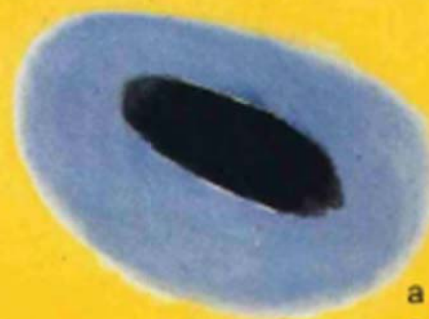


Quaderni di PsicoArt n.2

Arte e Arti Terapie

più di un confronto, più di un dialogo

Atti del convegno
Bologna, 25-26 maggio 2012



a cura di Stefano Ferrari, Cristina Principale
e Chiara Tartarini

isbn - 978-88-905224-1-3



collana diretta da
Stefano Ferrari

Roberto Boccalon*

L'arte della cura e la cura dell'arte: dalla clinica alla formazione

Dare parole al dolore, secondo il monito di Shakespeare¹, è uno degli scopi principali “dell'arte del curare”. Talora però, la parola è una sponda ancora troppo lontana, incapace di offrire immediatamente un sostegno, per riflettere, per dare senso e pensabilità all'esperienza umana.² La Psicoterapia Espressiva è una modalità di intervento, ad

orientamento psicomodinamico, che promuove l'utilizzo integrato del codice espressivo/comunicativo verbale e pre-verbale, valorizzando, in particolare, gli strumenti e le tecniche d'intervento specifiche dell'Arte o della Danza Movimento Terapia. Le espressioni artistiche, attraverso la produzione grafico-pittorica o il movimento corporeo,

* Psichiatra, Psicoterapeuta, Direttore Istituto di Psicoterapia Espressiva- ATI Bologna

ci offrono strutture prelogiche per sviluppare capacità simboliche e lingue adatte a comunicare esperienze interiori: “l'opera d'arte è un simbolo non discorsivo che riesce ad articolare ciò che risulta ineffabile in termini verbali, essa esprime consapevolezza diretta, emozione, identità, la matrice del mentale”.³ I processi ed i prodotti estetici, motori o grafici, sono un alfabeto arcaico e “per offrire una speranza di vita anche alle parti più nascoste ed inascoltate di sé, occorre metterle in condizione di esprimersi, prestando loro un suono, e poi una lingua”.⁴ L'esperienza creativa è fin dall'inizio, o fin da nuovi inizi resi necessari dalle vicissitudini del disagio psichico, un dialogo possibile:

Quando il dolore è così intenso da non avere più accesso alla coscienza, quando i pensieri sono così dispersi da non essere più comprensibili ai propri simili, quando i contatti più vitali con il mondo sono recisi, neppure allo-

ra lo spirito dell'uomo soccombe e il bisogno di creare può persistere.⁵

Van Gogh nell'aprile 1889 è ricoverato nell'ospedale psichiatrico di Saint-Rémy. Il Dottor Gachet, che lo ebbe in cura, acconsentì che continuasse a dipingere. Dipinse il



Fig. 1 – V. Van Gogh, *Iris*, 1889.



Fig. 2 – V. Van Gogh, *Giardino dell'ospedale a Saint-Rémy*, 1889.

mondo che per lui era accessibile: i fiori e gli alberi del giardino (figg. 1 e 2) con pennellate vivaci che rendono l'idea di movimento. La tavolozza che impiegò era generalmente composta da tinte più morbide, più smorzate di quelle adoperate nei dipinti fatti ad Arles. Vissuti traumatici legati all'esperienza asilare, rimossi dalla produzione estetica immediata, emergono, però, a distanza in modo indiretto e non catartico, in un'altra opera (fig. 3). La lettera con l'annuncio traumatico dell'imminente matrimonio del fratello è puntualmente registrata nel quadro, ma la semplice espressione del fatto non consente di rielaborarne il vissuto e di prevenire gli agiti autodistruttivi (fig. 4).

La storia di Carlo, ricoverato nel manicomio di Verona, era destinata ad essere invisibile in vita e dimenticata dopo la morte. Un giorno, era il 1955, raccolse un sasso appuntito e avvicinandosi ad una parete incominciò a tracciare un graffito, fino a quando un infermiere non lo immobilizzò impedendogli di sporcare quella superficie. Ma ci

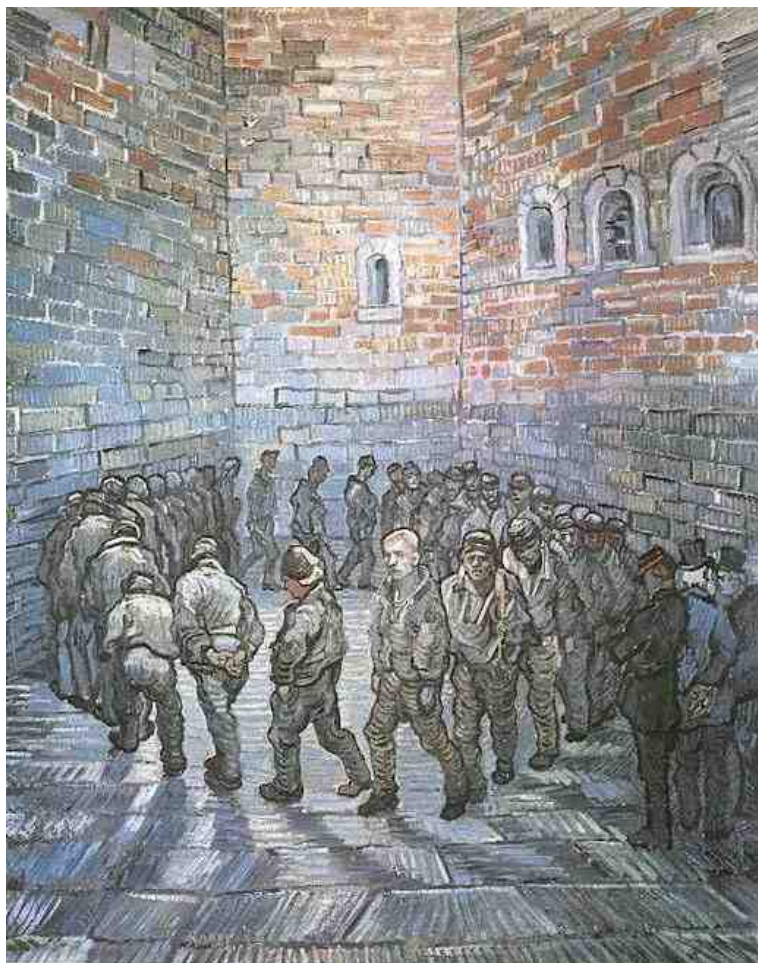


Fig. 3 – V. Van Gogh, *La ronda dei prigionieri*, 1890.



Fig. 4 – V. Van Gogh, *Natura morta con cipolle*, 1889.

riprovò servendosi questa volta di un pezzo di legno: rappresentò una scena misteriosa e strana. Il medico del reparto interpretò quel gesto come un bisogno di esprimersi graficamente e pensò di dargli matite e fogli. Carlo era uno schizofrenico, si era ritirato dal mondo, dagli affetti, il suo linguaggio era un'insalata di parole. La malattia era

esplosa a vent' anni. Entrò al manicomio nel 1941 e vi rimase fino a qualche anno prima di morire, nel 1974. Trent'anni di follia non fanno storia. Carlo però con quelle matite e con quei fogli bianchi aveva iniziato un racconto che non ha interessato solo gli psichiatri che leggevano tra figure e colori la sua follia, ma anche gli artisti, che vi rinvenivano espressioni poetiche (figg. 5 e 6).

Nel 1966 Jean Dubuffet e André Breton pubblicano una monografia su Carlo Zinelli nella collana "Les Cahiers de l'Art Brut".

In epoca post legge 180, un paziente, durante un ricovero ospedaliero per disturbo psicotico acuto, disegna una mappa dell'Europa con il suo volto, scomposto e ricomposto alla maniera cubista, posto al centro tra un profilo geografico dell'Italia, terra madre, ed un profilo antropomorfo, ma inquietante, della Germania con elmetto militare e tante croci retaggio delle guerre (fig. 7). Il prodotto estetico riesce a rappresentare oltre alla memoria di conflitti reali, la dinamica del conflitto tra oggetti interni in



Fig. 5 - Carlo Zinelli, *Forma con orologio a contorni neri*, 1964.

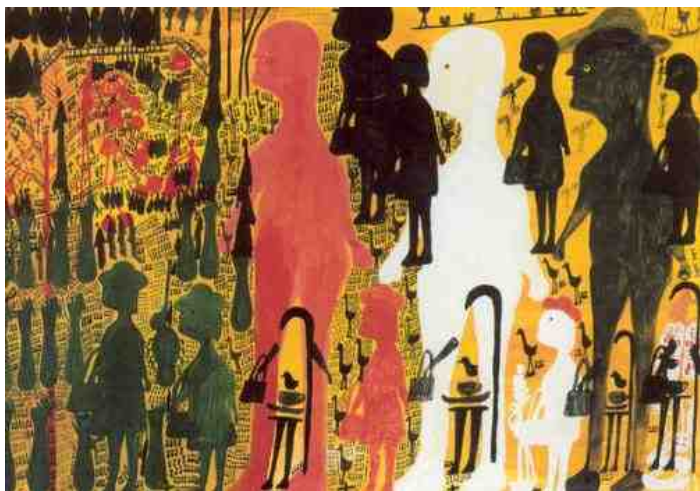


Fig. 6 – Carlo Zinelli, *Senza titolo*, 1960.

alternativa alla sua estenuante reiterazione psicotica. La riflessione del paziente/artista su un altro suo prodotto estetico realizzato durante la degenza (fig. 8), apre una finestra sulla materia della mente e indica al tempo stesso una traiettoria, necessaria e possibile, della relazione terapeutica: “Sulla destra c'è il pittore, sono io con il cappello; e quello non è un bastone è il pennello. Al centro c'è una grotta con dentro un fantasma che va a zig zag tra le



Fig. 7 – S. F., *Volto ed Europa*.

cose vive (tre alberelli) e le cose morte (il numero 1382); il fantasma l'ho colorato di giallo, ma non lo si può vedere e non lo si può acchiappare, perché dentro la grotta c'è buio; ad un certo punto il fantasma si spiaccica sulla parete della grotta e così lo possiamo riconoscere”. Sulla parete sinistra della grotta si poteva osservare una composizione di tipo astratto che per le forme ed i colori utilizzati ricordava un quadro di Mirò. Il paziente aveva frequenta-

to solo le scuole elementari, non conosceva “consapevolmente” il mito della caverna di Platone, né l'arte moderna, ma nella sua produzione erano comunque “testimoniate” e la riflessione su di essa poteva far tesoro di tali risorse simboliche.

Un'adolescente con un problematico profilo di personalità in un lungo percorso terapeutico ambulatoriale sperimenta, attraverso i materiali artistici, trasformazioni dal mag-



Fig. 8 – S. F., *Fantasma nella grotta*.



Fig. 9 – A. G., *Dal magma*.

ma (fig. 9) alla forma (fig. 10), dalle rotture alle riparazioni, fino ad approdare alla dimensione della rielaborazione e simbolizzazione (fig. 11). A quel punto può rappresentare il suo conflitto interno anche con le parole, raccontando una storia:

L'ombra della solitudine. Il cavaliere innominato era il protettore della foresta, un giorno si allontanò per andare



Fig. 10 – A. G., *Nuove forme*.



Fig. 11 – A. G., *L'ombra della solitudine*.

a cercare un mostro che era la solitudine... Di questo cavaliere non si conoscono le origini e, quindi, non aveva identità... Si sa soltanto che l'ombra della solitudine aveva distrutto la sua casa e si era impadronita di tutto... Mentre lui era lontano per cercare questo nemico, la solitudine si impadronì anche della foresta e diede fuoco a tutto...L'eroe innominato arrivò nella casa della solitudine e non trovò nessuno, era tutto disabitato... Allora decise di tornare indietro e sulla via incontrò gli abitanti della foresta che fuggivano a causa del rogo... corse verso il nemico e l'aggredì alle spalle ma l'ombra lo gettò a terra sconfitto, allora l'innominato tornò all'attacco e vinse stavolta lui...l'ombra tornò dentro al corpo e l'innominato gli chiese cosa sapeva della sua storia e perché aveva rovinato tutto... la solitudine non rispose perché era troppo stanca per il combattimento ma, appena vide tornare indietro gli abitanti della foresta, capì che in fondo avrebbe voluto farsi degli amici e forse faceva del male perché era troppo sola...!

La produzione di immagini e/o coreografie corporee, può aiutare a riprendere il filo di un discorso, talora sospeso o spezzato. La ricchezza, la complessità e l'intensità dei codici espressivi non verbali può facilitare l'accesso, in senso trasformativo, dalla dimensione del "significante" a quella dei suoi possibili "significati", che rimandano comunque ad una sponda relazionale. Nella Psicoterapia Espressiva si attivano processi e stili comunicativi collegati ai potenziali creativi primari; si intrecciano, in forme e modi variegati a seconda dei momenti, prove di dialogo diretto tra mondo interno del paziente e del terapeuta. Entrare in contatto con il paziente e la sua creazione, aiuta a comprenderla nella complessità delle sue implicazioni e ad intervenire in funzione del processo terapeutico in corso. La comprensione dell'inter-dipendenza che esiste tra processo creativo e processo terapeutico, fa sì che il lavoro svolto attraverso la dimensione estetica, motoria o grafica, risulti uno dei principali strumenti di analisi e d'intervento. In tale prospettiva, la *relazione terapeutica*,

oltre ad essere analizzata in termini di *transfert* e *controtransfert*, viene identificata nella forma, nel contenuto e nel processo dell'espressione artistica e corporea.

L'orizzonte teorico-metodologico della Psicoterapia Espressiva ha attinto inizialmente alla prospettiva di Melanie Klein⁶ e alla teoria delle relazioni oggettuali sviluppata da esponenti della corrente degli "psicoanalisti indipendenti" britannici, come Marion Milner⁷, Wilfred Bion⁸, in particolare, Donald Winnicott⁹, che ha introdotto e approfondito le funzioni del gioco creativo e del disegno non solo quali indicatori di conflitti o bisogni evolutivi, ma soprattutto come canali di comunicazione e di scambio che possono sia arricchire la comunicazione preconsca tra paziente e terapeuta, sia facilitare l'integrazione dell'esperienza psichica e corporea.

L'attività espressiva, che nella "vecchia psichiatria" era soprattutto psicopatologia dell'espressione¹⁰, può diventare, secondo Gaetano Benedetti¹¹, piena espressione della psicoterapia, perché paziente e terapeuta possono esperi-

re nelle immagini e nei gesti fasi del comune percorso del processo interiore.

In un quadro teorico di riferimento ampiamente condiviso con altre psicoterapie ad orientamento psicodinamico, la Psicoterapia Espressiva trova una sua specificità nell'uso di strumenti e metodologie derivanti dagli sviluppi dell'Arte Terapia e della Danza Movimento Terapia. Tali discipline, formalizzate negli anni Quaranta da Margaret Naumburg e Marian Chase, Mary Starks Whitehouse,¹² su concettualizzazioni di matrice freudiana (concetto di sublimazione) o junghiana (immaginazione attiva) che indirizzavano ad un uso specifico dello strumento visivo o motorio, sono state connotate, inizialmente, come interventi di supporto in situazioni gravi, giudicate non accessibili alla psicoterapia, o come terapie complementari, rispetto ad una psicoterapia verbale. Successivamente, grazie al raffinarsi dell'esperienza clinica e all'ampliamento dei settori di applicazione è sorta l'esigenza, da una parte di sistematizzare a livello teorico-metodologico tali disci-

pline,¹³ dall'altra di integrare la strumentazione specifica dell'Arte Terapeuta e del Danza Movimento Terapeuta, con le competenze e le responsabilità della presa in carico dello psicoterapeuta, tradizionalmente equipaggiato sul piano dello scambio prevalentemente verbale. Alla fine degli anni Settanta, grazie al contributo di Arthur Robbins e dell'Institute for Expressive Analysis di New York¹⁴ una maggiore integrazione del modello teorico delle relazioni oggettuali con l'apparato tecnico proprio dell'Arte Terapia consolidava, nella formazione come nell'esperienza clinica, la prospettiva specifica della Psicoterapia Espressiva. Robbins, sottolineando il parallelismo tra processo creativo e processo terapeutico, riconosceva come paradigma specifico dello psicoterapeuta espressivo quello di poter offrire una struttura e un ritmo che vadano da un essere senza forma a un essere forma e potersi muovere avanti e indietro in questo processo. Parallelamente Judith Kestenberg¹⁵ e i suoi collaboratori del "Sand Point Study Group" presso "The Center for Parents and Chil-

dren” fondato nel 1972 a New York, utilizzando gli studi sul movimento di Rudolf Laban, fondamentali nella DMT, in particolare il sistema di osservazione del movimento Laban Movement Analysis, approfondiscono attraverso studi specifici e con strumenti sofisticati, la lettura e comprensione del movimento e delle sue implicazioni psichiche. Inoltre indagano e acquisiscono in maniera specifica l’osservazione diretta del movimento relativa allo sviluppo evolutivo del bambino, alla relazione madre bambino e parallelismi psichici e relazionali, sviluppando strumenti diagnostici e utili allo svolgimento del trattamento. Joan Chodorow,¹⁶ presidente dell’American Dance Therapy Association dal 1974 al 1976, psicoanalista, membro del C.G. Jung Institute di S. Francisco dal 1983, ha approfondito, nel suo approccio psicoanalitico junghiano, l’utilizzo del movimento autodiretto come fonte privilegiata, insieme al sogno, per raggiungere i contenuti dell’inconscio e portarli alla coscienza, sviluppando la metodologia de “Il Corpo in Analisi”. Janet Adler ha fondato nel 1981 l’Istituto

Mary Starks Whitehouse nel Northampton Massachusetts ed ha approfondito la ricerca di ciò che accade nel campo relazionale tra paziente e terapeuta, “mover e witness” sia nella relazione diadica sia nel gruppo, sviluppando la sua specifica metodologia del Movimento Autentico.¹⁷ In un tale tipo di setting specifico, possono prendere forma tracce mnestiche iscritte nel corpo e memorie antiche con cui il terapeuta entra in contatto, grazie al training specifico, attraverso l’empatia corporea, risonanza, sintonizzazione per arrivare ad una possibile restituzione verbale finale. Hanno contribuito, successivamente, al consolidamento della teoria e della tecnica della Psicoterapia Espressiva le ricerche, psicoanalitiche e non, sullo sviluppo umano,¹⁸ sui rapporti tra psiche, esperienza corporea, espressione artistica, comunicazione estetica ed inconscio¹⁹ sulla correlazione tra creatività, regolazione delle emozioni e benessere psicofisico.²⁰

L’Associazione Art Therapy Italiana, dalla sua fondazione nel 1982, anche attraverso il confronto diretto ed appas-

sionato con esponenti significativi delle Arti Terapie del mondo anglosassone, ha maturato, un'esperienza clinica e formativa²¹, che ha favorito lo sviluppo, anche in Italia, di una prospettiva di psicoterapia psicodinamica a mediazione espressiva. L'Istituto di Psicoterapia Espressiva, riconosciuto dal MIUR nel 2004, è frutto di tale esperienza e ne costituisce un ulteriore e creativo sviluppo. Nella prospettiva della Psicoterapia Espressiva l'atto del creare un'immagine o una danza, non è allontanamento dal compito, attacco al processo conoscitivo e al setting che lo sostiene, ma è parte integrante del processo terapeutico.²² Nel corso del lavoro i vissuti profondi, pur rimanendo inizialmente lontani dall'essere consapevoli, si esprimono nell'atto creativo stesso trovando, in alternativa al sintomo, un proprio campo di elaborazione.²³ Nella Psicoterapia Espressiva la produzione estetica, in termini di segno grafico o motorio, si colloca come terzo polo, vertice e mediatore di comunicazione tra psicoterapeuta e paziente, permettendo l'articolazione di nuove direttrici di inte-

razione. Esse comprendono il rapporto tra paziente e prodotto, nel quale il paziente stesso progressivamente impara a riconoscersi e vede rispecchiate parti di sé, difficoltà, difese inconse, fantasie o bisogni; il rapporto tra paziente e terapeuta attraverso il prodotto, in cui si articolano e prendono forma dinamiche transferali e controtransferali, dando corpo al campo della relazione; ed infine l'interazione diretta tra paziente e terapeuta che consente l'intervento terapeutico e lo scambio, verbale e non, nell'area transizionale, in luogo e/o insieme al campo transferale.²⁴ La compresenza di queste tre dimensioni comunicative permette al lavoro di procedere a più livelli in quanto la presenza dell'oggetto viene iscritta in un contesto di significazione simbolica. Gli sviluppi delle neuroscienze²⁵ hanno evidenziato il profilo "incarnato" delle funzioni psichiche ed hanno confermato il ruolo dei codici espressivi pre-verbali della produzione estetica motoria e grafica, nella regolazione dell'esperienza emotiva e dei processi di adattamento.

La Psicoterapia Espressiva ha sviluppato, accanto alla modalità di trattamento individuale, quella che individua nel gruppo una specifica risorsa terapeutica. La Gruppoanalisi, dai suoi inizi²⁶ agli sviluppi più recenti,²⁷ offre un modello teorico e tecnico che favorisce il confronto con la pluralità dei soggetti e l'integrazione della pluralità dei linguaggi (verbali, motori, grafici) in una prospettiva clinica psicodinamicamente orientata.²⁸ Le indicazioni al trattamento di Psicoterapia Espressiva sono formulate in base ad una valutazione dei bisogni, della motivazione e delle risorse psicologiche del paziente. L'uso di specifiche modalità tecniche, mutate dall'Arte Terapia e Danza Movimento Terapia, deve essere sempre funzionale al processo terapeutico e va modulato in base alla consapevolezza del particolare momento della terapia e dei dati clinici rilevati nel corso dell'intervento.

La Psicoterapia Espressiva può realizzarsi nello spazio della pratica privata, oppure in contesti istituzionali (ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale), con i conse-

guenti riflessi in termini reali e fantasmatici. Il contesto di applicazione prevalente è stato quello psichiatrico, con indicazione elettiva nel trattamento di disturbi che comportano impoverimento dell'espressione verbale o con genesi nella fase preverbale dell'esperienza come:

- nel lavoro con i *bambini*, si è dimostrata capace di riattivare processi dello sviluppo psicosessuale normale attraverso un uso del corpo e del movimento funzionale ed adattivo o attraverso l'espressione motoria. Integrata alla Danza Movimento Terapia, in particolare, è risultata efficace nel re-instaurare o nel pro-muovere il raggiungimento della capacità simbolica, là dove fenomeni di regressione o fissazione difensiva persistevano
- nel lavoro con gli *adolescenti* facilita, attraverso l'uso del processo creativo, la canalizzazione delle vicissitudini sessuali ed aggressive, con i relativi conflitti, propri di questa fase evolutiva
- nelle *terapie delle psicosi*, dove gli obiettivi

dell'intervento sono la remissione di alcuni stati confusionali o deliranti, favorisce una sensibile riduzione di comportamenti autolesivi gravi e, più in generale, il controllo degli impulsi, l'alfabetizzazione emotiva ed una maggiore capacità di orientamento e di relazione. Nei casi meno gravi alimenta ed accompagna la (ri)nascita di un pensiero simbolico e, complessivamente, un'evoluzione maturativa del sistema difensivo, il rinforzo delle funzioni dell'io, in particolare delle capacità ideative, e ad una percezione di un'identità sufficientemente integra. Questi interventi, se sufficientemente strutturati e prolungati, riescono ad arginare la frequenza dei ricoveri ed a rendere possibili progetti di riabilitazione sociale

- nei *disturbi di personalità*, permette di accedere ad una dimensione primaria di esperienza e di elaborazione a cui un certo uso difensivo dell'intelletto, della razionalizzazione e delle parole non consentono mobilità. Si verificano, in buona percentuale un migliore controllo degli agiti, una maggiore capacità di elaborare e

trasformare i propri vissuti; l'evoluzione di capacità di pensiero e simboliche; il passaggio ad un sistema difensivo più funzionale ed adattivo; una maggiore coscienza di sé ed una migliore capacità di stabilire relazioni significative

- nelle *sindromi post-traumatiche* dove, in modo particolarmente emblematico, il disagio sembra emergere dall'impossibilità di pensare o di dar voce ad un vissuto dovuto alla natura traumatica di un'esperienza, risulta particolarmente valida ed efficace
- nelle situazioni di *crisi* e di *disagio psicologico sottosoglia*, legate anche alle vicissitudini dei cicli della vita (turbe dell'umore in adolescenza o in menopausa etc.), rappresenta un'efficace modalità d'intervento in quanto facilita la neutralizzazione di impulsi distruttivi, favorisce una maggiore flessibilità delle difese e delle risorse creative del paziente per finalità adattive.

Lo sviluppo di una prospettiva più globale ed integrata di salute, ha allargato il contesto di applicazione a diverse

aree della Medicina:²⁹

– nelle *patologie neurologiche croniche*, utilizzata in modo breve e supportivo, trova applicazione sia in ambito ambulatoriale, sia di ricovero ospedaliero, sortendo risultati efficaci nel sostegno/recupero dell'identità e nella cura delle sindromi depressive secondarie all'insorgenza della malattia

– in *ambito oncologico* la prospettiva espressiva si è dimostrata particolarmente indicata per garantire interventi di prevenzione e di cura rivolti ai pazienti, ai familiari e allo staff curante

I processi sociali incidono, necessariamente, sui processi di costruzione e di decostruzione delle identità individuali e collettive, nella declinazione del benessere e del disagio.

La produzione estetica ha confermato la sua valenza di linguaggio universale e la Psicoterapia Espressiva si è dimostrata un' incisiva modalità di aiuto in *contesti interetnici e interculturali* in cui si intrecciano, in modo problematico, le difficoltà contingenti d'inserimento

sociale, i traumi di esilio e di guerra con vissuti dell'immigrazione trasmessi da generazioni precedenti.

I linguaggi delle arti possono accogliere, trasformare e rendere intellegibile il magma emotivo originario e inconsapevole. Essi si offrono come schermo su cui proiettare in modo immediato i profili del mondo interno e come specchio che facilita un'interiorizzazione più consapevole di contenuti mentali primitivi ed il loro accesso al pensiero ed al linguaggio.

Le Psicoterapie Espressive per la maggiore valenza primaria dei codici comunicativi non verbali e del processo creativo che possono attivare, sono incontri particolarmente ravvicinati con l'Altro che è in Noi e pongono specifici problemi di Teoria, di Tecnica Clinica e di Formazione. Per essere "attori polisemici" nell'atelier della cura, è necessario che gli psicoterapeuti espressivi abbiano:

– una spiccata sensibilità per il processo creativo e l'emozione estetica;

- una formazione universitaria di base;
- una formazione specialistica post universitaria finalizzata a:

a) acquisire ed integrare in modo coerente contenuti teorici della psicoanalisi, delle neuroscienze, di teoria e tecnica delle arti;

b) acquisire competenza clinica attraverso una pratica certificata ed articolata secondo la prospettiva tripolare ed una supervisione realizzata all'interno di un gruppo esperienziale ad alta valenza creativa;

- un percorso psicoterapico personale psicodinamicamente orientato.

Affinando la capacità di dialogare, a livello intrapsichico ed interpersonale, anche attraverso il segno grafico e il movimento corporeo, “cellule primordiali” di comunicazione, è possibile sostenere e diffondere una maggiore conoscenza riflessiva delle potenzialità e dei limiti della “prosa umana”.

NOTE

¹ W. Shakespeare, *Macbeth*, in Id., *Tutte le Opere*, Sansoni, Firenze 1964.

² L. Ancona, *Pre simbolico e simbolico*, in L. Ancona, E. De Rosa, C. Fischetti, a cura di, *La vergine del latte*, Cosmopoli, Bologna 1995 e G. M. Edelman, *Sulla materia della mente*, trad. it. Adelphi, Milano 1993.

³ S. K. Langer, *Filosofia in una nuova chiave: uno studio sul simbolismo della ragione, dei riti e dell'arte*, trad. it. Armando, Roma 1980.

⁴ A. Di Benedetto, *Prima della parola l'ascolto psicoanalitico del non detto attraverso le forme dell'arte*, Franco Angeli, Milano 2006.

⁵ S. Arieti, *La sintesi magica*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1974 e M. Klein, *Scritti*, trad. it. Boringhieri, Torino 1977.

⁶ M. Klein *Scritti*, trad. it. Boringhieri, Torino 1977.

⁷ M. Milner, *La follia rimossa delle persone sane*, trad. it. Borla, Roma 1987 e M. Milner, *Disegno e creatività*, trad. it. La Nuova Italia, Firenze 1976.

⁸ W. Bion, *Trasformazioni*, trad. it. Armando, Roma 1973.

⁹ D. W. Winnicott, *Gioco e realtà*, trad. it. Armando, Roma 1971.

¹⁰ G. Bedoni e B. Tosatti, *Arte e psichiatria*, Mazzotta, Milano 2000.

¹¹ G. Benedetti, *Segno, simbolo, linguaggio*, Bollati Boringhieri, Torino 1971.

¹² M. Naumburg, *Dynamically oriented art therapy: Its Principles and Practice*, Grune and Stratton, New York 1966; S. Chaiklin, *La danza terapia*, in S. Arieti, a cura di, *Manuale di Psichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino 1969 e P. Pallaro, *Movimento Autentico*, Cosmopolis, Torino 2003.

¹³ R. Laban, *The Mastery of Movement*, Macdonald&Evans, London 1960; J. Kestenberg, *Children and Parents: Psychoanalytic Studies in Development*, Jason Aronson, New York 1975; M. S. Whitehouse, J. Adler e J. Chodorow, *Authentic Movement*, J.K.P., London 1999 e H. Ehrenzweig, *The Hidden Order of Art*, University of California Press, Los Angeles 1971.

¹⁴ A. Robbins, *Expressive Therapy*, Human Sciences Press, New York 1986 e Id., *A Multimodal Approach To Creative Art Therapy*, J.K.P., London, 1994.

¹⁵ J. Kestenberg Amighi, S. Loman, P. Lewis, K. M. Sossin, *The Meaning of Movement*, Gordon and Breach, New York 1999.

¹⁶ J. Chodorow, *Danza Terapia e psicologia del profondo, l'uso psicoterapeutico del movimento*, trad. it. Red, Como 1998 e N. Schwartz-Salant e M. Stein, *Il corpo in analisi*, trad. it. Magi, Roma 2004.

¹⁷ J. Adler, *Il corpo cosciente*, trad. it. Astrolabio, Roma 2006.

¹⁸ M. Mahler, F. Pine e A. Bergman, *La nascita psicologica del bambino*, trad. it. Bollati Boringhieri, Torino 1978; A. Alvarez, *Il compagno vivo*, trad. it. Astrolabio, Roma 1993 e D. Stern, *Il mondo interpersonale del bambino*, trad. it. Bollati Boringhieri, Torino 1987.

¹⁹ A. Di Benedetto, *Prima della parola l'ascolto psicoanalitico del non detto attraverso le forme dell'arte*, Franco Angeli, Milano 2000; D. Meltzer, *La comprensione della bellezza*, trad. it. Loescher, Torino 1981; C. Bollas, *L'ombra dell'oggetto*, trad. it. Borla, Roma 1989; T. Ogden, *Il limite primigenio dell'esperienza*, trad. it. Astrolabio, Roma 1992 e J. Chasseguet-Smirgel, *Per una psicoanalisi dell'arte e della creatività*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano 1989.

²⁰ P. E. Ricci Bitti, *Regolazione delle emozioni e arti terapie*, Carrocci, Roma 1998.

²¹ M. Della Cagnoletta, M. Belfiore e R.M. Govoni, *La scuola, origine e percorsi*, "Quaderni ATI" (a cura di M. Belfiore e L. M. Colli), n. 1, 1997.

²² R. M. Govoni *The Body as Theatre of Passions and Conflicts: Affects Emotions and Defences*, "Body, Movement and Dance in Psychotherapy", vol. 2, n. 2, 2007 e M. Belfiore, L. M. Colli, *Dall'Esprimere al Comunicare*, "Quaderni ATI", n. 2, 1998.

²³ R. Boccalon, *Dall'Agire al Pensare: esperienze creative e percorsi psicoterapeutici*, "Ar-Tè, Quaderni Italiani delle Artiterapie", n. 2,

dicembre 2007 e M. Peciccia e G. Benedetti, *L'immagine nella psicoterapia psicoanalitica delle psicosi*, in A. Maliconico e M. Peciccia, a cura di, *Al di là delle parole, vie nuove per la terapia analitica delle psicosi*, Magi, Roma 2006.

²⁴ P. Luzzato, *Arte Terapia: una guida al lavoro simbolico per l'espressione e l'elaborazione del mondo interno*, Cittadella, Perugia 2009.

²⁵ V. Gallese, M. N. Eagle, P. Migone, *Intentional attunement: mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations*, "Journal of the American Psychoanalytic Association", n. 55, 2007; N. Hass-Cohen, R. Carr, *Art Therapy and Clinical Neuroscience*, JKP, London 2008 e A. Schore, *La regolazione degli affetti e la regolazione del Sé*, trad. it. Astrolabio, Roma 2008.

²⁶ W. Bion, *Esperienza nei gruppi*, trad. it. Armando, Roma 1980.

²⁷ A.V.L. Schermer, M. Pines, *Il cerchio di fuoco. Affetti primitivi e relazioni oggettuali nella psicoterapia di gruppo*, Raffaello Cortina, Milano 1998.

²⁸ D. Waller, *Group interactive art therapy: its use in training and treatment*, Routledge, London 1993.

²⁹ K. Malchiodi, *Medical art therapy: contributions to the field of arts medicine*, "Journal of Arts Medicine", vol. 2, n. 2, 1993.