

A.N.F.A.A. Associazione Nazionale Famiglie Adottive e Affidatarie  
Sezione di Novara

Corso di formazione  
“Disegnami una pecora...famiglia, scuola, società”

## **2° incontro**

*“Minori con difficoltà familiari: il ruolo della scuola nella lettura  
e nella gestione del disagio”*

*A cura di Matilde Treno  
Arteterapeuta iscritta all'APIART*

### **INTRODUZIONE**

L'arteterapia ha avuto un problema di identità fin dalla sua prima comparsa avvenuta in Inghilterra intorno agli anni '40-'50. Dai primi inizi della professione l'ambiguità nasceva dalla presenza di due filoni importanti: quello artistico-educativo e quello psicologico-psicoanalitico i quali, da un lato, divenivano un nutrimento per l'arteterapia mentre dall'altro rischiavano di separarla in due settori: 1) un'arte come attività terapeutica di per sé – 2) una psicoterapia che usa le immagini come parte del processo terapeutico. In realtà l'Arteterapia è qualcosa di più della somma di questi due aspetti. Come altre forme di psicoterapia psicodinamica anche l'arteterapia persegue lo scopo primario, ossia la crescita psichica del paziente e utilizzano lo strumento principale ovvero la comunicazione tra paziente e terapeuta. Il processo dell'arteterapia pertanto si basa sull'esternalizzazione dei bisogni e dello stato emotivo del paziente attraverso l'immagine e sulla rielaborazione del materiale emerso (Hermann 1990). L'utilizzo delle immagini in psicoterapia non è una novità. Si pensi all'analisi dei sogni e la tecnica di associazione libera di Breuer e Freud, all'uso dell'immaginazione attiva di Jung e le tecniche più recenti di terapie cognitive, Gestalt, ecc...

#### **- Cosa offre l'arteterapia?-**

Per comprendere l'utilità di un intervento di arteterapia occorre descrivere, se pur brevemente, quali siano le caratteristiche principali che distinguono questa da altre forme di psicoterapia espressiva (musicoterapia, danzamentoterapia, clownterapia...ecc) e in che modo l'arteterapeuta si mette in relazione con le immagini che emergono dal vissuto del paziente.

In primo luogo la specificità dell'arteterapia consiste nell'esternalizzazione visiva delle immagini. Visualizzare un vissuto che appartiene al nostro mondo interno modifica la percezione di due fattori: lo *spazio* e il *tempo*. Il paziente può disporre di uno *spazio* (bi-dimensionale o tri-dimensionale), in cui le proprie immagini mentali possono essere collocate e allontanate al di fuori di Sé e dove il processo di simbolizzazione è facilitato dalla distanza (l'elaborazione del materiale può avvenire anche se il paziente si sente “privo di immagini”) e di un *tempo* nel quale l'immagine prodotta si colloca e racconta. L'immagine può *parlare* al paziente che, se in una posizione di ascolto, si incammina verso un processo di trasformazione profonda e diversa rispetto a ciò che generalmente avviene con il solo impiego della parola.

- ***Che tipo di comunicazione instaura un paziente con il terapeuta?***

Vari livelli comunicativi interagiscono fra di loro: il rapporto interpersonale tra paziente e terapeuta influisce sulla produzione delle immagini, la produzione delle immagini influisce sulla consapevolezza del paziente, l'aumento di consapevolezza del paziente influisce nel suo rapporto con il terapeuta e così via in un senso e nell'altro.

In merito a tale considerazione desidero soffermarmi sulle tre dimensioni comunicative, proposte dalla Dssa Luzzatto, che possono essere utilizzate alternativamente durante una seduta di arteterapia:

[IMMAGINE + PAZIENTE + TERAPEUTA]

1. **Dimensione Espressivo-creativa:** il terapeuta è il facilitatore (I+P) in quanto aiuta il paziente ad elaborare le immagini simboliche e rappresentative del suo mondo interiore.
2. **Dimensione simbolico-cognitivo:** in questo caso la comunicazione privilegiata è quella fra paziente e terapeuta “attraverso l'immagine” (**T+I+P**) il terapeuta diventa l'alleato terapeutico. Egli riceve e contiene l'immagine e poi lavora insieme al paziente sul materiale che è emerso. Nella pratica clinica vi è un continuo passaggio fra questa dimensione e quella precedente: un'immagine può portare ad un'elaborazione verbale, che a sua volta può stimolare altre immagini come in una spirale definibile “terapeutica”.
3. **Dimensione interattivo-analitica:** si basa sulla comunicazione diretta tra paziente e terapeuta (**T+P**). In questa dimensione entrano in gioco oltre al rapporto con la realtà, anche proiezioni di rapporti primitivi. Il ruolo del terapeuta consiste nell'essere recettivo e consapevole delle proiezioni del paziente, soprattutto per risolverle quando queste bloccano il processo terapeutico. Il paziente può proiettare il suo mondo interno o diversi aspetti di Sé sia sull'immagine che sul terapeuta (*doppio transference*).

Quando contattiamo “l'altro” entriamo anche in relazione con il vissuto emotivo più profondo e con i suoi meccanismi di difesa consci e/o incosci consolidati nel tempo. Per parlare di meccanismi di difesa occorre introdurre velocemente i concetti psicoanalitici di conscio, incosco e preconscio. La differenza tra questi concetti è relativa e i tre termini indicano gradi variabili di accessibilità alla consapevolezza:

**CONSCIO:** si riferisce a quelle funzioni mentali in cui la persona è consapevole in un certo momento.

**PRECONSCIO:** la persona è inconsapevole in un certo momento, ma può divenirne consapevole mediante i suoi ricordi o concentrando l'attenzione sul proprio vissuto o attraverso l'aiuto di qualcuno che glielo rammenta. Lo sforzo intenzionale per divenire consapevoli di un contenuto preconscio può avere un successo immediato.

**INCONSCIO:** ciò che è inaccessibile, difficilmente riconducibile ad un livello conscio.

Talvolta impulsi preconsoci o inconsci, che sono personalmente inaccettabili, premono internamente con vigore e intensità affinché possano raggiungere la consapevolezza conscia anche contro la volontà della persona coinvolta, diventando una vera e propria minaccia per la capacità del soggetto di tener sotto controllo la propria mente.

Per difendersi da tali impulsi ciascuno di noi mette in atto dei meccanismi di difesa.

In sintesi potremmo definire i *meccanismi di difesa* come varie attività psicologiche che intervengono in modo automatico, involontario o inconscio per escludere gli impulsi inaccettabili dalla consapevolezza.

La minaccia di un impulso interno non è valutata da un processo consapevole e intenzionale, anzi, essa è condotta in modo spontaneo, automatico e al di fuori della propria volontà; qualunque impulso sia associato in modo più o meno corretto con la minaccia di disapprovazione, punizione o ritorsione sarà considerato pericoloso.

- ***In che modo si individuano le potenziali conseguenze di un impulso inconscio senza esserne consapevoli?*** -

La mente controlla le nostre funzioni in modo silenzioso e al di fuori della consapevolezza. I complessi meccanismi di difesa, sebbene siano stati evocati per evitare una minaccia di una prossima perdita di controllo su di un impulso inaccettabile, possono continuare ad operare anche se la minaccia originaria è scomparsa. La conseguenza potrebbe essere anche che la difesa divenga abituale e si trincerò nella struttura caratteriale della persona e nel suo modo abituale di comportamento. Ad esempio una persona che reagiva difensivamente alla propria curiosità sessuale nell'infanzia è diventato in seguito un leader contro la pornografia.

Non esiste un elenco universale sui meccanismi di difesa, ma malgrado le differenze tra i vari testi e autori si può essere concordi su alcuni di essi:

1. Rimozione
2. Conversione
3. Inibizione
4. Spostamento
5. Razionalizzazione
6. Formazione reattiva
7. Annullamento
8. Isolamento dell'affetto
9. Regressione
10. Diniego
11. Proiezione
12. Dissociazione

- ***Che differenza c'è tra la paura e l'angoscia?*** -

L'individuo agisce in maniera analoga, da un punto di vista neuro-fisiologico, alla paura e all'angoscia; entrambe sono caratterizzate da un senso di apprensione e permettono di avvertire l'avvicinarsi di una minaccia.

La **paura** segnala la consapevolezza di una *situazione esterna*, acutizza i sensi e rende preciso il pensiero concentrandolo sul pericolo immediato e favorendo efficaci risposte per far fronte al pericolo. Allo stesso tempo anche sul versante neurofisiologico avvengono dei mutamenti che preparano la persona alla fuga o alla lotta.

L'**angoscia** segnala una minaccia definita *interna* proveniente da un impulso o da una motivazione della persona stessa. In quest'ultimo caso la lotta o la fuga risultano

inefficaci mentre l'angoscia mette in atto meccanismi psicologici di difesa (automatici e/o involontari) che hanno il compito di contenere e, se possibile, di opporsi all'impulso minaccioso riducendone l'apprensione.

Nel linguaggio comune i due termini sono usati come sinonimi. Occorre invece distinguerli affinché si possa riconoscere la provenienza delle minacce. Con i termini *pericoli interni o esterni* si allude ad una serie di pericoli che percettivamente ci appaiono provenire dall'interno o dall'esterno del proprio *Sé psicologico*. Ad esempio l'occlusione di una coronaria ha origine all'interno del corpo in senso fisico, ma dal punto di vista psicologico è un pericolo esterno al *Sé* che osserva.

***Per poter “riconoscere” un disagio occorre osservare anche i meccanismi di difesa che vengono messi in atto. Ne citerò alcuni:***

1. **RIMOZIONE.** Meccanismo di difesa basilare (o chiave) utilizzato dagli adulti o dagli adolescenti. La **rimozione** esclude dalla coscienza un impulso interno e la fantasia insopportabile legato ad esso. Quando la rimozione ha successo non vi è alcun senso conscio di conflitto. La conseguenza è la limitazione della sfera del comportamento e degli interessi della persona. I sintomi manifesti iniziano a comparire solo quando la rimozione comincia a cedere, allora vengono chiamati in causa altri meccanismi: *conversione, lo spostamento, l'annullamento*.

*Sindromi cliniche che dimostrano la rimozione:*

- Amnesia
- Dimenticanza sintomatica
- Attacchi di angoscia in cui la persona prova apprensione, ma è incapace di determinare quale ne sia la causa.

1. **CONVERSIONE.** Quando la rimozione non riesce a difendere adeguatamente possono essere chiamati in causa uno o più meccanismi di difesa differenti. Se il meccanismo è quello della **conversione** l'impulso gode di un'espressione parziale, esso indica quel processo automatico e involontario attraverso il quale un impulso rimosso e proibito è simultaneamente tenuto fuori dalla consapevolezza ed espresso nella forma dissimulata e simbolica di un certo disturbo della funzione corporea, di solito un disturbo nel sistema sensoriale o volontario. La conversione riguarda anche certi disturbi psicosomatici che sono un'espressione inconscia di sottostanti conflitti. Tuttavia alcune delle manifestazioni psicosomatiche che incontriamo in alcuni casi non sono espressione di un conflitto tra un'impulso inconscio o conscio, ma sono gli effetti concomitanti e innati di una tensione emotiva.

*Sindromi cliniche che dimostrano la conversione:*

- disturbi psicogeni delle funzioni motorie (es paralisi, tic, ecc.)
- disturbi psicogeni delle funzioni sensoriali (es paresi, cecità, sordità)
- disturbi psicogeni della respirazione, circolazione, digestione che costituiscono una espressione simbolica sia di un impulso sconosciuto che della sua difesa contro di esso.

### Nel comportamento normale:

sebbene la conversione specifichi un significativo conflitto psicologico, è un meccanismo che può scattare anche nei casi di persone sane esposte ad estreme tensioni esterne come ad esempio un evento bellico o civile.

Nei bambini piccoli possono esserci sintomi che confinano con questa difesa quando debbono far fronte ad una situazione spiacevole. Ad esempio il mal di pancia perché non vuole andare a scuola.

2. **INIBIZIONE:** sebbene non venga sempre trattata da tutti i testi come un meccanismo di difesa, **l'inibizione** indica la diminuzione o la perdita, prodottasi a livello involontario e inconscio, della motivazione necessaria per impegnarsi in una certa attività allo scopo di evitare l'angoscia associata a impulsi sconosciuti o inaccettabili. L'attività in questione è utile e piacevole per il soggetto per certi versi, ma egli la evita in quanto susciterebbe un conflitto riguardo a impulsi primitivi proibiti, sia riportandoglieli alla mente sia tentando di esprimerli nel comportamento. I blocchi nell'apprendimento dei bambini o negli adulti sono un esempio significativo. Al contrario della *fobia*, l'inibizione non comporta una paura per le attività evitate e il soggetto sperimenta il sentimento di mancanza di interesse o di motivazione rispetto all'attività in questione.

### *Sindromi cliniche che dimostrano l'inibizione*

- blocchi nello scrivere e nel lavoro
- blocchi nell'apprendimento

Questa difesa si manifesta comunemente in tutte le persone. In qualche modo siamo tutti in una certa misura inibiti in questo o in quella cosa e tendiamo a evitarla o vi partecipiamo con un grado maggiore o minore di apprensione. Gli adulti normali possono attraversare periodi di passeggera inibizione solitamente durante il periodo di affaticamento.

3. **ISOLAMENTO DELL'AFFETTO.** Meccanismo di difesa implicito nella formazione dei pensieri ossessivi. Consiste in una separazione dell'affetto dall'impulso inconscio. Come conseguenza la persona coinvolta non è in grado di riconoscere la realtà dei propri impulsi o la propria responsabilità verso di essi.

### *Sindromi cliniche che dimostrano l'isolamento dell'affetto:*

situazioni in cui vi è un lutto e il familiare del defunto si rende conto che qualcuno è morto e si sente privo dei sentimenti verso quel morto.

4. **DINIEGO. MOLTO FREQUENTE NEI BAMBINI NORMALI.**

Quando un adulto ricorre a questo meccanismo, in modo frequente e persistente, per affrontare una realtà dolorosa si tratta di un sinistro segno che indica un grave disturbo nella sua capacità di valutare correttamente la realtà o talvolta una psicosi. Ci si comporta in questo modo quando si rifiuta di riconoscere un certo aspetto della realtà. Il diniego si riferisce all'esclusione automatica e involontaria della consapevolezza di un certo aspetto disturbante della realtà oppure all'incapacità di riconoscere il vero significato. È un meccanismo usato molto nell'età compresa tra i 15 e i 25 anni.

*Es che illustrano il diniego:*

- pazienti afflitti da malattie letali che negano la loro morte imminente
- i genitori di un bambino malato che si rifiutano di riconoscere la gravità della malattia
- il rifiuto da parte di un coniuge di una persona malata di riconoscere il disturbo dell'altro.

**- Perché abbiamo parlato dei meccanismi di difesa?-**

Illustrare alcuni meccanismi di difesa ci permette di comprendere come ci difendiamo dagli impulsi interni che non riusciamo più a tollerare e che, di conseguenza, aumentano il nostro stato d'ansia. L'arteterapia, attraverso l'immagine, lavora per poter abbassare le difese e venire in contatto con la parte inconscia dell'individuo. Le difese sono fondamentali, potremmo dire che un soggetto sano è in grado di usarle in maniera varia a seconda della situazione, ma nel caso di un disturbo siamo di fronte ad un'arroccamento su di una difesa specifica o l'utilizzo ad oltranza della difesa anche nel caso in cui non si presenti nessun tipo di minaccia che generi un'ansia.

Familiarizzare con il concetto di difesa e con la varietà di meccanismi difensivi di cui dispongono gli essere umani è cruciale per comprendere il carattere del soggetto che porta con sé un disagio; non per etichettare "difeso" nel senso negativo del termine, ma per poter leggere le dinamiche che vengono messe in atto nella relazione con l'altro.

Ad esempio quando ci si sente improvvisamente annoiati, arrabbiati, in preda al panico, sopraffatti dal desiderio di salvare o distratti da immagini sessuali, è probabile che stia succedendo qualcosa che è inconsciamente indotto dall'altro, utile da ascoltare in quanto descrive lo stato interiore della persona. Ma non tutto ciò che succede in noi fa parte di questa dinamica. Occorre evitare con attenzione interpretazioni personali che sono il frutto di una nostra difficoltà interiore celata, appunto, dai nostri meccanismi di difesa e compiere uno sforzo nel riconoscere ciò che ci appartiene da ciò che non ci appartiene.

Nella relazione con l'altro vi è un misto di materiale emotivo che si origina da entrambe le parti, con la preponderanza di una o dell'altra in modo alternato. Per questa ragione è importante avere una conoscenza profonda delle proprie dinamiche interiori affinché si possa evitare di "imprigionare-rsi" nella relazione.

## **CONCLUSIONE**

Le immagini\* proiettate nella prima fase dell'incontro e l'esperienza diretta con lo strumento dell'arteterapia, avvenuta nel pomeriggio, hanno potuto mostrare l'efficacia di un linguaggio analogico che sfugge al controllo della propria mente. Il *fare* un'immagine in arteterapia equivale a rappresentare il proprio Sé e a raccontare uno stato emotivo, in un certo senso, a fotografare internamente il proprio *paesaggio inconscio* che talvolta ci spaventa. La creazione di una terza area, quella dell'immagine appunto, ci consente di modificare le comuni dimensioni spazio-temporali: posso nascondere l'immagine se mi fa paura-gioia, allontanarla-avvicinarla, spostarla, rivederla, coprirla o scoprirla, ecc.

Il processo terapeutico in arteterapia può avvenire solo in presenza di un arteterapeuta. Egli offre al paziente uno spazio sicuro e protetto in cui è possibile liberare ogni genere di emozione attraverso il materiale artistico, che anch'esso possiede una propria psicologia.

### ***Una riflessione personale nata dall'ascolto del gruppo di lavoro***

- molto spesso capita che insegnanti, genitori, educatori, ma anche terapeuti in genere, spinti dal desiderio di “salvare” o “capire”, si concentrino involontariamente sulle cause del disagio che un bambino o un gruppo (es Classe) manifesta, ma con il solo risultato di intensificarne le difese perché quello stato emotivo “rievocato” deve tacere o acquietarsi.

*In questo modo rischiamo di dimenticarci e trascurare le risorse positive e le funzioni dell'Io che nell'individuo e nel gruppo vanno rinforzate e rivalutate per migliorarne la qualità della vita. Ad esempio è possibile lavorare sull'autostima, sulla capacità di organizzare, di compiere una scelta autonoma, sperimentare il gioco creativo, ecc.*

*Se si lavora su questo aspetto credo che il contatto relazionale (in qualità di insegnanti, educatori, genitori) può rivelarsi una significativa esperienza che il gruppo e/o l'individuo può vivere e utilizzare per trasformare il proprio stato emotivo.*

### ***Bibliografia***

***LA DIAGNOSI PSICOANALITICA – Nancy MCWilliams – editore ASTROLABIO  
QUADERNI DI ART THERAPY ITALIANA – n 1 – Editrice PITAGORA***

*\*Le immagini proiettate nella mattinata provengono da un'esperienza diretta in qualità di arteterapeuta.*