prossimo capitolo.

Nella storia naturale di un TCE si possono schematicamente distinguere alcune fasi. Nella prima fase prevale il disturbo di coscienza in cui la capacità del paziente di relazionarsi intenzionalmente con il mondo esterno è nulla o gravemente distorta per l'emergere di comportamenti gravemente patologici in difetto (gravissima inerzia, apatia, rapida esauribilità attentiva) o in eccesso (grave agitazione psicomotoria, aggressività). Questa condizione estrema può lentamente regredire per lasciare il posto ad uno stato di confusione/disorientamento che può accompagnarsi a una franca confabulazione: è la fase dell' *amnesia post-traumatica (PTA)*, la cui durata costituisce un indice prognostico importante, soprattutto per le aspettative di recupero cognitivo e che può essere misurata con scale strutturate come la *Galveston Orientation and Amnesia Test (GOAT)*<sup>114</sup>. Solo al superamento della PTA è possibile fare un bilancio più stabile dei danni di natura neuropsicologica e psicologica. Rimandando a manuali di approfondimento circa l'analisi della menomazione cognitiva<sup>115</sup> e l'assessment neuropsicologico<sup>116</sup> ci limiteremo in questa sede ad alcune considerazioni generali:

- a) La distinzione tra disturbi propriamente cognitivi e quelle comportamentali è una semplificazione didattica, ma in realtà esiste una stretta interdipendenza tra i due aspetti;
- b) Non è possibile ridurre l'analisi delle menomazioni in quest'area alla somma dei singoli deficit strumentali; a quadri lesionali complessi corrispondono quadri sindromici in cui la ridotta efficienza di più funzioni strumentali concorre a determinare una globale perdita di efficienza della persona nel suo funzionamento quotidiano, con ricadute negative sulla consapevolezza e accettazione di malattia, sulla capacità di partecipazione attiva ai programmi riabilitativi, sul livello di equilibrio emotivo, sulla capacità di elaborazione delle informazioni di pianificazione di comportamenti volti alla risoluzione di problemi della vita quotidiana, sulla volontà e capacità di partecipazione sociale.

Entriamo ora nel merito dei principali danni cognitivi in corso di GCA:

---

114

H.S. Levin, V.M. O'Donnell, R. Grossmann, "The Galveston Orientation and Amnesia Test: a practical scale to assess cognition after head injury", *The Journal of Nervous and Mental Diseases* 1979, 167, pp. 675-684.

115

P.J. Eslinger, G. Zappalà, F. Chakara, A.M. Barrety, "Cognitive impairment after TBI", in N.D. Zasler, D.I. Katz, R.D. Zafonte (eds.), *Brain Injury Medicine*, Demos Medical Publishing, New York 2007, pp. 779-790.

116

R. Catellani, *Neuropsicologia delle sindromi post-traumatiche*, cap. 4-5, Raffaello Cortina, Milano 2006, pp. 93-158; L.A. Taylor, L.A. Livingston, J.S. Kreutzer, "Neuropsychological Assessment and treatment of TBI", in N.D. Zasler, D.I. Katz, R.D. Zafonte (eds.), *Brain Injury Medicine*, Demos Medical Publishing, New York 2007, pp. 791-813.

- *I processi attentivi*, chi sono sostenuti da una diffusa rete neuronale cortico-sottocorticale, condizionano pesantemente il grado di efficienza globale dell'individuo, consentendo di focalizzare le risorse di elaborazione cognitiva intenzionale verso di elementi utili per risolvere problemi di volta in volta ritenuti significativi dall'individuo stesso. La metafora più ricorrente per descrivere l'attenzione è quella delle riflettore, che può essere orientato verso un oggetto, e regolato in intensità<sup>117</sup>: la ridotta capacità di orientamento del riflettore (focalizzazione) come la ridotta intensità e facile esauribilità della sua lampada porteranno a una perdita di efficienza; ma anche l'erronea scelta dell'oggetto da “illuminare” (difetto di pianificazione e di funzione esecutiva) si tradurrà in fallimento funzionale. Ne consegue che un buon livello di efficienza detentiva è condizione necessaria per lo svolgimento delle altre attività strumentali.
- *I disturbi della memoria* sono tra i più ricorrenti dopo il GCA e tra quelli che maggiormente condizionano il ritorno a vita indipendente e produttiva<sup>118</sup>. Superata la frequente fase dell'amnesia post-traumatica, di cui abbiamo già fatto menzione, la sindrome domestica classica si manifesta prevalentemente in seguito a danno bilaterale delle strutture temporali e compromettere in modo selettivo la memoria episodica prospettica, mentre restano usualmente conservate nella memoria a lungo termine semantica (raccolta delle conoscenze enciclopediche del mondo) e quella procedurale (capacità di apprendimento di nuove abilità motorie e strumentali), così come la memoria di lavoro. Ne risultano condizioni di marcata dipendenza, di severo disagio psicologico con possibili risvolti comportamentali per il paziente, che possiamo ben spiegare ricorrendo alla descrizione di “memoria” proposta da Marianne Leuzinger-Bohleber:

*“memoria è un costrutto teorico che spiega il comportamento attuale con riferimento ad eventi del passato (...) la memoria non va immaginata come un archivio, ma come una funzione dell'intero organismo, un processo complesso e dinamico deve categorizzare e di interazione che sempre incorporato, cioè è basato su esperienze sensomotorie reali, e che si manifesta nel comportamento dell'organismo”<sup>119</sup>.*

---

117

A.H. van Zomeren, H.B. Brouwer, *Clinical Neuropsychology of Attention*, Oxford University Press, New York 1994.

118

A.I. Drake, N. Gray, S. Yoder, M. Pramuke, m. Llewellyn, “Factors Predicting return to work followin mild TBI: a discriminant analysis”, *J. Head Trauma Rehabil* 2002, 15, pp. 1103-12.

119

M. Leuzinger-Bohleber, R. Pfeifer, “Ricordare il passato nel presente: la memoria nel dialogo tra psicoanalisi e scienza cognitiva”, in M. Mancia (a cura di), *Psicanalisi e Neuroscienze*, cap.2, Springer- Verlag Italia, Milano 2006, pp. 65-98.

Un paziente costretto a vivere in queste condizioni vive in un continuo presente, con grosse difficoltà ad integrare quanto gli accade con la propria storia personale e impossibilitato a progettare un futuro.

- *I disturbi del linguaggio*, intesi come sindromi afasiche classiche, sono relativamente poco frequenti dopo il TCE, di solito in concomitanza con lesioni focali intraparenchimali nelle aree cerebrali del linguaggio e hanno evoluzione spesso più favorevole rispetto ad analoghi disturbi dopo stroke; il deficit qualitativo più frequente è nell'area semantica, con presenza di anomie. Sono al contrario descritti frequenti disturbi dell'eloquio legati a deficit dei nervi cranici piuttosto che a ridotta coordinazione pneumo-fono-articolatoria o a danno cerebellare: disartria, disfonia, rinolalia, disprosodia. In rapporto ad alterazione della capacità di pensiero astratto unitamente a perdita di competenza nei rapporti sociali è stato infine descritto il difetto della comprensione e uso degli aspetti pragmatici del linguaggio<sup>120</sup>.
- *I disturbi della cognizione spaziale e (in minor misura) delle prassie*, compromettono un elevato numero di comportamenti adattivi funzionali e sono in parte interdipendenti con processi che coinvolgono altre competenze (attenzione, memoria, funzioni esecutive). I disturbi più ricorrenti nell'ambito della cognizione spaziale sono di solito legati a lesioni emisferiche dx e comportano la presenza di negligenza spaziale unilaterale, ridotta consapevolezza dell'emisoma sinistro (emisomatoagnosia), ridotto riconoscimento di volti noti (prosopoagnosia), ridotta capacità di riconoscere e ricordare luoghi percorsi<sup>121</sup>. Il disturbo aprassico consiste nell'incapacità del paziente di eseguire un gesto richiestogli dall'esaminatore, pur in assenza di deficit di moto e di sensibilità<sup>122</sup>. Il gesto può essere simbolico, privo di significato o finalizzato all'uso di un oggetto ed esistono forme dissociate di aprassia che interessano una sola di queste categorie. L'elemento clinico di maggior interesse consiste però nel fatto che nella maggioranza dei casi esiste una netta dissociazione automatico/volontaria: lo stesso gesto che viene correttamente eseguito in un contesto di uso reale, su sollecitazioni contestuali o per esigenza interiore, fallisce quando ne viene richiesta l'esecuzione in situazione artificiale, decontestualizzata. Per quanto appena accennato il disturbo classico non costituisce elemento di grave danno funzionale nei pazienti

---

120

S. McDonald, S. Flanagan, "Social Perception deficits after TBI: Interaction between recognition, mentalizing ability and social communication", *Neuropsychology* 2004, 18, pp. 572-9.

121

R.W. Skelton, C.M. Bukach, H.E. Laurance *et al.*, "Humans with TBI show place-learning deficits in computer-generated space", *J. Clin Exp Neuropsychol* 2000, 22, pp. 157-75.

122

E. De Renzi, P. Faglioni, "Aprassia", in G. Denes, L. Pizzamiglio (a cura di), *Manuale di Neuropsicologia*, Zanichelli, Milano 1990.

cerebrolesi, anche se obbliga a selezionare esercizi terapeutici molto ecologicamente contestualizzati per evitare il rischio che la stessa natura degli esercizi incida negativamente sulla performance del paziente. Nella storia naturale del TCE, questo ordine di danni cognitivi raramente costituisce, di per s , motivo di grave disabilit , ma in associazione con il disordine delle altre competenze strumentali concorrere nel determinare quadri complessi di “mal funzionamento” e disagio delle persone che hanno subito grave TCE.

### 7.3 Il trauma cranico lieve

---

Il TCE “lieve” richiede una trattazione separata, per le peculiarit  che lo contraddistinguono rispetto ai traumi pi  gravi. Non esiste consenso univoco su quali siano i criteri della sua esatta definizione. Tra le pi  recenti ed accreditate c'  la definizione proposta dal National Center for Injury Prevention and Control degli Usa<sup>123</sup> secondo cui si tratta di trauma al capo provocato da un corpo contundente o da una forza di accelerazione e decelerazione, che porta uno o pi  dei seguenti segni:

- a) Transitoria confusione, disorientamento o ridotta coscienza;
- b) Disturbo di memoria anterograda/ retrograda in occasione del trauma, di durata non superiore alle 24 ore;
- c) Perdita di coscienza non superiore ai 30 minuti;
- d) Segni neurologici o neuropsicologici, quali crisi epilettiche in acuto, cefalea, acufeni, irritabilit , deficit attentivo e fatica (purch  preceduti da perdita di coscienza).

Sottolineiamo questa particolare categoria di persone perch  i traumi lievi hanno una frequenza elevata e maggiore rispetto ai pi  gravi, stimata di almeno 56 casi su 100.000 abitanti l'anno in USA<sup>124</sup>.   inoltre importante ricordare che malgrado la prognosi di recupero sia generalmente positiva a 3 mesi-1 anno<sup>125</sup>, questi soggetti possono presentare proprio in virt  del buon recupero cognitivo, sindrome depressiva, segni persistenti di sindrome post-traumatica da stress<sup>126</sup>, a cui si

---

123

National Center for Injury Prevention and Control, *Report to Congress on Mild TBI in the United States: Steps to Prevent a Serious Public Health Problem*, Atlanta, GA: Centers for disease Control and Prevention 2003.

124

J.J. Bazarian, J. McClung, Y.T. Cheng et al., “Emergency Department management of mild and moderate brain injury in the USA”, *Emerg Med J.* 2005, 22, pp. 473-477.

125

L.J. Carrol, J.D. Cassidy, L. Holm et al., “Methodological issues and research recommendations for Mild TBI: the WHO Collaborating Centre Task Force on mild TBI”, *J. Rehabil Med* 2004, pp. 113-125.

126

possono associare comportamenti devianti, quali abuso di alcol e sostanze, nonché difficoltà di reinserimento lavorativo e socio familiare. Alla luce di tali considerazioni questi pazienti risultano candidati elettivi per forme di sostegno psicologico e alternative quali anche l'arteterapia.

## 7.4 Il percorso riabilitativo

---

Ogni soggetto portatore di GCA dovrebbe poter beneficiare di un progetto riabilitativo individualizzato, costantemente adattato alla fase produttiva nel contesto di cura in cui si trova, realisticamente costruito in rapporto agli obiettivi perseguibili e che tenga conto anche del futuro contesto socio-familiare a cui l'individuo sarà restituito. Il paziente deve poter essere preso in carico da un team multiprofessionale, la cui composizione e organizzazione saranno anche se è soggetta possibili variazioni nel corso del tempo, per cui per esempio il team leader nella fase acuta potrà essere il medico intensivista (rianimatore, neurochirurgo), nella fase della riabilitazione intensiva il fisiatra, nella fase tardiva, territoriale e della reintegrazione socio-lavorativa l'operatore psicosociale<sup>127</sup>. In Italia i percorsi di cura dedicati a persone con GCA sono stati oggetto di lunga discussione tra le parti sociali implicate, nel corso di due Conferenze Consenso Nazionali (CC), al termine delle quali le rispettive giurie hanno prodotto un documento finale di indirizzo e raccomandazioni<sup>128</sup>. Tra i principi fondamentali che hanno guidato il lavoro delle persone coinvolte nelle due CC c'è quello che la disabilità può costruire un ostacolo al pieno godimento dei diritti umani fondamentali, tra i quali citiamo il diritto al maggior benessere psicofisico possibile e all'autonomia della persona, intesa non solo come libertà di movimento e di azione, ma anche come possibilità di esercizio della massima autodeterminazione possibile: è il concetto dell'*empowerment* che ancora stenta a trovare pieno diritto di esercizio nel nostro paese e che prevede che ogni persona, compatibilmente con il proprio livello di compromissione, possa essere arbitro nel definire gli obiettivi delle modalità di realizzazione del proprio percorso di cura<sup>129</sup>.

---

R.D. Vanderploeg, H.G. Belanger, G. Curtiss, "Mild TBI and Posttraumatic stress disorder and their associations with health Symptoms", *Arch Phys Med Rehabil* 2009, 90, July, pp. 1084-93.

127

A. De Tanti, D. Saviola, "Riabilitazione della persona con esiti di trauma cranico-encefalico (TCE) e di grave lesione Acquisita (GCA)", EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Medicina Riabilitativa* 2008, 26-455-D- 15.

128

Giuria della Consensus Conference, Modalità di trattamento riabilitativo del traumatizzato cranioencefalico in fase acuta, criteri di trasferibilità in strutture riabilitative e indicazioni a percorsi appropriati-Documento conclusivo della Giuria e Raccomandazioni- *Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa* 2001, 15 (1), pp. 29-42.

129



Purtroppo per , per quanto abbiamo descritto nelle pagine precedenti, il paziente pu  lungo trovarsi in condizione di ridotta o assente capacit  di esercitare il proprio diritto di autodeterminazione, per compromissione della coscienza e per danno cognitivo. In questo contesto risulta ancora fondamentale il ruolo della famiglia nel divenire testimone della storia personale, dello stile e della filosofia di vita del paziente, tutti elementi importanti per operare scelte sul percorso di cura che risultino pi  coerenti possibile con quanto il paziente stesso sceglierebbe per s , potendolo fare.

Anche per questo motivo   ormai ampiamente condiviso in ambiente riabilitativo e il concetto che il familiare/care-giver debba essere pienamente considerato come membro attivo del team riabilitativo<sup>130</sup>, un membro per  “speciale” perch  se da un lato svolge un ruolo fondamentale nell’essere “memoria” del paziente, nella riconoscere i suoi primi segni di contatto con l’ambiente circostante, nel garantire e favorire il suo ritorno alla vita precedente al trauma, dall’altro lato   esso stesso vittima devastata di quanto accaduto al proprio congiunto. Per tali considerazioni il team riabilitativo multidisciplinare e interprofessionale deve predisporre, il pi  presto possibile, interventi informativi, educativi, formativi diretti alla famiglia per aiutarla a meglio affrontare la nuova realt  che si   andata delineando, anche garantendole un supporto psicologico individuale e di gruppo.

Rimandando a trattati di specialisti per l’approfondimento delle vaste tematiche circa le aree di intervento riabilitativo nelle GCA<sup>131</sup>, ritengo utile fare un breve cenno alla terapia farmacologica dei disturbi psico-comportamentali delle persone portatrici di GCA, partendo dalla considerazione che la complessit  delle problematiche riabilitative di questi pazienti   tale da obbligare ad avvalersi di qualunque risorsa terapeutica disponibile perch  si sono ormai ridotte le storiche barriere che una volta rendevano scarsamente integrabili percorsi di cura basati su psicofarmaci con quelli basati su tecniche terapeutiche alternative<sup>132</sup>. In una logica “olistica” che presuppone l’unitariet  bio-psico-sociale dell’individuo risulta condivisibile il concetto che in ambito psicopatologico cause ed effetti interagiscono strettamente tra loro nel creare mantenere nel tempo circoli viziosi negativi. Ecco

---

A. De Tanti, “Analisi dei profili di bisogno sociale e sanitario delle persone con GCA e delle loro famiglie”, in *La grave cerebrolesione acquisita. Costruire la qualit  della vita tra sociale e sanitario*, Provincia di Bergamo, settore Politiche Sociali. Ed. Maggio, Bergamo 2009, pp. 35-45.

130

N. Basaglia (a cura di), “Progettare la riabilitazione: la famiglia come risorsa del processo riabilitativo”, Ediermes, Milano 2002, pp. 103-125.

131

N.D. Zasler *et al.* *Op. cit.* 2007; A. De Tanti, D. Saviola, *Op. cit.* 2008; P. Boldrini, *Op. cit.* 2009.

132

F. Rovetto, *Non solo pillole*, McGraw-Hill, Milano 1996.

dunque che un intervento farmacologico mirato, possibilmente temporaneo, può ridurre il disagio del paziente dei suoi familiari, migliorandone la capacità di partecipazione e redazione più evoluta.

I sintomi clinici la cui presenza con indicazione all'uso di psicofarmaci possono essere classificati in due categorie: primari e secondari<sup>133</sup>. I primari sono quelli direttamente conseguenti a disfunzione delle aree cerebrali anteriori, che presiedono al controllo del comportamento (aree fronto-basali e temporo-limbiche). I sintomi comportamentali secondari sono quelli che vengono mediati da problematiche, comunque in relazione all'evento cerebro lesivo, quali la presenza di deterioramento cognitivo, quelli conseguenti alla presenza di una grave amnesia, quelli conseguenti alla presenza di disturbi del ritmo sonno-veglia, quelli conseguenti alla raggiunta consapevolezza, più o meno completa, delle conseguenze subite a causa della lesione cerebrale. I disturbi comportamentali secondari dovranno essere affrontate nel contesto della causa che li ha provocati, con provvedimenti solo sintomatici in caso di prognosi di recupero negativa (ad esempio, per deterioramento cognitivo con sindrome psico-organica o con terapia psicologica di supporto in caso di prognosi più favorevole come nei casi di sindrome depressiva da lutto per la recuperata consapevolezza di malattia).

Tre disturbi comportamentali di tipo primario possiamo poi considerare tre sottogruppi:

- 1) Un primo sottogruppo è rappresentato da disturbo comportamentale in difetto: la ridotta vigilanza, il mutismo acinetico, la scarsa attenzione, l'inerzia, l'apatia, l'adina mia, l'anoressia, l'ipersonnia, ecc. Per il trattamento di questi disturbi possono essere indicati farmaci cosiddetti "attivatori" talvolta associati ad antidepressivi serotoninergici, specie quelli che agiscono anche sul sistema noradrenergico;
- 2) Un secondo sottogruppo di disturbi è rappresentato da sintomi patologici per attività in eccesso: l'agitazione, l'irrequietezza, l'irritabilità, l'impulsività, l'aggressività, la confabulazione, la bulimia, la disinibizione, l'insonnia ecc. Per questi disturbi possono essere indicati farmaci che "inibiscono" gli eccessi di attività<sup>134</sup>. L'uso delle benzodiazepine, dei neurolettici tipici e dei farmaci anti-istaminici deve essere riservato ai casi di mercato aggressività auto ed eterodiretta, in cui è richiesta un'azione sedativa importante e rapida, finalizzata ad esempio al contenimento del paziente, nella speranza di poter evitare di ricorrere a Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) in ambiente psichiatrico. L'uso di tali farmaci è invece controindicato qualora si ritenga

---

133

A. Mazzucchi, "Uso dei farmaci e disturbi comportamentali dopo trauma cranico", *MR Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa* 2003, 17, 4, dicembre, pp. 61-78.

134

S. Fleminger, R.J. Greenwood, D.L. Oliver, "Pharmacological management for agitation and aggression in people with acquired brain injury Cochrane Review", in *Cochrane Library*, Issue 3 Oxford, Update software 2003.

vi siano margini per intraprendere programmi di riabilitazione cognitiva, motoria e funzionale fondata su attiva partecipazione collaborazione del trattamento.;

- 3) Un terzo gruppo di disturbi, che possiamo considerare intermedio tra i due,   rappresentato da sintomi che esprimono una “disregolazione” tra i sistemi neurotrasmettitoriali quali, soprattutto, i disturbi dell'affettivit  e del tono dell'umore (depressione, ansia, mania), l'incontinenza emotiva (riso e pianto incontrollati), i disturbi ossessivo-compulsivi. Per questi disturbi sono indicati gli antidepressivi serotoninergici chiami un profilo farmacologico simile a quello degli antidepressivi triciclici, ma con minori effetti collaterali anticolinergici e antistaminergici. Per depressioni maggiori e resistenti pu  comunque rendersi necessario il ricorso ai triciclici. Per i segni maniacali pu  essere utile ricorso al litio (farmaco efficace ma meno maneggevole), come pure i neurolettici, antipsicotici atipici e alcuni antiepilettici.

Frequenti tra i disturbi del comportamento dopo TCE, sono quelli del comportamento alimentare e i disturbi sessuali. Nei casi di anoressia E bulimia si   dimostrato efficace il trattamento con antidepressivi, con supporto psicologico e terapia comportamentale. Per quanto riguarda la sfera sessuale   ormai noto che dopo il TCE si hanno modificazioni della sessualit  spesso non sufficientemente considerate dai riabilitatori<sup>135</sup>. Una Buona percentuale di pazienti, in assenza di gravi menomazioni cognitive e motorie, riferisce di non provare pi  interesse per il partner, per l'atto sessuale, di non provare pi  desiderio n  piacere. Di fronte ad una sintomatologia di questo tipo occorre in primis verificare la possibile eziologia organica del disturbo, con indagine in ambito endocrinologico e funzionale. Solo dopo l'esclusione di genesi organica diviene utile stabilire se tali sintomi sono su base depressiva e/o ansiosa, piuttosto che legati all'ansia da prestazione, al fine di proporre un corretto approccio farmacologico o psicoterapico.

### *I contenuti del capitolo*

Questo capitolo introduttivo aveva l'obiettivo di descrivere quale possa essere la complessit  dei quadri clinici presentati da persone con GCA, quanto lungo possa essere il loro percorso di cura, partendo dal luogo del primo soccorso, passando poi per il reparti di terapia intensiva, dove si gioca, per giorni settimane, la scommessa tra la vita della morte, arrivando quindi nei reparti di riabilitazione intensiva, spesso per molti mesi, con il fine di recuperare la stabilizzazione delle condizioni generali e di raggiungere un livello di autonomia, almeno nelle attivit  di base della vita

---

135

J. Ponsford, “Sexual changes associated with traumatic brain injury”, *Neuropsychol Rehabil* 2003, 13, pp. 275-89.

quotidiana. A questo punto, se il processo di recupero lo consente, inizia per molte persone una fase ancora pi  lunga e complicata, dedicata a recupero delle competenze pi  complesse, quelle che consentono al pieno recupero dell'individuo e del suo reinserimento nel contesto di vita familiare, lavorativo e sociale.   questa una fase in questa sarebbe necessaria una forte integrazione tra la riabilitazione medica e quella sociale, Ma purtroppo dall'analisi della realt  italiana risulta che il paziente e il suo nucleo familiare sono spesso lasciati da soli a reggere il carico psicologico, organizzativo ed economico di questo processo di cura.

Tutta la storia clinica di questi pazienti   costellata da esperienze di dolore, di accettazione passiva di interventi terapeutici tanto necessari quanto aggressivi nella sfera della propria identit  psicofisica (si ricordino i vari presidi salvavita, come la cannula tracheale e le diverse sonde, ma anche gli interventi neurochirurgici e in ambito ortopedico), di perdita del controllo sui propri organi di senso   libert  di movimento, in seguito a paresi e a danni secondari.

In molti casi di danno cerebrale severo si rende necessario un lungo periodo iniziale di sospensione del diritto fondamentale di ogni individuo all'autodeterminazione, che si traduce sul piano formale e medico-legale, nella nomina di un "Amministratore di Sostegno" da parte di un Giudice Tutelare, con il compito di supplire all'incapacit  della persona di decidere consapevolmente circa le proprie scelte di vita.

La compromissione iniziale di coscienza, nonch  le turbe cognitive, emotive, comportamentali e il grave disturbo di memoria che spesso fanno seguito il periodo di coma   stato vegetativo potrebbero forse annullare, nei casi pi  gravi, o comunque attutire il senso di perdita e di lutto. In un gran numero di pazienti si sviluppa per  nel tempo un senso di parziale consapevolezza dei danni subiti nel corpo e nella mente, accompagnato da grave sofferenza di chi non riesce a darsi prima spiegazione accettazione di quanto accaduto, sia sul piano emozionale che su quello razionale. Ne consegue uno stato di depressione che si associa ad un senso d'impotenza appresa: la discontinuit  di un individuo con il proprio essere e con la storia precedente e cos  grave, da sembrare incolmabile, portando a rinuncia e ritiro sociale.

  questo il contesto in quei si inserisce la possibilit  di arricchire l'iter riabilitativo con strumenti alternativi. Questa operazione   sempre pi  possibile grazie al lungo cammino di avvicinamento che si sta facendo tra neuroscienze e psicoanalisi, alla ricerca di condivisione nella spiegazione comprensione dei meccanismi che direttamente sottendono, tra l'altro, i processi emotivi, i diversi sistemi di memoria e il loro rapporto con le prime esperienze infantili e con

l'inconscio, lo studio dell'empatia e della condivisione dei vari stati emotivi in rapporto alle esperienze di dolore fisico<sup>136</sup>.

Sono tutti questi argomenti che interessano da vicino i clinici che si dedicano alla riabilitazione dei pazienti con esiti di GCA e alla presa in carico dei loro familiari. Percorsi alternativi come l'arteterapia può costruire un'importante occasione, da un lato per offrire una nuova opportunità terapeutica a persone che stanno vivendo momenti di particolare fragilità, dall'altro per offrire dati di evidenza scientifica circa l'utilità di queste terapie alternative, arrivando a meglio definire i criteri di inclusione, gli obiettivi raggiungibili, ai tempi di trattamento, i limiti e le possibili controindicazioni.

---

136

M. Mancia (a cura di), *Psicanalisi e Neuroscienze*, Springer-Verlag, Milano 2007.

## 8 Integrazione tra danno neurologico e ferita narcisistica

---

<sup>137</sup>In termini generali, è possibile delineare un comune denominatore degli esiti post-traumatici: Indipendentemente dalla compresenza di possibili disabilità sensitivo-motorie, il soggetto traumatizzato cranico deve confrontarsi con una serie di tematiche esistenziali che sorgono complesse e delicate questioni circa la qualità, il significato, lo scopo, la possibilità di gestione e controllo della propria vita<sup>138</sup>. tuttavia, nella pratica clinica riabilitativa, è assai improbabile osservare due soggetti che presentino un'identica evoluzione del profilo clinico in termini di disabilità funzionali, deficit cognitivi e problemi emotivo-comportamentali, nonostante possano rientrare nel medesimo livello di gravità del danno neurologico in base agli indici prognostici comunemente considerati. Ciascun individuo, infatti, reagisce all'evento traumatico secondo modalità del tutto proprie e difficilmente prevedibili in base al tipo di trauma subito, alle condizioni pre-morbuse (tratti di personalità, stili di condotta, livello di maturità psichica ed intellettuale generale, ecc.) ed alle caratteristiche del contesto ambientale (opportunità di servizi alla persona, rete sociale di supporto, qualità delle relazioni interpersonali e del sistema familiare, ecc.)<sup>139</sup>. Inoltre, nel caso in cui il trauma cranico abbia direttamente interessato le strutture del sistema nervoso centrale le prevedibili difficoltà nel percorso di adattamento psicologico sono gravate da una serie di complicazioni cognitivo-comportamentali che configurano fenomenologie neuro-psicologiche variamente composite e non chiaramente classificabili sulla base degli inquadramenti proposti dalle classiche categorie psicopatologiche e psichiatriche di natura non cerebrolesiva<sup>140</sup>. Nel singolo caso, una o più variabili possono essere predominanti sulle altre e, spesso, risulta

---

137

Il capitolo è tratto da D. Saviola, A. De Tanti, *Op. cit.*

138

S. Bauman, M. Waldo, "Existential theory and mental health counseling: if it were a snake, it would have bitten!", *Journal of Mental Health Counseling* 1998, 20, pp. 13-27; F.L. Patterson, A.R. Staton, "Adult-acquired traumatic brain injury: existential implications and clinical considerations", *Journal of Mental Health Counseling* 2009, 31, pp. 149-163.

139

G. P. Prigatano, S.C. Johnson, "The three vectors of consciousness and their disturbances after brain injury", *Neuropsychological Rehabilitation* 2003, 13, pp. 13-29.

140

V. Rao, C. Lyketsos, "Neuropsychiatric sequelae of traumatic brain injury", *Psychosomatics* 2000, 42, pp. 95-109; R. Catellani, "Neuropsicologia delle sindromi post-traumatiche", Raffaello Cortina, Milano 2006.

estremamente difficile stabilire il peso di ciascuna nell'ambito del quadro clinico complessivo e degli esiti psicosociali, in quanto non facilmente quantificabili nella loro reale entità.

Solamente in una minoranza di traumatizzati cranici (di regola, trattasi di soggetti con solide basi personologiche, buon livello di resilienza e residue disabilità funzionali e neuropsicologiche di minor entità) l'evento traumatico può addirittura tradursi in un'opportunità sostanzialmente favorevole ai fini della crescita e dell'arricchimento esistenziale<sup>141</sup>. Ad esempio, alcuni possono scoprire capacità adattive e sensibilità personali che mai avrebbero immaginato di possedere. Per altri, le esigenze di una vita di redazione più autentica e di attribuzione di nuovi significati al concetto di esistenza possono favorire lo sviluppo di meccanismi di sublimazione della propria ansia esistenziale attraverso d'adesione a percorsi spirituali o a gruppi che svolgono attività di volontariato.

Nella maggioranza dei casi, invece, il trauma cranico rappresenta una sfida assai critica per l'identità personale in tutte le sue componenti (sè corporeo, autostima, immagini di sé, ruolo sociale, ecc.). In quanto determina un duplice ordine di effetti: un danno neurologico e neuropsicologico e una ferita narcisistica, intesa quale meccanismo intrapsichico di difesa in risposta ad un'esperienza che implica un improvviso ed immediato confronto con la propria integrità ed identità, nonché con i significati attribuiti al fatto ineluttabile di essere soggetti mortali<sup>142</sup>. E' propriamente tale duplice l'effetto dell'evento traumatico che impone all'individuo di intraprendere un difficile dedicato percorso di accettazione e adattamento all'incognita di una nuova esistenza, in quanto si è aggiunto un elemento ad elevato potenziale destabilizzante: il trauma cranico, quale circostanza in grado di scatenare o alimentare pervasive sensazioni di vulnerabilità e insicurezza negativamente influenti sulle dinamiche intra-soggettive e sulla vita di relazione<sup>143</sup>. Qualora il danno post-traumatico assuma questa duplice connotazione (neurologica, neuropsicologica e psicologica), è prevedibile che il successo di accettazione e/o adattamento risulti negativamente influenzato dalle mutate condizioni di funzionalità ed efficienza di meccanismi e sistemi neurocognitivi e

---

141

J. McGrath, "Beyond restoration to trasformation: positive outcomes in the rehabilitation of acquired brain injury", *Clinical Rehabilitation* 2004, 18, pp. 767-775.

142

J. Nadell, "Towards an existential psychotherapy with the traumatically brain injured patient", *Cognitive Rehabilitation* 1991, 9, pp. 8-13; P.S. Klonoff, G.A. Lage, "Narcissistic injury in patients with traumatic brain injury", *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1991, 6, pp. 11-21; M. Persinger, "Personality changes following brain injury as a grief response to the loss of sense of self", *Psychology Report* 1993, 72, pp. 1059-1068; M.P. O'Gorman, "Two accidents-one survivor: neurological and narcissistic damage following traumatic brain injury", *Psychodynamic Practice* 2006, 12, pp. 133-148.

143

K. Kaplan-Solms, M. Solms, "Clinical studies in neuro-psychoanalysis", *Karnac Books*, London 2000; M. P. O'Gorman, "The Kick-off-head-crew. Psychotherapeutic work with acquired brai injury on as NHS Neurological Rehabilitation Unit", *Psychoanalytic Phychotherapy* 2001, 15, pp. 61-79.

neurocomportamentali indispensabili per una valida integrazione tra pensiero-comportamento e per il mantenimento-sviluppo della propria identità<sup>144</sup>.

Sono propriamente le disfunzioni e le disabilità alle neurocognitive, neurocomportamentali ed emotive (caratteristiche delle fenomenologie cerebrolesive cosiddette frontali) che richiedono competenze neuropsicologiche specifiche, una visione olistica ed un'attenta considerazione della fase del decorso clinico post-lesionale e della gravità del quadro sintomatologico complessivo in qualsiasi approccio rivolto a soggetti con esiti di traumi cranio-encefalici. Le peculiari disfunzioni e disabilità delle sindromi neuropsicologiche post-traumatiche (chiaramente si presentano in forma isolata, in varia misura interferiscono sul processo di accettazione-adattamento e possono rappresentare seri ostacoli per il trattamento riabilitativo) sono sintetizzabili nelle categorie descritte qui di seguito<sup>145</sup>.

## 8.1 Deficit di autoconsapevolezza

---

Il termine autoconsapevolezza, inteso in senso operativo nella sua più ampia accettazione, si riferisce alla capacità del soggetto di percepire senza distorsioni i propri limiti in tutti gli aspetti funzionali della persona (abilità sensitivo-motorie, competenza cognitiva, emotiva e interpersonale) e di considerare in modo critico le conseguenti ripercussioni nelle varie situazioni della vita quotidiana. Pertanto, un buon livello di autoconsapevolezza è il risultato di una valida integrazione tra la valutazione dei presupposti oggettivi della realtà esterna ed il riconoscimento dei vissuti oggettivi più profondi (*insight*).

Nonostante il deficit di autoconsapevolezza rappresenti una delle maggiori difficoltà per il riabilitatore e una delle condizioni più sfavorevoli nell'inserimento dei pazienti in programmi di intervento riabilitativo (siano essi rivolti alle disabilità sensitivo-motorie oppure alle disfunzioni neurocognitive ed emotivo-comportamentali) le ipotesi circa la patogenesi del fenomeno ansognosico (neurogena e/o psicogena) sono una questione ancora dibattuta e non chiaramente

---

144

G.P. Prigatano, *Principals of Neuropsychological rehabilitation*, Oxford University Press 1999; R. Adolphs, "Investigating the cognitive neuroscience of social behavior", *Neuropsychology* 2003, 41, pp. 119-146.; C.A. Mateer, C.S. Sira, M.E. O'Connell, "Putting humpty dumpy together again. The importance of integrating cognitive and emotional intervention", *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2005, 20, pp. 62-75.

145

D. Judd, S.L. Wilson, "Psychotherapy with brain injury survivors: an investigation of the challenges encountered by clinicians and their modifications to therapeutic practice", *Brai Injury* 2005, 19, pp. 437-449; F.L. Patterson, A.R. Staton, Op. cit. 2009.



definita<sup>146</sup>. Diversi sono i modelli neuropsicologici proposti nel tentativo di spiegare il concetto di autoconsapevolezza e i suoi disordini (vivamente definiti con terminologie quali anosognosia, minimizzazione, negazione-diniego), ma nessuno di tali modelli teorici (descrittivo-gerarchico, esecutivo-frontale, psicologico), preso singolarmente, si dimostra in grado di spiegare in modo esaustivo la relazione tra consapevolezza, funzionamento cognitivo e comportamento e le peculiari caratteristiche del deficit di consapevolezza conseguenti a cerebrolesioni acquisite. Tuttavia, alcuni di essi offrono interessanti spunti di analisi. Ad esempio, secondo il costrutto della *Theory of Mind*<sup>147</sup>, la consapevolezza delle proprie competenze nelle interazioni sociali rifletterebbe la capacità del soggetto di elaborazione- rappresentazione astratta del sé e il buon funzionamento della memoria di lavoro, al fine di disporre di una valida comparazione tra rappresentazioni mentali soggettive (interne) e segnali di *feedback* esterni. Un altro interessante modello, soprattutto ai fini della sua applicazione nella pratica riabilitativa, è quello definito *gerarchico*<sup>148</sup>. Secondo tale modello, nelle fasi più precoci del decorso clinico post-lesionale di disturbo anosognosico tende a configurarsi quale deficit più o meno pervasivo di consapevolezza intellettiva, di natura primariamente neurologica-neuropsicologica. Una genesi prevalentemente organica-neuropsicologica può essere invocata anche qualora il disturbo sia connotato da disfunzioni della cosiddetta consapevolezza emergentae (capacità di riconoscere i diversi aspetti in situazioni complesse o le conseguenze di un problema nel momento in cui si verifica), o della consapevolezza anticipatoria (previsione del possibile verificarsi di una situazione-problema).

Infine, secondo le più articolate ipotesi teoriche<sup>149</sup>, tra le componenti essenziali della comprensione empatica di pensieri, desideri e intenzioni altrui (teoria della mente) e del processo di interiorizzazione della conoscenza, qualificabile come *insight*, (finalizzato all'accettazione-

---

146

G.P. Prigatano, D.L. Schacter (a cura di), *Awareness of deficit after brain injury*, Oxford University Press, New York 1991; T.L. Ownsworth, K. McFarland, R.M. Young, "The investigation of factors underlying deficits in self-awareness and self-regulation", *Brain Injury* 2002, 16, pp. 291-309; G.P. Prigatano, "Disturbances of self-awareness and rehabilitation of patients with traumatic brain injury. A 20-years perspective", *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2005, 20, pp. 19-29; L.J. Bach, A.S. David, "Self-awareness after acquired and traumatic brain injury", *Neuropsychological Rehabilitation* 2006, 16, pp. 397-414.

147

F. Happè, "An advanced theory of mind: understanding of story character's thoughts and feelings by able, autistic, mentally handicapped and normal children", *Journal of autism and Developmental Disorders* 1994, 24, pp. 129-154; C. Frith, "Brain mechanisms for having a theory of mind", *Journal Psychopharmacology* 1996, 10, pp. 9-15.

148

B. Crosson, P. Poeschel Barco, C. Velozo, "Awareness and compensation in post-acute head injury rehabilitation", *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1989, 4, pp. 46-54; J. Togli, U. Kirk, "Understanding awareness deficits following brain injury", *NeuroRehabilitation* 2000, 15, 57-60.

149

K. Malia, "Insight after brain injury: what does it mean?", *Journal of Cognitive Rehabilitation* 1997, 15, pp. 10-16; B.T. Korte, S.T. Wegener, K. Chwalisz, "Anosognosia and denial: their relationship to coping and depression in acquired brain injury", *Rehabilitation Psychology* 2003, 48, pp. 131-136.

adattamento mediante l'attivazione di efficaci compensi e strategie, consapevolezza métacognitiva) è da considerare la possibile implicazione di aspetti emotivi e perfino socio-culturali, quali indici del progressivo arricchimento conoscitivo all'interno del processo di *insight*. In questi casi, la genesi del deficit di consapevolezza può essere intesa anche o prevalentemente su base psicogena (negazione-diniego) e il fenomeno può essere in tutto o in parte espressione di una condizione di stress emotivo<sup>150</sup>. Pertanto, secondo tali argomentazioni, problemi a livello di consapevolezza métacognitiva ed *insight* possono essere riscontrati anche in contesti sindromi di relativa conservazione o riacquisizione delle funzioni cognitive di base (linguaggio, percezione, memoria, ecc.) e delle capacità intellettive generali. Anzi, i risultati ottenuti in alcune ricerche cliniche dimostrano che le difficoltà emotive e lo stress tendono ad incrementare di intensità in modo direttamente proporzionale al livello di autoconsapevolezza conservato o riacquisito dal soggetto cerebroleso<sup>151</sup>.

In considerazione del carattere evolutivo dei deficit cognitivo-comportamentale in genere (e del deficit di autoconsapevolezza in particolare) è necessaria un'attenta valutazione del metodo e del *setting* di trattamento terapeutico più idonei per ciascun soggetto, in rapporto al grado di compromissione della consapevolezza (livello intellettuale, emergente, anticipatorio, métacognitivo) e alla natura del deficit di conoscenza (reattiva/ psicogena o neurologica/ neuropsicologica). Ad esempio, nelle fasi acute e sub-acute del decorso post-traumatico, soprattutto nel caso di eventi cerebrolesione di maggiore gravità, è assai importante che possono sussistere requisiti minimi per applicare forme convenzionali di terapie, soprattutto di tipo espressivo-pittorica. Queste terapie, infatti, implicano una certa integrità di elaborazione cognitiva e capacità introspettiva del soggetto, ed il loro obiettivo primario è la soddisfazione dell'esigenza personale di benessere/ crescita esperienziale. Pertanto, interventi di arteterapia possono assumere un valore terapeutico solamente nel caso in cui vi sia una discreta conservazione o acquisizione del funzionamento cognitivo/ métacognitivo, in termini di esame di realtà, capacità di giudizio critico, autocritica e autoconsapevolezza/ introspezione. Di regola, queste condizioni si verificano dopo un consistente intervallo di tempo da un evento traumatico di una certa gravità ma col decorso favorevole, oppure,

---

150

G.P. Prigatano, Johnson, Op. cit. 2003; Prigatano, Op. cit. 2005; C. O'Callaghan et al, "An exploration of the experience of gaining awareness of deficit in people who have suffered a traumatic brain injury", *Neuropsychological Rehabilitation* 2006, 16, pp. 579-593.

151

Godfrey et al, "Course of insight disorder and emotional dysfunction following closed head injury. A controlled cross-sectional follow-up study", *Journal of Cognitive and Experimental Neuropsychology* 1993, 15, pp. 503-515; C.A. Wallace, J. Bogner, "Awareness of deficits: emotional implications for persons with brain injury their significant others", *Brain Injury* 2000, 14, pp. 549-562.

nei traumi cranici con livello di gravit  iniziale classificabile come lieve-moderata, senza devastanti effetti sulla competenza cognitivo-comportamentale del soggetto.

## 8.2 Concretezza e rigidit  del pensiero

---

Con il termine di Sindrome Disesecutiva si intende la tipica configurazione dei deficit neuropsicologici conseguenti ad eventi cerebrolesivi che interessano primariamente la corteccia prefrontale, soprattutto nelle sezioni dorsolaterali<sup>152</sup>. Le manifestazioni sintomatologiche che caratterizzano la Sindrome Disesecutiva possono essere sintetizzate in due ordini di deficit:

- a) I disturbi dell'autoconsapevolezza (descritti nel paragrafo precedente) che compromettono l'esame di realt  e interferiscono sulle capacit  di introspezione e interiorizzazione delle regole;
- b) Le disfunzioni nell'utilizzo delle proprie capacit  cognitive ed intellettive per modulare ed adattare le risposte sulla base delle istanze del consenso che si traducono in condotte sociali inappropriate e disadattive, in quanto improntate da inefficienze nell'impostazione strategico-organizzativa di piani di azione complessi e nella previsione-valutazione critica circa le conseguenze delle scelte operate sulle persone e sull'ambiente. Spesso, alla base di queste inefficienze del comportamento decisionale e relazionale vi   una generale concretezza e rigidit  del pensiero che possa spiegare, da un lato, il frequente riscontro di modalit  di azione essenzialmente stereotipate e perseverante su una determinata scelta che si dimostra inidonea o   errata e, dall'altro lato, le tipiche difficolt  e disfunzioni qualitative nella comunicazione interpersonale e nelle situazioni colloquiali, in termini di programmazione e modulazione del discorso, consistenza delle argomentazioni dei contenuti tematici, efficacia degli scambi dialettici e dell'alternanza dei ruoli, formulazione di ipotesi astratte e corretta interpretazione di espressioni metaforiche o ironiche.

## 8.3 Demotivazione e apatia

---

Prestazioni comportamentali ed emotive passive-difettuali connotate da apatia, intesa quale pervasivo ottundimento della spinta motivazionale verso qualche obiettivo e scadimento

---

152

K. D. Cicerone, "The enigma of executive functioning: theoretical contributions to therapeutic intervention", in P.J. Eslinger (a cura di), *Neuropsychological Intervention*, The Guilford Press, New York 2002; A. G. Sanfey et al, "Phineasgaged: decision-making and the human prefrontal cortex", *Neuropsychologia* 2003, 41, pp. 1218-1229; G.R. Turner, B. Levine, "Disorders of executive functioning and self-awareness", in J. Ponsford (a cura di), *Cognitive and Behavioral Rehabilitation*, The Guilford Press, New York 2003.

dell'attitudine proattiva verso nuove esperienze interpersonali, e la loro negativa influenza sull'efficienza psico-sociale di soggetti con patologie neurologiche di varia natura, sono ampiamente documentate nella letteratura internazionale<sup>153</sup>. Tuttavia, una concettualizzazione dei possibili meccanismi patogenetici (biologici e psicopatologici) alla base dell'apatia è ancora oggetto di dibattito in ambito clinico-diagnostico terapeutico<sup>154</sup>. Elementi di confusione e di incertezza derivano dal fatto che, spesso, le manifestazioni passive-difettuali osservate nelle sindromi post-traumatiche richiamano le tipiche manifestazioni cliniche di depressione dell'umore delle forme psicopatologiche primarie, cioè, non riconducibili a danni strutturali del sistema nervoso centrale. In linea generale, può essere giustificata l'interpretazione dell'apatia nel senso di manifestazione pseudo-depressiva nelle gravi cerebrolesioni acquisite con deficit neurologici-neuropsicologici di notevole entità, soprattutto nelle fasi acute e subacute del decorso clinico e nel caso in cui la lesione abbia primariamente interessato il lobo frontale e le connessioni neuronali con strutture sottocorticali dell'emisfero cerebrale destro<sup>155</sup>. Incertezze interpretative e terapeutiche possono eventualmente riguardare le sintomatologie conseguenti ad eventi cerebrolesivi di identità live-moderata, con deficit neuropsicologici non particolarmente devastanti, o con soddisfacente reintegrazione dell'efficienza cognitiva generale. In queste condizioni cliniche è possibile che alla base delle manifestazioni passive-difettuali coesistano meccanismi connotati sia in senso biologico (neurologico-neuropsicologico) sia in senso psico-emotivo (depressione dell'umore, secondo i criteri diagnostici della psichiatria corrente). Qualora si presenti tale eventualità, le difficoltà diagnostiche e terapeutiche riguardano l'accertamento della misura in cui prevale l'uno con l'altro fattore causale e proporre un percorso adeguato al caso.

---

153

J. Borod, *Neuropsychology of Emotion*, Oxford University Press, New York 2000; A. Finset, S. Andersson, "Coping strategies in patients with acquired brain injury: relationship between coping, apathy, depression and lesion location", *Brain Injury* 2000, 14, pp. 887-905; V. Rao et al, "Apathy syndrome after traumatic brain injury compared with deficits in schizophrenia", *Psychosomatic* 2007, 48, pp. 217-222.

154

R.S. Marin, "Apathy: concept, syndrome, neural mechanism, and treatment", *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 1996, 3, pp. 242-314; D.T. Struss, R.J.M.K. VanReekum, "differentiation of states and causes of apathy", in J.C. Bor (a cura di), *The Neuropsychology of Emotion*, Oxford University Press, New York 2000; R.S. Marin, P.A. Wilkosz, "Disorders of diminished motivation", *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2005, 20, pp. 377-388; L. Kirsch-Darrow et al, "Dissociating apathy and depression in Parkinson disease", *Neurology* 2006, 67, pp. 33-38; R. Levy, B. Dubois, "Apathy and the functional anatomy of the prefrontal cortex-basal ganglia circuits", *Cerebral Cortex* 2006, 16, pp. 916-928.

155

A. Finset, S. Andersson, *Op. cit.* 2000; Catellani et al, *Op. cit.* 2008.

## 8.4 Impulsività, discontrollo emotivo- comportamentale

---

Manifestazioni cliniche che denotano una condizione di riscontrare delle azioni, dei pensieri e delle emozioni (come, ad esempio, impulsività, difficoltà a tollerare le frustrazioni, irritabilità, aggressività, oppositorietà, ossessività e compulsività) si riscontrano in una elevata percentuale di casi e possono presentarsi in forma particolarmente problematica, con negativi effetti sulla *compliance* alle terapie soprattutto nelle fasi precoci e intermedie del decorso post-lesionale. Nelle fasi più tardive, la manifestazione clinica più frequente e tendente alla cronicizzazione è rappresentata dall'impulsività che, spesso, è conseguente alla con presenza di residui deficit a neuropsicologici, soprattutto di tipo diesecutivo. In altri casi, qualora il traumatizzato cranico abbia conservato o riacquisito un sufficiente livello di autoconsapevolezza della propria condizione morbosa e delle eventuali conseguenze sull'autonomia personale o sulle possibilità di partecipazione sociale, il discontrollo emotivo-comportamentale può assumere una prevalente connotazione psicoemotiva di tipo reattivo, ad indicare le comprensibili difficoltà di accettazione e adattamento alla nuova condizione esistenziale. Da più parti è stata anche avanzata l'ipotesi secondo cui il discontrollo della tendenza all'impulsività possono rappresentare l'accentuazione-esacerbazione di preesistenti tratti negativi della personalità, Fenomeno che può verificarsi in conseguenza di qualsiasi evento cerebrolesivo, indipendentemente dal livello di gravità della compromissione neurologica-neuropsicologica. Pertanto, anche sulla base delle ricerche riportati in letteratura, sembra possa essere affermata la natura plurifattoriale di tali anomalie comportamentali (neurologica, neuropsicologica, strutturale-morbosa, psicologica o reattiva, nonché socio-ambientale). In ogni singolo caso, l'impulsività e il discontrollo emotivo-comportamentale possono essere la risultante dell'uno o dell'altro fattore causale prevalente, oppure, possono rappresentare una delle molteplici combinazioni, rendendo il quesito diagnostico non sempre risolvibile<sup>156</sup>.

## 8.5 Riduzione/perdita dell'autonomia e dell'autostima

---

Tra i fattori maggiormente interferenti sull'adattamento-partecipazione sociale dei soggetti traumatizzati cranici, siano predominanti le configurazioni di deficit neuropsicologici classificabili

---

156

R.L. Wood, T.M. McMillan, "Neurobehavioural disability and social handicap following traumatic brain injury", *Taylor & Francis*, Philadelphia 2001; E. Kim, "Agitation, aggression and disinhibition syndromes after traumatic brain injury", *NeuroRehabilitation* 2002, 17, pp. 297-310; N. Alderman, "Contemporary approaches to the management of irritability and aggression following traumatic brain injury", *Neuropsychological Rehabilitation* 2003, 13, pp. 211-240.

nella sindrome frontale<sup>157</sup>. Questo fatto, tuttavia, non esclude che anche eventuali disfunzioni limitazioni sensitivo-motorie O altri deficit cognitivi di tipo non-esecutivo (ad esempio, disturbi afasici, disfunzioni dell'attenzione o della memoria, disabilità prassiche) possono contribuire alla sostanziale riduzione dell'indipendenza e dell'autonomia, Fino a giungere alla totale dipendenza degli altri nei casi di massima compromissione delle funzioni motorie, soprattutto nelle fasi acute-subacute del decorso clinico post-lesionale. Propriamente tale forzata dipendenza e necessità di interazione con la figura di un *care-giver* nell'esecuzione di attività strumentali e basiche della vita quotidiana a rappresentare un potenziale fattore di perdita dell'autostima, oppure un elemento di rinforzo della sensazione che nessuno possa comprendere pienamente il disagio fisico e psicologico causato dall'evento traumatico, con conseguenti disturbi dell'umore che meritano di essere attentamente considerati dal punto di vista terapeutico<sup>158</sup>. In altri casi, invece, la condizione di dipendenza può risultare funzionale al soddisfacimento di un bisogno regressivo inconscio di cura, sicurezza, protezione ad opera del contesto sanitario e, soprattutto, del contesto socio-familiare. In tal modo il soggetto può mitigare le proprie ansie e giustificare a se stesso l'esonero dalle consuete funzioni e responsabilità personali intrinseche ai molteplici ruoli che ogni individuo deve assumere in ambito familiare e sociale. Sulla base di questo meccanismo intrapsichico (classificabile quale ruolo di malato) possono essere spiegate le resistenze alle attività proposte e finalizzate al recupero dell'autonomia, non che la scarsa adesione alle prescrizioni e suggerimenti terapeutici, quali fenomeni frequentemente osservati dagli operatori sanitari che si occupano di riabilitazione degli esiti cerebrolesivi.

Il tipo di problemi emotivo-comportamentali sopra descritto rappresenta una conferma di quanto abbiamo affermato nel paragrafo introduttivo circa le conseguenze sulla vita di relazione di un evento cerebraleso sia di natura traumatica non solo in termini di danno neurologico-neuropsicologico, ma anche a livello intrapsichico più profondo (con pervasivo e sensazioni di vulnerabilità, riduzione/perdita dell'autonomia e dell'autoestima, ecc.). Sono propriamente queste difficoltà di accettazione/ adattamento a meritare particolare considerazione in ambito riabilitativo.

---

157

R.L. Wood, T.M. McMillan, *Op. cit.* 2001; J.P. Donnelly et al, "A multiperspective concept mapping study of problems associated with traumatic brain injury", *Brain Injury* 2005, 19, pp. 1077-1085.

158

M.P. O'Gorman, "The kick-off-head-crew. Psychotherapeutic work with acquired brain injury on as NHS Neurological Rehabilitation Unit", *Psychoanalytic Psychotherapy* 2001, 15, pp. 61-79; C.A. Mateer et al, "Putting humpty dumpy together again. The importance of integrating cognitive and emotional interventions", *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2005, 20, pp. 62-75.

## 8.6 Turbamento del sistema familiare

---

Un ulteriore elemento che non può essere trascurato o ignorato nell'ambito di qualsiasi programma di intervento terapeutico-riabilitativo è rappresentato dal turbamento del sistema familiare cui appartiene il paziente e le conseguenti difficoltà della famiglia di accettazione-adattamento ad una nuova realtà<sup>159</sup>. Le sostanziali differenze tra gli esiti di eventi cerebrolesivi di natura traumatica e quelli di altre patologie neurologiche hanno richiesto radicali ripensamenti e adattamenti dei metodi ed obiettivi diagnostici e riabilitativi, secondo un modello assistenziale operante in un'ottica olistica multidisciplinare che consenta di comprendere e gestire anche i bisogni della famiglia, in quanto vittima secondaria dell'evento traumatico<sup>160</sup>. Il travaglio psico-fisico (ansia, sensi di colpa, rabbia, frustrazioni, stress, ecc.) e gli oneri assistenziali che gravano sulla famiglia tendono ad essere di natura e di identità diverse a seconda di una serie di variabili, spesso indipendenti dall'evento traumatico. Ogni sistema-famiglia si caratterizza per sensibilità, esigenze, debolezze o punti di forza diversificati da caso a caso. Il decorso post traumatico, invece, tende ad uniformare le famiglie nel delicato e complicato processo di accettazione e di elaborazione del lutto che evolve parallelamente alle fasi tipiche del recupero del paziente<sup>161</sup>. Dopo l'iniziale stato di shock e disorientamento (o di crisi) che coincide con la fase acuta dell'emergenza (in cui l'angoscia dei familiari è essenzialmente connessa all'incognita della sopravvivenza del proprio congiunto), la famiglia deve affrontare una fase intermedia, non meno onerosa sotto l'aspetto fisico ed emotivo, durante la quale si avviano i programmi di riabilitazione, per periodi più o meno prolungati a seconda delle condizioni cliniche del paziente. Infine, dopo lo shock iniziale, l'ottimismo e le frustrazioni, il dispendio di energie psico-fisiche in compiti di assistenza, la rabbia e le eventuali incomprensioni con gli operatori, anche la dimissione definitiva del paziente delle strutture sanitarie può rappresentare per la famiglia una fase emotiva non meno travagliata delle precedenti, soprattutto in presenza di residuali gravi disabilità neuromotorie e/o neuropsicologiche. Più precisamente, il percorso di elaborazione del lutto giunge ad un bivio assai delicato: o la famiglia è in grado di accedere ad un valido esame di realtà che consenta di affrontare il delicato compito di

---

159

A.E. Dell'Orto, P.W. Power, *Head Injury and the family*, CRC Press, Boca Raton, FL 1997; G. Curtiss *et al*, "Acute impact of severe traumatic brain injury on family structure and coping responses", *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2000, 15, pp. 1113-1122; R. Catellani, *Op. cit.* 2006.

160

J.S. Kreutzer *et al*, "Family needs following traumatic brain injury: a quantitative analysis", *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1994, 9, pp. 104-115; J.S. Kreutzer *et al*, "A structured approach to family intervention after brain injury", *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2002, 17, pp. 349-367; J.D. Corrigan *et al*, "Perceived needs following traumatic brain injury", *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2004, 19, pp. 205-216.

161

R. Catellani, *Op. cit.* 2006.

riorganizzazione della quotidianità, oppure è destinata ad avviarsi verso un inesorabile stillamento verso condizioni difficilmente risolvibili di sofferenza cronica, solitudine e isolamento sociale affettivo<sup>162</sup>.

Per tutto quanto si è detto, non vi sono dubbi circa l'esigenza di interventi sulla famiglia a partire dai primi momenti dall'evento traumatico, secondo modalità ed obiettivi modulati nell'arco di tempo del decorso post-traumatico e adattati-personalizzati sulla base delle condizioni e necessità dei singoli casi<sup>163</sup>.

---

162

T. Tzidkiahu et al, "Characteristics reactions of relatives of post-coma unawareness patients in the process of adjusting to loss", *Brain Injury* 1994, 8, pp. 159-165.

163

J. Blosser, R. De Pompei, "Fostering effective family involvement through mentoring", *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1995, 10, pp. 46-56; R. Catellani, *Op. cit.* 2001.



## 9 Perdite nel corpo e lutto del Sè

---

<sup>164</sup>Il lutto è tutto quanto attiene all'esperienza della perdita di un oggetto d'amore. Volendo ampliare il concetto potremmo dire che ogni perdita affettiva reale, o vissuta come tale, e ogni cambiamento nel corso dell'esperienza è perdita di qualcosa di noto e avventura dell'ignoto e quindi comporta sentimenti di depressione per la perdita e ansia per l'ignoto.

Nella vita di un essere umano il provare dolore per via di un lutto è un'esperienza inevitabile. Quando l'esperienza rimane all'interno dei confini della normalità, della fisiologia, il senso di perdita potrà essere in un certo senso metabolizzato da quella particolare funzione della mente che è chiamata l'elaborazione dell'esperienza luttuosa. Ma quando l'evento doloroso supera i confini di quella che possiamo chiamare una situazione stressante, allora vengono sfidate le nostre capacità di far fronte alla sofferenza vissuta e si entra in una dimensione di patologia. Sono esperienze dolorose che divenendo non integrabili nella nostra biografia, rimanendo cioè dissociati dal nostro senso di sé, assumano le connotazioni di un evento traumatico con conseguenze fisiche e psicologiche. Un trauma impoverisce la nostra vita, perché ci fa apparire il futuro come inevitabilmente condizionato dal passato e la vita presente diventa in qualche modo prigioniero del passato, una sorta di sua replica.

Separazione, individuazione, distacco, perdita: in qualsiasi modo appaia in qualsiasi modo venga definita, l'esperienza di fondo è comunque e dovunque quella del vissuto di morte.

Esso compare per la prima volta nella vita alla nascita con il distacco fisiologico dal corpo della madre, e poi si ripresenta durante lo svezzamento con ciò che Gaddini definisce “la perdita definitiva del contatto fisico con il corpo materno come parte e confine di sé”<sup>165</sup>. In seguito ritorna nei processi di separazione-individuazione nell'infanzia e nell'adolescenza. Poi si presenta in occasione della morte reale di persone care, di traumi, di interventi chirurgici, dell'invecchiamento o anche della perdita di ideali.

---

164

Il capitolo è tratto da D. Saviola, A. De Tanti, *Op. cit.* 2010.

165

E. Gaddini, *Scritti (1953-1985)*, Raffaello Cortina, Milano, 1989.

Secondo Freud la malinconia derivante dal lutto si supera quando l'oggetto d'amore perduto viene introiettato e “riparato”, tanto che vive dentro il soggetto: l'assenza esterna infatti si può trasformare in una presenza interna. Ciò permetterebbe inoltre la formazione di una nuova identità di quell'oggetto d'amore continua a far parte, essendo stato questi restaurato e in un ricordo che presentifica.

Questo dovrebbe essere lo sforzo del soggetto che ha subito un TCE: trasformare la perdita di funzionalità nel proprio corpo, da lui vissuta come un elemento disgregante frammentante, che comporta un vero e proprio lutto del Sé e la perdita di identità, in una nuova identità, sottolineando l'aspetto trasformativo e l'eredità creativa che possono derivare dall'elaborazione del lutto e dal superamento della depressione al lutto connessa.

## 9.1 Teorie cliniche sul lutto

---

L'intera storia del pensiero psicoanalitico è attraversata dalla riflessione psicologica inerente la perdita e il lutto e i correlati affettivi ad essi associati. Queste teorie sono caratterizzate, in linea generale, da riconoscimento di un ruolo centrale del *working thought*, il lavoro psichico innescato dall'evento luttuoso che si compie attraverso un confronto dell'individuo con immagini, pensieri, memorie e affetti legati all'oggetto perduto<sup>166</sup>.

### 9.1.1 Freud: lutto e melanconia

---

In *Lutto e Melanconia (1915)* Freud afferma che il dolore da lutto ha origine dalla perdita reale di una figura significativa. Quello che se ne va al momento della perdita, in realtà, non è solo l'oggetto ma anche una parte dell'Io, una parte affettiva di noi stessi, che se ne va con l'oggetto. L'Io andandosene con l'oggetto si impoverisce e lascia un vuoto dove prima esisteva una relazione. La perdita d'identità è reale: una funzione, una parte del corpo che se ne va ci “estranea” da noi stessi e ci separa dal tessuto a noi usuale familiare. Tutto diventa altro da noi e ci appare lontano, anche perché è idealizzato. Nell'elaborazione del lutto si tratta quindi di riscoprire quale parte di noi e quale relazione se ne è andata con l'oggetto assente.

Si può dire che una buona conclusione del “lavoro del lutto” è quella che consenta la libido di ritrovare altri oggetti di investimento e di non rimanere prigioniera dentro l'oggetto che se ne

---

166

Data l'ampiezza del tema non è possibile una trattazione esaustiva, ma vengono illustrati alcuni punti degli studi psicologici classici sul lutto utili per una comprensione approfondita dei fenomeni psichici ad esso associati.

andato, in una sorta di dolorosa sensazione di mancanza non elaborata. La mancanza è un'esperienza profonda e dolorosa, che spesso viene trasformata in vuoto che poi cerchiamo di riempire in vari modi, ad esempio con il cibo, con la sessualità, ecc<sup>167</sup>.

Nel processo del lutto non è soltanto l'ombra dell'oggetto assente che cade sull'Io come segnala Freud, ma anche un frammento del proprio Sé che se ne va. Poi, attraverso l'elaborazione del lutto, questo frammento tornerà per ricostruire la capacità di sentire la mancanza e di assumere il dolore.

L'elaborazione del lutto è soggettivo, un tempo fondamentalmente soggettivo e personale. Come ricorda Tonia Cancrini<sup>168</sup>, nella separazione possiamo individuare due aspetti fondamentali, che riguardano da una parte l'oggetto, dall'altra il proprio Sé. Da un lato la mancanza e la perdita reale o temuta dell'oggetto amato producono dolore e sofferenza, in una serie di vissuti che vanno dalla disperazione e dal dolore intollerabile alla sofferenza più mite e accettabile; dall'altro, la separazione può comportare vissuti come perdita della propria solidità interna, della propria sicurezza. Questo secondo aspetto, che può arrivare a una catastrofe e che comporta un andare a pezzi e una disgregazione dei propri sensi della propria mente, si colloca perlopiù in una dimensione inconscia, dove non c'è nessuna consapevolezza di quanto traumatica sia la separazione. È come un evento fuori del tempo e dello spazio, una caduta verticale nell'abisso e nel vuoto.

Il dolore è un'esperienza soggettiva, ha una sua drammatizzazione e nel rapporto terapeutico possiamo entrare in contatto con questa realtà, ritrovando il tempo dello spazio e ripercorrendo un'esperienza: il rapporto terapeutico diviene così un cammino verso la trasformazione di queste esperienze che possono diventare visibili e pensabili.

### 9.1.2 Klein: Posizione schizoparanoide e posizione depressiva

---

Secondo Melanie Klein<sup>169</sup> esiste una stretta relazione tra il lutto e i processi della prima infanzia. L'angoscia di separazione e la perdita d'oggetto si inscrivono nel contesto della sua concezione delle relazioni oggettuali e della sua teoria dell'angoscia. Questa angoscia prende, nel

---

167

R. Dionigi, "Modelli della mente in Psicoanalisi. Il paradigma freudiano", *Rivista Italiana di Psicoterapia e Psicosomatica* 2002, 14, 2.

168

T. Cancrini, *Un tempo per il dolore*, Bollati Boringhieri, Torino, 2002.

169

M. Klein, "il lutto e la sua connessione con gli stati maniaco-depressivi", in *Scritti 1921-1958*, Bollati Boringhieri, Torino, 1940.

suo pensiero, due forme: la prima è l'angoscia persecutoria, che appartiene alla posizione schizoparanoide, la seconda è l'angoscia depressiva, che appartiene alla posizione depressiva.

Nella *posizione schizoparanoide (PS)* le angosce di natura primitiva minacciano l'Io immatura e portano alla mobilitazione di difese primitive, quali l'idealizzazione, la scissione, il diniego, l'identificazione proiettiva. Questa paura deve essere proiettata all'esterno e, a partire da questa proiezione primordiale, inizia a formarsi la fantasia inconscia dell'oggetto cattivo, che minaccia l'Io dal di fuori. L'odio si dirige allora verso questo cattivo oggetto esterno, ma la pulsione di morte non può essere proiettata totalmente e una parte resta sempre l'interno<sup>170</sup>.

La *posizione depressiva (PD)* rappresenta un importante progresso evolutivo in cui si cominciano a riconoscere gli oggetti totali con caratteristiche buone e cattive e verso l'oggetto si dirigono impulsi ambivalenti. La scoperta della sua dipendenza dall'oggetto, che percepisce come autonomo e capace di andarsene, aumenta in lui il bisogno di possedere l'oggetto, di conservarlo all'interno di se e, se possibile, di proteggerlo contro la propria distruttività.

Finché l'oggetto non è amato come oggetto totale non se ne può sentire la perdita come perdita totale. Gli impulsi distruttivi causano sentimenti di colpa e di perdita, che rendono a loro volta possibile l'esperienza del lutto. Le conseguenze includono uno sviluppo della funzione simbolica, la nascita di un senso di responsabilità e l'emergere di capacità riparative nel momento in cui il pensiero non deve più rimanere concreto<sup>171</sup>.

Aggiunge la Klein che l'elemento caratteristico del lutto normale consiste nello stabilire dentro l'individuo l'oggetto d'amore perduto, ma che “ogni volta che insorge, il cordoglio mina la sensazione del saldo possesso degli oggetti d'amore interni e risuscita angosce primitive per gli oggetti danneggiati e distrutti, per il mondo interno frantumato. Si riattivano allora in tutta la loro forza i sensi di colpa e le angosce persecutorie, cioè la posizione depressiva infantile”<sup>172</sup>. Il lavoro del lutto è non solo quello di ristabilire dentro di sé l'oggetto d'amore perduto, ma anche quello di ricostruire il proprio mondo interno disintegrato attraverso la continua oscillazione della posizione schizoparanoide a quella depressiva.

---

170

H. Segal, Introduzione all'opera di Melanie Klein, Martinelli, Firenze 1975.

171

R. Dionigi, “Modelli della mente in Psicoanalisi. Il paradigma freudiano”, *Rivista Italiana di Psicoterapia e Psicosomatica* 2002, 14, 3; M. Klein, *Invidia e gratitudine*, Martinelli, Firenze 1969.

172

M. Klein, *Op. cit.* 1940.

### 9.1.3 Bion: dal sentire al pensare

---

Nella riflessione di Bion si evidenziano le operazioni fondamentali di carattere affettivo che il bambino deve essere in grado di fare per potersi staccare dalla madre e quindi differenziare il Sè dal non Sè. Le prime fantasie si strutturano primariamente in concomitanza con le pulsioni orali su sensazioni cinestetiche, viscerali e su altre sensazioni somatiche. “Essi sono gli ingredienti di base delle esperienze sensoriali ed emotive, in cui non si può distinguere lo psichico dal fisico. Essi portano soltanto all'identificazione proiettiva”<sup>173</sup>. Queste sensazioni, che si organizzano in un'unità esperienziale da noi concepita come un processo di apprendimento mentale del Sé corporeo attraverso vissuti frammentari del Sè legati alle sensazioni e al funzionamento dei distretti corporei, vengono gradualmente a delimitare uno spazio interno rispetto lo spazio esterno non ancora oggettivamente percepito.

Il bambino non sa quello che prova. La capacità di pensare deriva dunque da una serie di esperienze di contatto favorevole con un oggetto, che contiene nutrimento e pensieri; i pensieri che il bambino non è in grado di pensare. Il pensiero nasce quindi all'interno della relazione madre-bambino, così come il linguaggio e il sistema di simboli che lo esprime. Il passaggio dalla capacità di rappresentare l'esperienza emotiva al poterla tradurre in parole implica un salto di qualità nell'esperienza fantasmatica del bambino attraverso un processo di transizione graduale che Bion chiama, inserendo un elemento evolutivo, “apprendere dell'esperienza”. La verbalizzazione è solo un anello di una catena di eventi complessi e dinamicamente collegati in cui sono impegnati creativamente tutti gli aspetti della personalità che cerca di esprimersi. La parola è una rappresentazione di un'esperienza emotiva; un'espressione scelta appositamente per tradurre un'esperienza<sup>174</sup>. La funzione della parola è quella di delimitare il significato di un'esperienza emotiva che, a sua volta, deve essere contenuta da una forma verbale per potersi esprimere.

## 9.2 Corpo, schema corporeo e immagine di Sè

---

L'interesse per il corpo e il Sè fisico, in una prospettiva storica, risale a Head e ai suoi fondamentali contributi in campo neurologico<sup>175</sup>. Secondo questo autore lo schema corporeo è la

---

<sup>173</sup> W.R. Bion, *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma 1972.

<sup>174</sup> A. Ferro, *Fattori di malattia, fattore di guarigione*, Raffaello Cortina, Milano 2002.

<sup>175</sup> H. Head, “Studies” in *Neurology*, vol.II, Oxford Med. Publ., London 1920.

rappresentazione corporea ottenuta dalla comparazione ed integrazione a livello corticale delle diverse esperienze sensoriali con le sensazioni attuali. Egli introduce alla nozione di immagine spaziale la dimensione temporale, descrivendo lo schema corporeo come una realtà non statica ma in continua costruzione ed il rapporto con le varie afferenze.

In campo psicodinamico, il contributo di Freud è stato decisivo per la ricerca in questo ambito. Egli ha chiarito l'importanza della sfera somatica nell'organizzazione della vita mentale, ed ha affermato che l'immagine corporea fondamentale per lo sviluppo dell'Io. Scrisse, infatti: “l'Io è all'inizio soprattutto un Io corporeo; non è soltanto un'entità di superficie ma in se stesso la proiezione di questa superficie”<sup>176</sup>.

In seguito si sono avuti i contributi di P. Schilder il quale ha introdotto il termine di immagine corporea e, più recentemente, quelli di autori che hanno sviluppato gli studi sul Sè. L'immagine corporea secondo Schilder<sup>177</sup> si costituisce sulla base delle sensazioni provenienti dalla superficie, dai vari organi motori, dei visceri, in rapporto all'esperienza. Egli mette in evidenza il ruolo privilegiato del dolore nella creazione dell'immagine corporea.

L'immagine corporea, sempre secondo Schilder, non è la riproduzione fedele della nostra struttura anatomica, ma piuttosto il modo in cui il corpo appare a noi stessi e con cui ci facciamo un'esperienza immediata dell'esistenza di un'unità corporea. Si tratta quindi di un'immagine vissuta che possiede carattere dinamico. Oltre alla componente neurofisiologica Schilder introduce quindi la componente legata alla sfera affettivo-emotiva e descrive lo schema corporeo come rappresentazione interna del fisico. Rappresentazione prodotta dalla sommatoria dei processi fisici con quegli emozionali: dal contatto della madre che introduce con il proprio *holding* i primi confini del neonato, alla pelle vissuta come limite del proprio corpo. Tale concetto si dispiega sul piano psicoanalitico evidenziando come la costruzione, l'integrazione e il mantenimento dell'immagine corporea siano elementi fondanti fondamentali per la coscienza di Sè.

Per immagine corporea si intende dunque un quadro mentale del proprio corpo, ossia il modo in cui il corpo appare agli occhi alla mente. La percezione del corpo intesa come una *gestalt* (l'insieme percepito e sempre qualcosa in più della somma delle singole parti), è dotata di movimento, è dotata di affetti e possiede caratteristiche sociali. Spesso infatti la conoscenza del proprio corpo deriva dal confronto con gli altri corpi. L'immagine corporea ha quindi un valore sociale e, per Schilder, potrebbe essere paragonata alla stessa personalità. La stima di sè e per il proprio corpo è senza

---

<sup>176</sup> S. Freud, *L'Io e l'Es*, in Opere, Bollati Boringhieri, Torino 1923.

<sup>177</sup> P. Schilder, *Immagine di sè e schema corporeo*, FrancoAngeli, Milano 1950.

dubbio correlata con l'aspetto fisico e con le modificazioni che il corpo incontra nel corso della vita: basti prendere in considerazione l'età adolescenziale.

Se la percezione della propria immagine corporea ha dunque un valore molto importante ai fini della stima di sé come persona, allora il corpo diventa un elemento centrale nella costruzione dell'identità, un elemento dotato di significato dentro un contesto sociale allargato. L'immagine corporea consente quindi una definizione del “chi sono io”, ma anche di “come io penso gli altri mi vedano”. Il corpo diventa anche uno specchio su cui gli altri possono riflettere apprezzamenti, critiche, soddisfazioni che vanno ad influenzare l'autostima dell'individuo<sup>178</sup>. Si parla quindi di “*corpo sociale*”, un concetto che verrà ulteriormente sviluppato dagli anni '90 in poi, dove diversi autori indagheranno il ruolo svolto dal contesto familiare, amicale, lavorativo, scolastico in un'ottica multidimensionale.

Renata De Benedetti Gaddini afferma che il Sé all'inizio è fatto di esperienze corporee che vanno incontro ad un processo di mentalizzazione nel corso della formazione delle strutture mentali. Le funzioni corporee dei vari organi costituiscono il linguaggio del corpo e questo, nel diventare psichico, diventa il linguaggio del Sé. Ogni volta che si parla del Sé ci si troverebbe di fronte ad un'attività mentale che, in un qualche modo, ha a che fare con il proprio corpo<sup>179</sup>.

L'abolizione bioniana di qualsiasi distinzione tra processi affettivi e processi cognitivi da cui deriva non solo l'uso del concetto globale di mente, Ma la stessa rifondazione dei rapporti tra biologico e mentale mediante concetti di elaborazione sensoriale ad opera della *funzione alfa*, ci offre l'opportunità di inquadrare la nozione di “immagine di Sé” come un costrutto mentale che si basa sulla rielaborazione delle esperienze sensoriali, percettivo-affettive attuali, in funzione della decodifica mnestica delle precedenti esperienze del soggetto e della struttura globale della personalità.

L'immagine di sé considerata con un processo continuo di lavorazione delle esperienze sensoriali, ad opera dei processi di simbolizzazione, si struttura e destruttura dunque incessantemente sottoforma di tracce mnestiche: il corpo non dimentica. La memoria del corpo conserva, ha un grande ruolo in questa saldatura tra le emozioni del passato e quelle vissute nel presente, tra la realtà attuale e quella dell'infanzia, ri-attualizzata nella relazione analitica. Il fantasma corporeo, quale memoria di quell'antica relazione, si inserisce ora della relazione

---

<sup>178</sup>

J.A. Beverley, “Factors associated with self-worth in young people with physical disabilities”, *National Association of Social Workers* 2004, pp. 167-175; C. Philips, “Re-imagining the (Dis)Able Body”, *Journal of Medical Humanities* 2001, 22, 3, pp. 195-208.

<sup>179</sup>

R. De Benedetti Gaddini, *Il processo maturativo. Studi sul pensiero di Winnicott*, Cleup, Padova 1985.

terapeutica, diventando parte integrante e costitutiva della stessa. Nell'attualità della situazione relazionale il corpo acquista, infatti, il suo preciso significato nel presentare quei processi che hanno permesso agli oggetti interni di evolvere e che ora hanno opportunità di essere rappresentati, elaborati e trasformati nel loro senso mentale.

Se pensiero e corpo fanno parte di un'unità, la persona, in tal modo si può anche dire che il corpo è il “luogo” o lo “spazio” abitato dal mondo interno ed è attraverso quello che quest'ultimo può mettersi in relazione con il mondo esterno.

### 9.2.1 Disabilità acquisita: evento intrapsichico, interpersonale e sociale

Alla luce di tali argomentazioni, è facile rendersi conto come la presenza di una disabilità acquisita in una persona possa influire sull'accettazione di sé del proprio corpo: l'autoconoscenza subisce un'improvvisa e totale modificazione, poiché l'immagine di sé deve essere rielaborata e rimodellata e con essa anche le relazioni personali e sociali preesistenti, oltre che la propria identità sessuale.

La persona con disabilità deve affrontare il dolore connesso alla menomazione delle proprie funzioni, dolore legato al dover abbandonare in molti casi alcune realtà del proprio passato che potrebbero includere normali speranze e aspettative per il futuro. Nonostante vi siano limitate ricerche che finora hanno indagato sugli effetti di una grave cerebrolesione sull'immagine corporea, convivere con una disabilità implica un continuo confronto con nuove perdite (fisiche, cognitive e sociali) che impattano sull'immagine e la stima di sé<sup>180</sup>. È un riscontro clinico frequente, così come riportato in letteratura, che una bassa stima di sé risulti correlata ad alterazioni dell'umore quali depressione e ansia oltre che mostrare una maggiore suscettibilità allo sviluppo di sintomi psicopatologici polimorfi.

Nel momento in cui viene la percezione che alcune leggi fondamentali della dimensione umana vengono violate, si frammentano i presupposti della continuità nel tempo e della coesione delle funzioni psichiche superiori. L'esito macroscopico di ciò è il completo sovvertimento della sfera affettiva e relazionale, la compromissione di diversi domini cognitivi, delle capacità di simbolizzazione e organizzazione della conoscenza<sup>181</sup>. Questo significa, soprattutto nei pazienti che requisiscono una buona consapevolezza di sé e della malattia, ridefinire aspetti del proprio Sé in

---

<sup>180</sup>

H.F.R. Howes et al, “Female body image following acquired brain injury”, *Brain Injury* 2005, 19 (6), pp. 403-415.

<sup>181</sup>

E. Mundo, *Neuroscienze per la psicologia clinica*, Raffaello Cortina, Milano 2009.



relazione ai propri vissuti, alla propria progettualità, alle proprie aspettative future, alle attuali limitazioni e potenzialità.

Il trauma significa non solo dolore, impotenza, passività, dipendenza; trauma significa soprattutto che qualcosa si è rotto, che delle parti si sono sconnesse, dei legami allentati o interrotti e che quello che verrà fuori, dopo averli rimessi insieme, non potrà mai più essere come prima<sup>182</sup>.

Significa anche ricreare una continuità nella propria vita che è stata interrotta da un evento traumatico e improvviso. In tale aspetto si può ritrovare un parallelismo con il concetto di trauma descritto da Freud, Quale lacerazione che si va ad introdurre dove prima c'era una continuità interna<sup>183</sup>. Questo sta a significare che l'Io non può mantenere un'immagine continuativa di Sè per la tendenza alla frammentazione.

Significa anche colmare la discrepanza tra Sè reale e Sè ideale, poiché il Sè fisico come descritto in precedenza è strettamente collegato con l'autostima e questo inciderebbe notevolmente sul benessere individuale<sup>184</sup>.

### 9.3 Disabilità e cambiamento

---

L'analisi delle dimensioni esistenziali dell'individuo porta in evidenza non solo come la persona convive con la propria patologia, ma anche che cos'è possibile fare per migliorare la qualità della propria vita, tenuto conto dell'impatto dei fattori ambientali e della percezione sociale della persona con disabilità<sup>185</sup>. I cambiamenti significativi nell'immagine corporea e nella stima di sè possono danneggiare potenzialmente la qualità di vita a seguito dell'evento traumatico<sup>186</sup> e pertanto è rilevante un intervento terapeutico volto a restituire dignità e senso alla propria esistenza.

Non si riscontra in letteratura un'unica condivisa definizione della perdita del senso di Sè in seguito a trauma cranico. Tuttavia si possono rilevare alcuni aspetti caratteristici riportati da alcuni

---

<sup>182</sup>

P. Carbone, "Dopo l'incidente: un modello di ricerca-intervento, in P. Carbone, *Le ali di Icaro*, Bollati Boringhieri, Torino 2003.

<sup>183</sup>

S. Freud, "lutto e melanconia" in *Opere, 1915*, Bollati Boringhieri, Torino 1976.

<sup>184</sup>

R.J. Sonstroem, "Physical activity and self-esteem", in W.P. Morgan (a cura di), *Physical activity and mental health*, Taylor and Francis, Bristol 1997.

<sup>185</sup>

Organizzazione Mondiale della Sanità, ICF- CY classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute, Erikson, Trento 2001.

<sup>186</sup>

C.D. Vickery et al, "Self-concept and quality of life following acquired brain injury: a pilot investigation", *Brain Injury* 2005, 19, (9), pp. 657-655.

autori<sup>187</sup>. Innanzitutto la perdita di parti del Sè coincide con la consapevolezza da parte del paziente di “non essere te stessa persona” che era prima dell'evento traumatico data la presenza di difficoltà motorie, cognitive, emotive e di funzionamento sociale. Tale aspetto si colloca su un continuum che comprende la sensazione di sentirsi diverso, il senso di estraneità o il totale scollamento dalla propria identità personale passata. In secondo luogo la perdita di Sè fa sì che i pazienti valutino in modo negativo la propria efficienza personale rispetto ai periodi precedenti di trauma cranico, con comparsa di vissuti interni che si possono manifestare una risposta da frustrazione emotiva che accompagna la presa di coscienza della malattia.

Intervento terapeutico e solitamente finalizzato a rinforzare la personalità del soggetto, tentare di trasformare il Sè dalla sensazione di essere finito o di “non essere più” come prima verso la possibilità di poter convivere con le proprie limitazioni e con nuovo senso di identità che faccia sentire comunque pagati.

Alla luce di quanto descritto rispetto al concetto di sè sociale, un intervento appropriato con persone affette da grave cerebrolesione dovrebbe inoltre essere teso ad integrazione nella comunità e all'attivazione di programmi di socializzazione, ai fini di facilitare l'interazione con gli altri ed esplorare la via verso la miglior accettazione di sé attraverso mutuo supporto e la condivisione. Alcuni autori affermano infatti che le aree di vita che rivestono maggior rilievo nella vita di un paziente con trauma cranico e che possono consentire lo sviluppo di immagini di Sè leggermente positiva sono la famiglia, la salute fisica, il lavoro dell'amicizia<sup>188</sup>.

Il percorso terapeutico di questi pazienti è volta alla ridefinizione di un nuovo senso di Sè passando attraverso l'accettazione degli esiti permanenti di malattia. Volendo schematizzare forzatamente tale processo, inizialmente il Sè della persona che ha subito l'evento traumatico predomina rispetto al precedente senso di Sé, il quale sembra perduto. Mi individuo si riscopre a seguito dell'evento di malattia confuso, frustrato, arrabbiato e progressivamente avverte un senso di perdita e di dolore<sup>189</sup>.

Successivamente il Vecchio Sè e il Nuovo Sè (a seguito del trauma cranico) dialogano tra loro: come se mostrassero resistenza al fatto di conoscersi l'un l'altro, ma sono in comunicazione. La

---

<sup>187</sup>

S.M. Myles, “Understanding and treating loss of sense of self following brain injury: a behaviour analytic approach”, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2004, 4, 3, pp. 487-504.

<sup>188</sup>

A. Beverly, *Op. cit.* 2004; D.W. Man et al, “Exploring self-concept of persons with brain injury”, *Brain Injury* 2003, 17, 9, pp. 775-788.

<sup>189</sup>

L.S. Lorenz, “Re-establishing a sense of coherence: A typology of brain injury survivors stories”, Presentazione poster European Health Psychology Society, *Bath England* 2008, 9-12 settembre, <http://lslorenz.com>.



sensazione di perdita è presente, ma il nuovo Sè è in grado di attivare risorse interne e strategie di compenso.

A seguito del percorso terapeutico il nuovo Sè della persona con disabilità può essere uno tra molteplici Sè, consentendo una progressiva riappropriazione di identità nei vari contesti di vita. Quando l'individuo avverte queste diverse parti del Sè tra loro maggiormente integrate, alcune di esse guadagneranno altre perderanno importanza seconda del contesto<sup>190</sup>.

I punti di forza e di debolezza vengono riconosciuti e accettati.

---

<sup>190</sup>

E.G. Mishler, "Historian of the self: Resorying Lives, Revising Identities", *Research in Human Development* 2004, 1, pp. 101-121.

## 10 Project Work 2014

---

*“La consapevolezza della diversità, delle limitazioni imposte dall’evento cerebrolesivo induce nei pazienti fenomeni di dipendenza, di isolamento sociale con riduzione e inibizione della dimensione emotivo-affettiva, favorendo un ripiegamento narcisistico sul Sè e angosce persecutorie sulla totalità del corpo. In tal modo il corpo viene perduto come oggetto d’amore, e vissuto come qualcosa di estraneo o come peso da trascinare con rifiuto o atteggiamento passivo, di rassegnazione nei confronti delle terapie riabilitative e di aiuti provenienti dall’esterno”<sup>191</sup>.*

---

191

D. Saviola, A. De Tanti, *Trauma cranico e disabilità. Esperienze di psicoterapia*, Franco Angeli, Milano 2010.

Il nostro percorso di arte terapia ha il suo cuore pulsante in un luogo suggestivo in cui si attua un intervento di aiuto e di sostegno alla persona a mediazione non verbale<sup>192</sup>.



L'arteterapia alla quale ci riferiamo utilizza in modo privilegiato i materiali inerenti le arti visive per stimolare il processo creativo come sostituzione o integrazione della comunicazione verbale, ma soprattutto per risvegliare dal profondo i sensi con tutte le connotazioni che caratterizzano il "sentire" e favorire la relazione con tutto quello che dinamicamente intendiamo nell'etimologia del *re-latum*. L'intervento si svolge attraverso un momento attivo, in cui la persona è protagonista di quanto avviene: il paziente esprime e trasferisce contenuti interiori, quali i ricordi, le sensazioni, i sogni, dei desideri, delle emozioni, con il dipingere, disegnare e rimodellare. In questo luogo-contesto l'arte terapeuta prepara i materiali e l'ambiente per creare un clima di rilassamento e di tranquillità. In questo intervento è importante la relazione con l'arte terapeuta che cerca il contesto relazionale adatto perché il paziente senta di potersi fidare e inizi il percorso espressivo. Per questo motivo è stato chiesto ai genitori e/o agli accompagnatori di non essere presenti durante gli incontri ma di trovare un loro luogo di incontro separato dal nostro atelier. Tornando alla relazione tra paziente e arte terapeuta, quest'ultimo non funge da insegnante di disegno, pur essendo spesso un artista, dunque non dà temi precisi, non ha aspettative sul piano tecnico e formale, ma si limita ad offrire semplici suggestioni, a volte dà degli accorgimenti metodologici sull'uso di materiali, da cui

---

<sup>192</sup>

Il capitolo è tratto da L. Grignoli, Percorsi trasformativi in arteterapia. Fondamenti concettuali e metodologici, esperienze cliniche e applicazioni in contesti istituzionali, FrancoAngeli, Milano 2008.

il paziente puoi iniziare a trarre nutrimento per fare emergere successivamente ciò che detiene profondamente e che non ha mai espresso. La suggestione, data non solo dalla parola ma dall'ascolto di un brano musicale, per esempio, almeno all'inizio del rapporto, è utile perché trovarsi di fronte ad un foglio bianco può creare sconcerto se non addirittura angoscia. È una sensazione che tutti noi conosciamo molto bene. Davanti ad un foglio bianco che evoca vuoto, spesso angoscia, viene da dire: "E ora che si fa?", "Non ho idee", "Ho paura", "non sono capace!", "Non disegno più da quando ero piccolo!", "Non so tenere la matita in mano".



Interrogazioni ed esclamazioni sono spesso la prima espressione del paziente, ma solitamente l'arte terapeuta riesce ad aiutarlo a superare questo timore, rassicurandolo sul fatto che nessuno giudicherà i suoi lavori incoraggiandolo a lasciarsi andare. L'arte terapeuta, infatti non ha aspettative artistiche sul lavoro che si andrà realizzando ed è pronto a incoraggiare e ad aiutare il paziente come “terza mano” invisibile, alcune

volte visibile, nella realizzazione dell'immagine.

Alla fine del primo incontro avviene qualcosa di molto importante: il paziente si trova di fronte ad un'opera. Può essere un'opera destabilizzante nella misura in cui il prodotto è completamente differente dalla guida “razionale” che la persona aveva “in mente”. Lo si aiuta a comprendere che, oltre alla ragione abbiamo emozioni e che le forme dell'emozione sono soggettive, non hanno un corrispettivo nelle forme delle cose. Quando il paziente capisce questo si ha il primo risultato perché può essere l'inizio del rafforzamento del senso di identità e dell'aumento dell'autostima, grazie al vedersi rispecchiato nelle parole e nell'atteggiamento di risposta dell'arte terapeuta.

Poi sentiamo dire: "questo l'ho fatto io!". Con questa affermazione si attua un riconoscimento di se è della propria presenza in grado di lasciare una traccia. Dopo qualche tempo l'esclamazione cambierà in "io sono così!". Nel momento in cui le sensazioni avvertite, ricordate, maturate si traducono nell'oggetto artistico, sia esso un dipinto, un disegno una scultura si avvia un processo di auto comprensione sempre più profonda. Il riuscire a raffigurare immagini, sentimenti ed emozioni, esprimendoli simbolicamente in una forma visiva concreta, permette di poterle osservare come qualcosa di distaccato da sé e di prendere le distanze. Ecco allora che anche nelle

immagini più cariche di sofferenze, di angoscia si crea uno spazio di accettazione di elaborazione, che può essere di aiuto all'individuo nella ricerca di nuove modalità di interazione tra mondo interno e mondo esterno. Durante l'incontro di arte terapia il paziente ha, quindi, l'opportunità di esprimere il proprio mondo interiore in una struttura che non rappresenta alcuna minaccia, la struttura della seduta terapeutica, e per mezzo degli strumenti



artistici dare a esso una forma comunicabile, sperimentando nella relazione con l'arte terapeuta la risposta empatica ai propri bisogni. Come sottolinea Edith Kramer, “la terapia d'arte è concepita in partenza come mezzo di sostegno dell'Io, capace di favorire lo sviluppo di un senso di identità, e di promuovere una generale maturazione (...) l'arte serve come modello di funzionamento dell'Io: diventa una zona franca in cui è possibile esprimere e saggiare nuovi atteggiamenti e risposte emotive, anche prima che queste modificazioni abbiano luogo di bello della vita quotidiana”<sup>193</sup>.

Spesso l'intervento attraverso l'arte terapia viene accostato all'esperienza dell'*oggetto transizionale*, nell'accezione datale da Donald W. Winnicott, esperienza che il bambino sperimenta nella negoziazione nella fase di separazione con la madre. Winnicott sostiene che il bambino è in grado di attribuire e di riporre dei sentimenti in un oggetto inanimato, traendone conforto. Questo è l'atto creativo primario perché con questo il bambino trasforma un oggetto senza vita in oggetto animato in base ai propri bisogni<sup>194</sup>. Non si può dire con certezza se questo avvenga almeno nei pazienti durante l'incontro, non avendo spesso dati sufficienti sulle loro esperienze infantili o sulla strutturazione delle relazioni oggettuali. Possiamo, invece, porre l'accento sulla particolare atmosfera che si cerca di creare nel laboratorio, dove *fenomeni transizionali* possono riaffiorare nel paziente e venire in primo piano. Per questo è importante che lo spazio del laboratorio abbia qualcosa che lo caratterizzi diversamente dagli altri contesti che il paziente si trova a vivere quotidianamente. In questo spazio la persona potrebbe vivere la propria separazione con modalità nuove.

<sup>193</sup>

E. Kramer, *Arte come terapia nell'infanzia*, La Nuova Italia, Firenze, 1977.

<sup>194</sup>

D.W. Winnicott, *Gioco e Realtà*, Armando, Roma 1974.

L'arteterapia è un intervento terapeutico, preventivo e/o riabilitativo, che si attua attraverso l'espressione libera della propria creatività. La terapia si fonda comunque su un'azione progettuale che si articola su almeno tre livelli<sup>195</sup>:



*1° livello si situa l'osservazione e decodificazione della produzione grafica* per rilevare i vissuti o, qualora si tratti di persone con handicap o disagi, per rilevare i mutamenti nelle diverse fasi del processo psicopatologico e per cogliere il messaggio comunicativo esplicito ed implicito insito nel prodotto. Attraverso il disegno delle immagini che la persona esternalizza e oggettiva la propria interiorità, la rappresenta rendendola più accessibile a se stesso e al terapeuta che lavora con lui il suo mondo interno. All'immagine è possibile anche associare emozioni, ricordi, idee in modo da ampliare l'esplorazione dei propri vissuti e conoscersi attraverso l'espressione di sé nell'immagine. È evidente che tanto più il soggetto riesce a tollerare di affrontare la conoscenza di parti profonde di sé tanto più il lavoro è incisivo e trasformativo. Come nel sogno, il simbolo dell'immagine sono protetti da una sorta di censura, quindi, anche nel disegnare ognuno ha la possibilità di esporsi, ma anche di nascondersi ovvero di mascherarsi quanto basta per sentirsi protetto da giudizi, valutazioni o interpretazioni intrusive;

---

<sup>195</sup>

F. Facco et al., "L'Arteterapia", in G. Ba (a cura di), *Metodologia della riabilitazione psicosociale*, FrancoAngeli, Milano 1994.



*Al 2° livello l'utilizzazione di strategie di tipo pedagogico per ridurre le resistenze, stimolare la creatività e sostenere le funzioni dell'Io attraverso l'esame di realtà e l'apprendimento. Nell'espressione grafica non c'è solo il tirar fuori da sé qualcosa, ma anche l'imparare come farlo, modulando gli istinti, emozioni e il pensiero stesso. Affinché i lavori non si isteriliscano in prodotti senza storia, è necessario che l'intervento di arte terapia a bianco una*



*funzione psicopedagogica di apprendimento, così da consentire e facilitare il cambiamento. Favorire processi di apprendimento, infatti, aiuta a liberare le proprie energie in funzione di uno scopo, rafforza l'autostima e dà fiducia in se stessi. Per questo in arteterapia spesso associamo ai momenti di libera espressione della creatività anche la sperimentazione comune di tecniche e strategie differenti atti a migliorare le possibilità espressive del soggetto. Quando questi ha a disposizione diversificate azioni tecniche, sceglierà quella che maggiormente li consente di esprimere al meglio il suo vissuto, a volte anche per renderlo comprensibile agli altri;*



*Al 3° livello lo stimolo alla comunicazione e alla socializzazione.*

*Nell'atelier grafico-pittorico lo scambio comunicativo avviene a livello di immagini e di colori che si concretizzano sul supporto (carta, cartoncino, plastica, tessuto, ecc.). Il progetto artistico non appartiene più al regno della pura interiorità, ma l'interiorità viene trasformata dalla sua oggettivazione, contemporaneamente parte di sé e altro da sé e può divenire così un tramite tra mondo interno e il mondo esterno verso la*

*riscoperta in riconoscimento del mondo reale. Nel laboratorio non si è soli, si lavora in gruppo e con il gruppo in un'attività comune. Questo ha un'importante funzione socializzante perché,*

consentendo di graduare e modulare il rapporto con gli altri, diminuisce la paura e abbassa la soglia delle resistenze, facilitando la comunicazione. Il soggetto, infatti, può lavorare mantenendo la distanza e successivamente attraverso il disegno ridurre tale distanza, avvicinandosi a relazioni comunicative con gli altri nel rispetto delle norme del gruppo.

I problemi di un soggetto devono trovare una via di elaborazione attraverso il processo creativo non solo come espressione libera, disordinata e caotica, ma anche mediante l'uso appropriato di tecniche specifiche. Ecco perché l'arte terapeuta deve portare in sé competenze sia artistiche che cliniche: deve essere lì quando qualcuno è in panne, quando c'è chi sente l'esigenza di esprimere una cosa che non riesce ad esprimere con i mezzi che possiede. L'arte terapeuta può sempre trovare una strada per facilitare l'incontro del soggetto con le sue possibilità creative espressive, a volte si passa attraverso passaggi e scelte di tecniche personalizzate; allora il paziente "alfabetizzato" potrà sperimentare parti di sé dimenticate, celate o mai espresse. Sta l'arte terapeuta dare a ognuno la possibilità di usufruire e sfruttare tecniche e metodologie diverse per essere in grado di avvicinarsi e coinvolgersi creativamente e per esprimere al meglio le proprie competenze, in base alle proprie possibilità e all'interesse del momento. Le tecniche per la produzione maggiormente utilizzate nel nostro lavoro di terapia con le arti visive vanno dalla manipolazione con la pasta modellabile al disegno libero, dal collage alla pittura con acquerello, pastelli e pennarelli, tempere, pastelli a cera ad olio, fino a il *dripping* di gruppo, la scrittura e l'utilizzo di materiali di recupero. La scelta delle tecniche non è casuale perché ognuna di esse è adatta a un certo tipo di soggetto ma è anche mirata a un certo tipo di lavoro. Per esempio, la tecnica del disegno libero è quella che più si presta all'osservazione delle capacità tecniche e alla lettura delle modalità relazionali del soggetto, ma sappiamo che per molti è anche la meno semplice da affrontare.



Il foglio bianco può essere vissuto come specchio che rivela ciò che non si vuole svelare, oppure come oggetto che evoca intollerabili vissuti di vuoto interiore.

Per rompere il ghiaccio ritengo importante, dopo aver offerto materiali di facile uso come matite e pennarelli, passare qualche minuto a spiegare o dimostrare anche praticamente l'utilizzo degli strumenti perché questo momento "neutro" nel contatto tra i partecipanti sia rilassante; apparentemente li si aiuta a contenere le ansie circa la prestazione tecnica che devono affrontare, in realtà ci si appresta a contenere le paure inconsce di fronte a sé stessi e alle proprie potenzialità espressive. Può capitare che l'arte terapeuta sia richiesto da qualche membro del gruppo affinché intervenga concretamente sul proprio disegno. Valuto di volta in volta l'opportunità di intervenire direttamente sul lavoro dei pazienti soprattutto se ci sono difficoltà motorie; preferisco chiedere cosa uno vorrebbe disegnare e l'aiuto a "dar forma" alle proprie immagini interne e vedo che poi, tranquillizzato, il resto va da sé. Questo comportamento stringe il legame e aumenta la fiducia, quella fiducia che può consentire di sviluppare un percorso creativo e un processo terapeutico efficace. Se la situazione di disegno libero è vissuta con troppa ansia, lo posso indirizzare verso l'utilizzo del disegno aereo-gestuale che viene eseguito con liberi movimenti del braccio senza riferirsi a uno schema precostruito, il soggetto "finge" di dipingere qualcosa che ha in mente, si aiuta con i movimenti del corpo e spesso segue il ritmo della musica di sottofondo. È un'esperienza molto rilassante ed è la più adatta ad esprimere stati emotivi non facilmente rappresentabili nei termini della figurazione tradizionale. L'attenzione dell'arte terapeuta è rivolta in questo caso a cogliere il ritmo teso o rilassato, veloce o lento, il coinvolgimento del corpo nel movimento del dipingere; ma anche quando il paziente riesce a lasciarsi andare pur senza vedere oggettivamente cosa produce.

Questa tecnica consente un facile superamento delle resistenze: soggetti rigidi e schematici possono rivelare capacità motorie insospettabili; la possibilità di esprimere liberamente ma in modo invisibile toglie il timore di essere valutati e giudicati. Soggetti, invece, estremamente difesi con manie persecutorie, come pure i soggetti ossessivi che utilizzano per lo più difese di razionalizzazione di vissuti emotivi, possono scegliere di fare il disegno geometrico. Le forme geometriche, infatti, essendo di facile esecuzione, non rivestendo caratteristiche simboliche evidenti con scarsa aderenza al reale, liberano il soggetto dalla paura del confronto. Anche se poi in realtà le rappresentazioni geometriche sono storicamente cariche di significati simbolici, propiziatori e religiosi, di fatto permettono di comunicare evitando i contenuti emotivi legati ad una

comunicazione simbolica diretta<sup>196</sup>. Quando un paziente attraversa periodi di ansia o depressione o disorganizzazione del pensiero, la scelta di questa metodologia diventa una forma di auto contenimento e di rilassamento, come se l'ordine spaziale che queste forme offrono si riflettesse in qualche misura a livello mentale.

Ci sono anche altre tecniche che servono ad arginare le paure di confrontarsi. Il collage, per esempio, si presta molto nel lavoro di gruppo, essendo strutturato in varie fasi nelle quali le persone possono avvicinarsi: fatta la scelta del tema, l'arte terapeuta si occupa a preparare le immagini sia da ritagliare (per andare incontro a chi ha difficoltà motorie) che già tagliate. I pazienti si occupano a scegliere le immagini, chi riesce a tagliarle o strapparle e infine a trovare la loro disposizione



spaziale incollandola sul supporto. Tutte queste operazioni facilitano incrementano l'interazione tra i membri del gruppo, mettendo in gioco le loro competenze relazionali. Il collage libera dal timore della creazione diretta dell'immagine, dando comunque la possibilità di esprimersi. Questa tecnica è utile nelle situazioni particolarmente coartate o in attività puramente di senso artistico, dove la tendenza dell'isolamento e la mancanza di spinte interne ed esterne creano forti

difficoltà nella relazione e comunicazione con l'esterno.

La pittura a pennello (dall'acquerello alle tempere) riesce, invece, a catturare in modo più completo chi si avvicina a questo tipo di tecnica. La pittura è più strutturata e richiede spirito di iniziativa, aggressività positiva, tolleranza dello scarto tra intenzione e risultato. Quando il colore, agendo direttamente sul supporto, carta tela che sia, scopre un piacere indescrivibile. Il colore si spande oltre il segno della matita è spesso chi scopre queste potenzialità del colore rinuncia fare il disegno preliminarmente impara compiacersi degli accostamenti, vivendo più serenamente l'incertezza del risultato finale. La colorazione rispetto al disegno è più evocativa, meno contratta, sicuramente proiettiva. L'attenzione dell'arte terapeuta è tutta tesa a contenere l'ansia emergente dall'incalzare di suggestioni emotive molto forti.

<sup>196</sup>  
R. Volmat, *L'art psychopatologique*, Puf, Pris 1956.

Molte delle sensazioni suscitate dall'uso del colore si ritrovano nell'uso di materie malleabili (come la pasta modellabile che abbiamo usato nel terzo incontro). La materia da manipolare o da scolpire può dare piacere ed essere prediletta da molti oppure può essere decisamente rifiutata da altri. Le cause di questa difficoltà vanno sempre indagate, ma probabilmente sotto la razionalizzazione (paura di sporcarsi, di allergie, di non saperlo utilizzare, ecc.) si



cela quella resistenza e la regressione che la manipolazione diretta della materia induce facilmente. La manipolazione di questi materiali consente una liberazione di energia, la possibilità di sfogare l'aggressività veicolandola in senso creativo. La realizzazione di un oggetto concreto può essere complessa e richiede una certa pianificazione, come pure risultare immediata, facilmente ottenibile anche da soggetti piuttosto disturbati. La scultura coinvolge emotivamente quanto un disegno, ma la capacità di realizzarla pare gratificare maggiormente, forse perché il creare è tangibile, fruibile o



forse perché a livello simbolico "dare forma" alla materia evoca la possibilità di dar forma, ovvero senso e significato, al materiale magmatico e inquietante che si trova all'interno delle proprie fantasie inconscie.

In un percorso di arteterapia non è soltanto utile affrontare le varie tecniche per dar sfogo ai fantasmi inconsci, ma in certi casi può essere un espediente efficace per riportare i pazienti alla lettura e al confronto con la realtà circostante.

Operazione questa che può essere al contempo rassicurante e destabilizzante:

*guardare fuori di sé distoglie dall'angoscia di dover far affiorare immagini interne; ma vedere immagini fuori di sé e verificarne la discrepanza con quelle create può costruire motivo di ansia.*

Nella maggior parte dei casi viene richiesto, almeno all'inizio, come punto di partenza per liberare altre cose. Specie nel gruppo il guardare oggettivamente le cose e confrontarle con gli altri rende possibile la scoperta della distinzione tra realtà oggettiva e la soggettività dei diversi modi di leggerla. Scoprire che le cose si possono vedere da tante angolazioni è un modo per accettare i diversi punti di vista degli altri. Ecco uno dei motivi per cui ritengo formativo il gruppo. Il lavoro collettivo è un'esperienza fondamentale nell'ambito dell'arte terapia, perché consente di uscire dal proprio spazio-foglio (e perché no, anche dal proprio circoscritto punto di vista) per quel lavorare ad un progetto comune.

La possibilità di accostarsi a parte di sé non riconosciute, a modalità di interazione con gli altri e con il proprio ambiente, ha reso possibile un'elaborazione efficace di particolari vissuti, come pure modificazioni dell'atteggiamento e di certi comportamenti. All'interno del gruppo circolano emozioni, percezioni, immagini e affetti, che attivano dinamiche personali e complicate risonanze, tanto su aspetti del mondo interno che del mondo esterno. L'arte terapeuta, qualunque sia la tecnica usata dei singoli, interviene per favorire livelli di espressione più efficaci e strutturati, promuovere la creatività individuale e aiuta a contenere le reazioni emotive che scaturiscono da eventuali riattualizzazioni di remoti e recenti conflitti. Egli lavora affinché il prodotto su cui il soggetto proietta funzioni di oggetto-sé consente un senso di significazione e completezza personale al fine di promuovere l'autostima di ciascuno, riducendo la tendenza alla fusionalità simbiotica, permettendo di delineare i confini tra sé e il mondo e, quindi, ricostruire con esso un adeguato rapporto di realtà<sup>197</sup> e una storia meglio formata.

---

<sup>197</sup>

L. Corti, "L'arteterapia nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura di Melegnano", *Quaderni di psichiatria*, vol.II, 1997, 2, gennaio, periodico Ussl Melegnano.

## 10.1 Struttura del Progetto di Arteterapia

---

### 10.1.1 Destinatari

---

Il gruppo di pazienti pensato e scelto da una equip  formata, oltre che da me in quanto arteterapeuta in formazione, da Federica Fogli l'Assistente Sociale che segue il servizio Handicap Adulto, da Maurillo Farina che da anni   il Coordinatore del reparto di riabilitazione intensiva dell'ospedale e con la forte collaborazione spirituale, morale ed economica dell'Associazione Traumi Cranici. I ragazzi che hanno preso a far parte del percorso di arteterapia sono nove ai quali attribuir  nomi fittizi per la privacy: Sandro, Gaetano, Simona, Lauro, Ida, Matteo, Betty, Eros e Valeria. Nove persone con un et  compresa tra i 18 ai 45 anni circa. Ognuno di loro ha subito un "grave" TCE con conseguenze fisiche e cognitive (chi pi , chi meno) abbastanza importanti causate da incidente stradale o da emorragie cerebrali improvvise. Alle spalle hanno un lungo periodo di riabilitazione con fisioterapisti, logopedisti e tutte le figure mediche che seguono l'iter di chi ha subito un GCA (ampiamente descritto nel capitolo *Il trauma cranico: prendersi cura di una persona*). Da tenere presente che tutti i cambiamenti, difficolt  e sofferenze descritte in abbondanza nei capitoli precedenti hanno caratterizzato il percorso di vita di queste persone e delle loro famiglie.

### 10.1.2 Obiettivi generali

---

Finito il percorso di riabilitazione ospedaliera, l'iter italiano non prevede alcuna presa in carico n  del paziente n , tantomeno, della famiglia. I soggetti in questione vengono lasciati in autogestione con ancora un enorme bisogno e sostegno nella vita quotidiana; tutti quei turbamenti e cambiamenti che sono avvenuti dentro e fuori la persona, e le relazioni che la persona con GCA ha con chi si prende cura di lui.

Per questo gli obiettivi principali del percorso sono concentrati sulla socializzazione, l'autostima, consapevolezza, utilizzo delle capacit  motorie.

Principalmente si vuole creare un'attivit  di gruppo in cui le persone possano avere un'occasione di confronto e di condivisione, per avere di fianco qualcuno che ha passato la sua stessa avventura e che lo pu  davvero capire. Anche per le famiglie   un'occasione per staccarsi e prendersi del tempo per s , per curare relazioni che vanno al di fuori del "curato". Le attivit  proposte sono finalizzate anche ad aiutare e stimolare una sempre maggiore

autoconsapevolezza della nuova identità senza stare a correre dietro all'immagine della persona che dovrebbe tornare ad essere, ma vedere chi è in quel momento e apprezzare ciò che è in grado di fare; lavorare per una maggiore consapevolezza dello stato attuale ponendo l'accento sulle capacità e non sulle disabilità aiuta ad intraprendere un cammino verso una maggior autostima dell'individuo. Il lavoro con l'arte e i materiali utilizzati vogliono coinvolgere la persona in attività espressive organizzate in un laboratorio dedicato per permettere l'utilizzo e la stimolazione delle capacità motorie e cognitive in possesso.

### 10.1.3 Tempi e luogo

---

Il primo percorso è stato realizzato da gennaio a giugno del 2014 con tre incontri al mese. Il giorno individuato è stato il martedì e l'incontro frontale era il pomeriggio dalle 16.30 alle 17.30. Il percorso avviene in un luogo protetto individuato nell'Area di Socializzazione adiacente al Reparto di Riabilitazione Intensiva dell'ospedale San Sebastiano di Correggio (RE).

### 10.1.4 Struttura generale di ogni incontro

---

Ogni incontro ha un suo schema di svolgimento con momenti definiti in cui sia l'arteterapeuta che gli stessi ragazzi possono far riferimento: Accoglienza del gruppo e delle famiglie, Consegna del lavoro e Creazione del prodotto, Condivisione finale e Saluti.

### 10.1.5 Proposte laboratoriali

---

Per perseguire gli obiettivi che l'equipè di lavoro ha individuato ho pensato ad alcuni argomenti che potessero accomunare tutti i partecipanti. Ripensando un pò all'iter standard di chi subisce un TCE sicuramente il tema dell'*incidente* e quello dell'*ospedale* sono due istanze significative. Per lavorare sul qui ed ora mi sono servita dell'*autoritratto* e di immagini simboliche. La *famiglia* è stato poi l'argomento per trattare le loro competenze relazionali e comportamentali. Per quanto riguarda la presa di contatto con "chi ero", "chi sono" e "chi sarò" ho chiamato in causa i ricordi, i sogni, gli obbiettivi e le speranze di *ieri, oggi e domani* (passato, presente e futuro).

Mi sono servita di varie tecniche proponendo materiali vari: pastelli, pennarelli, pastelli a cera e ad olio, pennarelli a gel e pastelloni di varia misura, acquerelli, tempere e colori a dito, pasta



modellabile colorata e materiali di riciclo. Gli strumenti che ho messo a disposizione volevano toccare le più svariate possibilità di stimolazione della motricità sia grossolana che fine: pennelli di varia grandezza e lunghezza, pennellini a dita e quelli che danno effetti particolari, mattarelli, coltellini, stampini e spugne. Per quanto riguarda le modalità ho proposto alternativamente laboratori individuali, per privilegiare un lavoro di introspezione e la stimolazione all'autoconsapevolezza, laboratori a coppie, per sperimentare fiducia e collaborazione, laboratori di gruppo, per creare socializzazione, confronto e complicità, e infine ho proposto un laboratorio dove vi hanno partecipato anche i genitori, per dare la possibilità anche a loro di potersi esprimere, condividere, portare fuori ed elaborare il lutto dell'accaduto.

## 10.2 Primo incontro: BIGLIETTO DA VISITA

Quando il percorso è iniziato avevo poche informazioni sui ragazzi che vi avrebbero partecipato. Mi erano state dette le capacità motorie e la loro storia in linea generale. La preparazione del primo incontro ha richiesto tempo, energie e una buona condivisione con altre figure esperte. Il lavoro che ho proposto è stato quello del “biglietto da visita” ovvero su un supporto di cartone dove c’era già scritto il loro nome personalizzarlo con la tecnica e il materiale che più lo ispirava. Questo lavoro rappresentava il “chi sono io” nel *qui ed ora* e solo quello che voglio far sapere agli altri di me. I supporti erano dei cartoncini rigidi ricoperti di carta porosa di dimensioni ampie (più o meno 20x40 cm) e sopra a ogni cartoncino avevo scritto il nome dei partecipanti ognuno con un carattere diverso (per sottolineare l’unicità di ogni membro) questo per mettere al pari tutti, sia chi era in grado di scrivere e chi no. Ognuno di loro ha scelto il materiale: Gaetano, pennello e tempere, Simona, spugna e tempere, Ida, pastelli, Matteo, pennarelli, Sandro, pastelli a cera e pennarelli.



La sorpresa di vedere di essere riusciti a produrre un’oggetto artistico era stata tanta. Poi durante il momento della condivisione finale ognuno ha voluto raccontare agli altri un pezzo di sé e della sua storia. Ida: “Ho disegnato questa cornice perché ultimamente ho bisogno di confini”. Matteo: “Ho disegnato i palazzi di New York perché ho un sogno.. fare la maratona”. Gaetano: “In mezzo, quello marrone, è l’incidente, quello rosso è il sangue, ma quello verde è il prato che sopra ci gioco con le mie figlie”. Simona: “Quel rosso sono io”. Sandro: ”Mi piace la musica. Io suonavo, suonavo il basso. Mi piaceva. Ora posso suonare solo la tastiera ma non mi piace così tanto”.

### 10.3 Secondo incontro: UNA FAMIGLIA DI MACCHIE

Nel secondo incontro ho voluto proporre un'attività che potesse stimolare in particolare l'appartenenza al gruppo parlando di insieme, unione e famiglia. Ho proposto di utilizzare e sperimentare col disegno libero le tempere, materiale fluido e poco controllabile e ho messo a disposizione varie tipologie e grandezze di pennelli per stimolare la curiosità e la creatività di ciascuno dei ragazzi; il supporto era a scelta personale tra foglio di cartoncino di grandezza A3 di vari colori. Quindi la consegna del lavoro era semplicemente giocare con i colori, studiarli, scoprirli e pasticciarli sul foglio rappresentando anche in modo astratto le persone del gruppo, poi a stesura finita avrebbero piegato a metà per vedere il risultato "a sorpresa" del loro lavoro.



In questo laboratorio Simona, non avendo autonomie motorie degli arti superiori, ha pitturato col pennello utilizzando la bocca. Simona: "Questa marrone è l'Ida, quella grigia sono io perché non ho tanta soddisfazione, non c'ho molta immagine di me, il bianco è Matteo perché è tutto rosa e poi mi piace come colore, quello giallo Sandro e anche quello è un bel colore". Sandro: "Giusto, sì, perché io ho due compleanni uno a novembre e uno a marzo,; uno sono solo nato ma l'altro sono morto poi rinato, ho rimparato a mangiare, a parlare e a respirare; faccio sempre la festa anche se a me non piace come giorno, non mi ricorda delle belle cose". Matteo: "Partiamo dalla centralità della famiglia, del nostro gruppo che è la Margherita che ci ha dato un pò di coordinamento, un pò di ordine e un pò di consigli. Margherita scritto come nome e come fiore. La Marghe è molto dolce, la nostra arteterapista (...) tutt'intorno gravitiamo noi a questo gruppo, in questa esperienza di arte, è un percorso che credo ci sta facendo crescere, è la mia impressione. In senso orario c'è Sandro che

sei un libro aperto e condividiamo la stessa passione per la musica, quindi ti ho raffigurato con la chiave di violino. Avanti troviamo Ida che oggi però non c'è (...) poi la Simona che rappresenta l'anima di questo gruppo per questa sua gioia, positiva, Lorenzo un pò la novità e Gaetano rappresenta un pò la serietà, il padre di famiglia e la severità del padre, e si sente che oggi manca (...) direi che ci sono tutti presenti e assenti”.

## 10.4 Terzo incontro: SEMPLICEMENTE BESTIALE

Nel terzo incontro ho proposto un'attività che voleva concentrarsi sia sull'utilizzo di immagini simboliche che di materiali più corposi con diverse azioni che stimolassero le abilità motorie grossolane e fini. Ho preparato delle fotocopie di dimensione A4 su fogli di carta normale con diversi animali stilizzati in bianco e nero di terra, di acqua e di mare. C'era un animale per tipo. Li ho mostrati ai ragazzi in modo che tutti sapessero tra quali animali potevano scegliere e poi ognuno di loro ha preso l'animale che lo ispirava di più. Gli ho chiesto di ritagliare la sagoma del disegno, chi non riusciva lo avrei aiutato io, e poi su un cartoncino A3 colorato avrebbero incollato l'animale. Quando il cartoncino era pronto potevano prendere i panetti di pasta modellabile di diversi colori che avevo preparato in mezzo al tavolo e colorare il loro disegno.



Colorare con la pasta modellabile significa attivarsi per trovare la metodologia più comoda:

magari staccando piccoli pezzi e appiccicarli sul foglio facendo pressione sui pezzi, come ha fatto Lauro, oppure cercare di avere un lavoro pi  omogeneo come ha fatto Eros. Diciamo che questo lavoro ha preso veramente tutti, anche Lauro che di solito non ha una gran resistenza di tollerare il tempo dei compiti affidatogli:   rimasto concentrato sul lavoro per tutto il tempo del laboratorio. Quando l'ho raccontato al padre non voleva crederci. Simona: "Devi sapere che a me piacciono tantissimo gli animali, soprattutto i cani, che sono i miei amici e mi mancano". Sandro: "Ho scelto lo scorpione apposta, perch  lo scorpione   il mio segno.. no non ce l'ho tatuato, mi manca". Eros: "Intanto, quello voglio dire n  ho bisogno. Dopo perch  voglio sentire qualcosa su questo da te e da lei (arteterapeuta e volontaria) perch  comunque mi serve. Anche perch  io, lo so, non dovrei parlare fin troppo come ho gi  fatto cio  devo un p  pi  fare i fatti miei. Io mi sono trovato bene e alla fine che adesso sto notando il disegno comunque pensavo che come mi hai ripreso tu all'inizio non mi piaceva ma adesso lo guardo e dico: cavolo perch  non   stato semplice pensavo fosse una passeggiata invece   difficile perch  cavolo Eros che bello che   venuto,   venuto bene, mi piace proprio. Soprattutto la parte che mi piace di pi    quella romana, a me piace il rosso".

## 10.5 Quarto incontro: UN PEZZO DI CUORE

Nel quarto incontro abbiamo attivato la memoria nei ricordi e lavorato sulle emozioni che vengono evocate da questi. Ho chiesto ai ragazzi di presentarsi quel giorno con una scelta di foto fotocopiate della loro famiglia (attuale, passata, solo alcuni membri, persone amate o anche no, ecc.) sulle quali avremmo lavorato, quindi, di fatto, il laboratorio   iniziato quando hanno scelto le foto a casa. Precedentemente, io ho disegnato e ritagliato, da dei cartoni rigidi, delle sagome di puzzle grandi pi  o meno come un A4. La consegna era di trasformare il pezzo di puzzle che avrebbero scelto con le foto che volevano e l'utilizzo delle tempere, materiale fluido, che si amalgama, che pu  sporcare e poco controllabile, proprio come i ricordi.



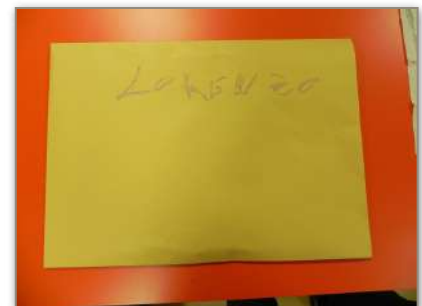


Per me, questo laboratorio era stato di una potenza incredibile. I ragazzi già mentre lavoravano avevano iniziato a raccontarsi di sé e delle loro storie partendo dai soggetti nelle foto. Sandro ha avuto diversi momenti di cedimento durante la condivisione e mentre raccontava di suo nipote disabile e delle gare nazionali di snowboard che non riuscirà più a fare Matteo, pronto, ha cercato di sostenerlo, incoraggiarlo. Simona ha cercato più volte di controllare la mano col pennello per pitturare senza il mio aiuto e Lauro, anche se ha fatto fatica nel lavorare manualmente, ha raccontato tanto della sua famiglia e dell'incidente. Sandro: "Secondo me loro sono il mio futuro, sono i miei due nipoti. Lei è mia madre che tiene me che sono messo male sulla carrozzina e lei è mia sorella con Milla e tiene mio nipote. Lui è messo peggio di me e lei è la mia vita (piange)." Matteo: "Sandro posso dire una cosa? Anche per tirarti su il morale.. Noi non siamo messi male. Semplicemente per una cosa: a noi sono rimasti i sentimenti, il cuore e la testa. A noi tutti. Quindi questa è la cosa più importante. C'è gente che vive e che non sa di vivere. Noi siamo vivi e non ci molleremo mai.. ci contraddistinguono dagli altri le emozioni che sono radicate e poi fa bene piangere..". Simona: "Già ce n'è anche di peggio ma non sempre si riesce a piangere perché chi è che sta peggio di noi?". Matteo: "c'è gente che sta benissimo ma non sa di essere viva. Noi invece lo sappiamo di essere vivi ci siamo e ci esprimiamo anche. La più brutta malattia del mondo è la depressione".

## 10.6 Quinto incontro: COSA NON TI DISSI MAI

Per il quinto incontro ho coinvolto il gruppo con un'attività di scrittura. Questo incontro ha visto pochi partecipanti permettendo al gruppo di essere ristretto e intimo. Ho messo a disposizione diverse carte di dimensione, di mano, di consistenza, di colore e anche plastiche e come materiale ho proposto i pastelli a cera e ad olio di diverse dimensioni. Il compito era quello di creare con i materiali disponibili una lettera, non per forza scritta, ma anche disegnata, in cui si comunica ad una persona cara una cosa che non c'è mai stata la possibilità di dirla. Abbiamo lavorato sul pensiero, i

ricordi, le emozioni e le abilit  cognitive-motorie della letto-scrittura.



Finita la stesura della lettera ho consegnato ad ognuno di loro una busta che avrebbero usato per inserire il loro manoscritto. Simona ha scelto di scrivere a suo padre, figura per lei privilegiata. E' riuscita ad esprimere tutta l'ammirazione che ha per lui ma confessargli anche il grande timore del suo giudizio. Io ho lavorato con lei come terza mano visibile facendo io concretamente ma lei ha scelto tutto, dalla carta ai pastelli, dai colori alle parole, dalla posizione delle scritte nel foglio al carattere. A fine lavoro si   emozionata ma sollevata di aver scritto una lettera a suo padre. Lauro invece non   riuscito ad individuare nessuna figura esterna per comunicare la sua enorme rabbia che ancora oggi gli brucia dentro per quell'incidente che ha subito per colpa della distrazione di un amico quando aveva poco meno di vent'anni.

## 10.7 Sesto incontro: MI PIANSE IL CUORE, MA...

A differenza dell'incontro precedente, questa volta i ragazzi non erano tutti ma la partecipazione è stata discretamente buona. Infatti, da qua in poi ha iniziato a venire ai laboratori Valeria, una ragazza ricoverata in reparto per una serie di infezioni che le hanno comportato un GCA. Dopo la dovuta accoglienza del nuovo membro, ho spiegato al gruppo i materiali che avrebbero usato durante il laboratorio. Anche oggi avremmo lavorato sulla memoria coi ricordi e sulla gestione delle emozioni perché ho chiesto di rappresentare qualcuno che ha fatto loro del male (emotivamente o anche fisicamente). Avevano la possibilità di utilizzare il materiale che più gli piaceva visto che ho portato tutti i colori a tratto (pastelli, pennarelli, pastelli a cera, acquerelli, ecc.) su un foglio A3.



Lauro riesce ad esprimere il momento dell'incidente e parlare del suo amico che era alla guida dell'auto uscito incolume dall'incidente che invece a Lauro ha comportato un TCE e diverso tempo in come con conseguente GCA. Si ricorda molto bene cos'è successo quella notte ed è consapevole dei grandi cambiamenti che la sua vita ha dovuto prendere. Valeria, Eros e Simona ha non raccontato invece di rapporti difficili e dolorosi con persone a loro care però prima del loro incidente.



## 10.8 Settimo incontro: ...ECCO CHI DAVVERO MI AMA

Il settimo incontro l'ho pensato collegato a quello precedente. Mentre l'altra volta ho chiesto di rappresentare qualcuno che aveva fatto loro del male, suscitando così emozioni spiacevoli e negative (rabbia, tristezza, amarezza, rimorso, ecc.), oggi i ragazzi avrebbero dovuto lavorare con emozioni piacevoli e positive (affetto, amore, stima, ecc.). Partendo dai rotoli di cartone della carta assorbente di varie dimensioni e utilizzando materiali come carte di recupero, giornali, colla, graffette, puntine ecc. gli ho chiesto di rappresentare una o più persone a cui vogliono bene e che nella loro vita gli ha fatto del bene.



Finita l'opera, quando abbiamo iniziato la condivisione, ho chiesto di appoggiare sopra all'elaborato della volta scorsa il prodotto di questo laboratorio. Lauro non è riuscito a dare un nome a chi gli ha fatto del bene ma l'ha rappresentato con un simbolo di cui era oltretutto molto fiero. Massimo: "Forse le cose possono anche cambiare, però non possono modificarsi in maniera tale dal fatto che noi la pensiamo in maniera diversa dalla volta scorsa.. adesso dobbiamo spiegare gli elaborati attuali". Lauro: "Guarda guarda è un bel gelato". Valeria: "Questo è mio papà, lui mi ha fatto del bene e insieme alla mia mamma sono il mio bene".

## 10.9 Ottavo incontro: IL PURGATORIO

Questo è stato un incontro davvero speciale: all'incontro hanno partecipato anche gli accompagnatori/genitori. Quest'idea di aprire l'incontro ai *care-giver* mi è venuta per due motivi:

uno, sentivo la necessità da parte degli accompagnatori dei ragazzi di capire davvero cosa succedesse durante il laboratorio, due, il tema di quest'incontro era condivisa sia da chi ha avuto l'incidente e anche la sua famiglia. Quindi ho chiesto per ogni ragazzo la presenza di un genitore. La proposta è stata accolta con grande entusiasmo sia dai genitori che dai (a mia sorpresa) ragazzi.



In questo incontro avremmo parlato dell'ospedale: l'esperienza e il tempo passato però da due punti di vista diversi. Il lavoro era a coppie: il genitore e suo figlio. Ognuno di loro aveva un foglio A3 sul quale doveva rappresentare quel periodo da dopo l'incidente compresa l'ospedalizzazione. Poi ad un certo punto gli avrei chiesto di scambiarsi i lavori all'interno delle coppie proseguendo l'opera ognuno a discrezione propria.

Grande momento di condivisione e confronto. Qualcuno dei genitori ha accennato che non aveva mai avuto la possibilità di raccontare a nessuno il proprio stato emotivo di quel periodo e altri che non prendevano un colore in mano da quando erano piccoli. Anche durante la condivisione c'è stata l'occasione per alcuni ragazzi di dire qualcosa delle proprie emozioni ai genitori che per tanto tempo sono stati costretti a pensare a tutte le cure mediche e riabilitative dei propri ragazzi.

## 10.10 Nono incontro: IL MIO VOLTO ATTRAVERSO GLI ALTRI

Nel nono laboratorio gli ho chiesto di lavorare con l'ascolto e l'empatia. Li ho divisi a coppie e a turno si dovevano raccontare al compagno: passioni, capacità, piaceri, esperienze ecc. tutte informazioni che sarebbero servite all'altro per fare un'elaborato in cui rappresentassero il compagno. Gli ho fornito dei fogli di colori fluorescenti sempre grandezza A3 e prendendo le

immagini dai giornali dovevano comporre un collage che presentasse il compagno. L'ascolto per un compito successivo stimola la concentrazione e la memoria per le informazioni raccolte.



La prima parte dell'attività è stata molto faticosa un pò per tutti: ascoltare l'altro, cercare di codificare e capire una comunicazione spesso non lineare perché magari l'altro fatica ad esprimere le parole correttamente, concentrarsi e ricordare tutte le informazioni però il collage è piaciuto molto. Si sono attivati praticamente tutti durante la scelta delle immagini chiedendo al compagno di ricordargli le cose dette e in più ognuno di loro ha fatto un sacco di domande su cose che gli venivano in mente guardando le figure e spesso la frase che ha risuonato è stata: "non ci avevo pensato!". E' risultata una lunga condivisione su quello che ognuno era, faceva e che anche dopo l'incidente è stato in grado di portare avanti. Infine ognuno si è sentito rappresentato nel collage dell'altro riconoscendo con sorpresa proprio come sia diverso come si vede lui da come l'ha visto l'altro.

## 10.11 Decimo incontro: LA MASCHERA

Dopo aver lavorato molto sul passato, chi erano e cosa facevano prima dell'incidente, l'incidente e tutti cambiamenti fisici, emotivi e sociali che hanno dovuto affrontare, per me era arrivata l'ora di approfondire l'*oggi*. In questo incontro abbiamo lavorato sul *qui ed ora* prendendo spunto da Jung e da uno degli archetipi che ci ha suggerito: la Maschera. La proposta è fatta con lo scopo di prendere sempre più contatto di chi sono e quello che vogliono far vedere di sé. Secondo me richiama molto il secondo incontro ma la maschera ha un valore simbolico decisamente diverso:

come voglio apparire agli altri. Ho dato la possibilità di scegliere se lavorare sul foglio oppure su una maschera vera con sagoma e protuberanze. I materiali che ho proposto erano i pennarelli (sempre per chi non si sentiva a suo agio nell'usare gli altri materiali), le tempere e i colori a dita. Scegliendo il supporto e i materiali che più gli fossero piaciuti dovevano rappresentare, secondo loro, quello che vogliono far apparire alle altre persone.

Dopo aver lavorato molto sul passato, chi erano e cosa facevano prima dell'incidente, l'incidente e tutti cambiamenti fisici, emotivi e sociali che hanno dovuto affrontare, per me era arrivata l'ora di approfondire l'*oggi*. In questo incontro abbiamo lavorato sul *qui ed ora* prendendo spunto da Jung e da uno degli archetipi che ci ha suggerito: la Maschera. La proposta è fatta con lo scopo di prendere sempre più contatto di chi sono e quello che vogliono far vedere di sé. Secondo me richiama molto il secondo incontro ma la maschera ha un valore simbolico decisamente diverso: come voglio apparire agli altri. Ho dato la possibilità di scegliere se lavorare sul foglio oppure su una maschera vera con sagoma e protuberanze. I materiali che ho proposto erano i pennarelli (sempre per chi non si sentiva a suo agio nell'usare gli altri materiali), le tempere e i colori a dita. Scegliendo il supporto e i materiali che più gli fossero piaciuti dovevano rappresentare, secondo loro, quello che vogliono far apparire alle altre persone.



L'attività è stata molto divertente e come si può notare dalle foto ognuno dei ragazzi ha scelto materiali diversi. Vorrei solo sottolineare due cose. Valeria, che in quel periodo stava vivendo momenti di grande sconforto perché comunque vedeva pochi risultati nel suo percorso verso le autonomie e l'equilibrio, ha passato tutto il tempo del laboratorio in piedi e (lei aveva scelto i colori a dita) il sorriso sulle labbra. Ha spiegato dopo che il colorare con le dita le aveva dato delle sensazioni piacevolissime e che era da un po' che non aveva delle sensazioni così positive. Lauro, che fatica sempre a rimanere confinato in uno spazio e un tempo, è rimasto concentrato sul lavoro praticamente tutto il tempo.

## 10.12 Undicesimo incontro: SOGNI DI UN TEMPO

In questo incontro ho chiesto ai ragazzi di riprendere in mano un sogno della loro vita che avevano prima dell'incidente. Partire dal passato mi è servito per farli lavorare sul presente e perché no anche sul futuro. Gli ho chiesto di fare un disegno in cui avrebbero raffigurato un sogno, un desiderio, una cosa che avrebbero voluto fare nella loro vita prima di rimanere compromessi soprattutto a livello motorio. Il supporto era un foglio A3 e i materiali a disposizione quelli a tratto.

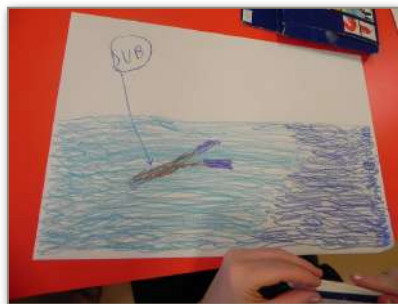


C'è stato un momento generale di sorpresa della richiesta anche perché la richiesta comportava un certo impegno sia di memoria a livello di ricordi che di manualità. Dopo che il gruppo si è auto aiutato nel cercare di capire come e cosa rappresentare. La condivisione era venuta spontanea verso la fine del lavoro quando Sandro ha iniziato a raccontare perché ha disegnato una tavola da surf

invece dello snowboard. Non gli veniva facile disegnarlo, poi sul foglio che sarebbe risultato tutto bianco non gli sarebbe piaciuto e dopo ha raccontato che in realtà dopo che ha avuto l'incidente e ha dovuto usare la carrozzina è riuscito lo stesso ad andare sullo snow grazie ad una associazione del reggiano che da la possibilità a ragazzi con con disabilità di fare sport. Sandro: "Mentre sono sceso dalla montagna piangevo!". Betty ha disegnato un sub perché le sarebbe piaciuto fare delle immersioni ma l'incidente che ha avuto le ha cambiato la vita quando lei era molto giovane quindi non ha avuto il tempo materiale. Simona voleva diventare una cantante, Lauro voleva volare e Matteo voleva andare a vivere in un mulino. Allora ho chiesto loro se questi sogni non si potevano realizzare ugualmente appoggiandomi alla testimonianza di Sandro che è riuscito a fare quello che desiderava. Sorpresa generale in cui, a poco a poco, tutti i ragazzi si sono resi conto che non necessariamente i sogni devono cambiare se cambiano le abilità, solo ci si deve ingegnare e farlo in un modo diverso.

## 10.13 Dodicesimo incontro: DESIDERI DI FELICITA'

Questo incontro è collegato con il precedente perché come avevo detto abbiamo lavorato prima sui sogni passati per poi lavorare sui desideri del presente. Con le stesse modalità e gli stessi materiali della volta scorsa ho chiesto di rappresentare un sogno che hanno ora.



Matteo si   lanciato in un lavoro con colori pastosi e accesi. Solitamente lui usava i pennarelli se c'era la possibilit , lo rassicuravano con il tratto preciso e controllabile. Per  negli ultimi incontri ha iniziato a provare i materiali e ad azzardare cose che anche lui alla fine ha detto che gli hanno gustato molto.

Sandro: "Vorrei andare in mare, in barca da solo, ho gi  fatto il corso per la vela, per andare da solo!". Simona: "Vedrai che poi si avverer !". Betty: "il mio sogno   andare sotto acqua, fare il sub. Non ho paura! Voglio andare sotto con le bombole. Mi piacerebbe andare a farlo in Sardegna, Grecia oppure all'Isola d'Elba" Matteo: "Oh! C'  qualcuno che vuole andare sulla luna. No perch  qua mi sembra che si sia alzato il tiro! Io con la maratona in confronto a voi sono niente" Lauro: "io ho fatto il bar perch  voglio andare al bar a bere i caff  e il sole perch  mi fa stare bene. Quando piove ci sono sempre delle brutte cose invece col sole no. Poi ho fatto un uccello perch  mi piace volare con il cervello. Voglio volare col pensiero e con la mente. Poi il mare   bello,   divertente". Matteo: "io voglio la gloria. Perch  sono uscito da una cosa devastante e non ci sono altre cose, ci pu  essere solo la gloria. Quindi l'ho rappresentata col sole perch    l'apoteosi. Volevo fare un disegno pi  sobrio ma   venuto cos .. per  bello!" Simona: "io vorrei camminare senza il bisogno di nessuno! Prima o poi vedrai che la faremo, tutti quanti ce la faremo, chi pi  chi meno".

## 10.14 Tredicesimo incontro: DIVERSAMENTE ESSERE

Per continuare a lavorare sul presente e il *chi sono io* ho pensato di proporre l'autoritratto. Infatti, negli incontri precedenti avevamo lavorato su *cosa mi piace e cosa faccio vedere agli altri*. Per fare un autorappresentazione ho pensato di proporre i materiali di recupero che come simbologia secondo me era azzeccata: un materiale che si rovina o rompe viene buttato via perch  non serve pi , pi  o meno come si sono sentiti i ragazzi quando si sono "rotti". Ma questi materiali se usati con creativit  si possono prendere, manopolare, fargli fare cose inusuali e non convenzionali per dargli una nuova forma e nuova vita. Quindi gli ho chiesto di fare una scultura di loro stessi utilizzando questi materiali: roba di carta, plastica, stoffa, vetro ecc.





Matteo: "tanta roba come sempre!". Simona: "non si può buttare via tutte queste cose". Sandro: "quando succede qualcosa di brutto a qualcuno viene buttato via come questa roba. Anche a noi è successo. Ci dobbiamo riciclare! Io ho riimparato a respirare e a mangiare. sono un riciclato perché sono morto e rinato". Matteo: "quello che spetta alle persone è riorganizzare. Non può essere una maniera diminutiva rispetto alla vita di prima, può anche essere una cosa positiva. Io faccio delle cose in più rispetto a prima. Vorrei dargli un nome alla mia scultura: berretto!" Sandro: "il mio rotolo" Lauro: "questo schizzo!" Betty: "Due gambe o scintilla!". Simona: "giallo".

## 10.15 Quattordicesimo incontro: IL POSTO SICURO...

Per l'ultimo incontro ho pensato di proporre un lavoro di gruppo per dare un "tocco finale" nel sentirsi parte di qualcosa di più grande: il gruppo. Condividere lo stesso foglio e lavorare insieme per la stessa opera unisce ulteriormente le persone. Gli ho chiesto di rappresentare per ognuno di loro il proprio "posto sicuro" e rappresentarlo sul foglio di carta da pacchi intorno al quale erano.







Ognuno ha scritto e/o disegnato il posto in cui si sente a suo agio oppure dove ha trovato protezione. Sandro ha disegnato il mare però dicendo che anche nella pancia della mamma si è al sicuro. Per Lauro invece è il bar. Per Simona la casa. E' stato un incontro principalmente di tante chiacchiere probabilmente nate dalla consapevolezza che sarebbe stato l'ultimo incontro.

I ragazzi sono andati via un pò tristi con il peso della separazione, ma, contenti di aver condiviso con altri un percorso che non lavorava sulla loro disabilità ma su di loro principalmente come persone abili e piene di risorse.

## 11 Project Work 2015

---



*“Spesso accade che le mani sappiano svelare un segreto  
attorno a cui l’intelletto si affanna inutilmente”.*

C. G. Jung

## 11.1 Struttura del percorso

---

Il percorso proposto nell'anno 2015 ha visto la collaborazione dell'Arteterapia, del Counseling Espressivo e della Musicoterapia.

Noi tirocinanti delle varie specialit  ci siamo incontrate e abbiamo pensato di proporre un percorso sulla base della proposta dell'anno scorso nella quale arte e musica hanno viaggiato in modo alternato ma sempre insieme.

L'**Arte Terapia**, nelle relazioni di aiuto, utilizza il Processo Creativo attraverso modalit  espressive pittorico-plastiche, per facilitare lo sviluppo psico-sociale, cognitivo e affettivo del soggetto. L'arte terapia   una tecnica terapeutica non verbale che utilizza il linguaggio dell'arte come mezzo di comunicazione attraverso un'opera visiva concreta. Alla persona che partecipa al percorso di arte-terapia, viene data la possibilit  di diventare pi  consapevole della propria presenza e capacit  di lasciare una traccia visibile. I prodotti artistici diventano veri e propri simboli comunicanti dove sono impressi pensieri, emozioni e sentimenti. L'Arte-terapeuta non giudica e non utilizza l'interpretazione psicologica di manufatti e opere create, ma accoglie, legittima, rispecchia, amplifica i messaggi dell'altro con parole, segni, gesti e proposte. I processi creativo e terapeutico, offrono l'occasione di esplorare e sperimentare nuove idee, nuovi modi di essere e raccontare la propria storia in un modo nuovo.

Il **Counselling Espressivo** utilizza l'arte come strumento principale che fa da tramite tra noi ed il cliente stesso,   l'*oggetto transizionale* su cui proiettiamo le nostre emozioni che finalmente riconosciamo come nostre, ma ad una distanza che non ci fa paura, per poi masticarle, elaborarle, digerirle e infine integrarle dentro di noi.

Le risorse che si utilizzano sono le potenzialit  che ognuno di noi possiede, chi pi  chi meno, per elaborare il proprio vissuto e manifestarlo creativamente, portandolo fuori, verso una maggiore conoscenza e consapevolezza.

*Il focus, pi  che sul prodotto artistico finale,   sul Processo Creativo.*

Quindi l'*opera d'arte* realizzata   una rappresentazione simbolica del mondo interno dell'individuo al quale ci consente di accedervi per una maggior comprensione.   la caratteristica di utilizzare il linguaggio dei simboli che rende l'Arteterapia e l'arte nel Counseling un canale privilegiato rispetto alle altre forme di aiuto.

La **Musicoterapia**   l'uso della musica e dei suoi elementi (suono, ritmo, armonia, melodia) per

creare un dialogo sonoro che favorisca la comunicazione, la relazione e l'espressività, al fine di soddisfare le necessità fisiche, emozionali, mentali, sociali e cognitive. Le emozioni sono molto importanti nell'esperienza personale di ogni individuo: il linguaggio non verbale della musica dà la possibilità di esprimerle, riconoscerle e rielaborarle, eventualmente trasformandole. Attraverso la musica si possono ampliare le capacità comunicative ed espressive accrescendo la consapevolezza di sé, delle proprie abilità e l'autostima. Il lavoro di gruppo dà la possibilità di sentire l'altro, e reagire alla sonorità dell'altro in un processo di empatia.

Nella descrizione dei laboratori non scriverò del percorso parallelo di Musicoterapia non essendo stata presente agli incontri. Quindi, per chi lo desiderasse, può andare a ricercare l'esperienza fatta con la musica nelle tesi scritte da Patrizia Ricci e da Alice Sacchi.

### 11.1.1 Destinatari

---

Il gruppo di pazienti al quale è stato proposto questo percorso di Arteterapia e Musicoterapia era composto principalmente dai ragazzi che avevano fatto il percorso l'anno prima. In accordo con Federica Fogli, che era l'Assistente Sociale che seguiva il servizio Handicap Adulto, con Maurillo Farina, che da anni è il Coordinatore del reparto di riabilitazione intensiva dell'ospedale, con la collaborazione dell'Associazione Traumi Cranici e noi tirocinanti abbiamo deciso di proporre il percorso anche ad un ragazzo giovane originario del Marocco oltre al gruppo dell'anno precedente. Durante la descrizione degli incontri attribuirò nomi fittizi per la privacy: Simona, Lauro, Matteo, Raffaele e Gabriele. Cinque persone con un'età compresa tra i 18 ai 45 anni circa. Ognuno di loro ha subito un "grave" TCE con conseguenze fisiche e cognitive (chi più, chi meno) abbastanza importanti causate da incidente stradale o da emorragie cerebrali improvvise. Alle spalle hanno un lungo periodo di riabilitazione con fisioterapisti, logopedisti e tutte le figure mediche che seguono l'iter di chi ha subito un GCA.

### 11.1.2 Obiettivi generali e specifici

---

Per quanto riguarda gli obiettivi generali del percorso l'equipè ha approvato nuovamente come linea guida ciò che ci si era prefissato l'anno scorso<sup>198</sup>.

---

<sup>198</sup>

Per la descrizione degli obiettivi generali si può andare a leggere il paragrafo "obiettivi generali" nel capitolo Project Work 2014.

Poi, sia per Arteterapia che per Musicoterapia, sono stati proposti degli obiettivi più specifici in base alla propria specialità.

Per l'AT e Counseling Espressivo ci si è voluti concentrare su:

1. Maggiore consapevolezza di Sé e degli altri;
2. Utilizzo, stimolazione e potenziamento abilità residue;
3. Raccontarsi, esprimersi e comunicare ciò che si porta dentro;
4. Confronto e socializzazione col gruppo.

Per la MT su:

1. La conoscenza di sé;
2. Conoscenza dell'altro;
3. Raccontarsi (autobiografia);
4. Raccontare (riuscire ad esprimersi/comunicare).;
5. Imparare ad aspettare e rispettare lo spazio e il tempo dell'altro;
6. Ampliare le possibilità comunicative ed espressive attraverso canali non verbali quali la musica;
7. Accrescere la consapevolezza di sé, delle proprie abilità e l'autostima.

### 11.1.3 Tempi, luogo e strutturazione del laboratorio

---

Il percorso è stato realizzato da gennaio a giugno quindi per un totale di 5 mesi alternando AT e MT nella sala di Socializzazione dell'ospedale San Sebastiano di Correggio. Per il laboratorio di Arteterapia abbiamo lavorato insieme io e Benedetta Bartoli mentre per il laboratorio di Musicoterapia ha lavorato insieme Patrizia e Alice.

Il laboratorio ha visto impegnati i partecipanti dalle 16.30 alle 17.30 in aggiunta le conduttrici sono state impegnate mezz'ora prima del laboratorio per la preparazione degli ambienti e dei materiali e il tempo successivo all'incontro per il ripristino e il passaggio di informazioni con gli accompagnatori.

Quindi ogni incontro era diviso nei seguenti momenti:

- Preparazione degli ambienti e dei materiali (solo per le conduttrici).
- Momento dell'accoglienza dei ragazzi e dei familiari.
- Momento laboratoriale.
- Momento della restituzione.
- Ripristino ambienti e materiale.

#### 11.1.4 Proposte laboratoriali

---

Per perseguire gli obiettivi che l'equipè di lavoro ha individuato abbiamo ripensato a grandi linee agli argomenti che sono stati proposti l'anno scorso. Sicuramente il tema dell'*incidente* e quello dell'*ospedale* sono le due istanze più significative da pensare per rielaborare il proprio vissuto. Per lavorare sul "*qui ed ora*" ci siamo servite dell'autoritratto attraverso immagini simboliche. La *famiglia* è stato poi l'argomento per trattare le loro competenze relazionali e comportamentali. Per quanto riguarda la presa di contatto con "*chi ero*", "*chi sono*" e "*chi sarò*" abbiamo lavorato sui ricordi, i sogni, gli obiettivi e le speranze di ieri, oggi e domani (passato, presente e futuro).

Ci siamo servite di varie tecniche proponendo materiali vari: pastelli, pennarelli, pastelli a cera e ad olio, pennarelli a gel e pastelloni di varia misura, acquerelli, tempere e colori a dito, pasta modellabile colorata e materiali di riciclo. Gli strumenti che abbiamo messo a disposizione volevano toccare le più svariate possibilità di stimolazione della motricità sia grossolana che fine: pennelli di varia grandezza e lunghezza, pennellini a dita e quelli che danno effetti particolari, mattarelli, coltellini, stampini e spugne. Per quanto riguarda le modalità abbiamo proposto alternativamente laboratori individuali, per privilegiare un lavoro di introspezione e la stimolazione all'autoconsapevolezza, laboratori a coppie, per sperimentare fiducia e collaborazione, laboratori di gruppo, per creare socializzazione, confronto e complicità. Infine, in aggiunta all'anno scorso, abbiamo proposto per integrare maggiormente i due percorsi paralleli di AT e MT e lavorare sul gruppo, un lavoro sul Mandala<sup>199</sup>.

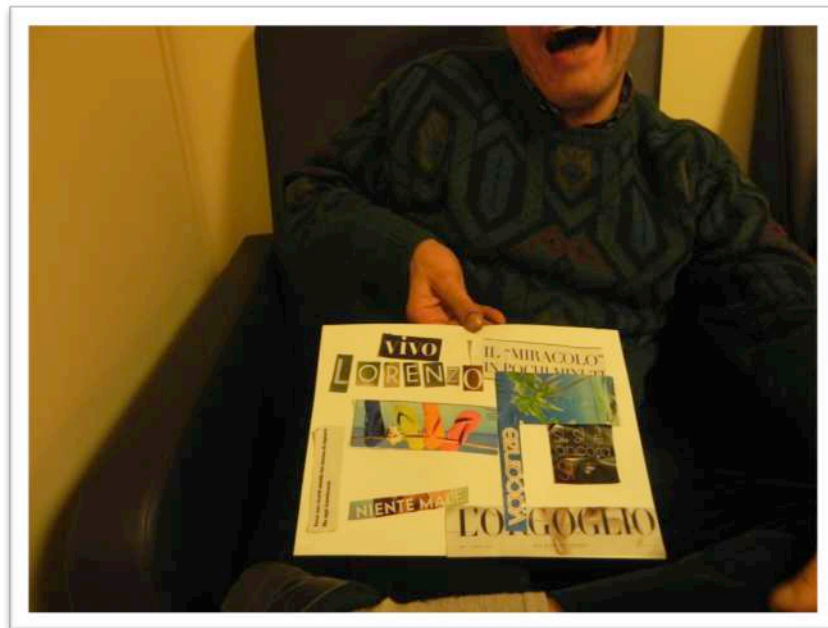
---

<sup>199</sup>

Per avere maggiori notizie sul significato dell'utilizzo del Mandala mando il lettore al paragrafo "il Mandala" che si trova all'interno del capitolo sulla Psicologia dei Materiali.

## 11.2 Primo incontro: BIGLIETTO DA VISITA

Come primo incontro è stata pensata a una presentazione generale dei componenti del gruppo attraverso un collage di immagini prese da dei giornali con l'obiettivo di riflettere e individuare alcuni aspetti di sé e che si volevano condividere col gruppo. Le azioni richieste, oltre a quelle di attenzione, introspezione e relazione, veniva anche chiesta una stimolazione della manualità grossolana nello strappare le figure e della manualità fine nel girare le pagine, ritagliare le immagini con le forbici e incollarle sul supporto con la colla.



## 11.3 Secondo incontro: LA FAMIGLIA

Nel secondo incontro abbiamo voluto iniziare ad entrare di più nell'ambito del racconto di sé attraverso un collage di foto che si erano portati da casa. Infatti la consegna che gli era stata data la volta precedente era proprio quella di pensare alle persone care della propria famiglia, vicine o lontane, che si sono rivelate importanti per qualche ragione particolare. Tutti si sono presentati con le foto tranne Matteo e Raffaele che non gli era stata fatta arrivare la richiesta ma hanno poi rimediato disegnando direttamente i loro cari. Questo lavoro era volto a proseguire nel lavoro di introspezione e di memoria dei loro vissuti emotivi del passato focalizzando l'attenzione su alcune figure in particolare. La parte interessante è stata la condivisione finale dove la voglia di raccontarsi da parte di tutti ha avuto la meglio e dove è stata stimolata indirettamente la capacità di ascolto, attenzione e attesa in modo che ognuno avesse il proprio spazio.





## 11.4 Terzo incontro: LE PASSIONI

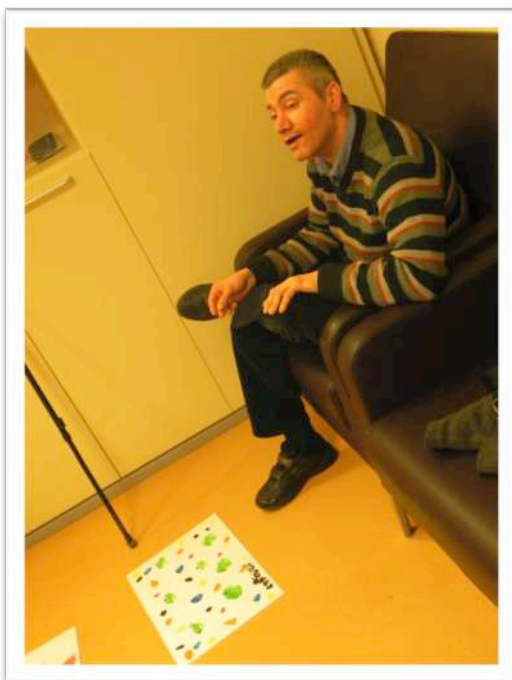
Il terzo incontro abbiamo voluto proporre un'attività di gruppo dove i partecipanti hanno potuto condividere un supporto grande sul quale attaccare le immagini cercate e ritagliate dai giornali che rappresentassero un po' le loro passioni. E' stato un laboratorio molto divertente dove il clima che si è creato ha aiutato ognuno a rilassarsi e distendere ogni tensione e rigidità rispetto agli altri, ad aprirsi sia all'ascolto e all'osservazione dei compagni, ma anche al dialogo e al racconto di sé. Il momento della restituzione finale in realtà si è sviluppato di pari passo con l'attività creando momenti davvero molto piacevoli sia per i ragazzi che per le conduttrici e in una condivisione reciproca. Quest'attività ha creato maggiori legami tra i componenti del gruppo e aumentato la fiducia nel rapporto terapeuta-paziente in previsione degli argomenti successivi più delicati.



## 11.5 Quarto incontro: CHI SONO IO

Per completare la prima parte del percorso sull'autobiografia, in cui abbiamo chiesto di pensare, connettersi e prendere sempre più consapevolezza della propria parte interiore, abbiamo chiesto ai ragazzi di rappresentarsi attraverso il disegno libero. Li abbiamo prima bendati e poi li abbiamo fatti sentire un arcobaleno profumato di colori, ovvero avevamo messo qualche goccia di essenze profumate in ogni colore e glieli abbiamo fatti odorare uno alla volta in modo che si stimolasse anche il canale dell'olfatto ovviamente collegandosi anche a quello della memoria. Ogni colore aveva il suo profumo. Poi in base alle sensazioni che gli aveva suscitato quest'esperienza gli avevamo chiesto di rappresentarsi usando i colori profumati con la tecnica che più li aggradava.





## 11.6 Quinto incontro: INCIDENTE

---

Il quinto incontro coi ragazzi ha inaugurato l'apertura della seconda parte del percorso dove, dal "presente", c'è stato un salto nel "passato". Da prima abbiamo chiesto ai partecipanti di connettersi con loro stessi aiutandoli, attraverso le attività proposte e alle condivisioni fatte, a prendere sempre di più consapevolezza di loro come persona esteriore e interiore nel *qui ed ora*. Poi, abbiamo chiesto ai ragazzi di ricordare. Abbiamo chiesto di staccarsi dal presente per ritornare al quel giorno in cui c'è stato quell'avvenimento traumatico per cui la loro vita ha dovuto cambiare strada. Gli abbiamo chiesto però di farlo con un "pennello" in mano per raccontarlo attraverso un'immagine e/o un colore. Sapendo la delicatezza di questa consegna gli abbiamo proposto tutti i materiali pittorici che avevamo (pastelli, pennarelli, tempere, pastelli a cera, ecc.) in modo che ognuno di loro scegliesse il mezzo più adatto e comodo per raccontare disegnando il giorno in cui hanno subito l'incidente traumatico.

Già durante il laboratorio, la condivisione e il racconto dell'incidente ha caratterizzato un clima di grande partecipazione. Dai membri del gruppo è venuta fuori una spinta di supporto, forza e aiuto reciproco che ha fatto sentire tutti non più da soli ma accompagnati sia dalle terapeute che dal gruppo di compagni che avevano vissuto anche loro sulla loro stessa pelle l'esperienza traumatica.

## 11.7 Sesto incontro: OSPEDALE

---

Durante il sesto incontro abbiamo proseguito a lavorare sul passato per continuare a dare l'occasione di ri-raccontare con un modo nuovo quel passato tanto odiato da chi l'ha dovuto vivere.

Abbiamo proposto un lavoro di gruppo dove abbiamo messo un foglio molto grande al centro del tavolo e abbiamo chiesto di raccontare, sempre attraverso le immagini suscitate dai ricordi tenuti nella loro memoria, ciò che avevano vissuto durante il periodo in cui sono stati in ospedale. Anche questa volta abbiamo lasciato libera l'espressione artistica proponendo tutti i materiali pittorici in nostro possesso e abbiamo curato in modo particolare la musica di fondo in modo che anche quella li aiutasse ad andare a ripescare le immagini in un passato accantonato volutamente.

A differenza della scorsa volta, dove erano stati condivisi momenti davvero toccanti e drammatici, durante la condivisione di questo incontro, i ragazzi sono riusciti a condividere, oltre a ciò che hanno vissuto e provato, anche alcuni aneddoti che ci hanno fatto sorridere. Loro stessi si aiutavano a vedere la parte bella di alcuni momenti in modo accogliente e simpatico.

## 11.8 Settimo incontro: NOSTALGIA

Il settimo incontro ha voluto segnare la fine della parte sul “passato”. Ma non solo. Questo incontro   stato decisivo nel passaggio dal sentirsi una “persona rotta e da buttare via” al sentirsi una possibile “persona nuova e originale”. Per questo motivo abbiamo proposto ai ragazzi di lavorare coi materiali di recupero. Abbiamo voluto creare un parallelismo tra il materiale e la persona: generalmente, quando abbiamo un oggetto che si rompe o che non riesce pi  a svolgere la funzione per cui   stato creato o pi  banalmente   vecchio, la mentalit  della nostra societ  consumistica ci porta a buttarlo nella spazzatura. Ma se vogliamo, con un po’ di creativit , possiamo dargli un nuovo valore, una nuova finalit  e una nuova vita. Gli abbiamo chiesto di pensare a loro nel passato, e a loro nel presente e di rappresentarsi in questo passaggio attraverso le numerose cose di varie forme, colori e consistenze che gli abbiamo presentato (stoffa, carte, cartoni, plastiche, ecc.).

Questo   stato il passaggio/messaggio che abbiamo realizzato coi ragazzi attraverso il recupero dei materiali: mai disprezzare o buttare qualcosa di rotto perch  da l  pu  venire fuori qualcosa di utile e speciale.





## 11.9 Ottavo incontro: DESIDERI SUL FUTURO

---

Eccoci alla penultima parte del nostro percorso. Abbiamo lavorato prima sul presente per prendere maggiore consapevolezza della propria persona, nel senso più ampio del termine, nel *qui ed ora* lavorando sulla parte interiore, esteriore e sul contesto relazionale ed emotivo che circonda i ragazzi durante il quotidiano. Abbiamo lavorato sul passato, per fare memoria di un evento traumatico che ha cambiato il corso della propria esistenza, sia fuori che dentro alla persona, dandogli però un senso e un significato diversi e nuovi. Ora c'è tutto il necessario per farci trasportare da questa spinta nuova e positiva che ci porta nei progetti sul futuro.

In questo laboratorio abbiamo chiesto ai ragazzi di pensare, immaginare ed esprimere attraverso il disegno libero ciò che vorrebbero fare della loro vita: sogni, speranze e desideri per il loro futuro. Per aiutarli li abbiamo fatti scegliere, attraverso un ventaglio di proposte musicali, quale musicista, stile o genere li avrebbe ispirati e aiutati a far venire fuori meglio questa parte. La maggioranza ha scelto Lucio Battisti. I materiali proposti sono state le tempere che potevano utilizzare sia coi pennelli di varie dimensioni ma anche le spugne che aiutano parecchio chi ha difficoltà manuali.

Sicuramente, la musica scelta ha contribuito parecchio a creare un clima di grande euforia, tanto che, durante l'elaborazione delle pitture ogni componente del gruppo cantava a squarcia gola manifestando un'energia positiva e coinvolgente poi successivamente espressa nel disegno e nella condivisione finale. Erano tutti partiti da sogni in grande stile come viaggiare o esplorare isole caraibiche ma dopo abbiamo notato un cambiamento di rotta e i desideri più profondi sono riusciti ad emergere. In generale, possiamo dire che il raggiungimento ad una propria autonomia, diversa e nuova rispetto a prima, è il motore che spinge ognuno di loro ad andare avanti nella vita.

## 11.10 Nono incontro: MANDALA PERSONALE

---

E' arrivato il momento di introdurre l'ultima parte del percorso dove chiediamo ai ragazzi di lavorare su sé stessi attraverso uno strumento eccezionale: il Mandala.

Come ampiamente descritto nel capitolo 5, il Mandala permette alla persona di connettersi con il suo grado di identità e le parti più profonde dell'essere e di rappresentare, attraverso le forme e il colore, questa relazione delicata tra il dentro e il fuori, alcune volte anche molto dolorosa e inconsapevole. E' uno strumento che stimola la ricerca di uno stato autentico della persona che, *in primis*, viene attivato dal suo "centro" e dalla grande sensazione di benessere e rilassamento psicofisico. Il Mandala, con le sue forme geometriche ripetute e concentriche, aiuta anche a prendere

consapevolezza di come una persona si relaziona col mondo, con le regole e i suoi limiti.

Abbiamo prestampato una serie di Mandala su fogli grandi, tutti diversi tra loro, e, dopo un'introduzione iniziale sul senso e significato di questo strumento, abbiamo proposto ai ragazzi di sceglierne quello che più lo ispirava. Abbiamo poi messo diversi materiali pittorici a disposizione, sempre in modo che ognuno di loro si sentisse più a suo agio nell'espressione artistica di sé. Per quest'attività, abbiamo previsto un accompagnamento musicale rilassante ma nello stesso tempo che desse note di vita e resurrezione: chi meglio della musica col pianoforte di Einaudi poteva farlo? Abbiamo visto come alcuni di loro si sono "buttati" in una scelta di materiali diversa dal solito e, nonostante l'azzardo, abbiamo trovato un profondo benessere e una sorprendente meraviglia nel vivere ciò.



Tutti i pensieri, i sentimenti, le emozioni, le sensazioni, i vissuti, negativi e positivi, che i ragazzi hanno espresso inconsciamente nel Mandala, gli ha permesso di percepire quella sensazione benefica che solo la perfezione della forma mandalica può rimandare alla persona.



## 11.11 Decimo incontro: MANDALA DI GRUPPO

---

Siamo giunti all'ultimo incontro di questo percorso.

Per tutti questi incontri, l'arte e la musica hanno viaggiato parallelamente proponendo ai ragazzi attività diverse per la loro specificità però con gli stessi obiettivi, ma, senza mai incontrarsi. Allora, io, Benedetta, Patrizia e Alice abbiamo voluto far sì che questo cammino si concludesse INSIEME pensando ad un'attività integrata.

Noi di Arteterapia abbiamo preso e ritagliato i Mandala fatti la volta prima e incollati su un cartellone. Questo per sottolineare e preparare i ragazzi alla manifestazione concreta e tangibile dei soggetti singoli che hanno creato il gruppo.



Invece, per Musicoterapia abbiamo fatto scegliere ad ognuno uno strumento musicale tra quelli proposti: tamburelli, bongo, maracas, cembali, fisarmonica, ecc.

Abbiamo diviso il gruppo in due parti, spiegando che questo sarebbe servito per collaborare e aiutarsi vicendevolmente nell'esecuzione del laboratorio Arte-Musico Terapeutico.

Seduti tutti intorno al tavolo con al centro il cartellone dei Mandala, abbiamo chiesto ad un gruppo di cantare e suonare le canzoni che hanno caratterizzato il percorso di Musicoterapia, mentre contemporaneamente, abbiamo chiesto all'altro gruppo di scegliere dei materiali pittorici "comodi" come pastelli, pennarelli, pastelli a cera, ecc. e integrare col proprio tratto contribuendo alla realizzazione del Mandala di Gruppo. Così facendo, i gruppi si sono alternati, lavorando sia con la musica che con l'arte, creando un Mandala gigante che, poi, è diventato il simbolo di un percorso finale unico e condiviso.



Infine, è stata utilizzata la canzone che è stata composta e incisa durante il percorso di Musicoterapia. Il testo è quello riportato qui di seguito:

**“INSIEME”**

*Quando stavo in ospedale  
immaginavo sempre il celeste,  
e dopo l’ho visto  
come il sole la forza è vita  
non lasciare la presa  
Tirati su!*

**INSIEME**

*L: siamo più forti*

*M: mai più soli*

*S: per essere liberi*

*G: per stare uniti*

*Il nostro cuore è allenato,  
persone pensano che sia ammalato,  
ma noi ci siamo passati,  
lo abbiamo provato!  
Non lasciare la presa  
Tirati su!*

*Condividere un dolore*

*Abbatere i muri!*

*... ed i muri vanno buttati giù!*

L’abbiamo cantata tutti insieme, più e più volte, invitando ad assistere e condividere col gruppo, l’equipe medica del reparto compreso il primario e le stesse famiglie dei ragazzi.

Questo incontro ha visto arte e musica abbracciarsi e condurre i ragazzi, e perché no, anche le conduttrici e il pubblico, a delle vere e proprie emozioni cariche di vita.

*“Il lunedì per me era un momento di gioia, avevo un impegno, quello di partecipare ai vostri incontri e tornata a casa stavo meglio, mi sentivo parte di qualcosa”.*

*“Le emozioni che mi hanno regalato questi percorsi sono indescrivibili, non solo ho scoperto parte di me che non sapevo di avere, e sono riuscito ad apprezzarmi ma addirittura ora mi sento migliore”.*

## 12 CONCLUSIONE

---

Dopo oltre vent'anni di sviluppo della riabilitazione neuropsicologica, possiamo affermare che non siamo ancora giunti ad una esaustiva integrazione e collaborazione multidisciplinare tra i vari professionisti coinvolti nei programmi riabilitativi, i familiari e i pazienti con disabilità conseguenti adempimenti cerebrolesivi<sup>200</sup> anche se qualcosa ha iniziato a muoversi.

Di fatto, nella maggior parte delle strutture sanitarie di medicina riabilitativa persiste la tendenza a considerare e gestire le disfunzioni cognitive, i disordini comportamentali e le difficoltà psicologiche-emotive quali entità separate, con la conseguente frammentazione della presa in carico del paziente e della sua famiglia<sup>201</sup>. Non vi è dubbio che, nel caso in cui sussistano specifici deficit funzionali (problemi sensitivo-motori, afasia, disturbi percettivo-gnostici, ecc.) ed altre esigenze particolari, quali, ad esempio, problemi di ordine psichiatrico (stato di agitazione psicomotoria, gravi scompensi emotivi, ecc.), il programma riabilitativo debba prevedere anche interventi terapeutici personalizzati e alternativi, gestiti da professionisti con competenze specifiche.

La riabilitazione neuropsicologica intesa nel suo significato più ampio, tuttavia, dovrebbe considerare il fatto che funzionamento cognitivo, manifestazioni emotive e condotta sociale sono dimensioni strettamente intercorrelate dai nessi di causalità reciproca e, quindi, qualsiasi ipotesi di trattamento di deficit e disfunzioni dovrebbe considerare la complessità delle caratteristiche umane, compresi i vari ambiti in cui si realizza l'esistenza, al fine di promuovere il reinserimento e la partecipazione sociale dei soggetti, non che percorsi di autoconsapevolezza per una maggiore autostima.

La vita del paziente che viene dimesso non è uguale a prima e nemmeno quella della sua famiglia: c'è bisogno di un costante accompagnamento dove il soggetto scopre una nuova dimensione e in quella trova la sua nuova identità con la quale troverà un equilibrio e con la quale potrà crearsi un nuovo progetto di vita.

L'idea e la realizzazione di questo percorso, proprio all'interno di un ospedale, è stato un chiaro segnale che le attenzioni per i pazienti e per chi fa parte del suo contesto relazionale stanno

---

<sup>200</sup>

B.A. Wilson, "Towards a comprehensive model of cognitive rehabilitation", *Neuropsychological Rehabilitation* 2002, 12, pp. 97-110.

<sup>201</sup>

Mateer et al, Op. cit. 2005.

cambiando e vedono sempre di più quanto la presa in carico della persona deve essere integrata in tutti i suoi aspetti.

I ragazzi che hanno partecipato a questi incontri hanno goduto di un miglioramento del benessere psicologico e in alcuni momenti anche fisico. Hanno lavorato su loro stessi, i loro vissuti, le relazioni con le persone che li circondano. Hanno avuto l'occasione di raccontarsi e di raccontare la loro storia e, soprattutto, l'hanno potuto fare da un punto di vista diverso, cambiando sensi e significati, usando una chiave di lettura volta al positivo, raccontando la storia della loro vita con parole nuove, libere dai macigni del giudizio e proiettate a nuovi progetti carichi di vita e speranza.

Queste proposte, sia chiaro, non vogliono essere delle alternative all'iter medico, necessario e fondamentale, a cui bisogna sottoporsi per una sorta di guarigione, ma vogliono essere delle collaborazioni per integrare una presa in carico olistica e completa del paziente nel senso più ampio del termine.

*“Quando si vive un’esperienza emotiva si entra in contatto con essa cercando di esprimerla, di darle una forma e così si avvia una TRASFORMAZIONE”<sup>202</sup>.*

Bene! Eccoci giunti al termine di questo fantastico percorso.

Nella speranza che queste esperienze possano essere riproposte in futuro e possano essere di riflessione anche per altri ambiti “di cura” della persona, mando un ringraziamento speciale a tutti i ragazzi e le loro famiglie.

Ringrazio Benedetta, Patrizia, Alice, Federica, Maurillo e Roberta del lavoro fatto insieme, della fiducia e della condivisione.

Ringrazio l’Associazione Traumi Cranici e tutti coloro che hanno creduto e permesso la realizzazione dei percorsi di questi anni.

Desidero ringraziare anche mio marito Denis che in questi anni mi ha sopportata e sostenuta aiutandomi a proseguire, nonostante alcuni momenti delicati, in questo mio cammino.

Grazie a tutti!

---

<sup>202</sup>

W.R. Bion, *Apprendere dall’esperienza*, Armando, Roma, 1979.

## 13 Bibliografia

---

- P. B. Allen, *Art is a way of knowing*, Shambhala, Boston, 1995.
- R.E. Allen, *The concise oxford dictionary*, 8° ed., Oxford University Press, Oxford 1993.
- R. Ault, *Drawing on the Contours of the Mind*, manoscritto pubblicato dall'A., s.d., 1996.
- N. Basaglia (a cura di), *Progettare la riabilitazione: la famiglia come risorsa del processo riabilitativo*, Ediermes, Milano 2002.
- W.R. Bion, *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma, 1979.
- J. Borod, *Neuropsychology of Emotion*, Oxford University Press, New York 2000.
- G. Butterworth (a cura di), *Infanzia ed epistemologia. Una valutazione della teoria di Piaget*, Unicopli, Milano, 1986.
- J. Campbell, *Attività artistiche in gruppo. Disegno, pittura, collage, scultura*. Edizioni Erickson, Trento, 1996.
- T. Cancrini, *Un tempo per il dolore*, Bollati Boringhieri, Torino, 2002.
- P. Carbone, "Dopo l'incidente: un modello di ricerca-intervento", in P. Carbone, *Le ali di Icaro*, Bollati Boringhieri, Torino 2003.
- P. Casement, *Apprendere dal paziente*, Raffaello Cortina Editore, 1989.
- R. Catellani, *Neuropsicologia delle sindromi post-traumatiche*, Raffaello Cortina, Milano 2006.
- G. Cellèlier, *Strutture cognitive e schemi di azione*, in O. Andreani Dentici, E. Gattatico (a cura di), *La scuola di Ginevra dopo Piaget*, Raffaello Cortina, Milano 1992.
- B. Chatwin, *Anatomia della irrequietezza*, Adelphi, 2005.
- K. D. Cicerone, "The enigma of executive functioning: theoretical contributions to therapeutic intervention", in P.J. Eslinger (a cura di), *Neuropsychological Intervention*, The Guilford Press, New York 2002.
- Damasio, K. Mayer, "Consciousness: An Overview of the Phenomenon and of its Possible Neural Basis", in S. Laureys, G. Tononi (eds.), *The Neurology of Consciousness*, Accademic Press Elsevier, London 2009.
- R. De Benedetti Gaddini, *Il processo maturativo. Studi sul pensiero di Winnicott*, Cleup, Padova 1985.
- A.E. Dell'Orto, P.W. Power, *Head Injury and the family*, CRC Press, Boca Raton, FL 1997.
- E. De Renzi, P. Faglioni, "Aprassia", in G. Denes, L. Pizzamiglio (a cura di), *Manuale di Neuropsicologia*, Zanichelli, Milano 1990.
- F. Facco et al., "L'Arteterapia", in G. Ba (a cura di), *Metodologia della riabilitazione psicosociale*, FrancoAngeli, Milano 1994.
- A. Ferro, *Fattori di malattia, fattore di guarigione*, Raffaello Cortina, Milano 2002.
- A. Ferro, *Evitare le emozioni, vivere le emozioni*, Raffaello Cortina Editore, 2007.
- S. Freud, *Saggi sull'Arte, la letteratura e il linguaggio*, Bollati Boringhieri, Torino 1999.
- S. Freud, "lutto e melanconia" in *Opere, 1915*, Bollati Boringhieri, Torino 1976.
- S. Freud, *L'Io e l'Es*, in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1923.
- S. Freud, « The Ego and the Id. » In J. Strachey (Ed.), *The Complete Psychological Works of Sigmund Freud. XIX*. Hogarth, London, 1923.
- E. Gendlin, *Focusing. Interrogare il corpo per cambiare la psiche*. Astrolabio Ubaldini, Roma, 2001.
- G. Giovanelli, *Prenascere, nascere e rinascere*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1997.
- L. Grignoli, *Percorsi trasformativi in arteterapia. Fondamenti concettuali e metodologici, esperienze cliniche e applicazioni in contesti istituzionali*, FrancoAngeli, Milano 2008.
- J. Itten, *L'arte del colore*, Milano, Il Saggiatore, 1982.
- J. Jacobi, *Dal regno delle immagini dell'anima*, Edizioni Scientifiche Magi, Roma 2003.
- C. G. Jung, M. L. Von Franz, J. Henderson, J. Jacobi, A. Jaffè, *Man and his symbols*, Doubleday, New York, 1968.
- C. G. Jung, *Deutsches*, edizione fuori commercio, 1931.

- C. G. Jung, *Berliner seminar*, Edizione fuori commercio.
- C. G. Jung, *La vita simbolica*, Biblioteca Bollati Boringhieri, Torino 1993.
- C. G. Jung, *Opere, Vol. XVI*, Torino, Boringhieri, 1981.
- C. G. Jung, *Opere*, volume XI.
- C. G. Jung, M. L. Von Franz, J. Henderson, J. Jacobi, A. Jaffè, *Man and his symbols*, Doubleday, New York, 1968.
- F. Kaplan, *Art, Science and Art Therapy*. Jessica Kingsley, London, 2000.
- R. Kellog, *Finger Painting in the Golden Gate Nursery School*, San Francisco, 1951, edizione fuori commercio.
- D. Klaff, *Il gioco della sabbia e la sua azione terapeutica sulla psiche*, Firenze, OS, 1974.
- M. Klein, *Invidia e gratitudine*, Martinelli, Firenze 1969.
- M. Klein, “il lutto e la sua connessione con gli stati maniaco- depressivi”, in *Scritti 1921-1958*, Bollati Boringhieri, Torino, 1940.
- E. Kramer, *Arte come terapia nell'infanzia*, La Nuova Italia, Firenze, 1977.
- D. Lambert, *The life and Art of Elizabeth “grandma” Layton*, WRS, Topeka (KS), 1995.
- C. A. Malchiodi, *Arteterapia, l'arte che cura*, Edizione Giunti, 2013.
- M. Mancia (a cura di), *Psicanalisi e Neuroscienze*, Springer-Verlag, Milano 2007.
- G. Masi, G. Stella, *Neuropsicologia del ritardo mentale*, in Sabbadini G. (a cura di), *Manuale di neuropsicologia dello sviluppo*, Zanichelli, Bologna 1995.
- A. Maslow, *Verso una psicologia dell'Essere*, Astrolabio Ubaldini, Roma, 1971.
- S. McNiff, *The Arts and Psychotherapy*, Charles C. Thomas, Springfield (IL), 1981.
- J. Meheler, E. Dupox, *Appena nato*, Arnoldo Mondadori, Milano, 1992.
- R. Molteni, *L'arteterapia*, Xenia Edizioni, Milano, 2007.
- E. Mundo, *Neuroscienze per la psicologia clinica*, Raffaello Cortina, Milano 2009.
- T.H. Ogden, *L'arte della psicoanalisi – sognare sogni non sognati-* Cortina 2003.
- Organizzazione Mondiale della Sanità, *ICF- CY classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute*, Erikson, Trento 2001.
- Organizzazione Mondiale della Sanità. *ICF, Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*. Ed. italiana a cura di Leonardi Matilde, Erikson, Trento 2002.
- J. Piaget, *L'epistemologia genetica*, Laterza, Bari 1973.
- J. Piaget, *Biologia e conoscenza*, Einaudi, Torino 1983.
- M. Piattelli Palmarini, *Linguaggio e Apprendimento*, Jaka Book, Milano 1991.
- C. Pizzoli, L. Lami, G. Stella, *Le prime tappe dello sviluppo psicomotorio: aspetti cognitivi*, in Contardi A., Vicari S. (a cura di), *Le persone Down*, Franco Angeli, Milano 1994.
- G.P. Prigatano, *Principals of Neuropsychological rehabilitation*, Oxford University Press 1999.
- G.P. Prigatano, D.L. Schacter (a cura di), *Awareness of deficit after brain injury*, Oxford University Press, New York 1991.
- F. Rovetto, *Non solo pillole*, McGraw-Hill, Milano 1996.
- D. Saviola, A. De Tanti, *Trauma cranico e disabilità. Esperienze di psicoterapia*, Franco Angeli, Milano 2010.
- H. Segal, *Introduzione all'opera di Melanie Klein*, Martinelli, Firenze 1975.
- P. Schilder, *Immagine di sé e schema corporeo*, FrancoAngeli, Milano 1950.
- R.J. Sonstroem, “Physical activity and self-esteem”, in W.P. Morgan (a cura di), *Physical activity and mental health*, Taylor and Francis, Bristol 1997.
- G. Stella, *Sviluppo Cognitivo*, Bruno Mondadori, Milano 2000.
- D.T. Struss, R.J.M.K. VanReekum, “differentiation of states and causes of apathy”, in J.C. Bor (a cura di), *The Neuropsychology of Emotion*, Oxford University Press, New York 2000.
- A.H. van Zomeren, H.B. Brouwer, *Clinical Neuropsychology of Attention*, Oxford University Press, New York 1994.
- S. Vicari, V. Volterra, *Il bambino con la sindrome di Williams*, in Sabbadini G., (a cura di), *Manuale di neuropsicologia dello sviluppo*, Zanichelli, Bologna 1995.
- R. Volmat, *L'art psychopatologique*, Puf, Pris 1956.
- L. S. Vygotskij, *Pensiero e linguaggio*, Giunti-Barbera, Firenze 1977.



- P.C. Wason, P.N. Johnson-Laird, *Psicologia del ragionamento*, Giunti-Barbera, Firenze, 1977.  
D.W. Winnicott, *Gioco e Realtà*, Armando, Roma 1974.  
R.L. Wood, T.M. McMillan, "Neurobehavioural disability and social handicap following traumatic brain injury", *Taylor & Francis*, Philadelphia 2001.  
I. D. Yalom, Leszcz Molyn, *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, Boringhieri, 2009.

## 14 Riviste

---

- ACRM- American Congress of Rehabilitation Medicine, "Recommendations for Use of Uniform Nomenclature Pertinent to Patients with Severe Alterations in Consciousness", *Arch Phys Med Rehabil* 1995, 76.  
R. Adolphs, "Investigating the cognitive neuroscience of social behavior", *Neuropsychology* 2003, 41.  
A. Adorisio "La ferita narcisistica: conoscere e riconoscere l'altro nella coreografia della relazione terapeutica", in *Quaderni di Art Therapy Italiana 2*.  
N. Alderman, "Contemporary approaches to the management of irritability and aggression following traumatic brain injury", *Neuropsychological Rehabilitation* 2003, 13.  
K. Andrews, L. Murphy, R. Munday et al., "Misdiagnosis of the vegetative state: retrospective study in a rehabilitation unit", *British Medical Journal* 1996, 6.  
L.J. Bach, A.S. David, "Self-awareness after acquired and traumatic brain injury", *Neuropsychological Rehabilitation* 2006, 16.  
S. Bauman, M. Waldo, "Existential theory and mental health counseling: if it were a snake, it would have bitten!", *Journal of Mental Health Counseling* 1998, 20.  
J.J. Bazarian, J. McClung, Y.T. Cheng et al., "Emergency Department management of mild and moderate brain injury in the USA", *Emerg Med J.* 2005, 22.  
J.A. Beverley, "Factors associated with self-worth in young people with physical disabilities", *National Association of Social Workers* 2004.  
BIAA (Brain Injury Association of America) (1986), "Definition of Traumatic Brain Injury", *Adopted by the Brain Injury Association Board of Directors*, February 22, [www.biausa.org](http://www.biausa.org).  
J. Blosser, R. De Pompei, "Fostering effective family involvement through mentoring", *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1995, 10;  
P. Boldrini, "La riabilitazione del paziente con esiti di traumatismo cranio encefalico e di altre lesioni cerebrali acquisite", in N. Basaglia (a cura di), *Medicina riabilitativa*, II ed., cap. 34, vol. III, Idelson-Gnocchi, Napoli.  
T.R.G. Bower, "Lo sviluppo neurobiologico nell'infanzia", *Il Pensiero Scientifico*, Roma 1978.  
P.E. Bryant, T. Trabasso, "Transitive Inferences and Memory in Young Children", in "*Nature*", 1971, 232.  
P. Caboara Luzzatto, "L'approccio comunicativo in arteterapia e l'uso delle tre dimensioni", in *Quaderni di Art Therapy Italiana 1*.  
L.J. Carroll, J.D. Cassidy, L. Holm et al., "Methodological issues and research recommendations for Mild TBI: the WHO Collaborating Centre Task Force on mild TBI", *J. Rehabil Med* 2004.  
C. M. Carlevaris, "Alcuni momenti della relazione terapeutica con un bambino", in *Quaderni di Art Therapy Italiana 1*.  
C. M. Carlevaris, "Oltre il recinto: tra bisogno di ripetizione e ripetizione dei bisogni nell'arteterapia con pazienti psicotici", in *Quaderni di Art Therapy Italiana 2*.  
J.D. Corrigan et al, "Perceived needs following traumatic brain injury", *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2004, 19.  
L. M. Colli, "Sulla relazione terapeutica", in *Quaderni di Art Therapy Italiana 1*.  
L. M. Colli, "Il disegno in arteterapia tra "esprimere" e "essere in comunicazione", in *Quaderni di Art Therapy Italiana 2*.  
L. Corti, "L'arteterapia nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura di Melegnano", *Quaderni di psichiatria*, vol.II, 1997, 2, gennaio, periodico Ussl Melegnano.  
B. Crosson, P. Poeschel Barco, C. Velozo, "Awareness and compensation in post-acute head injury rehabilitation", *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1989, 4.  
G. Curtiss et al, "Acute impact of severe traumatic brain injury on family structure and coping responses", *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2000, 15.  
C.A. Defanti, "Lo stato vegetativo persistente: un appello alla nostra responsabilità", *Bioetica*, 1.

- A. De Tanti, "Analisi dei profili di bisogno sociale e sanitario delle persone con GCA e delle loro famiglie", in *La grave cerebrolesione acquisita. Costruire la qualità della vita tra sociale e sanitario*, Provincia di Bergamo, settore Politiche Sociali. Ed. Maggio, Bergamo 2009.
- De Tanti, D. Saviola, "Riabilitazione della persona con esiti di trauma cranico-encefalico (TCE) e di grave cerebrolesione Acquisita (GCA)", EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Medicina Riabilitativa* 2008, 26-455-D- 15.
- M. Della Cagnoletta, "L'oggetto artistico nella relazione terapeutica", in *Quaderni di Art Therapy Italiana* 2.
- R. Dionigi, "Modelli della mente in Psicoanalisi. Il paradigma freudiano", *Rivista Italiana di Psicoterapia e Psicosomatica* 2002, 14, 2.
- R. Dionigi, "Modelli della mente in Psicoanalisi. Il paradigma freudiano", *Rivista Italiana di Psicoterapia e Psicosomatica* 2002, 14, 3;
- J.P. Donnelly et al, "A multiperspective concept mapping study of problems associated with traumatic brain injury", *Brain Injury* 2005, 19.
- A.I. Drake, N. Gray, S. Yoder, M. Pramuke, M. Llewellyn, "Factors Predicting return to work following mild TBI: a discriminant analysis", *J. Head Trauma Rehabil* 2002, 15.
- P.J. Eslinger, G. Zappalà, F. Chakara, A.M. Barrey, *Cognitive impairment after TBI*", in N.D. Zasler, D.I. Katz, R.D. Zafonte (eds.), *Brain Injury Medicine*, Demos Medical Publishing, New York 2007.
- A. Finset, S. Andersson, "Coping strategies in patients with acquired brain injury: relationship between coping, apathy, depression and lesion location", *Brain Injury* 2000, 14.
- S. Fleminger, R.J. Greenwood, D.L. Oliver, "Pharmacological management for agitation and aggression in people with acquired brain injury Cochrane Review", in *Cochrane Library*, Issue 3 Oxford, Update software 2003.
- C. Flinn, H. Caralucci, A. Duvocelle, J.M. Viton, "Heterotopic ossification and brain injury", *Ann Readapt Med Phys*, Nov 2002, 45 (9).
- C. Frith, "Brain mechanisms for having a theory of mind", *Journal Psychopharmacology* 1996, 10.
- J.Y. Giacino et al., "The minimally conscious state. Definition and diagnostic Criteria", *Neurology* 2002, 58.
- Giuria della Consensus Conference, Modalità di trattamento riabilitativo del traumatizzato cranioencefalico in fase acuta, criteri di trasferibilità in strutture riabilitative e indicazioni a percorsi appropriati-Documento conclusivo della Giuria e Raccomandazioni- *Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa* 2001, 15 (1).
- Godfrey et al, "Course of insight disorder and emotional dysfunction following closed head injury. A controlled cross-sectional follow-up study", *Journal of Cognitive and Experimental Neuropsychology* 1993, 15.
- D.I. Graham, H. Adams, T.A. Gennarelli, "Pathology of brain damage in head injury", in P.R. Cooper (a cura di), *Head Injury*, III ed., Williams & Wilkins, Baltimore, USA 1993.
- E.R. Griffith, N.H. Meyer, "Hypertonicity and Movement disorders", in M. Rosenthal et al. (eds.), *Rehabilitation of the adult and child with traumatic brain injury*, II ed., FA Davis, Philadelphia 1990.
- F. Happè, "An advanced theory of mind: understanding of story character's thoughts and feelings by able, autistic, mentally handicapped and normal children", *Journal of autism and Developmental Disorders* 1994, 24.
- B. Harding, R.A. Risdon, H.F. Krous, "Shaken Baby Syndrome", *British Medical Journal* 2004, 328.
- H. Head, "Studies" in *Neurology*, vol.II, Oxford Med. Publ., London 1920.
- H.F.R. Howes et al, "Female body image following acquired brain injury", *Brain Injury* 2005, 19 (6).
- B. Jennet, "The vegetative State", *Medical facts, ethical and legal dilemmas*, Cambridge University Press, Cambridge 2002.
- B. Jennet, "Consensus statement on criteria for the persistent vegetative state is being developed", *BMJ* 1997, 31, 314 (7094).
- D. Judd, S.L. Wilson, "Psychotherapy with brain injury survivors: an investigation of the challenges encountered by clinicians and their modifications to therapeutic practice", *Brain Injury* 2005, 1;
- Kampfl, E. Schmutzhard, G. Franz, "Prediction of recovery from post-traumatic vegetative state with cerebral magnetic resonance imaging", *Lancet* 1999, 351.
- K. Kaplan-Solms, M. Solms, "Clinical studies in neuro-psychoanalysis", *Karnac Books*, London 2000.
- E. Kim, "Agitation, aggression and disinhibition syndromes after traumatic brain injury", *NeuroRehabilitation* 2002, 17.
- L. Kirsch-Darrow et al, "Dissociating apathy and depression in Parkinson disease", *Neurology* 2006,
- P.S. Klonoff, G.A. Lage, "Narcissistic injury in patients with traumatic brain injury", *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1991, 6.
- P.M. Kochanek, R.S.B. Clark, L.W. Jenkins, "TBI Pathobiology", in N.D. Zasler, D.I. Katz, R.D. Zafonte (eds.), *Brain Injury Medicine*, Demos Medical Publishing, New York 2007.
- B.T. Kortte, S.T. Wegener, K. Chwalisz, "Anosognosia and denial: their relationship to coping and depression in acquired brain injury", *Rehabilitation Psychology* 2003, 48.
- J.S. Kreutzer et al, "Family needs following traumatic brain injury: a quantitative analysis", *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1994, 9.
- J.S. Kreutzer et al, "A structured approach to family intervention after brain injury", *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2002, 17.

- M. Leuzinger-Bohleber, R. Pfeifer, "Ricordare il passato nel presente: la memoria nel dialogo tra psicoanalisi e scienza cognitiva", in M. Mancina (a cura di), *Psicanalisi e Neuroscienze*, cap.2, Springer- Verlag Italia, Milano 2006.
- H.S. Levin, V.M. O'Donnell, R. Grossmann, "The Galveston Orientation and Amnesia Test: a practical scale to assess cognition after head injury", *The Journal of Nervous and Mental Diseases* 1979, 167.
- D.E. Levy, D. Bates, J.J. Caronna *et al.*, "Prognosis in nontraumatic coma", *Ann Inter Med*, 94.
- R. Levy, B. Dubois, "Apathy and the functional anatomy of the prefrontal cortex-basal ganglia circuits", *Cerebral Cortex* 2006, 16.
- F. Lombardi, A. De Tanti, "Rehabilitation of the Comatose Patient", in M.E. Selzer, L. Cohen, F.H. Gage, S. Clarke, P.W. Duncan, (eds.), *Textbook of Neural Repair and Rehabilitation*, vol. II, New York, Cambridge University Press 2006.
- L.S. Lorenz, "Re-establishing a sense of coherence: A typology of brain injury survivors stories", Presentazione poster European Health Psychology Society, *Bath England* 2008, 9-12 settembre, <http://lslorenz.com>.
- K. Malia, "Insight after brain injury: what does it mean?", *Journal of Cognitive Rehabilitation* 1997, 15.
- D.W. Man *et al.*, "Exploring self-concept of persons with brain injury", *Brain Injury* 2003, 17, 9.
- R.S. Marin, "Apathy: concept, syndrome, neural mechanism, and treatment", *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 1996, 3.
- R.S. Marin, P.A. Wilkosz, "Disorders of diminished motivation", *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2005, 20.
- C.A. Mateer, C.S. Sira, M.E. O'Connell, "Putting humpty dumpy together again. The importance of integrating cognitive and emotional intervention", *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2005, 20.
- C.A. Mateer *et al.*, "Putting humpty dumpy together again. The importance of integrating cognitive and emotional interventions", *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2005, 20.
- Mazzucchi, "Uso dei farmaci e disturbi comportamentali dopo trauma cranico", *MR Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa* 2003, 17, 4, dicembre.
- S. McDonald, S. Flanagan, "Social Perception deficits after TBI: Interaction between recognition, mentalizing ability and social communication", *Neuropsychology* 2004, 18.
- J. McGrath, "Beyond restoration to transformation: positive outcomes in the rehabilitation of acquired brain injury", *Clinical Rehabilitation* 2004, 18.
- J.M. Meythaler, J.M. Pduzzi, Eleftheriou *et al.*, "Current concepts: diffuse axonal injury-associated traumatic brain injury", *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2001, 82.
- E.G. Mishler, "Historian of the self: Resorying Lives, Revising Identities", *Research in Human Development* 2004, 1.
- S.M. Myles, "Understanding and treating loss of sense of self following brain injury: a behaviour analytic approach", *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2004, 4, 3.
- J. Nadell, "Towards an existential psychotherapy with the traumatically brain injured patient", *Cognitive Rehabilitation* 1991, 9.
- National Center for Injury Prevention and Control, *Report to Congress on Mild TBI in the United States: Steps to Prevent a Serious Public Health Problem*, Atlanta, GA: Centers for disease Control and Prevention 2003.
- C. O'Callaghan *et al.*, "An exploration of the experience of gaining awareness of deficit in people who have suffered a traumatic brain injury", *Neuropsychological Rehabilitation* 2006, 16.
- M. P. O'Gorman, "The Kick-off-head-crew. Psychotherapeutic work with acquired brain injury on as NHS Neurological Rehabilitation Unit", *Psychoanalytic Psychotherapy* 2001, 15.
- M.P. O'Gorman, "Two accidents-one survivor: neurological and narcissistic damage following traumatic brain injury", *Psychodynamic Practice* 2006, 12.
- T.L. Ownsworth, K. McFarland, R.M. Young, "The investigation of factors underlying deficits in self-awareness and self-regulation", *Brain Injury* 2002, 16.
- P. Pallaro "Controtransfert somatico: il terapeuta nella relazione" *Art Terapia Italiana* BO 1996.
- F.L. Patterson, A.R. Staton, "Adult-acquired traumatic brain injury: existential implications and clinical considerations", *Journal of Mental Health Counseling* 2009, 31.
- M. Persinger, "Personality changes following brain injury as a grief response to the loss of sense of self", *Psychology Report* 1993, 72.
- J. Ponsford, "Sexual changes associated with traumatic brain injury", *Neuropsychol Rehabil* 2003, 13.
- C. Philips, "Re-imagining the (Dis)Able Body", *Journal of Medical Humanities* 2001, 22, 3.
- G.P. Prigatano, "Disturbances of self-awareness and rehabilitation of patients with traumatic brain injury. A 20-years perspective", *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2005, 20.

- G.P. Prigatano, S.C. Johnson, "The three vectors of consciousness and their disturbances after brain injury", *Neuropsychological Rehabilitation* 2003, 13.
- V. Rao et al, "Apathy syndrome after traumatic brain injury compared with deficits in schizophrenia", *Psychosomatic* 2007, 48.
- V. Rao, C. Lyketsos, "Neuropsychiatric sequelae of traumatic brain injury", *Psychosomatics* 2000, 42, pp. 95-109;
- G. Sanfey et al, "Phineasgaged: decision-making and the human prefrontal cortex", *Neuropsychologia* 2003, 41.
- R.S. Siegler, "Three Aspect of Cognitive Development", in "*Cognitive Psychology*", 1976, 4.
- R.W. Skelton, C.M. Bukach, H.E. Laurance et al., "Humans with TBI show place-learning deficits in computer-generated space", *J. Clin Exp Neuropsychol* 2000, 22.
- G. Teasdale, B. Jennet(1974), "Assesment of coma and impaired consciousness. A practical scale", *Lancet*, 2.
- L.A. Taylor, L.A. Livingston, J.S. Kreutzer, "Neuropsychological Assessment and treatment of TBI", in N.D. Zasler, D.I. Katz, R.D. Zafonte (eds.), *Brain Injury Medicine*, Demos Medical Publishing, New York 2007.
- J. Toglia, U. Kirk, "Understanding awareness deficits following brain injury", *NeuroRehabilitation* 2000, 15.
- G.R. Turner, B. Levine, "Disorders of executive functioning and self-awareness", in J. Ponsford (a cura di), *Cognitive and Behavioral Rehabilitation*, The Guilford Press, New York 2003.
- T. Tzidkiahu et al, "Characteristics reactions of relatives of post-coma unawareness patients in the process of adjusting to loss", *Brain Injury* 1994, 8.
- R.D. Vanderploeg, H.G. Belanger, G. Curtiss, "Mild TBI and Posttraumatic stress disorder and their associations with health Symptoms", *Arch Phys Med Rehabil* 2009, 90, July..
- C.D. Vickery et al, "Self-concept and quality of life following acquired brain injury: a pilot investigation", *Brain Injury* 2005, 19, (9).
- C.A. Wallace, J. Bogner, "Awareness of deficits: emotional implications for persons with brain injury their significant others", *Brain Injury* 2000, 14.
- B.A. Wilson, "Towards a comprehensive model of cognitive rehabilitation", *Neuropsychological Rehabilitation* 2002, 12.
- E. Zierer, "Creative Analysis: Color Integration as a Diagnostic and Therapeutic Tool in individual and Family Treatment", *Psychiatry and Art*, cit. p.207.

## 15 Sitografia

---

Q. Salute, *Reparto di Riabilitazione Neurologica Intensiva Ospedale di Correggio*, <http://www.qsalute.it/riabilitazione-neurologica-ospedale-san-sebastiano/>

K. Carlini, *La terapia di gruppo*, [http://www.benessere.com/psicologia/arg00/terapia\\_gruppo.htm](http://www.benessere.com/psicologia/arg00/terapia_gruppo.htm), Aprile 2014.  
Wikipedia, *Bruce Moon*, [http://en.wikipedia.org/wiki/Bruce\\_Moon](http://en.wikipedia.org/wiki/Bruce_Moon), Marzo 2014.  
Wikipedia, *Test di Rorschach*, [http://it.wikipedia.org/wiki/Test\\_di\\_Rorschach](http://it.wikipedia.org/wiki/Test_di_Rorschach), Marzo 2014.

Carlo Coppelli, *Nuove ArtiTerapie*, ARTE ALIENATA- ART BRUT- OUTSIDER ART- ARTE TERAPIA: le visioni del disagio, <http://www.nuoveartiterapie.net/2016/02/22/arte-alienata-art-brut-outsider-art-arte-terapia-le-visioni-del-disagio/>, Febbraio 2016.

Sergio Mazzei, *Brevi considerazioni sull'uso dell'arteterapia nella psicoterapia della Gestalt*, <http://www.in-psicoterapia.com/?p=6448> Marzo 2016.

Marisa Mantovani, [http://www.counselingmantova.it/pdf/Focusing\\_estratto\\_Gendlin.pdf](http://www.counselingmantova.it/pdf/Focusing_estratto_Gendlin.pdf), Marzo 2016.  
*CreArti*, [http://www.artecometerapia.it/arteterapia/cosa\\_arteterapia.asp](http://www.artecometerapia.it/arteterapia/cosa_arteterapia.asp), Marzo 2016.

G. Bitelli, *La relazione terapeutica all'interno del setting di arteterapia*, <http://www.psicologiatorino.it/contributi/articoli/42-arteterapia/84-la-relazione-terapeutica>, Marzo 2016.  
L. Colonnello, C. Passavanti, *Arteterapia: le arti figurative e plastiche* <http://www.artiterapie.it/public/upload/arti%20figurative.pdf>, marzo 2016.



*“Infine, si fa presente che si è proceduto con la risistemazione del presente elaborato di tesi e si coglie l'occasione per rinnovare le proprie scuse all'autore di un libro citato all'interno di tale elaborato per aver - erroneamente - omissso di inserire i riferimenti bibliografici previsti.”*