



**UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE**  
**Facoltà di Medicina e Chirurgia**

**Corso di Laurea in**  
**EDUCAZIONE PROFESSIONALE**

**Tesi di Laurea**

**Una bussola nel labirinto interiore**  
**dell'utente del settore Salute Mentale:**

**Il laboratorio di Arte Terapia come**  
**orientamento espressivo nell'intervento**  
**educativo professionale**

**Relatore**

Prof.ssa Daniela Saltari

**Candidato**

Eleonora Montesarchio

*Anno Accademico 2019-2020*

## INDICE

<b>Introduzione</b> .....	1
 <b>Capitolo 1: La Salute Mentale</b>	
1.1 La salute mentale ieri e oggi: servizi e strutture .....	6
1.2 Riabilitazione e recovery .....	16
1.3 L'educatore professionale nella salute mentale .....	22
 <b>Capitolo 2: L'Arte Terapia</b>	
Premessa .....	28
2.1 Definizione di Arte Terapia .....	31
2.2 Origini dell'Arte Terapia .....	34
2.3 Perché fare Arte Terapia .....	38
 <b>Capitolo 3: Emozioni e Arte Terapia: la prospettiva delle neuroscienze</b>	
3.1 Il linguaggio delle emozioni.....	44
3.2 Emozioni: la teoria di Antonio Damasio .....	49
3.3 Le emozioni nella salute mentale .....	55
3.4 L'espressività emotiva attraverso l'Arte Terapia .....	60
 <b>Capitolo 4: Esperienza di tirocinio</b>	
4.1 Descrizione struttura e tipologia di utenza .....	65
4.2 Attività educative .....	69
4.3 Osservazioni e riflessioni .....	73

## **Capitolo 5 : Progetto “Laboratorio di fotografia”**

5.1 Motivazione e scelta del progetto .....	79
5.2 Assessment e stesura del progetto .....	84
<b>Conclusione</b> .....	<b>105</b>
<b>Ringraziamenti</b> .....	<b>108</b>
<b>Bibliografia</b> .....	<b>112</b>
<b>Sitografia</b> .....	<b>114</b>

## INTRODUZIONE

*“Il colore è il tasto,*

*L’occhio è il martelletto.*

*L’anima è un pianoforte con molte corde.*

*L’artista è la mano che, toccando questo*

*O quel tasto,*

*Fa vibrare l’anima.*

*E’ chiaro che l’armonia dei colori è fondata solo su un principio:*

*L’efficace contatto con l’anima.”*

*(Kandinsky)<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> <https://www.tesionline.it/tesi/arteterapia-e-psicosi/27090>



*Blu di Cielo, 1940*

Ho scelto di iniziare con questa citazione di Kandinsky poiché esprime perfettamente il connubio tra l'arte e l'anima. L'arte e la creatività sono qualcosa di innato, infatti fin dai tempi più antichi, verso la fine del Paleolitico, iniziarono a comparire le prime raffigurazioni dipinte o incise su rocce. Sono immagini di animali e uomini in movimento che servivano probabilmente, come rito propiziatorio per la caccia.<sup>2</sup> L'arte rappresenta quindi la forma espressiva più antica di tutti i tempi. Fin dalla nascita, un bambino esprime creatività. I bambini, disegnando, danno forma a ciò che sanno del mondo che li circonda, ai loro pensieri e alla loro fantasia e immaginazione, in maniera innata, naturale e trasparente, ed esprimono il loro stato d'animo, anche

---

<sup>2</sup> <http://www.didatticarte.it/storiadellarte/1%20arte%20preistorica.pdf>

solamente in base alla scelta di un colore piuttosto che di un altro. Fin dalle prime fasi dello sviluppo, il bambino si muove e sorride nel sentire il ritmo di una canzone, e comincia a ballare e gesticolare senza che nessuno glielo abbia insegnato. Questa è la dimostrazione di come l'arte, la musica, la danza, e quindi tutte le espressioni artistiche siano di fondamentale importanza e necessarie, nella vita di un essere umano, sia a livello espressivo che, come vedremo più avanti a livello terapeutico. Intendo parlare perciò dell'Arte Terapia, come una "bussola", capace di guidare e condurre l'essere umano all'interno del complesso labirinto interiore che definisce il corpo e l'anima, verso la strada che si può definire "giusta", tra tutte quelle possibili, verso l'uscita e la luce, che possa essere d'aiuto al fine di liberarsi da questo labirinto all'apparenza rischioso, che può rendere "pazzi" per le molteplici difficoltà intrinseche da affrontare. L'Arte Terapia, in questo caso rappresenta una bussola verso l'espressione delle emozioni nella maniera più limpida, pura e sincera, in grado di riuscire a superare, in questo modo, le vie più oscure.

Nel suo significato letterario il labirinto è una "leggendaria costruzione architettonica, o parola magica, che evoca generalmente luoghi tortuosi dove perdersi", ma in realtà esso è un archetipo antichissimo diffuso in ogni parte del globo, che sicuramente, sin dall'epoca preistorica, aveva il significato di viaggio iniziatico, di prova.<sup>3</sup> Credo che ogni essere umano abbia un labirinto interiore, che comprenda mente e corpo, poiché mente e corpo, al contrario di come enunciato nel "dualismo cartesiano", non sono due componenti distinte ma corrispondenti, in cui l'una comprende e influenza l'altra. Considerando la salute mentale, vengono a mancare l'armonia sociale, con il mondo

---

3

[https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=fKLLCQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP5&dq=labirinto+e+salute+mentale&ots=CNEaRSsjrS&sig=5qF6ROmm8WbfiBnoBIB\\_2Ogl9bk&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=fKLLCQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP5&dq=labirinto+e+salute+mentale&ots=CNEaRSsjrS&sig=5qF6ROmm8WbfiBnoBIB_2Ogl9bk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

esterno e con se stessi, trovandosi costantemente all'interno di un paradosso dell'essere, dell'esilio continuo, procurato direttamente o indirettamente da altri. Ciò rappresenta il riflesso e l'espressione del disagio esistenziale e della perdita del concetto del "bello" e del "vero". La salute mentale chiede l'armonia, la poesia come atto quotidiano, verso la riscoperta della bellezza del mondo e della realtà.<sup>4</sup> Se pensiamo alla poesia "La pioggia nel pineto" di Gabriele D'Annunzio, Ermione ed il poeta, si ritrovano in un bosco nel bel mezzo di un temporale. Il poeta chiede subito alla sua compagna di far silenzio "Taci!", per contemplare solamente i rumori dell'acqua e della natura. Immagino il bosco, e i suoi rumori all'interno di una mente "disturbata".<sup>5</sup> Ermione tace, ma nel mentre il bosco pullula di voci di streghe, ranocchi e lupi, e non di suoni lievi e cadenzati dalla natura. Se la bellezza è una qualità dell'educazione e dello spirito, il malessere, lo star male, il disagio esistenziale richiedono l'armonia come "ricostituente". Per "bellezza" non si fa riferimento ai canoni estetici, ma a ciò che di bello si può vivere, si può sentire e rappresentare. Il nostro corpo, il nostro mondo interno ed esterno. Un nuovo modo di sentire e sentirsi, di vedere e vedersi. Un labirinto non è sempre qualcosa di cui aver timore, buio e intricato ma anche qualcosa da scoprire, esplorare, con occhi e diversi, essendo capaci poi di trovare quella via che porta alla luce, senza "perdersi per strada".

Possiamo definire gli Educatori Professionali come "operatori di armonia", che dovrebbero trovare una incisiva localizzazione come figure di "distribuzione" di quella

---

<sup>4</sup> [http://www.magma.analisiqualitativa.com/0404/article\\_09.htm](http://www.magma.analisiqualitativa.com/0404/article_09.htm)

<sup>5</sup> <https://www.studenti.it/la-pioggia-nel-pineto-d-annunzio-testo-parafraresi.html#:~:text=La%20donna%20viene%20chiamata%20%E2%80%9CErmione,caotica%20e%20mondana%20della%20citt%C3%A0.>

bellezza, nella quale loro stessi siano stati formati. "Distribuire" la bellezza significa tentare il percorso dell'armonia esistenziale, dello stare in famiglia, nella società.<sup>6</sup>

Oltre che per la citazione iniziale, ho scelto Kandinsky anche per il suo capolavoro "Blu di Cielo" realizzato nel 1940. Questo quadro rappresenta il periodo "biomorfo", durante il quale l'artista studiò e approfondì la biologia e in particolare il mondo invisibile dei microorganismi. Le forme di questi organismi furono l'ispirazione per dipingere creature variegata che riportano tracce di insetti, meduse e creature di origine terrestre e acquatica. Attraverso questa pittura Kandinsky ci mostra un mondo sconosciuto, penetra con i suoi occhi all'interno della sostanza della vita invisibile e ci restituisce una visione originale che va al di là di ciò che l'occhio riesce a mostrarci. La pittura biomorfa, come tutta la pittura di Kandinsky, è un mezzo per mostrare un'altra realtà. Non solo una visione onirica e fantastica del mondo del pittore ma un coinvolgimento pieno dello spettatore, che attraverso i sensi viene proiettato in un'altra realtà. Le immagini pulsano e gli organismi sembrano formicolare davanti allo sguardo dell'osservatore. Gli esseri volteggiano in un cielo blu che sembra avere la consistenza della nebbia. Sono esseri completi e indipendenti, non vi è alcuna limitazione nel loro volare, sono liberi di muoversi senza limitazioni geometriche.<sup>7</sup>

Immagino questi "esseri" come se fossero soggetti completi, che sono stati in grado di ritrovare la propria armonia e di utilizzare quella "bussola", che definiamo come l'arte terapia e la creatività che a essa ne consegue. Esseri colorati e variopinti, fantasiosi e

---

<sup>6</sup> [http://www.magma.analisiqualitativa.com/0404/article\\_09.htm](http://www.magma.analisiqualitativa.com/0404/article_09.htm)

<sup>7</sup> <https://cultura.biografieonline.it/blu-di-cielo-kandinsky/#:~:text=Blu%20di%20cielo%20venne%20dipinto,alto%20della%20sua%20produzione%20francese.&text=La%20pittura%20biomorfa%2C%20come%20tutta,per%20mostrare%20un'altra%20realt%C3%A0.>



immaginari, belli a modo loro. Esseri capaci di esprimersi, localizzarsi nel mondo, ognuno con la propria personalità, con i propri sentimenti ed emozioni. Le emozioni non rimangono più all'interno del proprio mondo interno, come se fossero un macigno, ma l'espressione libera di tali emozioni, permette loro di volteggiare leggeri, in completa serenità. In questo modo, i soggetti possono definirsi liberi di esprimersi, di esplorare il mondo e di conoscere se stessi e il proprio labirinto.

## CAPITOLO 1: LA SALUTE MENTALE

### *1.1 La Salute Mentale ieri e oggi: servizi e strutture*

*“Voce confusa con la miseria, l'indigenza e la delinquenza, parola resa muta dal linguaggio razionale della malattia, messaggio stroncato dall'internamento e reso indecifrabile dalla definizione di pericolosità e dalla necessità sociale dell'invalidazione, la follia non viene mai ascoltata per ciò che dice o che vorrebbe dire.”*

FRANCO BASAGLIA

Follia s. f. [der. di folle<sup>1</sup>]. – Termine utilizzato comunemente per indicare stati generici di alienazione mentale, siano essi direttamente riconducibili a specifiche configurazioni patologiche o legati a comportamenti incomprensibili.

Il termine “follia” risale alla seconda metà del sec. XIII. Sotto il profilo etimologico, follia deriva dal latino follis, che indicava un sacco o contenitore vuoto "pieno d'aria", per poi essere affiancato a termini come “matto”, e innescare le successive riflessioni sul rapporto tra follia e normalità. Riferire il termine “pieno d’aria” ai cosiddetti folli, nel senso più moderno e ordinario della parola, risulta già un'operazione metaforica più in grado di aprire ulteriori interrogativi che non di offrire risposte chiarificatrici al problema in questione. Un sacco vuoto è pieno d’aria, la testa di un folle è vuota, ma piena di cosa? Di idee, pensieri, concetti semplicemente diversi, e magari da sembrare quasi assurdi da dover interpretare. La follia è da sempre considerata un tabù, qualcosa di incomprensibile ed indecifrabile, eppure il significato attribuito a questa parola è cambiato a seconda dei diversi momenti storici, della cultura, delle convenzioni sociali, a tal punto da essere arrivati a considerare folle qualcosa o qualcuno che prima era definito normale e viceversa. Ecco quindi che la follia si presenta come un fenomeno dinamico e cangiante.

Nel mondo classico la follia è legata alla sfera sacra: il folle rappresenta la voce del divino da ascoltare e interpretare. Nel Medioevo il folle diventa il rappresentante del demonio, colui che deve essere liberato dal male e in qualche modo esorcizzato.

Un’interpretazione diametralmente opposta si ha nel Rinascimento quando il folle viene considerato una persona diversa, sia per i valori sia per la sua filosofia di vita, una persona che secondo questa prospettiva va rispettata come tutte le altre persone.

A partire dall’ottocento l’immagine del folle è quella di una “macchina rotta”, cioè lesionata nel cervello. Così l’inglobamento della follia nella devianza portò alla reclusione dei folli durante il Rinascimento, mentre le riflessioni culturali sull’origine

della follia hanno fatto sì che dalla possessione demoniaca si sia approdati a una progressiva medicalizzazione di essa. La separazione dei folli dagli altri reclusi hanno portato alla nascita del manicomio e della psichiatria.

I “folli” rinchiusi in manicomio venivano privati del diritto della libertà a causa della loro malattia, subendo accuse e persecuzioni e diventando vittime di una reclusione che si traduceva in emarginazione e di un’etichetta diagnostica, propriamente detto stigma. Con la parola “stigma” si intende il marchio, l’etichetta che grava sulla persona disabile, che si forma prevalentemente a partire dall’ignoranza, quindi dall’ignorare e dal “non sapere”. Proprio per questo motivo i folli erano considerati una possibile minaccia e fonte di pregiudizio, ed è ciò che non si riesce a comprendere che fa più paura.

La svolta si avrà con la Riforma Psichiatrica del 13 Maggio 1978, quando entrò in vigore la Legge n.180, la cosiddetta “Legge Basaglia”. Il più grande merito di Franco Basaglia, e quindi della Legge Basaglia, è stato quello di porre fine all’istituzione manicomiale e quindi la nascita di un nuovo modello di assistenza psichiatrica. Dalle “fortezze inespugnabili della follia” si passerà a luoghi di cura e riabilitazione.

Oggi si cerca di tradurre e comprendere la “follia”, il suo linguaggio e il suo significato. La cura della salute mentale è ora incentrata sulla richiesta di un’adeguata preparazione professionale ed un aggiornamento teorico e tecnico indispensabile per raggiungere gli obiettivi che la cura della salute mentale e la riabilitazione prevedono.

Il DSM è il Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali. Nasce nel 1952 ed è il primo manuale psichiatrico, a seguito della fine della Seconda Guerra Mondiale, che si

diffuse maggiormente a partire dalla terza edizione del 1980. La sua funzione è porsi come obiettivo di applicare alla psichiatria una classificazione il più possibile sistematica e condivisa, per chiarire e differenziare i disturbi mentali che possono appartenere ad un soggetto e diffondere la loro conoscenza, uniformando quindi quelle conoscenze che prima erano in balia di frammentarie e multiformi scuole di pensiero.<sup>8</sup> Il testo ha subito diversi cambiamenti e mutazioni e le novità sono il prodotto di trenta anni di acquisizione di nuovi dati e progressi della ricerca scientifica. L'ultima edizione, quella odierna, è il DSM 5, pubblicato il 18 Maggio 2013, e con un'ultima revisione nel 2014, frutto di una convenzione finalizzata a creare un linguaggio comune all'interno della comunità medico-sociale mondiale.<sup>9</sup> Il DSM 5 analizza la comorbilità delle patologie, ovvero il sovrapporsi di diverse patologie fisiche e psichiche. Oltre ai criteri diagnostici si avvale di ulteriori specificatori, evidenziando il livello di gravità del disturbo e la presenza o assenza di criteri determinanti (es. con o senza compromissione intellettiva o di linguaggio), che sostituisce la designazione NAS (non altrimenti specificato).<sup>10</sup>

All'interno del DSM 5, i disturbi mentali vengono così catalogati:

- Sindromi del neurosviluppo
- Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici
- Disturbi bipolari e disturbi correlati
- Disturbi depressivi
- Disturbi d'ansia

---

<sup>8</sup> 1. Grob GN. Origins of DSM-I: a study in appearance and reality. Am J Psychiatry 1991; 148: 421-31.

<sup>9</sup> [https://www.rivistadipsichiatria.it/articoli.php?archivio=yes&vol\\_id=1461&id=16137](https://www.rivistadipsichiatria.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=1461&id=16137)

<sup>10</sup> Appunti lezione "Didattica e Pedagogia Speciale" Dott.ssa Maggi

- Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati
- Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti
- Disturbi dissociativi
- Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati
- Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione
- Disturbi dell'evacuazione
- Disturbi del sonno-veglia
- Disfunzioni sessuali
- Disforia di genere
- Disturbi del comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta
- Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction
- Disturbi neuro cognitivi
- Disturbi di personalità
- Disturbi parafilici
- Altri disturbi mentali
- Disturbi del movimento indotti da farmaci e altre reazioni avverse ai farmaci
- Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica<sup>11</sup>

A seguito della Riforma Psichiatrica, risultava viva l'esigenza di intervenire riguardo la tutela dei soggetti psichiatrici in maniera completa e globale. La salute mentale di una comunità è un fattore determinante sulle capacità di sviluppo umano ed economico e del suo benessere collettivo, perciò la soluzione non si rivelò quella di isolare e rinchiudere i soggetti in questione ma, al contrario, renderli partecipi della

---

<sup>11</sup> "Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali" Quinta Edizione DSM-5 – Raffaello Cortina Editore

vita sociale e quotidiana, attraverso il collegamento e la collaborazione di più servizi. “Non c’è salute senza salute mentale” è il messaggio consegnato alle nazioni europee dalla conferenza di Helsinki nel 2005, nella quale i ministri della salute degli stati appartenenti alla Regione Europea dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, si sono impegnati a promuovere politiche di salute mentale improntate all’ottica di salute pubblica, all’attenzione di tutte le fasce di età, alla qualificazione di interventi, alla continuità degli interventi, al rispetto dei diritti umani e civili delle persone con disturbi mentali.<sup>12</sup> Risulta essere forte l’attenzione verso pratiche basate su servizi territoriali e verso la progressiva riduzione degli ambiti istituzionali tradizionali come gli ospedali psichiatrici.

In riferimento a ciò, viene emanato il Progetto Obiettivo “Tutela della Salute Mentale 1994-1996”, il quale ha durata triennale e ha la funzione di individuare modelli organizzativi, standard e servizi, progetti regionali, interventi specifici e strumenti per la verifica e il raggiungimento degli obiettivi.<sup>13</sup> Il Progetto Obiettivo “Tutela della Salute Mentale 1994-1996”, individuava delle questioni principali da affrontare per dare basi più solide all’assistenza psichiatrica e migliorarne la qualità complessiva, in particolare la costruzione di una rete di servizi in grado di fornire un intervento integrato, con particolare riguardo alla riabilitazione e alla gestione degli stati di crisi, ed inoltre l’aumento delle competenze professionali degli operatori per far fronte a tutte le patologie psichiatriche. La strategia d’intervento proposta nel Progetto Obiettivo ha dato l’avvio ad una riorganizzazione sistematica dei servizi deputati all’assistenza sanitaria e, in base a questo, è stato istituito il DSM (Dipartimento di

---

<sup>12</sup> [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_779\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_779_allegato.pdf)

<sup>13</sup> Seminario sulla Salute Mentale Dott.ssa Daniela Saltari

Salute Mentale), come organo di coordinamento per garantire l'unitarietà e l'integrazione dei servizi psichiatrici di uno stesso territorio.<sup>14</sup>

Il DSM è un insieme di strutture territoriali tra loro integrate che svolgono azioni di prevenzione, cura e riabilitazione, provvede alla organizzazione ed alla promozione di una rete di servizi, presenti ed operanti su tutto il territorio aziendale, garantendo che gli stessi costituiscano un complesso unico e coerente atto a promuovere azioni volte ad individuare e rimuovere le cause del disagio mentale. Il DSM è da ritenersi il più idoneo a garantire l'integrazione degli interventi e la continuità terapeutica. Le componenti organizzative del DSM sono le strutture di ricovero, le strutture ambulatoriali, strutture residenziali a ciclo continuo o diurno con caratteristiche prevalentemente sanitarie e strutture residenziali a ciclo continuo o diurno con caratteristiche di integrazione sociosanitaria. Al fine di una maggiore integrazione sociale degli utenti in carico, il DSM ricerca collaborazioni con i servizi confinanti, le Associazioni di volontariato e del Privato Sociale, al fine di un inserimento nell'ambito lavorativo, abitativo, attività di sostegno alla vita di relazione e attività di prevenzione. Il territorio è inteso come una rete di servizi, di cui ognuno ha la propria funzione e uno specifico compito, ma allo stesso tempo cooperano per uno stesso fine. Si può quindi definire la trama di un tessuto in cui si compongono interventi, nel quale la trama rappresenta la rete sociale, ovvero l'insieme dei rapporti e delle comunicazioni tra i servizi, un gruppo di persone e una stessa comunità, che condivide gli stessi bisogni e necessità sia nel campo sanitario che sociale. La comunità è il luogo in cui i soggetti svolgono le proprie azioni, vivono la propria storia, e

---

<sup>14</sup> [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_558\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_558_allegato.pdf)

sviluppano la propria patologia e, allo stesso tempo, rappresenta una grande risorsa per una ripresa mentale, grazie ad uno spazio progettuale che permetta la riabilitazione.

Fanno quindi parte del territorio, come sopraccitato, le Associazioni di Volontariato, le quali hanno una valenza molto positiva all'interno della società, e rappresentano una ricchezza nei rapporti sociali, la condivisione di valori comuni e il dono del proprio operato in maniera autentica e disinteressata. Sono comprese inoltre le Strutture Residenziali Riabilitative (SRR), che hanno funzione terapeutica e residenziale a ciclo continuo, per persone clinicamente stabilizzate che hanno necessità di un sostegno e un trattamento riabilitativo a tempo pieno. L'utente rimane in SRR per circa tre anni, dopodiché l'equipe multidisciplinare decide se trasferire il soggetto e continuare il percorso riabilitativo in una struttura differente e più adatta ai propri bisogni oppure un inserimento nella vita sociale e lavorativa. I Centri Diurni sono strutture non a ciclo continuo ma ridotto, che l'utente frequenta solo nelle ore diurne (otto ore al giorno su sei giorni settimanali), per lo svolgimento delle attività educative stabilite nel percorso riabilitativo. Offre uno spazio per sperimentare e potenziare abilità e la possibilità di relazione e sostegno. Le abilità da sviluppare sono incentrate sulla gestione della vita quotidiana, la cura del sé, le abilità sociali anche al fine di un possibile inserimento lavorativo, per assicurare all'utente preso in carico un futuro che sia in grado di gestirsi autonomamente. Le strutture residenziali a ciclo continuo e diurno con caratteristiche di integrazione sociosanitaria si distinguono in Comunità Protette (CP) e Gruppo Appartamento. La Comunità Protetta è una struttura residenziale per utenti con ridotte capacità e potenzialità evolutive. L'obiettivo per tali soggetti è il mantenimento delle abilità residue. Il Gruppo Appartamento è una



struttura residenziale che ha la caratteristica di essere una vera e propria abitazione, destinata ad un numero limitato di utenti, che guida verso la ripresa della propria vita sociale ed un inserimento nella società. Per accedere al Gruppo Appartamento sono necessari requisiti di elevata autonomia, autosufficienza e gestione del quotidiano. Gli utenti del Gruppo Appartamento sono costantemente in contatto con i servizi territoriali.

Il centro di riferimento e coordinamento dei servizi territoriali è il CSM (Centro di Salute Mentale), che rappresenta la sede organizzativa dell'equipe degli operatori e del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale tramite l'attività funzionale con le attività dei distretti. Il CSM è aperto dodici ore al giorno per sette giorni settimanali e assicura interventi specialistici ambulatoriali, domiciliari e territoriali, con l'adozione di piani terapeutici assistenziali e psicosociali, sempre in linea con i bisogni e le necessità della persona in cura. Il CSM fornisce inoltre consulenze specialistiche, si occupa di collocare l'utente in cura nel servizio e nella struttura più adatte alle sue esigenze, senza mai interrompere i contatti con il soggetto preso in carico.

Il centro di riferimento dei servizi ospedalieri psichiatrici, è invece rappresentato dall'SPDC (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura), in cui vengono attuati trattamenti psichiatrici obbligatori (TSO) in condizioni di ricovero e trattamenti ad alta intensità terapeutica relativi a condizioni di fase acuta della malattia. L'assistenza medica in SPDC è attiva ventiquattro ore su ventiquattro e sono presenti figure professionali come infermieri, in compresenza con operatori sociosanitari. L'assistenza ospedaliera comprende inoltre il Day Hospital (DH), ovvero un area di degenza a ciclo diurno per

prestazioni diagnostiche e terapeutiche, che si colloca all'interno degli Ospedali Generali<sup>15</sup> o collocato presso strutture esterne all'ospedale, collegate con il CSM, dotate di adeguati spazi, attrezzature e del personale necessario.

Considerando l'opinione della salute mentale e la considerazione dei soggetti portatori di tale malattia, negli ultimi anni sono stati compiuti enormi passi avanti. Gli Ospedali Psichiatrici chiudono definitivamente nel Gennaio 1997. La legge 9 del 2012 e la legge 81 del 2014 completano il percorso, e decretano la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. L'articolo 32 della Costituzione italiana, che decreta il diritto alla Salute è uno dei più complessi da esaminare, in cui si intrecciano varie e soggettive posizioni giuridiche e di svantaggio sociale. Ora, grazie alle nuove leggi e alle lotte contro lo stigma, il pregiudizio e la diversità, si sta cercando di porre la salute mentale e i soggetti che ne sono portatori in una posizione privilegiata, così che anche queste persone possano godere dei diritti e dei doveri come ogni cittadino: il diritto alla libertà, alla vita, all'autodeterminazione e alla propria realizzazione personale. Grazie a queste linee guida, oggi si cerca di restituire tutela e dignità sociale ai cosiddetti "folli".<sup>16</sup>

All'interno del più recente Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 2004-2006 viene assicurata la presa in carico delle persone portatrici di un bisogno e di una domanda d'intervento, e la salvaguardia della qualità di vita del nucleo familiare del paziente, indispensabile nella cura e nella riabilitazione del soggetto, riconoscendone il ruolo attivo ed il valore fondamentale come risorsa al fianco delle équipes dei servizi. Mira inoltre ad effettuare iniziative di informazione alla popolazione con lo

---

<sup>15</sup> Seminario Salute Mentale Dott.ssa Daniela Saltari

<sup>16</sup> "La Salute Mentale nell'ordinamento Costituzionale italiano" S. Rossi

scopo di diminuire i pregiudizi e la lotta allo stigma, promuovendo e incoraggiando atteggiamenti di solidarietà.<sup>17</sup> Il panorama dell'assistenza si è dunque completamente trasformato, la lotta è ancora lunga e la strada da affrontare ancora tortuosa, ma è attraverso piccoli passi che si riusciranno a trasformare tante menti.

## **1.2 Riabilitazione e Recovery**

*“Realizzai che il viaggio verso la guarigione, per quanto breve, era stato un’esperienza meravigliosa dall’inizio alla fine. Realizzai che anche nella monotonia della vita di tutti i giorni viviamo momenti a stretto contatto con la morte, e che la sofferenza è la prova del nostro essere. Nel vortice della malattia, ero sicura di avere annusato l’odore della morte, l’odore della fine. Un sentore flebile ma reale. E da lì, piano piano, avevo cominciato a ristabilirmi. Mentre si guarisce, si percepisce qualsiasi cosa come una gioia. Forse è il flusso della vita stessa che man mano riprende vigore.”<sup>18</sup>*

BANANA YOSHIMOTO

Secondo la definizione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), per "Riabilitazione" si intende “l’insieme di interventi che mirano allo sviluppo di una persona al suo più alto potenziale sotto il profilo fisico, psicologico, sociale, occupazionale ed educativo, in relazione al suo deficit fisiologico o anatomico ed all’ambiente". In ambito strettamente sanitario lo scopo della riabilitazione è quello di

---

<sup>17</sup> Seminario Salute Mentale Dott.ssa Daniela Saltari

<sup>18</sup> “Delfini” Banana Yoshimoto Canguri Feltrinelli pg. 14

aiutare la persona a raggiungere il massimo livello possibile di funzione e indipendenza al fine di migliorare la sua qualità di vita.<sup>19</sup> Il processo riabilitativo privilegia quindi l'intervento sulla persona nella sua globalità e interviene nella dimensione individuale, familiare e sociale. Durante la riabilitazione si evita che la malattia raggiunga uno stato cronico, nella quale per cronico si intende che la malattia che non abbia alcuna possibilità di guarigione. Nonostante ciò, la patologia viene posta in secondo piano, al contrario si pone l'accento sulla parte sana dell'individuo, sulle abilità residue e sulle capacità di apprendimento. Il processo riabilitativo è un processo complesso e multidisciplinare, che richiede l'intervento e la cooperazione di numerose e distinte figure professionali sociosanitarie, e numerose risorse economiche e sociali.<sup>20</sup> L'assenza di metodologia e personale qualificato, porta a raggiungere quello stato di "cronicità" indesiderato, e la nascita di atteggiamenti pessimistici e rinunciatari nei confronti dei soggetti psichiatrici. Senza metodo e cooperazione, non esiste la riabilitazione e senza riabilitazione non vi è la relazione d'aiuto. "La tecnica non è al posto del rapporto umano. La tecnica va avanti proprio in virtù di questo rapporto."<sup>21</sup> Dal momento in cui si prende in carico un soggetto, si inizia un processo riabilitativo, che sia condiviso con l'utente e con l'equipe. Solamente attraverso la riabilitazione si restituisce la persona alla società e si restituisce ad essa la dignità che merita. La persona mira a riappropriarsi di un ruolo produttivo, a realizzare le proprie aspirazioni ed affermarsi all'interno della sfera sociale al massimo delle proprie capacità cognitive ed evolutive, in modo tale da prevenire ogni tipo di ricaduta e

---

<sup>19</sup> Articolo Associazione Scientifica Italiana Assirem. No. Profit.

<sup>20</sup> Seminario Salute Mentale Dott.ssa Daniela Saltari

<sup>21</sup> Anthony, Farkas, Cohen, Gagne, 2003

riducendo l'uso dei farmaci e il ricorso all'ospedalizzazione.<sup>22</sup> A questo proposito vorrei citare le parole di un famoso personaggio, Patch Adams, il dottore a cui si deve l'invenzione della "terapia del sorriso", anche nota come clown terapia. In uno dei suoi tanti discorsi disse: "Per noi guarire non è solo prescrivere medicine e terapie, ma lavorare insieme condividendo tutto in uno spirito di gioia e cooperazione."<sup>23</sup>

Le persone che hanno la consapevolezza del loro disturbo hanno compreso che la loro disabilità fisica è senz'altro frutto dell'ambiente e del contesto che li circondano, ma soprattutto risiede nel loro interno, e il processo di riabilitazione e la ripresa della loro vita dipende dal loro grado di volontà e motivazione al cambiamento. Molti soggetti non reagiscono sempre in maniera immediata e positiva al sostegno e all'appoggio che gli viene offerto da parte dei servizi e delle figure professionali, poiché si ritrovano ad essere inglobati in un circolo vizioso di disperazione e impotenza. Infatti, non riescono più a dirigere gli eventi che li riguardano, e si arrendono alla loro condizione, dal proprio punto di vista considerata irreversibile. Seligman, psicologo statunitense, ha chiamato questo fenomeno "sindrome appresa di mancanza di aiuto", ovvero che quando non si ha più il controllo sulla propria esistenza, ci si abitua facilmente ad essere soli e senza supporti, a prescindere dal proprio volere o dalle proprie azioni. Tale situazione provoca una serie di conseguenze in tre importanti sfere del funzionamento umano:

---

<sup>22</sup> "Principi di Riabilitazione Psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione. " – P. Carozza pg. 16 Ed. Franco Angeli

<sup>23</sup> <https://aforismi.meglio.it/aforisma.htm?id=10c99>

- Nella sfera della motivazione: non mi interessa più nulla poiché quello che faccio non importa a nessuno,
- Nella sfera della cognizione: qualsiasi azione io faccia non riesco a incidere né qui né in nessun altro posto,
- Nella sfera emotiva: non voglio più sforzarmi a fare qualcosa.

Le sensazioni di ostilità, rassegnazione, rabbia, depressione e ansia non recedono né con i farmaci né con la psicoterapia ma solo con l'esercizio della scelta, e il riapprendimento del controllo sulla propria vita.

L'utente, all'interno del percorso riabilitativo, si trova ad affrontare diversi stadi che agiscono positivamente o negativamente riguardo al livello di motivazione al cambiamento. Le fasi del cambiamento secondo la teoria di Prochaska, professore di psicologia, si distinguono in:

### **Precontemplazione**

- E' genericamente il primo stadio, in cui l'utente non è interessato a cambiare, il problema viene negato o minimizzato.
- Si ritiene necessari cambiare l'ambiente circostante ma non se stessi.
- Si resiste al cambiamento, difendendosi con la razionalizzazione, ossia fornendo una possibile spiegazione del problema.
- Si considerano altri fattori esterni responsabili del problema (famiglia, società, fatalità, genetica) e comunque tutte esterne al proprio controllo.

## **Contemplazione**

- Si comincia a riconoscere l'esistenza di un problema.
- Si comincia seriamente a considerare l'opportunità di risolverlo.
- Si cerca di capire la natura del problema, si indagano le possibili cause e si ipotizzano soluzioni, anche se la paura del fallimento ne può impedire la vera comprensione.
- Si rivolge l'attenzione alla soluzione piuttosto che al problema, al futuro invece che al passato: è a questo punto che avviene la svolta e comincia il processo di cambiamento.

## **Preparazione**

- Si cerca di superare l'ambivalenza ancora presente convincendosi che intraprendere l'azione è utile per se stessi.
- Si sviluppa un piano d'azioni e si programmano le fasi di attuazione, cercando di concedersi tutto il tempo necessario, poiché abbreviare il periodo di preparazione può ridurre la possibilità di successo.

## **Azione**

- Si comincia a modificare il comportamento, mettendo in conto che la trasformazione richiederà tempo ed energie.

La riabilitazione, per essere funzionale, deve svolgersi in una condizione di partnership tra l'operatore e l'utente, in quanto il percorso deve essere condiviso ed è necessario che si crei un rapporto empatico e basato sulla fiducia ed il rispetto reciproco. E' fondamentale stabilire l'obiettivo riabilitativo. Specificare l'obiettivo infatti, secondo studi scientifici, accresce il rendimento, potenzia l'attenzione e

aumenta la resistenza e la perseveranza. E' essenziale perciò che l'operatore e l'utente, operino verso una stessa direzione. Quando vi è una condivisione di finalità tra gli utenti e gli operatori, il trattamento è più efficace e i risultati si raggiungono più velocemente, inoltre la frequenza dei ricoveri e delle istituzionalizzazioni si riduce. Al contrario, se gli obiettivi divergono, gli utenti si dimostrano delusi, non traggono profitto dagli interventi e non collaborano al percorso riabilitativo. A tale rischio, la ricerca ha dimostrato che le valutazioni degli utenti e degli operatori, spesso differiscono su alcuni aspetti fondamentali, per esempio i risultati desiderati, le abilità possedute e le possibilità di guarigione.<sup>24</sup>

Il "Recovery", si traduce letteralmente in "recupero", e rappresenta appunto la ripresa e la guarigione. Parlando di "recovery", si intende un processo che porta a sviluppare il senso di sé, e quindi autostima ed efficacia personale. Non è perciò tanto qualcosa da raggiungere ma un processo complesso e di crescita oltre la malattia.<sup>25</sup> Quando si parla di ripresa, non si tratta dunque di un esito coincidente al ritorno alla condizione precedente al problema, ma ad un percorso che è rivolto all'attivazione di risorse che permettono al soggetto di vivere in maniera piena la sua vita,<sup>26</sup> nel raggiungimento della migliore qualità di vita possibile. Riabilitazione e recovery sono due processi collegati tra loro: senza riabilitazione non si ha la ripresa e la guarigione del soggetto, ma solo una ripresa "momentanea" dovuta alla farmacoterapia, necessaria, ma che non

---

<sup>24</sup> "Principi di Riabilitazione Psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione. " – P. Carozza pg. 57,90,95,100,102,128 Ed. Franco Angeli

<sup>25</sup> <https://www.saluteinternazionale.info/2013/06/recovery-una-nuova-frontiera-per-il-concetto-di-salute-mentale/>

<sup>26</sup> Coleman, 1999, <https://www.stateofmind.it/2016/07/recovery-sistemi-salute-mentale/>



può sostituire i risultati del processo educativo riabilitativo, le capacità e la consapevolezza psichica e fisica che essa comporta nel soggetto.

Il recovery è un approccio “bottom up” (dal basso verso l’alto), poiché il punto di partenza sono i bisogni, le preferenze e gli obiettivi della persona, che è la prima responsabile del raggiungimento e della riuscita di tali obiettivi. Considerando perciò il recovery come un processo, l’utente deve “entrare” e “rimanere” in tale processo, e quindi mantenere le risorse conquistate che hanno come conseguenza necessaria la riduzione della malattia. Non occorre ridurre e minimizzare il deficit, ma aiutare il soggetto psichiatrico a convivere con il disturbo mentale, in modo tale che il disturbo non sia più di “intralcio” nel condurre una vita “normale”, per ciò che di normale si può intendere.<sup>27</sup>

### ***1.3 L’Educatore Professionale nella Salute Mentale***

*“L’educatore professionale è l’operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell’ambito di un progetto terapeutico elaborato da un’equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativi/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà”.*

DM 8 OTTOBRE 1998, n.520

---

<sup>27</sup> “Il recovery in psichiatria-Organizzazione dei servizi e tecniche operative” - Larry Davidson, Michael Rowe, Maria J. O’Connell, Martha Staeheli Lawless, Janis Tondora pag. 50

La legge n. 520 descrive il profilo dell'educatore professionale, inserita dal Ministero della Salute tra le professioni sanitarie dell'area della riabilitazione (DM 19/03/1999).<sup>28</sup> A partire dagli anni '50, dopo molti dibattiti e discussioni si giunse alla figura dell'educatore, che fino agli anni '60 continuò ad esercitare per lo più un ruolo religioso, di volontariato e assistenza per i più deboli e bisognosi, fino ad arrivare agli anni '90, in cui questa figura professionale prese vita e venne riconosciuta grazie a varie leggi che ne stabilivano il ruolo e l'operato.

La parola "Educazione", deriva dal verbo latino educĕre, cioè «trarre fuori, "tirar fuori" o "tirar fuori ciò che sta dentro", derivante dall'unione di ē- ("da, fuori da") e dūcĕre ("condurre"), ed è proprio questo il compito dell'educatore: "tirar fuori", recuperare e sviluppare le abilità e le conoscenze del soggetto. Socrate, attraverso il logos e la maieutica, faceva "partorire le menti" dei giovani, ispirandosi alla madre che era una levatrice. Lo stesso è il mandato dell'educatore, ovvero far partorire la parte sana dell'utente, le capacità insite e lavorare su quelle, attraverso la metodologia e la pratica che la professione prevede.

Oggi il lavoro educativo, si differenzia al suo interno per una grande varietà e diversità che riguarda il contenuto degli interventi, la tipologia dei problemi e la specificità della relazione educativa. Tali differenze sono determinate dalle diverse situazioni e la pluralità di contesti in cui l'Educatore Professionale si trova ad operare. Gli interventi sono diversi soprattutto rispetto al soggetto cui si rivolgono: l'individuo, il gruppo, la famiglia, nei quali il processo riabilitativo, può incidere sull'insieme di vita del

---

<sup>28</sup> Anep.it

soggetto attraverso il cambiamento che la relazione educativa induce o accompagna sulla sua personalità.<sup>29</sup>

Nello specifico, l'Educatore Professionale nella Salute Mentale attua specifici progetti educativi e riabilitativi, programma, gestisce e verifica tali interventi mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti in difficoltà, per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia, e opera nell'ambito del progetto attraverso la cooperazione e la partecipazione di un'equipe multidisciplinare.<sup>30</sup>

Il progetto educativo rappresenta una parte fondamentale nel lavoro riabilitativo. Ha diverse caratteristiche importanti e necessarie per la sua attuazione tra cui la condizione di individualità, ovvero in linea con i bisogni e le problematiche di ogni soggetto, che si distinguono essendo ogni soggetto diverso dall'altro. Il progetto è un processo, che deve essere condiviso dall'utente prima di essere discusso e confrontato con l'equipe. Deve possedere obiettivi concreti e raggiungibili e delle finalità. Il progetto deve comprendere l'assessment, un processo valutativo che l'educatore attua fin dall'inizio. Esso comprende la diagnosi, il processo di valutazione, la scheda educativa, ovvero una raccolta di informazioni relative all'utente preso in carico, che mano a mano vengono ampliate e aggiornate. Deve possedere inoltre le abilità, i punti di forza e di debolezza osservati ed eventuali ipotesi progettuali.

---

<sup>29</sup> "L'Educatore Professionale: finalità, metodologia, deontologia" –Onorina Gardella Ed. Franco Angeli pg. 29

<sup>30</sup> DM 520, 1998

Di estrema importanza per l'utente, l'educatore si occupa inoltre di promuovere l'attivazione di risorse sociali e sanitarie nella comunità e nel territorio, operando sulle famiglie e sul contesto sociale del paziente.

La parola chiave della metodologia della pratica educativa professionale è "complessità". Le dimensioni dell'agire educativo sono soggette ad una molteplicità di variabili, poiché si presentano con una multi modalità di azione, creando continuamente processi e interazioni complesse, rappresentate essenzialmente dai contesti sanitari, sociali e culturali e dalla sfera delle rappresentazioni personali, propriamente detto il "vissuto" di ogni soggetto e dell'operatore stesso. In questo caso, entrano in gioco il controtransfert ed il mirroring, ovvero il riconoscimento ed il rispecchiamento all'interno dell'Io dell'Altro, con il quale la relazione si sta svolgendo. Il controtransfert permette all'educatore e all'utente di entrare in empatia l'uno con l'altro, così da stabilire un rapporto basato sulla fiducia reciproca, in cui il paziente si affida completamente all'operato e alla metodologia. Attraversare l'utente significa guardare dentro l'Altro, i suoi problemi, i suoi bisogni e pensieri. Entrare in relazione con l'Altro in modo completo ed efficace, così da conoscere ogni lato del suo carattere e della sua personalità, considerando non solo l'aspetto malato ma soprattutto la parte sana dell'utente. Significa essere autentici con l'Altro, avere rispetto della persona nella sua totalità, accompagnandolo in un percorso di crescita, con costanza e comprensione. Ciò presuppone che l'educatore professionale, durante l'ascolto attivo, si astenga da ogni tipo di giudizio e opinione, e non si faccia influenzare da giudizi morali o pregiudizi. Possiamo dunque comprendere che l'Educatore operi un gran lavoro non solo sull'utente ma anche sulla propria persona,

perciò è indispensabile che lui stesso attui un lavoro introspettivo, di riflessione educativa, attraverso la supervisione e la scrittura del diario educativo, anch'esso componente essenziale della metodologia professionale.

La relazione è ambivalente, e la crescita dell'operatore è parallela a quella del soggetto, parliamo quindi di una co-evoluzione. Possiamo dire che il percorso educativo rappresenta una ricerca e un'esplorazione, che richiede vigilanza costante, una valutazione continua. L'Educatore si può definire un ricercatore esperto nelle pratiche riflessive, interpretative, per la costruzione di ipotesi, in grado di sperimentare e sperimentarsi continuamente. L'educazione e l'esplorazione sono due termini in stretta connessione: entrambi prevedono l'imprevisto, la prova, la scoperta, l'incontro, e un racconto: quello della storia e del vissuto di ogni paziente psichiatrico. Canevaro, pedagogista e professore emerito dell'Università di Bologna, definisce l'Educatore un "viaggiatore con un bagaglio leggero", proprio perché è indispensabile una metodologia e una conoscenza teorica di base, ma il vero bagaglio è dato solo dall'esperienza che egli vive ogni giorno, nell'ascolto attivo, dunque intenzionale, di ogni vissuto e storia, l'una diversa dall'altra. Ogni soggetto è unico e irripetibile, perciò l'educatore si ritroverà ad interfacciarsi sempre con diverse realtà e ad osservare continuamente particolari e comportamenti differenti.<sup>31</sup>

La relazione tra educatore e utente è quindi una vera e propria relazione di cura. Con il termine cura, nel linguaggio comune, si intende soprattutto l'insieme delle pratiche e degli strumenti terapeutici, utili a passare da uno stato di malattia a quello di salute. Curare è anche praticare quella psicoterapia che Carl Gustav Jung, psichiatra svizzero,

---

<sup>31</sup> Appunti lezione "Metodologia dell'educatore Professionale" Dott.ssa Daniela Saltari

definiva “cura con le parole”. Cura non riguarda solo il conseguimento della guarigione da una malattia, ma l’incremento e la condivisione di un orizzonte di senso, attraverso la valorizzazione delle risorse, che non mira ad eliminare il disturbo psichiatrico, ma attraverso obiettivi e attività mira a ridurre i deficit e ad implementare le capacità adattive, al fine di garantire al paziente un inserimento nella rete sociale e nel contesto di vita. Heidegger, filosofo tedesco, intende infatti la cura come accesso alla concreta pienezza dell’esser-ci.<sup>32</sup>

L’Educatore Professionale è dunque l’ausilio, il mediatore, l’”Oggetto Sé” (mediatore tra astrazione e realtà) che permette di realizzare questa crescita interiore.

La componente espressiva ed emotiva dell’utente psichiatrico rappresenta spesso un muro invalicabile da parte dell’educatore, e un muro che lo stesso utente non riesce a distruggere o superare. E quindi i sentimenti e le emozioni rimangono all’interno della mente e del corpo del soggetto, e non vengono liberate. Nel prossimo capitolo parleremo dell’Arte Terapia, strumento con cui l’Educatore potrebbe riuscire ad abbattere queste barriere.

---

<sup>32</sup> “Educazione Professionale- Contesto ed esperienze generative” –Dario Fortin- Università di Trento

## CAPITOLO 2 : L'ARTE TERAPIA

### PREMESSA

L'artista è sempre stato paragonato al folle. Esso ha infatti il privilegio di poter accedere al processo creativo elaborando il materiale inconscio in forme astratte, ma visibili e creative. Nel celebre dipinto di Edvard Munch "L'Urlo", l'artista tentò di rappresentare un'esperienza psicotica accadutagli, per la quale egli non era stato in grado di trovare parole. Nel suo diario lo stesso Munch racconta del "grande urlo infinito che pervadeva la natura", frutto di un'esperienza allucinatoria uditiva, che l'artista sentì il bisogno di esprimere attraverso l'arte poiché essa, più efficacemente della parola, poteva dare al pittore la misura dell'immenso terrore che lo aveva pervaso. L'opera di Munch introduce efficacemente il tema del binomio arte/follia che, come testimoniato dalla storia dell'arte, ha spesso contraddistinto la produzione artistica di noti pittori.<sup>33</sup>

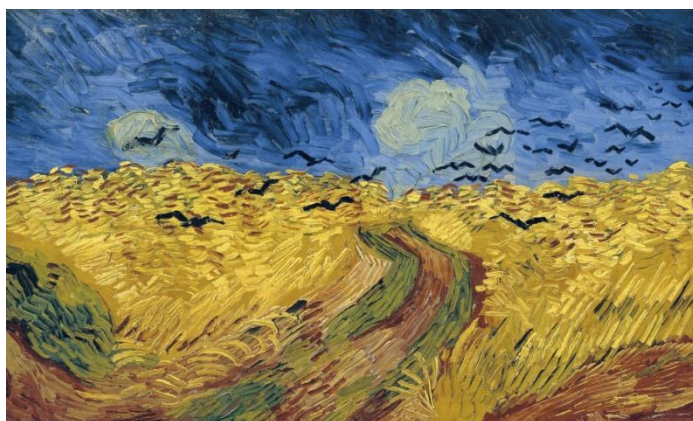


*E. Munch "Il Grido" 1893*

---

<sup>33</sup> Il Bassini – Rivista Medico Scientifica del Presidio Ospedaliero E. Bassini Volume XXVII (I) 2007

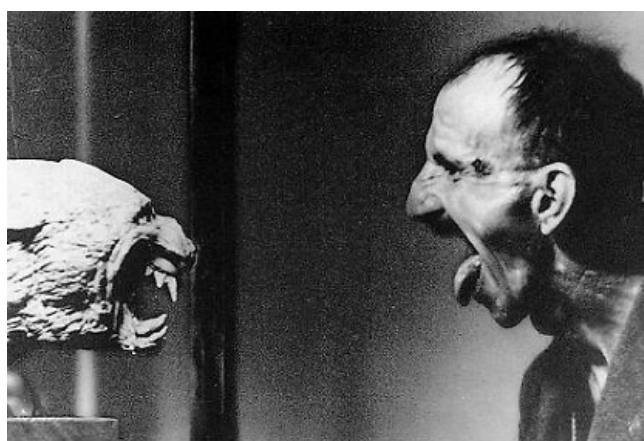
Vincent Van Gogh è considerato oggi “il pittore malato” per eccellenza. Nel momento in cui le sue crisi, caratterizzate soprattutto da allucinazioni e attacchi di tipo epilettico, si manifestavano, l'artista "cadeva" in uno stato di profonda depressione, ansietà e confusione mentale. Alcuni studi (Lee 1981; Lanthony 1989, Arnold 1991, Elliot, 1993) hanno tentato di mettere in relazione la malattia di Van Gogh con la sua passione per il colore giallo, che predomina nelle tele del periodo francese. Questi autori sostengono che i colori caldi e così "veri", gli furono ispirati soprattutto dalle allucinazioni visive, in grado di alterare il senso cromatico e la percezione di forma e dimensione. Molti suoi capolavori possano apparire realmente "allucinati", ma forse la creatività di Van Gogh nasceva anche dalla "geniale" capacità di guardare la realtà da prospettive non ordinarie. Uno degli ultimi dipinti realizzati da Van Gogh è un campo di grano dalla pennellata vorticoso e tormentata. A proposito di questo quadro scrisse: " Ho ancora dipinto tre grandi tele. Sono immense distese di grano sotto cieli tormentati, e non ho avuto difficoltà per cercare di esprimere la tristezza, l'estrema solitudine". In uno di questi campi, di lì a pochi giorni, si sparerà, e morirà due giorni dopo.



*Vincent Van Gogh “Campo di grano con volo di corvi” 1890*



Un altro artista di cui il male di vivere si riflette nei suoi quadri, è di certo Antonio Ligabue. Il pittore ha trascorso buona parte della sua vita da un ospedale psichiatrico all'altro, fra Svizzera e Italia e quando era libero, dormiva spesso nelle cascine della Bassa Padana, senza fissa dimora e senza un vero e proprio lavoro. Il suo unico riscatto era dipingere, un'arte che aveva imparato quasi esclusivamente da autodidatta: era il solo modo che aveva per comunicare le sue emozioni più profonde al resto del mondo. Il suo drammatico vissuto interiore, unito all'ingenuità di un pittore tagliato fuori da tutti i movimenti artistici dell'epoca e del passato, ha dato vita a uno stile unico e inconfondibile. <sup>34</sup>



*Antonio Ligabue ritratto di fronte a una sua stessa scultura mentre “mima” il ringhio del felino*

Attraverso l'esempio di questi famosi pittori, tormentati dal proprio disturbo e dalla propria malattia, ho voluto dimostrare come l'arte rappresenti una modalità di espressione dei disagi, dei pensieri e delle emozioni più intime, che altrimenti non verrebbero mai celati. Inoltre l'arte rappresenta per questi soggetti quasi una cura ed

---

<sup>34</sup> “Antonio Ligabue: quando la malattia mentale incontra l'arte”- Healthdesk- di Paolo Gangemi

un luogo in cui rifugiare le proprie paure, e ritrovare uno stato di momentaneo benessere.

### ***2.1 Definizione di Arte Terapia***

*“L’Arte Terapia è una relazione di aiuto a mediazione artistica.”*

ANONIMO

L’Arteterapia è un insieme di pratiche professionali di matrice artistica finalizzate a promuovere le risorse creative degli individui, dei gruppi e delle comunità per sviluppare benessere personale e sociale, che abbia come linguaggio di vertice quello dell’arte plastico-pittorica e visiva. L’Arte Terapia ha come obiettivo il benessere, non è una professione sanitaria e non prevede attività riservate alle professioni sanitarie. In questo senso il termine “terapia” non è inteso in un’accezione strettamente sanitaria, bensì in riferimento alla nozione estensiva di “salute” (e quindi inevitabilmente anche di “terapia”) così come formulata dall’OMS: “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”. Se la salute viene definita in questa maniera è inevitabile che il suo raggiungimento o il suo ripristino non passi esclusivamente per la funzione delle professioni sanitarie. L’Arte Terapia viene pertanto anche utilizzata in ambito sanitario come risorsa complementare e aggiuntiva,

sempre e comunque su indicazione e sotto la responsabilità di personale sanitario.<sup>35</sup>

L'Arte Terapia è considerata quindi un intervento terapeutico riabilitativo, e viene definita anche con il termine di "terapie espressive", ovvero delle attività terapeutiche a mediazione artistica. Si colloca nella duplice appartenenza artistica e psicologica, in cui il frutto del lavoro è la creazione del processo creativo. Per essere definita tale, l'Arte Terapia necessita di un operatore qualificato e formato, e dell'attuazione di un progetto intenzionale, che abbia insito un intervento avente uno scopo e che sia finalizzato al raggiungimento di un obiettivo. E' importante l'analisi dei contenuti emersi alla fine di ogni attività di arte terapia e la creazione di un setting: per setting si intende un ambiente strutturato, all'interno del quale si declina un intervento educativo. L'ambiente può essere variabile e mobile e deve seguire precise regole di spazio, tempo e relazione, che siano chiare e condivise, al fine di creare un clima favorevole. Per questo motivo si strutturano Atelier in cui svolgere le attività espressive.

Gli Atelier sono dei laboratori di creatività che, a seconda dell'orientamento del Servizio, possono situarsi dentro o fuori della struttura, nel contesto cittadino. In un Atelier di Arteterapia, la strutturazione dello spazio diviene essa stessa atto creativo, e la frequentazione degli utenti, insieme alla condivisione delle azioni creative che vi si svolgono, contribuiscono a produrre eventi ludici che concorrono alla ricostituzione della personalità del soggetto. Nell'Atelier delle terapie espressive possono partecipare: l'Arteterapeuta, l'Educatore Professionale, il tirocinante, l'infermiere e lo psicologo.

---

<sup>35</sup> <https://www.apiart.eu/arteterapia/>

L'Arteterapeuta è un operatore con solida formazione artistica, pedagogica, psicologica, relazionale, acquisita all'interno della specifica formazione di Terapeuta Espressivo. Il suo operato è definito ai sensi della legge n.4 del 14 Gennaio 2013, che costituisce la normativa di riferimento in materia di "professioni non organizzate in ordini o collegi", o anche "professioni associative" e prevede la possibilità di formare associazioni di natura privatistica per le professioni senza albo. L'Arte Terapeuta ha il compito di condurre e orientare la persona nell'attivazione del suo potenziale creativo, scoprendo nelle modalità che più gli sono congeniali, le risorse che potranno aiutarlo ad acquisire autonomia e a dare risposte emotivamente diverse alle situazioni, producendo un cambiamento.

L'Arte Terapia offre un'occasione di ricerca per la sua applicazione nei diversi campi: Musicoterapia, Arteterapia, Danzaterapia, laboratori di Scrittura Creativa, Teatroterapia, Drammatizzazione.<sup>36</sup> E' fondamentale non confondere attività di Arte Terapia con attività semplicemente ludiche, occupazionali o creative hobbistiche, che non hanno un fine specifico e un obiettivo riabilitativo.

---

<sup>36</sup> Diapositive seminario "Le Terapie Espressive: linguaggi e metodologie nella riabilitazione psicosociale." Dott.ssa Daniela Saltari

## **2.2 Origini dell'Arte Terapia**

*“...L'unica origine dell'arte è la conoscenza delle idee; e il suo unico fine è la comunione di tale conoscenza.”*

ARTHUR SCHOPENHAUER<sup>37</sup>

L'arte esiste praticamente da sempre, fin da quando l'uomo ha memoria di se stesso. Attraverso l'arte e la creatività, l'uomo ha la capacità di far emergere tutto quello che di più intimo è nascosto all'interno dell'Io umano, per questo emerge una stretta correlazione tra l'Arte e la “Terapia”, ed è in tempi molto remoti che si possono cercare le origini di questa correlazione.

Fin dalla cultura tribale, l'arte viene considerata un elemento di cura, ed è lo sciamano che realizza delle immagini che, all'interno di uno specifico rituale, si ritiene possano assumere dei poteri magici e guarire il malato. Egli guida le danze rituali inserendo al loro interno il malato, che ne trae cura e giovamento. In questi riti, ancora esistenti presso alcune popolazioni primitive, il paziente mantiene prevalentemente un ruolo passivo.<sup>38</sup> Dall'antico Egitto giungono notizie certe dell'arte come ipotetica cura,<sup>39</sup> nell'antica Grecia e nella società romana, era convinzione diffusa che l'uso delle differenti forme d'arte, tra cui la musica e il teatro, potesse favorire lo sblocco di emozioni represses e il ritorno ad una vita emotiva più equilibrata, con il raggiungimento di uno stato di maggiore benessere. Verrà constatato un declino solo

---

<sup>37</sup> “Il mondo come volontà e rappresentazione” Colonna Edizioni, Milano 2002, traduzione di Vincenzo Cicero.

<sup>38</sup> Coppo P., Guaritori di follia, Bollati Boringhieri, Torino 1993

<sup>39</sup> [Mediterraneanonline.eu](http://Mediterraneanonline.eu) rivista di cultura mediterranea

nel Medioevo, in cui la ricerca e la tolleranza furono sostituite da superstizione e stregoneria. Esempi concreti di terapie “moralì”, sono riconducibili al periodo della rivoluzione industriale, precisamente in Inghilterra, dove soggetti con disturbi mentali venivano accolti in veri e propri rifugi, in cui si svolgevano attività legate prevalentemente all’arte e alla musica.<sup>40</sup> Con la nascita del Romanticismo viene dato particolare risalto alla figura dell’artista, come individuo particolarmente sensibile che grazie al proprio talento artistico, riesce ad esprimere il proprio mondo sofferente e alienato, salvandosi quindi dalla follia grazie all’opera d’arte, considerata una sorta di strumento terapeutico. Il rapporto tra arte e terapia in questo caso, è affidato alla sensibilità di persone particolarmente dotate e sensibili, non comuni, e quindi non costituisce uno strumento alla portata di tutti.<sup>41</sup>

Con lo sviluppo delle istituzioni psichiatriche, nella seconda metà dell’ottocento, alcuni psichiatri notano che i loro pazienti evidenziano la necessità di esprimersi e creare, realizzando lavori interessanti sia da un punto di vista estetico che diagnostico. In Europa prendono vita, così, le prime classificazioni formali delle opere prodotte da pazienti psichiatrici. Cesare Lombroso, medico italiano, attorno al 1880, studia la produzione grafica di malati di mente e carcerati, sostenendo la tesi che andava ad individuare un legame tra pazzia e genialità.<sup>42</sup>

Intanto all’inizio del novecento, con la nascita della psicoanalisi, l’uso dell’arte in terapia comincia ormai ad assumere un certo rilievo: Freud, Jung e altri psicoanalisti contribuiscono fortemente alla diffusione delle esperienze artistiche in ambito

---

<sup>40</sup> [Mediterraneaonline.eu](http://Mediterraneaonline.eu) rivista di cultura mediterranea

<sup>41</sup> AA VV, *Regolazione delle emozioni e Arti-terapie*, Carrocci Editore, Roma 1998

<sup>42</sup> Andreoli, V., *Il linguaggio malato*, Masson, Milano 1979

terapeutico. In particolare Freud, porta un fondamentale contributo al dibattito, considerando l'arte come una via di salvezza dalla nevrosi, in quanto consente all'uomo di "tradurre le sue fantasie in creazioni artistiche anziché in sintomi, sfuggendo in tal modo al destino della nevrosi e riconquistando per questa via indiretta il rapporto con la realtà".<sup>43</sup> Jung spingeva i propri pazienti a disegnare le loro immagini oniriche: "Dipingere ciò che vediamo davanti a noi è un'arte diversa dal dipingere ciò che vediamo dentro".<sup>44</sup>

In base a ciò, all'interno delle nuove strutture psichiatriche vengono aperti numerosi atelier artistici<sup>45</sup> e parallelamente in Inghilterra, dopo la seconda guerra mondiale, viene proposto di produrre esperienze artistiche ai superstiti per curarne i traumi da combattimento. Seppure il primo interesse terapeutico nei confronti dell'arte sia nato nel mondo della psichiatria, il limite del lavoro di molti psichiatri è stato quello di mantenere sempre uno sguardo orientato all'analisi diagnostica, estetica e stilistica dei lavori prodotti in ambito psichiatrico, senza riuscire a trasformare l'avventura artistica in un'esperienza propriamente terapeutica.<sup>46</sup>

L'Arte Terapia prende forma in America negli anni '50, consacrata da Edith Kramer, artista e pioniera di questa rivoluzionaria attività, che ha lasciato alla comunità le basi fondamentali per il giusto approccio verso l'arte legata alla terapia di guarigione e miglioramento di sé. E. Kramer, provenendo già dal mondo dell'arte sottolinea il valore aggiunto dell'espressione artistica, considerando la terapia d'arte distinta dalla

---

<sup>43</sup> Freud S., Opere, Bollati Boringhieri, Torino 1993

<sup>44</sup> Cure-naturali.it "Arteterapia, descrizione e utilizzo" di Elisa Cappelli

<sup>45</sup> AA VV, Figure dell'anima – Arte Irregolare in Europa, Mazzotta, Milano 1997

<sup>46</sup> <https://lyceum.it/academy/arteterapia-clinica/origini-dellarteterapia/>

psicoterapia sostenendo che le sue “virtù” curative si attivano nel processo creativo che a sua volta è di per sé uno strumento terapeutico.<sup>47</sup>

“La stretta affinità dell’arte con il processo primario, la forza dell’arte di creare organizzazioni o strutture senza imporre la “quotidianità” della vita sulle fantastiche complessità del mondo interno dell’uomo, rende possibile la ricerca del nascosto, dell’informe, del represso, del bizzarro senza abbandonare la spinta verso la forma. In arte, infatti la forma è la veste della verità interna”.  
(E. Kramer).<sup>48</sup>

E’ fondamentale inoltre, il contributo della psicologa Margaret Naumburg, debitrice del pensiero di Freud e Jung , che considerava le produzioni artistiche dei suoi pazienti quali comunicazioni simboliche di materiale inconscio, poste in una forma diretta, utili nella risoluzione del transfert. “L’arte arriva dove non può la parola.”<sup>49</sup>

In Italia, nel 1959, viene organizzato il primo Symposium Internazionale sull’Arte Psicopatologica con una mostra di opere eseguite da malati di mente presso la Galleria d’Arte Moderna di Verona, in occasione del cinquantesimo anniversario della morte di Cesare Lombroso.<sup>50</sup>

Grazie ai contributi della ricerca psicoanalitica, della psicomotricità, della filosofia, sociologia, architettura e dell’Arte, il modello medico psichiatrico si apre così a metodi di altre discipline, permettendo approfondimenti sul processo creativo, sulla potenzialità dell’inconscio e la dimensione simbolica.

---

<sup>47</sup> [Mediterraneaonline.eu](http://Mediterraneaonline.eu) rivista di cultura mediterranea

<sup>48</sup> [Mediterraneaonline.eu](http://Mediterraneaonline.eu) rivista di cultura mediterranea

<sup>49</sup> [Cure-naturali.it](http://Cure-naturali.it) “Arteterapia, descrizione e utilizzo” di Elisa Cappelli

<sup>50</sup> AA. VV., Carlo – tempere, collages, sculture, 1957 – 1974, Marsilio, Venezia 1992



### **2.3 Perché fare Arte Terapia**

*“Ho sempre dipinto la mia realtà, non i miei sogni. Dipingo autoritratti perché sono spesso sola, perché sono la persona che conosco meglio. Non sono malata, sono rotta, ma sono felice, fintanto che potrò dipingere.”*

FRIDA KAHLO

L'Arte è per sua natura sensoriale, cioè corporea: sensazioni visive, acustiche, tattili, olfattive, percezione ed organizzazione dello spazio che coinvolge emozioni e processi cognitivi. L'Arte rende possibile “il vedere” e “l'esprimere” molto più di quello che le parole possono fare, si tratta di una comunicazione densa di significato intrinseco, che viene percepita emotivamente, anche da chi ne fruisce. “Il linguaggio di forma e colore – dice lo psichiatra Vittorino Andreoli – va privilegiato in una società tutta incentrata sul linguaggio parlato e scritto”.<sup>51</sup>

A questo punto sorge quindi spontanea una domanda: Si può davvero curare con l'Arte?

Per rispondere a questa domanda, iniziamo col dire che l'uomo è un corpo. Un corpo che contiene e, nello stesso tempo, crea pensiero. I nostri occhi e le nostre mani, organi ritenuti protagonisti nel “fare Arte”, toccano il mondo e la realtà, che ci sorprende e ci assale, che ci accoglie e ci invita a lasciare il segno. “Disegnare” significa segnare la seconda volta, inteso come tracciare il segno del ricordo archiviato nel corpo. L'uomo è corpo nello spazio, che prende forma dal movimento e dai gesti,

---

<sup>51</sup> “Nuove Artiterapie.net, la mediazione artistica nella relazione d'aiuto” di Valentina Borracci

come matite viventi che, con lo spostamento del corpo, segnano traiettorie e danno vita a mondi possibili, intimi e interni. L'arte in fondo è questo, dar vita a mondi immaginati e tracciare la trama dell'invisibile. In sintesi attraverso l'arte e il corpo appare il mondo, il mondo che ci è dietro, davanti e dentro.

Dal corpo con la sua visibilità, vengono espressi i bisogni primari, che esprimono esistenza e ci invitano a "vivere", respirare, mangiare, e guardare. La parola a volte non basta nemmeno per esprimere bisogni che all'apparenza appaiono così elementari, ma che in realtà, seppur innati e così naturali, a volte non ci accorgiamo nemmeno di averli persi. Ed è da questi bisogni elementari che derivano quelli più complessi, ma necessari per condurre una vita il più possibile gratificante e soddisfacente.

Molte scuole di pensiero tendono a dare alla parola il primato anche in terapia, ma oltre alla comunicazione verbale, esiste per certo un lungo sentire ai primordi della vita che non può trovare parole per dirlo e la prova di ciò è che nelle epoche più antiche e preistoriche, le parole e i simboli non erano ancora maturati, per questo si usava il segno artistico, che non esprimeva meno del linguaggio verbale.

Possiamo definire l'Arte, come una sorta di fotografia interna, che l'occhio inquadra e cattura, riportata poi nell'espressione artistica.<sup>52</sup> L'uomo non ha il potere di catturare con l'occhio il proprio mondo interno, ma l'Arte sì. Infatti, mentre le parole implicano la concettualizzazione e la verbalizzazione del disagio, e possono mentire, nascondere, o dimenticare, le immagini non mentono: sono immediate, autentiche, partono dal profondo ed è più facile esprimerle perché non creano barriere di difesa.

---

<sup>52</sup> "Il corpo e le sue gest-azioni. L'arteterapia psicodinamica al tempo delle neuroscienze" di Laura Grignoli Ed. Franco Angeli

L'Arte, come è stato detto in precedenza, diventa Arte Terapia quando viene utilizzata con consapevolezza come uno strumento che agisce, governato da regole ben precise e che ha lo scopo di ripristinare un equilibrio esistenziale. L'obiettivo primario dell'Arte Terapia, è la crescita psichica del partecipante; il soggetto viene aiutato ad estrarre i contenuti del proprio mondo interno e successivamente elabora assieme al terapeuta i contenuti emersi. Ciò che proviamo e sperimentiamo si riflette nella nostra produzione artistica in termini di qualità ed intensità di linee, tratti, colori e movimenti. Per cui l'espressione artistica si propone come un riflesso, una rappresentazione simbolica del nostro mondo interno e delle modalità che solitamente usiamo nel rapportarci alla realtà, sia esterna che interna.

Gli effetti di una seduta Arte-Terapeutica continuano a produrre risultati anche dopo la seduta stessa, e gli stimoli ricevuti entrano a far parte di un'esperienza profonda che la persona può integrare nella propria vita di tutti i giorni. L'Arte Terapia infatti, può rappresentare una grande risorsa nel ritrovare il benessere e la piacevolezza del "fare qualcosa" in senso concreto, rappresenta la scoperta di sé stessi e nel conoscere parti inesplorate del proprio corpo e delle proprie abilità, e di un nuovo hobby e una nuova passione da coltivare. Una piacevole rivelazione nella capacità di diventare Artisti.

Perciò in questo contesto ci si chiede: "I pazienti devono essere Artisti?". In genere a questa domanda si risponde dicendo che non è richiesta alcuna preparazione specifica da parte del paziente, il quale trova nel terapeuta non un insegnante d'arte, bensì una persona in grado di stimolare il suo processo creativo. Si cerca piuttosto di creare un ambiente che faciliti l'espressione attraverso determinati canali e che sostenga e approfondisca il legame con il terapeuta. L'obiettivo della terapia dovrebbe essere

quello di mettere in grado il paziente di vivere in modo attivo il proprio processo creativo, ma tale obiettivo deve essere raggiunto, se possibile, in modo costante e graduale, e non può in ogni caso essere imposto. Ogni incontro di arte terapia è un momento ludico e di forte aggregazione di gruppo, per le connotazioni affettive-socializzanti che investono l'attività, per questo motivo rappresenta un momento di grande occasione per il paziente psichiatrico, nel ri-abilitarsi alla società e alla relazione.<sup>53</sup>

Nell'Arte Terapia, c'è da parte del paziente sempre un grosso investimento: adoperare la creatività e tradurla in oggetto visibile è un lavoro complesso, che richiede impegno ma che giunge poi alla ricostruzione dell'identità della persona, per questo lo spazio dell'atelier, deve rappresentare il contenitore dell'esperienza dove il paziente sperimenta la possibilità di ri-crearsi.

Nello spazio della creazione si instaura un rapporto triangolare tra l'arteterapeuta, il paziente e l'oggetto creato: in una prima fase l'arteterapeuta conduce il soggetto all'espressione, favorendo una relazione tra la persona, l'evento che produce e l'oggetto. L'arteterapeuta è qui uno spettatore, attento osservatore dell'opera e del suo creatore.<sup>54</sup>

Si approda così all'idea dell'esperienza pedagogica dell'arte come un momento deputato ad incarnare il fondamentale significato educativo della riabilitazione psichiatrica, che traccia la sintesi dell'incontro fra psichiatria e pedagogia nel

---

<sup>53</sup> "Nuove Artiterapie.net , la mediazione artistica nella relazione d'aiuto" di Valentina Borracci

<sup>54</sup> Diapositive seminario "Le Terapie Espressive: linguaggi e metodologie nella riabilitazione psicosociale." Dott.ssa Daniela Saltari

perseguire l'obiettivo che radicalmente le accomuna: ri-innescare un processo formativo, una capacità progettante della quale il sofferente psichico, colui che è nella malattia, si trova privato.<sup>55</sup>

Frida Kahlo è stata una pittrice messicana di grande esempio per ciò che oggi viene designato col nome di “resilienza”, ovvero la capacità non solo di resistere alle difficoltà, ma anche di trasformarsi e adattarsi ai cambiamenti per quanto estremi e drammatici siano, riorganizzando positivamente la propria vita, senza alienare la propria identità. Frida utilizza la narrazione di sé, attraverso l'autoritratto intimo, che testimonia la forza dell'essere umano, di fronte alla propria sofferenza.

Ho scelto di presentare questa donna e pittrice, poiché la sua vita e la sua arte offrono un grande insegnamento: ogni individuo, che sia un artista, un paziente o una persona semplicemente curiosa e sensibile, potrebbe essere incoraggiato a creare anche solo con la propria fantasia, un segno su di un foglio, uno scarabocchio o un'immagine qualunque, che nel profondo potrebbe voler dire tanto altro. Immagini di “guarigione”, da conservare nello scrigno della memoria proprio come Frida utilizzava la propria tavolozza colorata.

L'Arte Terapia, come abbiamo visto, ha una forte connessione con le emozioni e la loro espressione. Ma cosa sono le emozioni? Come si sviluppano all'interno del nostro Io, o in un Io “disturbato”? E come può l'Arte Terapia facilitarne il processo di

---

<sup>55</sup>“ I colori di un incontro: la dimensione pedagogica dell'esperienza arte-terapeutica nel trattamento psichiatrico residenziale” di Rossana Cafà

espressione e gestione? Le risposte a queste domande saranno date nel prossimo capitolo.

## CAPITOLO 3: EMOZIONI E ARTE TERAPIA: LA PROSPETTIVA DELLE NEUROSCIENZE

### *3.1. Il linguaggio delle emozioni*

*“Bloccare le emozioni e tentare di combattere con quello che stiamo provando rappresenta il maggior pericolo per la nostra salute e il nostro senso di benessere psicologico.”*

MAHONEY, 2003<sup>56</sup>

Sebbene le emozioni siano una componente essenziale nella vita dell'uomo i primi riferimenti scientifici, che vadano al di là della pura speculazione filosofica, compaiono solo nel XIX secolo con la teoria evoluzionistica di Darwin.

Da dove derivano le espressioni delle emozioni? Nel suo classico libro “L’espressione delle emozioni nell’uomo e negli animali” (1999), Charles Darwin affermava che l’espressione delle emozioni è un prodotto dell’evoluzione, perché contribuisce alla sopravvivenza della specie. Darwin sottolineava la sostanziale somiglianza tra le espressioni emotive degli animali e quelle degli esseri umani. Darwin non considerava innate tutte le forme di espressione delle emozioni, ma riteneva che molte lo fossero.

Come Darwin, i moderni teorici dell’evoluzione sottolineano il valore adattivo dell’espressione delle emozioni (Izard, 1989; Plutchik, 1994). Essi ritengono che al

---

<sup>56</sup> “Lavorare con le Emozioni”- Atti del XII Convegno di Psicologia e Psicopatologia Post- Razionalista e Presentazione del Progetto UE Health25 Health Promotion for Disadvantages Youth- Bernardo Nardi, Emidio Arimatea, Ilaria Capricci, Giulia Francesconi- Accademia dei Cognitivi Della Marca

sistema nervoso sia collegato un set di risposte emotive fondamentali, o reazione emotive innate (Panksepp, 2005). Le ricerche dimostrano che alcune espressioni emotive (per esempio rabbia e terrore) siano simili in tutte le culture, e suggeriscono quindi che abbiano una base universale biologica.<sup>57</sup>

La parola emozione deriva dal latino “ex” e ”moveo” che, unite insieme, compongono la parola “smuovere”. Esse esprimono quei coloriti soggettivi delle varie esperienze affettivamente significative che danno forma ad ogni contenuto di conoscenza, orientando di conseguenza le risposte adattive.

Bernardo Nardi, medico psichiatra e docente presso l’Università Politecnica delle Marche nella Facoltà di Medicina e Chirurgia, spiega come le emozioni siano il risultato di un processo evolutivo, legato ad una serie di attivazioni fisiologiche aspecifiche, su base innata, che si verificano quando occorre fronteggiare situazioni nuove e inattese.

Da queste attivazioni aspecifiche si differenziano le emozioni primarie di base, considerate innate, universali e antiche a livello evolutivo, condivise con altre specie ed espresse da particolari configurazioni fisiologiche e facciali. Le emozioni di base “basic emotions” sono geneticamente determinate ma ampiamente condizionate dall’apprendimento, caratterizzate da componenti sensitive, percettive, neurovegetative e comportamentali.<sup>58</sup> Ciò nonostante i ricercatori discutono ancora su quali siano le emozioni di base. Sebbene la lista delle emozioni di base vada da 4 fino

---

<sup>57</sup> “Psicologia generale, la scienza della mente e del pensiero”- Micheal Passer, Nigel Holt, Andy Bremner, Michael Vliek, Ronald Smith. Edizione italiana a cura di Tessa Marzi e Andrea Peru

<sup>58</sup> “Organizzazioni di Personalità: Normalità e Patologia Psicologica” –Bernardo Nardi- Accademia dei Cognitivi della Marca, prima edizione, Settembre 2017



a 10 elementi in modelli diversi, la rabbia, la tristezza, la felicità (gioia), la paura, il disgusto e la sorpresa sono inclusi nella maggior parte degli schemi.<sup>59</sup>

Carroll Izard	Silvan Tomkins	Robert Plutchik
Rabbia	Rabbia	Rabbia
Paura	Paura	Paura
Gioia	Gioia	Divertimento
Disgusto	Disgusto	Disgusto
Interesse	Interesse	Anticipazione
Sorpresa	Sorpresa	Sorpresa
Disprezzo	Disprezzo	
Vergogna	Vergogna	
	Tristezza	Tristezza
	Angoscia	
Colpa		
		Accettazione

*Emozioni innate, fondamentali o primarie, proposte da tre importanti teorici dell'evoluzione<sup>60</sup>*

*Fonti: Basato su Izard, 1982; Tomkins, 1991; Plutchik, 1994*

Le emozioni hanno un ruolo interpersonale fondamentale: non sono comprensibili se non le si colloca nel contesto delle relazioni significative che attraversano la storia di un individuo, fin dalle sue prime fasi di vita. Le emozioni entrano in questo modo nella costruzione del sistema di rappresentazione di sé e degli altri. Anche se non possiamo sperimentare direttamente le sensazioni di un altro, spesso possiamo dedurre che una persona sia arrabbiata, triste, timorosa o felice sulla base dei comportamenti espressivi, ovvero le manifestazioni emotive osservabili di quella persona. A dire il

<sup>59</sup> "Neuroscienze cognitive"- D. Purves, R. Cabeza, S.A. Huettel, K.S.Labar, M.L.Platt, M.G. Woldorff- Ed. Zanichelli

<sup>60</sup> "Psicologia generale, la scienza della mente e del pensiero"- Micheal Passer, Nigel Holt, Andy Bremner, Michael Vliek, Ronald Smith. Edizione italiana a cura di Tessa Marzi e Andrea Peru

vero le altrui manifestazioni emotive possono persino evocare in noi risposte simili in un processo conosciuto come empatia, come quando guardando un film, ci immedesimiamo e proviamo le stesse emozioni del protagonista. Quasi tutti noi siamo abbastanza sicuri di saper leggere le emozioni degli altri. Anche se sono molte le parti del corpo che possono comunicare le sensazioni, tendiamo a concentrarci su quello che ci dice il volto.



### *Teorie categoriali delle emozioni*

Per semplificare categorie emotive discrete, vengono utilizzate espressioni facciali in posa. Nell'immagine sono raffigurate emozioni normalmente classificate di base, che includono (da sinistra verso destra, e dall'alto verso il basso) rabbia, tristezza, felicità, paura, disgusto e sorpresa. Si può notare come la maggior parte delle emozioni di base hanno una valenza spiacevole.

Le attivazioni neurovegetative collegate alle emozioni, spiega il docente B.Nardi, sono uno dei correlati più facilmente riconoscibili sia a livello soggettivo che oggettivo (pallore o rossore della cute, tachicardia, tachipnea, ecc.). Esse sono legate alla discrepanza tra le aspettative individuali e quelle esterne. Pertanto, quando c'è un contrasto tra le attese di un soggetto e quelle dell'ambiente, si attivano tonalità emotive che risultano spiacevoli o piacevoli, a seconda di cosa il soggetto si aspetta di ottenere, in riferimento al ricordo di esperienze simili fatte in precedenza, e all'idea che ha di sé. Le emozioni sono quindi specializzazioni variabili di modalità generali di risposta espressiva e comportamentale, che derivano da processi di elaborazione dell'informazione, e che sono influenzate dall'esperienza e dall'apprendimento.<sup>61</sup>

I ricercatori oggi concettualizzano le emozioni come composte da sentimenti, comportamento espressivo e cambiamenti fisiologici. In termini funzionali le emozioni sono considerate propensioni verso comportamenti che facilitano le reazioni appropriate a eventi biologicamente rilevanti. Alle emozioni corrisponde un'attivazione psicomotoria che entra nella rappresentazione anticipatoria di ciò che si può provare in una futura esperienza che può evocare quella stessa emozione. (Nardi, 2007, 2013).

Per illustrare questo concetto, si pensi ad un'emozione di base come la paura alla vista di un predatore, che attiva un comportamento difensivo che prepara l'organismo a combattere o a fuggire, alterando la frequenza respiratoria, il battito cardiaco e la pressione sanguigna. Imparare da queste esperienze aiuta a modificare in modo

---

<sup>61</sup> "Organizzazioni di Personalità: Normalità e Patologia Psicologica" –Bernardo Nardi- Accademia dei Cognitivi della Marca, prima edizione, Settembre 2017

flessibile il comportamento e ottenere risultati vantaggiosi in circostanze simili in futuro. In alcuni individui, tuttavia, le associazioni apprese in questo modo possono contribuire anche allo sviluppo di fobie e altri disturbi affettivi. Le emozioni scaturiscono quindi da un evento specifico nell'ambiente circostante, e includono cambiamenti comportamentali e fisiologici che possono non essere accessibili alla consapevolezza cosciente.<sup>62</sup>

I sistemi dopaminergici, sono responsabili del controllo dei comportamenti motivati e della modulazione degli stati affettivi. Nell'uomo una ridotta funzionalità dei sistemi dopaminergici attutisce o abolisce completamente la capacità di apprezzare gli eventi gratificanti e le esperienze piacevoli (anedonia), mentre i livelli eccessivi di dopamina sono associati ai sintomi della schizofrenia.

### ***3.1 Emozioni: la teoria di Antonio Damasio***

*“Il principio di tutto è stata l'emozione. Sentire non è, dunque, un processo passivo.”*

ANTONIO DAMASIO

La dimensione affettiva e emotiva dell'uomo rappresenta una sua realtà costitutiva, elemento imprescindibile del suo costituirsi come soggetto a partire da quella che è la propria realtà biologica. Indagare la sfera emotiva dell'uomo significa infatti muoversi all'interno di quel contesto di riferimento che vede in relazione, ancora una volta,

---

<sup>62</sup> “Neuroscienze cognitive”- D. Purves, R. Cabeza, S.A. Huettel, K.S.Labar, M.L.Platt, M.G. Woldorff- Ed. Zanichelli

natura e cultura poiché pur essendo biologicamente iscritti, i meccanismi emotivi e affettivi risentono di una “manipolazione” culturale nel loro manifestarsi e nel loro porsi come elementi guida nella vita dei soggetti.<sup>63</sup>

I principali coloriti della sfera affettiva, sono quindi le emozioni e i sentimenti. Le emozioni, come abbiamo già visto, sono coloriti soggettivi a carattere rapido e transitorio, che esprimono la risposta individuali a stimoli ambientali. I sentimenti sono invece coloriti soggettivi tendenzialmente stabili e persistenti, che consentono di esprimere i propri stati interni in relazione a persone, oggetti, luoghi, o situazioni vissuti come significativi. Sia le emozioni che i sentimenti regolano l’umore, che è lo stato soggettivo, globale e unitario, di fondo.<sup>64</sup>

Diversi sono gli approcci allo studio dell’emozione e dei sentimenti, così come delle loro manifestazioni, che lungo la storia si sono avvicinati, sovrapposti e integrati, sorgendo dai più svariati ambiti disciplinari. Recentemente a questa mole di studi si è aggiunto l’approccio neuroscientifico e le nuove tecniche di ricerca sperimentale che hanno consentito di poter “guardare dentro” il nostro cervello e poter così definire meglio i meccanismi di implementazione delle emozioni e le loro funzioni nell’ambito del generale funzionamento umano.

Uno di questi contributi è quello di Antonio Damasio che, oltre a focalizzarsi sui meccanismi delle emozioni e dei sentimenti, avanza anche un’interessante visione riguardo la coscienza dell’uomo e il suo funzionamento.<sup>65</sup> Per il neurologo

---

<sup>63</sup> Cfr. J.M. Darley, S. Glucksberg, R.A. Kinchla, (ed. it. a cura di L. Anolli), *Fondamenti di psicologia*, Il Mulino, Bologna, 1998, pp. 303-307

<sup>64</sup> “Organizzazioni di Personalità: Normalità e Patologia Psicologica” –Bernardo Nardi- Accademia dei Cognitivi della Marca, prima edizione, Settembre 2017

<sup>65</sup> Cfr. a titolo esemplificativo A.R. Damasio, *Op. cit.*, 2012.

statunitense emozione, sentimenti e coscienza sono inquadrati all'interno di una visione integrata del soggetto e di un approccio che vede il corpo come teatro della mente<sup>66</sup>, un corpo, e quindi un organismo, sempre impegnato per la propria sopravvivenza, tendente alla costruzione del proprio benessere e quindi al mantenimento di un equilibrio sempre mobile e perennemente da riconquistare, nella sua ricerca di un'ottimale omeostasi. Parlando di omeostasi, Damasio non intende la tendenza dell'organismo a assestarsi attorno a un punto neutro ma la sua propensione sempre in atto, per questo si parla di "dinamica" a tendere verso il benessere. A tal proposito Damasio è chiaro quando afferma che «non soddisfatta del dono della semplice sopravvivenza, sembra che la natura abbia avuto un magnifico ripensamento: la dotazione innata a disposizione degli organismi per la regolazione dei processi vitali non mira al raggiungimento di uno stato neutrale – una terra di nessuno – fra la vita e la morte. Piuttosto, obiettivo dell'omeostasi è quello di offrire uno stato di vita migliore della neutralità, uno stato che noi umani, prospere creature pensanti, identifichiamo con la buona salute e il "benessere"». <sup>67</sup>

All'interno di questa visione, allora, le emozioni e i sentimenti vengono visti come alleati della razionalità a servizio dell'uomo, divenendo parte essenziale del meccanismo razionale, in relazione soprattutto al prendere decisioni e a operare delle scelte. Senza emozioni e sentimenti un soggetto non riuscirebbe più a dare un orientamento pratico alla propria vita o a organizzare il proprio tempo e le proprie relazioni interpersonali. Damasio riporta vividamente, a partire dal suo quotidiano

---

<sup>66</sup> Cfr. A.R. Damasio, Op. Cit., 2000, p.70; Id., Op. cit., 1995, pp. 23-24

<sup>67</sup> A.R. Damasio, Op. cit., 2003, p. 49

rapporto con pazienti affetti da lesioni cerebrali, la propria “scoperta” di questa alleanza tra emozioni e razionalità.<sup>68</sup>

Nell’osservare i suoi pazienti Damasio notò una incapacità a condurre una vita normale, a regolare le proprie attività e a gestire il proprio lavoro e le proprie relazioni, unite a una piattezza emotiva sorprendente.

Un esempio è riportato dal racconto di un suo paziente di nome Elliot, che alcuni mesi prima era stato sottoposto a un intervento chirurgico per l’asportazione di un tumore che si era sviluppato vicino al lobo frontale del cervello, nella corteccia. Elliot era considerato un uomo integerrimo, un marito e un padre modello, ma purtroppo l’intervento chirurgico aveva lasciato uno strascico imprevisto e imprevedibile:

“Man mano che il tumore cresceva, comprimeva in alto entrambi i lobi frontali, a partire dal basso...l’intervento è stato un successo... quello che si è rivelato meno felice è stato il cambiamento nella personalità di Elliot... richiedeva di essere sollecitato per iniziare la giornata e prepararsi per andare a lavoro. Una volta arrivato a lavoro era incapace di organizzare adeguatamente il proprio tempo... o magari poteva interrompere l’attività in cui era impegnato per fare qualcosa che considerava più interessante in quel momento...considerando la maggior parte dei suoi comportamenti, qualcuno potrebbe dire che Elliot era diventato irrazionale... Ha lasciato il suo lavoro... ha sviluppato nuovi passatempi e progetti imprenditoriali. In un’azienda, si è comportato in modo disdicevole. I moniti degli amici non sono stati d’aiuto, e il tutto è terminato in un fallimento. C’è stato un primo divorzio quindi un breve matrimonio... quindi un altro divorzio, quindi è finito completamente alla

---

<sup>68</sup> A.R. Damasio, Op. cit., 1995

deriva senza una fonte di reddito... Elliot sembrava un uomo con un intelletto normale ma incapace di decidere correttamente, in particolare quando la decisione da prendere riguardava aspetti sociali e personali.”<sup>69</sup>

Le osservazioni su pazienti come questo, con un danno alla corteccia orbitofrontale e prefrontale ventromesiale, hanno portato il neurologo Antonio Damasio a proporre una teoria sul ruolo delle emozioni nei processi decisionali.

L’ ipotesi del marcatore somatico, tenta di spiegare come il cervello e il corpo veicolano le informazioni affettive che guidano i processi decisionali della vita di ogni giorno. Damasio definisce tale ipotesi come il meccanismo che «forza l’attenzione sull’esito negativo al quale può condurre una data azione, e agisce come un segnale automatico di allarme che dice: attenzione al pericolo che ti attende se scegli l’opzione che conduce a tale esito. Il segnale può farvi abbandonare immediatamente il corso negativo d’azione e così portarvi a scegliere fra alternative che lo escludono; vi protegge da perdite future, senza ulteriori fastidi, e in tal modo vi permette di scegliere entro un numero minore di alternative».<sup>70</sup> Tutto ciò, da un punto di vista pedagogico e formativo assume un’importanza significativa, tenuto conto del fatto che la maggioranza dei marcatori somatici che noi impieghiamo per decidere in modo razionale è stata probabilmente creata nel nostro cervello durante il processo di istruzione e socializzazione. Lo sviluppo dei marcatori somatici adattivi richiede un cervello e una cultura normali; quando l’uno o l’altro sono in difetto sin dall’inizio, è improbabile che i marcatori somatici siano adattivi.<sup>71</sup> Questo meccanismo, dunque, è

---

<sup>69</sup> A.R. Damasio, 1994

<sup>70</sup> A. R. Damasio, Op. cit., 1995, p. 245.

<sup>71</sup> A. R. Damasio, Op. cit., 1995, pp. 250-251.



coinvolto in un processo di apprendimento continuo che ne permette la modificabilità lungo la vita grazie ad un'adeguata formazione. Emozione e sentimenti sarebbero, quindi, strategie adattive messe in atto dal soggetto in evoluzione al fine di poter vivere bene nel proprio ambiente. Il marcatore somatico costituirebbe il correlato neurofisiologico delle emozioni secondarie che Damasio chiama sentimenti, intesi come processi affettivi (*affects*): questi utilizzano le emozioni primarie associate all'esperienza passata nell'agire però nel presente, le correlano agli esiti di un'azione e fungono da fattori cognitivi nella scelta delle proprie strategie. Secondo questa ipotesi la riattivazione di stati emozionali, che risiedono nella vmPFC (corteccia prefrontale ventromesiale) facilita il ragionamento logico, mentre la loro assenza, come nel caso di Elliot, rende le decisioni di ogni giorno più laboriose.<sup>72</sup>

Emozione e sentimenti pervadono quindi in ogni momento la vita di ognuno di noi. Come sottolineato da Damasio ogni soggetto prova continuamente emozioni e sentimenti in relazione a ogni "oggetto perturbatore" interno o esterno incontrato, e con il quale entra in relazione. La relazione educativa non può allora prescindere da questa dimensione fondamentale. Educare l'emotività e i sentimenti allora non viene più a rappresentare un dominio distinto, una possibilità tra le altre, ma diventa dimensione costitutiva e fondante ogni relazione educativa e ogni atto educativo.<sup>73</sup> Nessun cambiamento è possibile se non si agisce sulla tavolozza emozionale del soggetto e su schemi capaci di provocare un cambiamento.

---

<sup>72</sup> "Neuroscienze cognitive"- D. Purves, R. Cabeza, S.A. Huettel, K.S.Labar, M.L.Platt, M.G. Woldorff- Ed. Zanichelli

<sup>73</sup> "Emozioni e sentimenti nel pensiero di Antonio Damasio- Riflessioni pedagogiche"- G. Castiglione

### **3.2 Le emozioni nella salute mentale**

*“Abbiamo due menti, una che pensa, l'altra che sente. Queste due modalità della conoscenza, così fondamentalmente diverse, interagiscono per costruire la nostra vita mentale.”*

DANIEL GOLEMAN

Secondo lo psicologo statunitense Daniel Goleman, l'uomo ha due cervelli, due menti, e due diversi tipi di intelligenza: quella razionale e quella emotiva. Il nostro modo di comportarci nella vita è determinato da entrambe: non dipende solo dal Qi, ma anche dall'intelligenza emotiva, in assenza della quale, l'intelletto non può funzionare al meglio.<sup>74</sup> E' possibile ricondurre alcuni specifiche difficoltà personali o relazionali a deficit in determinate aree dell'intelligenza emotiva . Allo stesso modo i costi imposti dalle difficoltà emotive generali possono anch'essi tradursi, a lungo termine, in veri e propri stili di vita e, dunque, in situazioni durevoli di malessere emozionale che possono caratterizzare difficoltà transitorie o sfociare in disturbi mentali permanenti.

La consapevolezza emotiva consiste nella capacità di riconoscere le proprie emozioni nel momento in cui hanno inizio. E' conosciuta anche come consapevolezza di sé o autoconsapevolezza e va concepita come una forma di attenzione non reattiva e non critica verso i propri stati interiori. La possediamo quando riusciamo a guardare i nostri stati interni come se stessimo guardando il contenuto di un vaso trasparente.

---

<sup>74</sup> “Intelligenza Emotiva: che cos'è e perché può renderci felici”- Daniel Goleman

La presenza di buoni livelli di consapevolezza emotiva si traduce in buon dialogo con se stessi che rappresenta il primo passo per rispettare le proprie esigenze e i propri bisogni quando si compiono le scelte quotidiane anche piuttosto importanti.

Gli individui dotati di buona consapevolezza di sé non tendono a reprimere i loro vissuti emotivi ma, al contrario, fanno il primo passo verso la gestione efficace delle proprie emozioni mediante un'attribuzione di significato a ciò che gli accade. Questa condotta è positiva perché rispetta il bisogno naturale presente in tutti noi di dare un senso alle nostre esperienze e ai nostri vissuti. L'autoconsapevolezza inoltre, risulta fondamentale soprattutto per far fronte a condizioni emotive più intense come ad esempio l'ansia, e prevenire disturbi psicosomatici di varia natura, come mal di testa, tensioni muscolari, tachicardia, che spesso affidano al corpo il compito di dire le emozioni non espresse utilizzando il sintomo.

La carenza estrema in questa area emotiva coincide con la negazione delle proprie emozioni che può essere la base della tendenza stabile al silenzio emotivo, noto in psichiatria con il nome di alessitimia, che letteralmente vuol dire mancanza di parole per definire le emozioni. Diversi studi hanno mostrato come essa sia una caratteristica che contraddistingue soprattutto i pazienti psicosomatici, i tossicodipendenti, in cui l'azione sostituisce la riflessione su se stessi, nonché soggetti che hanno subito gravi traumi, che adottano massicci meccanismi di difesa verso la propria realtà interiore che è fonte di sofferenza.

Il controllo emotivo consiste nell'abilità di modulare le proprie emozioni sia sul versante interno che su quello esterno. Il controllo interno riguarda l'esperienza emotiva e consiste nella capacità di lasciare il giusto spazio alle emozioni, sia nella

durata che nell'intensità. Questa capacità di gestire i vissuti emotivi agisce sulla salute mentale impedendo che delle emozioni negative, quali l'ansia e la tristezza, divengano dei sentimenti stabili e possano trasformarsi in patologie ansiose o depressive. Tale abilità inoltre, consentendo di distinguere le emozioni dalle azioni, è alla base della capacità di concentrarsi nello svolgimento di un compito, di riflettere e di pianificare le azioni, tutte doti importanti per il successo nello studio, nel lavoro, nello sport, ecc. Un deficit in questo settore dell'intelligenza emotiva può manifestarsi anche attraverso la tendenza a rivolgere l'aggressività spesso ed eccessivamente verso l'interno. Questo atteggiamento nel corso delle attribuzioni di causalità degli eventi della vita può determinare un'autosvalutazione più o meno accentuata ed è stato riscontrato frequentemente nelle persone con depressione, in cui la sua massima espressione è manifestata in presenza di ideazioni suicidarie.

Il controllo esterno emotivo, concerne il versante esteriore delle emozioni e consiste nella capacità di esprimere adeguatamente le manifestazioni emotive. Buone capacità di controllo delle manifestazioni emotive rappresentano il fulcro dell'adattamento sociale e quindi sono fondamentali per il successo in tutte quelle attività mediate dalle relazioni interpersonali. La carenza nel controllo delle manifestazioni emotive può generare conseguenze più o meno gravi a seconda del livello di difficoltà presentato. In casi di lievi difficoltà in tale abilità si possono avere problemi relazionali che possono incidere anche sulle prestazioni (esami, rapporti professionali) che implicano rapporti sociali. I gravi deficit nel controllo emotivo esterno rappresentano invece il nodo cruciale di molte patologie psichiatriche. La tendenza ad agire senza pianificare, ad esempio, è una caratteristica tipica del disturbo antisociale di personalità che viene

descritto come caratterizzato da impulsività e incapacità di fare piani, da irritabilità e aggressività con tendenza agli scontri fisici.

Un deficit nel controllo degli impulsi è riscontrato frequentemente in giovani con disturbi alimentari come la bulimia nervosa, in soggetti dediti all'uso di sostanze e propensi alla delinquenza.

Un'altra dimensione dell'intelligenza emotiva è l'empatia che è concepita come la capacità di immedesimarsi con gli stati d'animo e con i pensieri delle altre persone. L'assenza di empatia rappresenta il fulcro di alcuni disturbi della condotta caratterizzati dal ricorso frequente all'esercizio dell'aggressività verbale e fisica anche in presenza di sufficienti capacità di controllare le manifestazioni emotive. L'incapacità a comprendere l'emozione altrui, infatti, può comportare distorsioni nell'interpretazione delle intenzioni e generare comportamenti difensivi fuori luogo. La mancanza di empatia è uno dei criteri che contraddistingue il disturbo narcisistico di personalità e rende gli individui che rientrano in tale condizione incapaci di riconoscere i sentimenti e i bisogni degli altri essendo costantemente assorbiti dalle proprie esigenze.<sup>75</sup>

Nel caso della schizofrenia vi sono generalmente due caratteristiche fondamentali: la mancanza di relazioni interpersonali significative e l'assenza di desiderio di intraprendere queste relazioni. Vari autori suggeriscono che i soggetti schizofrenici non siano capaci di riconoscere le profonde emozioni in sé stessi o negli altri, di conseguenza, spesso appaiono e si sentono indifferenti (anaffettivi). Frequentemente lo schizofrenico attua uno stile di vita che gli consente di stare a sufficiente distanza

---

<sup>75</sup> [http://www.benessere.com/psicologia/intelligenza\\_emotiva/intell\\_emotiva.htm](http://www.benessere.com/psicologia/intelligenza_emotiva/intell_emotiva.htm)

dagli altri così che l'individuo, di solito, sia isolato e senza per questo soffrirne particolarmente. Questi soggetti, quindi, hanno poche relazioni amichevoli e interpersonali, ed evitano tutte le situazioni di intensa partecipazione pubblica.

La schizofrenia è caratterizzata anche dal blocco del pensiero, distraibilità, difficoltà di comprensione, giudizio erroneo degli stimoli, ottundimento emotivo; sintomi che mettono in dubbio il corretto funzionamento sia della memoria dichiarativa che di quella emozionale.

Il fatto che nella schizofrenia esistessero della particolarità rispetto alla capacità di provare e comunicare le emozioni fu osservato da Goldstein (1976). Questa interpretazione sembrava dare ragione non solo all'immobilità affettiva del paziente ma stabilire definitivamente una differenza emozionale tra questi ed i soggetti sani, ipotesi però invalidata da varie ricerche scientifiche in questo campo. Uno studio condotto da Berti A. e collaboratori, presso l'Università degli studi di Genova (1995), ha sottoposto un campione di dieci pazienti schizofrenici alla visione di immagini che rappresentassero fasi diverse dello sviluppo psichico (diade madre-bambino, oggetto transizionale, triade edipica) allo scopo di evocare la memoria emozionale del paziente.

Tutte le immagini hanno provocato nei pazienti reazioni emotive molto intense e questo porta a sostenere la presenza di una memoria collegata all'emozione interessante dal punto di vista speculativo ma, allo stato attuale di conoscenza, di difficile interpretazione. Ciononostante, si può concludere che la difficoltà dei pazienti schizofrenici non sia principalmente nel provare le emozioni, quanto nell'elaborarle e comunicarle attraverso linguaggi convenzionali.

### **3.3 *L'espressività emotiva attraverso l'Arte Terapia***

*“Mostrasi sì piacente a chi la mira, / che dà per li occhi una dolcezza al core, / che  
‘ntender no la può chi non la prova; e par che de le sue labbia si mova / un spirito  
soave e pien d’amore, / che va dicendo a l’anima: sospira”.*

DANTE, VITA NUOVA, XXVI

Nei loro studi sull'isteria Breuer e Freud (1895) videro come recuperando e riportando alla coscienza dei contenuti apparentemente dimenticati (rimossi) si potevano risolvere alcuni nodi conflittuali di una patologia e fare scomparire quei sintomi che la rappresentavano. I contenuti emotivi che erano rimasti come imprigionati in degli episodi rimossi, una volta venuti alla luce, potevano finalmente essere liberati e vissuti. Breuer e Freud (1895) chiamarono “abreazione catartica” questo esito terapeutico, avendo in mente il concetto di “catarsi” così come era presente nella storia e nelle originali funzioni della tragedia greca e puntando espressamente su due elementi dell'abreazione catartica: la possibilità di esprimere e comunicare le proprie emozioni e il coinvolgimento del corpo in questo processo. Non deve pertanto sorprendere che tali elementi catartici siano presenti anche in parte notevole della pratica arte-terapeutica,<sup>76</sup> e solo recentemente si è arrivato a comprendere che essa, oltre ad assolvere al compito catartico del "buttar fuori", può anche fornire chiavi di elaborazione del vissuto, soprattutto emotivo, che ha esteriorizzato.

---

<sup>76</sup> <https://www.nuoveartiterapie.net/la-comunicazione-la-regolazione-delle-emozioni-nelle-arti-terapie/>

All'interno di un dialogo tra arte e neuroscienze, i recenti sviluppi evidence-based della neurobiologia in Arte Terapia, vedono l'Arte Terapia come una pratica mente/corpo che fornisce un mezzo di regolazione attraverso l'elaborazione cognitiva e sensoriale di nuova esperienza che favorisce la possibilità di plasticità neurale, ovvero la capacità del cervello o di alcune aree cerebrali di modificare la propria struttura e la propria funzionalità.

"Un essere umano funziona come un intero organismo, e in qualsiasi momento, molti processi e aree del cervello sono attivi e coinvolti. L'interazione dei media artistici nella terapia artistica può procedere dalla stimolazione periferica delle diverse modalità sensoriali o dall'espressione spontanea delle emozioni, o entrambe. Un'espressione attraverso i media artistici può anche originarsi da complesse attività cognitive che coinvolgono decisioni e immagini interne, attivando così i canali sensoriali e l'attività motoria". (Lusebrink, 1990). Perciò, da quanto si può comprendere, attraverso l'Arte Terapia, cervello e corpo comunicano in relazione al trattamento dell'esperienza emotiva.

Studi di imaging cerebrale che utilizzano tecnologie avanzate rivelano informazioni su come una persona stia elaborando stimoli che non possono altrimenti essere osservati o auto-riferiti. Tali ricerche evidenziano come l'Arte Terapia sia in grado di promuovere l'elaborazione cognitiva e sensoriale delle esperienze, favorendo la regolazione emotiva. Evidenziano inoltre i suoi benefici in casi di stress e trauma correlato: attraverso l'arte, in un contesto terapeutico, è possibile dare espressione a



ciò che non è esprimibile a parole, trovare un contenimento per l'esperienza e favorirne l'elaborazione.<sup>77</sup>

L'Arte Terapia attraverso il linguaggio specifico dell'arte può ristabilire la linea trasmissiva tra il sentire e l'aspetto cognitivo del processo emotivo nel caso in cui la simbolizzazione verbale non riuscisse ad assolvere al compito. Esiste un rapporto molto diretto tra creazione artistica e emozione: le emozioni stimolano immagini nella nostra mente ed è forse per questo che facciamo ricorso a metafore quando le parole sfuggono. Come l'inconscio, queste si fondono su relazioni "simmetriche"(non ammettono le categorie della "causa-effetto", del "prima-dopo", del "maggiore-minore"...) vivono nell'immediatezza, non tengono conto delle dimensioni spazio-temporali ma si attuano in una dimensione circolare di continui riflessi e rimandi ed è proprio per questo che vanno elaborate. La creazione artistica si fonda anch'essa su relazioni simmetriche e, come le emozioni, anch'essa deve subire un processo di elaborazione.

Nell'ambito delle arti-terapie questo tipo di decodifica attraverso il linguaggio artistico implica l'acquisizione di determinate regole proprie di quel linguaggio, e attraverso questa acquisizione viene a costituirsi una coincidenza tra regole del linguaggio artistico scelto e modalità regolative dell'espressione del vissuto emotivo: in pratica il codice simbolico usato permette di definire l'emozione e di collocarla in una dimensione spazio/temporale.

Sembra chiaro che la terapia artistica, seguendo questa linea di pensiero, abbia, oltre che proprietà catartiche, proprietà "trasformative": la sua specificità risiede nel

---

<sup>77</sup> <https://www.arteterapiabologna.it/arte-terapia/arte-terapia-e-neuroscienze/>

linguaggio artistico che riesce a muovere processi profondi essendo in rapporto diretto con quella zona dell'animo umano preposta alla comunicazione pre-verbale.<sup>78</sup>

La ricerca attuale nelle neuroscienze mostra che le esperienze traumatiche restano bloccate nelle aree inconscie del cervello. In caso di disturbi dissociativi, come nello stress post traumatico, il modo verbale non arriva a trattare la complessità dei sintomi ed è necessario ricorrere a un modo implicito. La stimolazione simultanea delle aree somatosensoriali e/o visuali e delle aree motorie traccia un cammino verso le memorie implicite, cioè verso le memorie inconscie, risvegliandole. L'esperienza artistica stabilisce un legame tra i gesti creativi dell'artista, rintracciabili nell'opera, e la ricostruzione che di essi compie lo spettatore attraverso il sistema dei neuroni specchio. La componente sensomotoria della percezione dell'immagine, insieme alla attivazione emozionale che essa evoca, permette a chi partecipa dell'esperienza artistica di vivere l'opera d'arte in una modalità "incarnata".<sup>79</sup>

Anche i sentimenti, come le emozioni, sono espressi sia attraverso il linguaggio non verbale che quello verbale. D'altra parte, quando le parole sono utilizzate per esprimere i sentimenti, esse attivano coloriti soggettivi che da un lato appaiono universali, in quanto "comprensibili" da tutti, ma che, dall'altro lato, sono anche soggettivi e unici, in quanto esprimono e riattivano aspetti esclusivi dello stato interno di un individuo. Ne è la prova la poesia, che parla più attraverso i sentimenti e le emozioni che evoca piuttosto che con i contenuti logici, le strutture metriche, le regole e i criteri con cui viene composta, come è evidente in un celebre sonetto di Dante (Vita

---

<sup>78</sup> <https://www.bipolari.it/index.php/noi/espressione-artistica/arte-come-terapia/117-arti-terapie-e-regolazione-delle-emozioni>

<sup>79</sup> <https://www.nuoveartiterapie.net/arteterapia-neuroscienze/>

Nuova, XXVI): “ *Tanto gentile e tanto onesta pare/ la donna mia quand’ella altrui saluta, / ch’ogne lingua deven tremando muta, / e li occhi no l’ardiscon di guardare. / Ella si va, sentendosi laudare, / benignamente d’umiltà vestuta; / e par che sia una cosa venuta / da cielo in terra a miracol mostrare. / Mostrasi sì piacente a chi la mira, / che dà per li occhi una dolcezza al core, / che ‘ntender no la può chi non la prova; e par che de le sue labbia si mova / un spirito soave e pien d’amore, / che va dicendo a l’anima: sospira.*”

Perché quindi liberare le emozioni con l’Arte Terapia? Perché le immagini visive, da sempre, hanno sull’uomo un impatto maggiore e immediato, possono metterci in contatto con parti di noi inaccessibili alle altre attività e interazioni, perché l’arte, a differenza del linguaggio, non ha regole di struttura o di organizzazione e ciò che magari richiederebbe una notevole esposizione verbale può essere espresso più rapidamente da un semplice disegno. Le immagini continuano a parlarci anche dopo che sono state create, rimangono dentro di noi e anche a distanza di tempo ci aiutano a superare passaggi, a trovare soluzioni diverse, ad attingere a risorse inaspettate.<sup>80</sup>

---

<sup>80</sup> <https://www.giovanigenitori.it/lifestyle/arteterapia-un-ponte-emozioni/>

## CAPITOLO 4: ESPERIENZA DI TIROCINIO

*“L’esperienza è la memoria più la ferita che ti ha lasciato, più il cambiamento che ha portato in te e che ti ha fatto diverso.”*

ITALO CALVINO

### ***4.1 Descrizione struttura e tipologia utenza***

La struttura residenziale psichiatrica “Il Gabbiano” è la sede presso cui ho svolto il mio ultimo tirocinio formativo, durante il terzo anno di studi universitari. La struttura si trova nel centro di Falconara Marittima, una frazione di Ancona, in cui sono presenti sette utenti residenti e circa dieci utenti semiresidenti che partecipano ad alcune attività a loro scelta e concordate con il responsabile della struttura. Le età sono comprese tra i 22 anni e i 60 anni circa. L’ubicazione della struttura è comoda e strategica, nelle vicinanze infatti si trovano diversi supermercati e negozi per ogni esigenza facili da raggiungere a piedi. La struttura è molto piccola, dotata di un salone abbastanza ampio in cui gli utenti svolgono il pranzo e le varie attività come il gruppo discussione, cineforum, hobby mania, ginnastica mattutina, yoga, musica e ballo. Inoltre, sempre nella sala principale e talvolta nell’ufficio della psicologa si svolgono anche le riunioni di equipe.

Gli incontri di equipe si svolgono ogni mercoledì mattina, dalle 10.00 alle 13.00 circa. All’equipe partecipano le educatrici e gli infermieri di turno, lo psichiatra, la psicologa, la caposala e le tirocinanti. Durante l’equipe si discute delle problematiche

riscontrate, dei miglioramenti e i peggioramenti di ogni utente, con varie riflessioni e condivisioni riguardo il quadro complessivo della situazione. Ogni due settimane si svolge, sempre di mercoledì dalle 10.00 alle 13.00, l'equipe generale, in cui sono presenti tutte le educatrici e gli infermieri della struttura, compresi sempre lo psichiatra, la psicologa, la caposala e le tirocinanti. Durante l'equipe generale lo psichiatra sceglie un tema didattico di cui discutere, ponendo anche esempi relativi agli utenti presenti in struttura. Noi tirocinanti siamo sufficientemente coinvolte, prestiamo maggiormente il ruolo di ascoltatrici, ma possiamo intervenire quando crediamo sia opportuno e condividere i nostri pensieri e le nostre osservazioni con tutti i componenti dell'equipe. Al posto delle riunioni di equipe, a volte, in caso di necessità si svolgono riunioni in presenza dell'utente con cui occorre confrontarsi, discutere ed ottenere una valutazione del percorso. Per esempio si possono svolgere colloqui di questo tipo con utenti in procinto di avviarsi verso un gruppo appartamento.

Le attività si svolgono la mattina dalle 9.30 circa fino alle 12.30, orario in cui gli utenti, rispettando turni settimanali stabiliti, apparecchiano la tavola. A fine pasto, altri utenti, sempre rispettando il calendario stabilito, sparechiano la tavola, dopodiché vengono lasciati liberi di uscire e riposarsi fino alla ripresa delle attività pomeridiane. All'interno della struttura, gli utenti residenti hanno a disposizione una lavatrice dedicata alla pulizia dei capi d'abbigliamento, che può essere utilizzata sempre nel rispetto dei turni prestabiliti. Gli utenti si occupano inoltre della pulizia della stanza. La struttura possiede due bagni, uno per gli utenti e uno per il personale, ed è inoltre presente un'infermeria, dove vengono riposti i vari farmaci da somministrare agli

utenti, utilizzata soprattutto come ufficio. E' presente infine un secondo ufficio, in cui solitamente risiede la psicologa, dotato di un computer a disposizione di tutto il personale della struttura, ed una stanza in cui sono riposti e conservati libri e documenti.

La struttura è composta da due piani: nel piano superiore sono presenti cinque camere con sette posti letto per i residenti ed una terrazza, mentre nel piano inferiore sono presenti uffici, sala da pranzo, e cucina. Nella struttura è presente un giardino esterno con un tavolo, un pingpong e un piccolo biliardino, in cui spesso gli utenti trascorrono il tempo libero a loro concesso. Sempre all'esterno è presente un piccolo orto di cui si occupano il personale sanitario e gli utenti residenti e semiresidenti.

Le figure professionali presenti sono nove infermieri, due per ogni turno che somministrano le terapie, quattro educatrici professionali, una per ogni turno, che si occupano dello svolgimento delle varie attività ed eventuali uscite, e tre ausiliare che si occupano della pulizia della struttura. Oltre a noi tirocinanti è presente anche una tirocinante infermiera. La caposala si occupa della gestione dei turni degli operatori e partecipa all'attività "gruppo discussione" quando è presente in struttura, l'assistente sociale si occupa invece della parte più burocratica e, quando presente, assiste a colloqui e agli incontri di equipe. La psicologa, dirige gli incontri multifamiliari, i colloqui individuali coi familiari e con gli utenti su loro richiesta, e infine i gruppi discussione insieme allo psichiatra, il quale svolge anche il ruolo di responsabile della struttura. La psicologa, l'assistente sociale, la caposala e lo psichiatra, oltre che in struttura lavorano al CSM (Centro di Salute Mentale), che si trova a pochi passi dal

Centro. La psicologa e lo psichiatra si occupano dei consensi riguardo i permessi di uscita richiesti dagli utenti.

Gli utenti sono tutti accompagnati da disturbi psichiatrici, non in fase di acuzie, qualcuno accompagnato da un lieve ritardo mentale, più o meno grave, e le età sono comprese tra i 22 anni e i 60 anni circa.

I disturbi che si possono incontrare più frequentemente tra i disturbi elencati all'interno del DSM-5 sono:

- Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici
- Disturbi bipolari e disturbi correlati
- Disturbi della personalità
- Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati
- Disturbi dissociativi

In comorbilità con questi disturbi, e quindi aggiuntivi a disturbi già presenti, si possono trovare:

- Disturbi depressivi
- Disturbi d'ansia
- Disturbi correlati a eventi traumatici
- Disturbi sonno-veglia
- Disturbo della nutrizione e dell'alimentazione
- Disturbo del neurosviluppo

All'interno del "Gabbiano" i soggetti vengono accompagnati verso un percorso di riabilitazione, svolgendo attività educative e progetti educativi individualizzati. L'inserimento in struttura avviene in seguito ad una fase critica, solitamente trascorsa all'interno del reparto di psichiatria in seguito ad un ricovero volontario o ad un TSO. Successivamente il CSM decide per l'invio dell'utente all'interno della struttura, mantenendo sempre i contatti con il soggetto, che svolgerà inizialmente un colloquio con lo psichiatra e la psicologa per la condivisione del percorso futuro e la somministrazione della terapia farmacologica. Gli utenti possono rimanere nella struttura solitamente per un massimo di due anni, dopodiché l'equipe concorderà il percorso successivo più idoneo ai bisogni del soggetto, sempre condividendo la scelta con esso. Le possibilità più frequenti sono la collocazione all'interno di un gruppo appartamento, il ritorno a casa con la propria famiglia, o la collocazione in un'altra struttura, in base alle proprie esigenze ed età.

#### ***4.2 Attività educative***

Le attività sono programmate in base alla scheda delle attività educative nota a tutti gli operatori presenti in struttura, e viene rispettata giorno per giorno. Tutte le attività sono rivolte ai residenti e ai semi residenti, tranne qualche eccezione. Noi tirocinanti siamo presenti ad ogni attività, affiancando l'educatrice. Si inizia il lunedì mattina con il gruppo discussione rivolto solo ai residenti, guidato dalla psicologa e lo psichiatra a cui talvolta è presente anche la caposala e a cui partecipa inoltre l'educatrice



professionale, gli infermieri e le tirocinanti. Lo psichiatria propone temi sui quali discutere, spronando la condivisione e la riflessione degli utenti, che manifestano spesso i loro pensieri, i loro disagi e le varie problematiche. Il pomeriggio si procede con l'attività di cineforum guidato dall'educatrice di turno e a cui possono partecipare anche gli infermieri. Il film viene scelto dall'educatrice e riguarda spesso temi che si prestano a riflessioni e discussioni, o talvolta viene accolta la proposta di un film da parte di uno o più utenti. A seguito della visione del film vengono coinvolti gli utenti nella discussione riguardante la tematica scelta ed eventuali osservazioni, in cui gli utenti vengono spronati a condividere i propri punti di vista e le proprie opinioni insieme al gruppo. Il martedì mattina si svolge l'attività di yoga e ginnastica mattutina, che stimola il risveglio muscolare e il rilassamento, guidata sempre dall'educatrice. Il pomeriggio alcuni utenti svolgono l'attività di calcetto fuori della struttura accompagnati da un infermiere del CSM e al loro ritorno viene svolta l'attività del gruppo cucina, dove gli utenti insieme all'educatrice scelgono che piatto cucinare per cena, scrivono la lista degli ingredienti da comprare e si dirigono al supermercato a piedi o con i mezzi della struttura, insieme agli infermieri. Gli utenti vengono lasciati liberi di fare la spesa in maniera autonoma, con la sola supervisione delle figure professionali. Mentre viene svolta l'attività uno o più utenti si occupano di trascrivere la ricetta da inserire nel ricettario. Il mercoledì mattina viene svolta la riunione di equipe in cui gli utenti vengono lasciati liberi, ed il pomeriggio viene svolto il gruppo discussione rivolto anche ai semi residenti e guidato dalla psicologa e l'educatrice, con la partecipazione degli infermieri, le tirocinanti, e la caposala quando presente. La psicologa e l'educatrice propongono attività formative di gruppo, come per esempio lo psicodramma, attività espressive e di condivisione, spesso rispettando una tematica

proposta. Il giovedì mattina si inizia con l'attività musica e ballo, un momento di svago in cui gli utenti cantano e ballano canzoni a loro richiesta e piacimento, guidato sempre dall'educatrice. Il pomeriggio alcuni utenti svolgono l'attività di pallavolo, sempre al di fuori della struttura e accompagnati dall'infermiere del CSM, e al loro ritorno viene svolta l'attività di hobby mania, in cui l'educatrice propone lavori manuali o di cucito. Il venerdì viene spesso dedicato alle uscite, come gite o passeggiate nei paesi limitrofi. Il sabato e la domenica alcuni utenti tornano dalle loro famiglie o organizzano delle uscite autonome, concordate. Non essendo sempre presente la psicologa in struttura, gli utenti, quando ne sentono il bisogno, richiedono colloqui individuali alle educatrici di turno, per confrontarsi e condividere problematiche o riflessioni, a cui partecipiamo e interveniamo anche noi tirocinanti. Una volta al mese viene svolto il gruppo multifamiliare, a cui partecipano le educatrici professionali, la psicologa, la caposala, ed alcuni infermieri.

A fine giornata, l'educatrice di turno compila il diario giornaliero e descrive le attività fatte in giornata e le osservazioni rilevate. Nell'intraprendere un percorso educativo è essenziale monitorare costantemente i comportamenti e le osservazioni rilevanti, poiché ogni giorno rappresenta una nuova scoperta e una conoscenza maggiore dell'essere dell'utente. Allo stesso modo, è risultato importante consultare le schede educative di ogni utente per comprendere la loro storia e il momento in cui la malattia è esordita.

Durante lo svolgimento delle attività, entrano in gioco vari strumenti della metodologia educativa, primi tra i quali l'osservazione e l'ascolto attivo. Nell'attività di cineforum, durante la visione del film, si osserva il livello di attenzione, il

comportamento tenuto per tutta la durata dell'attività ed un eventuale cambiamento dello stato d'animo dell'utente in base alla tematica del film, per cui magari il soggetto si senta maggiormente coinvolto o suscettibile. Durante l'attività di musica e ballo si possono osservare i movimenti del corpo, gli stati d'animo, le preferenze riguardo varie canzoni, e il livello di partecipazione. Anche durante i gruppi discussione è fondamentale l'osservazione ma è altrettanto importante l'ascolto attivo, come anche nell'attività del cineforum, a seguito della visione del film e nei colloqui individuali. Questi infatti sono i momenti in cui gli utenti esprimono di più le loro emozioni, i loro pensieri e si mettono a nudo, manifestando i propri problemi e disagi. Occorre quindi fare attenzione ad ogni parola detta, senza giudizio e in maniera il più possibile oggettiva, senza farsi coinvolgere eccessivamente. Durante le discussioni sia individuali e di gruppo è fondamentale la gestione del processo empatico, per mettere la persona a proprio agio, farla sentire al sicuro, in grado di fidarsi e potersi esprimere. E' importante inoltre la creazione di un setting, protetto e rassicurante, soprattutto quando si svolgono i colloqui individuali quando l'utente sente il bisogno di esprimersi e confidarsi. Fondamentale inoltre è il controtransfert, rielaborare quindi le sensazioni dell'educatore, e di noi tirocinanti attraverso la trascrizione del diario educativo e la supervisione.

Attualmente, a seguito della pandemia COVID-19, la situazione all'interno della struttura e soprattutto le attività educative, hanno subito delle variazioni: gli utenti presenti in struttura sono diminuiti e alcuni avendo fatto ritorno dalle loro famiglie prima del lockdown, non hanno più potuto far ritorno in struttura, ed è permesso

solamente l'ingresso, esclusivamente in giardino, ai familiari dei residenti, monitorando la temperatura e adottando i DPI (Dispositivi Di Protezione: guanti, mascherina, camici monouso). Per questo il lavoro educativo ha dovuto subire dei cambiamenti. I progetti e i lavori educativi, sono stati portati avanti regolarmente mentre le attività sono state ridotte e rese più leggere, per non appesantire troppo i residenti e assecondare maggiormente le loro richieste, considerando la situazione non semplice da gestire sia a livello pratico sia psicologico. L'attività più richiesta e svolta è quella della visione del film, altrimenti viene permesso loro di scegliere l'attività da svolgere, e come impiegare il loro tempo. Con la bella stagione è stato dato il permesso di fare passeggiate al mare e prendere il sole, ma senza concedere attività al chiuso come per esempio pallavolo o calcetto. Gli utenti del Centro Diurno non hanno potuto più frequentare la struttura e le attività, perciò i contatti con gli utenti esterni sono stati mantenuti tramite colloqui ogni due/tre giorni. Riguardo gli utenti aventi un bisogno maggiore di contatto e sostegno, e riguardo situazioni più problematiche, gli operatori del CSM si adoperano nell'attuare interventi domiciliari. Le riunioni di equipe sono state mantenute, come anche i colloqui con gli utenti in presenza del medico psichiatra, sia individuali che in presenza dell'equipe.

### ***4.3 Osservazioni e riflessioni***

Grazie a questo tirocinio ho approfondito molteplici aspetti in maniera globale. Prima di queste la relazione educativa, mai come con il settore della salute mentale mi sono relazionata sotto tutti gli aspetti, da un colloquio formale a informale, in equipe, individualmente e in gruppo, e in un contesto terapeutico o di gioco. Inizialmente ero

molto spaventata dall'approccio con questa tipologia di utenza, non mi sentivo in grado di comprendere il loro mondo, le loro emozioni e gli stati d'animo, e non ero sicura che loro stessi mi reputassero in grado di farlo. Provavo difficoltà nel riuscire a trovare le parole giuste con cui esprimermi, dovendo dosare bene le parole per evitare fraintendimenti o per evitare il rischio che emergesse un concetto sbagliato. Nella relazione e nel dialogo con l'utente, sono stati molti i momenti in cui mi sono sentita coinvolta emotivamente, e mi accorgevo che l'emozione provata in quel momento dal soggetto influenzasse la mia e viceversa. E' proprio questo l'effetto del controtransfert, parte fondamentale del processo relazionale. È stato difficile trovare il giusto mezzo e la giusta distanza per non farsi trascinare dalle molteplici storie di vita, dai pianti e dai sentimenti di rabbia e frustrazione che gli utenti trasmettevano, ma convivere con queste emozioni contrastanti ha rappresentato per me una grande lezione, che mi ha trasmesso forza e autorevolezza. Col tempo ogni colloquio è stato fonte di arricchimento sia personale che professionale, mi affascinava il mondo interno degli utenti, ero curiosa di sapere e di comprendere sempre di più i loro comportamenti, le loro azioni e cosa in realtà si celasse dietro le loro parole. Pian piano mi rendevo conto che io stessa stavo crescendo e maturando e non sentivo più quel disagio iniziale che mi accompagnava in maniera quasi costante. Col tempo gli utenti stessi dimostrarono di volersi aprire nei miei confronti, ed il fatto di aver acquisito parte della loro fiducia mi appagava.

Ho superato le mie paure ed ho compreso che la relazione è qualcosa di naturale che avviene quando entrambi i soggetti si sentono sicuri e pronti a farlo. Come io ho offerto il mio mondo agli utenti, loro lo hanno offerto a me. La relazione è un viaggio

da condurre insieme. I momenti di relazione con gli utenti hanno mutato profondamente il mio modo di vedere e sentire la professione ed il mandato che ad essa ne consegue. In pochi mesi ho assistito ad un mio cambiamento personale relativo all'interazione e all'approccio da assumere nei loro confronti.

Ricordo un episodio in cui rimasi sola con un utente A. Avevamo appena concluso un gruppo discussione, e A. stava vivendo in una fase di crisi e declino morale e psicologico, accompagnato da una depressione permanente e oscillante negli anni. Rimanere da sola con quell'utente ha scatenato in me emozioni contrastanti, in quel momento provavo imbarazzo, non riuscivo a trovare le parole giuste, ma allo stesso tempo non volevo che A. si sentisse ignorato e non compreso. Alla fine ho attivato tutte le mie risorse metodologiche e conoscitive per gestire al meglio la situazione, facendo leva sulle mie esperienze e i miei studi, e tutte le competenze che un educatore professionale dovrebbe avere, in questo modo sono riuscita ad attuare un colloquio con l'utente e ricevere risposte che presupponevano la fiducia dell'uno verso l'altro. Questo è stato il momento di svolta, che mi ha sbloccato in maniera completa e globale. Ricordo inoltre un altro episodio, che mi ha trasmesso molto a livello emotivo, e che mi ha fatto capire che essere consapevoli di se stessi e del proprio ruolo, senza farsi coinvolgere in maniera eccessiva è fondamentale nel lavoro educativo. Mi trovavo in una stanza, eravamo io, l'educatrice professionale e una ragazza K. residente in struttura. Era il primo colloquio a cui assistevo all'interno del tirocinio e non sapevo come comportarmi, come gestire le emozioni e ciò che l'utente avrebbe rivelato di sé. A metà colloquio K. è scoppiata in un pianto disperato e sentito, ed ho provato una fitta al petto, cercando con molta difficoltà, di non versare

nemmeno una lacrima. Quel solo colloquio e quella sola fortissima emozione però, mi ha resa più forte e in grado di gestire i colloqui che si sono poi susseguiti, con maggiore consapevolezza.

Le osservazioni e le riflessioni effettuate durante tutto il periodo trascorso con gli utenti mi hanno portato a considerare l'aspetto emotivo dei soggetti affetti da disturbi psichiatrici e la difficoltà di questi ad esternare i loro sentimenti. Durante le attività espressive come i gruppi discussione, l'attività di musica e ballo e l'attività di psicodramma, ho rilevato grossi limiti da parte del gruppo utenti, nell'esternare e confrontarsi riguardo temi più intimi tanto da sembrare apatici e passivi di fronte all'attività e all'argomento. Questa mancanza di espressione rappresentava un ostacolo nel corretto svolgimento del "compito" richiesto, limitando inoltre il raggiungimento degli obiettivi e del progetto educativo. In conseguenza la persona era presente solo a metà, solo in maniera fisica ma non globale. Il proprio Io interno era intrappolato dentro un corpo che non lo rendeva libero di esplorare ed esplorarsi.

Ritengo che ogni attività presupponga creatività da parte dell'educatore professionale, sia nel crearla, reinventarla e svolgerla. Un'attività che tenga conto dei bisogni di ogni soggetto e che coinvolga tutti gli utenti sarà sicuramente più efficace e piacevole di una semplice attività "scolastica" da dover svolgere. Per questo ho posto la mia attenzione verso le attività espressive, in particolare di arte e pittura e musica e ballo e come queste potessero essere riproposte da un punto di vista terapeutico. La musica e i testi delle canzoni sono fonte di analisi, benessere, e arricchimento per il soggetto, e qualcosa nel quale lui stesso possa identificarsi. Per questo credo che, alcuni testi, scelti dall'educatore professionale o dagli utenti, debbano essere ascoltati ma anche

discussi, considerando tematiche specifiche, ed emozioni e ricordi da parte dei componenti del gruppo. Per quanto riguarda il ballo, la danza è l'attività che maggiormente permette l'espressione senza limiti e senza freni del proprio corpo, in maniera libera e spontanea. Rappresenta sicuramente un modo per sconfiggere blocchi emotivi, mentali e relazionali, che induce benessere all'interno del soggetto, e dovrebbe essere praticata in un modo nettamente più strutturato e terapeutico nel vero senso della parola, facendo attenzione anche ad altri elementi come il ritmo, l'intensità e il genere di musica che in quel momento si sta ballando. Allo stesso modo, l'utente nel disegno e nel colore scelto esprime sensazioni, emozioni e pensieri, che potrebbero essere una grande risorsa per il lavoro educativo e per conoscere sempre più nel profondo l'animo dell'utente, nella sua globalità. Avrei proposto di sfruttare inoltre i sensi, il tatto e la vista in questo caso, come per esempio disegnare con le mani, sperimentare pitture, la scelta dei colori, e proporre tecniche di disegno differenti come per esempio le pitture ad acqua, e lasciare libero sfogo alla creatività degli utenti.

Come ulteriore attività da considerare, aggiungerei senz'altro il teatro. Il teatro stimola infatti la relazione, la consapevolezza e la conoscenza di se stessi ed aiuta a superare difficoltà e blocchi sia emotivi che sociali del soggetto, contribuendo a migliorare la qualità della loro vita. A proposito di attività teatrali, uno spazio creativo ed espressivo positivo, a cui ho avuto il piacere di assistere e che ho avuto il piacere di conoscere è lo psicodramma. Attraverso lo psicodramma gli utenti rivivono esperienze per loro traumatiche o episodi di vita quotidiana, e vissuti personali, esplorando e rielaborando le emozioni dall'esterno attraverso la drammatizzazione teatrale. Gli utenti coinvolti



possono scegliere di partecipare o non partecipare in prima persona alla rappresentazione scenica e analizzano l'esperienza sotto altri punti di vista diversi, con maggiore consapevolezza e comprensione delle loro azioni e dei loro gesti. In questo modo il soggetto rielabora e riflette riguardo l'esperienza, magari resolvendo conflitti interni ed impara a conoscere l'Arte della recitazione. Grazie alle attività di gruppo e ai gruppi discussione ho potuto notare miglioramenti da parte degli utenti, che hanno attivato una maggiore capacità riflessiva, un aumento della loro motivazione e un maggiore mantenimento delle loro capacità e dei loro comportamenti positivi.

Credo che le attività di espressione motoria e emotiva siano fondamentali, soprattutto considerando il settore della salute mentale, nel quale i soggetti, come detto in precedenza, riscontrano molte difficoltà relative in questi ambiti e, attraverso attività di espressione di gruppo e di rilassamento, senz'altro si favorisce la relazione con gli altri ed una maggiore conoscenza di sé, delle proprie risorse e del proprio corpo.

E' proprio qui che ritorna il concetto di "bussola" e "labirinto". Ritengo che l'Arte intesa come vera e propria terapia, e un vero e proprio intervento strutturato guidi l'utente psichiatrico verso l'espressione libera e sincera di quelle emozioni che si celano all'interno del corpo, che attraverso la creatività non rappresenterebbe più una prigione ma un semplice contenitore da "scoperchiare" all'occorrenza, con semplicità.

## CAPITOLO 5: PROGETTO “LABORATORIO DI FOTOGRAFIA”

*“Il desiderio di scoprire, la voglia di emozionare, il gusto di catturare, tre concetti  
che riassumono l’arte della fotografia.”*

HELMUT NEWTON

### ***5.1 Motivazione e scelta del progetto***

Quando le parole non bastano per descrivere un vissuto o un’emozione, abbiamo visto in precedenza che spesso è necessario ricorrere a strumenti complementari che aiutino la cura psicoterapeutica del paziente. Uno dei mezzi più utilizzati ad oggi è la fotografia, uno strumento artistico potente dal punto di vista emotivo e comunicativo, che si è evoluto negli ultimi decenni come tecnica arte-terapeutica.

Il padre della fotografia psichiatrica fu il Dr. Hugh Welch Diamond, il quale iniziò ad usare questo strumento come mezzo di cura e testimonianza del progresso delle sue pazienti. Diamond, fotoamatore e psichiatra, direttore del Manicomio Femminile di Surrey, riconobbe il potenziale ruolo facilitatore proprio della fotografia nel processo di cura dei pazienti. Diamond riportò alcuni casi in cui la fotografia contribuì all’esito positivo del trattamento di cura ricevuto dalle pazienti presso il suo istituto.<sup>81</sup> Nei tempi più recenti, la foto-terapia è uscita dall’ambito puramente psichiatrico ed è diventata una pratica diffusa in campo psicoterapeutico. A sistematizzare le tecniche da mettere in atto in un processo di cura è stata la psicologa e arte-terapeuta Judy

---

<sup>81</sup> Burrows, A. e Schumacher, I. (1990). Portraits of the Insane. The Case of Dr. Diamond. Quartet Books:Londra.

Weiser (1993), la quale definisce la foto-terapia come una tecnica di counselling in cui il terapeuta interagisce con il paziente attraverso l'immagine per far emergere vissuti, ricordi e pensieri.

Ho scelto la fotografia come medium espressivo e parte centrale del mio progetto poiché credo fermamente nel potere artistico di questo strumento e sono accompagnata da una forte passione, che mi spinge continuamente a ricercare il momento, l'istante di vita e l'immagine che più rappresenta il mio stato d'animo o che più cattura il mio sguardo. La fotografia è qualcosa che reca benessere alla mia persona e al mio mondo interiore, per questo ho voluto tradurre e riportare queste mie sensazioni a livello terapeutico, e rendere partecipi gli utenti psichiatrici di questo strumento come mezzo per esprimere la loro creatività e le loro emozioni. La forza catalizzatrice dell'immagine fotografica come strumento terapeutico, è dovuta sì dalla sua validità artistica, ma soprattutto dalla sua efficacia di rievocare il simbolico personale del paziente, e aiutarlo a far riemergere emozioni e vissuti. Oggi diversi studi mostrano la validità del medium fotografico nel percorso di cura di pazienti affetti da disturbi alimentari, disturbi ossessivo-compulsivi, depressione e stati ansiosi, in interventi sociali, di formazione e di empowerment.

Una fotografia, intesa come medium comunicativo privo di valenza artistica, ha il potere catalizzatore di suscitare emozioni e di far proiettare su di sé un significato che per il paziente è spesso arduo da spiegare e riconoscere a parole. Che sia una seduta individuale o di gruppo, un intervento terapeutico o puramente formativo, l'immagine fotografica è uno stimolo di partenza per una naturale conversazione laddove in particolare la comunicazione verbale non è sufficientemente efficace. La potenza di

tale strumento sta nella sua capacità di fermare il tempo e di impregnarsi emotivamente dei vissuti del paziente. Una fotografia non è solo una stampa, ma racchiude un'immagine che, per chi l'osserva, può prendere vita potentemente. In una fotografia è possibile rivivere il passato, riflettere sul presente e immaginarsi il proprio futuro e, se il paziente è guidato correttamente, svelerà il proprio sistema di valori, i giudizi e le aspettative verso di sé e il mondo, narrando le proprie emozioni sulla base dei suoi scatti e delle immagini da lui scelte.

Un aspetto interessante da analizzare è quando un paziente/una persona posa per delle foto o quando costruisce un autoritratto in cui cerca di rappresentare un'immagine che ha nella propria mente, di mostrare la propria identità e i propri stati d'animo. Nell'autoritratto, infatti, la persona ha il pieno controllo su ogni aspetto dello scatto: ciò che vuole mostrare, come costruirlo, dove e quando eseguire la fotografia. Attraverso questa tecnica, la persona esplora se stessa senza interferenze esterne, nessuno che osserva, che giudica o che controlla i suoi risultati. In questo modo, diventa possibile esplorare il proprio corpo e la propria interiorità, confrontarsi con le proprie identità e i vissuti emotivi, e, all'interno di un percorso terapeutico, discutere di tematiche quali l'accettazione e l'autostima e riconoscere le emozioni più recondite, spesso eluse consapevolmente dal paziente.<sup>82</sup>

Personalmente, non ho impostato il mio progetto sull'autoritratto ma sull'emozione, e come essa viene catturata e rappresentata attraverso un'immagine, proprio perché una fotografia non si scatta, ma si crea. Credo che l'autoritratto faccia parte di uno step successivo, proprio per il suo enorme potere introspettivo e nel rappresentare una porta

---

<sup>82</sup> <https://www.serenabonechi.it/la-fotografia-come-strumento-di-cura/>

d'accesso diretta alla reale e oggettiva sembianza della persona, provocando il coinvolgimento emotivo dell'organismo intero. Guardarsi in un'immagine, è un'operazione molto complessa, che permette all'individuo di entrare in rapporto con se stesso, con ciò che è stato e con ciò che sarà.<sup>83</sup> Personalmente, ho lasciato libero spazio e libera scelta agli utenti, nel decidere se far parte o meno della foto. Ritengo sia un aspetto su cui lavorare e focalizzarsi, ma in un momento successivo, quando l'utente abbia acquisito maggiore consapevolezza dell'attività, di se stesso e della motivazione che si cela dietro allo svolgimento del progetto.

Data la potenza del medium fotografico, non sorprende come persone comuni, fotoamatori e fotografi professionisti abbiano esplorato se stessi costruendo lavori personali di grande impatto emotivo e sbalorditivi dal punto di vista psicologico. La filosofa Cristina Nùñez da anni diffonde la sua esperienza nell'autoritratto, inteso come strumento catartico per esprimere i propri conflitti interiori e per promuovere un processo di creatività liberatoria, resiliente e funzionale. Lei per prima ha sperimentato dolore e sofferenza, derivate da un passato dedito alla droga, alla prostituzione e a sentimenti di odio, vergogna e gelosia. Ha iniziato ad autoritrarsi come modo per osservarsi e come segno di indipendenza. Attraverso la macchina fotografica Cristina Nùñez ha deciso di rielaborare la sua esperienza emotiva, di immortalare il suo stato d'animo. L'uso della fotografia in psicoterapia è stato l'unico modo per accettare e controllare i pensieri depressivi che percuotevano incessantemente la sua mente. Con le immagini ha ricostruito il suo dolore creando un lavoro personale usato oggi come

---

<sup>83</sup> "Lo sguardo e l'azione. Il video e la fotografia in psicoterapia e nel counseling"- Edizioni Universitarie Romane , Roma 2009 – Oliviero Rossi

risorsa educativa rivolta a coloro che vivono la sua stessa malattia e a chi non comprende appieno il suo male.<sup>84</sup>



*Cristina Nùñez, Autoritratto*

---

<sup>84</sup> <https://www.serenabonechi.it/la-fotografia-come-strumento-di-cura/>

## *5.2 Assessment e stesura del progetto*

### 1. ASSESSMENT DI GRUPPO

Il gruppo coinvolto nella realizzazione del progetto è composto da cinque utenti di cui quattro maschi e una femmina:

- F.G.
- A.S.
- L.C.
- A.M.
- J.M.

L'età dei cinque utenti è compresa tra i 25 e i 50 anni, e sono sia residenti

(F.G.,A.S.,L.C.) che semiresidenti, ovvero frequentanti solamente le attività del Centro Diurno (A.M., J.M.). I residenti sono presenti in struttura da almeno 5 mesi, tranne A.S. che è presente da circa un anno, ed è stato avviato negli ultimi mesi il progetto dell'inserimento all'interno del gruppo appartamento. Riguardo i semiresidenti J.M. ha iniziato a frequentare la struttura da circa tre mesi, mentre A.M. è presente all'interno del Centro Diurno da circa cinque anni. J.M. è entrata all'interno del servizio in conseguenza ad un TSO e ricovero in SPDC, mentre gli altri utenti sono stati inseriti nel servizio tramite il CSM Ancona NORD AREA VASTA 2. La struttura "Il Gabbiano" risulta essere la loro prima struttura di riabilitazione psichiatrica, ad

eccezione di A.S. che frequentava in precedenza una comunità a Senigallia. Gli utenti presentano tutti diverse

patologie psichiatriche: F.G. presenta un lieve ritardo cognitivo ed un disturbo ossessivo e paranoide di personalità, A.S. presenta un disturbo depressivo, L.C. è affetto da manie persecutorie ed ossessive, A.M. è affetto da schizofrenia, J.M. soffre di un disturbo di personalità. Tutti gli utenti sono di origine italiana e vivono tutti con le proprie famiglie, con cui, la maggior parte, hanno rapporti conflittuali e instabili. F.G. proviene da una famiglia di professionisti (padre dottore e madre insegnante), aventi degli ideali molto standardizzati e progetti di vita ambiziosi, che F.G. non è riuscito a rispecchiare e realizzare. Per questo ci sono state incomprensioni da parte dei genitori, che non accettavano o sminuivano il disagio del figlio. In passato ha anche manifestato atti violenti nei loro confronti, mentre ora solo raramente. F.G. è laureato in giurisprudenza

e svolge la professione di avvocato in due studi diversi, ma non sono chiari il suo ruolo e la sua mansione, visto che non risultava alcun stipendio. F.G. ha un fratello più piccolo. A.S. ha prevalentemente un buon rapporto con i genitori, ma il padre risulta essere eccessivamente oppressivo, a causa delle richieste incessanti, riguardanti prevalentemente la vita lavorativa e la realizzazione del figlio, che inducono A.S. in uno stato di ansia, insicurezza e depressione. A.S. ha svolto diversi lavori, tra cui l'elettricista, che ha poi interrotto con l'esordio della malattia, e l'ingresso nelle varie strutture, e successivamente

ripreso ma in maniera incostante. A.S. è figlio unico. L.C. ha cominciato a recuperare il rapporto coi genitori nell'ultimo periodo, in quanto in precedenza, soprattutto col



padre ci sono state diverse incomprensioni dovute da richieste ambivalenti da parte del padre, che L.C. non riusciva a cogliere. Inoltre L.C. ha riferito di non sentirsi compreso e ascoltato dai propri genitori. Ha intrapreso gli studi in ingegneria prima dell'esordio dei disturbi, che lo hanno portato successivamente a lasciare l'Università. Attualmente desidera riprendere gli studi in ingegneria. L.C. ha un fratello con cui ha buoni rapporti e

che rappresenta una risorsa. Riguardo A.M. non si hanno molte informazioni riguardo la vita familiare, ma sembra abbia dei buoni rapporti e che sia seguito in maniera positiva dai propri familiari. Riguardo J.M. si hanno solamente poche informazioni riguardo il rapporto altalenante con la madre, anche a causa della sua gravidanza precoce. J.M ha due figli, con i quali sembra manifestare comportamenti ambivalenti e di rifiuto, e non ha un buon rapporto con il padre dei suoi figli. Tutti gli utenti presentano discrete difficoltà nell'area relazionale, espressiva ed emotiva. F.G. presenta inoltre evidenti difficoltà nella cura del sé e del proprio ambiente (pulizia della camera, doccia, abbigliamento, pulizia capi d'abbigliamento...), non riesce a gestire in maniera ottimale il

quotidiano e non riconosce ed esprime i propri bisogni a sufficienza. Allo stesso modo, A.S., L.C. e J.M. esprimono saltuariamente difficoltà nella gestione del quotidiano e nell'esprimere i propri bisogni e sensazioni interne. A.M. possiede evidenti difficoltà nella relazione e nell'espressione della parola e nel compiere un discorso o un dialogo relazionale, e spesso non riesce a collegare ed esprimere pensieri logici. L'intero gruppo degli utenti ha una discreta autonomia e gestione del

quotidiano, nonostante in F.G. a volte sembrano mancare le competenze di base. Non hanno particolari interessi o hobby, tranne L.C. che ha una passione per le macchine.

## 2. ASSESSMENT INDIVIDUALE

*NOME* -F.G.

*ETA'* -42

*SESSO* -Maschio

*LUOGO DI NASCITA* -Jesi

*SCOLARIZZAZIONE* -Diploma in Liceo Classico e Diploma di Laurea in Giurisprudenza a Roma

- **DATI SOCIALI:**

*CITTADINANZA* - Italiana

*AFFIDAMENTO* -/

*INVALIDITA'* - /

*SITUAZIONE ECONOMICA* – Molto buona, fa parte di una famiglia ambiziosa e di alti ideali

*RELIGIONE* -Cattolica

*PAESE DI ORIGINE* - Italia

*SITUAZIONE ABITATIVA* – Quartiere e posizione buona

- **DATI SANITARI:**

*STATO DI SALUTE (DIAGNOSI)* – Leggero ritardo cognitivo, Disturbo Ossessivo Paranoide di personalità. Tende a somatizzare il proprio stato d'animo e le proprie emozioni. Dichiarò di percepire dei chiodi o talvolta petardi nello stomaco. Non è ancora chiaro l'età di esordio di questi disturbi, ma si pensa all'età post adolescenziale, concomitante con il trasferimento a Roma per gli studi Universitari.

*TERAPIA FARMACOLOGICA* - Sì

*MEDICO DI RIFERIMENTO* -Psichiatra del CSM

*MODALITA' DI ACCESSO AL SERVIZIO* – A causa dei ripetuti tentati ricoveri e ingressi al Pronto Soccorso, la famiglia si rivolge al CSM che lo inserisce all'interno della struttura come residente.

*PRECEDENTI RICOVERI* -Si reca spesso al Pronto Soccorso a causa delle sensazioni somatiche che riferisce di provocargli forte dolore e malessere, e tenta il ricovero in SPDC. La famiglia, dopo ripetuti ingressi in Ospedale in cui in realtà non veniva

rivelato nulla di anomalo dalle analisi, e dopo ripetuti episodi di violenza, decide di rivolgersi al CSM che decide per un ingresso residenziale in struttura.

*COMPLIANCE TERAPEUTICA* -Non è completamente consapevole della sua condizione e non sufficientemente motivato, e non si rende conto pienamente del fatto che il suo malessere sia in realtà psicologico, ma manifestato attraverso l'aspetto somatico.

- **AREA FAMILIARE:**

*COMPOSIZIONE FAMIGLIA DI ORIGINE*- Padre, madre e fratello più piccolo. Padre dottore e madre insegnante. F.G. vive con i genitori, mentre il fratello vive da solo.

*STATO CIVILE* - celibe

*CRITICITA' E RISORSE DELLA FAMIGLIA* -La famiglia non accetta e riconosce pienamente il disagio del figlio, e non riescono a comprenderlo ed aiutarlo. Hanno in mente alti ideali e ambizioni di vita troppo alti che F.G. non è riuscito a raggiungere, ma che per non deludere i genitori non è mai riuscito ad esprimere i suoi veri interessi e desideri, proseguendo con gli studi da avvocato. Non si sa con certezza se questa sia la professione che realmente F.G. desidera svolgere.

- **AREA PERSONALE:**

*HOBBY /*

*ATTIVITA' SPORTIVA* -Calcetto e Pallavolo con il CSM e il territorio, in precedenza sembra che non abbia mai svolto attività sportiva.

*ATTIVITA' ESPRESSIVO/ARTISTICHE* – Attività della struttura, come arte terapia, musica e ballo, attività di rilassamento e “teatrali”, a cui però F.G. non partecipa attivamente

*RETE AMICALE* -F.G. ha una rete amicale, sia all'esterno che all'interno del mondo lavorativo, con cui sembra aver indebolito i rapporti con il suo ingresso in struttura, poiché non ha voluto informare i suoi amici della sua condizione, probabilmente provando un senso di vergogna e per paura di un pregiudizio da parte loro. F.G. rivela che i suoi amici non capirebbero. Alcuni colleghi si recano occasionalmente in struttura per salutare F.G., informati della sua condizione dal padre.

*INTERESSI* - Ha una buona conoscenza anche culturale del mondo del cinema.

- **AREE DI ABILITA':**

- AREA COGNITIVA

*METTE IN SEQUENZA DATI E PERIODI* -Sì

*SA RICONOSCERSI NEL TEMPO* -Sì

*CONOSCE ED E' CONSAPEVOLE DEI DIRITTI E DOVERI SOCIALI* -Sì

*HA UNA MOTIVAZIONE?* – Non ha una sufficiente motivazione nello svolgere il percorso riabilitativo, non essendo completamente consapevole della sua situazione e vivendo la residenza in struttura quasi come una “prigionia”. Col tempo le cose sembrano lentamente migliorare, anche grazie a colloqui e gruppi discussione, in cui F.G. viene spronato, ascoltato e reso il più possibile consapevole.

➤ AUTONOMIA PERSONALE

*CURA DI SE'* – Sembra essere carente nelle autonomie di base, come la doccia, la pulizia della stanza e dell'abbigliamento e la cura del proprio corpo come barba e dermatite, di cui soffre soprattutto nel viso. Spesso si gratta la cute e si crea delle ferite. Appena alzato spesso non si lava né faccia, né denti, ma lui mente, rivelando il contrario. Spesso dorme vestito e non indossa il pigiama, nonostante lui dica di averlo indossato.

*NUTRIZIONE*- Sa nutrirsi autonomamente con pasti regolari.

*CONDIZIONE PSICO CORPOREA*- Regolarità sonno veglia.

➤ AUTONOMIA SOCIALE

*SCELTA DELL'ABBIGLIAMENTO*- Sceglie autonomamente l'abbigliamento ma spesso non è pulito o non variato a sufficienza.

*GESTIONE DEL DENARO* – Sì, gli viene fornito denaro regolarmente dalla sua famiglia e per usufruirne deve richiedere il permesso al personale in struttura, che raccoglie e custodisce i soldi dei residenti.

*CAPACITA' DI SPOSTARSI AUTONOMAMENTE*- Sì, ma non è automunito.

*USARE IL TELEFONO* - Sì

➤ AUTONOMIE RELAZIONALI

*SA RICONOSCERE ED ESPRIMERE I BISOGNI* – No, riscontra diverse difficoltà a riconoscere le proprie emozioni e i propri bisogni e non riesce a esternarli. Manifesta le proprie emozioni soprattutto a livello somatico.

*RELAZIONI INTERPERSONALI SIGNIFICATIVE* -Ha/aveva una rete di amici, più o meno significativi. Non sembra avere particolarmente difficoltà ad instaurare rapporti interpersonali.

*RAPPORTI COI FAMILIARI?* –I rapporti sono buoni, ma spesso conflittuali. F.G. ha avuto comportamenti violenti nei confronti dei genitori. Il padre sembra più partecipativo della madre, e talvolta sembra comprendere e incoraggiare il figlio, ma le richieste sono spesso troppo alte e non tengono conto dei bisogni del figlio. F.G. sembra aver timore del giudizio dei propri genitori, di cui non parla e non si esprime spesso.

*RAPPORTI CON GLI UTENTI E CON LA GRUPPALITA'?* –F.G. è riuscito ad instaurare un buon rapporto con quasi la totalità degli utenti della struttura, e non

presenta particolare difficoltà nel socializzare, anche se talvolta sembra approfittare degli utenti più deboli con varie richieste e chiedendo di svolgere mansioni al posto suo, anche con toni prepotenti. Talvolta sembra anche essere chiuso in se stesso e non si esprime riguardo le proprie emozioni e i propri bisogni. Nelle attività di gruppo, contribuisce e si confronta solo se sollecitato.

➤ AUTONOMIA DEL LINGUAGGIO

*SA SCRIVERE?*-Sì

*SA LEGGERE?*-Sì,

*SA USARE IL CODICE LINGUISTICO CORRETTAMENTE?* –Sì

*SA RICEVERE E CODIFICARE INFORMAZIONI?* –Sì,

• **AREA AFFETTIVA:**

*MANTENERE UNA RELAZIONE* - Riesce a mantenere le relazioni, anche se non ha più molti rapporti con la rete amicale precedente, a causa dell'ingresso in struttura e il non aver voluto più mantenere i contatti. Spesso si rifiuta di andare nel suo paese, Jesi, per non incontrarli ed evitare situazioni imbarazzanti.

*RICONOSCERE LE PROPRIE EMOZIONI O DELL'ALTRO* – No, ha difficoltà.

*SA GESTIRE LE PROPRIE EMOZIONI?*- No, le esprime nell'aspetto somatico e chiudendosi in se stesso.



*COME RISPONDE ALLE EMOZIONI ALTRUI?*-Sembra restare impassibile e indifferente, raramente si interessa o si coinvolge

- **AREA MOTORIA:**

*MOBILITA'* – Cammina autonomamente,

*MOBILITA' MANUALE* – Sufficiente

*GESTIONE DEL TEMPO LIBERO* –Non sembra avere particolari interessi, continua talvolta a recarsi nei due studi in cui svolge il ruolo di avvocato, ma non è ancora del tutto chiara la sua reale mansione e funzione all'interno dei due studi. A volte si reca al tribunale di Ancona con i colleghi per delle sentenze.

- **GRADO DI COMPLIANCE EDUCATIVA:**

*RICONOSCE IL RUOLO DELL'EDUCATORE?* –Non riconosce del tutto il ruolo dell'educatore e il percorso riabilitativo terapeutico da svolgere. Non ha una particolare motivazione al cambiamento e non riconosce il bisogno di intraprendere un percorso progettuale individuale. Spesso riferisce di non essere ascoltato e compreso, ponendosi in modo conflittuale.

#### COMPONENTI DA OSSERVARE E INTERVENTI EDUCATIVI

- Frequenza e intensità dei disturbi ossessivi/paranoici e quanto questi incidano nella sua condotta e vita quotidiana.

- Frequenza con cui le emozioni vengono somatizzate anziché esternate a parole.
- Capacità di riconoscere ed esternare i propri bisogni e le proprie emozioni attraverso modalità sane e funzionali.
- In che modo cambia la somatizzazione in base all'emozione provata (chiodi, petardi nello stomaco, sensazione di febbre, mal di testa...).
- Capacità di relazione e interazione.
- Hobby e interessi da coltivare.
- Situazione lavorativa, chiarire la sua posizione e il suo ruolo all'interno dei due studi da lui frequentati.
- Aspirazioni e aspettative future da parte di F.G.
- Aspirazioni di vita e aspettative da parte della famiglia di F.G.
- Rendere più consapevole la famiglia riguardo i bisogni di F.G.
- Storia di vita passata, momento di esordio della malattia, episodi significativi, altri ricoveri/terapie.
- Livello di motivazione al cambiamento.
- Frequenza di episodi di declino morale ed emotivo.
- Intensificare la cura del sé, e monitorarle con attività pratiche.
- Se F.G. lo desidera, recuperare la rete amicale prima dell'ingresso in struttura.
- Superare il senso di pregiudizio e stigma.
- Chiarire la posizione e il comportamento di F.G. durante gli studi universitari a Roma (condotta, rapporto con i coinquilini se presenti, livello di autonomia, comparsa dei disturbi, socializzazione...).

## IPOTESI PROGETTUALI

Considerando le marcate difficoltà di F.G. ad esternare le emozioni in maniera libera e spontanea ma al contrario, tendere a somatizzarle con sensazioni di dolore in realtà infondate, si pensa ad un progetto che aiuti e favorisca il riconoscere le proprie emozioni e il confronto e la condivisione rispetto a queste con altri componenti del gruppo. Ho incluso altri quattro utenti, con bisogni e difficoltà comuni, sia riguardo l'aspetto emotivo che relazionale, e di apertura al dialogo. Alcuni utenti hanno gravi difficoltà, e il loro obiettivo è quello di recuperare/rafforzare quelle che sono le competenze di base, altri invece presentano minori carenze, ma un'ipotesi progettuale serve loro a rafforzare questi aspetti per un futuro e un ingresso nel mondo della vita sociale, quotidiana e lavorativa. Perciò le ipotesi progettuali su cui intervenire e lavorare si possono individuare in:

- Riconoscere/rappresentare/condividere le emozioni.
- Rafforzare l'aspetto relazionale con i componenti del gruppo.
- Rafforzare la condivisione e il dialogo di pensieri/idee.
- Motivare al cambiamento.
- Individuare un hobby, un'attività su cui concentrarsi e lavorare.
- Riscoprire il mondo esterno, la natura e la vita quotidiana che ci circonda.
- Abbattere muri emotivi e di chiusura in se stessi.

## PROGETTO EDUCATIVO

### PREMESSA

- Il progetto coinvolge un gruppo di cinque utenti alcuni con maggiori e marcate difficoltà espressive sia a livello emotivo che di condivisione e dialogo, altri con minori difficoltà ma che necessitano di rafforzare questi elementi fondamentali per condurre una vita sociale ed entrare nella sfera della vita quotidiana. L'idea era quella di ricercare un'attività progettuale espressiva, che comprendesse sia l'aspetto emotivo che relazionale, e un aspetto di condivisione con i componenti del gruppo. Per questo ho pensato all'attività di fotografia, un'arte espressiva, che trasforma nel concreto una storia, un'emozione, un ricordo. In questo modo, è come se l'utente "tocchi con mano" la realtà, il mondo circostante e l'emozione che l'ha spinto a fotografare un determinato oggetto o un determinato paesaggio. La fotografia stimola la creatività e l'ingegno, scattare una foto richiede azionare il cervello, cogliere il particolare e selezionare ciò che per l'utente merita di essere fotografato. La fotografia inoltre cambia il modo di pensare e di osservare la realtà sotto punti di vista differenti.
- Il progetto "Fotografia" consiste nel fotografare con il cellulare o macchina fotografica, se disponibile, dei momenti di vita quotidiana o degli oggetti/elementi naturali in più contesti: MARE, CITTA', PARCO. Le uscite avverranno in piccoli gruppi di due o tre utenti alla volta, accompagnati dall'educatore, io tirocinante e un infermiere se occorre. Ogni uscita avrà come tema un'emozione tra quelle di base: GIOIA, TRISTEZZA, RABBIA, PAURA, SORPRESA.

- Gli utenti, in base all'emozione scelta, dovranno scattare delle foto che per loro esprimano quella determinata sensazione. Alla fine dell'attività si confronteranno tutte le foto scattate, e si discuterà sulla motivazione e sulle sensazioni suscitate dalle fotografie proprie e degli altri componenti del gruppo.

### **FINALITA' GENERALI**

- Consapevolezza del proprio sentire e delle proprie emozioni.
- Saper esternare e condividere i propri pensieri e i propri sentimenti.
- Acquisire una buona capacità espressiva e relazionale.
- Sapersi muovere e relazionare in contesti esterni.

### **OBIETTIVI A BREVE TERMINE**

- Stimolare la creatività.
- Migliorare la pazienza e la capacità di selezione.
- Abituarsi al contatto con contesti esterni e naturali.
- Capacità osservativa.
- Apprendere e conoscere la fotografia come un'attività ludica/espressiva.
- Favorire l'interazione con gli utenti del gruppo.

## **OBIETTIVI A MEDIO TERMINE**

- Cambiare il modo di pensare e di vedere la realtà sotto altri punti di vista.
- Favorire una nuova apertura mentale.
- Mettere alla prova se stessi e mettersi in discussione con i componenti del gruppo all'interno della condivisione e della riflessione.
- Migliorare il rapporto sociale con il gruppo e all'esterno.
- Saper analizzare l'emozione e riflettere in modo coerente riguardo questa.
- Acquisire buona capacità selettiva e osservativa.
- Acquisire buona motivazione e interesse.

## **ATTIVITA'**

- Gli utenti verranno accompagnati due volte a settimana (Martedì e Giovedì) in gruppi di due/tre persone dalla tirocinante, un'educatrice e un infermiere, se necessario, nei luoghi di "analisi": MARE, CITTA', PARCO. Lo spostamento avverrà a piedi senza l'uso di altri mezzi e ci si recherà nei tre contesti all'interno della stessa giornata.
- Ogni settimana verrà analizzata un'emozione alla volta: prima settimana GIOIA, seconda settimana TRISTEZZA, terza settimana RABBIA, quarta settimana PAURA, quinta settimana SORPRESA. Verrà poi chiesto agli utenti se desiderino approfondire altre emozioni in particolare, che verranno poi eventualmente inserite nell'attività. Gli utenti dovranno scattare foto inerenti a quella determinata emozione, e quindi

individuare, osservare e selezionare un oggetto, un luogo che suscitano loro una sensazione o un ricordo inerente all'emozione stessa.

- A fine attività, ogni utente visualizzerà nel computer della struttura le foto scattate durante quella giornata e selezionerà una foto per ogni contesto (mare, città, parco) con l'aiuto dell'educatrice e della tirocinante, motivando la propria scelta e appuntando una parola o una frase che descriva quell'immagine.
- A fine settimana gli utenti si confronteranno sulle foto scattate, sulle frasi scelte per ogni foto, e sulle motivazioni, riflessioni ed eventuali ricordi suscitati dagli elementi oggetto di fotografia.
- Mano a mano la tirocinante con l'aiuto dell'educatrice valuterà vari cambiamenti riguardo gli indicatori scelti e il raggiungimento degli obiettivi prefissati.
- Al termine del progetto, gli utenti si recheranno personalmente a stampare tutte le foto da loro selezionate e verranno confrontate. Si discuterà in gruppo sulle emozioni scaturite da quell'attività, verranno stimolate riflessioni, tematiche da discutere, e condivisione di pensieri. Le foto verranno poi appese all'interno della struttura.
- La tirocinante verificherà e valuterà se gli obiettivi finali siano stati raggiunti.

### **PARTNERS COINVOLTI**

- Tirocinante.
- Educatrici della struttura in turno.
- Infermieri della struttura in turno.

## **RISORSE INTERNE ED ESTERNE**

- Fotocamera cellulare/Macchina fotografica
- Computer della struttura

## **SPAZI**

- Zona mare Falconara Marittima
- Zona città (Falconara Centro)
- Parco UNICEF Falconara Marittima
- Stanza gruppi discussione
- Ufficio della psicologa (stanza computer)
- Nel caso dovessero esserci gite o uscite in altri luoghi e contesti può essere proposto lo svolgimento dell'attività "Fotografia".

## **TEMPI**

- L'attività si svolgerà ogni Martedì e Giovedì, il gruppo di utenti verrà diviso in due giornate (tre il Martedì e due il Giovedì) e si svolgerà dalle 15.30 alle 17.00. Il tempo comprenderà la fotografia, la selezione giornaliera delle foto. Il gruppo di discussione e confronto verrà svolto nell'ora successiva, dalle 17.00 alle 18.00.
- L'attività avrà durata di circa due mesi.



## **COSTI**

- 18/20 euro totali circa per la stampa di 75 foto. Ogni utente scatterà 15 foto per il totale di circa 3 euro a testa.

\*il progetto non è stato né attuato né verificato causa COVID-19

## TABELLA DI OSSERVAZIONE

*\*INDICATORI DI VERIFICA:*

*0 molto scarso*

*1 medio*

*2 buono*

*3 molto buono*

*\*la tabella verrà compilata ogni settimana conclusa l'attività, insieme al diario educativo ed eventuali informazioni rilevanti che potrebbero emergere dalla discussione in gruppo.*

	PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITA'	INTERESSE E MOTIVAZIONE	CONSAPEVOLEZZA DELLE PROPRIE EMOZIONI	CAPACITA' ESPRESSIVA E RIFLESSIVA	CAPACITA' SELETTIVA E OSSERVATIVA	CAPACITA' RELAZIONALE E CONDIVISIVA
<b>F.G.</b>						
<b>A.S.</b>						
<b>L.C.</b>						
<b>A.M.</b>						
<b>J.M.</b>						

## VALUTAZIONE EDUCATIVA

La valutazione educativa, insieme alla verifica, verrà svolta ogni settimana al termine dell'attività, in cui verranno monitorati eventuali miglioramenti o peggioramenti nelle aree di osservazione e verranno annotati ulteriori elementi osservativi che emergeranno dal comportamento e dai gruppi discussione. All'interno della valutazione finale verrà valutato il grado di partecipazione, motivazione, consapevolezza delle emozioni, e di relazione raggiunti, e se il raggiungimento di tali capacità e tali obiettivi contribuiscano a influire riguardo il comportamento degli utenti anche in ambiti diversi. Verranno annotate ulteriori ipotesi progettuali nel caso l'attività non abbia contribuito a raggiungere da parte dell'utente gli obiettivi prefissati in maniera sufficiente per condurre un progetto educativo e di inserimento nella vita quotidiana.

## CONCLUSIONE

Attraverso il presente elaborato, ho voluto focalizzarmi su quanto sia importante nella vita l'utilizzo delle proprie emozioni, in modo tale da poter esprimere al meglio la propria personalità ed il nostro Io, che a volte si comporta da prigioniero. L'Arte è un mezzo importante per far sì che ciò accada, se utilizzata a livello Terapeutico.

Grazie al tirocinio, ho potuto comprendere il connubio di questi due elementi (emozioni e Arte Terapia) e il loro beneficio, tale da rivelarsi la cura ideale per completare e arricchire il lavoro educativo e la riabilitazione del soggetto.

Per questo, ho voluto completare il mio percorso con l'ideazione e la creazione di un progetto, il "Laboratorio di Fotografia", che rispecchiasse me stessa e le mie idee, e completasse la mia esperienza, in modo da arricchire e combinare l'Arte e la Terapia in un'attività nuova e diversa. Non ho avuto la possibilità di osservare da vicino un laboratorio arte terapeutico, ma ho potuto constatare come gli utenti psichiatrici si sentissero sollevati e liberati anche solo da un movimento del corpo a ritmo con la musica, o esprimessero il proprio stato d'animo emotivo solamente attraverso l'utilizzo del colore giallo anziché del nero.

Ciò che rende l'Arte una Terapia è la capacità di ascolto, per entrare in sintonia con il mondo interno del paziente. Ascoltare è la strada che il terapeuta segue per far comprendere al paziente cosa stia esprimendo il suo mondo emotivo e per aiutarlo a gestirlo. Il paziente può così diventare soggetto attivo che vive creativamente le proprie emozioni senza lasciarsi travolgere da esse.

Il terapeuta stesso ha bisogno di regolare le proprie emozioni, di “sentire” il paziente e di essere aiutato a farlo (nella supervisione ad esempio), con l’obiettivo di poter comunicare e comprendere delle emozioni intense e di poterle tenere dentro di sé.

Credo fermamente, che l’Educatore Professionale possa servirsi di questo strumento, e farne un mezzo per giungere alla scoperta di quel labirinto “oscuro” dell’Io interiore umano, e trovare la via attraverso la guida fedele che rappresenta l’Arte Terapia, da integrare con la metodologia di cui già l’Educatore si serve, nell’esercitare la professione e l’atto riabilitativo.

Quando parliamo di Salute Mentale, facciamo riferimento a persone portatrici di un particolare disagio interiore, e di un labirinto sicuramente intricato e patologico, e non è immediato trovare quella via in grado di aiutare il soggetto verso una ripresa. Con questo elaborato ho voluto dimostrare come, a livello pratico e curativo, questa ripresa possa essere data dall’Arte, intesa appunto come Terapia, e far comprendere agli utenti cosa sono le emozioni, come nascono all’interno del nostro corpo e del nostro sentire, e come funzionano.

Per concludere, vorrei precisare che le terapie espressive sono molteplici, e tutte utili comprendendo ogni forma d’Arte come la Musica, la Danza, la Recitazione e la Scrittura. All’interno dell’elaborato, ho voluto porre maggiormente l’attenzione sull’Arte intesa come Disegno, Pittura e Colore, ma come questa, tutte le Arti, se considerate a livello terapeutico, sono in grado di facilitare ed aiutare l’utente psichiatrico nell’esprimere le proprie emozioni ed acquisire maggiore consapevolezza di se stesso e del proprio corpo.

“Cosa senti e che colore hanno la tua rabbia, la tua gioia?”

Dipingere ciò che provi permette di creare una relazione con il tuo sentire. Se crei una relazione con ciò che senti puoi comprenderti e orientarti. È possibile creare una bussola, un intuito forte e vigile lì dove occorre, fra le tue relazioni: basta permetterle e ascoltarle. Farlo attraverso l'arte è leggero e al contempo rivelatorio.

## **RINGRAZIAMENTI**

Al termine di questo elaborato, vorrei soffermarmi a pensare e dedicare uno spazio a tutte quelle persone a cui devo essere grata per essere giunta al termine di questo percorso.

Vorrei innanzitutto ringraziare la mia relatrice, la Dott.ssa Daniela Saltari per la sua disponibilità, il suo supporto e il suo aiuto durante la stesura della tesi, ma soprattutto per avermi accompagnato in questi tre anni intensi e pieni di vissuti ed esperienze che mi porterò dietro per il resto della mia vita e nel mio intero percorso professionale.

Ringrazio mia mamma Novella e mia nonna Fiorella, che mi hanno supportato sempre durante il mio percorso scolastico e universitario e che, nonostante le difficoltà, non mi hanno mai fatto mancare niente, non mi hanno mai fatto sentire in difetto o meno degli altri, facendomi sentire sempre amata e al primo posto. Devo a loro la mia ambizione, la mia voglia di fare e di conoscere, e la forza che ho acquisito durante questi anni.

Ringrazio mio zio Pierfrancesco, mia zia Antonella e mia cugina Lucrezia, per aver sempre una parola di conforto e incoraggiamento nei miei confronti, per essermi sempre stati accanto e per dimostrarsi sempre disponibili e pronti a supportare ogni mia scelta.

Vorrei ringraziare infinitamente Michele, che da otto anni a questa parte mi sopporta, non mi abbandona, e conosce ogni parte di me. Grazie perché senza di te, molto spesso mi sarei sentita persa e anche grazie a te sono la persona che sono fiera di essere. Rimarrai il mio punto di riferimento più grande, la mia ancora, sempre.

Ringrazio i miei amici, i conoscenti o chiunque mi sia stato accanto e che mi abbia lasciato un ricordo positivo. Ringrazio anche quelle persone che non fanno più parte della mia vita, che mi hanno deluso, perché tutto può essere considerato fonte di arricchimento. Ringrazio però in maniera sentita e speciale le mie amiche più care, Cecilia C., Cecilia A., e la mia cugina acquisita Alice, che mi sono sempre state vicino, tra risate e momenti di sconforto, e con cui mi confido, a cui chiedo consiglio e condivido ogni giornata, ogni evento, e ogni esperienza positiva e negativa. Grazie per esserci sempre.

Ringrazio i miei amici più cari del liceo, gli unici che non mi hanno mai abbandonato, e che amo dal primo giorno. Giovanni e Sara, il nostro Magico trio è rimasto, è sopravvissuto e sempre sarà un'unione indissolubile e speciale. Vorrei aggiungere anche Chiara, la mia marinaia, che pur avendo abbandonato la nostra classe in terzo superiore, la distanza non è bastata a cessare il nostro legame così forte: "The time of my life!"

Grazie alle mie compagne di corso, con cui ho condiviso questo intero percorso, bello e travagliato, dalle ansie pre-esame, ai traumi durante il tirocinio, le ore di studio, i caffè, e le risate tra una lezione e l'altra e...durante! Vorrei spendere una parola in più per Benedetta, di cui sono grata di aver avuto l'occasione di approfondire questa bellissima amicizia, in particolare durante il secondo anno di corso. Grazie per avermi accompagnata e supportata totalmente, per aver riempito le mie giornate, il mio tirocinio, e per avermi dedicato il tuo tempo e fatta sentire parte di te, di Sora e di Ariel. Grazie per essere così come sei, unica e semplicemente tu.



Vorrei spendere delle parole speciali per Michela, l'educatrice della struttura del mio ultimo tirocinio. Grazie Michela per la tua disponibilità, per aver ascoltato e accolto le mie perplessità, i momenti di gioia e di sconforto che hanno caratterizzato il mio percorso all'interno della struttura. Grazie perché mi hai dimostrato e trasmesso conoscenza, entusiasmo, positività, voglia di fare e di esplorare. Per questo ho scelto e voluto fortemente che mi accompagnassi e supportassi anche durante questo momento importante, perché ero sicura che le tue conoscenze e questi sentimenti positivi me li avresti trasmessi anche durante la stesura della tesi, e così è stato. Non mi hai deluso, ti sono grata e spero di poter acquisire ancora molto dal tuo sapere e dai tuoi preziosi consigli.

Mi soffermo ora su un bassotto, il mio bassotto di nome Poldo e che vorrei ringraziare, perché da quando è nato, ma soprattutto da circa tre mesi, è entrato a far parte della mia vita e mi ha fatto capire che cos'è l'Amore, quello incondizionato. Grazie perché riempi le mie giornate, rallegri la mia anima, hai reso questo momento più leggero, alleviando le mie ansie e non potrei più immaginare la mia vita senza di te.

Ringrazio infine me stessa. Ringrazio di essere una ragazza che non si perde d'animo, coi piedi per terra, una ragazza consapevole e giudiziosa. Ringrazio me stessa per non arrendermi alle delusioni, per essere forte nei momenti difficili. Non rimprovero i miei errori, le mie indecisioni e la confusione che spesso mi contraddistingue, ma mi pongo l'obbiettivo di migliorare sempre di più i lati del mio carattere, e diventare la persona che spero e desidero. Mi auguro di essere felice e raggiungere tanti altri traguardi, e di guardare il mondo sempre con occhi pieni di meraviglia e curiosità.

Ringrazio questo percorso universitario per aver arricchito i miei occhi, la mia mente e la mia anima.

*“Il vero viaggio di scoperta non consiste nel cercare nuove terre, ma nell’aver nuovi occhi.”*

MARCEL PROUST

## **BIBLIOGRAFIA**

Seminario sulla Salute Mentale Dott.ssa Daniela Saltari

Appunti lezione “Didattica e Pedagogia Speciale” Dott.ssa Maggi

“Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali” Quinta Edizione DSM-5 – Raffaello Cortina Editore

“La Salute Mentale nell’ordinamento Costituzionale italiano” S. Rossi

“Delfini” Banana Yoshimoto Canguri Feltrinelli pg. 14

Articolo Associazione Scientifica Italiana Assirem. No. Profit.

Anthony, Farkas, Cohen, Gagne, 2003

Principi di Riabilitazione Psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione. “ – P. Carozza pg. 16 Ed. Franco Angeli

Il recovery in psichiatria-Organizzazione dei servizi e tecniche operative” - Larry Davidson, Michael Rowe, Maria J. O'Connell, Martha Staeheli Lawless, Janis Tondora pag. 50

“L’Educatore Professionale: finalità, metodologia, deontologia” –Onorina Gardella Ed. Franco Angeli pg. 29

DM 520, 1998

Appunti lezione “Metodologia dell’educatore Professionale” Dott.ssa Daniela Saltari

“Educazione Professionale- Contesto ed esperienze generative” –Dario Fortin- Università di Trento

Il Bassini – Rivista Medico Scientifica del Presidio Ospedaliero E. Bassini Volume XXVII (I) 2007

“Antonio Ligabue: quando la malattia mentale incontra l’arte”- Healthdesk- di Paolo Gangemi

Diapositive seminario “Le Terapie Espressive: linguaggi e metodologie nella riabilitazione psicosociale.” Dott.ssa Daniela Saltari

“Il mondo come volontà e rappresentazione” Colonna Edizioni, Milano 2002, traduzione di Vincenzo Cicero.

Mediterraneaonline.eu rivista di cultura mediterranea

AA VV, Regolazione delle emozioni e Arti-terapie, Carrocci Editore, Roma 1998

Andreoli, V., *Il linguaggio malato*, Masson, Milano 1979

Freud S., *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1993

Cure-naturali.it “Arteterapia, descrizione e utilizzo” di Elisa Cappelli

AA VV, *Figure dell’anima – Arte Irregolare in Europa*, Mazzotta, Milano 1997

AA. VV., *Carlo – tempere, collages, sculture, 1957 – 1974*, Marsilio, Venezia 1992

“Nuove Artiterapie.net , la mediazione artistica nella relazione d’aiuto” di Valentina Borracci

“Il corpo e le sue gest-azioni. L’arteterapia psicodinamica al tempo delle neuroscienze” di Laura Grignoli Ed. Franco Angeli

“I colori di un incontro: la dimensione pedagogica dell'esperienza arte-terapeutica nel trattamento psichiatrico residenziale” di Rossana Cafà

“Psicologia generale, la scienza della mente e del pensiero”- Micheal Passer, Nigel Holt, Andy Bremner, Michael Vliek, Ronald Smith. Edizione italiana a cura di Tessa Marzi e Andrea Peru

“Organizzazioni di Personalità: Normalità e Patologia Psicica” –Bernardo Nardi-Accademia dei Cognitivi della Marca, prima edizione, Settembre 2017

“Neuroscienze cognitive”- D. Purves, R. Cabeza, S.A. Huettel, K.S.Labar, M.L.Platt, M.G. Woldorff- Ed. Zanichelli

Cfr. J.M. Darley, S. Glucksberg, R.A. Kinchla, (ed. it. a cura di L. Anolli), *Fondamenti di psicologia*, Il Mulino, Bologna, 1998, pp. 303-307

Cfr. a titolo esemplificativo A.R. Damasio, *Op. cit.*, 2012.

Cfr. A.R. Damasio, *Op. Cit.*, 2000, p.70; *Id.*, *Op. cit.*, 1995, pp. 23-24

A.R. Damasio, *Op. cit.*, 2003, p. 49

A.R. Damasio, *Op. cit.*, 1995

A.R. Damasio, 1994

“Emozioni e sentimenti nel pensiero di Antonio Damasio- Riflessioni pedagogiche”- G. Castiglione

“Intelligenza Emotiva: che cos’è e perché può renderci felici”- Daniel Goleman

BERTI A., (1995), “*Memoria Emozionale e Schizofrenia*”, in N.P.S., n°2.

Burrows, A. e Schumacher, I. (1990). *Portraits of the Insane. The Case of Dr. Diamond*. Quartet Books:Londra.

Lo sguardo e l’azione. Il video e la fotografia in psicoterapia e nel counseling”- Edizioni Universitarie Romane , Roma 2009 – Oliviero Rossi

“Lavorare con le Emozioni”- Atti del XII Convegno di Psicologia e Psicopatologia Post- Razionalista e Presentazione del Progetto UE Health25 Health Promotion for Disadvantages Youth- Bernardo Nardi, Emidio Arimatea, Ilaria Capricci, Giulia Francesconi- Accademia dei Cognitivi Della Marca

## SITOGRAFIA

<https://www.tesionline.it/tesi/arteterapia-e-psicosi/27090>

<http://www.didatticarte.it/storiadellarte/1%20arte%20preistorica.pdf>

[https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=fKLLCQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP5&dq=labirinto+e+salute+mentale&ots=CNEaRSsjrS&sig=5qF6ROmm8WbfiBnoBIB\\_2Ogl9bk&r edir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=fKLLCQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP5&dq=labirinto+e+salute+mentale&ots=CNEaRSsjrS&sig=5qF6ROmm8WbfiBnoBIB_2Ogl9bk&r edir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

[http://www.magma.analisiqualitativa.com/0404/article\\_09.htm](http://www.magma.analisiqualitativa.com/0404/article_09.htm)

<https://www.studenti.it/la-pioggia-nel-pineto-d-annunzio-testo-parafrasi.html#:~:text=La%20donna%20viene%20chiamata%20%E2%80%9CErmione,caotica%20e%20mondana%20della%20citt%C3%A0>.

[http://www.magma.analisiqualitativa.com/0404/article\\_09.htm](http://www.magma.analisiqualitativa.com/0404/article_09.htm)

<https://cultura.biografieonline.it/blu-di-cielo-kandinsky/#:~:text=Blu%20di%20cielo%20venne%20dipinto,alto%20della%20sua%20produzione%20francese.&text=La%20pittura%20biomorfa%2C%20come%20tutta,per%20mostrare%20un'altra%20realta%C3%A0>.

[https://www.rivistadipsichiatria.it/articoli.php?archivio=yes&vol\\_id=1461&id=16137](https://www.rivistadipsichiatria.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=1461&id=16137)

[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_779\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_779_allegato.pdf)

<https://aforismi.meiglio.it/aforisma.htm?id=10c99>

<https://www.saluteinternazionale.info/2013/06/recovery-una-nuova-frontiera-per-il-concetto-di-salute-mentale/>

Coleman, 1999, <https://www.stateofmind.it/2016/07/recovery-sistemi-salute-mentale/>

Anep.it

<https://www.apiart.eu/arteterapia/>

<https://lyceum.it/academy/arteterapia-clinica/origini-dellarteterapia/>

[http://www.benessere.com/psicologia/intelligenza\\_emotiva/intell\\_emotiva.htm](http://www.benessere.com/psicologia/intelligenza_emotiva/intell_emotiva.htm)

<https://www.nuoveartiterapie.net/la-comunicazione-la-regolazione-delle-emozioni-nelle-arti-terapie/>

<https://www.arteterapiabologna.it/arte-terapia/arte-terapia-e-neuroscienze/>

<https://www.bipolari.it/index.php/noi/espressione-artistica/arte-come-terapia/117-arti-terapie-e-regolazione-delle-emozioni>

<https://www.giovanigenitori.it/lifestyle/arteterapia-un-ponte-emozioni/>

<https://www.serenabonechi.it/la-fotografia-come-strumento-di-cura/>

<https://www.serenabonechi.it/la-fotografia-come-strumento-di-cura/>